

UNIVERZITA PARDUBICE  
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2013

Tereza Pokorná

Univerzita Pardubice

Fakulta zdravotnických studií

Práce sestry v komunitních službách pro duševně nemocné

Tereza Pokorná

Bakalářská práce

2013

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2012/2013

## ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Tereza Pokorná**  
Osobní číslo: **Z10032**  
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**  
Studijní obor: **Všeobecná sestra**  
Název tématu: **Práce sester v komunitních službách pro duševně nemocné**  
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

### Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :


1. Sběr informací, studium literatury a popis současné problematiky.
2. Stanovení podmínek, metod, cílů a výzkumných záměrů.
3. Prokonzultování výběrů metod výzkumu a respondentů s vedoucím práce.
4. Příprava na výzkumné šetření.
5. Sběr, zpracování a interpretace dat.
6. Zhodnocení práce, závěrečná diskuze a závěr.

Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Rozsah pracovní zprávy: **35 stran**  
Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**  
Seznam odborné literatury:


1. JAROŠOVÁ, D. Úvod do komunitního ošetrovatelství. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.
2. KUZNÍKOVÁ, I. Sociální práce ve zdravotnictví. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
3. MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
4. PĚČ, O.; PROBSTOVÁ, V. Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče. 1. vyd. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
5. THORNICROFT, G. T.; SZMUKLER, G.; MUESER, K. T.; DRAKE, R. E. Community Mental Health. 1. vyd. New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-956549-8.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Linda Říhová**  
Katedra ošetrovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **1. října 2012**  
Termín odevzdání bakalářské práce: **15. července 2013**

  
prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.  
děkan

L.S.

  
Mgr. Martina Jedlinská  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 6. března 2013

### *Čestné prohlášení*

Prohlašuji,

že jsem předkládanou práci vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména ze skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Chrudimi 7. 7. 2013

Tereza Pokorná

### *Poděkování*

Děkuji Mgr. Lindě Říhové za odborné vedení, pomoc, ochotu a především trpělivost při tvorbě této bakalářské práce. Dále mé poděkování patří MUDr. Petrovi Hejzlarovi z Péče o duševní zdraví, o. s., Mgr. Tomášovi Petrovi, Ph.D., vrchní sestry Psychiatrie Ústřední vojenské nemocnice v Praze, celému pracovnímu týmu ESET–HELP, především Janě Podhajské, DiS, Mgr. Petře Černé, všem terénním psychiatrickým sestrám Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET, s.r.o. a paní Petře Hájkové za cenné rady a čas, který mi věnovali při konzultacích.

## **ANOTACE**

*Bakalářská práce pojednává o aktuálních změnách na poli psychiatrické péče, snaží se především stručně vystihnout transformaci psychiatrické péče, zvláště pak se zaměřením na komunitní služby a práci psychiatrických sester v nich. V práci bude nastíněna problematika asertivní komunitní léčby a case managementu. Práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Výzkumná část je věnována kvalitativnímu výzkumu, jehož cílem je zjistit a popsat, co obnáší povolání terénních psychiatrických sester, jakou ošetrovatelskou péči poskytují, jaké vnímají slabiny této nově se rozvíjející profese a jak vidí budoucnost svého povolání.*

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

*Terénní psychiatrická sestra, komunitní služby pro duševně nemocné, case management, asertivní komunitní léčba*

## **TITLE**

*The work of nurses in community mental health care*

## **ANOTATION**

*The bachelor thesis deals with actual changes in psychiatry, tries hard to briefly describe the transformation of psychiatric care, especially with a focus on community service and psychiatric nurses working in them. The work outlines the problems of assertive community treatment and case management. The work is divided into theoretical and explorative parts. The explorative part is dedicated to qualitative research, which aims to identify and describe what career field of psychiatric nurses involves, how nursing care is provided, what they perceive weaknesses of this emerging profession and what they think about the future of their profession.*

## **KEYWORDS**

*Community psychiatric nurse, community mental health care, case management, assertive community treatment*

# OBSAH

<b>ÚVOD.....</b>	<b>10</b>
<b>CÍLE PRÁCE .....</b>	<b>11</b>
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>12</b>
1 Stávající systém psychiatrické péče.....	12
2 Aktuality z oboru psychiatrie.....	13
3 Transformace péče o duševně nemocné v České republice.....	14
4 Komunitní služby.....	16
4.1 Pojem komunita .....	16
4.2 Komunitní péče.....	16
4.3 Služby poskytované v komunitní péči .....	17
4.4 Důležité pojmy v komunitní péči.....	18
4.4.1 Case management a asertivní komunitní léčba.....	18
4.4.2 Krizová intervence .....	19
4.4.3 Community mental health teams (CMHTs).....	20
5 Sestra v komunitních službách .....	22
5.1 Všeobecná sestra, komunitní sestra, psychiatrická sestra.....	22
5.2 Vzdělávání psychiatrických sester v komunitní péči.....	23
5.3 Výkony pro psychiatrické sestry.....	24
6 Lidé s duševním onemocněním .....	27
6.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy.....	27
6.2 Poruchy nálady .....	28
6.3 Obsedantně kompulzivní porucha .....	29
<b>II. VÝZKUMNÁ ČÁST .....</b>	<b>30</b>
7 Metodologie .....	30
7.1 Plán výzkumu .....	30
7.2 Základní charakteristiky kvalitativního výzkumu .....	30
7.3 Případová studie.....	30
7.4 Výběr .....	31
7.5 Metody získávání dat a jejich sběr.....	31
7.6 Omezení studie .....	32
7.7 Časový plán a jeho změny .....	32
7.8 Otevřené kódování .....	33



8 Výsledky otevřeného kódování .....	34
8.1 Započetí práce v roli terénní psychiatrické sestry .....	34
8.2 Chybějící výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění .....	35
8.3 Utváření vztahu mezi sestrou a pacientem .....	37
8.4 Popis pracovní činnosti .....	39
8.5 Hodnocení dostupnosti informačních zdrojů v oblasti terénní psychiatrické péče ....	41
8.6 Vize sester o budoucnosti jejich povolání .....	42
<b>DISKUZE .....</b>	<b>45</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>48</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>50</b>
Tištěné zdroje.....	50
Elektronické zdroje .....	52
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>54</b>
Příloha A - Otázky – případová studie, sestry .....	54
Příloha B - Interview S.1 .....	55
Příloha C - Interview S.2 .....	60
Příloha D - Interview S.3 .....	63
Příloha E - Interview S.4.....	66
Příloha F - Interview S.5.....	70
Příloha G - Interview S.6 .....	73
Příloha H - Individuální/rehabilitační plán .....	80
Příloha CH - HoNOS – Health of the Nation Outcome Scale .....	82
Příloha I - Kompetence sociálního pracovníka v péči o duševně nemocné.....	84

## **SEZNAM TABULEK A ILUSTRACÍ**

Tabulka 1 Komunitní služby.....	15
Obrázek 1 Individuální/rehabilitační plán 1 .....	80
Obrázek 2 Individuální/rehabilitační plán 2 .....	81
Obrázek 3 HoNOS .....	83

## ÚVOD

Tématem bakalářské práce je práce sester v komunitních službách pro duševně nemocné. Všeobecný pojem „sestra“ v názvu jsem vybrala záměrně. V praxi se prolínají profese – všeobecná sestra, sociální pracovník, psychiatrická sestra a komunitní sestra. V současné době nejsou pevně stanovené hranice mezi těmito profesemi. Ve své bakalářské práci se zaměřím především na profesi psychiatrické sestry poskytující péči v komunitě, na tzv. terénní psychiatrickou sestru. Tento pojem není prozatím nikde legislativně platný, proto jsem se neodvážila použít ho přímo v názvu.

Právě teď dochází k transformaci psychiatrické péče v České republice, kdy je na snaze převést institucionální péči do komunit, domácího prostředí, které je pacientovi blíže než poskytování někdy až neosobní péče „za zdmi“. Z tohoto můžeme odvodit, kam česká psychiatrie směřuje. Bude potřeba více kooperace mezi všemi poskytovateli péče nejen zdravotní, ale i sociální – od psychiatrických léčeben, psychiatrických oddělení, ambulantních psychiatrů, po komunitní služby a neziskové organizace poskytující sociální služby. Někde v budoucnosti se nabízí možnost sloučení zdravotního a sociálního resortu, což by vedlo ke komplexnějšímu propojení služeb pro duševně nemocné. Bude třeba v této oblasti udělat změny i z pohledu psychiatrického ošetřovatelství. Je nutné se zajímat, v jakém stavu tato oblast v současné době je. Jedním z trendů, který se rýsuje, je rozvoj práce sester v přirozeném prostředí pacienta. Proto jsme se zaměřili na to, jak stávající stav české psychiatrie vidí sestry, které již v terénu pracují. Rádi bychom touto prací alespoň trochu napomohli zdárné transformaci psychiatrie.

## **CÍLE PRÁCE**

1. Uvést čtenáře stručně do problematiky transformace české psychiatrie a zpřehlednit zdroje informací o transformaci české psychiatrie se zaměřením na práci sester v komunitních službách.
2. Na základě strukturovaných rozhovorů popsat několik oblastí z profesní dráhy terénních psychiatrických sester (dále jen TPS). Konkrétně jak byla započata, jak se utváří vztah mezi sestrou a pacientem, jak vypadá jejich pracovní činnost, které další výkony by chtěly zařadit do úhrady veřejného zdravotního pojištění a jak hodnotí dostupnost informačních zdrojů v oblasti terénní psychiatrické péče. Dále zjišťujeme vize sester o budoucnosti jejich povolání.
3. Skrze publikaci získaných zkušeností se podílet na zviditelnění důležitosti rozvoje práce TPS.

# I. TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Stávající systém psychiatrické péče

Česká psychiatrická péče zaostává. Zaostává nejen v porovnání s vyspělými státy, zároveň není schopna adekvátně poskytovat kvalitní péči trvale rostoucímu počtu pacientů s duševním onemocněním. Podle ředitele odboru evropských fondů Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR) PhDr. Mgr. Jana Bodnára rostoucí výskyt duševních poruch souvisí s aktuálním dynamickým životním stylem, přibývá zejména pacientů s úzkostnými stavy a poruchy nálad (Hettnerová, M., 2013). Duševní poruchy patří k druhému nejčastějšímu důvodu pro přiznání invalidního důchodu (Tisková zpráva ze dne 14. 3. 2013, MZ ČR).

Mezi stávající slabiny psychiatrické péče patří dlouhodobé podfinancování péče, z čehož plyne materiální a technicky zastaralý stav psychiatrických léčeb, špatná dostupnost zdravotních a sociálních služeb, špatná informovanost veřejnosti, s čímž souvisí stigmatizace duševně nemocných, nehumánnost, nezájem o pacienta jako o holistickou bytost, špatná provázanost sociálních a zdravotních služeb a další problémy, které nutně volají po reformě psychiatrické péče. Více informací je dostupných na webových stránkách <http://www.reformapsychiatrie.cz/> či na <http://www.psychportal.cz/deklarace/>.

## 2 Aktuality z oboru psychiatrie

2. 4. 2013 se v Praze konala konference na téma směřování budoucí reformy psychiatrické péče, kterou pořádalo MZ ČR. Sešli se zde jak lékaři, tak nelékařští odborníci v oboru s cílem řešit strategie reformy. Jedním z klíčových pojmů bylo diskutované téma komunitní péče. Bude snahou zakládat Centra duševního zdraví, v nichž budou poskytovány služby jak zdravotní, tak i sociální. Cílem tohoto spíše komunitního způsobu péče je zkvalitnění a zpřístupnění péče lidem s duševním onemocněním (Tisková zpráva MZ ČR za dne 2. 4. 2013).

Stojí za zmínku, že pod Psychiatrickou léčebnou Bohnice vzniklo Komunitní terénní centrum poskytující služby pacientům po propuštění v jejich přirozeném prostředí, což zvyšuje efektivitu spolupráce se službami následné zdravotní i sociální péče. Díky švýcarským grantům byly vytvořeny internetové stránky bohnicebezhranic.cz, tištěny informační letáky a natočena 2 DVD určena laické veřejnosti k podpoře informovanosti o duševně nemocných (Tisková zpráva ze dne 14. 3. 2013, MZ ČR).

O pár dní později 8. 4. byl Ministerstvem zahraničních věcí Norského království schválen program „CZ 11 – Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“, jehož cílem je zlepšení zdraví populace a snížení nerovností ve zdravotní péči. Program je zaměřen na psychiatrickou a pediatriickou péči. V psychiatrické péči jde o zefektivnění léčebného procesu, destigmatizaci, transformaci psychiatrické péče, vytvoření podmínek pro rozvoj a realizaci komplexní rehabilitační péče, která bude sledovat a vyhodnocovat stav pacienta a následně rozhodovat o jeho umístění mimo léčebnou instituci do zařízení komunitní péče s cílem postupně pacienta připravit na návrat do běžného života. Česká republika dostane od Norského království grant v maximální výši dvaceti miliónů korun českých (MZ ČR, 2013).

Z výše zmiňovaných informací je jasně patrné, že právě dochází k postupné transformaci psychiatrické péče v České republice.

### 3 Transformace péče o duševně nemocné v České republice

V řadě rozvinutých zemí Evropy dochází k významným změnám v pojetí péče o duševně nemocné. Jedním z trendů je změna pohledu na pacienta jako na komplexní osobnost. Klade se více důraz na symptomatologii, dlouhodobý průběh nemoci, léčbu z hlediska dlouhodobé životní perspektivy pacienta. Bere se v potaz ovlivnění choroby biologickými (především farmakologickými) a sociálními postupy. Dochází k uzavírání azylových zařízení, institucí pro duševně nemocné, snižování počtu nemocničních lůžek a naproti tomu zvyšování počtu poskytnuté péče v mimonemocničních zařízeních a komunitních službách zakotvených v poskytování péče v přirozeném prostředí pacienta (Foitová, Z., 2009 in Pěč, O., Probstová, V., 2009).

V zahraničí k tomuto vývojovému trendu dochází již od 50. let minulého století. Prvními průkopníky deinstitucionalizace byla Velká Británie a Spojené státy americké. Z důvodu redukce psychiatrických lůžek bylo nutno rozvíjet komunitně zaměřené alternativy.

O desetiletí později se k těmto státům připojila Francie, v letech sedmdesátých Nizozemí, Německo, Itálie a v dalším desetiletí Španělsko (Johnson, S., Thornicroft, G., 2008).

Ze skandinávských států zmiňme Norsko, které je druhou zemí v Evropě po Velké Británii, kde byly přijaty týmy krizové intervence v rámci národní politiky včetně plánu pokrýt všechny lokality touto službou do roku 2008. Probíhající výzkum poukazuje na důležitost rozšíření této služby (Gråwe et al., 2005 in Thornicroft, G., 2011). Na více zajímavostí bych vás odkázala na učebnici *Community Mental Health* (v anglickém jazyce), která pojednává o jednotlivých modelech komunitní péče o duševní zdraví. Můžete se v ní dočíst informace o dalších státech (např. Irsku, Švýcarsku, Švédsku, Finsku, Maďarsku, Rakousku, Kanadě, Austrálii, Novém Zélandu, a dalších).

Směr, kterým se transformace ubíhá, je přímo potvrzen v Deklaraci o duševním zdraví a Akčním plánu, který byl podepsán ministry zdravotnictví zemí Evropské unie na helsinské konferenci v lednu 2005.

V České republice začátkem devadesátých let vznikla ohniska komunitní péče (Praha, Pardubice, Mladá Boleslav, Havlíčkův Brod aj.) většinou zřízená nestátními neziskovými organizacemi. Nutno upozornit, že nyní z důvodu nedostatku finančních prostředků nová zařízení nevznikají a vzniklá působí izolovaně. Mobilních služeb je minimum, což má

za následek špatnou dostupnost komunitní péče pacientům (Foitová, Z., 2009 in Pěč, O., Probstová, V., 2009).

Avšak „svítá na lepší zítřky“. V Praze byla v červnu 2012 podepsána Deklarace platformy o transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR, která vychází z Koncepce oboru psychiatrie Psychiatrické společnosti České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně (dále jen ČLS JEP). Autoři v ní upozorňují na nevyhovující stav psychiatrické péče a žádají vládu ČR, aby formulovala Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním, který by odpovídal Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, platné od února 2010 i v ČR, kde je zdůrazněna povinnost státu zajistit, aby „osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí“ (Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR, 2012).

Reforma psychiatrické péče vychází z plánu Světové zdravotnické organizace (WHO) – (Zdraví 21, Cíl 6) která podporuje především rozvoj komunitní péče, zvýšení role primární péče a všeobecných nemocnic, transformaci psychiatrických léčeben a vzdělávání odborných pracovníků (Reforma péče o duševní zdraví, 2012).

Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním by měl být k dispozici v červnu 2013 a jeho realizace s hotovým rozplánováním a zajištěním zdrojů by měla skončit v prosinci téhož roku (Hettnerová, M., 2013). Národní plán péče o osoby s duševním onemocněním bude představovat v následujícím období 2014/2020 jednu z hlavních priorit MZ ČR a čerpat bude především ze strukturálních fondů Evropské unie (Reforma péče o duševní zdraví, 2012).



## **4 Komunitní služby**

### **4.1 Pojem komunita**

„Komunita, společenství; ze sociologického hlediska jde o souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity; obyvatelé tvoří autonomní jednotku. Z psychologického hlediska je komunita typ organizace (např. mezi personálem a pacienty), kdy jsou odstraněny vztahy nadřazenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce“ (Encyklopedický slovník, 1993, s. 534).

WHO definuje komunitu jako sociální skupinu vymezenou geografickými hranicemi a/nebo společnými hodnotami a zájmy. Její členové se vzájemně znají a ovlivňují, mají stanovené normy, hodnoty, sdružují se v sociálních institucích. Vyznačuje se sounáležitostí, společným jazykem, formou, podobnými cíli, jejichž plánování a dosahování vede ku prospěchu celé komunity. Do udržování zdraví celé komunity je zahrnuta dobrovolná činnost jednotlivých členů, skupin i terénních pracovníků, kteří vykonávají komunitní práci jako poslání vedoucí k mobilizaci občanské pomoci a svépomoci v součinnosti s různými formami státních nebo lokálních programů (Jarošová, D., 2007).

### **4.2 Komunitní péče**

„Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejnuspokojivějším způsobem“ (Pfeiffer, J., 2002 in Pěč, O., Probstová, V., 2009).

Do rozvoje komunitní péče přispělo užívání psychofarmak, s čímž souvisí zkrácení doby hospitalizace, ale zároveň zvýšení počtu rehospitalizace. Dalším faktorem byl nárůst personálu v psychiatrické péči a rozmach ideologie mimoinstituční psychiatrie a antipsychiatrických hnutí po 2. světové válce, zvyšující se nároky nemocných na respektování občanských práv a zvyšující se důraz na kvalitu života pacientů, kterou může komunitní péče výrazně zvýšit (Test, Stein 1973 in Rahn, E., Mahnkopf, A., 2000).

Mezi nejvýznamnější charakteristiky a požadavky komunitní péče patří dobré pracovní spojenectví mezi pacientem a poskytovatelem pomoci, efektivní intervence posilující

integraci duševně nemocného do společnosti. Péče by měla být přístupná nejen pacientům, ale i širší veřejnosti. Je kladen důraz na rodinu a její spolupráci při poskytování péče (Van Weeghel a kol., 2005 in Pěč, O., Probstová, V., 2009).

### 4.3 Služby poskytované v komunitní péči

Do širokého spektra komunitních služeb jsou zahrnuty krizové služby, telefonická pomoc, krizová kontaktní centra, denní stacionáře, mobilní krizová centra, domácí péče, podpora v bydlení (chráněná bydlení, sociální byty, byty a domy na půli cesty aj.), podpora v práci (chráněné dílny, podporované zaměstnávání, sociální firmy, pracovní poradenství aj.) (Křička, J., 2006 in Marková, E., Venglářová, M., Babiaková, M., 2006), Ondřej Pěč dále přidává služby, které jsou poskytovány mezirezortními multiprofesními týmy, kam spadá asertivní komunitní léčba a tým pro léčbu duálních diagnóz (Pěč, O., článek Komunitní péče dostupný na <http://www.ceskapsychiatrie.cz/>, chybí časové označení).

Nakonec nesmíme zapomenout, že zásadním prvkem pro tuto službu je tým složený ze specialistů. Nezastupitelnou roli zde hrají komunitní psychiatrické sestry, o kterých bude pojednáno v další kapitole.

**Tabulka 1 Komunitní služby**

<b>Služby poskytované v komunitní péči</b>	
<i>Oblast</i>	<i>Typ služby</i>
<b>Krizové služby a domácí léčení</b>	Telefonní linka (profesionální, neprofesionální)
	Krizová kontaktní centra
	Krizová lůžka
	Terénní mobilní krizové týmy (týmy krizové intervence)
	Domácí péče
<b>Denní stacionáře a denní centra</b>	Terapie
	Rehabilitace
	Oblast sociální
	Oblast zaměstnávání
	Volnočasové aktivity
	Poradenství
<b>Podpora v bydlení</b>	Asistence v domácím prostředí
	Byty a domy na půli cesty
	Chráněné bydlení
	Sociální byty
<b>Podpora v práci</b>	Chráněné dílny
	Přechodné a podporované zaměstnání

	Sociální firmy
	Job kluby
	Pracovní poradenství
<b>Jiné</b>	Terénní mobilní týmy (asertivní týmy)
	Case management
	Domácí psychiatrická péče
	Podporované vzdělávání
<b>Svépomocné skupiny</b>	Informační centra
	Hájení práv duševně nemocných
	Volnočasové aktivity
	Osvětová činnost (časopisy, bulettiny aj.)

*Tabulka vychází z článku Ondřeje Pěče – Komunitní péče, dostupného na webových stránkách Psychiatrické společnosti ČLS JEP a z příspěvku Jana Křičky v učebnici Psychiatrická ošetrovatelská péče.*

## 4.4 Důležité pojmy v komunitní péči

### 4.4.1 Case management a asertivní komunitní léčba

Nutno nastínit také pojmy case management a asertivní komunitní léčba, jelikož s nimi odborné publikace zabývající se komunitní péčí často disponují a stejně tak se podle nich řídí práce sester v terénu.

Case management se ve světě objevil v 60. letech 20. století v návaznosti na potřebu změny systému péče o duševně nemocné. U nás se do praxe dostal až v roce 1995. Jde o metodu koordinace služeb a způsobu práce s lidmi, jimž závažné duševní onemocnění omezuje život. Využívá se nejčastěji při práci s pacientem s cílem zplnohodnotnit jeho život a posilovat jeho silné stránky a dovednosti. Nejčastěji je realizován multidisciplinárním týmem, složeným z psychiatra, psychiatrických sester, sociálních pracovníků, ergoterapeutů, psychologů aj.

Potřeba case managementu vychází ze změny systému péče o duševně nemocné. Jde o metodu, která se odklání od terapeuticky zaměřeného poradenství. Case management se snaží problémy pacienta řešit komplexně pomocí navázání kontaktu s klientem, zhodnocení stavu, zprostředkování více druhů služeb sociální pomoci státních i nestátních subjektů ukončení práce a její hodnocení (Venglářová, M., Mahrová, G., 2008).

Ve vyspělých zemích se v praxi využívají různé modely case managementu běžně, u nás je nejvíce využívaný model nazvaný asertivní komunitní léčba.

Asertivní komunitní léčba je určena pro dlouhodobě duševně nemocné s nezávažnějšími problémy, z čehož vyplývá nutná intenzivní a komplexní podpora pacienta a nepřetržitá dostupnost služby. S každým pacientem pracuje několik členů týmu, kteří mezi sebou vzájemně komunikují a spolupracují. Jejich cílem je zabránit psychiatrické hospitalizaci a zajistit pacientovi kvalitní život v komunitě (Stuchlík, J., 2002 in Pěč, O., Probstová, V., 2009).

V praxi se asertivní tým zajímá o psychotické pacienty, kteří nenavštěvují ambulantního psychiatra a bývají opakovaně hospitalizováni nebo o pacienty v akutní psychotické atace, kteří doposud neměli s psychiatrií žádnou zkušenost. Snahou asertivního týmu je navázat kontakt a získat pacientovu důvěru, což bývá i pro profesionály nejtěžší úkol. Pacientův nezáměr a odmítání služby je ovlivněn špatnou zkušeností s poskytováním zdravotních a sociálních služeb, traumatem z hospitalizace, nedůvěrou vůči okolí, vedlejšími účinky léků a stigmatizací duševního onemocnění. Po úspěšném navázání kontaktu asertivní tým zajistí pacientovi komplexní péči zdravotnickou a následně sociální. Díky asertivnímu týmu se péče dostává i k pacientům, kteří o ní primárně nejeví zájem (Černá, P., 2013).

#### **4.4.2 Krizová intervence**

Do výkonů hrazených ze zdravotního pojištění patří i výkon č. 35821 – **Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou.**

Krizová intervence je odborná metoda umožňující lidem rychlou a efektivní pomoc v psychické krizi, která si klade za cíl dosažení nové psychosociální rovnováhy pacienta (Lorenc, J., 2008).

Mezi charakteristiky krizové intervence patří nízkoprahový přístup, časová omezenost (do překonání krize), zaměření na konkrétní spouštěč krize a realitu, zaangažování sociálního okolí, působení proti regresivním tendencím, terapeutická aktivita, využití všech možných zdrojů k překonání krize (Simmich, T., Reimer, C., 1998 in Rahn, E., Mahnkopf, A., 2000).

Služba je indikována lidem v akutní psychosociální krizi v důsledku náhlé, nečekané události (úmrtí, ztráta vztahu, oběti násilných činů, přeživší tragických dopravních nehod, hromadných neštěstí a přírodních katastrof), lidem vystaveným vážným společenským konfliktům (váleční utečenci, emigranti, mučení lidé), dále pacientům s akutními psychickými obtížemi

(suicidiální sklony, akutní stres a psychózy, poruchy přizpůsobení, akutní stavy u neurotických poruch, akutní dekompenzace poruch osobnosti, vývojové, vztahové a rodinné krize). K poslední skupině patří dekompenzovaní chroničtí psychiatrickí pacienti, žijící přiměřeným způsobem běžný život v komunitě období stabilizace psychického stavu.

Do krizových služeb v komunitě patří telefonická krizová intervence (tzv. linky důvěry), krizová centra, krizová lůžka a mobilní krizové týmy poskytující krizovou intervenci v terénu, především ve velkých městech (Lorenc, J., 2008).

#### **4.4.3 Community mental health teams (CMHTs)**

V zahraničí se péče o duševní zdraví dělí na ambulantní služby, CMHTs, týmy pro akutní léčbu (např. krizová intervence), dlouhodobé komunitní léčení, rehabilitace, podpora v povolání a práci.

CMHTs jsou týmy poskytující základní všeobecnou komunitní péči pro konkrétní geografické území. V těchto týmech spolu kooperují psychiatři, komunitní psychiatrické sestry, sociální pracovníci, psychologové a ostatní terapeuti. CMHTs využívají metody case managementu, jejich týmy se dále dělí na Early intervention teams a Asertivní komunitní léčbu. Case management je nutné odlišit od asertivní léčby, která je specifitější a více intenzivní (Thornicroft, G., Tansella, M., Drake, R. E., 2011).

Takzvané home treatment (domácí péče) / crisis resolution teams fungují stejně jako týmy krizové intervence u nás v ČR.

Výzkumy<sup>1</sup> z USA a Velké Británie dokazují, že poskytování krizové intervence zkracuje hospitalizaci, zejména je-li poskytována v pravidelných intervalech formou zdravotnické i sociální péče (Joy et al., 1998 in Thornicroft, G., Tansella, M., Drake, R. E., 2011). Toto potvrzuje i národní studie v Anglii, která probíhala od roku 1998–2003, podle které bylo

---

<sup>1</sup>WHO od roku 1998 provádí WMH (World Mental Health) Survey Initiative ve 24 zemích světa - v Africe (Nigérii, Jižní Africe), v Americe (Brazílii, Kolumbii, Mexiku, USA), v Asii a Pacifiku (Indii, Japonsku, Novém Zélandu, Pekingu a Šanghaji a Šen-čenu v Čínské lidové republice) a na Středním Východě (Izraeli, Libanonu a Iráku). V Evropě to je Belgie, Bulharsko, Francie, Německo, Itálie, Nizozemí, Severní Irsko, Portugalsko, Rumunsko, Španělsko a Ukrajina (Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K., T., Drake, R. E., 2011). Česká republika se těchto výzkumů neúčastní.

zjištěno, že hospitalizace byla snížena o 10% v místech, kde byla poskytována krizová intervence (Glover et al., 2006 in Thornicroft, G., Tansella, M., Drake, R. E., 2011).

## 5 Sestra v komunitních službách

Ze stávající situace psychiatrie není možné si nepovšimnout nezastupitelnou úlohu sester v poskytování psychiatrické péče. Pro potřeby bakalářské práce se zaměříme na sestry poskytující psychiatrickou péči v „terénu“. Nikde není oficiálně definovaný název této profese. Ondřej Pěč je nazývá komunitními psychiatrickými sestrami, Klinika ESET, Praha poskytuje službu terénních psychiatrických sester, Komunitní péče při Psychiatrické léčebně Bohnice poskytuje terénní práci psychiatrických sester, dále tuto službu poskytují psychiatrické sestry Denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov, Praha, Psychiatrické oddělení Ústřední vojenské nemocnice v Praze a Dům duševního zdraví v Ostravě. (Pěč, O., článek Komunitní péče dostupný na <http://www.ceskapsychiatrie.cz/>, chybí časové označení)

V Nařízení vlády č. 31/2010 Sb. jsou specializace všeobecné sestry buď Ošetřovatelská péče v psychiatrii nebo Komunitní sestra. Všeobecná sestra pro psychiatrii může působit i v komunitě, o tom však nejsou statistické údaje k dispozici (viz osobní sdělení Odboru vzdělávání a vědy MZ ČR v e-mailovém dotazu na oficiální počet TPS, 2013).

Jejich práce je hrazena z veřejného zdravotního pojištění pod odborností 914 – psychiatrická sestra (Hanzálková, M, 2009).

V Národní soustavě povolání se objevila typová pozice Psychiatrické sestry se zaměřením na komunitní péči. V průběhu roků 2013–2014 dochází k aktualizaci tohoto povolání dle platné legislativy. V popisu povolání sestra poskytuje nejen péči pacientům s duševní poruchou, ale i mentálně retardovaným osobám. Koordinuje spolupráci mezi lůžkovými a terénními službami, včetně služeb sociálních, a svépomocnými skupinami. Pomáhá pacientům začlenit se do vlastního sociálního prostředí i za využití komplementárních center (ubytovny, domovy, chráněná bydlení, chráněné dílny, kontaktní a denní centra). Ambulantně léčené navštěvuje a kontroluje dodržování léčebného režimu, hodnotí zhoršování onemocnění, zejména zda nejsou pacienti nebezpeční sobě nebo svému okolí a o těchto změnách informuje ošetřujícího lékaře (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013).

### 5.1 Všeobecná sestra, komunitní sestra, psychiatrická sestra

Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odbor. pracovníků definuje kompetence kromě všeobecné sestry a jiných nelékařských pracovníků, také

kompetence komunitních sester a sester pro péči v psychiatrii. V následujících pár řádcích budou uvedeny pouze specifické kompetence, kterými disponuje psychiatrická sestra poskytující péči v komunitě.

Všeobecná sestra vyhodnocuje symptomy nemoci, pozoruje, hodnotí a zaznamenává fyzický, psychický i sociální stav pacienta, potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, provádí nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti, podává a kontroluje léky a na základě indikace lékaře poskytuje preventivní, léčebnou, rehabilitační, neodkladnou a dispenzární péči.

Z kompetencí komunitní sestry to jsou činnosti jako například poskytování péče a komplexní analýza zdravotní a sociální situace jednotlivce a skupiny osob ve vlastním sociálním prostředí, ochrana a podpora veřejného zdraví.

Sestra pro péči v psychiatrii poskytuje primární péči v péči o duševní zdraví a pomáhá pacientovi v resocializaci, včas zachytí nastupující krizi, vykonává krizovou intervenci, využívá prvky psychoterapie (podpora pacienta a pomoc rodině, individuální psychoterapeutické rozhovory aj.), funguje jako koordinátor spolupráce mezi ústavními zdravotnickými zařízeními a terénními službami (včetně sociálních služeb a svépomocných skupin), vytváří podmínky pro bezpečný návrat pacienta do vlastního sociálního prostředí, na základě indikace lékaře poskytuje ošetrovatelskou péči ve vlastním sociálním prostředí pacienta, sleduje dodržování léčebného režimu pacienta a tyto informace předává ošetřujícímu lékaři (Vyhláška č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků).

## **5.2 Vzdělávání psychiatrických sester v komunitní péči**

Na přelomu čtyřicátých a padesátých let vznikla první psychiatrická větev Vyšší školy sociálně zdravotní v Praze, po roce 1989 se zdravotní sestry mohly vzdělávat v jednoletém pomaturitním studiu (Praha, Brno, Kroměříž), následně na vyšších zdravotnických školách v Praze, Brně a Jihlavě (Blatnická, J., Petr, T., 2011).

Národní soustava povolání doporučuje jako nejvhodnější přípravu pro výkon tohoto povolání studium bakalářského studijního programu Ošetrovatelství. Alternativu k tomuto představuje studium vyšší odborné školy v oboru zdravotnictví, bakalářské studium pedagogiky, učitelství, sociální péče, psychologie a střední vzdělání s maturitní zkouškou ve skupině oborů



zdravotnictví (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, 2013).

Nutno podotknout, že v minulosti existoval obor diplomovaná sestra pro psychiatrii, jehož poslední studenti prvního ročníku zahájili studium ve školním roce 2003/2004 (Česká stomatologická komora, 2011).

Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů doporučuje 18–24 měsíců dlouhé specializační studium, výkon povolání v oblasti psychiatrie minimálně 6 let. Specializační studium na 1. Lékařské fakultě Univerzity Karlovy navazuje na bakalářský obor, je poskytováno bezplatně, vychází především z klinické praxe, jde o denní studium (nevýhoda pro zaměstnané sestry).

V současnosti je velice omezená nabídka specializovaných kurzů (v roce 2011 otevřen pouze 1 ročník specializačního studia) pro psychiatrické sestry, omezený počet absolventů (do 60 za rok). Ústavu teorie a praxe ošetřovatelství byl nyní předložen návrh na magisterské specializační studium psychiatrická sestra, z čehož si je možno povšimnout snah odborníků v oboru o rozšíření nabídky vzdělávání.

Dle odhadů Psychiatrické sekce České asociace sester (dále jen ČAS) má méně než 30 % sester pracujících na psychiatrii specializaci – ve srovnání s Velkou Británií, kde musí mít každá sestra pracující na psychiatrii specializaci ve svém oboru, jinak svou práci nemůže vykonávat (Blatnická, J., Petr, T., 2011).

### 5.3 Výkony pro psychiatrické sestry

V následující kapitole budou rozebrány výkony psychiatrických sester (odbornost 914) hrazených Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Jiná prozatím tyto zdravotní služby neproplácí.

Všechny výkony jsou indikovány lékařem pro diagnózu schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29), poruchy nálady (F30 – F39) a obsedantně kompulzivní poruchu (F42).

Do výkonu pod kódem 35811 – **Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace, konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry** (dále jen PS) – spadá posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí. Ve spolupráci a v respektování potřeb pacienta PS vytváří individuální rehabilitační a krizový plán, který následně schvaluje

lékař. PS tento plán pravidelně reviduje, případ konzultuje s týmem. Součástí výkonu je i case management, vytváření a průběžná kontrola terapeutického plánu. Platnost indikace je jeden měsíc, délka trvání 120 minut. PS má nárok ho vykázat jednou za den a maximálně 6x za čtvrt roku a u každého pacienta ho může provádět maximálně rok. Poté, je-li to nutné, musí revizní lékař léčbu prodloužit.

**35815 – Psychiatrickou rehabilitaci individuální PS** vykonává na specializovaném pracovišti nebo v přirozeném prostředí pacienta. PS podporuje psychickou poruchou narušené sociální funkce (poruchy ohodnocené dle škály ADL – základní všední činnosti, IADL – instrumentální základní všední činnosti) s využitím kognitivně-behaviorálních technik zaměřených na běžné situace. Trénuje s pacientem komunikaci s cílem zvýšit úroveň sebepečce. Kontroluje stav pacienta, podporuje ho v užívání perorální medikace, spolupracuje s rodinou. Její snahou je přecházet relapsu nemoci a hospitalizaci pacienta. Platnost indikace je jeden měsíc, délka trvání 90 minut, PS má nárok ho vykázat jednou za den, 3x za týden a maximálně 45x za čtvrt roku a u každého pacienta ho může provádět maximálně rok a následně opět dle revizního lékaře.

**35821 – Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou** – výkon prováděný v období hrozící či akutní dekompenzace onemocnění psychiatrického pacienta v jeho přirozeném prostředí. Psychiatrická sestra s pacientem stanoví prioritní činnosti krizového plánu, podle něhož následně provádí aktivity zaměřené na zvládnutí krize (podpora v užívání medikace, kognitivně-behaviorální techniky, zvládnutí stresu, péče o sebe sama). Délka trvání výkonu nepřesahuje 60 minut, je možno ho vykázat maximálně jednou za den.

**35823 – Edukace psychiatrickou sestrou** o předepsaných lécích (užívání, nežádoucích účincích, vysvětlení důležitosti užívání léků a důsledků jejich vysazení). Cílem je motivovat pacienta k léčbě, změnit jeho nerealistická očekávání, zmírnit ambivalenci, podpořit soběstačnost a tím udržet a zvýšit pacientovu účast na léčbě. Edukace je interaktivní (otevřené otázky, empatické zhodnocení a naslouchání, zjišťování pacientových představ a přesvědčení, využívání didaktických pomůcek). Edukace nemusí být zaměřena jen na pacienta, ale ke spolupráci můžeme vyzvat i rodinu duševně nemocného člena rodiny. Výkon trvá 75 minut a můžeme ho vykázat jednou za rok.

**35825 – Reeducace psychiatrickou sestrou** – výkon trvající 45 minut, který se vykazuje maximálně 4x do roka, zahrnuje veškeré techniky jako výkon 35823. Psychiatrická sestra si ověří zkušenosti pacienta s užíváním léků, doplní chybějící informace (informace

z registračních listů k jednotlivým výkonům uvedeným v Sazebníku výkonů dostupných na webových stránkách Psychiatrické sekce ČAS).

## **6 Lidé s duševním onemocněním**

Poslední kapitola teoretické části je o vybraných diagnózách z oblasti psychiatrie. Pro potřeby této práce budou rozebrány jen ty, kterým se terénní psychiatrická péče věnuje. Dle vyhlášky č. 397/2010 Sb. ze dne 17. prosince 2010 jde o diagnózy schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy (F20 – F29), poruchy nálady (F30 – F39) a obsedantně kompulzivní poruchu (F42).

### **6.1 Schizofrenie, schizofrenní poruchy, poruchy s bludy**

Tyto poruchy jsou obecně charakterizovány poruchami myšlení, vnímání a nepřiměřenou nebo oploštěnou afektivitou. Časté jsou zárazy toku myšlenek, bludy nejrůznějších obsahů, nejčastěji sluchové a zrakové, které ovlivňují myšlení a jednání člověka. Vědomí a intelekt je obvykle zachován.

Schizofrenní onemocnění začíná většinou v časně dospělosti po dvacátém roce života z důvodu protichůdných tendencí osamostatnění se versus obavy z osamostatnění. Začátek může být akutní s vážným narušením chování nebo plíživý, avšak jedna třetina nemocných se po první atace uzdraví. Další třetina prožívá onemocnění kolísavě a u poslední třetiny pacientů má nemoc plíživý, postupně se zhoršující průběh.

Klinický obraz není zcela jednotný, proto rozlišujeme čtyři základní formy nemoci.

Nejčastěji se setkáváme s paranoidní schizofrenií s bouřlivými atakami s halucinacemi a bludy. Je ve snaze motivovat pacienta ke spolupráci v léčbě a držet nemoc v remisi.

U simplexní schizofrenie se nemocní postupně uzavírají do vlastního vnitřního světa, bývají již od dětství introvertní, samotářští a uzavření. Dominují zde negativní příznaky (snížená vůle, snížená pozornost, pasivita aj.), v léčbě této formy je důležitá psychiatrická rehabilitace.

Hebefrenní schizofrenie se projevuje jako extrémně vystupňované „pubertální“ chování. Pacienta lze těžko motivovat ke spolupráci, dobře se však vztahově váže na pracovníky, kteří mu poskytují péči.

Při katatonní schizofrenii pacient upadá do struporu, nereaguje na okolí, což ale neznamená, že by okolí nevnímal. Strupor se může střídát s masivním neklidem. Dalšími příznaky jsou hypertermie, svalová rigidita, metabolický rozvrat. Může skončit až smrtí.

Poruchy s bludy se objevují většinou kolem padesátého roku života. Nemocní jsou přesvědčeni, že je někdo pronásleduje.

Často se rozvíjí u jedinců, kteří byli celoživotně vztahovační, nedůvěřiví a jejich povahové rysy postupně narůstaly, až nabyly psychotické hloubky.

Schizofrenní poruchy jsou přechodem mezi schizofrenií a afektivními poruchami, u jedince jsou přítomny příznaky jak schizofrenie, tak poruch nálady ve smyslu mánie či deprese (Mahrová, G., 2008).

Onemocnění vyžadují dlouholeté kontinuální léčebné postupy vedoucí ke schopnosti pacienta aktivně zvládat a překonávat problémy. Vždy však existuje riziko, že pacient přeruší léčbu a nikdy si nemůžeme být jisti, zda jsou aktuálně dosažené výsledky léčby trvalé a stabilní (Rahn, E., Mahnkopf, A., 2000).

## **6.2 Poruchy nálady**

Patří sem deprese, mánie a při střídání těchto dvou hovoříme o bipolární poruše. Nejčastěji se tyto poruchy objevují v dospělosti okolo třicátého roku života.

Při mánii převládá nadnesená, nepřírozeně vstřícná euforická nálada, rychlé tempo, nadměrná činorodost, myšlenkový trysk, zvýšené sebevědomí a sebehodnocení (může se vystupňovat až v megalomaničké bludy), snížená potřeba spánku, roztržitá pozornost, proměny v chuti k jídlu a zvýšená sexuální apetence. Nemocný si při svém jednání neuvědomuje následky svého chování, může se dostat do nepříznivých sociálních situací (např. při navazování nových kontaktů, nadměrném užívání alkoholu, nadměrné rozdávačnosti aj.).

Deprese je charakterizovaná bolestně smutnou náladou, ztrátou zájmu a potěšení ze všech činností a zábav, poruchou chuti k jídlu, změnou tělesné hmotnosti, poruchami spánku, psychomotorickým neklidem (neschopnost vydržet na jednom místě, přecházení, podupávání, hraní s rukama apod.), útlumem (zpomalená řeč a gesta, monotónnost), ztrátou energie, pocitu bezcennosti, viny a zhoršeným soustředěním. Nemocný je stažený do sebe, zanedbává přátele, rodinu a blízké. U vystupňované deprese se mohou objevit autoakuzace (pocitu méněcennosti, špatnosti, viny bludného charakteru) až myšlenky na smrt. Nemocný je beznadějný, bezradný, sklíčený, pociťuje svírání na hrudi, trpí bolestmi svalů a kloubů.

Bipolární afektivní porucha je charakteristická střídáním epizod mánie a deprese, mezi epizodami bývá remise, období klidu. Mánie začíná obvykle náhle, trvá ode dvou až čtyř týdnů do pěti měsíců. Deprese trvají průměrně půl roku. Oba druhy epizod často přichází po prodělaném stresu, který může být endogenní (vnitřní) nebo exogenní (vnější). U člověka je hluboce narušena nálada a úroveň činnosti (Mahrová, G., 2008).

### **6.3 Obsedantně kompulzivní porucha**

U této poruchy se opakovaně vyskytují obsedantní myšlenky nebo nutkavé akty. Obsedantní myšlenky jsou vtíravé nápady, představy či impulzy, které vyvolávají tíseň, protože bývají násilného či obscénního charakteru či jsou vnímané jako nesmyslné a jedinec se je snaží bez úspěchu potlačit. Nutkavé akty, rituály, jsou stereotypní znovu se opakující úkony, nejsou spojené s příjemnými pocity a jsou neúčinné. Pacient je vnímá jako prevenci škodlivé události (Mahrová, G., 2008).

## **II. VÝZKUMNÁ ČÁST**

### **7 Metodologie**

#### **7.1 Plán výzkumu**

V bakalářské práci je využita forma kvalitativního výzkumu. Významný metodolog Creswell ho definoval jako „proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswell, 1998 in Hendl, J., 2012, str. 48). Výzkumník má možnost plán a výzkumné otázky v průběhu výzkumu přetvářet či doplňovat, jde tedy o pružný typ výzkumu. Výzkumník na základě svých úvah vybírá místa pozorování přímo v terénu, kde se něco děje, seznamuje se s novými lidmi a sleduje je v různých časových okamžicích. Závěrem může navrhnout teorii o fenoménu, který vypořezoval (Hendl, J., 2012).

#### **7.2 Základní charakteristiky kvalitativního výzkumu**

Kvalitativní výzkum je prováděn pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem, zkoumá každodenní situace jedinců, skupin, společností či organizací. Výzkumníkovou snahou je získat integrovaný pohled na problém. Typy dat zahrnují přepisy rozhovorů, poznámky z terénního pozorování, fotografie, audio a videozáznamy, deníky, úřední dokumenty aj. Hlavním úkolem je pochopení, co se děje, proč zkoumaní jednájí určitým způsobem a jak organizují své každodenní aktivity. Výzkumník vytváří podrobný popis toho, co zaznamenal a vypořezoval. Výsledky je těžké zobecnit, jelikož se pracuje s omezeným počtem jedinců obvykle na jednom místě. Jde o sbírku subjektivních dojmů výzkumníka (Miles a Creswell, 2003, Huberman, 1994, Bohdan, Biklen, 1992 in Hendl, J., 2012).

#### **7.3 Případová studie**

Z přístupů kvalitativního výzkumu byla vybrána záměrně případová studie, jelikož se zaměřuje na podrobný popis a rozbor jednoho nebo několika málo případů. V takzvané osobní

případové studii je pozornost věnována minulosti, kontextovým faktorům, postojům, zkušenostem a procesům určité události v životě určitého jedince (Hendl, J., 2012).

Podle Stakea je případová studie úsilí o porozumění jedinečnosti a komplexnosti určitého sociálního objektu s cílem osvojení problematiky, nikoliv popis či dobývání světa. Případové studie rozdělil do 3 typů – intrinsitní, instrumentální a kolektivní. V rámci této práce je nutno zmínit několik informací o intrinsitní případové studii, která se věnuje případu jen kvůli němu samému. Výzkumníku nejde o testování hypotéz ani o návrh teorie, jeho cílem je holistické porozumění případu (Stake, 1995 in Hendl, J., 2012).

Dalším autorem, který se věnuje teorii případové studie, je Yin, studoval historii a zabýval se experimentální psychologií z oblasti výzkumu mozku (Hendl, J., 2012).

## **7.4 Výběr**

V rámci práce bylo vybráno 6 respondentů, z celkového počtu odhadem 10 (maximálně 20) terénních psychiatrických sester (dále jen TPS) z celé České republiky. Všechny tyto respondenti působí na území hlavního města Prahy. Jde tedy o totální výběr, jelikož celkový počet respondentů je malý.

Naším záměrem bylo oslovit plný počet TPS. Hledali jsme hodnověrnou informaci o tomto množství na MZ ČR. Bylo nám sděleno, že přesný počet není znám. Na základě zkušeností a komunikace s odborníky z praxe jsme vypátrali 12 TPS. Do souboru nebyly zařazeny TPS z Psychiatrické léčebny Bohnice z důvodu naší domněnky, že vzhledem k tomu, že tuto službu poskytují teprve dva měsíce, budou jejich zkušenosti omezené. Dalším badatelům v této oblasti doporučujeme navázat spolupráci i zde, neboť důležitým faktem je, že čerpají z dlouhodobé praxe v psychiatrii.

## **7.5 Metody získávání dat a jejich sběr**

Data byla získávána v období dubna – června 2013 metodou strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami, aby byla minimalizována variace otázek, které byly kladeny respondentům a tudíž došlo i k minimalizaci pravděpodobnosti, že se budou data od jednotlivých respondentů výrazně strukturně lišit. Celkem bylo položeno jednotlivým



respondentům 10 otázek (viz příloha A), na které všichni stihli odpovědět v rozmezí 30 až 45 minut. Každý respondent byl předem upozorněn na délku trvání rozhovoru, seznámen s tištěnou podobou otázek, seznámen s pomůckami (diktafon), obeznámen s účelem jeho výpovědi, jak se bude nakládat s daty a v neposlední řadě, že bude zachována jeho anonymita.

Po tom, co byl audiozáznam rozhovoru přepsán pomocí softwaru Microsoft Word do písemné podoby, byl tento dokument odeslán e-mailem každému z respondentů, aby mohl ke své výpovědi vznést oprávněné připomínky, jelikož byla transkripce upravena stylisticky do spisovného jazyka a očištěna od chyb ve větné skladbě a dialektu.

## **7.6 Omezení studie**

Jedním z největších omezení je odhad celkového množství sester, poskytujících komunitní psychiatrickou péči, což velmi omezuje definitivní výběr vzorku respondentů.

Dále nutno zmínit snahu o autenticitu, která byla naplněna, jelikož se mi, jako výzkumníkovi, povedlo navázat pozitivní vztah se všemi respondenty díky tomu, že jsem v jejich organizacích strávila určitý čas na praxi. Ze všech respondentů je cítit „zápal“ o svou profesi a optimismus v budoucnost, což je do určité míry též omezením, poněvadž má jejich optimistický postoj vliv na jejich odpovědi.

Dalším z omezení je nedostatečná teoretická i empirická základna této profese.

## **7.7 Časový plán a jeho změny**

Časový plán je také jedním z omezení. Harmonogram výzkumu byl plánován již od ledna 2013. Necelých 5 měsíců trvalo, než jsme specifikovali otázky, záměr výzkumu, metodu výzkumu a cílovou skupinu respondentů. Měnili jsme i postupem času cíle bakalářské práce. Jedním z cílů, od kterých jsme se odklonili byl – „Na příkladech z praxe terénních psychiatrických sester nastínit problém prolínání jejich kompetencí s kompetencemi sociálních pracovníků a dalších pracovníků v péči o duševní zdraví“. Neustále jsme nacházeli nové souvislosti. Vypracovali jsme 3 pilotní dotazníky, které jsme následně diskutovali s odbornými pracovníky v oboru. Byly podrobeny negativní kritice, až jsme z těchto pilotních dotazníků upustili a přešli k metodě případové studie zaměřené na jednotlivé terénní

psychiatrické sestry. Naší snahou bylo kontaktovat všechny organizace, ve kterých tyto sestry působí. Na doporučení odborníků z profese jsme dostali odkaz na práci ostravského týmu z Domu duševního zdraví, ale zde jsme obdrželi negativní stanovisko v oblasti poskytování terénní psychiatrické péče.

Psychiatrické sestry komunitního terénního centra při Psychiatrické léčebně v Bohnicích na první e-mail nereagovaly, následně z časových důvodů odevzdání bakalářské práce a z důvodu, že tato služba funguje krátce, k dalšímu kontaktování nedošlo.

K prvnímu kontaktu došlo přes e-mail a telefon, následně byly domluveny schůzky, na kterých jsme řešili jejich profesi. Nakonec došlo ke společnému konsenzu s otázkami strukturovaného rozhovoru a na poslední schůzce byly jejich odpovědi na tyto otázky nahrány na audiokazetu.

## **7.8 Otevřené kódování**

Co se týče analýzy dat, někteří badatelé se domnívají, že by se v kvalitativním výzkumu údaje neměly analyzovat vůbec a že by měl výzkumník data pouze shromažďovat a prezentovat. Pro přehlednost a lepší orientaci v bakalářské práci byla vybrána metoda otevřeného kódování. Strauss a Corbin (1999) definují kódování jako operace, pomocí kterých údaje rozebereme, konceptualizujeme a opět složíme. Otevřené kódování je ta část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Výzkumník analyzuje sebrané informace. Má před sebou velké množství nejrůznějších pojmů získaných konceptualizací, které se snaží sdružit do kategorií. Jednotlivé kategorie pojmenujeme tak, aby co nejvíce logicky souvisely s údaji, které zastupují (Strauss, A., Corbin, J., 1999).

## 8 Výsledky otevřeného kódování

Jednotlivé kategorie korespondují s cílem č. 2 bakalářské práce. Pro co nejbližší přiblížení tomuto cíli byly vymyšleny otázky (příloha A), na které TPS odpovídaly ve strukturovaném interview.

Na základě otevřeného kódování bylo určeno šest kategorií, které popisují společné rysy respondentů a klíčové body výkonu jejich povolání. Kategorie jsou následně logicky seřazeny a bude snahou je jednotlivě systematicky porovnat s dostupnou teoretickou základnou a vlastními zkušenostmi. Strauss a Corbin (1999) upozorňují, že vzorec našeho myšlení a přístup k analýze dat je ovlivněn zkušenostmi a znalostmi z literatury, aniž bychom si toto uvědomovali.

### *Přehled jednotlivých kategorií*

1. Započetí práce terénní psychiatrické sestry
2. Chybějící výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění
3. Utváření vztahu mezi sestrou a pacientem
4. Popis pracovní činnosti
5. Hodnocení dostupnosti informačních zdrojů v oblasti terénní psychiatrické péče
6. Vize sester o budoucnosti jejich povolání

### **8.1 Započetí práce v roli terénní psychiatrické sestry**

Do této kategorie jsou zařazeny odpovědi na otázky týkající se dosaženého vzdělání sester, prvnímu kontaktu s terénní psychiatrickou péčí a časové určení výkonu jejich povolání TPS.

50 % sester absolvovalo střední zdravotnickou školu, jedna gymnázium a zbývající dvě studovaly na středních školách mimo obor ošetrovatelství (střední škola ekonomická a střední škola pedagogická). Následně sestry své odborné znalosti a dovednosti získaly při studiu na VZŠ Duškova Praha (50 % sester), kde získaly titul diplomovaného specialisty v oboru sestra pro psychiatrii a druhá polovina díky specializačnímu vzdělávání v oboru péče o duševní zdraví (Brno, Havlíčkův Brod). Sestry se dále vzdělávají (nejvyšší dosažené vzdělání sester – doktorand v oboru aplikované etiky, dále studium psychologie, sociální politiky a sociální práce) a navštěvují kurzy a semináře, díky kterým získávají informace aplikovatelné v praxi TPS. Za zmínku stojí kurz psychiatrické rehabilitace, kurz krizové intervence, kurz

práce s rodiči dětí závislých na psychoaktivních látkách, relaxační techniky a psychoterapeutický výcvik.

Zajímavým postřehem je „*další pokračování ve vzdělávání u mne není možné z finančních důvodů, jeden kurz mne stál deset tisíc korun (...) a podmínkou dosažení určitého stupně vzdělání je i určitý počet supervizí...*“ (S.6).

Tato kategorie potvrzuje informace z teoretické části (Kapitola 5.2 Vzdělávání psychiatrických sester v komunitní péči) této bakalářské práce, kde Národní soustava povolání doporučuje vedle bakalářského studia Ošetrovatelství studium vyšší odborné školy v oboru zdravotnictví – obor diplomovaná sestra pro psychiatrii, který byl však zrušen. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů doporučuje specializační studium v psychiatrii a výkon povolání v oblasti psychiatrie minimálně 6 let. Tuto podmínku všichni respondenti splnili.

Co se týče výkonu povolání TPS, k prvnímu kontaktu s tímto povoláním došlo u sestry S.1 při stáži v zahraničí, u ostatních sester přes internet, inzeráty, od sebe navzájem či přímou nabídkou od zaměstnavatele.

„*S terénními psychiatrickými sestrami jsem se poprvé setkal ve Velké Británii v roce 1998...*“ (S.1)

„*Věděla jsem, že terénní psychiatrická služba existuje, o konkrétním pracovišti jsem se dozvěděla z inzerátu...*“ (S.2)

„*Poprvé jsem se o ní dozvěděla na internetu a o instituci, ve které pracuji, ze školy, protože jsme zde absolvovali stáž v rámci studia...*“ (S.3)

„*Dostala jsem nabídku této práce v zařízení, ve kterém pracuji...*“ (S.6)

Nejdéle terénní psychiatrickou péči poskytuje sestra S.6 – čtyři roky, následně sestra S.3 – tři a půl roku, ostatní sestry (4) jako TPS fungují jeden rok.

## **8.2 Chybějící výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění**

Do stávajících výkonů ze Sazebníku výkonů dostupných na webových stránkách Psychiatrické sekce ČAS patří Zavedení/ukončení individuální psychiatrické rehabilitace,

konzultace, administrativní činnost psychiatrické sestry, Psychiatrická rehabilitace individuální, Terénní krizová intervence prováděná psychiatrickou sestrou, Edukace psychiatrickou sestrou a Reeducace psychiatrickou sestrou. V této kategorii je sestaven výčet navrhovaných výkonů, který TPS chybí a nejsou obsažené v Sazebníku výkonů.

1) výkony přednemocniční péče

- *dispenzarizace – „...ambulantní sestry by musely mít určitý počet dispenzarizovaných pacientů a vědět o nich, kdy mají termín injekce, vědět o nich, kdy jim dochází léky, a když se pacienti nehlásí, tak se o ně aktivně zajímat, kontaktovat rodinného příslušníka nebo je osobně...“ (S.6)*
- *krizový výjezd „pro lidi, kteří v životě neviděli psychiatra, rodina nedokáže dostat pacienta k péči, dostává se jim odpovědi, ať zavolají policii, když bude agresivní a tak se pacient dostane do léčebny...“ (S.1)*
- *první kontakt s pacientem „kdy nás kontaktuje rodinný příslušník, že mají v rodině evidentně psychiatricky nemocného, který se nikdy neléčil (...) Náš asertivní tým ho kontaktuje, ale já jako sestra si ten první kontakt nemohu na pojišťovnu vykázat. Dokud nemám indikaci od ošetřujícího psychiatra, který s pacientem přišel do kontaktu, nemohu si veškerou péči, kterou pacientovi poskytuji, vykázat...“ (S.3)*

2) práce s rodinou

- anamnéza
- psychoedukace
- terapie vysvětlováním
- podpůrná terapie

3) aplikace depotní injekce (navrhly 4 sestry)

4) *jednorázová pomoc „když pacient opravdu nemůže dojít k lékaři a přitom potřebuje léky, tak aby bylo hrazené to, že ta sestra může recept či lék vyzvednout a podat pacientovi. Když je nedostane, tak skončí v nemocnici. Kdyby dostal třeba jen dva ty léky, tak je za 3 dny schopný do ambulance dojít...“ (S.6)*

5) výkony rozšiřující péči, které by umožňovaly domácí léčení a tím by suplovaly

hospitalizaci „momentální stav výkonů se zaměřuje na psychiatrické vyšetření, na minimální kontakt s lékařem, na krizovou intervenci, ale ten pacient musí být schopný přijít do toho krizového centra či k psychologovi (protože jí může vykazovat jen psycholog). Pacient si může přijít pro pomoc, ale když mu je tak špatně, že není schopen přijít, tak nezbyvá nic než pacienta hospitalizovat. Psychiatrická sestra může zhodnotit stav, ale nemůže léčit...“ (S.6) – k dovysvětlení – pacient, který není schopen si sám najít psychiatrickou pomoc, je odkázán na hospitalizaci v lůžkovém zařízení, ať již dobrovolnou, ale ve většině případů spíše nedobrovolnou. Jednou ze snah TPS je poskytování efektivní péče a tím předcházení hospitalizaci. TPS ale není kompetentní k tomu, aby mohla svou péči poskytnout pacientům bez indikace lékaře a když už indikaci má, svou péči může poskytovat v časově omezené míře. U domácí hospitalizace by služba terénní psychiatrické péče měla být dostupná 24 hodin denně, sedm dní v týdnu. Sestra by měla být schopná dostavit se kdykoliv k pacientovi dle jeho potřeb a aktuálního zdravotního stavu.

6) sociální pomoc (například doprovod k lékaři, administrativní úkony – důchody aj.)

Sestry dále upozorňují na časovou dotaci. „Někdy jsou nedostačující, jindy jsou pro pacienty, zvláště pokud jsou z nějakého důvodu destabilizovaní, dlouhé a tudíž náročné...“ (S.2). Sestře S.3 jako jediné chybí výkon výživového/dietního poradenství.

Dále stojí za připomenutí, že veškeré výkony jsou omezené na určité skupiny nemocných lidí s diagnózou schizofrenie, schizofrenní poruch a poruch s bludy, poruch nálady a obsedantně kompulzivní poruchy. Toto je podle mne velmi omezující v tom smyslu, že terénní psychiatrická sestra nemůže poskytnout péči lidem s jiným duševním onemocněním, například lidem s mentální retardací.

### **8.3 Utváření vztahu mezi sestrou a pacientem**

Mezi nejvýznamnější charakteristiky a požadavky komunitní péče patří dobré pracovní spojení mezi pacientem a poskytovatelem pomoci (Van Weeghel a kol., 2005 in Pěč, O., Probstová, V., 2009).

K prvnímu kontaktu dle odpovědí respondentů nejčastěji dochází v domácím prostředí skrze doporučení ambulantního psychiatra, který následně každý měsíc léčbu indikuje.

*„Po kontaktu s ošetřujícím psychiatrem následuje telefonický kontakt pacienta či kontakt formou dopisu, ve kterém oznámím návštěvu...“ (S.3). Do druhé skupiny patří pacienti, kteří jsou vedení v rámci zařízení, ve kterém sestry figurují a kteří s tímto zařízením dlouhodobě spolupracují (například navštěvují denní stacionáře, které fungují v zařízeních, byli zde hospitalizováni atp.). S některými pacienty se sestry setkávají přímo v psychiatrické ambulanci. V ojedinělých případech pacienti či rodina pacientů osloví sestry sami na základě kontaktů na terénní psychiatrické služby zveřejněných na internetu.*

K dokreslení situace použiji úryvek z rozhovoru se sestrou S.6: *„S prvním setkáním s pacientem v léčebně jsem se ještě nesetkala, ale vím, že v jiném zařízení to takto funguje. Do mé léčby se dostávají pacienti, kteří se službou souhlasí a nechtějí se vrátit do léčebny. Cílem TPS je, aby pacient odcházel z léčebny s náhledem a psychiatrické sestře věřil, že zvládne bojovat s duševní nemocí v domácím prostředí, které v něm možná evokuje nepříjemné věci, například bludné představy (...) Někdy se stane, že mi z léčebny zavolají, že o mé služby má pacient zájem a on mne následně kontaktuje sám, sám si zajistí doporučení a indikaci od ambulantního ošetřujícího psychiatra...“*

*„Jediný způsob komunikace s pacientem s psychózou a navázání důvěry je, že já musím dělat, že já jsem ta nemocná. Já jsem ta špatná, já tomu nerozumím (...) Neexistuje, abych jim řekla, že jsou nemocní, divní, že to mají takto atd. Já jsem ta divná, protože tomu nerozumím. Oni to opravdu takhle mají, že místo stromu vidí kočku. Oni to chápou jako realitu, pro ně je nemocná moje realita. Jsou tak nemocní, že mají změněný pohled na svět. Nemůže se za to odsuzovat (...) pokud má třeba pacient problém s demotivací k léčbě, tak mým cílem pro určitou časovou jednotku je navázat vztah a motivovat ho k léčbě...“ (S.6)*

*„Těžištěm naší práce je vztah, který vzniká při opakovaných návštěvách, vztah důvěry, zájmu o druhého, být mu na blízku, být na telefonu, je potřeba znát aktivity krizového scénáře, vědět, jak v krizi postupovat...“ (S.1)*

*„Specifikem u psychiatrických pacientů je potřeba delšího času získání důvěry ve zdravotníka a tím pádem i možnost otevřeně komunikovat...“ (S.2)*

*„S pacienty plánuji i kulturní zapojení do života, chodíme do kina, divadla (...) Opět jde spíše o suplování sociálních služeb, ale mně to nevadí z toho důvodu, že se s pacienty daleko více skrze aktivity poznáme a navážeme partnerský vztah, mají ve mě větší důvěru, což má pozitivní vliv na jejich duševní zdraví a také díky kladnému vztahu spolu můžeme řešit*

*mezilidské vztahy a jejich vliv na zhoršení stavu...“ (S.5)*

## **8.4 Popis pracovní činnosti**

V této kategorii se zaměříme na to, jak vypadá pracovní den TPS, které ošetrovatelské úkony provádí a jakým způsobem zaznamenává a vyhodnocuje ošetrovatelskou péči. Bylo snahou ošetrovatelské výkony kategorizovat dle NANDA domén, avšak v praxi je toto řazení neproveditelné. Toto vysvětluje sestra S.6: *„u pacientů s psychotickým onemocněním nelze používat standardní ošetrovatelské dokumentace ani jiné dotazníky potřeb, protože by mě nikdy nepřijali, protože témata, na která se v nich dotazujete, je pro ně něco tak citlivého, že to prostě nejde používat (...) Otázky týkající se mezilidských vztahů, jsou pro ně ohrožující, jelikož většinou ti lidé se bojí, mají pocity, že je všichni sledují. Kdybych se v tom začala rýpat, tak se jejich stav může zhoršit, mohla bych podtrhnout rozvoj jejich bludů a to není žádoucí. Výživa, vylučování to samé. Nelze se zeptat, jestli chodí na záchod. U výživy, to hodnotím sama, podle toho, jak vypadá zevnějšek pacienta či vidím špinavé nádoby...“ (S.6).*

Na dotaz, jak vypadá jejich pracovní den, odpověděli respondenti následovně. Ti, kteří pracují jako sestry na lůžkovém oddělení, terénní psychiatrickou péči poskytují na sklonku pracovní doby či mimo směny. Ostatní se pohybují od začátku pracovní doby v terénu. Sestra S.6 se vždy každé ráno jede ohlásit nejprve na pracoviště, následně vyjede do terénu. 50 % sester stihne v průběhu dne poskytnout péči v průměru 4 pacientům. Všechny sestry si schůzky s pacienty domlouvají individuálně při poslední návštěvě s respektem k potřebám pacientů.

Sestry si na prvních schůzkách vždy zmapují základní oblasti pacientova života a následně dle aktuálních problémů s pacientem připraví individuální plán péče, podle kterého se řídí při poskytování péče a krizový plán „...ten vytváříme pro případy, kdyby se pacient dostal do nepříjemné situace a hrozila mu dekompenzace psychického stavu, aby věděl, co dělat. Patří tam nácvik situací, při kterých se cítí lépe, aby zavolal rodině, nám. Krizový plán funguje jako prevence zhoršení zdravotního stavu...“ (S.4).

Individuální plán schvaluje ambulantní psychiatr. Individuální plán péče se každý měsíc reviduje.

Sestry nepoužívají žádné standardizované škály, které by vycházely z ošetrovatelských modelů. Tři mají vlastní plány péče, po každé schůzce provedou krátký zápis o zdravotním



stavu pacienta volným slovem. Jedna sestra uvedla, že píše vše, co zjistí, bez žádné struktury. Pouze dvě ze 6 používají HoNOS, který se vyplňuje vždy při příjmu a propustění. Jedna sestra uvedla, že používá klasickou ošetrovatelskou dokumentaci a využívá vlastní interní rehabilitační plán, který se s pacientem vyhodnocuje na začátku ošetrovatelské péče a je pravidelně revidován dle stavu pacienta.

Veškeré informace si pracovníci jednotlivých zařízení předávají pravidelně na schůzkách (v různých intervalech, jednou týdně, jednou za měsíc, jedna sestra předává informace spolupracovníkům každý den po návratu ze schůzek s pacienty a jednou za měsíc veškeré informace o stavu pacienta shrne a pošle formou dopisu ambulantnímu psychiatrovi).

Z informačních systémů, které sestry využívají, je to Hippo (S.6), Medicus (S.2, S.3) a Amis (S.1, S.4, S.5).

Z ošetrovatelských výkonů to jsou následující:

- zhodnocení psychického stavu
- kontrola medikace, případně příprava na následující dny (do dávkovače), edukace o užívané medikaci, aplikace depotní injekce
- kontrola hygieny, kontrola fyzického stavu
- kontrola výživy (nadbytek chuti, anorexie, BMI index)
- kontrola vylučování
- kontrola spánku
- měření glykémie glukometrem (S.3)
- měření krevního tlaku, pulzu
- zajištění následné péče – zprostředkování kontaktu na další pomoc odborníků v oblasti péče u duševní zdraví (pravidelné kontroly u ambulantního psychiatra, kontakt se sociálním zařízením aj.)
- psychoedukace, psychická podpora pacienta, motivace k zlepšení pohledu na své zdraví (př. edukace o kouření a jeho negativním vlivu na zdraví)
- podpora rodiny
- řešení problémů, týkajících se mezilidských vztahů
- doprovod k lékaři, na úřad aj.
- psychiatrická rehabilitace – procházky, zajištění sociálního kontaktu, nácvik domácích prací (úklid, vaření, nákup, nácvik komunikace, hledání na internetu...)

Pro zajímavost sestry S.5 vypověděla: „pacienty se snažím aktivizovat, motivovat je k sociálnímu životu, jelikož někteří pacienti sedí doma a nevychází, a když ano, tak maximálně za svým ambulantním psychiatrem na kontrolu. Nabídnu jim, že spolu půjdeme ven, což trochu simuluje sociální službu. Chodíme do divadla, kina...“

## 8.5 Hodnocení dostupnosti informačních zdrojů v oblasti terénní psychiatrické péče

Dva respondenti ohodnotili dostupnost zdrojů v oblasti terénní psychiatrické péče **pozitivně** a **čtyři negativně**.

„Praktická učebnice pro sestry, kde by byly popsány techniky ošetrovatelství, v českém prostředí vydána nebyla. Můžeme čerpat zkušenosti ze zahraničí, které se však nedají aplikovat do českého prostředí, protože v zahraničí funguje jiný zdravotní systém, týmy jsou jinak postavené než u nás (...) Učíme se s pacienty za pochodu a zpětně diskutujeme s kolegy, co a jak jsme mohli udělat jinak, zda ten a ten přístup byl správný. Učíme se zkušeností, ale nejsme na to vůbec připraveni (...) Pro studenty ani pro laiky se momentálně nechystá žádná akce ani konference o naší práci(...)“ (S.1)

„Informace hledám v naší knihovně, kde však nejsou žádné publikace, které by se zaměřovaly konkrétně na terénní psychiatrickou péči (...) Nejvíce informací sbírám z konzultací s psychiatry, psychologem. Konkrétně přímo na terén neexistuje nikdo, kdo by nám poradil, avšak vím, že existuje konference TPS, kterou vede Tomáš Petr...“ (S.2)

„Nevím o žádných kurzech terénní psychiatrické péče. Terénní psychiatrická péče je vždy obsažena v konferencích sociální psychiatrie a multidisciplinárních týmů. Jinak vědomosti čerpám z britské literatury (...) byla jsem před 2 lety na celosvětové konferenci sociální psychiatrie v Holandsku, ...z konference vyplynulo, že terénní psychiatrická péče a péče multidisciplinárních týmů je nejvíce rozšířená v Evropě, k nejvyspělejší patří Skandinávie...“ (S.3)

„Mým největším zdrojem je Tomáš Petr (...) A publikace se přiznám, že o žádné konkrétní nevím...“ (S.4)

*„Největším přínosem informací je můj kolega (...) učím se v průběhu praxe. Což je podle mne úplně nejlepší. Zdroje jsou, ale já nemám potřebu se jimi probírat, jelikož nejvíc informací získávám od kolegů a dále z přednášek a konferencí...“ (S.5)*

*„Dostupné informace mám (...) Já osobně jsem se zatím na žádné konferenci nedozvěděla nic nového, co bych nevěděla. Systém, jakým poskytuji péči, jsem si sama vytvořila (...) Vše se učím sama praxí. Byla jsem na pracovní stáži v Terstu a v Anglii, kde ta terénní psychiatrická péče funguje skvěle. Stáž byla obohacující...“ (S.6)*

## **8.6 Vize sester o budoucnosti jejich povolání**

Tato kategorie se snaží shrnout informace z odpovědí na poslední dvě otázky strukturovaného rozhovoru, a to ty, jak hodnotí transformaci psychiatrie, ke které právě dochází a s ní spojený náhled na budoucnost terénních psychiatrických sester jakožto povolání. Nutno připomenout, že transformace vychází z reformy psychiatrické péče, která podporuje především rozvoj komunitní péče, zvýšení role primární péče a všeobecných nemocnic, transformaci psychiatrických léčeben a vzdělávání odborných pracovníků (Reforma péče o duševní zdraví, 2012). Více viz kapitola Transformace péče o duševně nemocné v České republice.

Zatímco budoucnost vidí všichni, až na jednoho respondenta, pozitivně a optimisticky, názory sester na transformaci jsou diametrálně odlišné.

*„Určitě by k transformaci dojít mělo, ale ne asi úplně tímto způsobem. Přejde mi, že se to děje chaoticky a nedomyšleně. Není dobré rušit lůžka, když nejsou podchyceny terénní služby...“ (S.2)*

*„Nevidím žádný průběh, že k něčemu dochází. Přejde mi, že k ničemu nedochází, že přijdou finance z evropských fondů, otevrou se brány léčeben a je to. Největší problém vidím v neinformovanosti veřejnosti... Laikové na toto nejsou vůbec připravení. Nejprve by mělo dojít k destigmatizaci těchto lidí, edukaci laiků už na základních školách, aby se změnil pohled na duševně nemocné. A co se týče laiků a transformace psychiatrie, to absolutně nikdo netuší. Zatím se nic neděje a chaos nastane v lednu 2014...“ (S.3)*

*„Transformace je běh na dlouhou trať. Vše se musí důkladně promyslet, prodiskutovat, protože to podle mě v dnešní společnosti není tak jednoduché, aby se řeklo: ‚tak a teď zavřeme léčebny a pacienti půjdou domů‘ a všechny sestry půjdou za nimi a budou jim*

*poskytovat péči doma...“ (S.4)*

*„Jsem pro z důvodu, že není třeba, aby byli lidé hospitalizováni tak dlouho. Podle mě jsou pacienti v chráněném prostředí celkem spokojeni (...) Doufám v to, že v budoucnosti tady budou poloprázdné nemocnice a nemocnice budou především poskytovat služby akutním stavům...“ (S.5)*

*„Musím se přiznat, že tomu nerozumím, jelikož jde o několik směrů a každý si proudí jinam. Každá společnost si chystá a usiluje o to své (...) Vím, že jediná transformace psychiatrické péče pro naše pacienty, kteří potřebují péči multidisciplinárního týmu, je ta, o kterou usiluje nejmenovaná organizace poskytující multidisciplinární a komunitní péči...“ (S.6)*

Vzhledem k neexistujícímu výzkumu ohledně budoucnosti TPS v České republice nebyla možnost porovnat výpovědi sester s dostupnými materiály a je třeba se omezit na subjektivní pohledy dotazovaných sester. Výpovědi sester ohledně budoucnosti jejich povolání se na rozdíl od názoru na transformaci psychiatrické péče téměř shodují. Terénní psychiatrické sestry svou budoucnost vidí optimisticky, avšak...

*„V rámci transformace a šetření financí ministerstva zdravotnictví by logicky mělo dojít k ‚boomu‘ těchto služeb, ale bez adekvátní podpory, což nejsou jen finance, ale i vzdělání, kompetence a ukotvení, co se týče legislativy, to nelze...“ (S.2)*

*„V reformě se počítá, že bude na 100 tisíc obyvatel až pět sester. Doufám však, že jich bude mnohem víc, budou mít rozšířené kompetence, budou moci pracovat samostatně, budou v zdravotnickém systému dobře rozpoznatelné...“ (S.1)*

*„Ale pořád mám pocit, že je rozvoj našeho povolání nereálný. Podle plánu transformace, by se z psychiatrických sester fungujících v lůžkových zařízeních měly stát psychiatrické sestry terénní. Kdo je na to připraví? To si neumím představit...“ (S.3)*

*„Když se terénní psychiatrická péče rozšíří do každého kraje, aby byl alespoň nějaký záchytný bod pro pacienty, tak to rozhodně budoucnost má. Několikrát jsem se setkala s problémem, když jsme propouštěli pacienta, do regionu, kde jsou hluchá místa...“ (S.4)*

*„O terénní psychiatrickou sestru není zájem, tuto službu chce jen ten, kdo této péči rozumí. Ale to jsou jen ti lidé, kteří jsou v určitých asociacích a za tuto službu bojují (...) Tuto práci lze vykonávat pouze u benevolentních organizací, které se snaží poskytovat komunitní péči. A těm sestrám jde více o pacienty, než o peníze, které vydělají. Musím chtít to dělat. A terénní*

*psychiatrické sestry nikdy nebudou samostatné, protože zdravotní pojišťovny nechtějí vydat smlouvy na poskytování této péče. Budoucnost terénních psychiatrických sester není žádná, pokud nebude platná správná legislativa... Budoucnost terénních psychiatrických sester je závislá na nasmlouvání výkonů zdravotními pojišťovnami pro zařízení poskytující zdravotní péči v oboru psychiatrie... “ (S.6)*

## **DISKUZE**

Nyní se naskýtá prostor pro diskuzi. V této části je nutno si položit pár otázek, které vypluly napovrch při výzkumu a jsou podnětem pro další badatele a osoby, kteří chtějí věnovat transformaci české psychiatrie pozornost. Jsou kategorizovány dle výzkumné části (kapitola 8). Otázky se vyjevily na základě mé praxe v kontextu se zpracováváním této bakalářské práce.

Neměli bychom se bránit položit si tyto otázky. Je nutné se jich chopit a snažit se na některé z nich odpovědět. Zejména bych ráda vyzvala odborníky na psychiatrickou péči k zamyšlení nad nimi, jelikož si myslím, že proud komunitní psychiatrické péče budoucnost má a nechceme-li zaostávat za ostatními státy, měli bychom mu jít vstříc.

### **1. Započetí práce v roli TPS**

Co se týče započetí práce v roli terénní psychiatrické sestry, se nabízí otázek hned několik. Jak by se kompetentní sestry měly dozvídat o možnosti takto pracovat? Kolik existuje sester, které by tuto práci mohly vykonávat? Jak motivovat zřizovatele těchto služeb? Je možné, že se tyto sestry vyskytují či vyskytnou díky specializačnímu vzdělávání? K této problematice mne jako budoucího absolventa bakalářského studia napadá otázka, co dělat, aby se ze mě stala terénní psychiatrická sestra? K úspěšnému absolvování atestační zkoušky ze specializace v oboru péče o duševní zdraví je rok praxe na psychiatrii. Ale kde tuto praxi získat, když většina zaměstnavatelů praxi v rámci studia nezapočítává a k výkonu povolání psychiatrické sestry je nutná specializace, abyste mohli pracovat na psychiatrii? Jak tento začarovaný kruh řešit? Jak by mělo vypadat vzdělávání TPS? Co v praxi chybí? Bude dostatek sester splňující tato kritéria? Kdo a jak by je měl školit? Co bude hlavní motivací, aby sestry byly TPS? Budou dostatečné finanční a personální zdroje pro rozvoj tohoto oboru?

### **2. Chybějící výkony hrazené z veřejného zdravotního pojištění**

Na další problém týkající se výkonů, které prozatím nejsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, tudíž si je TPS nemohou oficiálně vykázat je možno se například ptát, co se musí stát, aby se tyto výkony zařadily do Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami? Kde jsou pro jejich zařazení překážky? Je zavedení dalších výkonů v jednání? Je potřeba

sestry speciálně školit, aby tyto výkony lépe prováděly? Je tu riziko zhoršení stavu pacientů díky nedostatečnosti seznamu výkonů, které jsou již hrazeny? Má Psychiatrická sekce ČAS dostatek členů, aby mohla toto prosazovat? Nejsou jiné úkoly, které musí řešit předně? Existuje spolupráce a podpora od psychiatrů, od pacientů a rodin, z jiných zařízení? Mohou pomoci zaměstnanci z akademické obce? Jsou vhodně začleňovány zkušenosti ze zahraničí? Komunikují dostatečně TPS a jejich zaměstnavatelé ohledně potřeby změny výkonů?

### **3. Utváření vztahu mezi sestrou a pacientem**

Tato problematika se prolíná i do dalších oblastí medicíny. Je třeba ji humanizovat, tzn. pracovat skrze vztah. Když se zamyslíme nad odpověďmi TPS k této oblasti, vidíme, že jedním z hlavních těžišť jejich práce je vytvoření vztahu naplněného vzájemnou důvěrou a respektem. Všimla jsem si vysokého osobního nasazení sester a zápal pro dobré vztahy s pacienty. Budou další sestry takto nadšené? Napomohlo by vzdělávání sester v psychoterapii? Jak jim ti, co řeší transformaci psychiatrie, mohou v tomto dílčím úkolu dále pomoci? Je to, že se TPS dostane do přirozeného prostředí pacienta (čímž je možno ušetřit na hospitalizaci), podstatou léčby, která bude v důsledku levnější?

### **4. Popis pracovní činnosti**

Tato kategorie souvisí s kategorií první. Co konkrétního sestry potřebují, aby výsledky jejich práce byly lepší? Pomohla by sestrám tvorba standardů ošetrovatelské péče? Vyhovují jim hranice dané hrazením výkonů? Existuje neefektivní prolínání kompetencí s jinými profesemi?

### **5. Hodnocení dostupnosti informačních zdrojů v oblasti terénní psychiatrické péče**

Informační zdroje k transformaci psychiatrické péče se v poslední době rychle množí. K veřejnosti však stále pronikají zatím příliš skromně. Veřejnost se může obávat „vypuštění psychopatů z léčeben“. Důležité pro úspěch transformace je dobrá PR komunikace (Public relations, komunikace s veřejností). Mají však samy TPS dostatek informačních zdrojů a prostor pro informovanost veřejnosti? Jaké informační zdroje sestry potřebují? Které chybí?

Je nutné se odkazovat na prameny ze zahraničí? V zahraničí tyto služby fungují, proč v České republice jen v tak omezené míře? K hledání odpovědí by mohly posloužit důležité zdroje, jako například <http://www.reformapsychiatrie.cz/>; <http://www.psychportal.cz/deklarace/>, časopis Esprit a další či použité zdroje literatury (viz str. 47-50).

## **6. Vize sester o budoucnosti jejich povolání**

Jak by se měla česká psychiatrie transformovat, aby se služba TPS efektivně rozvíjela? Kde jsou mezery? Jak by se dalo zhodnotit, že jde transformace dobrým směrem? Jak by ke změně psychiatrie mohly přispívat TPS? Kdo a jak by jim mohl zlepšit podmínky pro rozvoj? Jaké překážky je potřeba překonat?

TPS apelují na rozvoj spolupráce s ostatními poskytovateli psychiatrické péče. Vyzývají ke změně legislativy, aby jejich povolání bylo více transparentní. Žádají o zrovnoprávnění psychiatrie s ostatními medicínskými obory. Tímto bych ráda vzdala hold za jejich nelehkou průkopnickou práci a popřála mnoho zdaru ve prospěch jich samotných a jejich pacientů.

*At' z Vás stále vyzařuje entuziasmus!*



## ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo vypracovat teoretický přehled o problematice transformace české psychiatrie se zaměřením na práci sester v komunitních službách. Ze strukturovaných dotazníků bylo ve výzkumné části metodou otevřeného kódování popsáno několik oblastí z profesní dráhy terénních psychiatrických sester (dále jen TPS). Mou snahou je podílet se na zviditelnění důležitosti rozvoje práce terénních psychiatrických sester skrze tuto publikaci. Ráda bych tyto informace v budoucnu zveřejnila v některém z odborných časopisů s preferencí se zaměřením na ošetrovatelství. Je podle mne důležité tyto informace předávat dále jak na poli akademické půdy, odborných společností, tak i mezi laickou veřejností, jelikož si myslím, že je psychiatrie zatracovaným oborem. Je to odnož medicíny jako každá jiná, psychiatřiční pacienti jsou ti samí pacienti jako jakýkoliv jiní. Psychiatrická péče je silně podfinancována, pacientů přibývá a troufám si říci, že dostupnost psychiatrické péče je pro ně nedostačující. Jedním z řešení by mohl být právě rozvoj komunitní psychiatrické péče, do které spadá práce terénních psychiatrických sester. Mohly by se tak pokrýt potřeby pacientů, rozšířily by se možnosti volby typu péče, u pacientů by se při poskytování efektivní péče mohlo předejít relapsu, snížit frekvenci hospitalizace a v některých případech dojít i ke snížení medikace. Pacientům, kterým by byla poskytnuta péče v domácím prostředí, by byl zajištěn kontakt s rodinou, mohlo by dojít k utvrzení vztahů mezi jednotlivými členy rodiny, čímž by se pacient udržoval v realitě (ne, jak je tomu při poskytování péče „za zdmi“). Již prostředí, ve kterém je péče poskytována má vliv na jeho zdravotní stav. V neposlední řadě by péče, poskytovaná doma, ušetřila finance českému zdravotnictví.

Terénní psychiatrická sestra při navázání vztahu s pacientem může pacienta poznat z jiného pohledu než lékař při vyšetření v ordinaci či lékař, který ho má na starost při hospitalizaci. Z vytvořeného vztahu plyne i důvěra, pacient se sestře více otevře, informuje ji o změnách svého stavu a aktuálních problémech.

Všechny sestry, které působí v oblasti terénní psychiatrické péče, své poslání považují za velice potřebné. Jsme na teprve na startu. Jedním z úkolů z řad odborníků podílejících se na reformě české psychiatrie je vymyslet edukační program lékařských i nelékařských pracovníků poskytujících komunitní péči, která se bude zaměřovat především na terénní psychiatrické sestry, jelikož jsou pilířem této péče. Dále se každý z nás můžeme podílet na destigmatizaci lidí s duševním onemocněním, edukovat laickou veřejnost již na základních

školách, aby se na tyto lidi přestala dívat „skrze prsty“. Avšak vše je závislé na tom, jakým směrem se bude transformace psychiatrické péče ubíhat.

## SEZNAM LITERATURY

### Tištěné zdroje

ČERNÁ, Petra. Aserktivní kontaktování lidí s duševní poruchou prostřednictvím multidisciplinárních týmů. *Sociální práce*. 2013, č. 1. ISSN 1213-6204.

ČESKO. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006 o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006. Dostupný také z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z\\_108\\_2006.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/z_108_2006.pdf)

ČESKO. Vyhláška č. 397 ze dne 17. prosince 2010, kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2010. Dostupná také z: [http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlasaka-c-sb-ze-dne-prosine\\_4535\\_999\\_3.html](http://www.mzcr.cz/Odbornik/dokumenty/vyhlasaka-c-sb-ze-dne-prosine_4535_999_3.html)

ČESKO. Vyhláška č. 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2011. Dostupná také z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=55~2F2011&rpp=15#seznam>

HANZÁLKOVÁ, Markéta. Práce terénní psychiatrické sestry. *Sestra*. 2009, č. 3. ISSN 1210-0404.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

HETTNEROVÁ, Magda. Reforma psychiatrické péče nemá být ideologická, ale logická. *Florence*. 2013, č. 5. ISSN 1801-464X.

JAROŠOVÁ, Darja. *Úvod do komunitního ošetrovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2150-7.

JOHNSON, Sonia, Justin NEEDLE, Jonathan P. BINDMAN a Graham THORNICROFT. *Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health*. 1. vyd. New York: Cambridge University Press, 2008. ISBN 978-0-521-67875-9.

KOLEKTIV AUTORŮ. *Encyklopedický slovník*. 1. vyd. Praha: Odeon, 1993. ISBN 80-207-0438-8.

MAHROVÁ, Gabriela, Martina VENGLÁŘOVÁ a kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1151-6.

PĚČ, Ondřej, Václava PROBSTOVÁ a kol. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: TRITON, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

PĚČ, Ondřej, Pavla ŠELEPOVÁ, Dana ČECHOVÁ, Jana PĚČOVÁ, Eva DRAGOMIRECKÁ, Václava PROBSTOVÁ a Mirka BUBELA. *HoNOS: Hodnocení zdravotního stavu*. 1. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2007. ISBN 978-80-254-1182-7.

PROBSTOVÁ, Václava, Pavla ŠELEPOVÁ, Eva DRAGOMIRECKÁ, Hynek KALVODA, SOCHOROVÁ, Gabriela a Ondřej PĚČ. *CAN: Camberwellské šetření potřeb*. 2. vyd. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-20-260-0138-6.

RAHN, Ewald a Angela MAHNKOPF. *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2000. ISBN 80-7169-964-0.

STRAUSS, Anselm a Juliet CORBIN. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a metody techniky zakotvené teorie*. 1. vyd., Boskovice: ALBERT, 1999. ISBN 80-85834-60-X.

THORNICROFT, Graham, George SZMUKLER, Kim T. MUESER a Robert E. DRAKE. *Community Mental Health*. 1. vyd. New York: Oxford University Press, 2011. ISBN 978-0-19-956549-8.

## Elektronické zdroje

BLATNICKÁ, Jindra a Tomáš PETR. Vzdělávání psychiatrických sester. In: *Psychiatrická sekce České asociace sester – Sborník přednášek* [online]. 2011 [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: <http://www.psychiatrickasekcecas.estranky.cz/clanky/archiv/sbornik-prednasek-2011/j.blatnicka-vzdelavani-psychiatrickych-sester--soucasny-stav-a-nove-moznosti..pdf.html>

ČESKÁ STOMATOLOGICKÁ KOMORA. Všeobecná sestra. In: *Nebojme se reformy* [online]. 2011 [cit. 2013-06-10]. Dostupné z: <http://reforma.dent.cz/?dil/3/2>

Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR. *Green Doors* [online]. 2012 [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: [http://www.greendoors.cz/sites/all/files/docs/deklarace\\_platformy\\_pro\\_transformaci.pdf](http://www.greendoors.cz/sites/all/files/docs/deklarace_platformy_pro_transformaci.pdf)

LORENC, Jan. O krizové intervenci a krizových centrech. *Asociace denních stacionářů a krizových center* [online]. 2008 [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: <http://www.adskc.cz/index.php?id=5&article=1732>

Mental Health and Substance Abuse Social Workers. *O\*NET* [online]. 2012. [cit. 2013-06-10]. Dostupné z: <http://www.onetonline.org/link/summary/21-1023.00>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Psychiatrická sestra se zaměřením na komunitní péči. In: *Národní soustava povolání* [online]. 2013 [cit. 2013-06-10]. Dostupné z: [http://katalog.nsp.cz/karta\\_tp.aspx?id\\_jp=101489&kod\\_sm1=12](http://katalog.nsp.cz/karta_tp.aspx?id_jp=101489&kod_sm1=12)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Iniciativy v oblasti veřejného zdraví. In: *Evropské fondy* [online]. 2013 [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/iniciativy-v-oblasti-verejneho-zdravi\\_7814\\_2457\\_8.html](http://www.mzcr.cz/Unie/dokumenty/iniciativy-v-oblasti-verejneho-zdravi_7814_2457_8.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Konference dialogy o duševním zdraví. In: *Tiskové zprávy MZ ČR* [online]. 2013 [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/konference-dialogy-o-dusevnim-zdravi\\_7660\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/konference-dialogy-o-dusevnim-zdravi_7660_2778_1.html)

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Reforma psychiatrické péče ve světle léčebny v Bohnicích. In: *Tiskové zprávy MZ ČR* [online]. 2013 [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pecce-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich\\_7597\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/reforma-psychiatricke-pecce-ve-svetle-lecebny-v-bohnicich_7597_2778_1.html)

ODBOR SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A SOCIÁLNÍ PRÁCE. Sociální rehabilitace (§ 70) a sociálně terapeutické dílny (§ 67). In: *Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR* [online]. 2012 [cit. 2013-06-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929>

PĚČ, Ondřej. Komunitní péče. *Česká psychiatrická společnost* [online]. chybí časové určení [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: [http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=200&Itemid=106](http://www.ceskapsychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=200&Itemid=106)

Proč to děláme?. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. 2012 (poslední aktualizace 2013) [cit. 2013-06-09]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/proc\\_reformujeme/](http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/)

Výkony psychiatrických sester. *Psychiatrická sekce ČAS* [online]. chybí časové určení [cit. 2013-06-28]. Dostupné z: <http://www.psychiatickasekcecas.estranky.cz/file/102/vykony-psychiatickych-sester.doc>

# SEZNAM PŘÍLOH

## Příloha A – Otázky – případová studie, sestry

1. Jaké je Vaše vzdělání? (od středoškolského po nejvyšší kvalifikační, specializační)
2. Jak dlouho se věnujete své profesi terénní psychiatrické sestry a kde jste se o ní poprvé dozvěděl/a? (Inspirace v zahraničí?)
3. Kdybyste měl/a možnost rozšířit řadu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které konkrétní výkony byste navrhoval/a?
4. Kde nejčastěji dochází k prvnímu kontaktu s pacientem?
5. Jak vypadá Váš pracovní den?
6. Co pro své pacienty při jedné návštěvě děláte (aktivity udržující zdraví, výživa, vylučování, aktivita – cvičení, spánek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, plnění sociálních rolí a mezilidské vztahy, aktivity zvládání stresu, hodnocení a podpora životních cílů, víry, smyslu, bezpečnosti, komfortu a hodnocení vývoje – Nanda domény)?
7. Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi a jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči (HoNOS, CAN aj.)?
8. Chybí Vám dostupnost zdrojů informací obohacujících Váš profesní rozhled? Pokud ne, z jakých zdrojů informací nejčastěji čerpáte? (Připravil Vás formální vzdělávací systém na výkon vašeho povolání – práci v terénu?)
9. Jaký je Váš názor na transformaci psychiatrické péče, ke které právě dochází?
10. Jaký je Váš názor na budoucnost terénních psychiatrických sester jakožto povolání?

## **Příloha B - Interview S.1**

### ***Jaké je Vaše vzdělání (od středoškolského po nejvyšší kvalifikační, specializační)?***

Všeobecná sestra – maturitní vzdělání; bakalářské studium ošetřovatelství; další tři roky magisterské studium řízení a supervize ve zdravotnických organizacích a doktorské studium aplikované etiky.(něco, šum – na fakultě), co se týče psychiatrie – specializace v psychiatrii, tzn. specializační vzdělávání v péči o duševní zdraví. Tento kurz trval dva roky (640 hodin), podmínkou k absolvování atestační zkoušky je rok praxe na psychiatrii.

### ***Jak se dlouho věnujete své profesi terénní psychiatrické sestry a kde jste se o ní poprvé dozvěděl/a? (Inspirace v zahraničí?)***

S terénními psychiatrickými sestrami jsem se poprvé setkal ve Velké Británii v roce 1998. V psychiatrii pracuji 15 let a v terénním týmu rok. V našem týmu nyní pracují 4 terénní psychiatrické sestry.

### ***Kdybyste měl/a možnost rozšířit řadu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které konkrétní výkony byste navrhoval/a?***

Jednak výkony, které spadají do přednemocniční péče – krizový výjezd, jelikož je pacient někdy zavřený doma, se zdravotníky nespolupracuje, rodiče jsou zoufalí. Co se týče výkonu krizové intervence, ten chápu jako výkon, který se provádí pacientovi, který má již onemocnění diagnostikované, dochází však k dekompenzaci jeho zdravotního stavu a je třeba zintenzivnit péči o něj. Jde o pomoc překlenout krizové období. Můj návrh krizového výjezdu je myšlen pro lidi, kteří v životě neviděli psychiatra, rodina nedokáže dostat pacienta k péči, dostává se jim odpovědi, ať zavolají policii, když bude agresivní, a tak se pacient dostane do léčebny. Proto by měl fungovat výjezdní tým, který bude schopen zajet za agresivním pacientem.

Dále vidím problém, že není dnes ohodnocena práce s rodinou. Sestra tráví hodně času s blízkými, poskytuje psychoedukaci, terapii vysvětlováním, podpurnou terapii.

Chybí banální výkon jako je aplikace depotní injekce v domácím prostředí, který sestry v rámci své odbornosti nemohou legálně dělat. Toto mohou dělat pouze sestry všeobecné v domácí péči.

Možnost je také změnit ohodnocení jednotlivých výkonů, aby to bylo finančně zajímavější



pro sestry.

### ***Kde nejčastěji dochází k prvnímu kontaktu s pacientem?***

Buď v době hospitalizace, kdy potom pokračujeme návštěvami v domácím prostředí, dále po doporučení od ambulantního psychiatra, kdy si domluvíme schůzku s pacientem v jeho bytě, nebo se můžeme setkat i v ambulanci psychiatra, kde si následně domluvíme další schůzky. Toto jsou nejčastější tři místa prvního kontaktu. Co se týče Psychiatrické léčebny Bohnice, s jejich pacienty nespolupracujeme, mají svůj tým, my se zaměřujeme na pacienty z našeho regionu.

### ***Jak vypadá Váš pracovní den?***

Většinu pracovní doby trávím na oddělení, terénní psychiatrickou péči poskytuji převážně na sklonku pracovní doby. Odejdu z práce dříve, schůzky s pacienty si plánuji většinou na druhou hodinu odpoledne, to znamená, že v jednu hodinu odejdu, ve dvě mám prvního pacienta, ve tři dalšího a cca o půl páté končím, což je čas konce mé pracovní doby na oddělení. Pacienty, žijící blízko nemocnice mohu ošetřit v průběhu dopoledne.

### ***Co pro své pacienty při jedné návštěvě děláte (aktivity udržující zdraví, výživa, vylučování, aktivita – cvičení, spánek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, plnění sociálních rolí a mezilidské vztahy, aktivity zvládání stresu, hodnocení a podpora životních cílů, víry, smyslu, bezpečnosti, komfortu a hodnocení vývoje – Nanda domény)?***

Vždy je to zhodnocení psychického stavu (jak se cítí, jestli se objevují hlasy, nežádoucí účinky léků, jakou má náladu, spánek), kdy se posuzují změny oproti minulé návštěvě. Potom se bavíme o tom, jak zvládá farmakologickou léčbu. U méně spolupracujících zkontrolujeme, zda léky bere (pomohou nám dávkovače, kde vidíme, zda léky ubývají), případně připravíme další léky dle ordinace lékaře na další období. Zjišťujeme, zda jich mají dostatek do zásoby, eventuelně zajistíme aplikaci depotních injekcí v ambulanci.

Je-li v blízkosti někdo z příbuzných, optáme se jich na zdravotní stav pacienta, ověříme si, zda to, co nám řekl, je pravdivé.

V pravidelných intervalech sledujeme hodnoty fyzického zdraví – krevní tlak, pulz, hmotnost, BMI, abychom viděli, zda pacient nepřibývá nebo naopak neubývá na váze. Zjišťujeme, jakou má strukturu dne, co dělá, s čím potřebuje pomoci, jaké aktivity potřebuje naplánovat.

Potřebuje-li pomoci v sociální oblasti, zprostředkujeme mu kontakt na kolegyně z Fokusu, které se věnují sociální péči.

Provádíme psychoedukaci, poskytujeme podporu v těžkém období, když má potřebu si s někým o problému pohovořit.

Těžištěm naší práce je vztah, který vzniká při opakovaných návštěvách, vztah důvěry, zájmu o druhého, být mu na blízku, být na telefonu, je potřeba znát aktivity krizového scénáře, vědět, jak v krizi postupovat.

***Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi a jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči (HoNOS, CAN aj.)?***

Nevyužíváme žádné standardizované škály, žádnou specifickou standardizovanou dokumentaci. Prakticky máme jen jednoduchý vstupní formulář, pomocí něhož zmapujeme základní oblasti života (bydlení, finanční situace, užívání léků...) a potom na základě sebraných informací vytvoříme individuální plán péče, který schvaluje ambulantní psychiatr. Toto je první část dokumentace a následuje druhá – po každé návštěvě v pravidelných intervalech provedeme krátký zápis volným slovem, kde se snažíme „vypíchnout“ to podstatné – změny psychického stavu, adherence s léky, životní změny pacienta. Plán péče jednou za měsíc revidujeme. Co se týče oficiální návštěvy revizního lékaře, ten tu za poslední rok ještě nebyl, ale svou činnost jsem nezávisle diskutoval se dvěma revizními lékaři, kteří uvedli, že naše dokumentace zdravotního stavu pacienta je dostačující.

***Chybí Vám dostupnost zdrojů informací obohacujících Váš profesní rozhled? Pokud ne, z jakých zdrojů informací nejčastěji čerpáte? (Připravil Vás formální vzdělávací systém na výkon vašeho povolání – práci v terénu?)***

Zdrojů moc není. Komunitní péči se zabývají (jedna nebo) dvě knihy napsané česky. Řeší však spíš teoretický rámeček. Vyloženě praktická učebnice pro sestry, kde by byly popsány techniky ošetrovatelství, v českém prostředí vydána nebyla. Můžeme čerpat zkušenosti ze zahraničí, které se však nedají aplikovat do českého prostředí, protože v zahraničí funguje jiný zdravotní systém, týmy jsou jinak postavené než u nás. Zdrojů je málo, seminářů a konferencí na toto téma a věnující se sestrám je taky málo, takže jen očekávám, že s přibývajícím počtem psychiatrických sester se budeme věnovat více i jejich vzdělávání. Na začátku si budeme navzájem předávat zkušenosti, které máme. Učíme se s pacienty za pochodu a zpětně diskutujeme s kolegy, co a jak jsme mohli udělat jinak, zda ten a ten přístup

byl správný. Učíme se zkušeností, ale nejsme na to vůbec připraveni. Formálně je blok komunitní péče i v psychiatrické specializaci (Brno, Havlíčkův Brod), vyučují ho však lidé, kteří to nikdy nedělali, z čehož plyne velmi nízká úroveň vyučování. Komunitní péči učí teoretici – učitelky, které nemají ani specializaci v psychiatrii. Pro studenty ani pro laiky se momentálně nechystá žádná akce ani konference o naší práci. Jako sestry jsme pozvaní na psychiatrický sjezd, kde budeme mít prostor k předání zkušeností terénních psychiatrických sester. Je nutné, aby těchto setkání bylo časem víc.

Píše se učebnice psychiatrického ošetrovatelství, do které také přispějeme našimi zkušenostmi. Náš obor je teprve „v plenkách“.

Formální vzdělávací systém mě nepřipravil nijak, všichni se učíme právě teď vzájemně. Učíme se, jak správně vykazovat výkony pojišťovně, co výkony obsahují, co bychom měli dělat, jak komunikovat s pacientem.

### ***Jaký je Váš názor na transformaci psychiatrické péče, ke které právě dochází?***

Zaplať pánbůh za ní! Jsem rád, že jako sestry do toho můžeme mluvit, i když je náš hlas malý. Celá transformace je postavená na činnosti psychiatrických sester, i když si to mnozí nepřiznávají. Bude-li se budovat komunitní péče, budou potřeba stovky sester, které tuto péči budou provádět. Pacienti z toho mohou jen profitovat, jelikož bude širší nabídka služeb, nejenom lůžková péče. Spektrum péče bude širší a regionálně nastavené. V každém regionu bude nemocnice, centra následné péče, krizová linka, poskytovatelé domácí psychiatrické péče a další. Region by měl být zajištěn, aby pacienti nemuseli cestovat daleko za službami a nebyli úplně odtrženi od svého prostředí.

Co se týče problematiky léčeben, všechny léčebny budou přejmenovány na nemocnice (stejně je tomu tak i na Slovensku, tam již léčebny neexistují). Vysvětlím – léčebna = následná péče, dlouhodobá, nikoliv akutní. Avšak i nyní všechny léčebny prakticky poskytují akutní péči, protože je málo akutních oddělení. Tím, že se léčebna přejmenuje na nemocnici, tak se jakoby požeňná stávajícímu stavu, že akutní péči mohou poskytovat. Avšak to nic nemění na tom, že v rámci reformy psychiatrie by se měla akutní péče soustředit do míst, kde ji jsou schopni zajistit, kde mají vše – všechny konziliáře za zády, radiodiagnostiku a další, to znamená, že i přejmenovaná léčebna nebude schopna v blízké budoucnosti tyto podmínky splnit. Jeden z cílů, proč dochází k přejmenování, je destigmatizace zařízení, což je ale podle mého názoru zcestné. Přejmenování přeci nevede k destigmatizaci, když tam necháte všechny

stávající podmínky k poskytování péče.

***Jaký je Váš názor na budoucnost terénních psychiatrických sester jakožto povolání?***

Já to vidím optimisticky. Čekám, že až se sejdem za šest let, z našich deseti sester bude 700. Tak je to naplánované v reformě, kde se počítá, že bude na 100 tisíc obyvatel až pět sester. Doufám však, že jich bude mnohem víc, budou mít rozšířené kompetence, budou moci pracovat samostatně, budou v zdravotnickém systému dobře rozpoznatelné. Je několik možností, jak budou moci fungovat. Buď budou fungovat při nemocnicích či léčebnách, kde vzniknou týmy, nebo vzniknou v rámci ambulančí. Ambulantní psychiatr si vezme k sobě sestru, která bude moci dva dny v týdnu zajišťovat přesah služby ambulance a navštěvovat své pacienty v domácím prostředí. Další z vizí je, že budou vznikat nově regionální centra duševního zdraví (komplex všech služeb, které náleží duševnímu zdraví). Dále by sestry mohly založit agentury domácí psychiatrické péče samy. A jednou z posledních možností je, že by pracovaly v agenturách domácí péče. Kdyby pojišťovny nasmlouvaly agenturám odbornost psychiatrické péče, tak by mohly provádět již dnes terénní psychiatrickou péči vedle klasické domácí péče (aplikace inzulínu, převazy aj.). Prakticky – mají-li v týmu psychiatrickou sestru, jde jen o smlouvu s pojišťovnou, která by tuto službu uhradila.

## **Příloha C – Interview S.2**

### ***Jaké je Vaše vzdělání (od středoškolského po nejvyšší kvalifikační, specializační)?***

Střední škola pedagogická, diplomovaný specialista v oboru sestra pro psychiatrii – VZŠ Duškova, Praha, nedostudovaná sociální politika a sociální práce na Masarykově Univerzitě v Brně.

### ***Jak dlouho se věnujete své profesi terénní psychiatrické sestry a kde jste se o ní poprvé dozvěděl/a? (Inspirace v zahraničí?)***

Na současné pozici jsem rok, předcházelo šest let klasické domácí péče a přibližně osm let v Psychiatrické léčebně Bohnicích, zejména na ženském příjmovém uzavřeném oddělení. Věděla jsem, že terénní psychiatrická služba existuje, o konkrétním pracovišti jsem se dozvěděla z inzerátu.

### ***Kdybyste měl/a možnost rozšířit řadu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které konkrétní výkony byste navrhoval/a?***

Nejpřijdou mi úplně šťastné časové dotace výkonů, někdy jsou nedostačující, jindy jsou pro pacienty, zvláště pokud jsou z nějakého důvodu destabilizovaní, dlouhé a tudíž náročné. Určitě chybí aplikace injekcí a kód pro „jednorázovou pomoc“, kdy se v rámci duálního týmu zastupuji s case managerem.

### ***Kde nejčastěji dochází k prvnímu kontaktu s pacientem?***

V mém případě je to půl na půl. Buď v domácím prostředí, tj. u pacientů, kteří jsou na našem pracovišti vedení, se kterými spolupracujeme dlouhodobě, ošetřující psychiatr jim z nějakého důvodu navrhne a doporučí naši službu. Do druhé skupiny pacientů patří ti, se kterými se setkám přímo v ambulanci u ošetřujícího psychiatra. Záleží na konkrétním pacientovi.

### ***Jak vypadá Váš pracovní den?***

Ráno většinou nezajíždím na pracoviště, jedu rovnou za prvním pacientem. Čas si plánuji sama z týdne na týden po domluvě s pacienty. Dokumentaci píšu cca jednou do týdne. Denně mám naplánovaných 4–5 pacientů. Každý týden v úterý probíhá indikační skupina, na které se sejde celý tým, mluví se o nových příjmech a organizačních záležitostech. Jednou za 14 dní mám poradu týmu duálních diagnóz společně s case managerem a psychiatrem.

***Co pro své pacienty při jedné návštěvě děláte (aktivity udržující zdraví, výživa, vylučování, aktivita – cvičení, spánek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, plnění sociálních rolí a mezilidské vztahy, aktivity zvládnání stresu, hodnocení a podpora životních cílů, víry, smyslu, bezpečnosti, komfortu a hodnocení vývoje – Nanda domény)?***

Co se týče ošetrovatelské péče, mám pacienty, u kterých je lékařem indikováno kontrolní měření krevního tlaku. Sleduji výživu (nadbytek chuti či anorexii), vylučování (zácpa), hodně často s pacienty řeším problematiku spánku, který nemají dost často kvalitní. Dále vyhodnocuji další možnosti projevů nežádoucích účinků léků. Neustále řešíme problém mezilidských vztahů. Domény Gordonové nám slouží jako takzvaný „background“, na podkladě něhož řešíme konkrétní úkol.

***Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi a jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči (HoNOS, CAN aj.)?***

Používáme HoNOS a klasickou ošetrovatelskou dokumentaci plus máme ještě interní rehabilitační plán, který se s pacientem vyhodnocuje na začátku ošetrovatelské péče. Většinou ho vyhodnocuji během prvního měsíce potom, co dojde k navázání vztahu s pacientem. Specifikem u psychiatrických pacientů je potřeba delšího času získání důvěry ve zdravotníka a tím pádem i možnost otevřeně komunikovat. Ze začátku se snažíme najít oblasti, ve kterých má pacient problémy a vytyčíme si cíle, kterých spolu můžeme dosáhnout. Samozřejmě se počítá s tím, že se cíle mohou měnit a přizpůsobovat zdravotnímu stavu pacienta. Pro pacienta je důležité, aby věděl na čem spolupracujeme, kdo a jak se na naplnění cílů podílí. RHB plán pravidelně revidujeme. Podle revizí je celkem dobře vidět, jestli se nám daří k cíli přiblížit nebo jestli stagnujeme. Pak je třeba cíle přehodnotit nebo změnit. Dále používáme software Medicus, ale pouze k vykazování kódů pro pojišťovnu.

***Chybí Vám dostupnost zdrojů informací obohacujících Váš profesní rozhled? Pokud ne, z jakých zdrojů informací nejčastěji čerpáte? (Připravil Vás formální vzdělávací systém na výkon vašeho povolání – práci v terénu?)***

V současné chvíli trochu stagnuji, na e-mail nám sice chodí spoustu nabídek na kurzy, momentálně na to vůbec není čas. Informace hledám v naší knihovně, kde však nejsou žádné publikace, které by se zaměřovaly konkrétně na terénní psychiatrickou péči. Dostáváme doporučení na knihy od supervizorky (např. Vývojová psychologie). Nejvíce informací

sbírám z konzultací s psychiatry, psychologem. Konkrétně přímo na terén neexistuje nikdo, kdo by nám poradil, avšak vím, že existuje konference terénních psychiatrických sester, kterou vede Tomáš Petr, ale zatím jsem tam nebyla.

Co se týče formálního vzdělávání, zda mne připravilo na výkon povolání či ne, nedokážu už posoudit. Praxe na psychiatrii v rámci studia na VZŠ bylo relativně dost. Už v prvním ročníku jsme chodili do léčebny a až potom jsme měli různé praxe na jiných odděleních (interna, chirurgie aj.). Vždy jsme měli jeden semestr klasickou praxi a jeden psychiatrickou. Ale spoustu zkušeností jsem získala až při výkonu povolání.

***Jaký je Váš názor na transformaci psychiatrické péče, ke které právě dochází?***

Určitě by k transformaci dojít mělo, ale ne asi úplně tímto způsobem. Přijde mi, že se to děje chaoticky a nedomyšleně. Není dobré rušit lůžka, když nejsou podchyceny terénní služby.

***Jaký je Váš názor na budoucnost terénních psychiatrických sester jakožto povolání?***

Pokud se transformace dotáhne a bude větší poptávka, vidím ji optimisticky. Avšak je zvláštní, že byly zrušeny psychiatrické specializace, myslím tím navazující VŠ studia. S výhledem do budoucnosti na větší důraz na terénní psychiatrickou péči je třeba sestry vzdělávat, ale možnosti ubývají. Aby mohla sestra v terénu pracovat, musí splňovat mnoho kritérií, a to jak v oblasti vzdělání, tak osobnostně. Myslím, že i v současné době je psychiatrických terénních sester nedostatek. Je málo těch, které splňují požadavky a zároveň jsou natolik přesvědčené, že jsou ochotné tuto práci vykonávat za tak nízké platové ohodnocení. V rámci transformace a šetření financí ministerstva zdravotnictví by logicky mělo dojít k „boomu“ těchto služeb, ale bez adekvátní podpory, což nejsou jen finance, ale i vzdělání, kompetence a ukotvení, co se týče legislativy, to nelze.

## **Příloha D – Interview S.3**

### ***Jaké je Vaše vzdělání (od středoškolského po nejvyšší kvalifikační, specializační)?***

Střední škola ekonomická, diplomovaný specialista v oboru sestra pro psychiatrii – VZŠ Duškova, Praha, nyní studuji psychologii v Olomouci. Dále mám 8 denní kurz psychiatrické rehabilitace (Centrum péče o rozvoj duševního zdraví, Praha), kurz krizové intervence v Liberci, který trval dva týdny, roční kurz práce s rodiči dětí závislých na psychoaktivních látkách. Dále jsem v psychoterapeutickém výcviku (Institut aplikované psychoanalýzy Opočno, pod vedením pana Kocourka).

### ***Jak dlouho se věnujete své profesi terénní psychiatrické sestry a kde jste se o ní poprvé dozvěděla? (Inspirace v zahraničí?)***

4 roky jsem pracovala u Liberce v krizovém centru. Terénní psychiatrické péči se věnuji 3 a půl roku a poprvé jsem se o ní dozvěděla na internetu a o instituci, ve které pracuji, ze školy, protože jsme zde absolvovali stáž v rámci studia. Prošla jsem školením MUDr. Pfeiffera, který má četné zkušenosti ze 4leté stáže ve Velké Británii a dále stojí za zmínku jméno MUDr. Lorenc, supervizor asertivního týmu, který také působil ve Velké Británii.

### ***Kdybyste měl/a možnost rozšířit řadu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které konkrétní výkony byste navrhoval/a?***

Chybí mi výkon výživového/dietního poradenství. Když jsme s pacientem probírali stravu, byli jsme za to káráni revizním lékařem, že na to nemáme vzdělání nutričního terapeuta a že to není výkon spadající do seznamu hrazených Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Dále chybí hrazení aplikace injekcí. Za práci v asertivním týmu mi chybí, kdy nás kontaktuje rodinný příslušník, že mají v rodině evidentně psychiatricky nemocného, který se nikdy neléčil, výkon prvního kontaktu pacienta. Náš asertivní tým ho kontaktuje, ale já jako sestra si ten první kontakt nemohu na pojišťovnu vykázat. Dokud nemám indikaci od ošetřujícího psychiatra, který s pacientem přišel do kontaktu, nemohu si veškerou péči, kterou pacientovi poskytují, vykázat. Dále vyřizují některé administrativní úkony, úkony ze sociální sféry, například důchody, nevyřizují je přímo, jen poskytují pacientovi doprovod, což také není hrazené.

### ***Kde nejčastěji dochází k prvnímu kontaktu s pacientem?***

Nejčastěji doma. Po kontaktu s ošetřujícím psychiatrem následuje telefonický kontakt



pacienta či kontakt formou dopisu, ve kterém oznámím návštěvu. Většinou poskytují péči pacientům v rámci naší organizace, ale starám se i o pacienty, kteří s naší organizací nepřišli nikdy do kontaktu.

***Jak vypadá Váš pracovní den?***

Svou pracovní dobu trávím v terénu. Většinou se na pracovišti ani některé dny nevyskytuji, nemám povinnost tam být. Ideální je, vyskytnout se tam jednou týdně, abych mohla zapsat nové poznatky o pacientovi do dokumentace či když je intervize (jednou za 14 dní), porady (každý týden). Denně stihnu ošetřit v průměru 4 pacienty.

***Co pro své pacienty při jedné návštěvě děláte (aktivity udržující zdraví, výživa, vylučování, aktivita – cvičení, spánek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, plnění sociálních rolí a mezilidské vztahy, aktivity zvládání stresu, hodnocení a podpora životních cílů, víry, smyslu, bezpečnosti, komfortu a hodnocení vývoje – Nanda domény)?***

Kontrola orální medikace, měření glykémie u jednoho pacienta, kontrola hygieny a úklid, což spadá do nácviku domácích prací, doprovody k lékaři, na úřad (u těch, kterým poskytujeme služby asertivního týmu, tyto úkony samozřejmě vyřizuje sociální pracovník). Například nyní s jednou pacientkou řeším soudní spor, chodím s ní na soud, na policii, za sociální pracovníci, obvolávám úřady, přitom to vůbec není v mých kompetencích, ale pacientka by toho bez pomoci nebyla schopna. Dále mne napadá, že poskytují i finanční plánování. Z dalších – chodíme na procházky s pacienty v rámci psychiatrické rehabilitace.

***Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi a jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči (HoNOS, CAN aj.)?***

Zápisy do elektronické databáze – Medicus, zápisy ručně do chorobopisu, HoNOS, což je dotazník o zdravotním stavu pacienta. Řeší otázky týkající se celkově zdravotního stavu, duševního stavu, bludů, halucinací, deprese, vnímání, aktivity a pasivity. HoNOS vyplňujeme při příjmu, při propuštění a pak po roce od propuštění, což je leckdy v praxi neproveditelné, protože ne vždy se nám podaří po roce pacienta dohledat.

***Chybí Vám dostupnost zdrojů informací obohacujících Váš profesní rozhled? Pokud ne, z jakých zdrojů informací nejčastěji čerpáte? (Připravil Vás formální vzdělávací systém na výkon vašeho povolání – práci v terénu?)***

Nevím o žádných kurzech terénní psychiatrické péče. Terénní psychiatrická péče je vždy obsažena v konferencích sociální psychiatrie (poslední se konala v listopadu 2012 v Chrudimi) a multidisciplinárních týmů. Jinak vědomosti čerpám z britské literatury. Se sociální pracovníci jsem byla před 2 lety na celosvětové konferenci sociální psychiatrie v Holandsku, byli tam převážně účastníci z Evropy, ale i z Austrálie. Z konference vyplynulo, že terénní psychiatrická péče a péče multidisciplinárních týmů je nejvíce rozšířená v Evropě, k nejnávštěvnějším patří Skandinávie.

### ***Jaký je Váš názor na transformaci psychiatrické péče, ke které právě dochází?***

Nevidím žádný průběh, že k něčemu dochází. Přijde mi, že k ničemu nedochází, že přijdou finance z evropských fondů, otevřou se brány léčeben a je to. Největší problém vidím v neinformovanosti veřejnosti. Tuto problematiku jsem řešila se svými spolužáky, kteří se pohybují mimo obor psychiatrie. Jednak vůbec netuší, že k něčemu takovému dochází a jednak se jim, i když to jsou rozumní lidé, zdá šílená představa otevření bran a „vypuštění“ lidí s psychotickým onemocněním do svých domovů, kteří jsou v médiích prezentováni jako vražedci a nebezpeční okolí. Laikové na toto nejsou vůbec připravení. Nejprve by mělo dojít k destigmatizaci těchto lidí, edukaci laiků už na základních školách, aby se změnil pohled na duševně nemocné. A co se týče laiků a transformace psychiatrie, to absolutně nikdo netuší. Zatím se nic neděje a chaos nastane v lednu 2014. Jestli se něco děje na poli psychiatrie, tak o tom nikdo neví. Jediné, co vím, že se občas sejde MUDr. Pěč s MUDr. Hollým a oni nad problematikou diskutují, ale k nám se žádné informace nedostávají.

### ***Jaký je Váš názor na budoucnost terénních psychiatrických sester jakožto povolání?***

Optimistický. Svému povolání fandím. Byla bych pro plošné zavádění do všech regionů. A též v tom vidím výhody finanční, jelikož se naší prací šetří. Pacienti nejsou tak často dekompenzováni. Měli bychom si vzít příklad ze zahraničí, kde v případě poskytování krizové intervence – je-li pacient dekompenzován, provádí návštěvy 3x denně každý den 7 dní v týdnu. Psychiatrická domácí péče tam funguje stejně jako klasická. Dále si myslím, že by to dost věcí usnadnilo. Ale pořád mám pocit, že je rozvoj našeho povolání nereálný. Podle plánu transformace, by se z psychiatrických sester fungujících v lůžkových zařízeních, měly stát psychiatrické sestry terénní. Kdo je na to připraví? To si neumím představit.

## **Příloha E – Interview S.4**

### ***Jaké je Vaše vzdělání (od středoškolského po nejvyšší kvalifikační, specializační)?***

Středoškolské – gymnázium. Následně jsem vystudovala VZŠ Duškova (3 roky) se specializací na psychiatrii.

### ***Jak dlouho se věnujete své profesi terénní psychiatrické sestry a kde jste se o ní poprvé dozvěděl/a? (Inspirace v zahraničí?)***

Od roku 2001 let jsem pracovala na psychiatrickém oddělení jako sanitářka z důvodu středoškolského všeobecného vzdělání. Při zaměstnání jsem studovala VZŠ, po dostudování jsem vykonávala práci všeobecné sestry a před pěti lety jsem se stala staniční sestrou lůžkového psychiatrického oddělení. Terénní psychiatrickou péči poskytujeme rok (začali jsme s ní v červnu 2012).

### ***Kdybyste měl/a možnost rozšířit řadu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které konkrétní výkony byste navrhoval/a?***

Je to určitě aplikace depotních injekcí. Dále by šlo o spolupráci s rodinou, jelikož s ní spolupracujeme hodně úzce. Nevěnujeme se pouze pacientovi, snažíme se do léčby zapojit i rodinu, díky které získáváme spoustu důležitých informací o pacientovi a jeho zdravotním stavu, které nám třeba on sám neřekne.

### ***Kde nejčastěji dochází k prvnímu kontaktu s pacientem?***

Nejčastěji je to u nás na oddělení. Jde většinou o hospitalizované pacienty. Dále vyhledáváme pacienty převážně z naší spádové oblasti. Také proběhla schůzka s mým kolegou a ambulantními psychiatry z naší spádové oblasti, tudíž oni vědí o našich službách, ale představovali jsme si větší ohlas ambulantních psychiatrů na naše služby. Díky zveřejnění našich služeb na webových stránkách naší nemocnice, nás kontaktují i sami pacienti, se kterými jsme se ještě osobně nesetkali, nebo jejich rodiny, kterým se „nezdá“ zdravotní stav jejich blízkého. Například u jedné pacientky jsem se setkala s poskytováním krizové intervence, nejprve jí navštívil poprvé kolega, já jsem se s ní šla seznámit následující den, pořád šlo o krizovou intervenci, jelikož byla pacientka v akutním stavu a nakonec, i když jsme to tak vůbec nechtěli a maximálně jsme se snažili poskytnout pacientce péči v domácím prostředí, musela být hospitalizována. Vždy chodíme po pacientech sami, nikoliv v týmu.

### ***Jak vypadá Váš pracovní den?***

Jsem staniční sestra na psychiatrickém oddělení, tudíž vykonávám všechny úkony staniční sestry od administrativy, zajištění chodu oddělení (léky, materiál), objednávám pacienty na vyšetření. Dále kontrolní činnost, která k mé práci patří (vedení dokumentace řádových sester, poskytování ošetrovatelské péče aj.) a samozřejmě i v těch pracovních dnech se věnuji terénní službě, kdy docházím k pacientům, plánuji si s nimi další návštěvy a jednou za měsíc máme interní poradou všech terénních psychiatrických sester z našeho týmu včetně sociálních pracovníků z Fokusu, se kterými spolupracujeme. Na této poradě zrekapitulujeme, co je potřeba, diskutujeme nad úkoly z minula, zda jsme dosáhli naplánovaných cílů atp.

***Co pro své pacienty při jedné návštěvě děláte (aktivity udržující zdraví, výživa, vylučování, aktivita – cvičení, spánek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, plnění sociálních rolí a mezilidské vztahy, aktivity zvládnutí stresu, hodnocení a podpora životních cílů, víry, smyslu, bezpečnosti, komfortu a hodnocení vývoje – Nanda domény)?***

Pokud to vezmu od první návštěvy – zmapování situace, vytvoření plánu péče, provede se anamnéza (klasická – rodinná, finanční situace, zájmy, koníčky, sebek péče v domácím prostředí). Toto probíhá při prvokontaktu, eventuálně při druhé návštěvě a vytváříme s pacientem tzv. krizový plán. Ten vytváříme pro případy, kdyby se pacient dostal do nepříjemné situace a hrozila mu dekompenzace psychického stavu, aby věděl, co dělat. Patří tam nácvik situací, při kterých se cítí lépe, aby zavolaal rodině, nám. Krizový plán funguje jako prevence zhoršení zdravotního stavu.

Při dalších návštěvách poskytujeme péči tak, aby odpovídala aktuálním potřebám a požadavkům pacienta. Naší snahou je vytvořit s nimi individuální plán, režim dne, jelikož většina pacientů má problém s klasickým denním režimem (od probuzení, braní léků, stravy). Jde nám o to, aby pacienti dodržovali klasickou posloupnost všedních činností. Dále se snažíme zapojit pacienta do společnosti, jelikož většinou nejsou společností kladně vnímáni a nejsou v sociálních rolích moc dobře zdatní. Vymýšlíme s nimi aktivity, kam by mohli docházet, v tomto spolupracujeme s Fokusem, který poskytuje spoustu aktivit. Naše pacienty zařazujeme do jejich programu. Taky nesmím zapomenout, že jsme se každý z pracovníků v terénu setkal u pacienta se sociálním problémem. Což nespadá do zdravotnických služeb, ale nemůžeme nad tím „mávnout rukou“, i když je pravda, že někdy poskytujeme sociální poradenství (v omezené míře), pomáháme pacientům vyplňovat složenký (např. nevidomému

pacientovi), ale naší prioritou je tyto problémy nechat řešit sociálními pracovníky, na které pacientovi zprostředkujeme kontakt. Nejsme kompetentní poskytovat tyto služby.

Z dalších výkonů to je kontrola léků, dodržování užívání. Učíme pacienty, aby si je brali pravidelně, poučíme je o nežádoucích účincích a aby si jich pozorně všímali a každou změnu konzultovali se svým psychiatrem. Je nutné, aby dodržovali léčebný režim a sami si léky samovolně nevysazovali.

Dále měřím krevní tlak a vykonávám další ošetrovatelské intervence dle stavu pacienta.

Mám jenom dva pacienty. Jeden z nich má indikované návštěvy jednou týdně. A teď mám nově novou pacientku, ke které docházím 2x týdně. 3x týdně se věnuji pacientům.

***Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi a jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči (HoNOS, CAN aj.)?***

Jak jsem již avizovala, máme připravené určité body – strukturu, na které se ptáme při anamnéze. Nevycházíme z žádných ošetrovatelských modelů. Jde čistě o námi připravenou strukturu – plán a anamnéza, tak abychom nezapomněli na žádné důležité informace.

Dále používáme nemocniční informační systém Amis, který funguje i pro ambulantní péči – píší zápis z každé návštěvy do ambulantní karty pacienta.

Jinak používáme své vlastní plány, samozřejmě fungujeme jen rok a pokud najdeme problémy, revidujeme plán a pokud najdeme jiný systém, který bude propracovanější, určitě se jeho užití nebudeme bránit.

***Chybí Vám dostupnost zdrojů informací obohacujících Váš profesní rozhled? Pokud ne, z jakých zdrojů informací nejčastěji čerpáte? (Připravil Vás formální vzdělávací systém na výkon vašeho povolání – práci v terénu?)***

Mým největším zdrojem je Tomáš Petr, on s touto myšlenkou přišel. V říjnu 2013 se bude konat psychiatrická konference, která bude mít i sesterskou sekci, ve které se budeme zabývat terénní psychiatrickou péčí. Těším se, protože je důležité slyšet informace a zkušenosti jiných. A publikace se přiznám, že o žádné konkrétní nevím.

***Jaký je Váš názor na transformaci psychiatrické péče, ke které právě dochází?***

Určitě je dobře, že se něco podniká, že někdo začíná o psychiatrii přemýšlet a že se psychiatrie začíná pomalinku zviditelňovat. I když se na to podívá společnost, že to není

úplně ideální, jak by mělo být, tím myslím, že terénní psychiatrická péče je úžasná služba, my jsme z ní nadšení, ale jinde ve světě je úplně běžné, že tímto způsobem sestry pracují. Nás je tak strašně málo, co poskytují tuto službu a pacientů takové množství, že není naší schopností všechny oblasti pokrýt. Transformace je běh na dlouhou trať. Vše se musí důkladně promyslet, prodiskutovat, protože to podle mě v dnešní společnosti není tak jednoduché, aby se řeklo „tak a teď zavřeme léčebny a pacienti půjdou domů“ a všechny sestry půjdou za nimi a budou jim poskytovat péči doma. Je zde velký tlak z EU (časový limit pro získání grantu), což v nás vyvolává pocit, že něco musíme. Doufám, že se využije co možná nejefektivněji na něco smysluplného. Pro mě je nejdůležitější sektor komunitní péče, aby se zakládala centra duševního zdraví ve všech regionech, kde něco podobného chybí a tím se dosáhlo dostupnosti služeb pacientům.

Je rozdíl, zda fungujete v nemocničním prostředí či v prostředí psychiatrických léčen. Řekla bych, že péče a komunikace na psychiatrickém oddělení nemocničním je úplně o něčem jiném, jsme více otevřenější terénní psychiatrické péči. Léčebny se tomu brání, nechtějí si vzít péči o chronicky nemocné. Ale přece jen bude trvat dlouho, než se zajistí služba pro pacienty léčené v psychiatrických léčebnách.

Je super, že se začíná něco dít, že je o psychiatrii víc vědět, ale zas záleží na pohledu. Specialista v oboru tuší, laická veřejnost nikoliv.

### ***Jaký je Váš názor na budoucnost terénních psychiatrických sester jakožto povolání?***

Určitě budoucnost má, tím spíše, pokud by se transformace vedla tímto směrem, tak ta potřeba bude velká, protože duševně nemocných pořád přibývá – od závislostí, depresí a jiných. I když je terénní psychiatrická péče u nás převážně zaměřená na pacienty s psychotickým onemocněním, proč se nestarat i o tyto pacienty v domácí péči, když je to uchrání před dvouměsíčním vyleháváním v nemocnici?

Když se terénní psychiatrická péče rozšíří do každého kraje, aby byl alespoň nějaký záchytný bod pro pacienty, tak to rozhodně budoucnost má. Několikrát jsem se setkala s problémem, když jsme propouštěli pacienta do regionu, kde jsou hluchá místa, že nebyla možnost pokračovat v kontinuální terapii z důvodu nedostupnosti služeb (myšleno zdravotní – psychiatrické a sociální a jiné terapeutické).

## **Příloha F – Interview S.5**

### ***Jaké je Vaše vzdělání (od středoškolského po nejvyšší kvalifikační, specializační)?***

Mám vystudované 4 roky střední zdravotnické školy. Dále pomaturitní studium v Brně – specializační psychiatrické (2 roky). Z kurzů mám psychoterapeutický výcvik (Rogersovský) při filozofické fakultě, který trval 800 hodin, do budoucna se chystám udělat si kurz krizové intervence.

### ***Jak dlouho se věnujete své profesi terénní psychiatrické sestry a kde jste se o ní poprvé dozvěděl/a? (Inspirace v zahraničí?)***

Jako psychiatrická sestra pracuji 30 let, je to jediné moje zaměstnání. Terénní psychiatrickou péči poskytují pacientům rok.

### ***Kdybyste měl/a možnost rozšířit řadu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které konkrétní výkony byste navrhoval/a?***

V těch sociálních věcech by se něco dalo najít, avšak my bychom se měli specializovat především na zdravotní služby. Sociální služby si vykazují sociální pracovníci sami. Chybí mi výkon – aplikace depotních injekcí.

### ***Kde nejčastěji dochází k prvnímu kontaktu s pacientem?***

Já mám většinu pacientů přebraných z psychiatrického oddělení, ale mám i jednoho pacienta z Bohnic, protože bydlí v území, které spadá pod okrsek působení naší služby. A dále se k nám pacienti dostávají skrze ambulantní psychiatry, kteří díky naší aktivitě a snaze s nimi spolupracovat o naší službě ví.

### ***Jak vypadá Váš pracovní den?***

Většinu pracovní doby trávím na oddělení. Schůzky s pacienty si plánuji mimo směny. Nyní mám v péči 5 pacientů. Na schůzce se s nimi domlouvám individuálně podle jejich potřeb. Nemáme stanovený určitý čas, kdy k pacientovi budu docházet. Jednou přijdu dopoledne, jednou odpoledne. Je to výhoda v tom, že mohu zkontrolovat medikaci v jiný čas. Své pacienty se snažím aktivizovat, motivovat je k sociálnímu životu, jelikož někteří pacienti sedí doma a nevychází, a když ano, tak maximálně za svým ambulantním psychiatrem na kontrolu. Nabídnu jim, že spolu půjdeme ven, což trochu simuluje sociální službu. Chodíme do divadla, kina. U pacientů, kteří se bojí sociálního kontaktu, se snažím motivovat je, aby

alespoň zkusili s mou pomocí vyjít před dům mezi lidi. Z čehož plyne, že ne všechna péče, kterou poskytujeme, probíhá doma. Jedna schůzka trvá hodinu a půl hodiny mám na cestu.

***Co pro své pacienty při jedné návštěvě děláte (aktivity udržující zdraví, výživa, vylučování, aktivita – cvičení, spánek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, plnění sociálních rolí a mezilidské vztahy, aktivity zvládání stresu, hodnocení a podpora životních cílů, víry, smyslu, bezpečnosti, komfortu a hodnocení vývoje – Nanda domény)?***

Pacientům měřím krevní tlak, dávkuji léky (do dávkovače, na týden dopředu), chodím s pacienty na nákup (uvědomuji si, že je toto spíše sociální služba), ale někteří pacienti díky svému zdravotnímu stavu nejsou schopni dojet do obchodu. Hlídám výživu – vážím pacienty, jelikož díky nežádoucím účinkům léků přibývají na váze a nemají aktivní život. Dohlížím na hygienu. Jednomu pacientovi, jelikož je silný kuřák, dávkuji i cigarety, jelikož nemá pevnou vůli své dávky sám snížit. Je mou snahou ho edukovat a motivovat ke zlepšení pohledu na své zdraví, co se cigaret týče, ale on díky lehké mentální retardaci není s to převzít plnou zodpovědnost za své zdraví. S pacienty plánuji i kulturní zapojení do života, chodíme do kina, divadla... Opět jde spíše o suplování sociálních služeb, ale mne to nevádí z toho důvodu, že se s pacienty daleko více skrze aktivity poznáme a navážeme partnerský vztah, mají ve mně větší důvěru, což má pozitivní vliv na jejich duševní zdraví a také díky kladnému vztahu spolu můžeme řešit mezilidské vztahy a jejich vliv na zhoršení stavu.

***Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi a jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči (HoNOS, CAN aj.)?***

Výkony vykazujeme v rámci ambulantního zápisu do Amisu. Na první návštěvě sepisujeme s pacientem individuální plán péče, který revidujeme jednou za měsíc. Dále máme krizový plán, který hodnotíme na každé návštěvě. Pro představu nějaký příklad z cílů – „pacient nebude mít problém s ranním vstáváním; bude o sebe pečovat aj.“.

***Chybí Vám dostupnost zdrojů informací obohacujících Váš profesní rozhled? Pokud ne, z jakých zdrojů informací nejčastěji čerpáte? (Připravil Vás formální vzdělávací systém na výkon vašeho povolání – práci v terénu?)***

Největším přínosem informací je můj kolega. Náš tým jede na konferenci do Ostravy, která se bude týkat i terénní psychiatrické péče. Dá se říci, že se to učím v průběhu praxe. Což je podle mne úplně nejlepší. Zdroje jsou, ale já nemám potřebu se jimi probírat, jelikož nejvíc



informací získávám od kolegů a dále z přednášek a konferencí. Poslední, kterou si pamatuji, byla konference v Bohnicích s mezinárodní účastí dánských odborníků z oboru. Dále jsem byla v Holandsku na pracovní cestě, kde fungují detenční zdravotní služby. Znalosti a dovednosti nabírám v „provozu“, jelikož jsem praktický typ a ne studijní.

***Jaký je Váš názor na transformaci psychiatrické péče, ke které právě dochází?***

Jsem pro z důvodu, že není třeba, aby byli lidé hospitalizováni tak dlouho. Podle mě jsou pacienti v chráněném prostředí celkem spokojeni. Když se ohlídnu do zkušeností ze zahraničí, tak tam je opravdu drží v hospitalizaci jen akutní stavy. Jinak se snaží poskytovat péči v domácím prostředí. Chodí za pacienty několikrát denně. Doufám v to, že v budoucnosti tady budou poloprázdné nemocnice a nemocnice budou především poskytovat služby akutním stavům. Mně to připomíná péči geriatrickou, kdy jsou lidé v nemocnicích zbytečně jen pro to, že už rodiny nemají sílu a čas se svým příbuzným věnovat. V nemocnicích a léčebnách je i hodně pobytů sociálních.

***Jaký je Váš názor na budoucnost terénních psychiatrických sester jakožto povolání?***

Jsem pro. A právě třeba bychom se mohli inspirovat holandskou terénní psychiatrickou péčí, kde mají celý systém psychiatrické domácí péče perfektně propracovaný. Jezdí k pacientům dlouhé dálky (až 100 km), aby jim poskytli péči a v nemocnicích bylo opravdu málo pacientů.

## **Příloha G – Interview S.6**

### ***Jaké je Vaše vzdělání (od středoškolského po nejvyšší kvalifikační, specializační)?***

Střední zdravotnická škola a následně 2 roky specializačního vzdělávání v oboru péče o duševní zdraví v Havlíčkově Brodě. Z kurzů mám relaxační techniky, základní krizovou intervenci (organizace Remedium, pí. Vodňanská, která poskytuje vzdělávání v krizových intervencích). Další pokračování ve vzdělávání u mne není možné z finančních důvodů (jeden kurz á 10 tisíc Kč) a podmínkou dosažení určitého stupně vzdělání je i určitý počet supervizí, praxe a dalších podmínek. Abych mohla vykonávat svou profesi, mi to stačí.

### ***Jak dlouho se věnujete své profesi terénní psychiatrické sestry a kde jste se o ní poprvé dozvěděl/a? (Inspirace v zahraničí?)***

Od roku 2009, což jsou 4 roky. Dostala jsem nabídku této práce v zařízení, ve kterém pracuji. S klinikou ESET jsme první pracoviště v ČR, která začala tuto službu poskytovat (dostali jsme současně smlouvu).

### ***Kdybyste měl/a možnost rozšířit řadu výkonů hrazených z veřejného zdravotního pojištění, které konkrétní výkony byste navrhoval/a?***

Těch by bylo. Určitě dispenzarizaci. Kdyby fungovala jako tenkrát, když jsem byla malá, tak by nebylo potřeba tolik péče v nemocnicích. Ambulantní sestry by se musely o své pacienty z ambulance starat, musely by mít určitý počet dispenzarizovaných pacientů a vědět o nich, kdy mají termín injekce, vědět o nich, kdy jim dochází léky, a když se pacienti nehlásí, tak se o ně aktivně zajímat, kontaktovat rodinného příslušníka nebo je osobně. Vím, že ambulance jsou plné pacientů, ale spousta z nich jsou nemocní s psychickými potížemi, kteří do té ambulance chodí, ale kolik je pacientů s psychózou? Každý ambulant si vezme maximálně na rodné číslo 10 pacientů s psychotickým onemocněním, víc ne, protože víc jich nemůže unést (zátěž léková aj.).

Praktický lékař má již od ledna 2012 nasmlouván se zdravotními pojišťovnami výkon na terén i čas (který tam stráví). Má chodit do domácností za pacienty, kteří se nemohou dostavit do ambulance. Mohou chodit jak lékaři, tak sestry, tuto službu však poskytuje malé množství praktických lékařů v ambulanci.

Dále bych rozšířila výkony na péči, když pacient opravdu nemůže dojít k lékaři a přitom potřebuje léky, tak aby bylo hrazené to, že sestra může recept či lék vyzvednout a podat

pacientovi. Když je nedostane, tak skončí v nemocnici. Kdyby dostal třeba jen dva ty léky, tak je za 3 dny schopný do ambulance dojít.

Chybí mi výkony rozšiřující péči, která by suplovala domácí hospitalizaci, jelikož to je cíl komunitní péče.

Momentální stav výkonů se zaměřuje na psychiatrické vyšetření, na minimální kontakt s lékařem, na krizovou intervenci, ale ten určitý pacient musí být schopný přijít do krizového centra či psychologovi. Pacient si může přijít pro pomoc, ale když mu je tak špatně, že není schopen přijít, tak nezbyvá nic než pacienta hospitalizovat. Psychiatrická sestra může zhodnotit stav, ale nemůže léčit. Existuje výkon emergentní psychoterapie, ale tento výkon je možno použít v omezené frekvenci, která není postačující pro zvládnutí dekompenzovaného stavu klienta. Zdůraznila bych, že je to jediný výkon, který může psychiatr použít při zhodnocení zdravotního stavu a zvládnutí krizového stavu u klienta v jeho domácím prostředí. Tento výkon může psychiatr či psychoterapeut použít, když není pacient schopen dostavit se jakkoliv k psychiatrovi kvůli svému zdravotnímu či sociálnímu stavu.

Dále mne omezuje v práci přemíra dokumentace a „papírování“. Kdyby tohoto ubylo, měla bych více času na péči o duševně nemocné.

### ***Kde nejčastěji dochází k prvnímu kontaktu s pacientem?***

Ošetřující lékař z léčebny nejdříve doporučí TPS ambulantnímu psychiatrovi pacienta a ten musí se službou souhlasit. Nemůžeme pacienta od ošetřujícího lékaře převzít, dokud se ambulant nepropojí s lékařem z léčebny, protože ten bude každý měsíc písemnou formou indikovat pacientovi naši léčbu. A v tom to hodně stagnuje, protože v léčebně řeknou, že je terénní psychiatrická péče nutně potřeba a ambulant jim na to odvětví, že mu ho propouští dekompenzovaného, ať si ho nechají v léčebně. To už musí být ambulant, který TPS viděl face to face a zažil ji, jak poskytuje péči. Následně se zeptá: „a kterou mému pacientovi přidělíte?“. Moc nás na výběr není. Vyberou-li mne, následně se se mnou léčebna domluví a přidá pacientovi termín schůzky. Někdy ošetřující psychiatr navrhne, aby nejprve přišel pacient za mnou do zařízení, kde pracuji, protože i zde se může setkat s terapeutickými programy, kterých je schopen se účastnit a některý si vybrat. Pokud si psychiatr myslí, že pacient do zařízení nepřijde, nabízí se možnost navštívit ho rovnou v jeho domácím prostředí. Naplánujeme si spolu nejprve dva termíny (první na schůzku v zařízení a druhý na schůzku doma), když se nedostaví na první, kde by byla možnost se seznámit, počkám na den další

schůzky a navštívím ho doma, což pro něj může být subjektivně ohrožující, jelikož k němu přicházím třeba třetí den po propuštění a on má ještě v živé paměti negativní vzpomínky na léčebnu. S prvním setkáním s pacientem v léčebně jsem se ještě nesetkala, ale vím, že v jiném zařízení to takto funguje. Do mé léčby se dostávají pacienti, kteří se službou souhlasí a nechtějí se vrátit do léčebny. Cílem TPS je, aby pacient odcházel z léčebny s náhledem a psychiatrické sestře věřil, že zvládne bojovat s duševní nemocí v domácím prostředí (které v něm možná evokuje nepříjemné věci, například bludné představy aj.).

Někdy se stane, že mi z léčebny zavolají, že o mé služby má pacient zájem a on mne následně kontaktuje sám. Sám si zajistí doporučení a indikaci od ambulantního ošetřujícího psychiatra.

### ***Jak vypadá Váš pracovní den?***

Ráno se přijdu nahlásit do práce, aby o mně věděli. Na každý den mám tabulku s adresami a telefonem pacientů, kde jsem v kterou hodinu. Kolegové mají přehled o tom, kde se nacházím pro případ, kdyby se něco dělo. Pak zavolám pacientům, že vyrazím (vždy je den předem upozorním na schůzku pomocí sms zprávy). Pracujeme s pacientem na tom, co je potřeba. Plán péče máme, ale slouží především mne, pokud má třeba pacient problém s demotivací k léčbě, tak mým cílem pro určitou časovou jednotku je navázat vztah a motivovat ho k léčbě. Jestliže nedochází do ambulance z důvodu aplikace depotní injekce, tak mým jasným cílem je aplikovat ji doma a je jasné, že s pacientem jsem v kontaktu kratší dobu, než když na něčem pracujeme. Pacient se jinak léčí a je si vědom, že se mu doma objevím jen, když si nepřijde pro injekci do ambulance. Někdy máme v plánu, že je potřeba něco udělat s domácností, jinak by přišla „sociálka“ a pacienta by vystěhovali. Tudiž někdy si připadám jako uklízečka, ale pomoc v domácnosti a nácvik dovedností patří do psychiatrické rehabilitace. Když pacient vidí, že začnu uklízet, tak se přidá, když vidí, že to není nic špatného, že se toho neštítím. Když neuklidíme, tak se léčit nezačne. Když máme uklizeno, můžeme jít třeba nakoupit. Toto by měla dělat pečovatelská služba, avšak ta to bude dělat do doby, než zjistí, že má pacient psychiatrickou diagnózu. Když pečovatelská služba toto zjistí, tak to dělat přestane a začne to opět dělat, až bude mít pečovatelku se specializací, ale těch je málo. Dalším, kdo by mohl toto dělat, je rodina, ale ta to dělat nebude, protože jde většinou o nefungující rodinu, která příbuzného–pacienta odmítá přijmout. Oni ho raději zavrhnou, než aby řekli „mé dítě se ke mně hlásí a smrdí“, to radši budou dělat, že žádné dítě nemají. Ale když vím, že bych měla dělat uklízečku a pro toho pacienta to žádný přínos nemá, tak to nedělám. Odmítnu to a pacientovi vysvětlím, že by bylo vhodné, aby si zavolal úklidovou

firmu městské části, kde žije. Následně informuji rodinu o této možnosti a ona úklidovou firmu musí zaplatit (100 Kč á h). Pokud pobírá pacient příspěvek na péči (až 800 Kč/měsíc), je možné peníze na tuto službu využít. Úklidová firma funguje pod určitou městskou částí, tudíž je úklid kontrolovaný, nikomu se nic neztratí, s firmou přijede úředník, který na firmu dohlíží. Někdy firma chce, aby byl přítomný rodinný příslušník, já či sociální pracovník té části města.

Za den stihnu navštívit 4 demotivované pacienty, u každého strávím 2 hodiny. Pokud nějaký pacient odmítá prohlídku u ambulantního psychiatra, musím ho vést k tomu, aby tam šel se mnou. Tato péče trvá déle, tudíž stihnu za den pacienty dva. Většinu pacientů jsem přebrala z krizového centra, jde většinou o prvkontakty, proto jsou demotivovaní a mým úkolem je je motivovat k další léčbě. Já jsem od toho, abych je rehabilitovala, zajistila návaznost další péče (ambulanta) a snažím se je udržet, aby se mnou k lékaři došli, brali léky, dodržovali léčebný režim a nedocházelo u nich k relapsům. Dřív, když jsem neměla v péči převážně demotivované, tak jsem schůzek stihla za den v průměru 6. Péči poskytují nezávisle na lokalitě. Dokumentaci sepisují až po schůzkách, nahlásím se na pracovišti a všem spolupracovníkům shrnu zdravotní stav pacientů (tyto schůzky se konají denně).

*Co pro své pacienty při jedné návštěvě děláte (aktivity udržující zdraví, výživa, vylučování, aktivita – cvičení, spánek, vnímání a poznávání, vnímání sebe sama, plnění sociálních rolí a mezilidské vztahy, aktivity zvládání stresu, hodnocení a podpora životních cílů, víry, smyslu, bezpečnosti, komfortu a hodnocení vývoje – Nanda domény)?*

Pokaždé léky počítám, zda si je pacient opravdu bere, protože mám zkušenost, že dávkovače nefungují. Když si lék nechťejí vzít, tak ho vyndají, proto si jejich počet vždy napíšu do diáře, pro pacienta je to informace, že já to hlídám.

Pokud je nutno u pacienta kontrolovat krevní tlak při užívání medikace, nosím s sebou tonometr. Když je potřeba aplikovat depotní injekci, vezmu si s sebou adekvátní pomůcky k aplikaci.

Dále kontrolovuji zevnějšek, jestli bylo v domácnosti někde něčím hýbáno – když jsou třeba odhnuté záclony, že se větralo. Většinou okna otvírám já po příchodu k pacientovi. Pacienti odmítají, abychom jim „šmejdili“ po bytě, chápou to jako narušení soukromí. Aby to nebylo tak nápadné, že jim kontrolovuji byt, nechávám si například schválně kabelku v jiné místnosti,

kam se opakovaně vracím třeba pro tužku, nebo ji „omylem“ upustím, abych se stihla rozhlídnout po místnosti atd. Pacientům s psychotickým onemocněním nejde jen tak říci, že se jdete někam podívat. Vždy si musíte vymyslet nějaký záměr, třeba – mám špinavé ruce, potřebuji si je umýt, a tím pádem se mohu kouknout do koupelny a tím zjistím, kdy se třeba pacient myl naposled, jdu na WC a zkontroluji, zda je spláchnuto. Vždy můžete jít jen tam, kam vás pustí. Někdy se stane, že mají tak špatný den, že mne ani nepustí dovnitř a já s nimi komunikuji přes zavřené dveře. Tudíž nejsem s to zkontrolovat léky a celkově zdravotní stav pacienta.

U pacientů s psychotickým onemocněním nelze používat standardní ošetřovatelské dokumentace ani jiné dotazníky potřeb, protože by mě nikdy nepřijali, jelikož témata, na která se v nich dotazujete, je pro ně něco tak citlivého, že to prostě nejde používat. Ale zažila jsem u jednoho zařízení poskytující sociální služby pro duševně nemocné používání těchto dotazníků, ale tam chodí pacienti, kteří jsou na to připravení ode mne, že je něco takového čeká. Většinou je tam stejně doprovázím, jelikož oni tam sami nedojdou. Většinou s tímto zařízením navazujeme kontakt až po roce terénní psychiatrické péče, dřív oni nejsou s to přijmout tyto otázky. Kdybych je do toho tlačila dříve, zavrou se mi dveře a náš vztah skončí.

Někdy je při aplikaci depotní injekce nutná určitá míra zkušeností, aby při malém odhalení oblečení došlo ke správnému výberu místa vpichu, jelikož odhalování těla je pro ně něco narušujícího.

Otázky týkajících se mezilidských vztahů, jsou pro ně ohrožující, jelikož se ti lidé většinou bojí, mají pocity, že je všichni sledují. Kdybych se v tom začala rýpat, tak se jejich stav může zhoršit, mohla bych podtrhnout rozvoj jejich bludů a to není žádoucí.

Výživa, vylučování to samé. Nelze se zeptat, jestli chodí na záchod. U výživy, to hodnotím sama, podle toho, jak vypadá zevnějšek pacienta či vidím špinavé nádoby aj. Ale někdy se mi stane, že to prostě nezjistím, ani když v tom bytě jsem. Potom to řeším tak, že dělám, že potřebuji do obchodu a zeptám se, zda mi s nákupem nepomůže. A pak dál zjišťuji, zda ten obchod za domem zná, zda tam vůbec někdy byl, pozoruji prodavačky, jak se k němu chovají, zda ho znají, jestli se na něj usmějí, jak s nimi komunikuje a tak. A ptám se, co si tam tak nejčastěji kupuje, zda se v obchodě orientuje. Nebo si jdu po své ose, dělám, že nakupuji, nechám ho, ať si nakoupí své věci sám a mezi tím se schovávám za regály a pozoruji, jak funguje. Dělán, že mám žízeň a jdu si koupit vodu a následně se ho zeptám, jak to má on s tím pitím. Řeknu mu, jak to mám já, že si dám třeba jen kafe a pak nic a doháním to večer

a přes noc chodím na WC a jak to má on?! Tímto způsobem se dostanu k oblasti výživy, jinak to prostě nezjistím.

Nebo třeba dělám, že jsem ztratila tužku u obchodu v místě bydliště, tak se pacienta zeptám, jak se tam nejrychleji dostanu a podle toho zjišťuji, jak se orientuje v okolí, zda vůbec vychází z domu. Oni vám řeknou, že vychází, ale to nemusí být vůbec pravda.

Jediný způsob komunikace s pacientem s psychózou a navázání důvěry je, že já musím dělat, že já jsem ta nemocná. Já jsem ta špatná, já tomu nerozumím. Já nevím, jak vy to máte. Vy to máte takhle, ale já to tak nemám. Vy to musíte mít tak těžké, když to máte takhle. Neexistuje, abych jim řekla, že jsou nemocní, divní, že to mají takto atd. Já jsem ta divná, protože tomu nerozumím. Oni to opravdu takhle mají, že místo stromu vidí kočku. Oni to chápou jako realitu, pro ně je nemocná moje realita. Jsou tak nemocní, že mají změněný pohled na svět. Nemůžeme je za to odsuzovat.

***Jakým způsobem zaznamenáváte informace o pacientovi a jak vyhodnocujete ošetrovatelskou péči (HoNOS, CAN aj.)?***

Dotazníky nepoužívám. Vše, co zjistím, zapisuji. Píšu slovo od slova, ale žádnou strukturu, jak bych to měla psát, nemám. Demotivovaný pacient žádný plán nepotřebuje, to jen já chci, aby se něco dělo ku prospěchu jeho stavu. Vždy na konci měsíce bych si veškerá data měla sama pro sebe shrnout. Ale já zvládám shrnout jen to, co se podařilo dle individuálního plánu (který revidujeme každý měsíc). Každý měsíc toto píšu formou dopisu i ambulantnímu psychiatrovi včetně cílů, kterých jsme nedosáhli. Dále toto píšu ke každému konkrétnímu výkonu (co přesně jsme dělali atd.) do Hippo informačního systému.

U pacientů s psychickými potížemi by to bylo něco jiného, s nimi bych sepisovala CAN. Ale tito lidé nepotřebují terénní psychiatrickou sestru, jelikož jsou schopní docházet jak na ambulanci, tak do denních stacionářů na individuální psychoterapii.

***Chybí Vám dostupnost zdrojů informací obohacujících Váš profesní rozhled? Pokud ne, z jakých zdrojů informací nejčastěji čerpáte? (Připravil Vás formální vzdělávací systém na výkon vašeho povolání – práci v terénu?)***

Dostupné informace mám. Všichni chtějí, abych přednášela. Já osobně jsem se zatím na žádné konferenci nedozvěděla nic nového, co bych nevěděla. Systém, jakým poskytuji péči, jsem si sama vytvořila (podle zadání pojišťovny, omezení výkony atp.). Vše se učím sama praxí. Byla

jsem na pracovní stáži v Terstu a v Anglii, kde terénní psychiatrická péče funguje skvěle. Stáž byla obohacující.

***Jaký je Váš názor na transformaci psychiatrické péče, ke které právě dochází?***

Já na to žádný názor nemám, musím se přiznat, že tomu nerozumím, jelikož jde o několik směrů a každý si proudí jinam. Každá společnost si chystá a usiluje o to své. Já s ČASem nemám nic společného, jelikož jde podle mne o uskupení sester, které fungují u lůžka. Já nejsem v nemocnici, léčebně. Já jsem vysloveně komunitní. Proto se nebudu vyjadřovat k reformě zdravotnictví pro ČAS. Já pro lůžka nejsem, jsem jen pro psychiatrická oddělení v nemocnici, ne pro léčebny.

Vím, že jediná transformace psychiatrické péče pro naše pacienty, kteří potřebují péči multidisciplinárního týmu, je ta, o kterou usiluje nejmenovaná organizace poskytující multidisciplinární a komunitní péči.

***Jaký je Váš názor na budoucnost terénních psychiatrických sester jakožto povolání?***

Z mého pohledu je to smutné. Žádné kompetence navíc než mají ostatní sestry, nemáme. Teď narážím na manipulaci s medikací na základě krizového plánu. A kdybychom chtěli pomoci pacientovi, aniž by to bylo indikované od lékaře, tak se za nás nikdo nepostaví. O terénní psychiatrickou sestru není zájem, tuto službu chce jen ten, kdo této péči rozumí. Ale to jsou jen ti lidé, kteří jsou v určitých asociacích a za tuto službu bojují.

Naše služba budoucnost má, pokud opravdu dojde ne k transformaci, ale ke spolupráci.

Kdyby člověk chtěl dělat terénní psychiatrickou sestru opravdu, tak v nemocnici jí dělat nemůže. Když půjdu do terénu, budu chybět na oddělení a někdo jiný si za mě musí vzít službu. Tuto práci lze vykonávat pouze u benevolentních organizací, které se snaží poskytovat komunitní péči. A těm sestřám jde více o pacienty, než o peníze, které vydělají. Musím chtít to dělat. A terénní psychiatrické sestry nikdy nebudou samostatné, protože zdravotní pojišťovny nechtějí vydat smlouvy na poskytování této péče. Budoucnost terénních psychiatrických sester není žádná, pokud nebude platná správná legislativa. Není žádná objektivizace, jak to dělat. Pokud nebudou zdravotní pojišťovny nakloněny tomu, aby se rozšířily výkony pro terénní psychiatrické sestry, tak to budoucnost nemá. Budoucnost terénních psychiatrických sester je závislá na nasmlouvání výkonů zdravotními pojišťovnami pro zařízení poskytující zdravotní péči v oboru psychiatrie.



## Příloha H – Individuální/rehabilitační plán

**INDIVIDUÁLNÍ / REHABILITAČNÍ PLÁN**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Case manager: \_\_\_\_\_ Terénní sestra: \_\_\_\_\_

**Oblasti ve kterých má klient/pacient rehabilitační cíle:**

1 Bydlení	<input type="checkbox"/>	12 Alkohol, drogy	<input type="checkbox"/>
2 Péče o domácnost	<input type="checkbox"/>	13 Přátelé	<input type="checkbox"/>
3 Strava	<input type="checkbox"/>	14 Intimní vztahy	<input type="checkbox"/>
4 Péče o sebe	<input type="checkbox"/>	15 Sexualita	<input type="checkbox"/>
5 Denní činnosti	<input type="checkbox"/>	16 Péče o děti	<input type="checkbox"/>
6 Tělesné zdraví	<input type="checkbox"/>	17 Vzdělání	<input type="checkbox"/>
7 Psychotické sympt.	<input type="checkbox"/>	18 Finance	<input type="checkbox"/>
8 Psychické potíže	<input type="checkbox"/>	19 Práce	<input type="checkbox"/>
9 Ohrožování sebe	<input type="checkbox"/>	20 Jiné (specifikuj)	
10 Ohrožování ostat.	<input type="checkbox"/>		
11 Informace o zdraví a léčbě	<input type="checkbox"/>		

*hodnocení závažnosti problému podle pacienta na stupnici od 1 /nejlepší/ do 5 /nejhorší/*

---

**Hlavní cíle (max 3.):**

1.cíl: \_\_\_\_\_

2.cíl: \_\_\_\_\_

3.cíl: \_\_\_\_\_

---

**Cíl č.1: Kdo se bude na jeho splnění podílet a jak:**

Klient: \_\_\_\_\_

Case Manager: \_\_\_\_\_

Terénní sestra: \_\_\_\_\_

Společně: \_\_\_\_\_

Někdo jiný: \_\_\_\_\_

**Jak dlouhá doba bude ke splnění cíle potřeba:**

14 dní  Měsíc  3 měsíce  Půl roku  Rok

Obrázek 1 Individuální/rehabilitační plán 1

**Cíl č.2: Kdo se bude na jeho splnění podílet a jak:**

Klient:

Case Manager:

Terénní sestra:

Společně:

Někdo jiný:

**Jak dlouhá doba bude ke splnění cíle potřeba:**  
 14 dní  Měsíc  3 měsíce  Půl roku  Rok

---

**Cíl č.3: Kdo se bude na jeho splnění podílet a jak:**

Klient:

Case Manager:

Terénní sestra:

Společně:

Někdo jiný:

**Jak dlouhá doba bude ke splnění cíle potřeba:**  
 14 dní  Měsíc  3 měsíce  Půl roku  Rok

---

**Datum vytvoření individuálního/rehabilitačního plánu:**

**Kdo individuální/rehabilitační plán sestavoval:**  
 Klient  Case manager  Terénní sestra  Společně  Někdo jiný

**Datum revize individuálního / rehabilitačního plánu:**

**Podpis Klienta**                      **Podpis Case Managera**                      **Podpis Terénní sestry**

**Obrázek 2 Individuální/rehabilitační plán 2**

Zdroj – TPS Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET

## **Příloha CH – HoNOS – Health of the Nation Outcome Scale**

- Vychází z modelů VB.
- Hodnotí se z pohledu pacienta (subjektivní) a profesionála (psychiatra, sestry) vždy na začátku a při ukončení péče. Hodnotí pokud možno stejný hodnotitel.
- Nemá představovat komplexní klinické hodnocení, jde o škálu k měření rozsahu fyzických, osobních a sociálních potíží. Slouží k zhodnocení aktuálního zdravotního stavu u dospělých. Nehodnotí se budoucí riziko. Není k plnění intervencí.
- Po rozhovoru s klientem – 13 minut k vyplnění, hodnotí se posledních 14 dní > vyhodnocování 4 sekcí – chování, postižení (tělesné, kognitivní), symptomy, sociální obtíže.
- Optimální funkční stav = stav, kdy jsou duševně nemocní lidé schopni fungovat, pokud si to přejí, co nejlépe podle svých vlastních schopností.
- Co sledovat při hodnocení efektivity služeb? – Well-being, kognice, emoce, chování, fyzické zdraví, interpersonální oblast, sociální chování ve společnosti, spokojenost se službami.
- Požadavky na HoNOS – stručnost a jednoduchost pro běžné užití, přijatelný pro sestry a psychiatry, dostatečné pokrytí klinických a sociálních funkcí, citlivost na změny, osvědčená spolehlivost a vztah k dalším používaným nástrojům.
- Výhody: poskytuje údaje o klinickém vývoji, nástroj pro audit, revize plánů péče (CPA – Care programme approach) + pro sladění potřeb K/P se schopnostmi odborníků, jednoduchost – standardní záznam o vývoji u dvanácti věžných problémů, k porovnávání výsledků, standardní záznam pro klinický výzkum.
- Slabiny: používá se pro lidi se závažným duševním onemocněním, není utvořeno pro měření problémů v běžné populaci, určuje zdravotní stav (ne zdravotní péči), nezabývá se náklady, statistikami zdravotnických zařízení pro duševně nemocné (ne pro ty, kteří se svobodně rozhodou nefungovat).
- Výzkum – ke sledování účinku přesunu dlouhodobého pacienta z nemocnice do komunit. (Pěč, O., Šelepová, P., Čechová, D., Pěčová, J., Dragomirecká, E., Probstová, V., Bubela, M., 2007)
- K hodnocení zdravotního stavu v komunitní péči je možno dále využít GAF škálu – Global Assessment of Functioning. (Škoda, 1997 in Pěč, O., Šelepová a kol., 2007)
- Dále se dá šetřit kvalita života (SQUALA – Subjective QUALity of Life Analysis M. Zanottiho, 1992; standardizovala pro české podmínky Eva Dragomirecká, 1997).

Spokojenost se službami zkoumá „Veronská škála spokojenosti se službami“ a hodnocení zdravotně-sociálních potřeb duševně nemocných řeší CAN škála (Camberwell Assessment of Need) (Probstová, A., Šelepová, P., Dragomirecká, E., Kalvoda, H., Sochorová, G., Pěč, O., 2011).

## HoNOS – základní údaje

Identifikace pacienta

Datum narození pacienta

Pohlaví pacienta

- 1 muž  
2 žena

Základní diagnóza pacienta

- 1 demence  
2 abusus drog nebo alkoholu  
3 psychóza  
4 deprese, mánie nebo bipolární porucha  
5 neurotická nebo úzkostná porucha  
6 porucha příjmu potravy, porucha spánku nebo stresová porucha  
7 porucha osobnosti  
8 jiné

Zařízení, v němž bylo hodnocení provedeno:

- 1 akutní oddělení  
2 dlouhodobý pobyt (včetně vězeňského oddělení)  
3 denní sanatorium  
4 denní stacionář  
5 ambulantní oddělení  
6 doma  
7 jinde

Dnešní datum

Datum poslední kontroly pacienta

Délka hodnoceného období (v týdnech)

Profese osoby provádějící hodnocení

- 1 zdravotní sestra (v lůžkovém oddělení nebo v denním stacionáři)  
2 komunitní psychiatrická sestra  
3 lékař  
4 pracovní terapeut  
5 klinický psycholog  
6 sociální pracovník  
7 jiné

Iniciály osoby provádějící hodnocení

## HoNOS – Záznam hodnocení

Identifikace pacienta .....

Dnešní datum .....

*Pokud není známo, hodnotte jako 9*

1. Hyperaktivní, <u>agresivní</u> , rušivé nebo agitované chování	0 1 2 3 4
2. Úmyslné <u>sebepoškozování</u>	0 1 2 3 4
3. Problémy s <u>alkoholem</u> nebo <u>užívání drog</u>	0 1 2 3 4
4. Kognitivní problémy	0 1 2 3 4
5. Tělesná nemoc nebo postižení	0 1 2 3 4
6. Problémy spojené s <u>halucinacemi a bludy</u>	0 1 2 3 4
7. Problémy s <u>depresivní náladou</u>	0 1 2 3 4
8. Jiné psychické problémy a poruchy chování: určete poruchu A, B, C, D, E, F, G, H, I nebo J	0 1 2 3 4
9. Problémy se vztahy	0 1 2 3 4
10. Problémy s každodenními činnostmi	0 1 2 3 4
11. Problémy s životními podmínkami ( <u>bydlení</u> )	0 1 2 3 4
12. Problémy se zaměstnáním a dalšími činnostmi	0 1 2 3 4

Obrázek 3 HoNOS

Zdroj – TPS Psychoterapeutické a psychosomatické kliniky ESET

## **Příloha I – Kompetence sociálního pracovníka v péči o duševně nemocné**

Kompetence sociálního pracovníka deklaruje Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a Vyhláška č. 505/2006 Sb. o sociální rehabilitaci. V péči o duševní zdraví se využívá sociální rehabilitace, jejímž cílem je dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob rozvojem jejich schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem běžných činností nutných pro fungování v autonomním životě. Sociální rehabilitace je poskytována terénními a ambulantními službami či v centrech sociálně rehabilitačních služeb.

Sociální pracovník v terénních či ambulantních službách podporuje pacienta při zvládnání péče o vlastní osobu, o domácnost a jejich další členy. Vede výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, učí ho pracovat s informacemi. Pomáhá pacientovi při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, funguje i jako doprovod (např. k lékaři). Poskytuje informace o možnostech dalších služeb sociální pomoci. Učí pacienta samostatného pohybu, využívat dopravní prostředky, s pacientem trénuje chování a komunikaci v různých společenských situacích. Nacvičuje s pacientem dovednosti potřebné k úředním úkonům (umět se podepsat, orientovat se ve složenkách aj) (Odbor sociálních služeb a sociální práce, 2012).

V neposlední řadě se v deklarovaných kompetencích pracovníka v sociálních službách objevuje provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvoj osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy. Pracovník také zabezpečuje zájmové a kulturní činnosti. (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách)

Informační databáze O\*NET OnLine, vytvořená v USA, kóduje jednotlivé profese, konkrétně pod kódem 21–1023.00 dovednosti, schopnosti, úkoly, pracovní aktivity, požadavky Sociálních pracovníků v oblasti duševního zdraví a zneužívání návykových látek. Podle této databáze do jejich pracovních úkolů patří radit pacientům v individuálních a skupinových sezeních, pomáhat jim překonávat drogovou závislost, duševní a tělesné nemoci, chudobu, nezaměstnanost nebo tělesné zneužívání, vést rozhovory s klienty, zaznamenávat pokroky pacientů vzhledem k jejich léčbě, spolupracovat s poradci, lékaři a ošetřovateli při plánování a koordinaci léčby s ohledem na praxi sociální práce a potřeby pacientů. Spolupracovat s rodinou v poskytování komunitní péče, radit a pomáhat rodině v porozumění. Zvládat a podporovat pacienty. Poskytovat primární prevenci drogové závislosti, vést antistigmatizační programy a edukaci veřejnosti v oblasti duševního zdraví. Poskytovat

poradenské služby v komunitě, snažit se komunitu rozvíjet, vést supervizi a řídit jiné pracovníky poskytující služby pacientům.

Do vědomostního kapitálu by měly patřit znalosti z psychologie, terapie a poradenství (diagnostika, léčba, rehabilitace a poznatky z oblasti kariérového poradenství) a znalosti sociálních služeb (poskytování služeb včetně hodnocení potřeb klientů, hodnocení kvalit standardů služeb a hodnocení spokojenosti klientů). Z dovedností pracovníků v oblasti duševního zdraví nutno uvést schopnost aktivně naslouchat, sociální vnímavost (vědomí a porozumění reakcí druhých), monitorování a hodnocení vlastního výkonu a postupů celé organizace a dovednost efektivně vyjadřovat informace, z čehož vyplývá schopnost verbálního porozumění a vyjadřování (mluvit jasně a srozumitelně), induktivní usuzování (vytváření obecných pravidel a vztahů) a schopnost rozpoznávání problému (O\*NET, 2012).