PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ

Psychiatrická nemocnice v Opavě
Olomoucká 305/88, 746 01 Opava
Telefon: +420 553 695 111

Popis realizace sociální služby

Název: Služba následné péče Psychiatrické nemocnice v Opavě
Adresa: Olomoucká 88, Opava
Zřizovatel: Psychiatrická nemocnice v Opavě
Druh sociální služby: Služba následné, pobytová forma (§ 64 zákona 108/2006 Sb.)

Služba následné péče je nově vzniklou sociální službou s přímou návazností na lůžkovou péči, která podpoří osoby s psychickým onemocněním v přirozeném, plynulém a bezpečném přechodu ze zdravotnického lůžka do běžného života. Služba propojuje sociální i zdravotní systém, kdy člověk ihned po ukončení lůžkové péče může využít službu následné péče za účelem jeho lepšího začlenění do komunity. Program služby následné péče je koncipován na 12 měsíců, délka trvání je však vždy individuálně přizpůsobena individuálním možnostem a osobnímu potencionálu každého klienta. Služba probíhá ve třech navazujících fázích – adaptace, realizace, osamostatnění. Čtvrtá fáze – tréninkový byt - není povinnou částí programu a bude k dispozici až po rekonstrukci objektu, určeného k poskytování sociální službu v plné plánované kapacitě. Klienti, kteří absolvují tento sociálně preventivní program, budou lépe připraveni k využívání sociálních služeb bližších běžnému fungování nebo budou schopni žít samostatně za pomoci a podpory terénní sociální práce.
Provoz služby bude zahájen v provizorních prostorách do doby, než bude opraven vhodný objekt (v současné době požádáno o podporu z projektu IROP). Tato snížena kapacita činí 11 osob (plánovaná kapacita je 24 osob). Objekt je součástí areálu Psychiatrické nemocnice v Opavě, stojí však v její okrajové části s přímou návazností na běžnou civilní zástavbu. Služba je vybudována v obytném domě, kde budou uživatelé služby užívat 2 byty, ke společným aktivitám a nácviku praktických dovedností a skupinových setkání budou využívat třetí byt, kde bude zároveň i zázemí personálu. Tento dům je obýván i dalšími komerčními nájemníky. Byty uživatelů jsou situovány v přízemí, ve dvou bytech je k dispozici celkem 11 lůžek (5 pokojů je dvoulůžkových, 1 pokoj je jednolůžkový). První byt je tvořen dvěma dvoulůžkovými pokoji, jedním pokojem jednolůžkovým s vlastní kuchyní a sociálním zařízením. Druhý byt je tvořen třemi dvoulůžkovými pokoji, kuchyní a sociálním zařízením. V rámci stejného poschodí je k dispozici další byt, jehož součástí je společná kuchyň, společenská místnost, pracovna a hygienické zázemí personálu.

Cílová skupina
Služba napomáhá integraci duševně nemocných do běžného každodenního života, zabraňuje sociálnímu vyloučení. Hlavním cílem je napomáhat duševně nemocným překonávat sociálně nepříznivou situaci (absence či nevhodnost vlastního bydlení, neschopnost či omezená schopnost vést vlastní domácnost).
Služba je určena osobám s chronickým duševním onemocněním ve věku 18 – 64 let, **které absolvovaly lůžkovou péči v Psychiatrické nemocnici v Opavě.** Zdravotní stav žadatele o službu musí být komponovaný, žadatel musí být ochotný plnit individuální plán a dodržovat pravidla služby**.**
Vzhledem k přechodovému charakteru služby je tato určena osobám s místní příslušností k Jihomoravskému kraji, Moravskoslezskému kraji, Olomouckému kraji, Pardubickému kraji a Zlínskému kraji, aby mohla být zajištěna provázanost na návazné sociální služby v regionech.
Služba nebude poskytována osobám se smyslovým omezením (sluch, zrak). V provizorních prostorách nebude služba poskytována ani imobilním klientům.
Služba nebude poskytována osobám, které trpí akutní fází duševního onemocnění, osobám, trpícím onemocněním, jež se projevuje agresivitou vůči okolí i k ohrožení vlastního zdraví, osobám, které nejsou schopny kolektivního soužití. Služba nebude poskytnuta osobám, jejichž zdravotní stav vyžaduje ústavní hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení.

Psychiatrická nemocnice v Opavě
Olomoucká 305/88, 746 01 Opava
Telefon: +420 553 695 111

Cíle a principy

Služba je poskytována pobytovou formou osobám s chronickým duševním, které potřebují pomoc a nejsou schopny si tuto pomoc bezpečně zajistit v přirozeném prostředí v důsledku svého onemocnění či nepříznivého zdravotního stavu. Snahou je zajištění kvalitní přechodové sociální služby, evokující domácí prostředí, s podporou dle individuálních potřeb jednotlivých klientů. Přidanou hodnotou je možnost přímé intervence zdravotnického pracovníka.

Hlavním cílem je začlenění duševně nemocných do běžného života a prevence relapsu nemoci v nevhodném prostředí a plynulé dokončení procesu úzdravy započatého během předchozí ústavní léčby.

Dílčí cíle:

1) zajištění kvalitní zdravotně-sociální péče formou:
- zdravotní stabilizace – umět zacházet se svou nemocí, podpora při užívání medikace, tvorba krizového plánu,
- sociální stabilizace – upevňování rodinných vazeb, tvorba hodnotových systémů a vhodných vzorců chování,
- finanční stabilizace – finanční hospodaření, dluhové poradenství, pracovní uplatnění,

2) podpora sociálního začlenění do běžného života – zvládat každodenní péči o sebe, zvládat úkoly spojené s chodem domácnosti, zvyšovat samostatnost a soběstačnost, efektivně naplnit a naučit se samostatně rozhodovat o využití volného času, osamostatnění se v bydlení,

3) podpora při zajištění vhodné formy bydlení - navázání na adekvátní sociální služby a terénní sociální práci v místě budoucího plánovaného pobytu.

Služba je poskytována na základě principů:

1) Respektující individuální přístup
2) Dobrovolnost a ochota ke spolupráci
3) Odbornost
4) Provázanost zdravotního a sociálního systému
5) Návaznost (především na služby typu CHB, podpory bydlení)

Klientům je poskytována sociální a dle potřeby fakultativně i zdravotní péče (např. terénní psychiatrická sestra), a to v rozsahu odpovídajícím jejich stavu a potřebám. Péče a podpora je plánovaná spolu s klientem. Každý klient má přiděleného klíčového pracovníka a patrona, který s ním plní individuální plán, zjišťuje jeho přání a potřeby. Všichni zaměstnanci dodržují platnou legislativu a vnitřní předpisy zařízení.

Popis prostředí

Služba následné péče je umístěna v okrajové a klidné části města, v blízkosti je zastávka MHD i autobusová zastávka. Je situována v okrajové části Psychiatrické nemocnice v Opava, v těsné blízkosti areálu Slezské nemocnice v Opavě. Stravování je zajišťováno samotnými uživateli, v rámci nácviku těchto dovedností. Po dohodě s uživatelem je možné zajisti stravování fakultativně.

Dispoziční dostupnost

Služba následné péče je umístěna v přízemní obytného domu, provizorní prostory nejsou bezbariérové, proto nebude služba poskytována imobilním klientům. Klienti obývají dva byty s jedno a dvoulůžkovými pokoji. Každý byt má k dispozici vlastní sociálním zařízením, kuchyň s jídelním koutem. Pokoj je vybaven základním nábytkem, kuchyně je plně vybavená. Po dohodě s poskytovatelem je možné dovybavení pokoje vlastním nábytkem či doplňky. Společná kuchyň, společenská místnost, která slouží i jako aktivizační a nácvikový prostor je součástí sousedního bytu, v rámci stejného bytu je k dispozici zázemí a pracovna personálu.

Nabízené činnosti
Služba obsahuje tyto základní činnosti:
- socioterapeutické činnosti (skupinové terapie, prevence relapsu, náhled na své onemocnění, individuální poradenství, rodinné poradenství, základní sociální poradenství, rozvoj a udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících integraci),
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, včetně navedení klienta na vhodnou sociální službu v jeho přirozeném prostředí,
-pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (podpora integrace v rámci formálních i neformálních systémů),
-poskytnutí ubytování (zajištění podmínek pro úklid, praní, žehlení),
-pomoc při hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
-pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
-pomoc při zvládaní úkolů v domácnosti,
-pomoc při zajištění stravy, případně její zajištění.

Popis jednání se zájemcem o službu
Žádost o službu následné péče podává klient prostřednictvím sociální (zdravotně-sociální) pracovnice z lůžkových oddělení Psychiatrické nemocnice v Opavě. Tato pracovnice také pacienta seznámí s nabízenou sociální službou. Pokud zájemce splňuje kritéria pro přijetí a projeví o službu zájem, vyplní, ve spolupráci se sociální (zdravotně-sociální) pracovnicí z lůžkového oddělení žádost o službu následné péče. Žádost o službu následné péče obsahuje základní informace o uživateli, včetně popisu nepříznivé sociální situace, informace o příjmu. Přílohou žádosti je vyjádření lékaře. Žádost je předána zdravotně-sociální pracovnici služby následné péče prostřednictvím podatelny Psychiatrické nemocnice v Opavě.
Má-li žádost všechny náležitosti je posouzena zdravotně-sociální pracovnicí. U žádosti je zohledňována i její naléhavost. Pokud žadatel spadá do cílové skupiny, je zdravotně-sociální pracovnici oddělení následné péče pozván k pohovoru a v případě splnění kritérií pro cílovou skupinu a trvajícího zájmu je klient zařazen do pořadníku zájemců o službu, o čemž je vydáno klientovi potvrzení.
Zdravotně-sociální pracovnice služby následné péče zájemce o službu podrobně seznámí se všemi potřebnými informacemi (poslání a cíl služby, podmínky pro přijetí, rozsahem a druhem poskytované péče, způsobem financování a úhradou za službu, právy a povinnosti klienta, možnostmi podávat podněty).
V případě uvolnění místa je žadatel zdravotně-sociální pracovnicí služby následné péče telefonicky/osobně informován s doplněním podrobností týkajících se nástupu.
Vzhledem k tomu, že je služba určena pouze pacientům hospitalizovaným v Psychiatrické nemocnici v Opavě, je avizovaná na jednotlivých odděleních nemocnice formou informačního letáku. V informačním letáku jsou jasně, stručně a srozumitelně uvedeny základní informace o službě - poslání, cíle, cílová skupina, postup zájemce o službu.
O službě jsou také informovány všechny sociální (zdravotně-sociální) pracovnice Psychiatrické nemocnice v Opavě, které jsou schopny předat zájemcům o službu veškeré informace. Informace o poskytování sociální služby jsou rovněž k dispozici na internetových stránkách Psychiatrické nemocnice v Opavě.

Popis uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby
Všichni klienti, kteří užívají sociální službu dle § 64 zákona 108/2006 Sb., O sociálních službách mají písemně uzavřen smluvní vztah – Smlouva o poskytované sociální službě.
Smlouva je vyhotovena v písemné podobě v tolika vyhotoveních, kolik je smluvních stran. Smlouvu podepisuje za organizaci ředitel Psychiatrické nemocnice v Opavě (případně jeho zástupce) a uživatel, případně také jeho opatrovník (jedná-li se o uživatele s omezenou svéprávností).
S obsahem smlouvy je uživatel (případně i opatrovník) seznámen ještě před přijetím k pobytu. První den pobytu

je uživatel (případně i opatrovník) zdravotně-sociální pracovnicí důkladně a srozumitelně seznámen s obsahem smlouvy. Jako výraz souhlasu uživatel smlouvu podepíše, standardně, ve dvou, případně více vyhotoveních (je-li více smluvních stran, např. opatrovník). Takto podepsaná smlouva je předána k podpisu řediteli nemocnice, poté případně dalším stranám, jsou-li účastny tohoto právního vztahu.
Smlouva obsahuje vždy:
- označení smluvních stran,
- druh sociální služby,
- rozsah poskytování sociální služby,
- výši úhrady a způsob platby,
- ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem sociálních služeb,
- výpovědní důvody a lhůty,
- dobu platnosti smlouvy.

Pokud je klient omezen na svéprávnosti, je součástí smlouvy i kopie rozsudku o tomto omezení, včetně listiny o jmenování opatrovníka.

Tvorba individuálních plánů

Plánování průběhu služby napomáhá uživatelům získat přehled o činnostech a aktivitách, za které mohou přenést vlastní odpovědnost, aby se lépe zorientovali v běžném sociálním prostředí. Průběh plánování a realizace vede rovněž k zefektivnění a zkvalitnění vlastní práce (kontrola kvality služeb) a spolupráce s klientem (definice a následná eliminace problémových a rizikových situací).
Individuální plán ukazuje na naplňování individuálních cílů, na kterých se uživatel domluvil s klíčovým pracovníkem a patronem. S obsahem individuálního plánu jsou důkladně obeznámeni i další pracovníci, aby se mohli efektivně spolupodílet na jeho realizaci. Na základě stanoveného individuálního plánu se klíčový pracovník a patron domluví s uživatelem, co pro dosažení stanoveného cíle udělá uživatel sám a v čem mu budou nápomocni pracovníci. Každý individuální plán je vypracován na míru jednotlivého uživatele a na základě poznatků získaných během poskytování sociální služby.
Každý uživatel prochází fází adaptační, realizační a fází osamostatnění.
Před nástupem klienta do sociální služby je proveden přijímací pohovor, v rámci kterého jsou klientovi předány podstatné informace o službě. Zdravotně-sociální pracovnice zmapuje sociální situaci klienta, zjistí jeho přání a cíle klienta – ze vstupního pohovoru je proveden zápis, který je následně součásti sociální dokumentace pacienta.
Adaptační fáze je započata přijetím klienta do služby následné péče. Při přijetí je zdravotně-sociálním pracovníkem seznámen se zařízením, je představen spoluuživatelům a pracovníkům. Pracovníkem ve službě je pak ubytován do vybraného pokoje. Zdravotně-sociální pracovník vede s uživatelem vstupní pohovor, jehož výstupem je Vstupní anamnéza - osobní profil. Tento je vytvořen nejpozději do 1 měsíce od přijetí do služby. Zápis ze vstupního pohovoru je vyhotoven v písemné podobě – formulář *„Vstupní anamnéza – osobní profil“*, je podepsán uživatelem a zdravotně sociálním-pracovníkem a patronem, který se v realizační fázi stane klíčovým pracovníkem uživatele. Uživatel je obeznámen, že zdravotně-sociální pracovník je jeho klíčovým pracovníkem pouze po dobu adaptační fáze, zároveň je mu představen parton, který se stane ve fázi realizace jeho klíčovým pracovníkem. V adaptační fázi patron velice úzce spolupracuje se zdravotně-sociálním pracovníkem (jako klíčovým pracovníkem). Zdravotně-sociální pracovník je klíčovým pracovník pouze po dobu adaptační fáze.
Uživatel se během adaptační fáze seznamuje s novým prostředím za pomoci pracovníků, zejména za pomoci zdravotně-sociálního pracovníka a patrona. Během adaptační fáze upřesňuje svá přání, případně i začíná formulovat osobní cíle a včetně zvažované míry podpory při jednotlivých úkonech v rámci poskytované sociální služby. K lepšímu poznání uživatele také slouží například informace získané z dokumentace jiných služeb nebo informace od blízkých osob uživatele a zejména informace získané prostřednictvím vstupního pohovoru s uživatelem. V průběhu adaptační fáze jsou sledovány klientovy schopnosti a dovednosti, kdy nejdříve po jednom měsíci ve službě je vypracován přehled oblastí potřebné podpory - formulář *„Oblasti potřebné podpory“*. I tento

výstup je dále vodítkem pro tvorbu individuálního plánu.
V adaptační fázi je uživatel důkladně pozorován všemi pracovníky, kdy je velká pozornost soustředěna na jeho chování a schopnosti s ohledem na diagnostikované onemocnění. Všechna důležitá sdělení (posun od původních přání, potřeb, specifické chování...) jsou písemně zaznamenány do sociální dokumentace *Denní záznamy*. Zde je také pracovníkem ve službě hodnocen každý den spolupráce s klientem. Zápis klíčového pracovníka je vždy obsáhlejší a podrobnější. Klíčový pracovník rovněž podrobně sleduje všechny ostatní záznamy učiněné jinými pracovníky.
Realizační fáze je započata stanovením cílů, které se stanovují nejdříve po 1 měsíci, nejpozději do 3 měsíců od počátku poskytování sociální služby. Zdravotně-sociální pracovník a patron se domluví s uživatelem na setkání. Uživatel si určí vhodný čas a místo. Zdravotně-sociální pracovník informuje klienta, že přechází do další fáze vedoucí k jeho osamostatnění, informuje jej, že jeho klíčovým pracovníkem se stává aktuální patron. Uživatel si na počátku této fáze vybírá svého nového patrona. Individuální plán vytváří s klientem patron, který se nyní stává klíčovým pracovníkem za použití formuláře *„Individuální plán a jeho průběh“*. Klíčový pracovník objasní uživateli účel tohoto setkání (na přání uživatele se může tohoto pohovoru účastnit i další osoba). Pokud uživatel ztrácí pozornost, případně je unaven nebo nemá zájem v rozhovoru pokračovat, je možno tento rozhovor rozdělit na více částí. Účelem setkání je vytvoření individuálního plánu, upřesnění osobních cílů uživatele, konkretizace jednotlivých kroků a zdrojů pomoci při jednotlivých úkonech v rámci poskytované sociální služby. Cíle musí být jasné, konkrétní, reálné, dosažitelné, pozitivně formulované. Během rozhovoru si uživatel sám určí, co se stane jeho cílem v individuálního plánu. Při nastavení individuálního plánu využíváme údajů ze „Vstupní anamnézy - osobního profilu“, „Oblastí potřebné podpory“ a zápisů ze sociální dokumentace Denní záznamy.
Poté, co je stanoven cíl v individuálním plánu, hovoří klíčový pracovník s uživatelem o jednotlivých krocích, které povedou k dosažení daného cíle, co pro dosažení cíle udělá uživatel a jaké zdroje pomoci a míru podpory bude potřebovat. Na základě tohoto rozhovoru a stanovení cílů je vytvořen klíčovým pracovníkem a uživatelem individuální plán, který po jeho vyhotovení podepíše jak uživatel, tak klíčový pracovník, tak schvalující osoba – zdravotně-sociální pracovník. Individuální plán je součástí sociální dokumentace.
Na základě stanoveného individuálního plánu, jsou jednotlivé cíle postupně realizovány. Klíčový pracovník pečlivě monitoruje průběh realizace jednotlivých kroků i cílů. Plnění individuálního plánu je průběžně hodnoceno, za použití formuláře *„Hodnocení individuálního plánu“*. Klíčový pracovník vyhodnocuje spolu s uživatelem stanovené cíle. Pokud se uživatel spolu s klíčovým pracovníkem domluví, že by bylo vhodné cíl přeformulovat, případně jinak upravit, zohlední toto v Individuálním plánu a jeho průběhu. O realizaci cílů je proveden písemný záznam, který je součástí sociální dokumentace. Uživatel, klíčový pracovník a patron společně zhodnotí jednotlivé kroky, co se podařilo, zda bylo nebo nebylo dosaženo cíle, co je možné pro realizaci cíle ještě udělat, co ještě zůstává jako cíl do dalšího období a pokusí se uživatele inspirovat ke stanovení dalších cílů individuálního plánu. Každý pracovník napomáhá uživateli naplňovat jeho vizi a přání v souladu s reálnou možností vzhledem k sociálnímu a zdravotnímu stavu a omezení z toho plynoucímu. Kdykoli během poskytování sociální služby hovoří klíčový pracovník s uživatelem o daných cílech a domlouvají se, zda není nutné některé cíle přehodnotit, zrušit, doplnit či změnit postup k jeho realizaci. Individuální plán se aktualizuje dle potřeby klienta, dle vzájemně určeného termínu, minimálně však 1x za čtvrt roku.
Každý den je činěn denní záznam o průběhu služby, proběhlých terapeutických aktivitách a plnění individuálního plánu. Fáze realizace zajišťuje, aby se každý uživatel naučil reálně zacházet se svou nemocí, plánovat si svůj život, vést domácnost i povinnosti z toho vyplývající, naučil se účelně naplňovat volný čas, dokázal sám, či za dopomoci hájit své zájmy. Fáze realizace úzce souvisí i se seberealizací uživatelů, kteří tak mají možnost naučit se uspokojovat své potřeby, plnit si své cíle a naplňovat svá přání. Fázi realizace není možno jednoznačně časově vymezit, trvá do doby, než uživatel získá jistotu a schopnost kvalitně fungovat v sociální službě, kdy získá či zdokonalí schopnosti vést a udržet domácnost. V průběhu této fáze, dle individuálních schopností uživatele je intenzivně plánováno následné bydlení. A proto se uživatel služby za dopomoci svého klíčového pracovníka a zdravotně-sociální pracovnice usilovně hledá a vybírá možnosti dalšího možného řešení bydlení (včetně případné

žádosti do navazující sociální služby). Služba následné péče podpoří, umožní a zprostředkuje klientovi navázat vztah s dalšími poskytovateli sociálních služeb (především podpora bydlení, chráněné bydlení, sociální rehabilitace) a terénními sociálními pracovníky obcí. Předpokládaná délka trvání této fáze je 6-9 měsíců.
Na fázi realizační navazuje fáze osamostatnění, která je zaměřena na opuštění služby následné péče. V této fázi je uživatel schopen fungovat i v jiném prostředí, než je sociální služba následné péče, míra podpory je nižší. Nejvhodnějším osamostatněním je návrat do původního sociálního systému, případně do sociální služby, která je bližší běžné realitě. Klient se usilovně připravuje na odchod ze zařízení, ví, kam bude směřovat, případně je v pořadníku zájemců o návaznou sociální službu. V této fázi je zhodnocen celkově pobyt uživatele ve službě, opět ve formuláři „*Hodnocení individuálního plánu",* formou komplexního/závěrečného zhodnocení, pozitivně jsou zhodnoceny jeho silné stránky a také je upozorněno na slabé stránky uživatele s doporučením, jak lépe zvládat tíživé situace.
Plánovaná IV. fáze (bude realizována po rekonstrukci objektu prádelny) umožňuje klientům tréninkové bydlení. Klienti žijí samostatně v bytě, svou domácnost a hospodaření vedou zcela samostatně. Podporu užívají v nejnižší možné míře. Tato fáze není fází povinnou, je nabízena klientům, kteří prošli všemi třemi fázemi, ale nepodařilo se jim nalézt vhodnou formu bydlení v jejich přirozeném prostředí. Předpokladem přestupu do IV. fáze je ochota uživatele spolupracovat při řešení nepříznivé sociální situace a aktivně hledat návazné bydlení.

Způsob podávání a vyřizování stížností

Právo podat stížnost má každý klient, případně i jiná osoba jednající ve prospěch klienta. Podání stížnosti nesmí být újmou pro stěžovatele. Stížnost může být podána jakýmkoli způsobem – ústně, telefonicky, písemně, elektronicky, vhozením do schránky „stížnosti a připomínky", která je místěna ve společných prostorách služby. Stížnosti prošetřuje a vyřizuje odpovědný pracovník Psychiatrické nemocnice v Opavě. Všechny stížnosti jsou evidovány a archivovány, je-li stížnost ústní, je o jejím podání učiněn pracovníkem, který stížnost přijal záznam. Stížnost je objektivně prošetřena a jsou navrhnuta opatření směřující k nápravě. Stížnost je prošetřena ve lhůtě 30 dnů a stěžovatel je o vyřízení stížnosti písemně vyrozuměn. Pokud je stížnost anonymní, je vyjádření vyvěšeno na nástěnce služby.
Uživatel může stížnost podat Veřejnému ochránci práv, Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR, Krajskému úřadu Moravskoslezského kraje.

Ukončení sociální služby

Uživatel může kdykoli vypovědět smlouvu o poskytnutí sociální služby, výpovědní doba jsou 2 měsíce. Pokud uživatel opakovaně nebo zvlášť závažně porušuje domovní řád a pravidla poskytování služby, může s ním být ukončena smlouva o poskytování služby. Službu je rovněž možno vypovědět ve zkušební době, která činí 2 měsíce od přijetí. Služba je ukončena úmrtím uživatele.