

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

## **Spolupráce subjektů sociálních a zdravotních služeb v rámci péče o duševně nemocné**

### **Diplomová práce**

Autor: Katarína Ondiková

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Forma studia: Kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Hradec Králové

2019

## Zadání diplomové práce

**Autor:** Bc. Katarína Ondiková

**Studium:** U17050

**Studijní program:** N6731 Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce

**Název diplomové práce:** **Spolupráce subjektů sociálních a zdravotních služeb v rámci péče o duševně nemocné**

**Název diplomové práce AJ:** Cooperation of the Social and the Medical Subjects on the Field of the care for Severely Mentally Ill Clients

### **Cíl, metody, literatura, předpoklady:**

Diplomová práce se bude zabývat zhodnocením spolupráce subjektů sociálních a zdravotních služeb v rámci péče o duševně nemocné a navrhne opatření ke zlepšení spolupráce. Vzájemná spolupráce by měla vést k snížení opakovaných a dlouhodobých hospitalizací pacientů. Cíle bude dosaženo s využitím kvalitativní výzkumní strategie.

PROBSTOVÁ, V.,PĚČ, O.,2014. Psychiatrie pro sociální pracovníky : vybrané kapitoly. Praha: Portal.ISBN 978-80-262-0731-3 MAHROVÁ,G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2138-5 OCISKOVÁ, M., PRAŠKO, J. 2015. Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5199-3 PRAŠKO, J., LÁTALOVÁ, K. 2013. Psychiatrie v primární péči. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7 Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR. 2015. Liga lidských práv. ISBN 978-80-87414-25-5 PAPEŽOVÁ, H. a kol. 2014. Naléhavé stavy v psychiatrii. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-425-8 PETR, T.,MARKOVÁ, E. a kol. 2014. Ošetřovatelství v psychiatrii. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-2474-236-6

**Garantující pracoviště:** Ústav sociální práce,  
Filozofická fakulta

**Vedoucí práce:** Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

**Oponent:** doc. PhDr. Emília Janigová, PhD.

**Datum zadání závěrečné práce:** 29.6.2018

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Liberci dne 2. 6. 2019

.....

## **Abstrakt:**

ONDIKOVÁ, Katarína. *Spolupráce subjektů sociálních a zdravotních služeb v rámci péče o duševně nemocné*. Hradec Králové 2019. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta, Ústav sociální práce.

Níže zpracovaná diplomová práce si klade za cíl zhodnotit vzájemnou spolupráci subjektů zdravotních a sociálních služeb v rámci péče o duševně nemocné lidi na území města Liberec a to v konkrétních situacích možné spolupráce z pohledu jejich funkčnosti, respektive nefunkčnosti.

Teoretická část práce bude zaměřena na vhled do problematiky duševního onemocnění, jeho vlivu na život chorého, role zdravotních a sociálních služeb v systému péče pro duševně nemocné. Pokusí se vysvětlit důležitost propojení a vzájemné spolupráce zdravotních a sociálních služeb pro zabezpečení kvalitní a komplexní péče o duševně nemocného s ohledem na probíhající Reformu psychiatrické péče v České republice. Reforma by měla změnit přístup k poskytování péče duševně nemocným a tato péče by měla být směřována k maximální inkluzi duševně nemocných do společnosti. Myšlenky Reformy a jejich implementace do praxe budou procházet celou diplomovou prací.

Pro praktické výstupy práce byla zvolena kvalitativní výzkumní strategie, údaje pro výzkum byly sbírány za pomoci polostrukturovaných rozhovorů z řad zdravotníků a sociálních pracovníků, aby vymezily informace pro odpovědi na hlavní a dílčí cíle práce.

Klíčová slova: duševní onemocnění, reforma psychiatrické péče, komunikace, spolupráce, propojení, zdravotní a sociální služby pro duševně nemocné

**Abstract:**

ONDIKOVÁ, Katarína. *Cooperation of the Social and the Medical Subjects on the Field of the Care for Severely Mentally Ill Clients*. Hradec Králové 2019. Diploma thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts, Department of Social Work.

The aim of the diploma thesis below is to evaluate the reciprocal cooperation between health and social services' subjects on the field of care for severally mentally ill persons in Liberec city and it is directed on the particular situations of prospective cooperation from the perspective of its functionality or non-functionality.

The theoretical part will focus on the insight into the problem of severally mentally illness, its impact on the life of the disabled, the role of health and social services in the care system for the severally mentally ill. It will try to explain the importance of interconnection and reciprocal cooperation between health and social services which should lead to the quality and complex care for the severally mentally ill, in accordance with the ongoing Reform of Psychiatric Care in the Czech Republic. The reform should change the approach in providing care for the severally mentally ill, this care should be oriented towards maximum inclusion of the severally mentally ill into society. Thoughts of Reform and their implementation into practice will accompany the whole thesis.

A qualitative research strategy was chosen for the practical outcomes of the work, data for research were collected using semi-structured interviews from the ranks of health professionals and social workers to define information to cover the answers of the work's main and partial targets.

Keywords: severally mental illness, reform of psychiatric care, communication, cooperation, interconnection, health and social services for the severally mentally ill

### **Poděkování**

Touto cestou bych se ráda poděkovala vedoucí mé práce Mgr. et Mgr. Radce Janebové, Ph.D., za její připomínky, rady, konzultace, zpětnou vazbu, které mi při psaní diplomové práce velice rychle, profesionálně a trefně poskytovala. Děkuji!

## Obsah

Seznam zkratk:	9
Úvod	10
TEORETICKÁ ČÁST	13
1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ	13
<b>1.1 Kategorizace duševního onemocnění a diagnostika</b>	14
<b>1.1.2 Vymezený cílové skupiny pro účely této práce</b>	16
<b>1.2 Vliv duševní nemoci na kvalitu života lidí s tímto onemocněním</b>	17
<b>1.3 Role sociálních a zdravotních služeb v péči o duševně nemocné</b>	18
2 SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB S OHLEDEM NA REFORMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR	23
<b>2.1 Hlavní cíle a strategie reformy</b>	23
<b>2.2 Způsoby péče o duševně nemocné podle reformy s důrazem na zdravotní i sociální stránku</b>	25
<b>2.2.1 Centra duševního zdraví</b>	25
<b>2.2.2 Ambulance s rozšířenou péčí</b>	26
<b>2.2.3 Multidisciplinární týmy</b>	27
<b>2.3 Spolupráce zdravotnických a sociálních služeb s ohledem na Reformu</b>	28
<b>2.2.1 Vzájemná komunikace zdravotních a sociálních služeb</b>	31
<b>2.2.2 Spolupráce při zhoršení zdravotního stavu duševně nemocného</b>	33
<b>2.2.3 Spolupráce při nedobrovolné hospitalizaci duševně nemocného</b>	35
<b>2.2.4 Komplexní řešení situace člověka s duševním onemocněním</b>	38
<b>2.2.5 Ná vazné služby pro duševně nemocné</b>	39
<b>2.3 Vliv stereotypů v myšlení na vzájemnou spolupráci</b>	41
3 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V LIBERCI A LIBERECKÉM KRAJI	43
<b>3.1 Situace v péči o duševně nemocné v Libereckém kraji</b>	43
<b>3.2 Zdravotní služby pro duševně nemocné v Liberci</b>	45
<b>3.2.1 Psychiatrické ambulance v Liberci</b>	45
<b>3.2.1 Psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec</b>	48
<b>3.2.2 Psychiatrická nemocnice Kosmonosy</b>	50
<b>3.3 Sociální služby pro duševně nemocné v Liberci</b>	51
<b>3.3.1 Fokus Liberec</b>	52
4 SHRUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI	54

5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU .....	55
4. 1 Předmět výzkumu .....	55
4. 2 Cíle výzkumu .....	56
4. 3 Odůvodnění výzkumní strategie .....	59
4. 4 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek.....	60
4. 5 Strategie volby výzkumného souboru .....	64
4. 5 Organizace výzkumu a sběr údajů .....	66
4. 6 Rizikové aspekty zvolené výzkumní strategie.....	67
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....	69
5. 1 DVC 1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci v oblasti poskytování služeb klientům/pacientům .....	69
5. 2 DVC 2: Zjistit jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci spolupráci při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta .....	77
5. 3 DVC 3: Zjistit jak ovlivňují stereotypy v myšlení vzájemnou spolupráci Fokusu Liberec s PO KNL, s PN Kosmonosy a s ambulantními psychiatry LK.....	83
6 SHRNU TÍ PRAKTICKÉ ČÁSTÍ .....	87
ZÁVĚR A DISKUSE.....	93



## **Seznam zkratek:**

CDZ – Centrum duševního zdraví

ČR – Česká republika

DVC – Dílčí výzkumní cíl

HVC – Hlavní výzkumní cíl

CHB – Chráněné bydlení

KNL – Krajská nemocnice Liberec

LK – Liberecký kraj

MF ČR – Ministerstvo financí České republiky

MPSV ČR – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

MT – Multidisciplinární tým

MV ČR – Ministerstvo vnitra České republiky

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

PN Kosmonosy – Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

PO – Psychiatrické oddělení

SMI – z anglického Severe Mental Illnes – Vážné duševní onemocnění

SP – Sociální pracovník

WHO – z anglického World Health Organization – Světová zdravotnická organizace

## Úvod

Nemoc duše úzce souvisí s celým bytím člověka. Při psychických problémech je komplexně zasažený systém nemocného – tedy somatické, duševní zdraví jako i jeho sociální fungování. Často se stává, že nemocný není schopný důsledky choroby zvládat za pomoci vlastních zdrojů, nebo zdrojů blízkého okolí. Kromě zdravotní péče potřebuje také pomoc při zapojení do běžného života. Právě z těchto důvodů je důležité propojení zdravotní a sociální stránky péče o duševně nemocného. Aby byla takto poskytovaná péče kvalitní, musí vycházet z respektu k lidským právům, z hodnoty a přirozenosti každého člověka. V současné době je péče o pacienta s duševní poruchou v České republice nastavena poměrně institucionálně, bez možnosti posunout těžiště léčebného procesu do přirozeného prostředí pacienta. Terapeutický proces je zaměřený především na zdravotní stránku a situaci nemocného neřeší komplexně, velice málo se vztahuje k obnovení přirozené existenci chorého. Tuto skutečnost by měla změnit nová koncepce poskytované péče pro duševně nemocné, kterou odstartovala Reforma psychiatrické péče. Podle nově nastaveného modelu by se péče o lidi s duševní poruchou měla přesunovat z velkých institucí do vlastního prostředí nemocného, péče by měla být souhrnná, propojovat zdravotní a sociální stránku poskytovaných služeb takto postiženým lidem.

V práci se pokusím podložit důležitost propojení zdravotních a sociálních služeb v rámci péče o duševně nemocné a také to, že je nesmírně podstatná jejich vzájemná spolupráce pro kvalitně poskytované služby. V současnosti nemůžu opomenout Reformu psychiatrické péče, protože její cíle se postupně implementují do stávajícího systému péče o duševně nemocné a to začíná významně ovlivňovat vzájemnou spolupráci sociálních a zdravotních služeb. Tedy spolupráce začíná být nastavovaná i v oblastech, kde před časem vůbec nepřipadala v úvahu. Nově pojímaná péče má totiž provázat a zefektivnit práci zdravotních a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Služby mají být zaměřené na fungování nemocného v rámci komunity. Proto téma Reformy psychiatrické péče bude procházet celou diplomovou prací.

**Hlavním cílem diplomové práce je zhodnotit spolupráci organizace Fokus Liberec, jako poskytovatele sociálních služeb pro duševně nemocné v Liberci a poskytovatelů zdravotnických služeb v rámci péče o duševně nemocné v Liberci, kterými jsou ambulantní psychiatři v Liberci, Psychiatrické oddělení Krajské**

## **nemocnice Liberec a Psychiatrické nemocnice Kosmonosy s ohledem na probíhající reformu psychiatrické péče.**

V první kapitole práce se budu věnovat problematice duševního onemocnění všeobecně. Tedy co vlastně duševní nemoc je, jaký je její vliv na zdraví a život člověka a jaké role mají zdravotní a sociální služby v péči o lidi s duševní poruchou.

V druhé kapitole se zaměřím na spolupráci zdravotních a sociálních služeb s ohledem na probíhající Reformu psychiatrické péče. V začátku se budu věnovat vzhledu do cílů a principů Strategie reformy psychiatrické péče a způsobů poskytované péče v tomto kontextu. V druhé části této kapitoly se více zaměřím na jednotlivé oblasti vzájemné spolupráce, které směřují k dílčím cílům práce. První dílčí cíl je zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci v oblasti poskytování služeb klientům/pacientům a to v případech při předávání informací o pacientech/klientech, při zabezpečení následných služeb pro pacienty/klienty a při komplexní řešení situace pacientů/klientů. Druhý dílčí cíl si klade za úkol zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci spolupráci při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta, tedy jak probíhá předávání informací o zhoršeném stavu pacienta/klienta, jak probíhá sjednocení postup při řešení zhoršeného stavu pacienta/klienta a jak probíhá sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci pacienta/klienta. Ve vzájemné spolupráci, ale mohou nastat nějaké překážky. Na tuto oblast se zaměřuje třetí dílčí cíl. Třetím dílčím cílem je zjistit jak ovlivňují stereotypy v myšlení vzájemnou spolupráci Fokusu Liberec s psychiatrickým oddělením Krajské nemocnice Liberec, s Psychiatrickou nemocnicí Kosmonosy a s ambulantními psychiatry v Liberci, tedy jestli jsou vzájemné kompetence ve spolupráci vyjasněné a jaké stereotypy vnímají jednotlivé profese ve svém myšlení a jaké v myšlení té druhé profese.

Ve třetí kapitole popíšu situaci v sociálních a zdravotních službách v Libereckém kraji a potažmo v Liberci. Pokusím se o popis zařízení, na které zaměřím svůj výzkum a souvislosti, proč jsem se tak rozhodla.

V některých kapitolách práce jsem teoretické tvrzení podložila kazuistikami ze své praxe. Příklady jsem popisovala celkem všeobecně a nepoužila skutečné iniciály osoby, o které kazuistika vyprávěla, přesto jsem dotčené osoby požádala o souhlas ke zveřejnění příběhu. Všichni zmiňovaní mi ústně souhlas poskytli.

Čtvrtá kapitola bude již přímo výzkumná, kde popíšu druh zvoleného výzkumu, výzkumný vzorek a výsledky. Pro výzkum jsem zvolila metody kvalitativního výzkumu a to konkrétně polostrukturované rozhovory se zdravotníky a sociálními pracovníky, kteří měli hodnotit kvalitu vzájemné spolupráce pro vytipované oblasti v dílčích cílech práce.

V páté kapitole budou výsledky výzkumu analyzované a interpretované. Výstupem výzkumu jsou jisté doporučení do praxe v oblasti vzájemné spolupráce.

Podklady pro tvorbu teoretické části jsem čerpala z dostupné literatury a zdrojů na internetu, ale i z vlastní praxe, která byla vlastně podnětem pro zvolení tématu diplomové práce.

## TEORETICKÁ ČÁST

### 1 ÚVOD DO PROBLEMATIKY DUŠEVNÍHO ONEMOCNĚNÍ

V této kapitole budu pojednávat o duševní nemoci všeobecně a také o jejím dopadu na zdraví i na sociální fungování člověka. Pokusím se vysvětlit proč je důležité v rámci péče o duševně nemocné propojení zdravotní i sociální stránky a jaké role tyto oblasti péče zastávají v komplexní rehabilitaci nemocného.

V současné době se problematika duševních nemocí dostává do popředí zájmů odborné i laické veřejnosti. Důvodem je především skutečnost, že velká část populace má nějakou osobní zkušenost s tímto druhem nemoci. Podle Světové zdravotnické organizace se 27 % populace zemí EU, Islandu, Norska a Švýcarska v průběhu roku 2016 potýkalo s nějakou formou duševní poruchy (WHO, 2018). Přibližně 5% populace je postiženo vážným duševním onemocněním charakteru psychózy, 16% trpí depresí, v některých případech těžkou formou, 10% má závažné úzkostní poruchy a neurózy, 14% lehčí formy neurózy a 15% populace je postiženo nějakou z poruch osobnosti (Praško, Látalová et al, 2013, s. 16).

Definice duševní poruchy není v odborné literatuře ujednocená. Může se vymezovat k pojetí normality všeobecně přijímané v dané společnosti. Ale jak píše Vagnerová „*hranice mezi normální a abnormální variantou jakékoli psychické vlastnosti je pohyblivá a může být posuzována podle různých kritérií. Nelze ji přesně určit, protože se mění v čase, v závislosti na sociokulturním kontextu*“ (Vagnerová, 1999, s. 19). Dále se při pokusech definovat duševní onemocnění můžeme setkat s jeho vymezením vůči duševnímu zdraví. Míček mluví o definování duševního zdraví v užším a širším pojetí, přičemž užší pojetí definuje nepřítomnost symptomů duševní nemoci, nerovnováhy a maladaptace a širší pojetí charakterizuje projev optimálního duševního zdraví, které je totožné s optimální životní adaptací (Míček in Miňhová, Lovasová, 2018, s. 15). Hart, Hartlová (2004) ve svém psychologickém slovníku popisují duševní poruchu jako změnu, nebo narušení určitých duševních procesů, či funkcí, které se projevují v myšlení, chování a emočním prožívání postiženého, co následně stěžuje adaptaci a interakci osoby se sociálním okolím (Hartl, Hartlová, 2004, s. 424). Na stránkách Americké psychiatrické asociace najdeme definici, která, dle mého názoru, nejlépe vystihuje stav při nemoci. Jednoduše a srozumitelně vysvětluje, s čím se duševně nemocný setkává ve svém onemocnění: „*Duševní nemoci jsou zdravotní stavy*

*zahrnující změny emocí, myšlení nebo chování (nebo jejich kombinace). Duševní nemoci jsou spojeny s úzkostí anebo problémy, které působí v sociálních, pracovních nebo rodinných činnostech“* (American, 2019). Tato definice také nejvíce koresponduje s tématem práce, že duševní onemocnění má zdravotní, ale i sociální aspekt.

Co způsobuje duševní onemocnění, není přesně známo. Ve všeobecnosti převládá názor, že na vzniku duševní nemoci se podílí soubor biologických, environmentálních, psychologických a sociálních faktorů. Jelikož etiologie duševního onemocnění není známá, při klasifikaci těchto onemocnění se používá termín porucha (Češková in Svoboda (ed.), Češková, Kučerová, 2015, s.82)

## **1. 1 Kategorizace duševního onemocnění a diagnostika**

Pojem duševní onemocnění zahrnuje širokou škálu patologického chování. Jednotlivé nemoci se od sebe navzájem liší a to především projevem, symptomy, závažností, délkou trvání, následky. Pro lepší orientaci v problematice je dobré vědět, co všechno zahrnuje tento pojem a co všechno patří do kategorie duševních nemocí. Pro českou republiku je od roku 1994 závazná Mezinárodní klasifikace nemocí, tzv. MKN -10, která kategorizuje psychické poruchy v páté kapitole (Praško, Látalová et al, 2013, s. 103). Tato kapitola je rozdělená do deseti oddílů, ve kterých jsou jednotlivé poruchy řazeny do skupin podle hlavních společných znaků (Svoboda (ed), Češková, Kučerová, 2015 s. 82). Na internetových stránkách ÚZIS najdeme toto rozdělení:

- F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
- F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek
- F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
- F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)
- F40–F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy
- F50–F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
- F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
- F70–F79 Mentální retardace
- F80–F89 Poruchy psychického vývoje
- F90–F98 Poruchy chování a emocí, se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

Každý oddíl klasifikace dále obsahuje dalších několik pododdílů, případně pododdílů třetího řádu, kde jsou již konkrétně uváděné jednotlivé diagnózy. Pro lepší vhlad do problematiky, co konkrétně spadá pod označení duševní onemocnění, jsem zpracovala tabulku, ve které uvádím stručný přehled charakteristik jednotlivých okruhů psychiatrických diagnóz. Tuto tabulku jsem zařadila do přílohy práce.

Do oblastí psychiatrie spadá široké spektrum poruch (viz tabulka v příloze práce), které se od sebe v mnoha případech značně liší, a tedy logicky se liší i medikace a terapeutické postupy využívané při jejich léčbě. Proto je nesmírně důležitá správná diagnostika nemoci, na základě které psychiatr určí diagnózu a další terapeutický plán. „*Správná diagnóza je důležitá ke stanovení optimální terapie a vhodné prognózy*“ (Harsa in Raboch, Pavlovský a kol., 2012 s. 77). Diagnostika spočívá v pečlivě provedené anamnéze (osobní, rodinná, školní a pracovní, somatická, psychiatrická, sexuální). Součástí je zhodnocení předcházejících klinických, laboratorních a zobrazovacích vyšetření, případně další psychologické vyšetření (Praško, Ticháčková in Praško, Látalová, 2013, s. 105 -112). Následujícím krokem v diagnostickém procesu je vypracování psychopatologického rozboru, ve kterém je velice důležitý přítomný psychický stav pacienta – tedy celkový vzhled, orientace, vnímání, řeč, emoce, myšlení, intelekt, paměť, náhled, kognitivní funkce, psychomotorické tempo atd. Posledním úkonem je syndromologický závěr a diferenciatně – diagnostická rozvaha, které slouží jako základ pro stanovení plánu dalších potřebných vyšetření a návrhu terapeutických opatření (Uhrová in Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 74).

Jak je důležitá správná diagnostika a na jejím základě správně nastavený terapeutický plán uvedu na příkladu pana Milana, na život kterého měl špatně nastavený léčebný proces fatální následky a na dlouhou dobu skončil v nemocnici. S p. Milanem jsem se seznámila v PN Kosmonosy, kde byl více než rok hospitalizovaný. Pan Milan málo komunikoval, měl problém vyjádřit svoje myšlenky, odpovídal jednoslovně, nebo holou větou, často neodpovídal vůbec. Verbální projev mu viditelně dělal problémy. Po navázání kontaktu a formulaci zakázky, která spočívala v doprovodech klienta na depotní injekce<sup>1</sup> k obvodnímu psychiatrovi, byl klient z nemocnice propuštěn. Klienta jsem na injekce pokaždé doprovázela, také mu pomáhala s dávkováním ostatních léků a mluvila s ním o důležitosti medikaci pravidelně užívat. I přes dodržování léčebného

---

<sup>1</sup> Účinná léčebna látka se uvolňuje postupně

programu se klientův stav nezlepšoval, právě naopak. V průběhu roku se natolik zhoršil, že klient musel být nedobrovolně hospitalizovaný. Hospitalizace trvala asi půl roku. Po propuštění se celá situace opakovala. Klient vydržel doma několik měsíců a zase následovala hospitalizace. Po jistém čase spolupráce s klientem jsem s jeho obvodním psychiatrem diskutovala o možnosti úpravy medikace. Na základě času stráveného s klientem, jsem měla pocit, že léky mu stav nezlepšují, ale spíše zhoršují. Psychiatr léky ubral, dávkování upravil, ale nemělo to zřejmý efekt, a jak jsem výše zmínila, klient je zase hospitalizovaný. V současné době s klientem již nespolupracuji. Poslední informace od kolegů, kteří jezdí na pravidelné návštěvy za klienty do nemocnice, mám ve smyslu, že klient byl zřejmě špatně diagnostikovaný a proto byla léčba kontraproduktivní. Pana Milana budou rediagnostikovat a já pevně věřím, že tentokrát dostane tu správnou terapii.

### **1.1.2 Vymezený cílové skupiny pro účely této práce**

Musíme se uvědomit, že ne všechny duševní poruchy mají fatální vliv na život postiženého. Nejvíce ohroženou skupinou jsou lidé vážně duševně nemocní, kteří se v odborných kruzích označují zkratkou z anglického Severe Mental Illness, tedy SMI. Na stránkách amerického Národního institutu duševního zdraví najdeme tuto definici SMI *„Závažná duševní choroba (SMI) je definována jako duševní, behaviorální nebo emocionální porucha, která má za následek vážné funkční poškození, které podstatně narušuje nebo omezuje jednu nebo více hlavních životních činností. Břemeno duševních nemocí je soustředěno zejména mezi těmi, kteří trpí postižením v důsledku SMI“* (National, 2019).

Podle Foitové (Foitová, Pěč, Wenigová, str. 7, 2011) se označení SMI odvíjí od délky trvání nemoci a od míry narušení fungování v běžném životě a podle některých autorů i od diagnózy pacienta. SMI tedy definuje:

- trvání nemoci více než dva roky
- závažné funkční narušení (na škále GAF<sup>2</sup> méně než 50 bodů)

---

<sup>2</sup> škála GAF má 100 až 0 bodů a pomáhá s určením rozsahu závažnosti duševního onemocnění a jeho důsledků na běžné fungování nemocného. Pomocí škály se měří, jak moc příznaky nemoci omezují člověka v každodenních činnostech. Skóre může pomoci poskytovatelům služeb při určování míry podpory nemocnému, případě při výběru terapie (Webmd, 2019).



- případně diagnóza z okruhu F2, F3, F6 a duální diagnózy (tedy ne závislost, ale psychózy vyvolané abúzem nějaké psychotropní látky).

Jak autorka dále popisuje, tato skupina si zasluhuje zvláštní pozornost. Protože lidé z této skupiny jsou: zranitelní, zanedbaní, plašší, někdy se chovají podivínsky, nebo nepříjemně pro okolí, často se neléčí, zanedbávají svoje zdraví, nedokážou dostatečně hájit svoje zájmy a hlásit se o svoje nároky a autorka zmiňuje mnoho dalších důvodů (Foitová, Pěč, Wenigová, str. 8, 2011).

## 1.2 Vliv duševní nemoci na kvalitu života lidí s tímto onemocněním

Duševní onemocnění nemá vliv jenom na zdraví člověka, ale i na jeho sociální fungování. Po zvládnutí akutní fáze onemocnění, při které je nedůležitější zmírnit, případně odstranit prudké projevy nemoci, především za pomoci farmakologické léčby, nastává období, ve kterém by ideálně nemocný měl rehabilitovat svoje dovednosti, aby se v co největší možné míře zařadil zpátky do běžného života. Jedná se o systém psychosociální rehabilitace.

Nezřídka se stává, hlavně při onemocnění psychózou a depresí, že postižený člověk po zvládnutí ataku nemoci rezignuje na návrat do předešlého způsobu života. Jsou časté *„pocity méněcennosti, beznaděje, selhání, obav z možné špatné prognózy nemoci, sociálního vyloučení a stigmatizace“* (Probstová, Peč, 2014, s. 52). Postižený nemá dostatek sil a vůle vytvořit si režim dne. Pozdě vstává, nebo prospí celý den a v noci je vzhůru, nemá zájem o žádnou aktivitu, nebo neudrží pozornost. Přestává o sebe pečovat, ztrácí hygienické návyky. Nevyhledává společnost ani kamarády z období před rozpuštěm nemoci. Dochází k úbytku sociálních dovedností i v každodenních rutinních činnostech jako je nakupování, úklid domácnosti, hospodaření s financemi, schopnosti někam se dopravit, získat informace. Člověk si uvědomuje rozdíl, jaký byl před nemocí a jaký je teď, ale není schopný s tím nic dělat. *„Často zůstává závislý na rodině. Nedokáže plnit běžné povinnosti, snadno se unaví a bývá málo výkonný jak tělesně, tak duševně.“* (Vágnerová, 1999, s. 175).

Velmi problematický je také návrat, nebo zapojení do pracovního procesu, především kvůli ztrátě potřebných kompetencí a zvládnutí zátěže, kterou zaměstnání přináší. Svoji role také sehrává neporozumění a nedůvěra okolí. Tyto faktory nezřídka způsobí selhání

nemocného, ve kterém se nemocný ještě utvrdí přechodem do invalidního důchodu (Vágnerová, 1999, s. 175).

Také musíme brát do úvahy specifické symptomy některých duševních nemocí jako je nedůvěra, podezřívavost, což do velké míry ovlivňuje sociální interakce s okolím. Nemocný se v důsledku toho vyhýbá kontaktu s prostředím, zavírá se doma, izoluje, což má za následek jeho sociální propad.

Pro zmírnění těchto negativních dopadů nemoci na život postiženého se jeví jako neúčinnější způsob spolupráce všech pomáhajících profesí. Tedy pro psychosociální rehabilitaci nemocného je dobré, když na ní spolupracují lékař, jak psychiatr, tak praktický, psychoterapeut, ale také sociální pracovník. Každý z nich má v procesu zotavení nemocného nezastupitelnou roli. *„Těchto kombinací je například možné využívat v psychoterapeutických programech denních stacionářů, které plynule navazují na další rehabilitační a komunitní péči“* (Probstová, Peč, 2014, s. 56).

V podmínkách České republiky, ale tento systém funguje velice omezeně a jedná se spíše o spolupráci, která je postavená na osobním přesvědčení spolupracujících, než o spolupráci, která je daná systémově a podložená metodickými postupy. Totožně to popisuje Winkler ve své odborné studii vypracované pro město Brno, kde hodnotí propojování zdravotních a sociálních služeb, ve smyslu, že téměř neexistuje komunikace a spolupráce na centrální úrovni, ale jenom na místní a i to postavené především na ochotě jednotlivců spolupracovat. Tyto vazby popisuje jako neformální a nesystematické, založené především na kolegiálnosti a osobních známostech, ve kterých chybí pravidelnost, systematickosti a vzájemná komunikace. Informace mezi zdravotníky, sociálními pracovníky, klienty a jejich okolím nejsou sdílené (Winkler a kol., 2012, s. 26).

### **1.3 Role sociálních a zdravotních služeb v péči o duševně nemocné**

Právo na péči o zdraví je základním občanským právem zaručeným Listinou základních práv a svobod, která je součástí Ústavy České republiky, kde se mimo jiné píše, že každý má právo na bezplatnou zdravotní péči na základě veřejného pojištění. (Baudiš, Libiger, 2002, s. 40, 41). Poskytování zdravotní péče upravuje zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

Zdravotní péče je péče o zdraví, na které se podílí zdravotnictví prostřednictvím poskytovatelů zdravotních služeb a slouží k uspokojování zdravotních potřeb obyvatelstva.

Sociální péče je nástroj sociální ochrany a součást sociální politiky, který pomáhá uspokojit objektivně uznané potřeby občanů především hmotné, psychické a sociální. Zajišťuje odbornou pomoc jedincům, nebo skupinám pro adaptaci na sociální prostředí, a také prevenci nežádoucích vlivů na jejich životy (Nečadová, 2010, s. 6).

Jednou z forem sociální péče o občany je i sociální práce. Její výkon je upravený v zákoně č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Realizuje se tedy přes poskytovatele sociálních služeb.

Z výše uvedených zákonů vyplývá, že každý občan má právo na poskytnutí zdravotní péče v případě zdravotních potíží a také na péči sociální v případě nepříznivé sociální situace.

Zdravotní péče se vztahuje na oblast zdraví, ale ne jenom na léčení již vzniknutých nemocí, ale také na ochranu zdraví, prevenci a vytváření vhodných podmínek pro zdraví občanů. Obdobně je na tom i sociální péče. Tedy řešení již vzniklých nepříznivých situací, prevence jejich vzniku a vytváření vhodných podmínek pro plnohodnotný život obyvatel. Zjednodušeně můžeme říct, že v obou případech je cíl totožný, jenom pole působnosti je jiné, přesto tyto dva systémy nejsou propojeny.

Duševní onemocnění výrazně ovlivňuje jak zdravotní, tak sociální fungování člověka. Je tedy více než žádoucí, aby na léčebném a potažmo rehabilitačním procesu participovaly obě složky systému, tím zabezpečily návrat nemocného do běžného života nejefektivněji. Tyto předpoklady spolupráce výše uvedených oborů a zároveň mobilizaci dalších zdrojů může naplňovat tzv. Komunitní péče pro lidi s duševními poruchami.

Principem komunitní péče je *„široké spektrum služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby“* (Probstová, Peč, 2014, s. 184). Hlavní myšlenkou komunitní péče není jenom vytvoření husté sítě profesionálních služeb, ale zvláště využití přirozených zdrojů podpory, které komunita může nabídnout. To zahrnuje sousedskou výpomoc, využívání zdrojů společnosti bez stigmatizace,

dostupnost vhodného bydlení. Důležité je rozvíjet osobní potenciál nemocného, nezaměřovat se pouze na odstranění symptomu, ale i na posílení zdravých, silných stránek postiženého a obnovu jeho funkční kapacity se zaměřením na zotavení.<sup>3</sup> Komunitní péči můžeme dát do protikladu k péči institucionální. Důraz je kladen na přesun péče z velkých léčeben do nízkokapacitních pobytových, sociálně – rehabilitačních a ambulantních zařízení, co nejlíže přirozeným podmínkám nemocným (Uhlíková in Raboch, Pavlovský a kol. 2012, s. 438).

Nedílnou součástí komunitní péče je také psychosociální rehabilitace. Je to proces, který má pomoci lidem s duševní nemocí optimalizovat kvalitu jejich života a soběstačnost, vede je k nezávislosti, k znovuzískání důstojnosti, obnovení funkčnosti, rozvoje dovedností a schopností. Psychosociální rehabilitace pomáhá lidem s psychiatrickým onemocněním úspěšně a spokojeně žít, učit se a udržovat sociální vztahy v prostředí dle vlastního výběru a s co nejmenší mírou profesionální podpory (Peč in Foitová, Peč, Wenigová, 2011, s. 17). Prání a potřeby jsou definovány klientem, v ideálním případě i s jeho rodinou, následuje šetření kvality klientova současného nebo žádoucího sociálního prostředí a sociální sítě. Všechny tyto informace mohou vyústit v představu klienta o optimální kvalitě života. „*Cílem je maximální rozvoj schopnosti a funkčnosti, v ideálním případě návrat k premorbidnímu způsobu života v oblasti práce a sociálních vztahů*“ (Uhlíková in Raboch, Pavlovský a kol. 2012, s. 438).

Psychosociální rehabilitace by měla být integrální součástí všech profesí, které poskytují péči člověku s duševním onemocněním, či už zdravotní, nebo sociální. Právě psychosociální rehabilitace by mohla být prvkem, který jednotlivé profese spojuje, i když oblasti jejich primárního zaměření se můžou lišit:

**Psychiatr** – psychiatrie je medicínský obor. Psychiatr se zabývá patologickými stavy, které postihují psychické funkce a vedou k poruchám chování či subjektivním potížím. Stanovuje diagnózu a následný terapeutický plán. „*Diagnostika všech psychických onemocnění se opírá o psychiatrické vyšetření*“ (Češková in Svoboda, Češková,

---

<sup>3</sup> Recovery ve volném překladu zotavení, neboli úzdrava – je nový směr, který nehledí na odstranění symptomů nemoci jako takových, na medicínskou stránku, ale spíše se zaměřuje na změnu hodnot, postojů nemocného, podporu sebeúcty a jedinečnosti každého, tak aby dokázal žít s duševní nemocí plnohodnotný život. U každého chorého je proces zotavení jedinečný a může znamenat i nepřijemné zkušenosti, či pády, zároveň je však plný naděje na lepší život. Cílem takto postaveného modelu je zaměřit se na budování lepší budoucnosti, pozitivních vztahů a smysluplného života i přes duševní onemocnění. „*Zotavení může znamenat různé věci pro různé lidi, nicméně pro mnohé je uzdravení o uskutečnění cílů a rozvoji vztahů a dovedností, které podporují pozitivní život, s nebo bez pokračujících problémů duševního zdraví*“ (Mental, 2019).

Kučerová, 2006, 2012, 2015 s. 39). Jeho výsostným právem je předepisovat biologickou a farmakologickou léčbu. „*Potvrzení diagnózy, nasazení medikace a zvážení nutnosti hospitalizace většinou spadá do kompetence odborného lékaře – psychiatra*“ (Češková in Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, 2012, 2015 s. 81). Psychiatr by se však neměl zaměřovat pouze na diagnostiku a medikaci, s pacientem by měl pracovat systémem psychosociální rehabilitace. Ideálně by péče především ambulantního psychiatra měla zahrnovat biologickou, psychologickou a sociální dimenzi (Psychiatrická, 2008, s.6).

**Psycholog, klinický psycholog** – spolupracuje s psychiatrem na stanovení diagnózy, především tedy klinický psycholog. „*Psychologické vyšetřovací metody patří mezi velmi důležité prvky klinické psychologie a zvládnání diagnostiky patří k základním činnostem klinického psychologa*“ (Harsa in Raboch, Pavlovský, 2012 s. 76). V současné době se práce psychologa a psychiatra propojuje, hlavně při pobytu pacienta v léčebně, kde oba participují na diagnostice, léčebném plánu, psychoterapii a psychické rehabilitaci pacienta. (Svoboda in Svoboda, Češková, Kučerová, 2006, 2012, 2015 s. 48). Psycholog i psychiatr, by měli poskytovat také psychoterapii tedy za pomoci psychoterapeutických postupů participovat na léčbě člověka s duševním onemocněním, poskytovat pomoc v krizových situacích a podporovat rozvoj pacienta.

**Sociální pracovník** – zajišťuje běžný pravidelný kontakt s klienty a jejich okolím, poskytuje podporu při zvládnání běžných nebo zátěžových situací v životě klienta, pomáhá klientům naplňovat jejich potřeby v oblasti bydlení, práce, systému státní sociální podpory a pomoci, seberealizace, vztahů s okolím, řeší dluhovou problematiku. Pracují metodou psychosociální rehabilitace<sup>4</sup> (Říčan, 2015).

Jak může práce metodou psychosociální rehabilitace vést ke zkvalitnění života nemocného, uvádím na příběhu paní Jany, která se postupně a i přes relaps nemoci dostává krůček po krůčku do stavu, kdy její život získává hodnotu, jak pro ní samotnou, tak pro její okolí. Paní J. využívá sociálních služeb již několik let. Spolupráce byla navázaná v PN Kosmonosy, kde byla paní J. delší dobu hospitalizovaná. Vzhledem

---

<sup>4</sup> Cílem psychosociální rehabilitace je rozvíjet zachované schopnosti, zplnomocňovat pacienta při rozhodování o svém životě, učení se novým dovednostem, znovunalezení a objevení smyslu života a především návrat do běžného způsobu života. Je důležité precizně reflektovat přání a potřeby pacienta, přičemž se s jedincem systematicky pracuje v hlavních oblastech života, stanovují se cíle a postupy na jejich dosažení. Je to proces pomoci, kterého se zabezpečuje optimální fungování jedince ve společnosti s ohledem na jeho postižení, aby prožil kvalitní život navzdory onemocnění (Páv, Pluhaříková Pomajzlová, Šťastná, s. 69-70, 2017)

k patologickým vztahům v rodině, neměla žádné sociální vazby na příbuzné, nebo kamarády. Nastoupila do zařízení chráněného bydlení a ze začátku téměř nekomunikovala. Postupně se pracovníkům CHB podařilo s klientkou navázat vztah a paní J. začala mluvit a rozvíjet se. Její schopnosti se v průběhu dvou let natolik zlepšili, že služba CHB již pro ní nebyla vhodná. Klientka se přestěhovala do nájemního bytu ve stylu tréninkového bydlení. Přejít mezi službou s větší mírou podpory a službou s nízkou mírou podpory se neobešel bez komplikací. Klientka si musela začít organizovat strukturu dne sama a dál rozvíjet dovednosti v oblasti péče o svoji osobu jako jsou úprava zevnějšku, vaření, nakupování, uklízení pokojů i společných prostor v bydlení. Ze začátku fungovala dobře, ale po pár měsících přišel relaps nemoci. Klientka začala být dezorientovaná, mluvila bez kontextu, trpěla bludy. Klíčový pracovník po domluvě s ambulantním psychiatrem, dojednal pro paní J. vyšetření a případnou hospitalizaci na psychiatrickém oddělení v nemocnici v Liberci, s čím paní J. souhlasila. Psychiatr její stav, i po zjišťování skutečnosti u klíčového pracovníka, vyhodnotil jako patřičný pro hospitalizaci. Paní J. byla hospitalizovaná na akutním lůžku a po zmírnění příznaků psychofarmaky, asi po třech týdnech propuštěná. V té době ji tým sociální služby, nejenom klíčový pracovník, poskytl velkou míru podpory. Na to, aby se paní J. dostala do psychického stavu před hospitalizací, byl potřebný delší čas. Klientka posléze nadále rozvíjela svoje kompetence, za podpory sociálních pracovníků a v současné době je zaměstnaná v chráněné dílně. Dokáže si vyřizovat rutinní činnosti na úřadech bez doprovodu. Paní J. má velkou šanci postoupit zase dál, třeba získat bydlení na komerčním trhu a žít plnohodnotný život v komunitě, či už s podporou sociální služby, nebo bez ní. To ukáže čas.

## **2 SPOLUPRÁCE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB S OHLEDEM NA REFORMU PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR**

Následující kapitola se již přímo zaměří na možné oblasti spolupráce zdravotních a sociálních služeb, protože jejich vzájemná spolupráce je předmětem praktické části diplomové práce. V úvodu kapitoly je věnovaný prostor koncepci Reformy psychiatrické péče v České republice. Důvodem je, že Reforma přináší nový pohled a nové nastavení systému péče o duševně nemocné. Model péče podle Reformy předpokládá významné propojení zdravotních a sociálních služeb a postupně se její myšlenky implementují do práce jednotlivých složek péče, proto není možné v dnešní době Reformu opomenout.

Reforma psychiatrické péče se stala nedílnou součástí péče poskytované duševně nemocným v posledním období. Veškeré činnosti, které se v této oblasti především za poslední dva roky vyvíjejí, směřují k naplňování cílů Reformy péče o duševní zdraví. I když dokument Strategie reformy psychiatrické péče Ministerstvo zdravotnictví přijalo již v roce 2013 jeho zařazením do Národního programu reform pro rok 2013 (MZ ČR, 2013, s. 10), prakticky se naplňování myšlenek Strategie děje až teď, ale o to intenzivněji.

Psychiatrická péče v České republice neprošla systémovou změnou již od začátku 90. let minulého století a jako obor v rámci zdravotní péče je dlouhodobě podfinancována. Model poskytované péče má těžiště v materiálně a technicky zastaralých psychiatrických nemocnicích, které odpovídají péči z 50. let 20. století (Psychiatrická, 2017, s. 5). Svým konceptem tyto nemocnice nekorespondují s moderní péčí poskytovanou ve většině zemí Evropské unie, kde se klade důraz na život nemocného v jeho přirozených podmínkách. To jsou důvody pro reformu.

### **2.1 Hlavní cíle a strategie reformy**

Hlavním a obecným cílem reformy je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Mezi další specifické cíle Strategie reformy psychiatrické péče patří (MZ ČR, 2013, s. 9):

- Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.

- Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Humanizovat psychiatrickou péči

Z výše uvedených cílů je vidět, že reforma je skutečně rozsáhlá a v podstatě zasahuje do všech oblastí poskytované péče. Jedná se o dlouhodobý proces, který bude trvat několik let. Pro její úspěšnou implementaci je velice důležitá spolupráce jak odborníků v oboru, tak MZ ČR, zdravotních pojišťoven, ale i dalších ministerstev a orgánů státní správy resortů, do kterých problematika přesahuje, jako jsou MPSV ČR, MV ČR, MF ČR.

Největší změna v systému poskytované péče se týká především propojení poskytovaných služeb, které budou směřovány k možnosti návratu duševně nemocného do přirozeného prostředí. V humanisticky pojaté péči, která v první řadě bere ohled na naplňování lidských práv, to by po Reformě měla splňovat i péče poskytovaná v českých podmínkách, jde především o vytvoření důstojných podmínek pro léčebný a rehabilitační proces. Tato kritéria současná ústavní zařízení nespĺňují. Podle Reformy by se měla kapacita nemocnic zmenšovat ve prospěch vzniku nových služeb, jako jsou Centra duševního zdraví, komunitní týmy a ambulance s rozšířenou působností. Poskytovaná péče by měla být flexibilní, nízkokapacitní, dostupná, individuální, aby naplňovala cíl vyváženého modelu péče o duševní zdraví, který by měl reflektovat priority pacientů/klientů a jeho okolí (Psychiatrická, 2017, s. 8).

Cílovou skupinou pro Reformu v první fázi budou lidé trpící vážným duševním onemocněním, tedy SMI (již vysvětleno v předešlém textu) a lidé s raním výskytem psychotického onemocnění. Služby se budou postupně rozšiřovat i na další skupiny psychiatrických diagnóz.

Podle modelu péče, který Reforma přináší, jde o propojení zdravotních a sociálních služeb tak, aby byla péče komplexní. To sebou přináší úzkou mezioborovou spolupráci.



Multidisciplinarita je totiž stěžejní myšlenkou takto poskytované péče. Otázkou, ale zůstává, jak tyto služby financovat, když obě jsou v dosavadním systému financovány úplně odlišně. Tedy největší hrozbu pro úspěšnou změnu poskytované péče představuje její finanční neudržitelnost. V současnosti je Reforma spolufinancovaná za pomoci evropských strukturálních fondů, které budou ukončeny v roce 2021. Mnoho odborníků participujících na zavádění myšlenek Reformy do praxe neví, jak bude proměna péče po uplynutí toho období pokračovat, jelikož systém financování zatím není vůbec jasný.

## **2.2 Způsoby péče o duševně nemocné podle reformy s důrazem na zdravotní i sociální stránku**

### **2.2.1 Centra duševního zdraví**

Centra duševního zdraví, zkráceně CDZ, představují jeden z pilířů reformy psychiatrické péče, který je specifický svým nízkoprahovým charakterem. Jedná se o soubor vzájemně propojených služeb, které může poskytovat jedna, nebo více organizací. Cílem je, v daném regionu, poskytovat zdravotně sociální služby pro osoby s vážným duševním onemocněním a začleňovat klienty do komunity, poskytovat podporu v jejich vlastním prostředí. „*Poskytuje individualizovanou péči zejména vážně duševně nemocným (SMI), koordinuje dostupné služby s ohledem na potřeby klientů v jejich přirozeném prostředí*“ (MZ ČR, 2013). Obecně by CDZ mělo představovat určitý přechod mezi péčí ústavní a komunitní. Služby by měly být k dispozici 7 dnů v týdnu. Činnost centra by měla souviset s úrovní a dostupností jiné psychiatrické péče v daném regionu, která by se měla rozložit mezi psychiatrické ambulance, psychiatrická oddělení nemocnic a CDZ. V plánu je zařadit do činnosti centra i denní stacionář, kde pracují komunitní sestry, kde je poskytována sociální a zdravotní rehabilitace, ambulantní péče a psychoterapie. Součástí centra je i komunitní terénní tým, který provádí krizovou intervenci a pracuje asertivním způsobem při oslovování a vyhledávání ohrožených osob. Personální obsazení CDZ zabezpečuje „*multidisciplinární tým složený z jednoho a půl úvazku psychiatra, jednoho psychologa, devíti sester a devíti sociálních pracovníků/pracovníků v sociálních službách*“ (Říčan,2015).

Cílovou skupinu CDZ tvoří klienti pacienti s vážným duševním onemocněním, nebo osoby s rizikem jeho rozvoje a také lidé v krizových situacích, ale jejichž stav nevyžaduje hospitalizaci (Věstník, 2016, s. 37).

V současné době v rámci projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví vznikají pilotní CDZ ve kterých se bude systém péče testovat a zároveň se bude testovat jejich financování. Finanční zabezpečení současných CDZ je tedy jenom v rámci projektu, po jeho skončení zatím není jasné, jak budou úkony především sociální péče propláceny, tedy z jakých zdrojů. Z dosud dostupných výsledků je zřejmé, že hrazení z veřejného zdravotního pojištění je hluboko nedostačující z hlediska dlouhodobé udržitelnosti takto nastavené péče.

### **2.2.2 Ambulance s rozšířenou péčí**

Ambulanci z rozšířenou péčí můžeme vnímat jako alternativu k CDZ, v případě, že se z nějakého důvodu nepodaří v daném regionu CDZ vytvořit a také v případě, že v dané lokalitě nebude vytvořena dostatečně hustá síť služeb CDZ a komunitních týmů. Koncept ambulance s rozšířenou péčí je postavený na dobrovolnosti, tudíž vychází z ochoty lékaře psychiatra, případně jiných specialistů, tuto formu péče poskytovat. Proto představuje určité riziko a tedy tato forma péče není pokládána v rámci reformy za strategickou (Hollý in Gabriel, Reforma psychiatrické péče, 2016, s. 28). Pro ambulance s rozšířenou péčí vydalo MZ ČR standard.

Cílovou skupinu tvoří všichni nemocní trpící nějakou duševní poruchou. Poskytuje služby dle potřeb regionu, například (Věstník, 2016, s. 50):

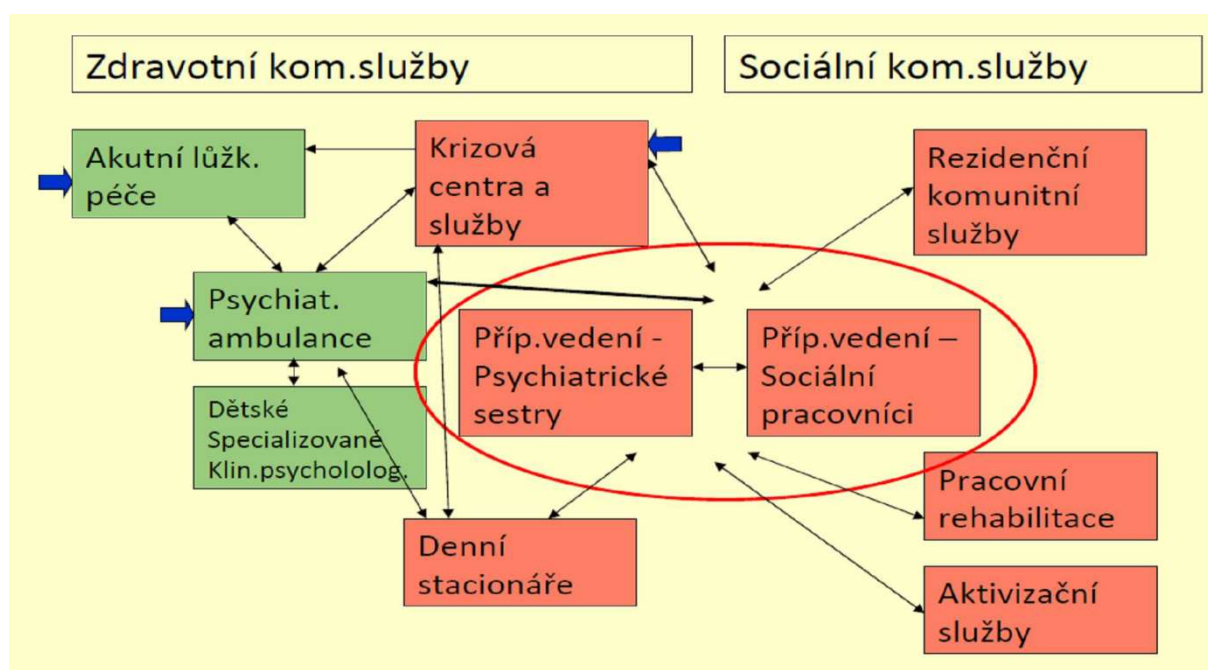
- Služby klinického a dětského klinického psychologa
- Sestry pro péči v psychiatrii, s možností poskytování terénních služeb
- Služby psychiatra specialistu na dětskou psychiatrii, nebo na gerontopsychiatrii
- Služby adiktologické, sexuologické, služby specializované na problematiku poruch příjmu potravy
- Služby psychoterapeutické
- Sociální poradenství poskytované zdravotně sociálním pracovníkem

Personální obsazení a materiálně technické vybavení pak odpovídá službám, které ambulance s rozšířenou působností nabízí.

### 2.2.3 Multidisciplinární týmy

Tvoří ho odborníci z různých profesí, kteří společně spolupracují na zajištění komplexní péče pro člověka s duševním onemocněním. Hlavním cílem takto koncipovaného týmu je zabezpečení koordinované komunitní péče pro klienta/pacienta. „Každý z profesionálů je obvykle zodpovědný za sobě příslušnou část péče a mohou být koordinováni jedním z profesionálů, například sociálním pracovníkem (Onyet 1992, in Probstová, Peč 2014, s. 188).

Tento tým by měl být dostupný v místě bydliště, k dispozici 24 hodin denně, 7 dnů v týdnu a to pro případ náhlého relapsu nemoci u klienta/pacienta, kdy je potřebná včasná intervence, proto musí být mobilní. Týmová spolupráce by měla být flexibilní, individuální, musí přesně zohledňovat potřeby klienta/pacienta a společně s ním, případně se zapojením okolí, ho doprovázet na jeho cestě k zotavení.



**Obr. 1** Spolupráce komunitních služeb v rámci vymezené geografické oblasti (100 tis. obyvatel) podle autora Ondřeje Peče (2012).

Každý tým by měl být regionalizovaný, to znamená, že by měl svoje služby poskytovat na určitém vymezeném území. „Ideální velikost této oblasti odpovídá počtu 100 tisíc obyvatel. Prakticky by této oblasti nejvíce vyhovovaly bývalé okresy s ustálenými

vazbami v rámci komunity, infrastrukturou a přirozeným centrem“ (Peč in Raboch, Wenigová 2012, s. 68).

Ideálně by v týmu měli být zastoupené tyto profese: psychiatr, psycholog, specialista na zaměstnávání, adiktolog, peer konzultant<sup>5</sup> a v největším poměru sociální pracovníci a zdravotní sestry (nejlépe psychiatrické, ale těch je poměrně málo). Takto složený multidisciplinární tým je schopen vykonávat kvalitní a komplexní psychiatrickou péči v komunitních podmínkách, s využitím formálních i neformálních zdrojů podpory klienta. (Fokus ČR, 2013, s. 1).

Tým by se měl pravidelně scházet, v komunitním centru a probírat situaci klientů/pacientů, vyhodnocovat poskytované služby, zvolené způsoby intervence, sdílet informace o klientech/pacientech a společně řešit jejich životní situace a potřeby. (Psychiatrická, 2017, s. 13). Takovým zařízením by mělo být třeba centrum duševního zdraví.

### **2.3 Spolupráce zdravotnických a sociálních služeb s ohledem na Reformu**

Říčan (Říčan, 2015) popisuje určitou anomálii v péči o duševně nemocné v podmínkách ČR specifickou tím, že naprostá většina lidí pracujících s duševně nemocnými v terénu, jsou právě sociální pracovníci. Naproti tomu v krajinách s rozvinutým systémem péče o duševně nemocné, jako je Holandsko, Itálie, nebo Velká Británie, převážnou část terénních týmů tvoří zdravotníci, většinou psychiatrické sestry. Autor toto specifikum připisuje relativně rigidnímu postoji zdravotnického systému, který se brání změnám, oproti pružnému přístupu k tvorbě nových potřebných služeb v sociální oblasti. „V ČR došlo k tomu, že se 25 let postupně rozvíjely služby pro duševně nemocné mimo léčebny takřka výhradně jako sociální programy. Zdravotníci zůstali v psychiatrických léčebnách, odděleních, ambulancích a stacionářích“ (Říčan, 2015). Právě z výše uvedených důvodů je postavení sociálních služeb v systému poskytování péče v podmínkách ČR nepostradatelné. Nový systém péče podle Reformy si právě klade za

---

<sup>5</sup> Peer konzultant – je člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním. Peer používá vlastní zkušenost s nemocí, vlastní příběh svého života jako pracovní nástroj pro podporu dalších klientů a k posilování jejich naděje. Jeho pozice v týmu je charakteristická tím, že nemusí mít vzdělání ani v zdravotních ani v sociálních službách a není klíčovým pracovníkem. Jeho úkolem inspirovat je klienty, že i s vážným duševním onemocněním je možné vést plnohodnotný život a být přínosem pro druhé. Je živým důkazem, že i ostatní se můžou dostat z nepříznivých dopadů nemoci. K práci peer konzultanta, ale nestačí jenom prožitá zkušenost, je nutné, aby měl jisté dovednosti a to především v práci s vlastním příběhem. Ty získává v speciálním výcviku. (PDZ, 2017)

cíl posunout těžiště do přirozeného prostředí pacienta, poskytovat péči koordinovanou a komplexní, což nelze bez vzájemné spolupráce zdravotních a sociálních složek systému. Důležitost spolupráce v sociální práci popisuje i Janebova *„domnívám se, že „spolupráce“ je jednou z klíčových metod sociální práce, kterou je třeba teoreticky i prakticky rozvíjet, abychom se ji měli odkud učit“* (Janebová, 2013, s. 10)

Spolupráci můžeme definovat jako *„činnost skupiny uvnitř nebo navenek, jejíž podmínkou je akceptace společných cílů, shoda v taktice a strategii jejich dosahování a dobrá vzájemná komunikace“* (Linhart, Petrušek, Vodáková, Maříková 1996, s. 532). Spolupráce znamená, že zainteresované strany společně participují na dosažení cíle, co v našem případě znamená, návrat duševně nemocného do běžného života a jeho hodnotné prožití. Při kvalitní spolupráci nejde o to, aby všichni uměli dělat všechno, ale aby svoje dovednosti efektivně spojili pro žádaný výsledek. Je potřebné, aby každý věděl, co má dělat a také to v maximální možné míře dělal.

Dle mého názoru v případě vzájemné spolupráce zdravotních a sociálních služeb to může znamenat, že každá profese bude svědomitě vykonávat svoji část péče, ale zároveň si zkušenosti a postřehy v práci s pacientem/klientem budou vzájemně, eticky korektně, sdělovat. Také budou při práci s pacientem/klientem reflektovat všechny aspekty jeho situace, tedy zdravotní a sociální fakta. Důležitý je společný a jednotný přístup obou profesí při práci s klientem/pacientem a při zvolených intervencích především při komplexním řešení situace. Tedy na umístění pacienta/klienta do nějakého druhu sociální služby by měl participovat i zdravotník a tím pacientovi dát najevo, že to pokládá za potřebné, svojí účastí na procesu pacientovi vyjadřuje podporu. Podobně, na nezbytné hospitalizaci, by se měl podílet také sociální pracovník a svojí podporou tuto situaci klientovi ulehčit a zároveň tím vyjádřit názor, že tento krok považuje za správný.

I když Strategie reformy psychiatrické péče je koncepcí, která vznikla v rezortu zdravotnictví, svými cíli značně přesahuje také do oblasti sociálních služeb, jak již bylo naznačené v předešlé kapitole. Toto propojení však ve Strategii reformy psychiatrické péče není nijak koncepčně podchycené, kromě nového systému poskytované péče v Centrech duševního zdraví. Přesto si Reforma klade za cíl zlepšit provázanost zdravotních a sociálních služeb, aby péče byla koordinovaná a vzájemně propojená. Jak to ale docílit ve stávajících podmínkách jsem se v odborné literatuře nedočetla. Přesto že budou vznikat Centra duševního zdraví, sociální služby budou muset nadále

spolupracovat s ambulancemi psychiatrů, psychiatrickými odděleními nemocnic a s psychiatrickými nemocnicemi. S tím souvisí i tvorba metodických a pracovních postupů pro mezioborovou spolupráci. Zatím nejsou náznaky na vytvoření oficiální koncepce pro vzájemnou spolupráci zdravotnických a sociálních služeb, mimo služeb nově zřízených podle reformy.

MPSV ČR si v roce 2015 nechalo vypracovat dokument Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR. Z dokumentu jasně vyplývá, že Reforma má velký přesah do oblasti sociálních služeb. V analýze jsou rozebrány jednotlivé cíle Reformy a jejich přesah do rezortu MPSV. Dokument analyzuje, že jeden z cílů Reformy - Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti – je cílem především pro sociální oblast, ale zároveň dodává, že ze strany autorů Strategie reformy psychiatrické péče nejsou jasně popsány mechanismy ani cesty, jak výrazně přesahující cíle naplňovat, i když jejich naplňování může mít velký dopad na náklady sociálního systému (FM solutions, 2015, s.28). Dále se v Analýze můžeme dočíst, že do tvorby Strategie reformy psychiatrické péče byli dotčené subjekty, včetně územně samosprávných celků, málo zainteresované, a to způsobuje rezervy ve vzájemné spolupráci (FM solutions, 2015, s.28). Dokument sice dále konstatuje, že při naplňování cílů je nutná spolupráce rezortů MZ, MPSV a samosprávných celků, ale jednotlivé kroky dál nerozebírá.

Takže nutnost mezioborové spolupráce chápe i MPSV. Nicméně na půdě MPSV zatím také nevznikl oficiální dokument, který by vzájemnou spolupráci upravoval, nebo by konkretizoval jednotlivé mechanismy pro naplňování společných cílů Reformy.

Multidisciplinární přístup je základní myšlenkou nově koncipovaného systému péče o duševně nemocné, který přináší Reforma. I přes to, že multidisciplinární týmy v současnosti oficiálně vznikají pouze v rámci CDZ, je podle Reformy nejúčinnější propojení zdravotnických a sociálních služeb právě ve tvorbě multidisciplinárních týmů. To že se s MT počítá, potvrzuje i zmínka v dokumentu Aktuální stav reformy psychiatrické péče z března 2018, který kromě CDZ zmiňuje i multidisciplinární terénní týmy (Vojtěch et. al., 2018).

Skutečnost je však taková, že ne všude jsou dobře vytvořené podmínky pro vznik komunitních multidisciplinárních týmů. Překážky jsou hlavně v nedostatku odborníků z řady psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester nebo jejich neochoty pracovat

v takto nastavených službách. Problematické je taky financování, jak jsem zmiňovala v předchozím textu, zdravotní služby, a sociální služby jsou financované z jiných zdrojů<sup>6</sup> a ne vždy se podaří získat smlouvu se zdravotní pojišťovnou. Velice důležitá je taky podpora místní samosprávy v lokalitě, kde má tým, nebo centrum vzniknout.

Jako možná alternativa k multidisciplinárnímu týmu obsahujícímu všechny profese, v podmínkách, kde se ho nedaří vytvořit, se jeví vznik komunitních terénních týmů složených především ze sociálních pracovníků a zdravotních sester. V těchto týmech mohou být ostatní profese zastoupené jen malým úvazkem, případně vůbec. Při dobré mezioborové spolupráci by tato alternativa mohla fungovat. Spolupráce by zahrnovala komunikaci mezi pracovníky týmu, ambulantními psychiatry, obvodními lékaři, rychlou zdravotní službou, případně jinými dalšími odborníky v oblasti zdravotní, nebo sociální péče. *„Optimální týmová spolupráce je však u nás zabezpečena jen na některých místech a tam, kde není, by se sociální pracovníci měli snažit dosáhnout co nejefektivnější spolupráce s psychiatry, praktickými lékaři, klinickými psychology, psychiatrickými sestrami či ergoterapeuty“* (Probstová, Peč, 2014, s. 54).

Pro vysvětlení jaká je vlastně role sociálních služeb v Reformě do budoucna, ale i v současné době, jsem do přílohy práce zařadila rozhovor s PhDr. Janou Horákovou, ředitelkou Fokusu Liberec a odborným garantem Reformy pro Liberecký kraj, aby svým zainteresovaným názorem přinesla vhled do dané problematiky a potvrdila moje tvrzení o tom, že momentálně neexistuje oficiální metodika nebo koncepce pro vzájemnou spolupráci zdravotních a sociálních služeb v rámci péče o duševně nemocné. V rozhovoru dále mluvíme o realitě při tvorbě multidisciplinárních týmů a o přínosu myšlenek Reformy do vzájemné spolupráce zdravotních a sociálních služeb.

### **2.2.1 Vzájemná komunikace zdravotních a sociálních služeb**

Komunikace je ve všeobecnosti chápána jako podávání informací, významů, myšlenek, ale i pocitů, vztahů a probíhá verbálním, neverbálním nebo písemným projevem. Matoušek ji definuje jako *„obecné sdělování informací jak mezi lidmi, případně zvířaty, tak v systémech jiného druhu. V případě sdělování informací mezi lidmi zahrnuje termín*

---

<sup>6</sup> Sociální služby se hradí z dotací sociálním službám (kraj, MPSV, projekty EU), zdravotní služby se hradí ze systému zdravotního pojištění, ale problematická je neochota zdravotných pojišťoven uzavírat smlouvy na některé služby a tím hradit úkony zdravotní péče.

*komunikace všechny sdělovací prostředky ... Komunikace má vždy stránku obsahovou a stránku vztahovou ...*“ (Matoušek, 2003, s. 92).

Komunikace v multidisciplinárním týmu mezi zdravotníky a sociálními pracovníky probíhá každodenně v rámci sdílení informací o klientech/pacientech na týmových poradách, což je základ práce metodou FACT<sup>7</sup>. Tato metoda práce se velice osvědčila právě v týmu, který je složený z více profesí a postupně se úspěšně implementuje do českých podmínek.

Jiná situace je při komunikaci mimo tým. Jedná se o komunikaci směrem ven, komunikaci s ambulantním psychiatrem, psychiatrickým oddělením, psychiatrickou nemocnicí, popřípadě obvodním lékařem, nebo jiným specialistou z oboru zdravotnictví.

Aby se naplnila myšlenka komunitní péče, tedy poskytování péče lidem v jejich přirozeném prostředí, je nutná mezioborová komunikace.

Představme si člověka s vážným duševním onemocněním, který v důsledku nemoci, nebo věku trpí přidruženými somatickými potížemi a pro dlouhodobé onemocnění a časté relapsy nemoci, došlo ke snížení kognitivních funkcí. Nemá rodinu, blízké příbuzné, nebo rodina mu nemůže, či nechce pomáhat, je mu tedy poskytovaná sociální služba. Aby sociální pracovník mohl zabezpečit pro klienta komplexní péči, musí nutně komunikovat s ostatními poskytovateli zdravotní, nebo sociální péče, jelikož klient sám postrádá schopnosti vyřešit to bez podpory. „*V novějším konceptu tzv. vyvážené péče (balanced care)*<sup>8</sup> jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni lékaři, rezidenční služby péče v komunitě, krizové služby, denní stacionáře, péče ve

---

<sup>7</sup> FACT – flexibilní asertivní komunitní léčba (Flexible Assertive Community Treatment) byla jako metoda práce vyvinutá v Holandsku a vychází z modelu ACT (Assertive Community Treatment), americký model. Základem obou modelů je komunitní tým, který se snaží o udržení klienta v síti dostupných služeb, přičemž hospitalizace je jako poslední řešení při zhoršeném stavu klienta. Zároveň s klientem pracují na dosahování lepšího sociálního fungování a zlepšení kvality jeho života. Důležité je také vyhledávání a kontaktování duševně nemocných, u kterých dochází k prvoataku nemoci, nebo chorobu neléčí. Rozdíl v metodách je ten, že FACT model obsahuje množství dalších vylepšení a inovací, které usnadňují každodenní práci týmu, ale i dlouhodobou spolupráci s klienty. Sociální pracovník v tomto týmu pracuje metodou case managementu a koordinuje služby poskytované klientovi. Velký důraz je kladen na práci s klientem v krizi, v té době mu je poskytovaná intenzivní podpora celého týmu, zaměřená na stabilizaci stavu (van Veldhuizen, Bähler, 2013, s. 5, 24).

<sup>8</sup> Balanced care – je to koncept vyvážené péče zahrnující a propojující sociální a zdravotní služby. Předpokládá zapojení praktických lékařů, psychiatrů a jiných specialistů, psychiatrických oddělení a nemocnic, krizových služeb, denních stacionářů, rezidenčních služeb v komunitě a služeb psychiatrické rehabilitace. Principy poskytované péče zahrnují mobilitu, propojenost, péči ve vlastním prostředí, důraz na lidské práva a potřeby pacientů (Peč in Raboch, Wenigová, 2012, s. 62)



*vlastním prostředí“* (Accendo, 2014, s. 10). Takže mezioborová komunikace je více než žádoucí.

Důležité je si uvědomit etické aspekty vzájemné komunikace. Obě profese, jak zdravotní, tak sociální, mají ze zákona nařízenou mlčenlivost (Zákon 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách § 100, Zákon 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách § 51). Přesto zákon umožňuje za určitých podmínek předávání informací a to v případě zabezpečení jiných zdravotních, nebo sociálních služeb poskytovatelům těchto služeb a to v rozsahu nezbytném pro zabezpečení těchto služeb (Accendo, 2014, s. 10).

Výše uvedenou výjimku ve zdravotním zákoně, ale zákon o sociálních službách neumožňuje. V § 100 zákona o sociálních službách se píše *„zaměstnanci obcí a krajů, zaměstnanci státu a zaměstnanci poskytovatelů sociálních služeb jsou povinni zachovávat mlčenlivost o údajích týkajících se osob, kterým jsou poskytovány sociální služby nebo příspěvek.....jinak mohou tyto údaje sdělit jiným subjektům jen s písemným souhlasem osoby, které jsou poskytovány sociální služby nebo příspěvek“* (Zákon 108/2006 Sb.).

Je proto nezbytné klienta poučit o jeho právech. Probrat s ním skutečnost, že je důležitá vzájemná spolupráce zdravotních a sociálních služeb při jeho rehabilitaci, ale konečné rozhodnutí je samozřejmě na něm. Souhlas klienta by měl být v písemné podobě a klient by měl být informovaný o možnosti jeho odvolání.

Aby byla komunikace efektivní, měla by být pravidelná a zaměřená na řešení. Lékař a sociální pracovník, který s klientem primárně pracuje, by si měli informace vzájemně periodicky předávat. Velmi závažná, jak jsem zmiňovala v předešlém odstavci, je etická stránka této komunikace, sdílené informace by se měly týkat výhradně problematiky, která je předmětem společné spolupráce a kterou klient/pacient odsouhlasil.

### **2.2.2 Spolupráce při zhoršení zdravotního stavu duševně nemocného**

Při vážném duševním onemocnění často dochází ke zhoršení zdravotního stavu nemocného, co může být způsobeno různými faktory, jako je přirozený průběh nemoci - střídají se období klidu nemoci s obdobími akutního onemocnění, zátěžové situace,

nebo vysazení medikace. „U psychóz je riziko relapsu samo o sobě vysoké. Pokud pacient neužívá preventivně léky, postihne nové vzplanutí nemoci během prvního roku přibližně 75 % pacientů. Riziko relapsu je vyšší zejména při snižování dávky či vysazování léků“ (Šťastný, 2016, s. 14).

Symptomy nemoci se zhoršují, narůstá úzkost, napětí, nemocný je rozladěný, nervózní, vztahovačný, unavený, zhoršuje se soustředění, nastávají problémy s jídlem, spánkem, to všechno mohou být varovné příznaky relapsu nemoci. Nemocný, nebo jeho blízké okolí, někdy taky lékař a sociální pracovník, mohou vypozerovat příchod varovných příznaků, které pomalu narůstají. Jejich včasné rozpoznání a rychlé učinění opatření, může zabránit úplnému relapsu nemoci a nutné hospitalizaci (Šťastný, 2016, s. 16).

Intervence s ohledem na zdravotní stránku probíhá úpravou terapie, jako je změna medikace, nasazení psychoterapie, nebo jiné biologické léčby. Intervence s ohledem na sociální stránku by měla reflektovat stav nemocného a jeho momentální potřeby, může se týkat edukace rodiny a okolí, pomoci s vyřízením nezbytných náležitostí, doprovodům k lékaři, pomoci se správným užíváním medikace, poskytnutí podpory člověka člověku.

V případě spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu je to jednoduché, protože jsou v něm profesně zastoupené obě složky – zdravotnická i sociální, podle potřeby dávají podporu kontinuálně a jsou zaměřené na poskytování krizové intervence. Jelikož se jedná o terénní tým, obě profese mohou k pacientovi/klientovi docházet a poskytovat intervenci přímo v jeho domácnosti.

Jiná situace je, když v oblasti neoperuje multidisciplinární tým. V tomto případě jde o vzájemnou spolupráci ošetřujícího lékaře – psychiatra a sociálního pracovníka. Způsoby intervencí odpovídají formě, jakou jsou jednotlivé služby poskytovány, tedy ambulantní a terénní. Sociální pracovník je v tomto případě flexibilnější a může podporovat klienta přímo v jeho domácnosti. Tím má celistvější pohled na jeho situaci, může zhodnotit podmínky v bydlení, může komunikovat s okolím, může asertivně pracovat s klientem, když nechce svoji situaci řešit. Tyto informace ambulantní psychiatr nemá, může se k nim dostat pouze zprostředkovaně. Na druhé straně sociální pracovník není lékař, nemůže předepisovat medikaci, ani jinou formu léčby, nedokáže fundovaně zhodnotit průběh léčby. Právě proto je důležité, aby obě složky informace sdílely a společně participovaly při zhoršeném stavu klienta/pacienta.

Jak může být vzájemná spolupráce lékaře a sociálního pracovníka prospěšná pro nemocného a jaké může mít podoby, uvádím na příkladu paní Věry z mé praxe. Z kazuistiky je zřejmé, že ve vzájemné spolupráci lékaře a sociálního pracovníka je nastavený partnerský vztah obou profesí, což pokládám za základ dobře nastavené součinnosti. Paní Věra využívá sociálních služeb již několik let. Trpí vážným duševním onemocněním, spadajícím do kategorie SMI. Žije sama, v ne celkem vyhovujících podmínkách, i když má manžela, dceru a vnoučata. Přesto, že rodina paní Věru navštěvuje a mají pravidelný kontakt, nedokáží s ní žít. Nemoc klientky je natolik emočně vyčerpala, že doslova utekli ze společné domácnosti. Bohužel projevy nemoci se u paní Věry často střídají z období klidu do akutní fáze a naopak. V době, kdy jsou symptomy nemoci silné, paní Věra téměř nemluví, je depresivní, má suicidální nářky, lituje se, vydírá sms zprávami, obviňuje svoje okolí, za to, že je jí špatně. Za sebe můžu říct, že je velice těžké ji v tomto období poskytovat podporu. S paní Věrou jsem zažila již několik zhoršených stavů, kdy k sobě málokoho pustí. Velký problém, již od začátku naší spolupráce, ji dělá komunikace se svým psychiatrem. Trpí vůči němu velkou nedůvěrou, má pocit, že jí nepomáhá, spíš ubližuje. Často si vyžaduje moji přítomnost v ordinaci a i tak s lékařem téměř nemluví. Dělán to za ní, s jejím svolením a popisuji, jak její fungování na mne působí. Lékař podle toho postupuje v terapeutickém procesu (v období remise nemoci, klientku povzbuzuji, aby do ordinace chodila sama, aby se posiloval její vztah a důvěra k němu), takže v období zhoršení projevů nemoci paní Věry, s lékařem úzce spolupracuji a společně se snažíme o zmírnění tíživých dopadů na život klientky.

### **2.2.3 Spolupráce při nedobrovolné hospitalizaci duševně nemocného**

Nedobrovolná hospitalizace patří k závažným etickým problémům psychiatrie, protože představuje vážný zásah do integrity a práv pacienta a měla by být skutečně posledním řešením krize, opatřením tzv. ultima ratio. Zákon ukládá povinnost zkoumat jiné možnosti, které by nebyly natolik omezující jako nedobrovolná hospitalizace (Liga lidských práv, 2015, s. 24).

Hospitalizace bez souhlasu pacienta je upravena třemi právními normami: Listinou základních práv a svobod, zákonem o zdravotních službách a občanským soudním řádem. Zákon přesně vymezuje, za jakých podmínek je možné člověka nedobrovolně

hospitalizovat. Jedná se případy kdy je uloženo ochranné léčení, nařízená izolace, nařízené vyšetření, nebo

*„b) ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí a jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak, nebo*

*c) jeho zdravotní stav vyžaduje poskytnutí neodkladné péče a zároveň neumožňuje, aby vyslovil souhlas.“ (Zákon 172/2011 Sb. §38)*

V praxi se realizuje nedobrovolná hospitalizace na doporučení lékaře v případě, kdy je pacient nebezpečný sobě či okolí a to bezprostředně a vážným způsobem. Po přijetí pacienta do zdravotnického zařízení bez souhlasu, musí lékař tuto skutečnost do 24 hodin oznámit soudu a soud musí do 7 dnů rozhodnout svým usnesením o oprávněnosti nedobrovolné hospitalizace. Nedobrovolná hospitalizace se soudu nehlásí u osob omezených na svéprávnosti i pro oblast zdraví, když souhlas podepíše opatrovník (Raboch, Pavlovský a kol., 2012, s. 450-451).

V současnosti je postoj veřejnosti k nedobrovolné hospitalizaci dosti negativní. Souvisí to především se smýšlením lidí, hlavně z dob minulého režimu, kdy bylo poměrně časté obecné přesvědčení *„že, v psychiatrických léčebnách byly zlovolně přijímány a drženy osoby duševně zdravé“* (Budiš, Libiger, 2002, s. 77).

Je však dobré, když se na problematiku nahlíží i z druhé strany. Já, jakožto sociální pracovník, bych měla hájit práva klientů a nepodnikat žádné činnosti bez jejich svolení a spoluúčasti. Ale ve své praxi se potkávám s případy, kdy je psychotická epizoda natolik rozvinutá, že nemocný nemá náhled, je mimo realitu a i když přímo fyzicky neohrožuje sebe a svoje okolí, jeho chování je pro rodinu, nebo blízké emočně devastační. A vlastně i pro něho samotného, protože každá epizoda si bere kus zdravé stránky osobnosti. Když nepomáhají konvenční způsoby na odvrácení krize, je nedobrovolná hospitalizace jediným řešením. *„I nedobrovolné přijetí je nutno chápat jako dobrodiní pro nemocného, nikoli jako trest, jestliže jsou dodržována a přiznaná ostatní práva nemocného“* (Budiš, Libiger, 2002, s. 77). V praxi se stává, že na sociální službu se obrátí rodina či okolí duševně nemocného, právě kvůli tomu, že nemocný se nachází v psychotické fázi onemocnění a jeho chování vážně narušuje soužití v domácnosti, komunitě. Rodina žádá o pomoc, protože není schopná situaci vyřešit vlastními silami. Charakter sociální práce umožňuje sociálnímu pracovníkovi intervenci

přímo v prostředí nemocného. Jestliže konvenční formy pomoci na vyřešení situace selhaly a v dané lokalitě neoperuje krizový terénní tým, jehož členem je psychiatr, sociální pracovník je sám iniciátorem případné nedobrovolné hospitalizace, kterou samozřejmě po vyšetření nemocného může nařídít pouze odborný lékař – psychiatr. Tento krok následuje až potom, když se nemocný odmítá podrobit vyšetření u ambulantního psychiatra dobrovolně.

Pro případ nedobrovolné hospitalizace vyvolané aktivitami sociálního pracovníka neexistuje žádná legislativní úprava a ani závazná všeobecně platná metodika, neobsahují ji ani standardy kvality výkonu sociální služby. Pro představu jak by mohla spolupráce při řešení této situace vypadat, přikládám pracovní postup, který si vzájemně odsouhlasili Psychiatrické oddělení KNL a Fokus Liberec o.p.s. (Metodika, 2019) :

- V případě zhoršení zdravotního stavu klienta, bude sociální pracovník kontaktovat ambulantního psychiatra a předá mu informace o zhoršení zdravotního stavu
- Ambulantní psychiatr následně sepiše zprávu se souhrnnou anamnézou a popisem současného stavu klienta a postará se doručení na PO KNL
- Sociální pracovník se následně spojí s kontaktním lékařem a domluví se na realizaci akutního psychiatrického vyšetření
- Sociální pracovník následně zavolá RZS, eventuálně PČR a sdělí jim, že je na PO KNL domluveno akutní vyšetření i proti vůli klienta. Pokud RZS nebude chtít situaci řešit, budou požádáni, aby si ověřili informaci u ambulantního lékaře nebo na PO KNL
- O definitivní indikaci hospitalizace rozhodne vždy lékař, který provedl akutní vyšetření pacienta. Hospitalizace bude následně realizována na PO KNL či ve spádové psychiatrické nemocnici, kam bude pacient převezen za doprovodu zdravotnického personálu nemocnice

Když se už pro takto radikální krok sociální pracovník rozhodne, je nesmírně důležité, aby zvolil při jednání s nemocným humánní, přívětivý, respektující a laskavý přístup, aby člověku tuto nepříjemnou situaci co nejvíce ulehčil a zachoval jeho lidskou hodnotu.

## 2.2.4 Komplexní řešení situace člověka s duševním onemocněním

Jak jsem už v textu zmiňovala, vážné duševní onemocnění zasahuje do mnoha oblastí lidského života. Je provázené změnou myšlení, prožívání, vztahu k sobě samému, nemocný trpí nedostatkem vůle a motivace. Tyto obtíže způsobují zhoršení praktických dovedností pro společenské, či pracovní uplatnění. Zasahují do oblasti komunikace s okolním světem, zhoršují vztahy s partnerem, rodinou, blízkými, kolegy. To má za následek sociální izolaci chorého. Specifikem tohoto onemocnění je také proměnlivost zdravotního stavu, když se v průběhu krátké doby střídají období klidu, kdy je nemocný schopný fungovat a krize, kdy jsou ataky nemoci tak silné, že člověka celkem dekompenzují (NCPTSS, 2013, s. 9).

Právě z těchto důvodů je více než žádoucí zabezpečit pro vážně duševně nemocné systém péče, který by byl komplexní a flexibilní, a který *„bude zahrnovat zdravotní i sociální intervence, bude reagovat na celou šíři potřeb nemocného a bude také schopný reagovat na proměnlivost zdravotního stavu“* (NCPTSS, 2013, s. 9).

Důležitým prvkem je jak osobní participace nemocného, tak jeho rodiny a komunity, ve které žije.

Podle autorů Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním jsou to především tyto specifické potřeby, ve kterých se mohou vyskytovat problémy a které je potřeba za pomoci komplexního přístupu řešit (NCPTSS, 2013, s. 9):

- Komunikace – obtížná komunikace se světem v důsledku projevů nemoci
- Péče o sebe – pasivita nezáměr o sebe, nebo sebezprezentaci
- Péče o domácnost – pasivita, v důsledku poklesu kognitivních funkcí, oslabená schopnost plánovat, soustředit se, hospodařit, dodržet posloupnost potřebných kroků
- Bezpečí – ohrožení zneužíváním jinou osobou, ohrožení v důsledku manického – rizikového chování, nemocný jako oběť stigmatizace<sup>9</sup> právě v důsledku psychické nemoci

---

<sup>9</sup> Stigma duševní nemoci – ve všeobecnosti je stigma odmítání domnělých, nebo skutečných vlastností, přesvědčení, nebo chování, které odporují sociálním normám. V případě duševní nemoci vyplývá z nedostatku vědomostí laické veřejnosti o této problematice. Svoji roli sžívá také strach, předsudky a diskriminace. Souvisí to s tím, že duševní onemocnění nemá dopad jenom na zdraví, ale i na sociální vazby a fungování chorého. Navíc se v akutní fázi může pojit s bizarním chováním. Stereotyp stigmatu je předáván mladší generaci a posilován médií. Převládajícím postojem ve veřejnosti je názor o nebezpečnosti a potenciálně násilném jednání duševně nemocných. (Česká, 2018)

- Vztahy – snížené sebevědomí, limitovaný sociální okruh, omezený sexuální život, riziko vztahové závislosti, ale i citová oploštělost, neschopnost udržet vztah
- Bydlení – problémy s okolím, nedostupnost bydlení, pasivita při péči o bydlení
- Finance – špatná finanční disciplína, hrozba zadlužení, nízké příjmy, nízká schopnost k zabezpečení příjmu, nebo dávek státní podpory
- Zdraví – diskriminace v oblasti somatického zdraví kvůli předsudkům, neochota ambulantních specialistů věnovat se složitějším případům, zanedbávání svého zdravotního stavu, riziko sebevražd, rychlá proměnlivost zdravotního stavu, vedlejší účinky léků, závislost
- Osobní uplatnění a spokojený život – nedůvěra v sebe sama, rozdíl před a po nemoci, nízké pracovní uplatnění, pasivita, tlumící účinky léků
- Rizika a nepohoda – sebevražednost, rychlá dekompenzace v zátěžové situaci, ovlivnitelnost okolím
- Mobilita – orientace – vnitřní dezorientace vede k dezorientaci ve fyzickém prostoru, fobie, úzkosti, obsese

### 2.2.5 Návazné služby pro duševně nemocné

Reforma psychiatrické péče souvisí s redukcí lůžek ve stávajících velkých psychiatrických nemocnicích. V poslední době je velký tlak na jejich transformaci a na řešení situace u dlouhodobě hospitalizovaných klientů. Je potřeba si uvědomit, že rušení velkých institucí musí být systematické a dříve než dojde k redukcí lůžek, musí být dostatečně vybudovaná kapacita mimonemocniční péče. Velkým problémem pro přechod z léčeben do komunity u dlouhodobě hospitalizovaných je právě nedostatek návazných služeb. Mezi základní druhy, které by mohly následnou péči zabezpečit, patří služby chráněného bydlení, nebo denních stacionářů. Bohužel v současnosti je těchto služeb velmi málo.

**Chráněné bydlení.** Je pobytová sociální služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu dlouhodobého duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Jedná se o nízkokapacitní pobytové služby, kde klienti bydlí buď samostatně, nebo ve formě skupinového bydlení (což je mnohem častější) v

běžné zástavbě, nebo bytě. Společně se podílejí na vedení domácnosti, každý dle svých možností, přičemž jim je poskytována určitá míra podpory ze strany sociálního pracovníka, který je s klienty v pravidelném kontaktu. Tato služba je dle zákona poskytována za úplaty. Služba chráněného bydlení by měla být dostupná.

**Denní stacionáře.** Denní stacionář slouží k dennímu pobytu psychiatrických pacientů a může plnit úlohu alternativy k hospitalizaci, či alternativy v případech, kdy ambulantní léčba již nepostačuje, nebo k rehabilitaci a resocializaci dlouhodobě duševně nemocných. Pacienti se v nich můžou také připravovat na přechod do jiné služby. Také poskytuje specifické programy se zaměřením na konkrétní druhy postižení, nebo trénink konkrétních funkcí (Probstová, Peč, 2014, s. 191).

Nedílnou součástí komunitní péče jsou i krizová centra. Jejich úloha v rámci komunitní péče je specifická, jelikož nemají rehabilitační charakter, ale poskytují krizovou intervenci při zhoršení zdravotního stavu nemocného.

**Krizová centra.** Jejich posláním je poskytnout neodkladnou, bezbariérovou, rychlou a nestigmatizující psychiatrickou péči, formou krizové intervence, která především zahrnuje neodkladné psychiatrické vyšetření, krátkodobou psychoterapii, farmakoterapii a v neposlední řadě krátkodobé pobyty na lůžku. Malý počet lůžek by měl být jejich součástí. Péče se zaměřuje na neodkladné psychické krize a dekompenzace. Součástí centra by měl být také mobilní krizový tým, ve složení psychiatr, psycholog, psychiatrická zdravotní sestra a sociální pracovník. Mobilní tým intervnuje přímo v místě rozvoje krizové situace (Probstová, Peč, 2014, s. 193).

Návazné služby však nepotřebují jenom lidi s těžkým stupněm psychického postižení. Nezřídka se stává, že k dlouhodobé hospitalizaci jsou odsouzeni i relativně fungující jedinci. V důsledku ataku nemoci a chování, které tato ataka může diametrálně změnit, přijdou o zaměstnání, podporu rodiny a sociální vazby. Někdy se tyto vztahy naruší natolik, že i po zaléčení ho není okolí ochotné přijmout zpátky. Právě pro tuto skupinu se jeví jako nejdůležitější návazná služba sociální bydlení, které ale reálně v této době téměř neexistuje.

**Sociální bydlení.** Sociální bydlení je určené lidem v bytové nouzi, nebo když jim tato nouze hrozí, případně na bydlení vynakládají nepřiměřené náklady. Sociální byt je umístěn v běžné (ne sociálně vyloučené) lokalitě a je přidělován na základě posouzení bytové nouze. Bydlení v tomto bytě může být doprovázené sociální službou podle míry



potřebnosti u dané osoby. MPSV vypracovalo koncepci sociálního bydlení pro období 2015 – 2025 (MPSV, 2015). Zákon o sociálním bydlení zatím pořád není schválený. Pro zdravotně postižené lidi je životně důležitá možnost dostupného a dlouhodobého bydlení.

**Chráněná pracovní místa a podporované zaměstnávání.** I když chráněné díly v našich podmínkách existují, jejich ekonomické vedení často není dlouhodobě udržitelné, nebo práce v nich je mnohdy náročná a nebere v potaz zdravotní omezení pracovníků. Opakovaně se stává, že zdravotně postižený člověk práci v této dílně nezvládne. Je potřeba, aby se tato problematika řešila na vládní úrovni a aby vláda za pomoci odborníků vytvořila funkční systém zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Jednou z cest může být zákon o sociálním podnikání, případně větší kontrola státu dodržování podmínek v chráněných dílnách.

**Komunitní centra.** Jedná se o denní centra, které nabízejí různé aktivity a podporují začleňování lidí s duševním onemocněním do komunity a společnosti. Pomáhají nemocným v oblasti seberealizace, sebepoznávání, vzdělávání. Pomáhají s utvářením patientských a uživatelských organizací, svépomocných skupin, napomáhají k destigmatizaci pořádáním akcí se zapojením veřejnosti. Poskytují prostory pro zájmovou činnost klubů.

Je také důležité si uvědomit, že všechny návazné služby nemusejí být explicitně vytvořené pro cílovou skupinu duševně nemocných, dokonce, opak je žádoucí. Týká se to především oblasti aktivního trávení volného času, kulturního a společenského vyžití. Přílišná péče může totiž také vést k izolaci a zneschopňování psychicky nemocných lidí. Pro úspěšné začlenění je užitečné, když takto postižení lidé budou využívat služby běžné komunity, což usnadní jejich integraci do společnosti.

### **2.3 Vliv stereotypů v myšlení na vzájemnou spolupráci**

Každé naše konání ovlivňují jisté stereotypy, které souvisí s naší povahou, osobním nastavením, morálkou, hodnotami a postoji. *„Stereotypy se rozumí zkratkovité představy o věcech, osobách, skupinách a institucích, přičemž tyto zkratkovité představy jsou připisovány všem jednotlivcům patřícím k dané skupině nebo třídě jevů“* (Luppmann in Novák, 2002, s. 10). Není tomu jinak i při jednání mezi pracovníky

zdravotnických a sociálních služeb. Osobně cítím, že tyto stereotypy často komplikují komunikaci a spolupráci mezi sociálními pracovníky a lékaři, či středním zdravotním personálem. Relevantní podklady pro podložení mého tvrzení jsem však v odborné literatuře nenašla. Důvodem může být i to, že o vzájemné mezioborové spolupráci v praktické rovině zatím neexistují žádné veřejně dostupné příručky, nebo metodiky. Přesto jsem se rozhodla tuto kapitolu do práce zařadit, jelikož stereotypy v myšlení jsou částí předmětu výzkumu a vnímám je jako bariéru ve vzájemné spolupráci. Níže se pokusím popsat, alespoň tři kategorie, které percipuji za nejpodstatnější.

**Prestiž povolání.** Prestiž povolání je ukazovatelem míry vlivu, moci a vážnosti, jaké jsou jedinci připisovány ostatním společenstvím v důsledku vykonávání specifického povolání. Lékařské povolání je podle průzkumu v ČR jednoznačně nejprestižnější. (CMVV, 2016) Oproti tomu prestiž povolání sociálního pracovníka je v očích veřejnosti nízká, jak píše Janebová, jedním z důvodů může být i skutečnost, že sami sociální pracovníci nejsou schopni popsat k čemu je sociální práce prospěšná a obhájit důležitost profese (Janebová, 2014, s. 6). Naproti tomu u lékaře je jasné, že léčí lidi. Dále autorka k problematice multioborové komunikace píše *„jenže pokud jeden z aktérů komunikace prestiž a uznání společnosti nemá, pravděpodobně mu nebude příliš nasloucháno ze strany druhého komunikačního aktéra“* (Janebová, 2014, s. 6). Tento citát přesně vystihuje, s čím se můžou sociální pracovníci při komunikaci se zdravotníky potkávat.

**Paternalistický přístup.** *„Je skutečností, že v minulosti – dávné i nedávné – býval často vztah mezi lékařem a pacientem silně nerovnoprávný, paternalistický, autoritativní ze strany lékaře“* (Budiš, Libiger, 2002, s. 84). Autoři se dále zmiňují, že v současnosti tento vztah prochází proměnou na vztah partnerský, ale je to proces zdoluhavý a bolestivý. Přesto vztah lékař – pacient nebude nikdy celkem rovnocenný, protože se odvíjí od rozdílné úrovně vědomostí a zkušeností. Naproti v sociální práci by měl být vztah mezi klientem a pracovníkem rovnocenný. Klient je tady vnímám jako expert na svůj život.

**Obhajoba práv klientů.** Sociální pracovník často vystupuje v jednání s lékařem v roli obhájce práv klienta, když klient sám není schopný si svoje práva hájit. Tento postoj však může být stereotypně nastavený ve všech situacích, při vzájemném jednání se zdravotníkem a to staví bariéry ve vzájemné komunikaci.

### **3 ZDRAVOTNÍ A SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO DUŠEVNĚ NEMOCNÉ V LIBERCI A LIBERECKÉM KRAJI**

V této kapitole se pokusím popsat situaci ve zdravotních a sociálních službách v Liberci a pro ucelenější představu čtenáře se okrajově dotknu situace v celém Libereckém kraji. Právě vzájemná spolupráce subjektů zdravotních a sociálních služeb v Liberci je předmětem výzkumné části práce.

Podle údajů ÚZIS v roce 2017 na území Libereckého kraje využívalo ambulantní psychiatrickou péčSP 20 978 pacientů a bylo provedeno 80 041 zdravotních úkonů v ambulantních psychiatrických zařízeních. Z tohoto počtu bylo ošetřených 2 348 pacientů z okruhů diagnóz schizofrenie F20 – 29, z okruhů diagnóz afektivních poruch F30 -39 3 978 pacientů a z okruhů diagnóz F60 -63 a F68 – 69 poruchy osobnosti 958 pacientů. (ÚZIS, 2018, s. 42 – 44)

#### **3.1 Situace v péči o duševně nemocné v Libereckém kraji**

Liberecký kraj, dále jen LK, v návaznosti na Strategii reformy psychiatrické péče vypracoval dokument Rozvoj psychiatrické péče v Libereckém kraji na období roků 2016 – 2022, který byl vzat na vědomí usnesením Rady Libereckého kraje č. 1363/16/RK ze dne 16. srpna 2016 a usnesením Zastupitelstva Libereckého kraje č. 511/16/ZK ze dne 30. srpna 2016. Tento dokument má sloužit jakožto výchozí souhrn možných postupů při naplňování konceptu Reformy, tedy zhumanizovat, zkvalitnit a propojit služby pro duševně nemocné, pro LK a mapuje stav v oblasti poskytování sociálních a zdravotních služeb v tomto kraji (LK, 2016, s. 5).

**Psychiatrická nemocnice.** Na území LK se nenachází žádná psychiatrická nemocnice, nebo léčebna. Psychiatrická nemocnice slouží především pro poskytování následné lůžkové péče, tedy pro nemocné, u kterých byl ukončen diagnostický proces a nastavena terapie, ale pro přítomné projevy psychopatologie, nemůže být dále léčen v domácím prostředí s podporou komunitních služeb, nebo v zařízení sociální péče (Zrzavecká in Roboch, Wenigová (eds.), 2012, s. 41). Pro pacienty z LK, kteří z výše uvedených důvodů, musí být hospitalizováni, zajišťuje následnou péči Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (okres Mladá Boleslav) a Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice (okres Litoměřice – dostupná především pro Českolipský region). Jedná se o

lůžkové zařízení, které jsou zřizovány jako příspěvkové organizace Ministerstvem zdravotnictví ČR. I když jsou primárně určeny pro poskytování následné a specializované péče, přijímají i akutní případy<sup>10</sup> (LK, 2016, s. 5).

**Psychiatrické oddělení** je v kraji pouze jediné. Je zřízené při Krajské nemocnici Liberec. Jako jediné poskytuje v kraji akutní lůžkovou péči (LK, 2016, s. 6).

**Psychiatrické ambulance a ambulance klinických psychologů.** Psychiatrické ambulance představují základní složku psychiatrické péče, která zajišťuje péči pro většinu psychiatrických pacientů. Mělo by se jednat o zařízení s dobrou dostupností a nízkým prahem. Ambulantní psychiatrie by měla být koordinátorem pacientovy péče v systému psychiatrických i následných zdravotně-sociálních služeb. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR připadlo v roce 2013 na 100 tis. obyvatel Libereckého kraje průměrně 5,3 lékaře – psychiatra v ambulantních pracovištích. Strategie reformy přitom doporučuje 12 psychiatrů na 100 tisíc obyvatel, aby byla péče dostupná. Z porovnání doporučených hodnot a skutečnosti je zřejmé, že LK se potýká z výrazným nedostatkem ambulantní psychiatrické péče (LK, 2016, s. 10).

**Sociální služby.** V LK je zhruba 15 poskytovatelů sociálních služeb, kteří uvádějí v popisu své činnosti i poskytování služeb pro osoby s psychickými poruchami. Při bližším vzhledu, ale zjistíme, že toto nekoresponduje celkem s náplní jednotlivých organizací. Často jsou totiž tyto služby primárně určené pro jiné cílové skupiny a jenom doplňkově se uvádějí osoby s psychickým postižením, pro které je v konečném důsledku služba nedostupná z důvodu naplnění kapacity služby hlavní cílovou skupinou. Tyto služby mají převážně charakter pečovatelský, nebo se jedná o asistenční, či pobytové služby. Sociální rehabilitaci pro vážně duševně nemocné vlastně poskytují jenom organizace z platformy Fokus, která operuje po celém území ČR, zdržuje 10

---

<sup>10</sup> Akutní lůžková péče – je poskytována bezprostředně po vzniku, nebo zhoršení psychické poruchy, jejíž průběh vyžaduje hospitalizaci a to dobrovolnou, nebo nedobrovolnou. Vyznačuje se možností nepřetržitě přijmout pacienta s jakoukoli patologií z celého spektra psychiatrických poruch a provést všechna potřebná vyšetření, diagnostikovat a léčit. Musí mít nepřetržitě k dispozici laboratoř, denní dostupnost konsiliárních služeb, zobrazovacích metod, jako i personální, věcní a technické vybavení. Doba hospitalizace odpovídá nutné době k provedení potřebných vyšetření, diagnostiky a nastavení adekvátní léčby. Další péče se provádí v dalších segmentech psychiatrické péče, jako je následná a specializovaná péče, ambulantní, komunitní péče.

Následná lůžková péče – pro osoby u kterých byla ukončena diagnostika a nastavena terapie, ale jejich psychický stav neumožňuje propuštění mimo ústavní péči. Předpokladem výkonu je personální, technické a věcné zabezpečení. Doba hospitalizace odpovídá době, dokud nedojde k stabilizaci stavu natolik, aby byl pacient předaný do méně intenzivní péče.

Specializovaná lůžková péče – je specializovaná na určitou diagnózu, věk či způsob léčby. Lůžka můžou být akutní i následní. Předpokladem je personální, technické a věcné vybavení. (Zrzavecká in Roboch, Wenigová (eds.), 2012, s. 41,42)

samostatných organizací, které působí v 7 krajích, v LK je to Fokus Liberec, Fokus Turnov a Fokus Semily, který ovšem do platformy zatím nepatří. Jako poskytovatel s největším rozsahem služeb pro cílovou skupinu SMI operuje na území LK Fokus Liberec o.p.s., který pokrývá svojí činností 3 ze 4 okresů kraje. Z předchozího popisu je patrné, že v LK nejsou služby pro duševně nemocné poskytovány v dostatečné míře. Dostupnost je limitována dojezdem terénních týmů do vzdálenějších oblastí, ale i kapacitou poskytovatelů, tím péče není dostatečně kvalitní (LK, 2016, s. 10 – 13).

I když dokument Rozvoj psychiatrické péče v Libereckém kraji na období roků 2016 – 2022 byl vytvořen již v roce 2016, zatím se výrazná změna v poskytování péče neudála. Jediným pokrokem pro oblast sociálních služeb bylo vytvoření nových terénních týmů operujících v regionech Tanvaldsko a Frýdlantsko a posílení týmu o profesi zdravotní sestry, peer konzultanta. V oblasti zdravotních služeb se začalo s postupnou rekonstrukcí psychiatrického oddělení Krajské nemocnice Liberec, termín ukončení celé rekonstrukce je předpokládán v roce 2020.

## **3.2 Zdravotní služby pro duševně nemocné v Liberci**

Jak již bylo uvedené v předešlé kapitole, v Liberci se nachází psychiatrické oddělení při Krajské nemocnici Liberec a psychiatrické ambulance pro poskytování ambulantní péče. Pro účely následné péče jsou pacienti z Liberce primárně hospitalizováni v Psychiatrické nemocnici Kosmonosy, dále jen PN Kosmonosy.

### **3.2.1 Psychiatrické ambulance v Liberci**

Podle autorů dokumentu Koncepce psychiatrické péče 2008 bývá psychiatrická ambulance místem prvního kontaktu pacienta s psychiatrickou péčí, a proto je velice důležité zdůrazňovat postavení ambulantního psychiatra jako nositele primární psychiatrické péče. Kontakt s pacientem bývá často dlouhodobý a tak ambulantní psychiatr *„se stává koordinátorem pacientovy péče – jeho průvodcem v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně-sociálních služeb“* (Psychiatrická, 2008, s. 6)

V Liberci je, podle Národního registru poskytovatelů zdravotních služeb, 8 psychiatrických ambulancí (Národní, 2019). Tři z nich se však léčbou psychóz zabývají

pouze okrajově. Podle registru se v Libereckém okrese, mimo Liberec, nachází pouze jedna další ambulance ve Frýdlantu v Čechách. Jedná se o soukromé ordinace, které poskytují péči na základě smlouvy se zdravotní pojišťovnou. Tedy výkon jejich činnosti sice podléhá zákonu o zdravotních službách, ale jinak nejsou vůči ničemu vázání. Neexistuje právní předpis, nebo jiný dokument, který by upravoval nutnost jejich spolupráce s jinými profesemi, eventuálně je pověřoval koordinací následné péče o pacienta, případně jim diktoval kapacity, či složení diagnóz pacientů v jejich péči. Výkon jejich činnosti je tedy docela autonomní, jsou to vlastně živnostníci v oblasti medicíny.

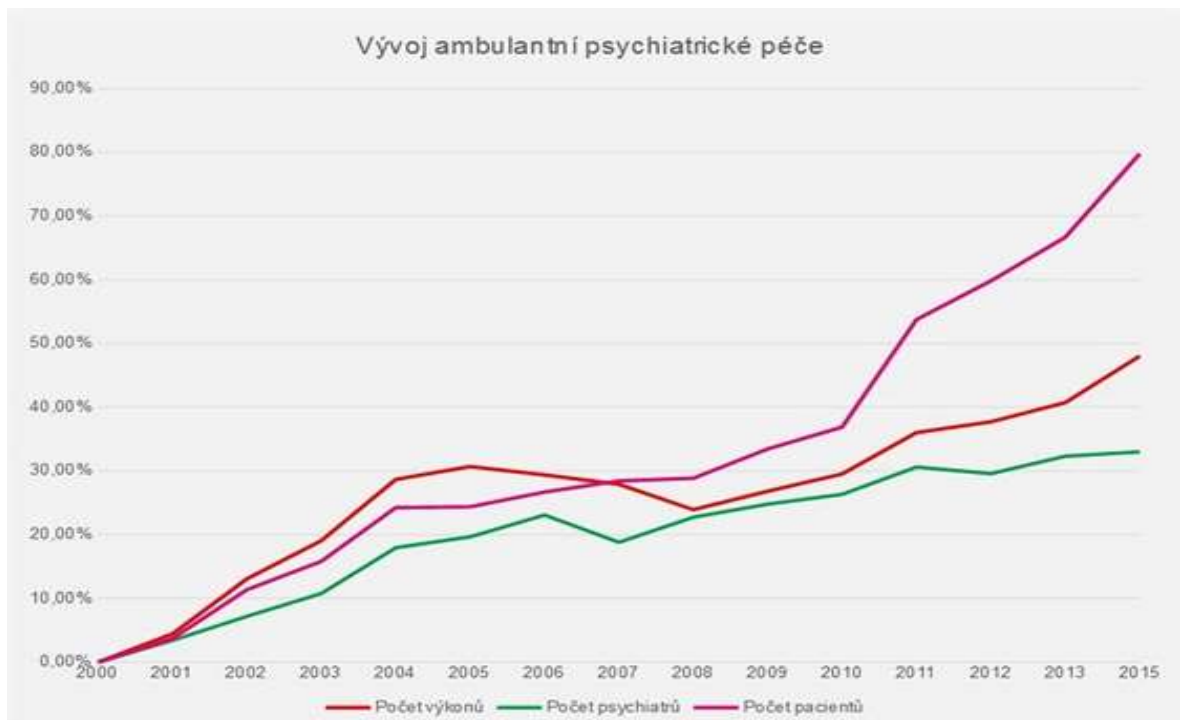
Liberecký okres má podle Českého statistického úřadu (2018) počet obyvatel něco málo přes 173 tisíc. Z popsaných čísel nám vychází, že na 173 tisíc obyvatel je k dispozici šest ambulantních psychiatrů, což je hluboko pod hranici doporučenou v rámci reformy psychiatrické péče, přičemž duševně nemocných lidí přibývá.

Není proto divu, že ambulance jsou přetížené. Mají vysoký převis pacientů a nestíhají poskytovat kvalitní terapeutickou péči. Často se pravidelná prohlídka mění na krátký informativní rozhovor a předepsání léků. Podobně tuto skutečnost popisuje i MUDr. Martin Anders, předseda psychiatrické společnosti, když říká, že počet pacientů se zvyšuje, ale počet ambulancí nikoli „*logicky se pak zkracuje doba, kterou jsme schopni klientovi věnovat. Několik desítek minut za rok není psychiatrická péče*“ (Anders, 2017). S tím souvisí i objednávací lhůty, které se pohybují v řádu několik týdnů, dokonce měsíců. Je pak velice těžké pro lékaře flexibilně reagovat na zhoršený zdravotní stav pacienta. V nabitém objednávacím kalendáři nemá prostor na řešení akutní krize. Právě proto psychiatrickí pacienti při atakách nemoci končí hospitalizovaní. Není čas na poskytování ambulantní krizové intervence.

Důvodem nedostatku ambulantních a psychiatrů všeobecně, může být i podfinancování oboru, nízká prestiž v rámci medicínských specializací, ale také vysoká administrativní zátěž při vedení soukromé ambulance. A příčinou proč nechtějí participovat na sociální stránce procesu uzdravení pacienta, je nedostačené, nebo žádné proplácení těchto úkonů pojišťovnou<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Některé úkony, především vykonávané psychiatrickou sestrou, je možné hradit z veřejného zdravotního pojištění, ale v praktické rovině nejsou pojišťovny ochotné podepisovat smlouvy na tuto činnost (Peč in Raboch, Wenigová, 2012, s 62).



**Obr. 2** Vývoj ambulantní psychiatrické péče (Hollý, 2017)

Spolupráce Fokusu Liberec a ambulancí psychiatrických lékařů v Liberci není nijak koncepčně podchycena. Můžeme spíše hovořit o spolupráci konkrétních pracovníků s konkrétními lékaři u konkrétních klientů. I když se nějaká spolupráce naváže, je převážně zaměřena na řešení nějakého problému, nebo situace. Nejedná se o pravidelnou komunikaci, nebo participaci při řešení celkové situace klienta/pacienta, a už vůbec ne o plánování intervencí, následných služeb, či určování míry podpory klientovi/pacientovi. Ambulantní psychiatr naprosto neplní úlohu koordinátora péče o pacienta. Je jenom na jeho dobré vůli, že se sociálním pracovníkem řeší životní situaci klienta/pacienta a podílí se na výsledku.

Spolupráce je tedy založena na osobnosti sociálního pracovníka a psychiatra, na tom, jakým způsobem dokážou vzájemně komunikovat, potažmo spolupracovat, jak si vyhovují jako lidé.

Přesto, že myšlenky Reformy se postupně implantují do systému péče o duševně nemocné, psychiatrické ambulance zatím na tuto skutečnost nereagují. Význam idejí Reformy při spolupráci s ambulantními psychiatry vnímám pouze v osvětě, která má samozřejmě také smysl a věřím, že se situace začne postupně měnit.

### 3.2.1 Psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec

Psychiatrické oddělení je součástí Krajské nemocnice Liberec, která poskytuje zdravotnické služby na území města Liberec a pro potřeby Libereckého kraje. Má právní formu akciové společnosti, byla založena na základě rozhodnutí jediného akcionáře, jímž je Liberecký kraj, zakladatelskou listinou. Později se stalo akcionářem i statutární město Liberec.

Psychiatrické oddělení je jediné lůžkové zařízení, které poskytuje akutní lůžkovou péči v Libereckém kraji. Může se jednat o hospitalizace při akutním zhoršení zdravotního stavu, nebo o plánované hospitalizace. V současné době disponuje počtem 51 lůžek. Psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec (dále jen PO KNL) se skládá z několika částí neboli stanic. Na uzavřeném příjmovém oddělení jsou umístění pacienti v akutní fázi nemoci především z diagnostických okruhů organicky podmíněných poruch, psychóz a poruch nálady. Při nastavení léčby se využívá především terapie medikací v kombinaci s individuální, nebo skupinovou psychoterapií.

Detoxikační část slouží na detoxikaci pacientů závislých na psychotropních látkách, kteří mohou následně podstoupit ústavní odvykací léčbu.

Stanice na léčbu nemocných závislých na alkoholu poskytuje pobyt na otevřeném oddělení, kde se pacienti podrobují střednědobé ústavní odvykací léčbě po dobu 12 týdnů.

Rehabilitační stanice slouží k specializovaným léčebným pobytům v otevřeném režimu pro nemocné trpící fobickými, úzkostnými poruchami. Délka pobytu na oddělení je 4-6 týdnů.

Součástí PO KNL je také všeobecná pohotovostní a příjmová ambulance, která poskytuje nepřetržitou akutní psychiatrickou péči a také sexuologická ambulance pro péči v této oblasti (KNL, 2019).

Nyní prochází PO KNL rozsáhlou rekonstrukcí, která je spolufinancována ze zdrojů EU. Vynaložené prostředky by měli dosahovat až 149 milionů korun. Rekonstrukce by měla přinést jinou organizaci poskytované péče zaměřenou na účinnější návrat nemocných do běžného života. Nadále bude součástí PO KNL uzavřené oddělení, rehabilitační stanice a stanice pro léčbu závislosti. Nově však přibude stanice denního stacionáře pro pacienty, kteří nemusí být hospitalizováni. Ti budou na terapii docházet ambulantně.



Také ambulance projde funkční změnou. Místo nynější jedné budou ambulance dvě, a to pro všeobecnou psychiatrickou péči a pro specializovanou péči pro pacienty s poruchou nálad a pacienty trpící psychózou. Další změnou je zvýšení standardu v materiálně – technickém vybavení oddělení. Počítá se pouze s dvěma lůžky a vlastním sociálním zařízením na pokoji pro pacienty, tím se poskytována péče více zhumanizuje. Po rekonstrukci by mělo PO KNL disponovat kapacitou 58 lůžek pro všechny stanice oddělení (Liberecký deník, 2018).

Spolupráce PO KNL s Fokusem Liberec je v začátcích a nastartovala jí právě probíhající Reforma. Před třemi lety se spolupráce omezovala pouze na komunikaci se zdravotně sociálním pracovníkem na oddělení PO KNL a i ta byla velice sporadická. V roce 2016 na úrovni Libereckého kraje vznikla pracovní skupina pro reformu psychiatrické péče tvořená zástupci LK pro oblast zdravotní a sociální, primářem PO KNL a vedením Fokusu Liberec. V rámci této skupiny byla poprvé projednávána možná spolupráce PO KNL a sociálních služeb. Otázka společné kooperace se stávala čím dál palčivější. V první polovině roku 2018 proběhla první schůzka zdravotníků z PO KNL a sociálních pracovníků z organizace Fokus Liberec. Ze začátku byly projednávány mechanismy a organizace spolupráce, určili se kontaktní pracovníci, stanovil se pracovní postup pro nedobrovolnou hospitalizaci pacienta/klienta, ošetřilo se vzájemné předávání informací o klientech/pacientech. Začali probíhat pravidelné schůzky zdravotníků a sociálních pracovníků v rozmezí dvou měsíců.

I když je zřejmé, že nějaká forma vzájemné spolupráce navázaná byla, pořád postrádá prvky partnerství. Je málo intenzivní a kooperující. Každá z organizací pracuje nadále ve starém režimu, a přestože probíhá pravidelné vyměňování informací, organizace v případě konkrétních klientů/pacientů nesdílejí postupy intervence, nebo terapeutického plánu, vzájemně nekoordinují následnou péči. Ale jak jsem zmiňovala na začátku díky Reformě se spolupráce navázala a já pevně věřím, že se stane nedílnou součástí poskytované péče duševně nemocným v Liberci a bude časem naplňovat myšlenky nově koncipované péče.

### 3.2.2 Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy (dále jen PNK) sídlí v centru zmíněného města nedaleko Mladé Boleslavi na území Středočeského kraje. Vznik nemocnice se datuje již od roku 1869, kdy se původně školské zařízení změnilo na základě rozhodnutí Českého zemského sněmu na ústav pro choromyslné. Od té doby PNK přešla mnohými změnami. Původní zařízení se postupně rozšiřovalo o další pavilony a například v 30. letech minulého století mělo kapacitu až 1350 lůžek (Kotková, 2019).

V současnosti je v PNK 600 lůžek rozmístěných ve 4 pavilonech na 16 odděleních, které se liší charakterem poskytované péče a využíváním terapeutických technik. V PNK se poskytuje hospitalizační, ale i ambulantní psychiatrická péče. Součástí nemocnice je rozsáhlý park, zahrada, stáj s koňmi pro hippoterapii, kavárna, nebo kulturní sál a jiné objekty pro technické, administrativní zázemí a terapeutické aktivity. V areálu dále sídlí pavilon s odbornými ambulancemi pro poskytování zdravotní péče i v jiných oborech než je psychiatrie. „*Psychiatrická nemocnice Kosmonosy získala v květnu 2010 certifikát kvality a bezpečí poskytovaných služeb a v projektu Ministerstva zdravotnictví "Kvalita očima pacientů." se umístila na velmi hezkém 3. místě mezi hodnocenými zařízeními*“ (PN Kosmonosy,2019).

Podle reformy psychiatrické péče by všechny psychiatrické nemocnice a léčebny měly projít procesem transformace směřované ke snížení kapacity především lůžek následné péče. Koresponduje to s myšlenkou reformy snížit počet lůžek následné péče v institucionalizované podobě a tuto péči směřovat do komunity. V případě, že není možné poskytovat následnou péči nemocnému v jeho vlastním prostředí, budou k tomu sloužit nízkokapacitní pobytová zařízení. Transformační plán<sup>12</sup> PNK zatím není zveřejněný i když první verze měly být MZ dodané již koncem roku 2018.

Jelikož v Liberecké kraji není zřízená žádná psychiatrická nemocnice či léčebna, pacienti z této lokality často končí hospitalizování právě v PNK. Jedná se o pacienty především z okruhu diagnóz kategorie SMI.

---

<sup>12</sup> Transformační plán má sloužit k popisu koncepce snižování kapacit následné lůžkové péče a k tvorbě akutních lůžek v psychiatrických nemocnicích a léčebnách. Zdravotnická zařízení by v něm měla uvádět, kolik pacientů a z jakých lokalit v dané době propustí, především kvůli tomu, že odsazovali tzv. sociální lůžka (tedy neměli se kam vrátit). Dále by plány měly obsahovat vizi zařízení do budoucna. Role nemocnic v regionálních sítích péče, využití stávající materiálně-technické základny a jiné aktivity třeba v oblasti destigmatizace, vzdělávání, následné péče apod.

Spolupráci PN Kosmonosy a Fokusu Liberec lze popsat jako nejproduktivnější ze všech již výše uváděných zdravotnických zařízení. Nemocnice již před zaváděním myšlenek Reformy do praxe pochopila, že spolupráce se sociálními službami je k prospěchu jak pacientům, tak samotné nemocnici, protože na řešení situace pacienta není sama. Reforma, této již probíhající spolupráci, dala jakoby oficiální řád. Už několik let funguje pravidelné navštěvování pacientů/klientů přímo na odděleních nemocnice. Terénní pracovníci jezdí jednou za dva týdny a kontaktují vytipované pacienty/klienty s nabídkou sociálních služeb po propuštění z hospitalizace. Jednou za měsíc se konají schůzky zdravotnického personálu, lékařů a primáře se sociálními pracovníky na každém z oddělení PNK. Na schůzkách jsou probíráni vybraní pacienti/klienti, kteří kromě zdravotních problémů potřebují řešit problémy sociálního charakteru, nebo následné služby. Na schůzkách se domluví případný postup intervence, podpory a sdělují se potřebné informace o klientovi/pacientovi. Při spolupráci není výjimkou kontaktování zdravotně-sociálního pracovníka, ošetřujícího psychiatra, nebo psychologa ze strany sociálních pracovníků a naopak.

### **3.3 Sociální služby pro duševně nemocné v Liberci**

V katalogu základní sítě sociálních služeb pro Liberecký kraj můžeme najít několik poskytovatelů sociálních služeb, kteří uvádějí jako jednu z cílových skupin také chronicky duševně nemocné a službu poskytují na území města Liberec. Služby jsou různého charakteru se zaměřením na určité oblasti nepříznivé sociální situace. Do přílohy práce jsem zařadila tabulkový přehled těchto služeb, přičemž jediný Fokus Liberec má explicitně vymezenou cílovou skupinu pouze na osoby s chronickým duševním onemocněním. (viz tabulka v příloze). Další organizace směřují svoje činnosti na více cílových skupin, a proto se nezdá, že na jejich služby lidé s duševním onemocněním nedosáhnou z důvodu naplnění kapacity ostatními cílovými skupinami, jako jsou tělesně, nebo mentálně postižení. Lidé s psychózou bývají málo průbojní, nemají rádi velké skupiny neznámých lidí, trpí úzkostí z nových zkušeností. Mnohdy jsou vzdělaní a společné činnosti s mentálně postiženými, v důsledku specifick mentálního defektu, jim nedělá dobře, proto takto nastavené služby nevyhledávají.

Reálně v Liberci spektrum služeb pro duševně nemocné poskytuje pouze Fokus Liberec. Nicméně se objevují snahy o zapojení do péče o tuto cílovou skupinu i jiné poskytovatele v rámci idey recovery a návratu takto postižených lidí do komunity. Fokus Liberec navazuje intenzivně spolupráci s organizací Rytmus Liberec hlavně při řešení otázky zaměstnávání duševně nemocných. Také se prohloubila spolupráce se sdružením Tulipán v rámci destigmatizační kampaně lidí s duševní nemocí a aktivitami v komunitním centru, které spravuje Tulipán. Ostatní organizace z tabulkového přehledu v rámci péče o duševně nemocné s Fokusem Liberec spolupracují výjimečně, téměř vůbec.

### 3.3.1 Fokus Liberec

Je poskytovatelem sociálních služeb pro duševně nemocné v Libereckém kraji. Svoje činnosti vyvíjí v Libereckém, Jabloneckém, Českolipském, Novoborském a nově i v Tanvaldském a Frýdlantském regionu, tím pokrývá ¾ Libereckého kraje.

FOKUS Liberec vznikl v roce 1993 v Liberci jako svépomocná skupina. Od té doby prošel nemalými změnami a od roku 2013 je poskytovatelem registrovaných sociálních služeb. V rámci komunitních služeb je zařazen v základní síti pro LK. V současnosti je nejvýznamnějším poskytovatelem sociálních služeb pro duševně nemocné v LK.

Je členem platformy Fokus ČR. Spolek sdružuje deset organizací po celé České republice, které mají ve svém názvu Fokus. Platforma vznikla především pro obhajobu a naplňování práv osob s duševním onemocněním již v průběhu 90. let minulého století. Jejím cílem je právě dodržování práv nemocných, poskytování kvalitních služeb a aplikace moderních přístupů do praxe. Tyto myšlenky a principy jsou vlastní všem organizacím pod značkou Fokus. „*Dohromady tvoří silnou, úzce spolupracující skupinu s jasnou koncepcí služeb propagující a aplikující moderní trendy v systému péče o duševní zdraví*“ (Fokus ČR, 2019).

Posláním Fokus Liberec je podpora duševně nemocných ve fungování v běžném životě, tak aby jejich rozhodování bylo co nejvíce samostatné a aby nemoc nebyla překážkou při jejich osobním rozvoji i zapojení do komunity.

Cílem tedy je poskytovat takovou míru podpory, která umožní duševně nemocnému člověku co nejlépe využívat běžné společenské zdroje (jako je bydlení, práce,

vzdělání...) navazovat či udržovat rodinné, přátelské, sociální vztahy, ale nevytváří nadbytečnou formu závislosti. „Konečným cílem poskytovaných služeb je tedy posílit uživatele služby natolik, aby mohl přestat služby potřebovat a využívat, nebo aby je potřeboval jen v nezbytně nutném rozsahu“ (Fokus Liberec, 2019).

Pro naplnění poslání a cíle, organizace poskytuje následné registrované sociální služby: chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace a sociálně terapeutická díla. Součástí organizace je také řemeslná dílna a dvě kavárny, kde je několik chráněných pracovních míst, i na úklidy prostorů organizace jsou zaměstnáváni pouze lidé se zdravotním postižením.

Fokus Liberec se od počátku snaží o nazvání spolupráce se zdravotními službami. Jak jsem zmiňovala výše, nejlepší spolupráce je s psychiatrickými nemocnicemi Kosmonosy a Horní Beřkovice, kde již několik let probíhají vzájemné pravidelné schůzky a klienti jsou kontaktováni přímo ve zdravotnickém zařízení. Reforma psychiatrické péče odstartovala také jistou koncepci spolupráce s PO KNL, která byla předtím spíše sporadická a omezovala se pouze na komunikaci se zdravotně sociálním pracovníkem na oddělení. Schůzky a vzájemná komunikace s PO KNL a Fokusem Liberec by nyní měla být pravidelná a intenzivní. Nejhorší situace je při spolupráci s ambulantními psychiatry, kde zatím nebyly stanovené mechanismy pro vzájemnou spolupráci a to z důvodu autonomie soukromých psychiatrických ordinací. Nicméně neustále jsou vyvíjeny aktivity především koordinátorem pro reformu v LK, aby se situace i v této oblasti zlepšila. Ambulance pravidelně kontaktuje a neustále poukazuje na nutnost spolupráce s komunitními službami, protože je to dobrá cesta pro pacienty.

Multidisciplinarita, jako stěžejní prvek nově postavené péče o pacienta/klienta, je ve Fokusu Liberec reflektována. Organizace se snaží o vytvoření terénních týmů, kde budou zastoupené zdravotní i sociální profese. Momentálně jsou součástí všech terénních týmů zdravotní sestry a peer konzultanti. Pro region Českolipska a Novoborska se podařilo nasmlouvat také profesi psychiatra na zkrácený úvazek. Pro ostatní regiony je pozice psychiatra zatím neobsazena, jelikož stávající ambulantní psychiatři, jsou natolik vytíženi, že další pracovní aktivity odmítají a noví prostě nejsou. Obdobná situace je i v profesi psychologa, potažmo klinického psychologa. I přes obtíže v personálním zajištění týmů, snahy o vytvoření plně funkčních týmů pro všechny regiony patří mezi priority organizace.

## 4 SHRNU TÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Duševní onemocnění postihuje komplexně celou osobnost chorého. Charakter onemocnění významně ovlivňuje běžné fungování postiženého a jeho sociální interakce. Proto je při terapeutickém procesu důležité akcentovat nejenom zdravotní stránku projevů nemoci, ale rovnoměrně věnovat pozornost i stránce sociální. Komplexní nahlížení na problematiku duševního onemocnění, dodržování lidských práv při léčebném procesu, jeho humanizaci, jako i poskytování péče v přirozených podmínkách nemocného a jeho návrat do běžné komunity v maximální možné míře si klade za cíl Reforma psychiatrické péče v ČR. Nově pojímaná péče podle Reformy by měla řešit jak zdravotní, tak sociální potíže nemocného, aby byla péče vyvážená. Jelikož jsou v českých podmínkách tyto směry od sebe oddělené, při výše zmíněném modelu péče, je potřebná jejich vzájemná spolupráce. Součinnost zdravotních a sociálních služeb je žádoucí především při zhoršeném zdravotním stavu chorého, při komplexním řešení jeho situace a při výběru návazných služeb. V současnosti však neexistuje jednotná metodika, nebo koncept spolupráce těchto oborů na centrální úrovni. Každé zařízení zdravotních, nebo sociálních služeb má vlastní postupy při spolupráci s jinými poskytovateli sociálních, nebo zdravotních služeb. V každé lokalitě napříč Českou republikou táto spolupráce funguje jinak, někde líp, jinde hůř. V každém případě je nutné podotknout, že i tam, kde před časem žádná spolupráce nefungovala, se díky Reformě začíná navazovat a praktikovat a sociální služby se stávají nedílnou součástí poskytované péče duševně nemocným. To je největším přínosem Reformy v současné době. Navazování a prohlubování vzájemné spolupráce, které sebou Reforma přináší, se děje i v Liberci. Neustálým oslovováním zainteresovaných stran, se postupně implementují myšlenky Reformy do vzájemné komunikace mezi zdravotními a sociálními službami. Největším poskytovatelem sociálních služeb výhradně pro duševně nemocné v Liberci je Fokus Liberec. Zdravotní služby v tomto městě poskytují psychiatrické ambulance, psychiatrické oddělení KNL a pro obyvatele Liberce je spádová PN Kosmonosy. Se všemi poskytovateli zdravotních služeb se Fokus Liberec snaží navázat efektivní spolupráci. Nejlépe to funguje s PN Kosmonosy, kooperace s PO KNL je teprve v začátcích, u psychiatrických ambulancí je spolupráce postavena pouze na individuálních postojích zdravotníků a sociálních pracovníků. Jak hodnotí vzájemnou spolupráci samotní pracovníci v zdravotních a sociálních službách v Liberci je předmětem praktické části diplomové práce.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

Důvodem výběru předmětu a výzkumného souboru pro výzkumnou část byla skutečnost, že sama jsem zaměstnaná v organizaci Fokus Liberec na pozici sociálního pracovníka. Při své práci se často dostávám do situací, které si vyžadují spolupráci se zdravotníky, kteří poskytují zdravotní péči klientovi naší sociální služby. Bohužel často bývá tato spolupráce komplikovaná, neefektivní, nebo ze strany zdravotníků není o ní zájem. Přemýšlím, jestli toto vnímání reality je pouze můj subjektivní pocit, nebo skutečnost. To byly moje pohnutky k realizaci tohoto výzkumu.

## **5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU**

Tématem diplomové práce je vzájemná spolupráce subjektů sociálních a zdravotních služeb podílejících se na péči o člověka s duševním onemocněním. Oboustranná součinnost výše uvedených subjektů by měla vést ke zkvalitnění poskytované péče pro tuto cílovou skupinu, její humanizaci, k podpoře nemocného v procesu zotavení a jeho začlenění v co největší možné míře zpátky do běžného fungování. Nastavení takto pojímané péče si klade za cíl Reforma psychiatrické péče v ČR. Kvalita spolupráce se odráží při součinnosti výše uvedených subjektů v konkrétních situacích poskytované péče, nebo při konkrétních intervencích. V teoretické části byly tyto situace a intervence popsány. V praktické části se pomocí výzkumu ověří, jestli spolupráce v daných oblastech funguje a případně nakolik je kvalitní.

### **4. 1 Předmět výzkumu**

Předmětem výzkumu bude vzájemná spolupráce subjektů zdravotních a sociálních služeb v Liberci. V teoretické části byly popsány zdravotní i sociální služby ve městě Liberec. Zdravotní část služeb tvoří ambulantní psychiatři s ordinací v Liberci, PO KNL a PN Kosmonosy, která je momentálně spádová pro pacienty z Liberce. Jako poskytovatele sociálních služeb, pro cílovou skupinu duševně nemocných, v Liberci považujeme pouze Fokus Liberec, protože ostatní poskytovatele mají tuto cílovou skupinu vedenou pouze okrajově. Praktická část se bude věnovat zhodnocení vzájemné spolupráce jak ze strany zdravotníků, tak sociálních pracovníků.

## 4. 2 Cíle výzkumu

**Hlavním výzkumným cílem práce** (dále jen HVC) je zhodnotit spolupráci organizace Fokus Liberec, jako poskytovatele sociálních služeb pro duševně nemocné v Liberci a poskytovatelů zdravotnických služeb v rámci péče o duševně nemocné v Liberci, kterými jsou ambulantní psychiatři v Liberci, Psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec a Psychiatrické nemocnice Kosmonosy s ohledem na probíhající Reformu psychiatrické péče. Reformu není možné v současné době ve vzájemné spolupráci opomenout, protože díky ní a jejím cílům, se spolupráce navazuje a zintenzivňuje.

Pro objektivní zhodnocení je HVC dále rozložený na dílčí cíle (dále jen DVC) 1,2,3 řádu, které již zkoumají problematiku do hloubky na konkrétních případech vzájemné komunikace, spolupráce a stereotypů, jež mohou ovlivnit tuto součinnost.

**DVC 1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci v oblasti poskytování služeb klientům/pacientům**

**1.1. DVC 1.1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci při předávání informací o klientech/pacientech**

1.1.1. DVC 1.1.1: Zjistit, v jakých oblastech funguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při předávání informací o klientech/pacientech

1.1.2. DVC 1.1.2: Zjistit, v jakých oblastech nefunguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při předávání informací o klientech/pacientech

**1.2. DVC 1.2: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci komunikaci při zabezpečování následných služeb pro klienty/pacienty**

1.2.1. DVC 1.2.1: Zjistit, v jakých oblastech funguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při zabezpečování následných služeb pro klienty/pacienty



1.2.2.DVC 1.2.2: Zjistit, v jakých oblastech nefunguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při zabezpečování následných služeb pro klienty/pacienty

**1.3. DVC 1.3: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci při komplexním řešení situace klienta/pacienta**

1.3.1. DVC 1.3.1: Zjistit, v jakých oblastech funguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při komplexním řešení situace klienta/pacienta

1.3.2. DVC 1.3.2: Zjistit, v jakých oblastech nefunguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při komplexním řešení situace klienta/pacienta

**2. DVC 2: Zjistit jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci spolupráci při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta**

**2.1. DVC 2.1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta**

2.1.1. DVC 2.1.1: Zjistit, v jakých oblastech funguje předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb

2.1.2. DVC 2.1.2: Zjistit, v jakých oblastech nefunguje předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb

**2.2. DVC 2.2: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci sjednocení postupu práce při řešení zhoršeného zdravotního stavu klienta/pacienta**

2.2.1. DVC 2.2.1: Zjistit, v jakých oblastech funguje sjednocený postup práce při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb

2.2.2. DVC 2.2.2: Zjistit, v jakých oblastech nefunguje sjednocený postup práce při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb

**2.3. DVC 2.3: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci klienta/pacienta**

2.3.1. DVC 2.3.1: Zjistit, v jakých oblastech funguje sjednocený postup práce při nedobrovolné hospitalizaci klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb

2.3.2. DVC 2.2.2: Zjistit, v jakých oblastech nefunguje sjednocený postup práce při nedobrovolné hospitalizaci klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb

**3. DVC 3: Zjistit jak ovlivňují stereotypy v myšlení vzájemnou spoluprací Fokusu Liberec s PO KNL, s PN Kosmonosy a s ambulantními psychiatry LK**

**3.1. DVC 3.1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemné ujasnění svých kompetencí při řešení situace klienta**

3.1.1. DVC 3.1.1: Zjistit, v jakých oblastech funguje ujasnění si kompetencí sociálních a zdravotnických pracovníků při řešení situace klienta

3.1.2. DVC 3.1.2: Zjistit, v jakých oblastech nefunguje ujasnění si kompetencí sociálních a zdravotnických pracovníků při řešení situace klienta

**3.2. DVC 3.2: Zjistit, jaké stereotypy vnímají pracovníci sociálních služeb v jednání a myšlení pracovníků v zdravotnických službách**

3.1.1. DVC 3.2.1: Zjistit, jaké pozitivní stereotypy vnímají pracovníci sociálních služeb v jednání a myšlení pracovníků v zdravotnických službách

3.1.2. DVC 3.2.2: Zjistit, jaký negativní stereotypy vnímají pracovníci sociálních služeb v jednání a myšlení pracovníků v zdravotnických službách

### **3.3. DVC 3.3: Zjistit, jaké stereotypy vnímají pracovníci v zdravotnických službách v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách**

3.3.1. DVC 3.2.1: Zjistit, jaké pozitivní stereotypy vnímají pracovníci v zdravotnických službách v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách

3.3.2. DVC 3.2.2: Zjistit, jaké negativní stereotypy vnímají pracovníci v zdravotnických službách v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách

## **4. 3 Odůvodnění výzkumné strategie**

Vzhledem k výzkumným cílům práce se jako nejvhodnější způsob zjišťování výsledků jeví kvalitativní výzkumná strategie. Je to především z důvodu, že kvalitativní výzkum přináší interpretaci výzkumného problému pohledem subjektů, které jsou objektem zkoumání. Nepotřebuje zjištění, které musí být jednoznačně zevšeobecněné pro širokou populaci, ale soustřeďuje se na vysvětlení fenoménu ve vztahu k prostředí a sociálnímu kontextu ve kterém je výzkum prováděn. Při tomto metodologickém přístupu není důležitá reprezentativnost směrem k populaci, ale reprezentace konkrétního problému. Cílem zvolené strategie je porozumění konkrétnímu jevu, v konkrétních podmínkách, v konkrétní době, s konkrétními aktéry. Jak píše Disman „*cílem kvalitativního výzkumu je porozumění. Porozumění pak vyžaduje vhléd do co největšího množství dimenzí daného problému*“ (Disman, 2005, s. 286).

Výzkum práce je zaměřený na spolupráci zdravotních a sociálních služeb v Liberci. S podmínkami danými pro tuto lokalitu – tedy s danými službami, které operují na vymezeném území, s kulturou spolupráce, podporou komunity a určitými lidmi. Abychom co nejlépe pochopili situaci v Liberci právě, proto byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Věřím, že napříč Českou republikou s ohledem na specifika každé lokality, by výzkum mohl přinést úplně odlišné výsledky.

Přesto, že kvalitativní výzkum nabízí prostor pro hluboké prozkoumání problému s ohledem na sociální kontext, což je pro práci velmi podstatné, má i svoje nevýhody. Mezi známé nevýhody patří, že „*získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí*“ (Hendl, 2005, s. 52), což v případě tohoto šetření nepovažuji za

relevantní, protože mapujeme situaci v Liberci a není cílem práce zevšeobecňovat výsledky na celou populaci. Také se setkáváme s kritikou kvalitativního výzkumu v tom, že je těžké převádět predikce, testovat hypotézy a teorie, výzkum je časově náročný (Hendl, 2005, s. 52). Za nejvýznamnější nevýhodu zvolené strategie směrem k výzkumu práce, ale považují to, že „výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi“ (Hendl, 2005, s. 52). Při rozhovorech s informanty budu muset tuto nevýhodu reflektovat.

Jako techniku sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s informanty. Důvodem této volby bylo, že jsem potřebovala v rozhovoru zachovat téma, tedy předmět výzkumu, aby informanti vyslovovali svoje postoje ke zkoumané problematice. Zároveň tato forma sběru dat poskytuje dostatečný prostor pro vyjádření osobní zkušenosti, subjektivních teorií, prožívání a vnímání dané problematiky. Podle Reichla při tomto typu rozhovoru je možné také pokládat doplňující dotazy, pořadí otázek není striktně stanovené, také může docházet k mírné modifikaci pokládaných otázek „nezbytné, ale je, aby byly probrány všechny“ (Reichel, 2009, s.115). Správné vedení rozhovoru klade vysoké nároky na tazatele, při nesprávném vedení rozhovoru může docházet ke zkreslení výstupů, na druhé straně, když je rozhovor produktivní, může otevřít nová témata, což je v kvalitativním výzkumu přínosné.

#### 4. 4 Transformace dílčích cílů do tazatelských otázek

Dalším krokem před samotným sběrem údajů je tvorba tazatelských otázek do rozhovoru pomocí návodu s informanty. Pro lepší přehlednost jsou dílčí cíle, indikátory a tazatelské otázky uspořádané do transformační tabulky cílů do tazatelských otázek.

**Tab. 1** Transformační tabulka dílčích cílů, indikátorů posouzení a tazatelských otázek

Dílčí výzkumný cíl 1. řádu	Dílčí výzkumný cíl 2. řádu	Dílčí výzkumný cíl 3. řádu	Indikátory	Sada tazatelských otázek
	Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci při předávání informací o klientech/pacientech	Zjistit, v jakých oblastech funguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při předávání informací o klientech/pacientech	Funkční oblasti komunikace	V čem, podle Vás, funguje komunikace při předávání informací o pacientech/klientech s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?

Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci v oblasti poskytování služeb klientům/pacientům		Zjistit, v jakých oblastech nefunguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při předávání informací o klientech/pacientech	Nefunkční oblasti komunikace	V čem, podle Vás, nefunguje komunikace při předávání informací o pacientech/klientech s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?
	Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci komunikaci při zabezpečování následných služeb pro klienty/pacienty	Zjistit, v jakých oblastech funguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při zabezpečování následných služeb pro klienty/pacienty	Funkční oblasti komunikace	V čem, podle Vás, funguje komunikace při zabezpečování následných služeb pro pacienty/klienty s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?
		Zjistit, v jakých oblastech nefunguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při zabezpečování následných služeb pro klienty/pacienty	Nefunkční oblasti komunikace	V čem, podle Vás, nefunguje komunikace při zabezpečování následných služeb pro pacienty/klienty s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?
	Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci při komplexním řešení situace klienta/pacienta	Zjistit, v jakých oblastech funguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při komplexním řešení situace klienta/pacienta	Funkční oblasti komunikace	V čem, podle Vás, funguje komunikace při nalezení komplexního řešení situace pacienta/klienta s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky
Zjistit, v jakých oblastech nefunguje komunikace pracovníků Fokusu Liberec a pracovníků zdravotnických zařízení v Liberci při komplexním řešení situace klienta/pacienta		Nefunkční oblasti komunikace	V čem, podle Vás, nefunguje komunikace při nalezení komplexního řešení situace pacienta/klienta s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?	

Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta	Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta	Zjistit, v jakých oblastech funguje předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb	Funkční předávání informací	V čem, podle Vás, funguje komunikace při předávání informací o zhoršení zdravotního stavu pacienta/klienta s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?	
		Zjistit, v jakých oblastech nefunguje předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb	Nefunkční předávání informací	V čem, podle Vás, nefunguje komunikace při předávání informací o zhoršení zdravotního stavu pacienta/klienta s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?	
	Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci spolupráci při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta	Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci sjednocení postupu práce při řešení zhoršeného zdravotního stavu klienta/pacienta	Zjistit, v jakých oblastech funguje sjednocený postup práce při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb	Funkční sjednocený postup	V čem, podle Vás, funguje sjednocený postup při zhoršení zdravotního stavu pacienta/klienta s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?
			Zjistit, v jakých oblastech nefunguje sjednocený postup práce při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb	Nefunkční sjednocený postup	V čem, podle Vás, nefunguje sjednocený postup při zhoršení zdravotního stavu pacienta/klienta s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?
Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci klienta/pacienta	Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci klienta/pacienta	Zjistit, v jakých oblastech funguje sjednocený postup práce při nedobrovolné hospitalizaci klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb	Funkční sjednocený postup	V čem, podle Vás, funguje sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci pacienta/klienta s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?	
		Zjistit, v jakých oblastech nefunguje sjednocený postup práce při nedobrovolné hospitalizaci klienta/pacienta mezi pracovníky zdravotnických a sociálních služeb	Nefunkční sjednocený postup	V čem, podle Vás, nefunguje sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci pacienta/klienta s pracovníky sociálních služeb/se zdravotníky?	

Zjistit, jak ovlivňují stereotypy v myšlení vzájemnou spolupráci Fokusu Liberec s PO KNL, s PN Kosmonosy a s ambulantními psychiatry LK	Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemně ujasnění svých kompetencí při řešení situace klienta	Zjistit, v jakých oblastech funguje ujasnění si kompetencí sociálních a zdravotnických pracovníků při řešení situace klienta	Ujasněné kompetence	V jakých oblastech, podle Vás, jsou kompetence mezi pracovníky sociálních služeb a zdravotníky ujasněné?
		Zjistit, v jakých oblastech nefunguje ujasnění si kompetencí sociálních a zdravotnických pracovníků při řešení situace klienta	Neujasněné kompetence	V jakých oblastech, podle Vás, chybí ujasnění si kompetencí mezi pracovníky v sociálních službách a zdravotníky?
	Zjistit, jaké stereotypy vnímají pracovníci sociálních služeb v jednání a myšlení pracovníků v zdravotnických službách	Zjistit, jaké pozitivní stereotypy vnímají pracovníci sociálních služeb v jednání a myšlení pracovníků v zdravotnických službách	Pozitivní stereotypy v jednání a myšlení zdravotnických pracovníků	Když si představíte zdravotníka, se kterým pracujete, jaké znaky v jeho chování vnímáte jako užitečné při vaší spolupráci?
		Zjistit, jaké negativní stereotypy vnímají pracovníci sociálních služeb v jednání a myšlení pracovníků v zdravotnických službách	Negativní stereotypy v jednání a myšlení zdravotnických pracovníků	A jaké znaky v jeho chování, podle Vás, brání, nebo zhoršují spolupráci s ním?
	Zjistit, jaké stereotypy vnímají pracovníci v zdravotnických službách v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách	Zjistit, jaké pozitivní stereotypy vnímají pracovníci v zdravotnických službách v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách	Pozitivní stereotypy v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách	Když si představíte pracovníka v sociálních službách, se kterým pracujete, jaké znaky v jeho chování a myšlení vnímáte jako užitečné pro vaší spolupráci?
		Zjistit, jaké negativní stereotypy vnímají pracovníci v zdravotnických službách v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách	Negativní stereotypy v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách	A jaké znaky v jeho chování a myšlení, podle Vás, brání, nebo zhoršují spolupráci s ním?

Pramen: vlastní

## 4. 5 Strategie volby výzkumného souboru

Výzkum mapuje situaci v Liberci. Týká se poskytovatelů zdravotních a sociálních služeb na území tohoto města. Výjimku tvoří psychiatrická nemocnice, která nesídlí na území města, nýbrž ve městě Kosmonosy, ale je pro obyvatele Liberce spádová. Na území města, kraje se žádná psychiatrická nemocnice nenachází.

Při tvorbě výzkumného souboru jsem zvolila záměrný výběr vzorku, abych získala relevantní informace ke zkoumané problematice. Ve vzorku by tedy měli být zastoupeni sociální pracovníci a zdravotníci poskytující péči duševně nemocným z Liberce. Použila jsem techniku výběru na základě dobrovolnosti a to tak, že jsem oslovila několik osob z každé organizace a na základě jejich dobrovolného rozhodnutí provedla s informantem rozhovor. *„Účelový výběr nám téměř nikdy neumožní nějakou opravdu širokou generalizaci našich závěrů, ale to neznamená, že tyto závěry nejsou užitečné. Jen nesmíme předstírat jiným, a především ne sobě, že tyto závěry platí pro každého jedince ve vesmíru“ (Disman, 2002, s. 93)*

Jelikož je předmětem výzkumu zhodnocení vzájemné spolupráce mezi dvěma složkami, zdravotní a sociální, které poskytují služby lidem s duševní poruchou, výzkumný soubor se bude skládat ze dvou výběrových souborů.

První výběrový soubor budou tvořit pracovníci z oblasti sociálních služeb a budou hodnotit jejich spolupráci se zdravotními službami.

Druhý výběrový soubor budou tvořit zdravotníci a budou hodnotit jejich spolupráci s pracovníky sociálních služeb.

Výzkumné soubory budou tedy rozděleny podle oboru profese a budou označeny V1 a V2.

V1 – výběrový soubor bude tvořen pracovníky sociálních služeb, budou zastoupené 3 pozice v týmu: vedoucí sociální služby, sociální pracovník a zdravotní sestra.



**Tab. 2** Charakteristika výzkumného souboru V1

<i>Charakteristika informantů</i>						
	<b>SP1</b>	<b>SP2</b>	<b>SP3</b>	<b>SP4</b>	<b>SP5</b>	<b>SP6</b>
<b>Pozice v týmu</b>	vedoucí sociální služby	vedoucí sociální služby	sociální pracovník	sociální pracovník	zdravotní sestra - sociální pracovník	zdravotní sestra - sociální pracovník
<b>Délka praxe v péči o duševně nemocné</b>	12 let	20 let	8 let	2 roky	2 roky	1,5 roku

Pramen: vlastní

V2 – výběrový soubor bude tvořen ze zdravotníků, budou zastoupené kategorie středního a vyššího zdravotnického personálu

**Tab. 3** Charakteristika výzkumného souboru V2

<i>Charakteristika informantů</i>							
	<b>Z1</b>	<b>Z2</b>	<b>Z3</b>	<b>Z4</b>	<b>Z5</b>	<b>Z6</b>	<b>Z7</b>
<b>Zařízení</b>	PO KNL	Psychiatrická ambulance	PO KNL	PO KNL	PN Kosmonosy	Psychiatrická ambulance	PN Kosmonosy
<b>Pracovní pozice</b>	Vyšší zdravotní personál	Vyšší zdravotní personál	Střední zdravotní personál	Střední zdravotní personál	Střední zdravotní personál	Střední zdravotní personál	Vyšší zdravotní personál
<b>Délka praxe v péči o duševně nemocné</b>	3 roky	30 let	2 roky	10 let	12 let	4 roky	11 let

Pramen: vlastní

Při tvorbě tazatelských otázek jsem se zaměřila na funkčnost, respektive nefunkčnost spolupráce v konkrétních případech, které vnímám jako podstatné při vzájemné součinnosti obou složek péče o duševně nemocné. Teoretická východiska těchto případů jsem popsala v teoretické části práce. Jednotlivé otázky jsem směřovala k cílům práce a profesi v otázce jsem měnila podle toho, s kým jsem rozhovor vedla – tedy jestli se zdravotníkem, nebo sociálním pracovníkem. Otázky v interview byly formulované docela konkrétně, přesto se jednalo o otevřené otázky, které poskytovaly prostor na zamyšlení a reflektování vlastní zkušenosti informanta.

Měla jsem připravenou sadu 18 otázek ke každému hlavnímu dílčímu cíli práce 6 otázek, přičemž jsem předpokládala, že v případě vyjasnění daného okruhu problematiky, můžu v rozhovoru použít i doplňující - vyjasňující otázky. Také jsem

byla připravena na to, že informanti nemusí cítit potřebu se vyjadřovat ke všem okruhům spolupráce, nebo že z nějakého důvodu nebudou chtít a opačně, že z rozhovoru můžou vyjít nějaká další témata, která v cílech výzkumu nefigurují.

#### **4. 5 Organizace výzkumu a sběr údajů**

Na začátku výzkumu jsem značný čas věnovala studiu literatury a internetu, abych získala co nejvíce informací o spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami. Překvapilo mne, že tato spolupráce se často v literatuře a dokumentaci o problematice duševního onemocnění zmiňuje, ale také to, že pouze v teoretické rovině. Jak by měla fungovat prakticky, tedy koncepty a metody spolupráce, jsem nikde v odborných zdrojích nenašla. Ostatně tento svůj poznatek jsem již prezentovala v teoretické části práce.

Před samotným sběrem dat jsem si připravila transformační tabulku, kde jsou specifikované cíle práce, indikátory na jejich posouzení a k tomu odpovídající tazatelské otázky. Otázky byly formulované tak, aby reflektovaly funkčnost a nefunkčnost vzájemné spolupráce zdravotních a sociálních služeb ve vytipovaných případech. Použila jsem otevřenou formu otázek, přesto, že byly jasně zaměřené na zjištění požadovaného indikátoru.

Samotné rozhovory jsem uskutečnila v období od února do května 2019. Každý z rozhovorů trval zhruba 45 – 60 minut. Rozhovory probíhaly v prostředí, které si vybrala dotazovaná osoba. V úvodě rozhovoru jsem informantovi vysvětlila jeho účel a vzájemně jsme si ujasňovali probíranou problematiku a jeho roli ve výzkumu – tedy to, že podstatou je jeho vlastní názor, náhled, zkušenost v dané problematice a záměrem rozhovoru je poznat jeho subjektivní mínění, ne teorii, jak by měla spolupráce v ideálním případě fungovat. Také byl každý z informantů seznámen se zajištěním anonymity a s využitím zjištěných výstupů z rozhovoru pouze pro účely diplomové práce. Všichni informanti mi k tomu následně udělili ústní souhlas. Zajímavé v této fázi bylo zjištění, že někteří informanti si skutečně na anonymitě výstupů zakládali a po tomto ubezpečení byli zjevně uvolněnější. Rozhovory jsem se snažila vést podle doporučeného scénáře: tedy zahájení, které má za účel prolomit ledy, průběh, kde se

dostáváme k jádru věci a závěr, kde jsem vyslovila poděkování a nastínila možnost informanta získat výstupy z rozhovoru, případně se k tématu ještě dodatečně vyjádřit.

Při prvních rozhovorech jsem používala explicitně tazatelské otázky z transformační tabulky. Po zhruba třech rozhovorech jsem pochopila, že otázky jsou formulované v celkem dlouhých větách a musím je častokrát položit ještě jednou. Tento fakt měl negativní dopad na plynulost myšlenek informanta a opakovaně se stávalo, že rozhovor kvůli výše zmíněnému začal váznout. Proto jsem v dalších provedených rozhovorech změnila tazatelskou taktiku a ke každé otázce uvedla vzhled do oblasti několika málo větami a již se ptala krátkou otázkou, v čem v této oblasti spolupráce funguje a v čem naopak nefunguje. Podobně to popisuje i Reichel „*je-li třeba, dá se problém přiblížit 2 – 3 stručnými větami a potom položit krátký dotaz (aniž by to celé dorostlo rozsahu eseje)*“ (Reichel, 2009, s. 100).

V průběhu rozhovorů jsem si dělala poznámky, nebo jsem rozhovor nahrávala. Při rozhovorech se zdravotníky jsem volila písemný záznam, jelikož jsem pochopila, že je to pro ně přijatelnější způsob. U sociálních pracovníků nebyl problém s audio záznamem. Tuto skutečnost si vysvětluji především méně formálními vztahy mezi mojí osobou a pracovníky v sociálních službách, jelikož pracujeme v jedné organizaci. Rozhovory se psanými poznámkami jsem přepisovala již v daný den, abych je zaznamenala co nejpodrobněji. Audio nahrávky jsem přepisovala téměř doslovně, s minimální korekcí textu. Přesto rozhovor, který přikládám, jako vzorový do přílohy práce jsem upravila, jelikož obsahoval konkrétní jména klientů a zdravotníků a konkrétní situace ze spolupráce, takže jeho zveřejněním bych porušila ochranu osobních údajů několika osob.

#### **4. 6 Rizikové aspekty zvolené výzkumné strategie**

Rizika, která z výzkumu vplynula, byla již naznačena v předešlých kapitolách praktické části. První riziko vnímám ve zvolení informantů do výběrových souborů. Informanti do souboru byli vybíráni účelovým výběrem, abych zabezpečila reprezentaci obou zkoumaných skupin a všech zkoumaných organizací. Oslovila jsem více lidí z každé organizace, ale rozhovor mi poskytla pouze malá část oslovených. Tedy výběrový soubor byt tvořen z informantů, kteří byli k dispozici a byli ochotni rozhovor

poskytnout. U takto vytvořeného výběrového souboru nemůžeme hovořit o reprezentativitě směrem k základnímu souboru. Navíc u dobrovolných informantů hrozí riziko zkreslení a to, že ke zkoumanému tématu mají nějaký osobní vztah, nějakým způsobem se jich dotýká a nenechává je lhostejnými, tím je zase ohrožena reprezentativita získaných výstupů z rozhovorů.

Druhým rizikem se v průběhu sběru dat ukázala tvorba otázek. Při prvních rozhovorech se ukázalo, že otázky jsou zbytečně dlouhé a tím se pro informanty stávají méně pochopitelné. To bylo v průběhu výzkumu změněné a styl rozhovoru byl upravený. Ale v případě prvních třech rozhovorů mohly být výstupy od informantů tímto ovlivněné.

Třetí riziko v řadě vnímám opět v sestavení vzorku. Výběrový soubor zdravotníků měl ke mně jako k tazateli mnohem formálnější vztah, než výběrový soubor sociálních pracovníků, kteří jsou vesměs mými kolegy. Myslím si, že formálnost a neformálnost vztahu s informantem má také vliv na získávání informací. Nicméně tuto skutečnost nemám nijak ve výzkumu podloženou, jenom jí reflektuji z průběhu provedených rozhovorů.

Čtvrté riziko, které mohlo mít vliv na výsledky výzkumu je při zaznamenávání rozhovorů. Jak jsem výše zmiňovala, ne všechny rozhovory s respondenty jsem zvukově zaznamenávala. Některé jsem přepisovala s časovým odstupem i několik hodin. Tu se mohlo stát, že jsem nějakou skutečnost z rozhovoru opomněla.

A poslední a snad i největší riziko vnímám ve své osobě, jako osobě tazatele i výzkumníka a to ve dvou rovinách. Jako první rovina může být moje nezkušenost při provádění tazatelského rozhovoru. Mohlo se třeba stát, že jsem nereflektovala všechny podněty od informantů. Možná jsem nevedla rozhovor dostatečně profesionálně, abych se dostala do hloubky a problematiku rozebrala ve všech dimenzích. S jistotou to nedokážu posoudit. Riziko mé nezkušenosti jako výzkumníka se může také projevit při analýze a zpracování získaných dat. Druhá rovina plyne z mé zaangażovanosti do problematiky. Jelikož jsem sociální pracovnice pracující v sociálních službách pro duševně nemocné, může mít můj postoj k vzájemné spolupráci se zdravotníky vliv na interpretaci získaných dat. Také se tento postoj může zrcadlit při rozhovorech s informanty. Nicméně hned na začátku sběru dat jsem si tuto skutečnost uvědomovala a snažila se s ní pracovat, tak aby moje subjektivní zkušenosti a názory neměly vliv na prováděný výzkum.

## 5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

V této části práce se budu věnovat už přímo získaným údajům, přičemž rozhovory s informanty byly vedeny tak, aby sledovaly hlavní cíl a vedlejší cíle práce. Údaje z interview budu následně analyzovat a interpretovat. Analýza a interpretace dat je podmíněna zvolenému druhu výzkumu. Odpovědi tázaných byly zaznamenávány, potom kódovány a následně členěny do předem určených tříd, tedy k jednotlivým odpovědím byly přiřazené indikátory pro posouzení vztahující se k dílčím cílům výzkumu a to za pomoci metody tematické analýzy. Nejdříve k dílčím cílům práce uvedu výňatky z odpovědí informantů, potom se pokusím odpovědi za pomoci syntézy shrnout a vyslovit určité závěry, postřehy, případně doporučení pro praxi. „*U kvantitativních zkoumání je ovšem užitečné (přehledné a jednoznačné) nejprve prezentovat samotné výsledky, v jejich úplnosti a zcela objektivně, a teprve pak k nim vyslovit své vlastní závěry, názory, přesvědčení, domněnky, doporučení ad.*“ (Reichel, 2009, s. 169)

### **5. 1 DVC 1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci v oblasti poskytování služeb klientům/pacientům**

Základem pro každou dobrou spolupráci je komunikace dotčených subjektů. Komunikace by měla být pravidelná, efektivní a zaměřená na řešení. Právě na zhodnocení vzájemné komunikace mezi pracovníky sociálních a zdravotních služeb se zaměřuje první dílčí cíl. Mapuje situaci ve vytipovaných oblastech komunikace. Tyto oblasti jsou vymezené v dílčích cílech druhého řádu a indikátorem posouzení je funkčnost respektive nefunkčnost spolupráce v těchto oblastech.

#### **DVC 1.1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci při předávání informací o klientech/pacientech**

Z odpovědí informantek z řad sociálních pracovníků vyplynulo, že **není možné celkem oddělit oblasti, ve kterých komunikace funguje a ve kterých naopak nefunguje.** V odpovědích se překrývala funkčnost i nefunkčnost komunikace v konkrétních případech, tedy že, v té samé situaci je někde komunikace funkční, jinde ne.

**Funkčnost komunikace** vnímají všechny informantky z profese sociální pracovnice především v tom, že **vůbec nějaká komunikace existuje** a zdůrazňují to především pracovnice, které pracují v profesi již delší dobu, jako například SP 1 *„Ale musím zhodnotit, že od dob, kdy jsem v této práci začínala, se situace zlepšila. Kdysi s námi psychiatři nekomunikovali vůbec, nepovažovali nás za partnery.“* Jinými slovy, **všechny informantky popsaly, že v případě potřeby komunikovat s doktorem, je tato komunikace možná**, příkladem je výpověď SP 4 *„já jsem zase až tolikrát se zdravotníky nekomunikovala, ale vždycky když jsem se s nimi bavila, tak bych řekla, že byli vstřícní. Já mám zkušenosti, že mně neodpálkují.“* a výpověď SP 2 *„Výměna základních informací o zdravotním stavu, jako například dotaz na léky, termíny kontrol, zdravotní komplikace, chování klienta v sociální službě, léčebný postup a užívání léků, v přítomnosti klienta/pacienta probíhá u všech lékařů, kteří mě už znají a vědí, proč naše klienty doprovázím.“*

SP 3, SP 5, SP 4 se shodují, že **funkčnost a zároveň nefunkčnost komunikace se také váže na osobnost doktora**. To znamená, jestli je zdravotník ochotný brát v potaz to, co mu sociální pracovník říká a jestli je ochotný tyto informace zohlednit při práci s pacientem, významně záleží od nastavení a zamýšlení samotného zdravotníka. Přesně to popisuje SP 5 *„funguje to u doktorů, kteří jsou vstřícní a chtějí spolupracovat, tak tam to předávání je skvělé, ale tam kde není ochota, tak se se mnou nebudou bavit i když budu stokrát tvrdit, že jsem zdravotní sestra.“* Toto potvrzuje také SP 2 *„Jsou lékaři, kteří se mě jako doprovodu na nic neptají a ani mi nic nesdělují. V některých situacích jsou i velmi neochotní se domluvit na postupu například při hospitalizaci, kdy o ni klient/pacient požádá.“*

Dále se **funkčnost komunikace váže na osobnost sociálního pracovníka**, tedy jak je schopný se zdravotníky mluvit a jakou pozici a taktiku při vzájemné komunikaci zvolí. To potvrdily informantky SP 1, SP 4, SP 6. SP 1 například říká *„jinak v této oblasti si cením pracovní pozice zdravotní sestry, která je členkou týmu a která je naším komunikátorem v této oblasti a je v tom fakt dobrá.“* Sama za sebe to popisuje SP 6 *„jako za sebe musím říct, že kamkoli jdu, nebo telefonuju, tak se představím jako zdravotní sestra, takže to je první aspekt, že ti to trochu otevře dveře, že vědí, že mluvím, jakoby s kolegou, v uvozovkách, takže pak je to jednodušší a to co potřebuji, tak více měně mám.“*

Ještě informantky vzpomínaly skutečnost, **že úroveň komunikace závisí od zařízení, ve kterém zdravotník pracuje.** Nejlépe sociální pracovnice hodnotily spolupráci s PN Kosmonosy, následovalo PO KNL, kde se intenzivnější spolupráce navazuje a pak následovaly ambulance praktických, nebo psychiatrických doktorů, právě tak to shrnuje SP 1 *„dobře komunikují Kosmonosy, tam to jde celkem dobře, trochu to vážne na zdejší psychiatrii a ambulantní psychiatři, to není žádná velká sláva, je jich málo, jsou přepracovaní a ne moc ochotní“*

Všechny informantky také reflektovaly **pravidelnost komunikace.** V tomto případě můžeme mluvit o **funkčnosti a nefunkčnosti v té samé situaci.** Informantky vyhodnotily, že pravidelnost komunikace **funguje jenom s PN Kosmonosy,** i když se nastavuje také s PO KNL, ale tam je to zatím v začátcích. Pravidelná komunikace neprobíhá s obvodními praktickými lékaři a psychiatry. Popis spolupráce s PN Kosmonosy uvádí ve své výpovědi SP 6 *„Pravidelnost? Jakože bychom měli jednou za čas schůzku s psychiatrem a mluvili o situaci našich klientů a jeho pacientů? Tak to vůbec ne! I když vlastně v Kosmonosech to funguje. Tam máme jednou měsíčně schůzky s personálem oddělení, dokonce je tam i primář, a tam si vyměňujeme informace o tom, kterého klienta máme kontaktovat, protože potřebuje sociální službu, nebo navrhujeme řešení situace pro lidi, kteří se nemají kam vrátit.“* Komunikace v případě potřeby popisuje SP 4 *„potkáváme se, když je třeba, není to pravidelné“* a obdobně i SP 5, která ale dodává, **že ani v případě potřeby to nemusí fungovat** SP 5 *„jakože bychom se scházeli pravidelně, to se nescházím s nikým, scházím se s nimi, když potřebuju. Ale jsou doktoři, se kterými se scházím častěji a ti už mně znaj a tam to funguje a jsou doktoři, kteří mně vidí poprvé, a tam to o ničem není“.*

**Nefunkčnost komunikace** vidí informantky především v tom, že **zdravotníci sami od sebe téměř sociální pracovnice nekontaktují.** Tedy, stává se málokdy, že zdravotník zavolá sociální pracovníci, aby ji informoval třeba o zhoršeném stavu pacienta/klienta, nebo že by chtěl od sociální pracovnice získat nějaké informace o pacientovi. V rozhovorech to potvrdily SP 1, SP 2, SP 3, SP 5. Tak například SP 3 *„když s nimi hovořím, tak oni reagují, ale oni sami, neosloví, neozvou se. Oni nějakou neřeší situaci s náma, my se snažíme řešit situaci s nimi, ale potom aby oni zavolali jako první, to nezvolaj.“* Informantka SP 2 k tomu ještě dodává, že je to často potřebné, aby je zdravotník kontaktoval jako první SP 2 *„lékař mi nikdy nezavolá, nebo si mě ani nepozve do ordinace, když klienta doprovázím, aby se něco ode mě dověděl a přitom by*

*to bylo tolikrát potřebné, hlavně u problematických klientů. Abychom prostě na to nebyli sami.“*

Také informantky SP 2, SP 3, SP 5 chápou **nefunkčnost spolupráce** v tom, **že je zdravotníci vnímají jako pečovatelky**, ne jako podpůrce pro nemocného, ne jako partnera pro spolupráci na zlepšení a stabilizaci zdravotního stavu pacienta/klienta. Vadí jim, že **lékaři neberou za partnery ani samotné pacienty**. Informantka SP 5 popisuje s čím se v ordinaci lékařů setkává SP 5 *„takže vy dohlídnete na ty léky? Takže vy ho tam doprovodíte?“* Informantka SP 2 tuto skutečnost reflektuje i z pohledu pacienta/klienta SP 2 *„Někteří doktoři využívají toho, že klienta doprovázím a místo s klientem chtějí jednat se mnou. Klientovi dávají najevo, že je nekompetentní a informace je nutné předávat někomu, s kým se domluví. Při jednáních neberou ohled na to, jak se klient/pacient v dané situaci cítí a zdali těm informacím vůbec rozumí.“*

Jedna informantka SP 1 mluví o tom, že **vyměňování informací** se zdravotníky je v dnešní době i docela **problematické vzhledem k ochraně osobních údajů a GDPR**, když říká SP 1 *„v současné době trochu zápasíme s GDPR“*

Reakce informantek z řad zdravotníků **byly více optimistické a zaměřovaly se většinou na stránku funkčnosti**. I když některé z informantek odpovídaly, že **vlastně nemají až tolik zkušeností v jednání se sociálními pracovníky**, to byly informantky Z 1 a Z 3.

To, že **vzájemná komunikace** se sociálními pracovníky při předávání informací o klientech/pacientech **funguje**, reflektovaly informantky Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 6, Z 7. Příkladem je odpověď Z 6 *„Funguje a funguje to tak, že povětšinou dochází ten sociální pracovník k nám do ordinace a individuálně ke každému klientovi my se domlouváme na další schůzce a o tom co je vlastně u něj potřeba udělat, eventuálně jestli je ho potřeba více hlídat a v jakých případech dozorovat.“* Obdobně to vidí Z 2, která ale dodává, že **informace nesdílí u každého svého pacienta, který spolupracuje se sociálními službami**. Z 2 *„V případě, že je potřeba si nějaké informace říct, vzájemná komunikace funguje. Je pravda, že z důvodu pracovní vytíženosti, kterou v ambulanci mám, nepátrám po informacích u všech pacientů, kteří spolupracují se sociálními službami.“*

Informantka Z 4 ještě ke své odpovědi dodává, že jí **vyhovuje, když spolupracuje s jednou kontaktní osobou** z organizace sociálních služeb. Z 4 *„Vyhovuje mi jedna*



*osoba, dřív, při komunikaci s Fokusem byla hodně velká výměna lidí, já sem si na někoho zvykla a on skončil.“*

**Nefunkčnost komunikace** vnímala především informantka Z 3 *„Při předávání informací myslím si, že v Liberci to vůbec nefunguje, není tam ani nějaká moc dobrá vůle aby to fungovalo, každý si jede to své a myslím si, že o Fokusu nemají jakoby moc informací, co poskytují za služby, s čím by mohli pomoci a ty sestry si jedou jen to zdravotní, jo, oni k tomu vůbec nejsou vedeny, aby předávaly nějaké informace.“*

**Z odpovědí informantek nevyplývá jednoznačná oblast, ve které by to nefungovalo.** Informantky Z 1, Z 4, Z 6, Z 7 **nenapadlo nic, co by nefungovalo.** Informantka Z 5 reagovala **na cílové skupiny sociálních služeb, že nefunkčnost komunikace** vidí v tom, že **nemůže pomoci celému spektru pacientů, které ošetřují** Z 5 *“Nefunguje.... možná někdy nabízíme i pacienty, kteří nejsou jako jejich cílová skupina, na to nás upozorní, ale i těm lidem chceme pomoci,.....mělo by se rozšířit to spektrum služeb.“* Informantka Z 2 zase vnímá, **že si někdy sociální pracovník myslí, že ona jako lékař zmůže vše** Z 2 *„Taky se někdy stane, že máme jiný názor na stav pacienta, případně na užívání medikace. Pracovník si myslí, že já jako lékař můžu všechno změnit.....“*

**DVC 1.2: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci komunikaci při zabezpečování následných služeb pro klienty/pacienty**

**Funkčnost komunikace při zabezpečování následných služeb** informantky z řad sociálních pracovníků reflektovaly **velmi málo.** Tedy, že situace řešení následných služeb se zdravotníky se **vyskytuje** v jejich praxi **pouze okrajově, jenom** když potřebují **potvrdit žádosti** třeba do domova s pečovatelskou službou, nebo domova se zvláštním režimem, případně zabezpečit domácí zdravotní službu pro somaticky omezeného klienta.

Informantky SP 1 a SP 3 říkaly o tom, že to **funguje pouze s PN Kosmonosy.** Důvodem je především to, že nemocnice musí řešit, kam se pacient po propuštění vrátí. Tedy z nemocnice **nemůže být propuštěn na „ulici“.** Musí se vrátit, buď tam odkud byl hospitalizovaný, a když to nejde, musí se mu zabezpečit jiné bydlení. Tuto realitu vykresluje SP 3 *„Funguje to jedině s Kosmonosami protože oni potřebují toho klienta někam umístit, protože by ho neměli kam propustit. Koho nemají kam propustit, tak tam*

*se to intenzivně řeší.*“ Informantka SP 1 odpověděla, že takto vzájemná komunikace se navazuje i s PO KNL, ale zatím to nefunguje, tak jak by mělo SP 1 *„tady fungují nejlépe Kosmonosy, s psychiatrií v Liberci se to teprve rozjíždí, ale zrovna včera nám volali, že chtějí pouštět klientku a ať jí okamžitě zajistíme služby a k čemu tedy prý jsme, když to neumíme.... ale, že potřebujeme také trochu času a že to nejde tak rychle? To nějak nereflktují.*“ Tyto informantky pravidelně jezdí na schůzky do PN Kosmonosy.

Ostatní tázané, ale i SP 3 mimo spolupráce s PN Kosmonosy, mluvily **spíše** v tom smyslu, **že to nefunguje**. V praxi je **téměř nikdy neosloví zdravotník**, aby s nimi řešil následné služby pro pacienta. Tedy, že by zkontaktoval zdravotník sociálního pracovníka, aby pacientovi/klientovi pomohl zabezpečit třeba chráněné bydlení, nebo službu sociálně terapeutické dílny pro jeho aktivizaci, se v praxi téměř neděje. To, že to nenavrhne lékař zmiňovala SP 5 *„Ne nikdy to doktor nenavrhne. Vždycky to musí být z naší hlavy a musíme mu to třeba říct“* a také SP 3 *„je to málo, hrozně málo co po nás něco takového chtěj.“* Informantka také dodala, že lékaři s nechtíví vyplňují žádosti, které jim sociální pracovník doporučí SP 2 *„Lékaři nejsou zrovna moc ochotní vyplňovat formuláře, které je potřeba dokládat při žádostech do jiných pobytových zařízení. Stěžují si na zahlcování administrativou, nezeptají se ani klíčového pracovníka na jeho sociální pohled“*

SP 5 a SP 6, jakožto zdravotní sestry, se shodly v tom, že vlastně **obvodní lékař kolikrát nemá o pacientovi/klientovi dostatek informací** a to z důvodů, že buď nově nastoupil do jeho péče, nebo duševně nemocní lidé moc k obvodnímu lékaři nechodí. Následné služby jako domov s pečovatelskou službou, nebo domácí zdravotní péči musí potvrzovat a doporučovat právě obvodní lékař. To, že je vlastně lékař v nevýhodě při zabezpečování následných služeb popsala SP 5 *„On je závislý na tom co já mu řeknu víceméně. Co mu o tom klientovi řeknu já, to on tam napíše. Protože on nemá jiné podklady, bohužel.“* A další informantka dodává, že vlastně ani ona sama s řešením následných služeb nemá tolik zkušeností, protože SP 6 *„Nemám s tím moc zkušeností, protože většina klientů moc k obvodnímu lékaři nechodí. Takže, když má něco napsat, vlastně nemá podklady, protože toho klienta vlastně nezná.“*

SP 6 také často vzpomínala, že se se musela v působení v oblasti sociální práce naučit respektovat **přání klienta neinformovat doktora**, protože tady se na to klade velký důraz: SP 6 *„mluvím s lékařem, když klient chce. V tom sociální musím respektovat přání klienta, a když on nechce, tak lékaři nevolám.“*

Také informantky z řad zdravotníků v této oblasti nemají s komunikací ze sociálními pracovníky velké zkušenosti. To, že tuto oblast pro pacienty nezabezpečují, reflektovaly Z 1, Z 2, Z 3, Z 6, čehož příkladem jsou výpovědi Z 2 „Při zabezpečování následných služeb pro pacienty se sociálními pracovníky téměř nespolupracuji. Důvodem je především moje pracovní vytížení a také to, že se zatím žádný pracovník na mne s tím neobrátil.“ Obdobně Z 6 „Tohle to mi bohužel nezajišťujeme a nejsme schopni to zajistit. My můžeme maximálně doporučit nějakou sociální službu, ale sledovat jejich sociální zázemí, to už bohužel není v našich silách.“

Jinak reagovaly pracovnice PN Kosmonosy, které právě následné služby pro pacienty musí řešit. Takto to popisuje Z 7 „My spolupracujeme s organizacemi sociálních služeb především na tom, že potřebujeme zabezpečit následné služby pro pacienta, který u nás ukončí hospitalizaci. Snažíme se o to, abychom pacienta nepropustili domů bez navázané další péče, když si myslíme, že to pacient potřebuje.“ A Z 5 to potvrzuje „My když pacienta propouštíme, že ta spolupráce je navázaná, i nahlásíme to, že pacienta propouštíme, aby ho mohli kontaktovat doma.“, ale zároveň dodává, že někdy je problém na straně pacienta/klienta, když o služby nestojí Z 5 „.....ta spolupráce se naváže pak ty lidi slíbí, že budou spolupracovat a nechtějí potom oni, ztroskotá to potom na nich.“

Také informantka Z 4 vnímá ze své zkušenosti, že v případě potřeby komunikace při zabezpečení následných služeb funguje Z 4 „Já když jsem potřebovala někoho k vám navázat, nebo prostě dostat, tak jsem měla to štěstí, že pokaždé jste měli v té službě volné místo.“ Současně ale hovoří, že Z 5 „Někdy na to ale není čas a pacient odejde dřív, než se nějaká spolupráce naváže.“

Nefunkčnost komunikace popisují pouze Z 5 a Z 7, jelikož mají zkušenosti v této oblasti. Z 5 vidí zádrhel při předávání zpětné vazby, protože neví na koho se má pro získání informací obrátit Z 5 „občas problém, když se mění ti pracovníci v sociálních službách, tak mi třeba nahlásíme při ty pravidelné schůzce, že pro určitého pacienta potřebujeme to a to, za měsíc bychom rádi věděli, jaký teda byl postup a oni nám řeknou, že nevědí, že to není jejich pacient, že je někoho jiného, takže občas to vázne na tom, že nevíme na koho se obrátit.“ To informantka Z 7 vnímá problém spíše v nedostatečné kapacitě sociálních služeb, když říká Z 7 „v tom, že nemají vždy volné kapacity na pacienta, kterého potřebujeme vyřešit, Pak, to zůstává jenom na nás, ale co my s tím pak dál máme dělat?“

### **DVC 1.3: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemnou komunikaci při komplexním řešení situace klienta/pacienta**

Všeobecně k této otázce sociální pracovnice **odpovídaly docela rozpačitě**, bylo vidět, že v této oblasti **nemají zkušenosti** a že je **samotné vlastně ani nenapadlo** s lékařem klienta **komunikovat o komplexním řešení** situace v klientově životě.

To, že v této sféře **nějaká komunikace funguje**, popisovaly pouze informantky SP 1, SP 2 a SP 4, jenomže **výhradně na jednotlivých případech**. Podle odpovědí se v této oblasti **nejedná o pravidelnou, častou komunikaci**. Příkladem toho je výpověď SP 1 *„jedna obvodní lékařka s námi spolupracovala aktivně ohledně paní – sběratelky, kdy bylo potřeba zajistit hospitalizaci a různé lékařské prohlídky, ta byla fakt dobrá, jinak nemám žádné pozitivní zkušenosti.“* Informantka SP 4 má obdobou zkušenost zase s ambulantní psychiatrickou SP 4 *„a tam jsme se o ní bavily společně a radily, co jak dělat, ono to bylo nakonec stejně jinak, protože paní to nedodržovala.“*

Fakt, že v této oblasti **komunikace nefunguje**, reflektovaly informantky SP 2, SP 3 a SP 5. Tedy, že **komplexně situaci klienta s lékařem neřeší**. Dokládá to výpověď SP 2 *„doktory to vůbec nezajímá, nějaké komplexní řešení..... nemají na to čas....jsou rádi, když to řešit nemusí a děláme to my.“* Podobně SP 3 *„ne vůbec neřeším. Já nevím, jestli to chtějí řešit, ani na to nějak nechtěj...., že oni nemluvej ze soc. pracovníky, pokud to nevyžádáme my, jinak, aby nás oslovili a zeptali se, jestli ten klient má nějaké zázemí, nebo co se tam děje. Museli bychom si vyžádat nějakou schůzku a jde o to, jestli by byl doktor ochoten s námi vůbec mluvit.“*

Informantka SP 6 k této oblasti zaujala **neutrální postoj, protože to ve své praxi neřešila**.

Informantky z řad zdravotníků popsaly problematiku komplexní řešení pro pacienta v součinnosti ze sociálním pracovníkem následovně: Informantky Z 1 a Z 3 odpovídaly, že to **neřeší**, protože na **oddělení mají zdravotně sociálního pracovníka, který je za to odpovědný** Z 1 *„Pro řešení sociální stránky máme u nás na oddělení zdravotně sociálního pracovníka. Samozřejmě, že i my lékaři přihlížíme na celkovou situaci pacienta, ale řešení je na tom pracovníkovi, který nám případně podá zprávu.“* A Z 3 *„Zdravotní sestry dělají jenom zdravotní věci, sociální pracovnice dělá svoji práci.“*

Informantky Z 2 a Z 6 to **také neřeší**, protože na to **nemají časové kapacity** Z 2 „*Nechci, aby to vyznělo jako výmluva, ale když máte na jednoho pacienta 20 a míň minut, tak se komplexně nedá řešit téměř nic.*“ A podobně Z 6 „*Řešíme spíše tu zdravotní stránku, tu sociální stránku necháváme na sociálních pracovnících, nebo na magistrátu a podobně. Z časových důvodů sociální stránku už nezvládáme.*“

**Naopak** informantky Z 5 a Z 7 říkaly, že **podle nich to funguje dobře**, že mají v této oblasti již **dlouholetou spolupráci se sociálními službami**, se kterými se **pravidelně scházejí** Z 5 „*Právě že jsou dobré ty pravidelné schůzky, tam se hodně vyřeší.*“ Z 7 to vyjádřila následovně Z 7 „*Vždy se snažíme na situaci pacienta pohlížet komplexně, vždyť proto spolupracuje s vámi. Tedy pokud okolí pacienta nefunguje a pacient se nemá kam vrátit, hledáme pro něho řešení.*“

Informantka Z 5 jako jediná reagovala **také na nefunkčnost komunikace** a vidí jí v **nedostatečné zpětné vazbě od sociálních pracovníků** Z 5 „*Akorát že možná taky, že třeba my toho pacienta nabídneme, oni za ním přijedou, i s ním mluví, i se na něčem domluví, ale já bych chtěla zpětnou vazbu. Protože já často nevím, na čem se dohodli, jaká bude další spolupráce.*“

## **5. 2 DVC 2: Zjistit jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci spolupráci při zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta**

Vzájemná spolupráce zdravotních a sociálních služeb má vést k účinnější podpoře pacienta/klienta v jeho procesu zotavení. Spolupráce by měla být zaměřená na zvýšení kvality pacientova/klientova života, na prevenci a včasný zásah při zhoršení zdravotního stavu.

### **DVC 2.1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta/pacienta**

Ze sociálních pracovníků **fungování spolupráce** při předávání informací o pacientech/klientech se zdravotníky vnímaly pouze informantky SP 2 a SP 4 a to tak, že když **lékař** převezme informaci o zhoršeném stavu pacienta/klienta, **snaží se alespoň upravit medikaci**. Informantka SP 2 dále toto rozvádí i při spolupráci s PN

**Kosmonosy**, kde jí vyjdou vstříc i **při zabezpečení rehabilitačního pobytu** pro pacienta/klienta, říká SP 2 „Z mého pohledu se snažíme s klienty i s jejich psychiatry jednat, když považujeme klientův stav za zhoršený. Lékaři se to snaží řešit většinou změnou medikace. Celkem dobře funguje domluva s PN Kosmonosy ohledně dobrovolné hospitalizace skrze rehabilitační pobyt.“ Informantka SP 4 popisuje pozitivní zkušenost s ambulantní psychiatrickou

SP 4 „Když je zhoršený stav, když se nám klient nezdá....tak kolegyně (zdravotní sestra) zavolá psychiatricku a ona něco poradí, tak ho třeba přivezte, no to ještě dobrý, nebo zkuste mu navýšit nějaký lék, a když se to zlepší, je to ok, když se to zhorší, je to problém, pak přijedete.“

Informantky SP 1, SP 3, SP 5 a SP 6 popisovali situaci, že to **spíše nefunguje**. Důvodem je především to, že **lékař také nemá možnost řešit situaci, když pacient/klient nechce**, ale **lékaři také nevyvíjejí snahu, aby** nějakým způsobem pacienta/klienta **motivovali, nebo intervenovali**, aby chtěl. **Většinou čekají, až se stav zhorší natolik, že nebude jiná možnost, než hospitalizace**. Toto potvrzuje SP 1 „většinou situace nejde moc řešit, protože je vyhodnocena jako životu neohrožující, takže když informujeme lékaře, že je klient zhoršený, řeknou nám, že nemůžou nic dělat, že se musí počkat, až to bude ještě horší.“ Velice podobně se vyjadřuje SP 5 „Vyslyší si informaci a pak řeknou, že bohužel a ani to ne....až bude tak špatnej, tak ho nechte odvést sanitkou. Takže až se nebude moc bránit, tak zavolejte sanitku – takhle přesně mi to řekli.“

**Spolupráce** v tomto případě **funguje pouze na předání a přijetí informace** od sociálního pracovníka lékaři, ale nic dalšího dále nenásleduje, takto to popisuje SP 5 „Prostě tam, žádná zpětná vazba .... Snaha o pomoc, o radu, ne nic, nic. Není spolupráce, není, vždycky jsem si to musela vyřídit sama.“ Informantka SP 6 k tomu dodává, že lékaři ani **nevědí** o tom, že by mohli v případě **zhoršeného zdravotního stavu se sociálním pracovníkem spolupracovat** SP 6 „řekl, dovezte ho, klient odmítá, nemohli jsme ho dovést. Když zavoláme my ... klient je zhoršený, v rámci svých možností - ty tu informaci předáš, on jí přijme. Myslím, že oni ani nevědí, že ..oni to řeší právě po zdravotnu, tak je zhoršený, tak mu změním léky, pošle ho do nemocnice, pak ani nevědí, že můžou kontaktovat tebe a ptát se... tak to nikdo nezavolá.“ Informatka SP 3 reflektuje také fakt, že s někým se domluví a s někým ne a též možnost zapojení obvodního lékaře. SP 3 „Když je nějaký klient zhoršený, tak se snažíme o tom

*informovat psychiatra ambulantního, ale to je taky o přístupu, s někým se i domluvíme, že ho bude hospitalizovat. Někdy to honíme přes obvodního lékaře, než přes psychiatra. Protože ten jako.... Asi ta váha potom obvodního lékaře a psychiatra tak je to zase taky něco jiného, že ti lékaři by mezi sebou dejme tomu mohli komunikovat, že na to třeba i některý slyší. Ale s námi, že by to chtěli řešit, to vůbec nechtějí řešit.“*

Z odpovědí informantek ze zdravotnické profese vyplynulo, že **předávání informací** o zhoršeném zdravotním stavu mezi nimi a sociálními pracovníky **funguje**. Na tom se **shodly téměř všechny** Z 1, Z 2, Z 4, Z 5, Z 6, Z 7. Příkladem jsou výpovědi Z 2 „*Stává se pravidlem, že sociální pracovník mne informuje o zhoršeném stavu pacienta. A někdy je to i naopak. Takže předávání funguje.*“ Podobně to popisuje i Z 6 a ještě to dál rozvádí na konkrétní spolupráci Z 6 „*Takže tam to funguje velice dobře, protože tam povětšinou upozorní, to znamená, že mi okamžitě uděláme kontrolu u tohoto pacienta a vlastně je potom potřeba zajistit to, aby ten dotyčný pacient bral léky, tak jak má a čekáme třeba týden, jestli se zdravotní stav upraví a jsme neustále na telefonu a ve vzájemném kontaktu. Eventuálně zajistíme hospitalizaci, kdy je potřeba.*“

Zajímavé bylo vyjádření informantky Z 5, když k této otázce rozvinula myšlenku, že sdílí názor, **jakože hospitalizací neubude, naopak přibude**. Důvodem je včasný záchyt zhoršeného stavu nemocného v terénu, díky terénním službám, kdy hospitalizace bude potřebná a nebude stačit podpora v přirozeném prostředí pacienta. Z 5 „*Protože se říkalo, že když bude dobrá návaznost služeb, že se sníží počet hospitalizací, ale já si myslím, že kolikrát ještě těch hospitalizací u nich přibude, protože v tom terénu se zachytí, že ten jejich stav se zhoršil, že už třeba nestačí jenom návštěva psychiatra a je zase ho potřeba hospitalizovat, tím, že je hlídáný v tom terénu. ...ale budou takový, že to nebude jako, když už se něco stane, s prominutím, když už se stane průšvih.*“

Informantka Z 3 reflektovala pouze **nefunkčnost spolupráce**, protože **zdravotní sestry v nemocnici řeší pouze zdravotní věci** a ani **nevědí, co sociální služby nabízí**. Z 3 „*Z pozice zdravotní sestry to nefunguje, protože sestra řeší pouze zdravotní věci..... řadové sestry ani nevědí, co návazné sociální služby nabízejí. Když nic nevědí, tak vlastně ani nemůžou sociální služby využívat*“ a dále dodává, **že je to věc vedení a ne řadových sester komunikovat se sociálními pracovníky**.

## **DVC 2.2: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci sjednocení postupu práce při řešení zhoršeného zdravotního stavu klienta/pacienta**

V této oblasti spolupráce informantky z řad sociálních pracovníků SP 3 a SP 4 znovu mluvily o tom, že **úroveň spolupráce závisí od konkrétního lékaře**. Tedy, že s některým lékařem se domluví, s jiným ne. Dobrou a špatnou zkušenost popisuje SP 4 „*Tam se vlastně prohodil její stav, rodinný poměry.....tam jsme se dohodly a pak byla domluvena ta hospitalizace. Že budeme za ní jezdit každý den a bude se to hodně monitorovat. Pak je třeba jiný psychiatr, kterému je to šumák, který Ti řekne: já mám plnou čekárnu, tady má léky....a tím skončí.*“ Podobně SP 3 „*To si myslím, že je u každého lékaře úplně jiný. U někoho si ani neumím představit, že bych nějaký plán mohla vybudovat a u někoho jo, jako.*“

Informantky SP 1, SP 2, SP 5 a SP 6 se vyjadřovaly v tomto případě spíše o nefunkčnosti. **Ale každá uvedla jiný důvod, proč spolupráce při sjednoceném postupu nefunguje**. SP 1 vnímá, že **pochybení je i na straně sociálních pracovníků, protože neexistují jednotné postupy** a „*situace se mnohdy řeší hodně chaoticky a nárazově.*“ SP 2 mluvila o tom, že **někteří zdravotníci nepovažují sociální pracovníky za partnery** a nemají zájem o vytváření jednotných postupů. „*Celkový přístup lékařů ohledně spolupráce, plánování, domluvy či hodnocení stavu klienta/pacienta moc nefunguje. Někteří lékaři nepovažují klíčového pracovníka za dostatečně kompetentní osobu, se kterou mohou jednat o zhoršeném zdravotním stavu klienta/pacienta.*“

SP 5 hovořila o tom, že když klienta **nemůže k doktorovi osobně doprovodit** a snaží se **řešit** situaci alespoň **telefonicky**, nic se nestane a **nic se nevyřeší**. „*Vím, že v ten den má kontrolu, tak já tam zavolám, řeknu sví, co potřebuji vyřešit a když se klient vrátí, zjistím, že se vůbec nic neřešilo.*“ SP 6 popisovala, že v daném případě **neexistuje jednotný postup, protože klient má svoje práva**. „*Tam je to, že klient má svoje práva a pokud není omezený, na to, že o tom zdraví bude rozhodovat někdo jiný, tak nemá šanci, tak jeho zdraví nemůže řešit někdo další.*“

Zdravotnice **tuhle oblast hodnotily různě**. Na tom, že **funguje sjednocený postup** při zhoršeném stavu pacienta/klienta mezi nimi a sociálními pracovníky **se shodly Z 2, Z 4, Z 6 a Z 7, ale každá to hodnotila z jiného úhlu pohledu**. Z 2 a Z 6 mluvily o tom, že



**když už informaci o zhoršeném stavu od sociálního pracovníka převezmou, snaží se s tím pracovníkem domluvit na tom, co kdo může udělat** Z 2 *„Když už spolu komunikujeme o zhoršeném stavu pacienta, samozřejmě si povíme, která strana co může udělat. Vždy je lepší, má-li lékař podporu pacientova okolí a není na řešení pacientovi situace sám...“* a informantka Z 6 popsala průběh spolupráce Z 6 *„...je nasazena původní medikace, nebo nová medikace a oni nám volají povětšinou je to třeba i denně pokud ten zdravotní stav je špatný a konzultují s lékařem zdravotní stav dotyčného pacienta. Pokud se ten stav neupraví, je domluvena hospitalizace.“*

Informantka Z 4 **spolupráci již teď hodnotí dobře**, ale dodává, že v této oblasti vidí **další zlepšení do budoucna**, když nemocnice v Liberci bude po rekonstrukci psychiatrického oddělení a nově na něm **přibude denní stacionář** Z 4 *„Já si myslím, že to bude právě perfektní v budoucnu, když budeme mít denní stacionáře. Těším se na to, že se to může taky někam posunout a může to být pro ty lidi dobré.“*

Informantka Z 7 tuto **spolupráci vztahuje ke svému působišti**, tedy PN Kosmonosy a říká Z 7 *„Sjednocený postup funguje, když pacient potřebuje hospitalizaci v naší nemocnici, jinak nevím, jak jinak to myslíte.“*

Informantka Z 5 neříká, že sjednocený postup nefunguje, spíše **preferuje individuální přístup**, tedy **odmítá to, aby byl sjednocený postup nějak striktně daný**. Z 5 *„Já tyhle šablony nějak nemusím. Podle mě je každý člověk jiný.“*

Informantka Z 1 neumí tuto situaci posoudit, protože jí **ve své praxi zatím neřešila**. A informantka Z 3 uvádí, že to vnímá i hodně jako **problematické**, předávání informací a na základě toho sestavení jednotného plánu intervence, protože existuje **ochrana osobních údajů** a pacient by musel mít **podepsaný informovaný souhlas o předávání informací sociální službě**.

**Nefunkčnost spolupráce** v konkrétní oblasti nastínila pouze informantka Z 6 a vidí jí v tom, že ani v případě využívání sociálních služeb, není možné uhlídat pravidelnost v užívání léků pacienta/klienta. Z 6 *„Někdy máme problém v tom, že naše léky je potřeba užívat ráno i večer, máme problém v tom, že já se nemůžu domluvit na tom, aby byla u některých pacientů, večerní medikace kontrolována.“*

### **DVC 2.3: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci klienta/pacienta**

Ani jedna z informantek neuměla specifikovat, v čem v této oblasti spolupráce nemají všechny sociální pracovnice zkušenosti z vlastní praxe. Informantky SP 4 a SP 6 se **nedokázaly k otázce vyjádřit**, protože nedobrovolnou hospitalizaci pro pacienta/klienta zatím ve své práci **ještě nezařizovaly**.

Ostatní informatky odpovídaly, že **žádný sjednocený postup** s psychiatrem, nebo se zdravotnickým zařízením **se jim nepodařilo nikdy domluvit** a žádný jednotný postup podle nich neexistuje. Jsou si vědomé, že s psychiatrickým oddělením se postup sepsal, ale zatím nebyla možnost ho v praxi otestovat. Situace nedobrovolné hospitalizace se naštěstí v jejich práci vyskytuje zřídka. Informantky se v případě potřeby nedobrovolně klienta hospitalizovat, **spoléhají spíše na rychlou zdravotní službu, policii, nebo to řeší raději s obvodním lékařem**, který je schopný za pacientem/klientem vyjet do terénu. Tak například SP 1 *„...většinou to řešíme tak, že prostě voláme rychlou a čekáme, co bude“* zase SP 3 se spíše spoléhá na policii SP 3 *„Nedobrovolná hospitalizace, tam už se volá policie. Tam je to i na policii. Taky je to v tomto případě velmi zdlouhavý. Neumím až tak posoudit, nestává se to až tak často. Většinou se jedná o nějaký úlet klienta. Tam je nejčastější hospitalizace, která klapne, že ohrožuje sám sebe. Tam jako to funguje nejvíc ohrožování, vyhrožování sebevraždou. Většinou nefunguje jenom RZD, musí se volat policie – to každý radí, zavolejte policii, jinak my nemáme šanci.“* Informantka SP 3 popisuje, že v případě výrazně zhoršeného stavu klienta, informuje o tom obvodního lékaře, který rovněž může pomoci s hospitalizací pacienta/klienta SP 5 *„Oni mi vždycky řekli, že to co se děje, není důvodem k nařízené hospitalizaci, že dokud ten klient může odpovídat že nechce, tak mně bylo řečeno, že oni s tím nemůžou nic dělat. Nikdy mi nepomohli. Žádný takový postup zatím není. Jediný na čem jsme se dohodli, je že když bude člověk špatný a psychiatr nepomůže, takže zavolám obvodáka, který se musí postarat aspoň o tu somatiku, který může zařídit hospitalizaci na interně.“*

Informantky z profese zdravotní ve **svých odpovědích nerefletovaly ani funkčnost a ani nefunkčnost spolupráce, pouze prezentovaly svoje názory s tímto fenoménem**. Informantky Z 1 a Z 2 se soustředily na vysvětlení, že ony jako lékařky mají velkou zodpovědnost před zákonem a není to jednoduché na popud třetí osoby, tedy sociálního

pracovníka, nechat pacienta nedobrovolně hospitalizovat. Z 1 o tom mluví následovně „*Vy po nás chcete nedobrovolnou hospitalizaci, ale neuvědomujete si naši forenzní zodpovědnost před zákonem. Není to tak jednoduché, jak si to vy představujete. Nedobrovolnou hospitalizaci upravuje zákon a my se jím musíme řídit, musí být na to skutečně vážný důvod.*“

Informantky Z 3, Z 4 a Z 5 reagovaly, že **z jejich pracovního zařazení není možné nedobrovolnou hospitalizaci zařizovat** a tudíž s tím **nemají zkušenosti**. Z 5 „*Já hospitalizaci domluvit nemůžu, to musí jenom lékař. Ale často to bývá s velkou parádou, tedy policie, záchranka. Protože oni se nechtějí nechat hospitalizovat.*“

Informantka Z 6 popisovala, že **nedobrovolnou hospitalizaci řeší především rychlá zdravotní služba a pak následně psychiatrické oddělení** nemocnice v Liberci, protože se **jedná o akutní stav**, zároveň však dodala, že se snaží akutního zhoršení předcházet. Z 6 „*My se snažíme, aby ti pacienti byli kompenzováni..... Je to povětšinou akutní stav, kdy je volána rychlá zdravotní služba.*“

Informantka Z 7 zase **postup při nedobrovolné hospitalizaci neřeší se sociálními pracovníky, ale se zdravotníky**. Z 7 „*Nedobrovolné hospitalizace jsou u nás časté, ale většinou je neřešíme se sociálními pracovníky, většinou jsou to, rychlá, psychiatři a možná ještě opatrovníci, s nimi to řešíme, ale se sociálními pracovníky....za sebe, já jsem ještě neřešila.*“

### **5. 3 DVC 3: Zjistit jak ovlivňují stereotypy v myšlení vzájemnou spolupráci Fokusu Liberec s PO KNL, s PN Kosmonosy a s ambulantními psychiatry LK**

Každé naše jednání ovlivňují určité pohnutky, ve kterých se zrcadlí naše povaha, smýšlení, hodnoty. Každý člověk má svůj styl jednání vůči okolnímu světu a jinak si vysvětluje, nebo přijímá chování z okolního světa ke svému já. Při opakovaných situacích, si většina z nás vytvoří určitou představu, vzorec, jak ta další bude vypadat. Vytváříme si takzvané stereotypy. Stereotyp, ovlivňuje předem naše naladění, vnímání a chování. Jestli nějaké stereotypy, ovlivňují i vzájemnou spolupráci zdravotníků a sociálních služeb, či už pozitivně, nebo negativně, se pokusí zjistit tento cíl.

### **DVC 3.1: Zjistit, jak hodnotí pracovníci Fokusu Liberec a pracovníci zdravotnických služeb v Liberci vzájemné ujasnění svých kompetencí při řešení situace klienta**

Většina informantek v rozhovoru **kompetence rozdělila na zdravotní a sociální oblast**. V zdravotní oblasti mají kompetence zdravotníci a v sociální oblasti sociální pracovníci. Informantky **explicitně nedefinovaly, v čem jsou ujasněné a v čem ne a v tom se shodly obě profese**.

SP 1 a SP 5 se shodly v tom, **že často zdravotníci nevědí, co sociální pracovník dělá. Jaká je vlastně jeho role** při spolupráci s klientem. Příkladem je odpověď SP 1 „*no, mám pocit, že zdravotníci moc nevědí, jaké služby vlastně poskytujeme a jak pracujeme, my možná máme trochu představu, jak fungují oni*“. Obdobně hovoří o rolích a kompetencích SP 5, když říká SP 5 „*tu svoji chápe, tu moji nechápe, každý si myslí, že jsem pečovatelka a že jim zajišťuji péči od rána do večera, sedm dní v týdnu. Musím každému vysvětlovat účel naší služby. A kdo teda zkontroluje ty léky? No nikdo, to paní musí sama... nechápou, že vlastně taková služba tady je.*“

Informantka SP 4 si myslí, **že se kompetence překrývají**. Tedy, že zdravotník zčásti zasahuje do sociální oblasti a sociální pracovník zasahuje zčásti do zdravotní oblasti SP 4 „*Myslím, že to není úplně daný, vyjasnění. Myslím, že se to překrývá, že to nelze oddělit.*“

Informantka SP 2 vnímá **největší neujasnění kompetencí právě při vzájemném předávání informací a při zabezpečování služeb** pro pacienta/klienta SP 2 „*neujasněné oblasti? No, vzájemné sdělování informací, domluva spolupráce při hospitalizacích, způsob intervence při zhoršeném zdravotním stavu....*“

Zdravotnice v této oblasti reagovaly, že podle nich jsou kompetence vyjasněné. Informantky Z 1 a Z 2 odpovídaly, že **ony řeší především zdravotní stránku a tu sociální přenechávají sociálním pracovníkům**. Z 1 „*Jak jsem už řekla, já se soustředuji především na zdravotní stránku, a na tu sociální ..tu řeší u nás zdravotně sociální pracovník, nebo teda vy jako neziskovka.*“ Obdobně to hodnotila i zástupkyně zdravotních sester, že řeší pouze zdravotní stránku a že **v nemocnici jsou kompetence a úkoly jasně stanovené**, říká Z 3 „*Zdravotní sestry řeší jenom to, co mají napsané v dekuru. Nic jiného neřeší, vůbec ne sociální problémy pacientů. V nemocnici jsou kompetence jasně dané, každý má svoji práci.*“ To vlastně potvrdila i informantka Z 5,

přesto dodává, že v nemocnici fungují jako tým. Také informantka Z 4 poukazuje na fakt, že lékaři v nemocnici sociální stránku přesouvají na zdravotně sociálního pracovníka a řeší to pouze okrajově, jako doplňující informaci, odpovídala Z 4 „Prostě oni na ně koukají celou dobu z toho zdravotního pohledu a ty sociální věci, neříkám, že je úplně odsouvají, ale oni to chtějí říct ve zkratce, protože na to už nemají takový prostor časový.“

Zato informantka Z 6 vidí rozdělení kompetenci jako přínosné a bezproblémové, směřující k prospěchu pacienta/klienta Z 6 „Nemáme žádné problémy mezi sebou, naopak se snažíme spolupracovat a myslím, že nám jde vzájemně o to, aby byl ten člověk v pořádku. Takže se domluvíme, kdo co může udělat.“

### **DVC 3.2: Zjistit, jaké stereotypy vnímají pracovníci sociálních služeb v jednání a myšlení pracovníků v zdravotnických službách**

V odpovědích informantek se vyskytly tři hlavní stereotypy, které sociální pracovníci vnímají u zdravotníků, ale ani jedna neuvedla, že by to významně spolupráci narušovalo, tedy, že by tyto stereotypy byly výrazné v jednání zdravotníka. Nejvíce zastávaný byl názor, že zdravotníci vlastně vůbec nemají představu, co sociální pracovník dělá a pletou si ho s pečovatelkou, která je v ordinaci od toho, aby dohlédla na pacienta/klienta a převzala za jeho jednání odpovědnost. Tím klienta podceňují a dokonce SP 5 uvádí, že se setkala se stigmatizací i v řadách zdravotníků a popisuje to následovně : SP 5 „oni si myslí, že s těmi klienty nemůžou mluvit, že mluví s námi, že jo, to mi vadí. Protože oni by ty klienti mohli jim říct víc, ale oni se jich nezeptají, a když se jich nezeptají, tak ti lidi se nerozmluví, aby jim vysvětlili, co vlastně potřebují. No a někteří obvodáci – Ježíši, co to máte za práci, o koho se to staráte a takhle, že ta stigmatizace je i u těch doktorů, to mně vadí.“ Fakt, že lékař někdy nekomunikuje s pacientem, ale jeho doprovodem sdílí i SP 3 a říká: SP 3 „Spíš potom komunikují se mnou, místo s klientem. To se mi nelíbí. Já vždycky říkám, řikejte to rovnou pánovi a já si třeba zapíšu pouze pro kontrolu ten termín. A i ty léky ... vyzvednete mu ...ne on si je vyzvedne sám. Myslím, že podceňují ty klienty.“

Názor, že zdravotníci často nevědí o činnostech sociálního pracovníka téměř nic, prezentují v odpovědích informantky SP 4 „Oni většinou ani neví, co ten sociální pracovník může, co nemůže, co vlastně dělá.“ A rovněž SP 6 „nemá spousta lidí (zdravotníci), a ani já jsem neměla, představu, co ten sociální pracovník vlastně dělá s tím klientem. To si myslím, že je obrovský, velký tabu...“

Dalším stereotypem, který z odpovědí informantek SP 1, SP 2 a SP 4 vyplynul je fakt, **že zdravotníci nevnímají sociální pracovníky jako partnery.** Postavení sociálního pracovníka v komunikaci a spolupráci není rovnocenné. Toto mínění předkládají informantky SP 1 *„zdravotníci chtějí mít všechno pod kontrolou, chtějí mít jasné diagnózy a na nás, na sociální pracovníky, se stále dívají z vrchu jako na ty „níže“ postavené, očekávají, že oni řeknou a my uděláme“* a též SP 2 *„někteří zdravotníci nepovažují pracovníky sociálních služeb za rovnocenné partnery při komplexní péči o klienta/pacienta a dávají nám najevo, že nerozumíme jejich odborné zdravotní péči.“* Partnerství se sociálním pracovníkem podle informantky SP 4 neexistuje ani u obvodního lékaře SP 4 *„Když si vezmeš obvodáka, tak pro něho asi nejsi rovnocenný partner.“*

Poslední stereotyp v jednání zdravotníků vnímala pouze informantka SP 1 a to sice, **že smýšlení a jednání zdravotníků je ovlivněno hierarchickým uspořádáním organizační struktury ve zdravotnictví,** což dokládá její tvrzení SP 1 *„zdravotníci jsou zvyklí na hierarchii, která má jasná pravidla - sestra poslouchá příkazy vrchní sestry, ta zase primáře - je tam více chování typu já jsem podřízený – ty nadřízený“*

### **DVC 3.3: Zjistit, jaké stereotypy vnímají pracovníci v zdravotnických službách v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách**

**První reakce** ze strany zdravotnic u položené otázky byla, že **žádné stereotypy** ze strany sociálních pracovníků **nevnímají.** Až po hlubším zamyšlení se informantky Z 3 a Z 7 vyjádřily, že možná si **sociální pracovníci myslí, že pacientům nevěnují dostatek času,** čehož příkladem je odpověď informantky Z 7 *„Možná, že z vaší strany, asi nejčastěji, si myslíte, že se pacientům dostatečně nevěnujeme, že nemáme na ně čas a proto nemají tu správnou léčbu“* Přitom dodává *„asi je to spíš o konkrétní osobně“.*

Informantka Z 4 stereotypy nevnímá, ale myslí si, **že o profesi sociálního pracovníka není zájem** Z 4 *„Spíše se setkávám s tím, že sociálního pracovníka nikdo nechce dělat, i když to má vystudovaný“.*

Informantka Z 1 ve své odpovědi zmiňuje, že nějaké stereotypy vnímá a někdy i **arogantní chování, že nechce pacientovi pomoci,** vyjádřila se, že Z 1 *„Ano, nějaké stereotypy vnímám, nechci být konkrétní, ale setkala jsem se i s arogantním chováním ze strany sociálních pracovníků, jakože já tomu pacientovi nechci pomoci.“*

Žádné stereotypy nevnímaly informantky Z 2 a Z 6.

## 6 SHRnutí PRAKTICKÉ ČÁSTI

V praktické části jsem se zaměřila na zmapování spolupráce zdravotních a sociálních služeb v Liberci. Jelikož působím, jako sociální pracovníce v organizaci poskytující sociální služby duševně nemocným, vnímám, že je tato vzájemná spolupráce potřebná, ale ne vždy je funkční. Výzkumem jsem chtěla zjistit názor na tuto problematiku i u jiných kolegů z profese sociálních pracovníků a zdravotníků působících v této oblasti.

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, přičemž údaje jsem sbírala za pomoci polostrukturovaných rozhovorů s informanty z řad sociálních pracovníků a zdravotníků. Na začátku výzkumu jsem si zvolila oblasti vzájemné spolupráce obou profesí a tyto zapracovala do dílčích cílů výzkumu, které jsem následně transformovala do tazatelských otázek a určila indikátory na jejich posouzení. V přípravné fázi výzkumu jsem také zhodnotila rizika zvolené strategie a snažila se je v průběhu výzkumu reflektovat. Získané údaje z rozhovorů jsem následně zpracovala, interpretovala a analyzovala.

Hlavním výzkumným cílem bylo zhodnotit spolupráci organizace Fokus Liberec, jako poskytovatele sociálních služeb pro duševně nemocné v Liberci a poskytovatelů zdravotnických služeb v rámci péče o duševně nemocné v Liberci, kterými jsou ambulantní psychiatři v Liberci, Psychiatrické oddělení Krajské nemocnice Liberec a Psychiatrické nemocnice Kosmonosy s ohledem na probíhající Reformu psychiatrické péče. Pro hlubší pochopení a vhled, byl hlavní cíl rozdělený na tři dílčí cíle a ty následně rozloženy na cíle třetího řádu, které již konkrétně mapovaly jednotlivé oblasti spolupráce.

Pomocí **dílčího cíle 1 jsem sledovala zhodnocení vzájemné komunikace** mezi sociálními pracovníky a zdravotníky a to v konkrétních případech.

**Dílčí výzkumný cíl 1. 1** mapoval vzájemnou situaci při předávání informací o pacientech/klientech, konkrétně funkční a nefunkční oblasti. Sociální pracovníce nedokázaly úplně tyto oblasti oddělit, protože se vzájemně prolínají. Nejzávažnějším poznatkem v oblasti funkčnosti je, že SP jsou rády, že vůbec nějaká komunikace existuje a v případě potřeby se nakonec se zdravotníkem nějak domluví. Podle nich se úroveň vzájemné komunikace odvíjí od faktorů jako je osobnost zdravotníka i sociálního pracovníka, od zařízení ve kterém zdravotník pracuje, tedy kultury

organizace. Nefunkčnost komunikace vnímají především v tom, že zdravotníci je téměř nikdy nekontaktují jako první. Dalším významným poznatkem je fakt, že zdravotníci nemají představu, co sociální pracovníce vlastně dělají a vnímají je spíše jako pečovatelky.

Oproti tomu zdravotníci vidí komunikace jako funkční. I když některé přiznaly, že nemají tolik zkušeností ve vzájemné komunikaci a nesdílí informace u každého pacienta. Jedna informantka reflektovala komunikaci jako nefunkční a další dvě jenom pro případ vymezení cílové skupiny, pouze pro SMI, a pro případ, že doktor nezmůže všechno.

**Dílčí výzkumný cíl 1. 2** zkoumal komunikaci při zabezpečování následných služeb pro klienty/pacienty, konkrétně funkční a nefunkční oblasti. Sociální pracovníce funkční část komunikace neuměly dostatečně zhodnotit, protože v ní nemají zkušenosti, kromě zkušenosti pracovníc pravidelně jezdících na schůzky do PN Kosmonosy. V této oblasti spolupracují se zdravotníky převážně při potvrzení žádostí do pobytových služeb, jinak podle nich komunikace spíše nefunguje. Oproti tomu, je komunikace se zdravotníky s PN Kosmonosy funkční a často zaměřená na zabezpečení následných služeb, aby pacient po propuštění neskončil na ulici. Dvě informantky také reflektovaly, že obvodní lékaři často nemají dostatek informací o pacientovi z důvodu jeho sporadických návštěv, a tudíž následné služby nenavrhují.

Čtyři informantky z řad zdravotnic také nedokázaly posoudit funkčnost, respektive nefunkčnost komunikace, protože s ním nemají zkušenosti a tyto služby pro pacienty nezabezpečují. Pouze tři informantky, dvě z PN Kosmonosy a jedna z psychiatrického oddělení, popsaly, že komunikace funguje a následné služby se řeší. Pracovnice z PN Kosmonosy uvedly i konkrétní oblasti, kde to nefunguje a to v případech zpětné vazby od sociálních pracovníků a nízkých kapacit sociálních služeb, kdy nemůžou klienta ve službě umístit.

**Dílčí výzkumný cíl 1. 3** mapoval vzájemnou komunikaci při komplexním řešení situace klienta/pacienta, konkrétně funkční a nefunkční oblasti. Sociální pracovníce i tuto oblast komunikace nedokázaly relevantně posoudit ze své praxe, protože situaci klienta komplexně v součinnosti se zdravotníkem téměř neřeší. Tři informantky se vyjádřily, že to už sice řešily, ale pouze náhodně a určitě se nejedná o pravidelnou, systematickou komunikaci. Podle třech informantek komunikace v této oblasti nefunguje.



Dvě informantky z řad zdravotnic odpovídaly, že situaci pacienta komplexně neřeší, protože to spadá do kompetence zdravotně sociálního pracovníka na oddělení. Zdravotnice z ambulancí, odpovídaly, že nemají časové kapacity řešit se sociálním pracovníkem situaci pacienta komplexně. Zdravotnice z PN Kosmonosy naopak reflektovaly, že komunikace je funkční, v nemocnici probíhají pravidelné schůzky a tam se hledá v součinnosti se sociálním pracovníkem řešení, i když celkem nefunguje zpětná vazba od sociálních pracovníků, jak spolupráce s pacientem pokračuje.

Z výzkumu vyplývá, že zdravotnice hodnotí vzájemnou komunikaci jako funkční, jenom okrajově vnímají její nefunkčnost. Naproti tomu sociální pracovnice uznávají, že sice jistá komunikace probíhá, ale celkem ji nevnímají jako funkční, protože iniciativa vychází pouze z jejich strany. Při komunikaci o následných službách a komplexním řešení situace je komunikace pouze v ojedinělých případech a obě profese zhodnotily, že to spíše v praxi společně neřeší. Jako hlavní důvod zdravotnice uvedly nedostatek času a sociální pracovnice skutečnost, že zdravotníci nemají představu o jejich práci a proto nejsou schopni je do procesu rehabilitace pacienta/klienta zapojit. Významným zjištěním byl i fakt, že kvalita komunikace se odvíjí od osobnosti komunikátorů a také od kultury organizace kde pracovník působí, protože sociální pracovnice a zdravotní pracovnice z PN Kosmonosy hodnotí vzájemnou komunikaci jako funkční.

Úkolem **dílčího cíle 2 bylo zhodnocení vzájemné spolupráce** mezi sociálními pracovníky a zdravotníky při zhoršení zdravotního stavu pacienta/klienta a to konkrétních situacích.

**Dílčí výzkumný cíl 2. 1** byl zaměřený na posouzení funkčnosti a nefunkčnosti při předávání informací mezi sociálními pracovníky a zdravotníky o zhoršeném stavu pacienta a klienta. Sociální pracovnice hodnotily, že funguje pouze na bázi předání a přijetí informace. Dvě informantky, ale reflektovaly, že lékař se v tomto případě snaží alespoň upravit medikaci a PN Kosmonosy umožní stabilizační pobyt. Jedna informantka říkala, že lékaře ani nenapadne možnost, že by se stav dal řešit i spoluprací se sociálním pracovníkem. Další informantka mluvila o tom, že spolupráce závisí také od osobnosti zdravotníka. Čtyři informantky sdílely stejný názor, že spolupráce spíše nefunguje a to z důvodu, že někdy pomoc odmítá pacient a zdravotníci nevyvíjejí snahu, aby pacienta motivovali, nebo jinak zasáhli.

Naopak téměř všechny zdravotnice, kromě jediné, se shodly, že spolupráce při předávání informace o zhoršeném zdravotním stavu funguje. Zajímavý byl názor jedné z informantek, že dle jejího názoru se počet hospitalizací nesníží, ale naopak poroste a to díky včasnému zachytu relapsu nemoci v terénu, hospitalizace budou ale kratší a efektivnější, právě kvůli včasné intervenci, nedoje k velkému propadu u nemocného.

**Dílčí výzkumný cíl 2. 2** se zaměřil na zjištění funkčnosti a nefunkčnosti při sjednoceném postupu práce při řešení zhoršeného zdravotního stavu klienta/pacienta. Dvě sociální pracovnice popisovaly, že úroveň spolupráce závisí od konkrétního lékaře. Čtyři sociální pracovnice vnímají, že spolupráce v tomto případě nefunguje, ale na důvodu se neshodly, každá uvedla jiný a to, že vina je i na straně sociálních pracovníků, protože pro spolupráci v tomto případě neexistuje jednotný postup, nebo že zdravotníci nepovažují sociální pracovníky za partnery a tudíž s nimi nespolupracují.

Opačně čtyři zdravotnice hodnotily, že spolupráce v tomto případě funguje, ale také se neshodly na konkrétní oblasti a každá uvedla jiný příklad. Pouze jedna informantka se snaží se sociálním pracovníkem domluvit a rozdělit si úkoly. Pracovnice z PN Kosmonosy mluvila o tom, že postup funguje při zabezpečení hospitalizace. Jedna zdravotnice s tím neměla zkušenosti a další nevyhovuje uniformovaný přístup. Pouze jedna informantka z řad zdravotnic reflektovala také nefunkční oblast a to v případě kontroly medikace pro pacienta/klienta, že to sociální služby nedokážou zabezpečit.

**Dílčí výzkumný cíl 2. 3** zkoumal funkčnost a nefunkčnost vzájemné spolupráce při sjednoceném postupu u nedobrovolné hospitalizace klienta/pacienta. Dvě sociální pracovnice se k této oblasti nedokázaly vyjádřit, protože to ve své praxi zatím neřešily. Ostatní sociální pracovnice spolupráci v tomto případně vnímaly jako nefunkční. Žádný jednotný postup se jim doposud nepodařilo domluvit a zdravotníci, se kterými spolupracují, se spoléhají na složky záchranného systému, když se pacientův stav zhorší natolik, že nebude klást odpor a nechá se hospitalizovat.

Zdravotnice ve svých odpovědích nezhodnotily funkčnost a nefunkčnost spolupráce. Spíše reflektovaly svoje názory a zkušenosti v této oblasti. Lékařky poukazovaly na svoji odpovědnost před zákonem, zdravotní sestry, že není v jejich kompetenci zařizovat nedobrovolnou hospitalizaci, případně, že kompetence je na straně rychlé zdravotní služby a následně psychiatrického oddělení v nemocnici. Jedna informantka

odpovídala, že v tomto případě spolupracuje pouze se zdravotníky a ne se sociálními pracovníky.

Výzkum ukázal, že vzájemnou spolupráci při zhoršeném stavu pacienta vnímají sociální pracovníce spíše jako nefunkční. Zdravotníci sice tuto informaci od sociálního pracovníka převezmou, ale dále s ní nepracují. V případě nedobrovolné hospitalizace je to obdobné, zdravotníci nejsou ochotni na tom se sociálním pracovníkem participovat, což nakonec v odpovědích potvrdily i samotné zdravotnice a to tím, že nedobrovolnou hospitalizaci se sociálním pracovníkem neřeší. Jinak zdravotnice spolupráci vidí spíše jako funkční a to především při předávání informací, ale i v případě sjednoceného postupu, který ale v rozhovorech konkrétně nepopsaly.

Na poslední oblast, která byla předmětem výzkumu, se soustředil **dílčí cíl 3**, pomocí kterého jsem se pokusila zjistit, **jak ovlivňují stereotypy v myšlení vzájemnou spolupráci** mezi sociálními pracovníky a zdravotníky.

**Dílčí výzkumní cíl 3. 1** byl zaměřený na zhodnocení vzájemného ujasnění svých kompetencí při řešení situace klienta/pacienta. V tomto případě byla shoda mezi odpověďmi sociálních pracovníků a zdravotníků největší. Obě profese rozdělily kompetence na zdravotní a sociální oblast, přičemž zdravotní oblast spadá do kompetence zdravotníkům a sociální oblast do kompetence sociálních pracovníků. Dvě sociální pracovníce, ale odpovídaly, že zdravotníci vlastně nevědí o činnostech sociálního pracovníka téměř nic, takže neznají jeho kompetence. Jedna sociální pracovníce si myslí, že kompetence se překrývají. Pouze jedna sociální pracovníce reflektovala oblast neujasněných kompetencí a to právě při vzájemném předávání informací.

Čtyři informantky z řad zdravotnic odpovídaly, že řeší pouze zdravotní stránku a sociální stránku přenechávají sociálnímu pracovníkovi, případně řeší pouze okrajově. Jedna zdravotnice popisovala, že považuje rozdělení kompetencí za přínosné.

**Dílčí výzkumný cíl 3. 2** zkoumal, jaké stereotypy vnímají pracovníci sociálních služeb v jednání a myšlení pracovníků v zdravotnických službách. Většina sociálních pracovníc odpovídala, že zdravotníci vlastně nemají představu o tom, co sociální pracovník dělá, jaká je jeho role a pletou si ho s pečovatelkou. Dvě informanty vnímají, že někteří lékaři pacienty podceňují. Tři sociální pracovníce si myslí, že je zdravotníci nepokládají za partnery, se kterými by mohli spolupracovat. Jedna sociální pracovníce

odpovídala, že zdravotníci jsou hodně hierarchicky nastaveni a z toho vychází jejich konání směrem ven.

**Dílčí výzkumný cíl 3. 2** zase zkoumal, jaké stereotypy vnímají pracovníci v zdravotnických službách v jednání a myšlení pracovníků v sociálních službách. Dvě zdravotnice se vyjádřily, že v jednání sociálních pracovníků vnímají stereotyp v tom, že si myslí, že pacientům nevěnují dostatek času. Jedna zdravotnice odpovídala, že dle jejího názoru o profesi sociálního pracovníka není zájem. Jedna zdravotnice se vyjádřila, že ze strany sociálního pracovníka se setkala i s arogantním jednáním, protože si myslel, že pacientovi nechce pomoci. Dvě zdravotnice žádné stereotypy nevnímají.

Výzkumem bylo zjištěno, že vzájemné kompetence mezi zdravotníky a sociálními pracovníky jsou vyjasněné. Obě profese je rozlišují na kompetence v zdravotní a sociální oblasti a každá profese sdílí názor, že kompetence má v oblasti, která náleží jejímu povolání. V rozhovorech se sociálními pracovníci ale padl názor, že zdravotníci vlastně kompetence sociálních pracovníků ani neznají. V otázce stereotypů se obě profese shodly, že určitě nějaké stereotypy jsou, ale ve spolupráci to významně nebrání. Sociální pracovníci vnímaly dva hlavní stereotypy, a sice že je zdravotníci nepovažují za partnery, a že nemají představu o jejich práci. Zdravotnice zase popsaly jako hlavní stereotyp to, že sociální pracovníci si myslí, že nevěnují dostatek času pacientům a tím jim upírají péči.

## ZÁVĚR A DISKUSE

Duševní onemocnění postihuje zdravotní i sociální část života nemocného, a z toho důvodu je pro zabezpečení kvalitní, komplexní péče důležité jejich propojení. V podmínkách ČR, v rámci starostlivosti o duševně nemocného, jsou tyto dvě složky oddělené a spadají pod odlišné rezorty v rámci státní podpory a zabezpečení. Nicméně v současnosti probíhá Reforma psychiatrické péče, která si mimo jiné klade za cíl tyto složky propojit. Snahy o vzájemné propojení se postupně implementuje do stávajícího systému péče v ČR, avšak bez jasného konsenzu. Tedy v každé lokalitě ČR probíhá vzájemné propojování jinak. Zmapovat situaci ve městě Liberec, na základě podkladů z teoretické části práce, jsem si kladla za cíl v praktické části práce.

Výzkum se zaměřil na zhodnocení vzájemné spolupráce sociálních a zdravotních služeb na území Liberce, podkladem byly rozhovory od poskytovatelů těchto služeb. Výzkum vlastně potvrdil teoretická východiska práce, tedy, že spolupráce je praktikována na individuální bázi, není systematická, pravidelná, neexistují žádné závazné postupy, nebo metodiky, které by si poskytovatelé mezi sebou odsouhlasili.

Výzkumem jsem také zjistila, že vzájemnou spolupráci mnohem lépe posuzují zdravotníci, a že dle jejich názoru je poměrně funkční. Naopak sociální pracovníci vnímají vzájemnou spolupráci spíše jako nefunkční, a v případě, že potřebují řešit situaci klienta se zdravotníkem, spoléhají se pouze na svoje osobnostní předpoklady se se zdravotníkem domluvit. Důvodem toho může být, právě to, že zdravotníci nemají vlastně představu o činnostech sociálního pracovníka, tedy, že má být podpůrcem v životě klienta, má ho vést k rozvoji vlastních dovedností, zplnomocňovat, pracovat metodou sociálního nácviku. Zdravotníci vnímají sociální pracovnice spíše jako pečovatelky. Důvodem může být také to, že všeobecně zdravotníci nepovažují sociální pracovníky za možné partnery pro řešení situace pacienta. Osobně si myslím, že to znovu souvisí s neznalostí práce sociálních pracovníků zdravotníky, že tedy nemají představu o tom, jak by se dal potenciál sociální práce pro pacienty využít.

Z odpovědí zdravotnic ve výzkumu vyplynulo, že ve své praxi velice málo reflektují sociální stránku života nemocného a tento fakt argumentovaly nedostatkem času a převisem pacientů v jejich péči. Znovu budu diskutovat neznalost zdravotníků možností sociální práce na zlepšení fungování nemocného, protože v případě kvalitního propojení zdravotní a sociální stránky, by se ulevilo v zátěži také zdravotníkům, a to tím, že

mnoho pacientů by se dostalo do trvalejší remise nemoci. Navíc profesní komora psychiatrů vydala již v roce 2008 doporučení pro praxi, že ošetřující psychiatr by měl být koordinátorem péče o pacienta a tudíž by měl akcentovat i sociální stránku. Bohužel se tak reálně neděje, i když na druhé straně chápou nedostatek prostoru na komplexní řešení případu pacienta v přeplněných ambulancích a odděleních nemocnic.

Nicméně výzkum potvrdil, že když je vůle, dá se vzájemně spolupracovat i přes výše uvedené. Příkladem toho je propojování služeb je PN Kosmonosy, kde se klade velký důraz také na sociální aspekty v životě nemocného a proto je zapojení sociálních služeb do péče velice efektivní, což ve výzkumu potvrdily zdravotnice i sociální pracovníce.

Při zkoumání konkrétních oblastí komunikace a spolupráce, nejlépe vyšla vzájemná komunikace, která již nějakým způsobem funguje, co dosvědčily obě profese. Jiné sjednocené postupy nefungují koncepčně, pravidelně, objevují se velice sporadicky u konkrétních případů a to také potvrdily obě profese.

Kompetence mezi profesemi jsou vyjasněné, rozdělené na sociální a zdravotní stránku. Stereotypy v jednání obou profesí můžeme nalézt, ale nemají zásadní vliv na vzájemnou spolupráci, na tom se shodli zdravotníci i sociální pracovníci. Přesto se v této oblasti objevily postřehy sociálních pracovníků, že zdravotníci o jejich práci nemají představu.

Když jsem začala psát práci, měla jsem jasno, že jako doporučení pro praxi bych navrhla pravidelnost ve výměně informací. V průběhu výzkumu jsem však přišla na to, že vzájemná spolupráce nemusí být o pravidelnosti, ale o funkčnosti. Pravidelné sdílení informací může zabírat cenný čas, který může být věnovaný pacientovi a také nemusí být eticky korektní. Proto je mým doporučením pro praxi, neustále vzájemné kontaktování, poukazování, prezentace možností sociální práce, navrhování řešení. Zdravotníci jsou pozitivně naladěni na spolupráci, ale vzhledem ke kultuře jejich profese, sami od sebe hledat řešení nebudou. Určitě je správné nastavovat nějaké společné pracovní postupy na rezortní úrovni, ale pokud se spolupráce neujme na nejnižší úrovni systému a nebude se v něm praktikovat, z různých důvodů, nikdy nebude spolupráce mezi sociálními a zdravotními službami efektivní, funkční a prospěšná pro pacienta/klienta. Určitě je to velká výzva pro praxi, ale myslím, že časem by se mohla kultura vzájemné spolupráce stát nedílnou součástí péče o duševně nemocné.

### **Seznam obrázků:**

**Obr. 1** Spolupráce komunitních služeb v rámci vymezené geografické oblasti (100 tis. obyvatel) (Peč, 2012).

Zdroj: (Peč in Raboch, Wenigová 2012, s. 68).

**Obr. 2** Vývoj ambulantní psychiatrické péče (Hollý, 2017)

Zdroj: MUDr. Martin Hollý. Aktuální stav reformy psychiatrické péče. 2017

### **Seznam tabulek:**

**Tab. 1** Transformační tabulka dílčích cílů, indikátorů posouzení a tazatelských otázek

**Tab. 2** Charakteristika výzkumného souboru V1

**Tab. 3** Charakteristika výzkumného souboru V2

## Seznam použité literatury:

Accendo – centrum pro vědu a výzkum. *Vymezení hranic a spolupráce mezi sociální službou a lékařkou pomocí v rámci plánování sociálních služeb.* [www.msk.cz](http://www.msk.cz) [online]. 2014, [cit. 2019-02-06]. Dostupné z:

[https://www.msk.cz/assets/eu/hranice\\_spoluprace\\_ss\\_a\\_lp.pdf](https://www.msk.cz/assets/eu/hranice_spoluprace_ss_a_lp.pdf)

American psychiatric association. *Patients and Families. What Is Mental Illness?*. [www.psychiatry.org](http://www.psychiatry.org) . [online]. 2019, [cit. 16. 4. 2019]. Dostupné z:

<https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>

ANDRES, Martin in BENÍŠKOVÁ, Alena. *Čekárny psychiatrů praskají ve švech.* Obor je podfinancovaný, říká odborník. [www.idnes.cz](http://www.idnes.cz). [online]. 2017, [cit. 2019-04-06].

Dostupné z: [https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/rozhovor-psychiatr-martin-anders-reforma-psychiatricke-pece-centra-dusevniho-zdravi.A170811\\_115549\\_domaci\\_ale](https://www.idnes.cz/zpravy/domaci/rozhovor-psychiatr-martin-anders-reforma-psychiatricke-pece-centra-dusevniho-zdravi.A170811_115549_domaci_ale)

BAUDIŠ, Pavel; LIBIGER, Jan. *Psychiatrie a etika.* Praha: Galén, 2002. ISBN 80-7262-104-1.

Centrum pro výzkum veřejného mínění. *Prestiž povolání – únor 2016.*

[www.cvvm.soc.cas.cz](http://www.cvvm.soc.cas.cz) [online]. 2016, [cit. 2019-02-08]. Dostupné z:

[https://cvvm.soc.cas.cz/media/com\\_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf](https://cvvm.soc.cas.cz/media/com_form2content/documents/c2/a2025/f9/eu160309.pdf)

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost.* 3. vydání. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0139-7.

FM solutions pro MPSV. *Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR.* [www.podporaprocesu.cz](http://www.podporaprocesu.cz) [online] 2015 [cit. 12. 4. 2019]

Dostupné z: <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Anal%C3%BDza-vlivu-reformy-psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9-%C3%A9%C4%8De-na-oblast-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb-v-%C4%8CR.pdf>

FOITOVÁ, Zuzana; PĚČ, Ondřej; WENIGOVÁ, Barbora. *Základy komunitní péče o osoby s duševním onemocněním: Příručka pro pracovníky sociálních služeb a odborníky.* [online]. 2011, [cit. 4. 2. 2019]. Dostupné z:

<http://www.rpkk.cz/download/zaklady-kom-pece.pdf>

Fokus ČR. *Členové.* [online] 2019 [cit. 4. 4. 2019] dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/clenove>

Fokus ČR. *Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním: Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním.*

[www.fokus-cz.cz](http://www.fokus-cz.cz) [online]. 2013, [cit. 4. 2. 2019]. Dostupné z: <http://www.fokus-cz.cz>



[cr.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim](http://cr.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim)

Fokus Liberec. *O nás*. [www.fokusliberec.cz](http://www.fokusliberec.cz) [online]. 2019, [cit. 4. 2. 2019] Dostupné z: <http://www.fokusliberec.cz/stranky/100/historie-a-poslani.html>

Fokus Liberec. *Metodika terénních týmů*. Liberec: Fokus Liberec, 2019. archiv Fokus Liberec

HARTL, Pavel; HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-303-X.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

JANEBOVÁ, Radka, ed. *Spolupráce v sociální práci: sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce Hradec Králové 21. až 22. září 2012*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. 10 s. ISBN 978-80-7435-259-1.

JANEBOVÁ, Radka. *Teorie a metody sociální práce - reflexivní přístup*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-374-1.

KOTKOVÁ, Veronika. *150 let Psychiatrické nemocnice Kosmonosy*. [www.plkosmonosy.cz](http://www.plkosmonosy.cz) [online]. 2019, [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: [http://www.plkosmonosy.cz/grafika/150\\_let.pdf](http://www.plkosmonosy.cz/grafika/150_let.pdf)

Krajská nemocnice Liberec. *Psychiatrie. O nás*. [www.nemlib.cz](http://www.nemlib.cz) [online]. 2019, [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <https://www.nemlib.cz/psychiatrie/>

Liberecký kraj. *Rozvoj psychiatrické péče v Libereckém kraji v období 2016–2022*. [www.zdravotnictvi.kraj-lbc.cz](http://www.zdravotnictvi.kraj-lbc.cz) [online]. 2016 [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <https://zdravotnictvi.kraj-lbc.cz/getFile/id:372618/lastUpdateDate:null>

Liberecký kraj. Odbor sociálních věcí. *Základní síť sociálních služeb Libereckého kraje na období 2018 - 2020*. [www.kraj-lbc.cz](http://www.kraj-lbc.cz) [online]. 2018 [cit. 2019-04-11]. Dostupné z: <https://odbor-socialni.kraj-lbc.cz/getFile/id:886199/lastUpdateDate:2018-11-28%2013%3A03%3A35>

Liga lidských práv. Centrum podpory transformace. *Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR*. Praha: Liga lidských práv, 2015. ISBN 978-80-87414-25-5.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MAŘÍKOVÁ, Hana; PETRUSEK, Miloslav; VODÁKOVÁ, Alena. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.

Mental Health Foundation. *Recovery*. [www.mentalhealth.org.uk](http://www.mentalhealth.org.uk) . [online] 2019 [cit. 12. 4. 2019] dostupné z: <https://www.mentalhealth.org.uk/a-to-z/r/recovery>

MIŇHOVÁ, Jana; LOVASOVÁ, Vladimíra. *Psychopatologie. Pedagogické, právní a sociální aspekty*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2018. ISBN 978-80-7380-721-4.

MPSV ČR. *Koncepce sociálního bydlení české republiky*. [online]. 2015 [cit. 2019-02-08]. Dostupné z:

[https://www.mpsv.cz/files/clanky/27267/Koncepce\\_socialniho\\_bydleni\\_CR\\_2015-2025.pdf](https://www.mpsv.cz/files/clanky/27267/Koncepce_socialniho_bydleni_CR_2015-2025.pdf)

MZ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. [www.reformapsychiatrie.cz](http://www.reformapsychiatrie.cz) [online]. 2013, [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)

MZ ČR. *Věstník MZ ČR 05/2016*. [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) [online]. 2016, [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik-c5/2016\\_11835\\_3442\\_11.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/vestnik-c5/2016_11835_3442_11.html)

National Institute of Mental Health. *Mental Health information*. [www.nimh.nih.gov](http://www.nimh.nih.gov) . [online] 2019 [cit. 12. 4. 2019] dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml>

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. *Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním*. Výstupy pracovní skupiny Transformace služeb pro osoby s duševním onemocněním. [www.fokus-cr.cz](http://www.fokus-cr.cz) [online]. 2013, [cit. 2019-02-06]. Dostupné z:

<https://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/244-doporuceni-k-transformaci-sluzeb-pro-osoby-s-dusevnim-onemocnenim>

Národní registr poskytovatelů zdravotní péče. *Poskytované zdravotní služby ke dni 1. 2. 2019*. [www.nrpzs.uzis.cz](http://www.nrpzs.uzis.cz) [online]. 2019, [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: <https://nrpzs.uzis.cz/index.php?pg=home--download>

NEČADOVÁ, Věra. *Sociální politika 1 část*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava. 2010. ISBN 978-80-87035-49-8.

NOVÁK, Tomáš. *O předsudcích*. Brno: Doplněk, 2002. ISBN 80-7239-121-6.

PAPEŽOVA, Hana a kolektiv. *Naléhavé stavy v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-425-8.

PÁV, Marek; PLUHAŘÍKOVÁ POMAŽLOVÁ, Jana; ŠŤASTNÁ, Jana. Možnosti psychosociální rehabilitace v psychiatrické nemocnici. *Psychiatrie pro praxi*. 2017 roč. 18, č. 2. ISSN 1213-0508.

- PEČ, Ondřej. *Destigmatizace*. [www.psychiatrie.cz](http://www.psychiatrie.cz) [online]. 2018, [cit. 2019-02-06]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-zdravotni-a-socialni-politika/deni-destigmatizace>
- Péče o duševní zdraví. *Kdo je peer konzultant?* [www.pdz.cz](http://www.pdz.cz) [online]. 2017, [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: [http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/tiskov%C3%A9%20zpr%C3%A1vy/170119\\_Kdo%20je%20peer%20konzultant.pdf](http://www.pdz.cz/uploaded/data/files/tiskov%C3%A9%20zpr%C3%A1vy/170119_Kdo%20je%20peer%20konzultant.pdf)
- PRAŠKO, Jan; LÁTALOVÁ, Klára. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-2798-4.
- PROBSOVÁ, Václava; PEČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- Psychiatrická nemocnice Kosmonosy. *O nemocnici*. [www.plkosmonosy.cz](http://www.plkosmonosy.cz) [online]. 2019, [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: <http://www.plkosmonosy.cz/index1.html>
- Psychiatrická společnost ČLS J.E.P. *Koncept oboru psychiatrie revize 1 – 2008*. [www.psychiatrie.cz](http://www.psychiatrie.cz) [online]. 2008, [cit. 2019-02-08]. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/index.php/deni-reforma-psychiatrie/13-denivoboru/koncepce-oboru-psychiatrie/33-koncepce-oboru-psychiatrie>
- RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel a kolektiv. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9.
- RABOCH, Jiří; PAVLOVSKÝ, Pavel; JANOTOVÁ, Dana. *Psychiatrie - minimum pro praxi*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-582-4.
- REICHL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-3006-6.
- ŘÍČAN, Pavel. *Role sociálních pracovníků v reformě péče o duševně nemocné*. [www.socialninovinky.cz](http://www.socialninovinky.cz) . [online]. 2015, [cit. 16. 2. 2019]. Dostupné z: <http://www.socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/509-role-socialnich-pracovniku-v-reforme-pece-o-dusevne-nemocne>
- SVOBODA, Mojmír (ed.); ČEŠKOVÁ, Eva; KUČEROVÁ, Hana. *Psychopatologie a psychiatrie*. 3. vydání. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0976-8.
- ŠTASTNÝ Martin. *Člověk s vážným duševním onemocněním*. Příručka pro praktické lékaře. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-906518-9-0.
- ŠVECOVÁ, Jana. *Krajskou nemocnici čeká řada změn. A stěhování*. Liberecký deník. [www.liberecky.denik.cz](http://www.liberecky.denik.cz) [online]. 2018 [cit. 2019-04-07]. Dostupné z: [https://liberecky.denik.cz/zpravy\\_region/krajskou-psychiatrii-ceka-rada-zmen-a-stehovani-20181118.html](https://liberecky.denik.cz/zpravy_region/krajskou-psychiatrii-ceka-rada-zmen-a-stehovani-20181118.html)

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Poruchy duševní a poruchy chování (F00 – F99)*. [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz) . [online]. ÚZIS, 2019,[cit. 16. 2. 2019]. Dostupné z <https://www.uzis.cz/cz/mkn/F99.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. *Psychiatrická péče 2017*. Praha: ÚZIS, 2018. ISBN: 978-80-7472-178-6.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-496-6.

VELDHUIZEN, Van Remmers;, BÄHLER, Michiel, 2013. *Manuál flexible assertive community treatment (FACT). Vision, model, practice and organization*. Groningen, The Netherlands: 2013. [on line]. [vid. 2019-04-15]. Dostupné z: <https://www.eaof.org/factmanual.pdf>

VOJTĚCH, Adam; NĚMCOVÁ, Jaroslava; PRYMULA, Roman; ANDRES, Martin. *Aktuální stav reformy psychiatrické péče*. [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) . [online] 2018 [cit. 12. 4. 2019] dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Soubor.ashx?souborID=33091&typ=application/pdf&nazev=Aktu%C3%A1ln%C3%AD%20v%C3%BDvoj%20v%20reform%C4%9B%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8D.pdf>

Webmd. *What Is the Global Assessment of Functioning (GAF) Scale?* [www.webmd.com](http://www.webmd.com). [online]. 2019, [cit. 2019-04-06]. Dostupné z: <https://www.webmd.com/mental-health/gaf-scale-facts>

WINKLER Jiří a kol. *Propojování sociálních a zdravotních služeb. Zajištění odborných studií a analýzy pro účely sestavení 3. komunitního plánu sociálních služeb města Brna pro období 2013 – 2015*. [www.socialnipece.brno.cz](http://www.socialnipece.brno.cz) [online]. 2012, [cit. 2019-02-05]. Dostupné z: <https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/studiepropojovaniszs.pdf>

World Health Organization. *Health topics. Prevalence of mental disorders*. [www.euro.who.int](http://www.euro.who.int) [online]. 2018, [cit. 16. 2. 2019]. Dostupné z: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/data-and-resources>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů

## **Seznam příloh:**

Příloha 1 Stručný popis okruhů diagnóz podle klasifikace MKN – 10 seřazený do tabulky

Příloha 2 Rozhovor s PhDr. Janou Horákovou na téma role sociálních služeb v nově koncipované systému péče o duševně nemocné

Příloha 3 Přehled poskytovatelů sociálních služeb na územní města Liberec

Příloha 4 Zkrácený přepis rozhovoru s informantem ze zdravotnické profese

Příloha 5 Zkrácený rozhovor s informantem z profese sociálního pracovníka

Příloha 1: Stručný popis okruhů diagnóz podle klasifikace MKN – 10

Mezinárodní klasifikace nemocí - okruhy psychiatrických onemocnění	Popis okruhů psychiatrických onemocnění
F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických	Jde o poruchy, u kterých je známá příčina, jsou zapříčiněné nemocí, nebo úrazem mozku a mají za následek jeho narušenou funkci. Základním příznakem je kognitivní disfunkce. Mezi nejčastější a nejzávažnější poruchy tohoto typu patří demence. (Svoboda (ed), Češková, Kučerová, 2006, s. 139). Nejznámější je demence Alzheimerova typu. „Uvádí se, že asSP 50 - 70 % všech demencí je způsobeno demencí Alzheimerova typu“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012, s. 39).
F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek	Tyto poruchy jsou vyvolané užíváním psychoaktivních látek, které vyvolávají závislost. Mají vliv na chování, vědomí a náladu. Typické je narušené chování jedince, které je problematické pro okolí a společnost (Svoboda (ed), Češková, Kučerová, 2006, s. 159).
F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	Charakteristické pro tuto skupinu diagnóz jsou poruchy téměř všech psychických funkcí. Zásadními jsou poruchy myšlení, vnímání, emotivita, nebo narušené chování. S poruchami v této kategorii se pojí bludy, halucinace, dezorganizovaný projev, zkreslené vnímání reality. Tímto závažným onemocněním trpí asSP 1 % světové populace. (Svoboda (ed), Češková, Kučerová, 2006, s. 181). „Etiologie není zatím dosud zcela jasná, na vzniku choroby se podílí zřejmě celá řada faktorů biologických, sociálních a psychologických“ (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012, s. 77).
F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	Jsou třetí nejčastější duševní poruchou. U této skupiny nemocí je hlavním příznakem střídání protichůdných nálad a to deprese, nebo mánie. To znamená, že nemocný je buď extrémně smutný, nedokáže prožívat radost, apatický, neschopný aktivity, co vede k poruchám myšlení a vnímání, nebo extrémně veselý, nadnesený, expanzivní, s pocitem mimořádných schopností a síly, co má dopad na jeho konání (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012, s. 91 – 92, 108). Ve světě je věnována značná pozornost právě depresi. Důvodem je, že „Podle odhadu, se v roce 2020 deprese stane druhou vedoucí příčinou neschopnosti, morbidity a mortality ve světě“ (Svoboda (ed), Češková, Kučerová, 2006, s. 201), co sebou nese velkou ekonomickou zátěž pro společnost.
F40–F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	Jedná se poruchy, které souvisí především s psychickými potížemi, a proto je u nich nejdůležitější identifikace psychologických aspektů (Svoboda (ed), Češková, Kučerová, 2006, s. 223). Patří sem úzkostné poruchy, fobické poruchy, ale i poruchy vyvolané stresem, disociativní poruchy nebo somatické poruchy, které se nedají objasnit tělesní dysfunkcí.
F50–F59 Syndromy poruch chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory	Tyto poruchy jsou spojené s určitým patofyziologickým mechanismem. Řadí se sem poruchy spojené s příjmem potravy, poruchy spánku, nebo sexuality, ale také abúzus látek nevyvolávajících závislost (Svoboda (ed), Češková, Kučerová, 2006, s. 244, 246).

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých	Do této kategorie řadíme tři hlavní samostatné okruhy poruch – poruchy osobnosti, návykové a impulzivní poruchy a poruchy pohlavní identity a preference. Poruchy osobnosti jsou charakterizované extrémními povahovými a charakterovými rysy, které vedou k poruchám sociální adaptace. Toto vyhrcoené chování v interakcích s okolím má za následek, že trpí okolí nebo nemocný. Návykové a impulzivní poruchy, které jsou charakterizovány neschopností odolat pokušení něco udělat a před tímto činem pociťovat napětí. Jedná se o činy nebezpečné, nenormální. Po provedení činu nastane uvolnění, uspokojení. Při poruchách pohlavní identity můžeme mluvit o narušení vývoje normálního prožívání mužské nebo ženské identity a charakterizuje je bizarní, deviantní praktiky. (Svoboda (ed), Češková, Kučerová, 2006, s. 255).
F70–F79 Mentální retardace	Tento pojem se užívá pro případ zastavení či neúplného duševního vývoje v prvních letech dětství. Pokud se intelektové funkce začnou narušovat až po třetím roce života, již mluvíme o demenci. Mentální retardace se dělí do čtyř stupňů podle závažnosti postižení. (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012, s. 191)
F80–F89 Poruchy psychického vývoje	Tato kategorie je určená pro diagnostiku poruch postižení nebo opoždění ve vývoji některých funkcí. Využívá se především v dětské psychiatrii. Patří sem vývojové poruchy řeči, školních dovedností, motorických funkcí apod. Ale i závažné typy onemocnění jako je autismus, Aspergerův syndrom (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012, s. 199, 202)
F90–F98 Poruchy chování a emocí, se začátkem obvykle v dětství a v dospívání	I tato kategorie je určená pro diagnostiku duševním poruch v dětství. Zahrnuje nemoci jako ADHD, poruchy chování spojené s lhaním, tuláctvím, zvýrazněné emoční projevy, nebo různé fobie a úzkosti v dětském věku, případně poruchy sociálních vztahů (Raboch, Pavlovský, Janotová, 2012, s. 205 -207)
F99 Neurčená duševní porucha	Jedná se o poruchu nervového systému. (UZIS)

Zdroj: vlastní

Příloha 2: Rozhovor s PhDr. Janou Horákovou na téma role sociálních služeb v nově koncipovaném systému péče o duševně nemocné

**Z dostupných materiálů jsem vyrozuměla, že v rámci Reformy se spolupráce zdravotních a sociálních služeb koncepčně váže na práci v multidisciplinárním týmu. Ty ale v současné době vznikají pouze v rámci CDZ. Může vznikat multidisciplinární tým i mimo CDZ, aby se naplňovala myšlenka mezioborové spolupráce?**

*Na to já Vám nedokážu relevantně odpovědět, protože tvorba MT byla v projektech EU, které byly vyhlášené pro Reformu, ale peníze v projektech byly pouze investiční, ale ne třeba na mzdy zaměstnanců. Kdybychom se pokusili sestavit MT pod zdravotnictvím, museli bychom hledat zdroje na jeho financování, protože v rámci projektu bychom mohli koupit auto, ale nedokázali bychom hradit mzdy pracovníků. Problém také je, že MT samostatně není ve Věstníku MZ, personální obsazení CDZ ve Věstníku je a tím je jeho funkce potvrzená a závazná pro zdravotnickou oblast. Kdežto MT se objevili jako nějaká možnost, ale zatím koncepce není dotažená natolik, aby se do Věstníku dostala. Nicméně začíná se diskutovat o MT jako o alternativě k CDZ, kterých personální standard je 9 pracovníků ze zdravotnictví a 9 pracovníků ze sociálních služeb. Toto obsazení je dobrá cesta pro větší města, jako je Praha, Brno, eventuálně i Liberec, ale není to dobrá cesta třeba pro Tanvald, Frýdlant, Nový Bor. Takže buď se sníží personální nároky na CDZ, nebo MT bude rehabilitován a bude personálně obsazen s ohledem na specifika pro danou lokalitu, ale jak říkám toto řešení je zatím pouze v rovině diskuse zainteresovaných odborníků. I když podle mého názoru je to nejlepší cesta. Standard CDZ má striktně dané personální obsazení a nemůže se tedy flexibilně přizpůsobovat potřebám regionu, ve kterém bude působit. Kdežto v MT se počítá se zastoupením požadovaných profesí, tedy, že v týmu musí být psychiatr, zdravotní sestra apod., ale počet, nebo výše úvazku není daná, i když předpokládám, že nějaké minimum se nastaví. Právě kvůli flexibilitě s možností lokálního působení, možným nízkým požadavkům na materiálně – technické zázemí, nižšímu počtu zaměstnanců a dojezdové vzdálenosti pokládám tvorbu MT za dobré řešení. Tím, ale nechci říct, že myšlenka CDZ nemá svoje opodstatnění, to určitě má, ale nemusí být v každém regionu.*

**A když se podaří myšlenku MT rehabilitovat, kde má tým vznikat? Myslím v rámci zdravotnictví, nebo v rámci sociálních služeb?**

*Podle mého pod zdravotnictvím, protože aby byl dlouhodobě udržitelný, tak se musí z něčeho zaplatit a podle mého by to mělo fungovat jako v CDZ, tedy celý tým by spadal*



*pod zdravotnictví, ale sociální část by se dostala do krajské základní sítě sociálních služeb a tedy sociální pracovníky v týmu by platilo MPSV, potažmo jednotlivé kraje. Ale zatím my tvrdíme, že MT máme, protože to nazvat nějak musíme, vycházíme z terminologie používané v projektech pro Reformu, ale v podstatě oficiálně MT nejsou. Ale když se podíváte do materiálů Reformy, tak se o nich hovoří. Hovoří se o tom, že ne všude můžou vznikat CDZ a že podobně dobrou práci můžou vykonávat MT, ale ještě se to pořád nedostalo do oficiálních dokumentů, tak jako CDZ.*

**Právě proto se v tom ztrácím. Jak jste zmiňovala v dokumentech o Reformě, nebo o koncepci psychiatrické péče v ČR se hodně píše o MT, ale nakonec jsem zjistila, že s MT se počítá pouze v rámci CDZ. Že koncepce MT není dále nijak domyšlená. A co služby, které, třeba jako Fokus Liberec, poskytují péči duševně nemocným již dvacet let, jak teda v rámci Reformy mají dále fungovat?**

*Tak CDZ určitě nezachrání všechno. CDZ bude většinu svých pacientů i předávat. Ono by mělo být hodně zaměřené především na klienty s problémovým fungováním, třeba při nastavení medikace, řešení problémového vztahu klientů k medikaci a ve chvíli když budou potřebovat jenom, v uvozovkách tedy jenom, podporu v sociální oblasti, třeba podporu v nalezení vhodného bydlení, nebo doprovody, řešení vztahu s rodinou, tak já si myslím, že CDZ by to ani nemohlo postihnout v rámci celého regionu, který pod něj spadá, CDZ bude tedy klienty předávat. Takže sociální týmy budou dál fungovat při týmech z CDZ. Ale pochopitelně ze začátku se stane, že část již existujících týmu zřízené CDZ pohltí. Proto se teď hodně bavíme o nastavení kapacit na kraji, aby bylo hned od začátku jasné, kolik pracovníků pro poskytování kvalitní péče je potřeba na sto tisíc obyvatel mít a to jak pro oblast zdravotní, tak i sociální. Vedle CDZ musí existovat i sociální týmy, protože CDZ nedokáže pokrýt všechny oblasti péče. CDZ bude více orientováno na tu zdravotní stránku, krizové intervence. Lidé s nejtěžším průběhem nemoci momentálně nemají žádné řešení, nikdo za nimi nevyjede, nikoho nezajímají, je tady mezera v rámci spolupráce ambulantní psychiatr, obvodní lékař, záchranná služba a tuto mezeru by měli CDZ vykryt.*

**Dejme tomu, že koncepce CDZ je jasná, i to, že vedle týmu CDZ budou existovat týmy sociálních služeb. Jak ale týmy sociálních služeb mají komunikovat a spolupracovat se zdravotními službami? Třeba i za stávajících podmínek, než vznikne CDZ?**

*Hledáme cesty. Já se můžu vyjádřit pouze za Liberecký kraj, jinde situaci dopodrobna neznám. Zatím nevím o žádné koncepci, která by tuto problematiku řešila na systémové*

úrovni. Nejvíce komunikujeme s psychiatrickými nemocnicemi. Třeba již máme počty lidí, kteří budou přecházet z PN Kosmonosy sem k nám do regionu a snažíme se na to připravit především v oblasti bydlení. S PO KNL komunikujeme přes krajskou koordinační skupinu, a do této komunikace je také zapojena pracovnice MZ pro multidisciplinaritu, co je další odbornost v rámci Reformy, která by měla více aktivizovat PO KNL, aby spolupráce nebyla pouze formální, ale více intenzivní. Výsledkem diskuse by mělo být i to, že každý pacient z naší cílové skupiny bude naší službou kontaktovaný a bude mu nabídnuta spolupráce. Jinak si myslím, že na těchto úrovních přes multidisciplinaritu a transformaci nemocnic, ta spolupráce nějak nastavena je. Velký problém jsou ambulantí, ale my na ně nedosáhneme. Každý ambulantní psychiatr je samostatná, svébytná jednotka, vlastně živnostník, který pracuje sám na sebe, nikomu se neodpovídá, de facto nad ním nikdo není. Když nebudou chtít dělat věci nově a progresivně, tak nemáme žádnou páku jak jejich názor změnit a spolupráci nastartovat.

**Tedy neexistuje, nebo nevzniká někde nějaké doporučení, nebo standard na úrovni ministerstva, jak by měli spolupracovat zdravotní a sociální služby?**

V rámci reformy má multidisciplinarita tři úrovně. První úroveň je v rámci CDZ, protože to je vlastně taky komunikace sociální a zdravotní. A tam metodika spolupráce již vzniká. Pak je ta druhá úroveň multidisciplinarita, tedy komunikace mezi sociálními službami v komunitě a zdravotnickými lůžkovými službami, co by se nás vlastně momentálně nejvíce týkalo, jenomže my jsme ještě pořád na první úrovni multidisciplinarita a na řešení druhé úrovně ještě úplně nenastal čas, respektive musí se nejdříve dořešit ta první úroveň. Podle mě si to teď každý dělá podle svého, tak jak to nejlíp umí. Nejvíce se to asi děje právě přes transformační týmy nemocnic a přes krajské koordinátory reformy a je to prostě o domlouvání se, ale metodiky, tak jak se vy na to ptáte, tedy pracovní postupy a povinnosti, tak ty bohužel zatím nejsou. Je to postavené na principu: buďte aktivní, snažte se, bylo by to dobré....., takže i my to tak děláme, neustále oslovujeme a říkáme, bylo by to dobré. Pozn. Třetí úroveň multidisciplinarita znamená zapojení dalších aktérů, jako jsou obce, policie, nebo dalších profesí třeba v oblasti vzdělávání.

**Přináší tedy Reforma pro stávající sociální služby nějakou změnu?**

Reforma je strašně složitý proces a změny se dějí velmi pomalu. Ale je to nějaká naděje, už teď se změnilo spousta věcí, už teď je to o tom, že s námi alespoň komunikují, že nás berou vážně, vždyť my jsme byli vlastně underground, my jsme byli pomalu jako

*chartisti, nikdo nás neposlouchal, nikdo nás nebral vážně. Tak už jenom to, že následná péče se stala pevnou součástí léčby, že se o tom začalo bavit, že někdo vidí, že to má úspěch. Že se tahle práce konečně ocení a etabluje jako běžná součást psychiatrické péče, tak už to je velký posun oproti časům, kdy jsem začínala.*

Příloha 3: Tabulkový přehled poskytovatelů sociálních služeb na území města Liberec

Poskytovatel	Druh služby	Cílová skupina
CENTRUM PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ Libereckého kraje o.p.s.	Odborné sociální poradenství	osoby se zdravotním postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby se zrakovým postižením, seniři
	Osobní asistence	
ELVA HELP z.s.	Odlehčovací služby	osoby se zdravotním postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby se zrakovým postižením, rodiny s dítětem/děťmi, seniři, osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy, osoby s poruchami autistického spektra
	Sociální rehabilitace	
Rodina24 z.ú.	Osobní asistence	seniři, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby se zrakovým postižením, osoby s poruchami autistického spektra, osoby s Alzheimerovou demencí a jinými
	Domov se zvláštním režimem	
FOKUS Liberec o.p.s.	Sociálně aktivizační služby pro seniory a OZP	osoby s chronickým duševním onemocněním
	Podpora samostatného bydlení	
	Chráněné bydlení	
	Sociálně terapeutické dílny	
Služby sociální péče TEREZA, příspěvková organizace	Sociální rehabilitace	osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s PAS
	Odlehčovací služby	
	Denní stacionář	
	Týdenní stacionář	

Centrum intervenčních a psychosociálních služeb Libereckého kraje, příspěvková organizace	Telefonická krizová pomoc – linka důvěry	osoby v krizi, děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společ. nežádoucími jevy, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s tělesným postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby se zrakovým postižením, osoby, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy, pachatelé trestné činnosti, rodiny s dítětem/děťmi, etnické menšiny, oběti domácího násilí, oběti trestné činnosti, osoby ohrožené závislostí nebo závislé na návykových látkách, senioři
Sdružení TULIPAN, z.s.	Chráněné bydlení	osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby se zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s psychiatrickými poruchami
Rytmus Liberec, o.p.s.	Sociální rehabilitace	osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se zdravotním postižením

Zdroj: Základní síť sociálních služeb Libereckého kraje

Příloha 4: Zkrácený přepis rozhovoru s informantem ze zdravotnické profese

**V čem, podle Vás, funguje komunikace při předávání informací o pacientech s pracovníky sociálních služeb?**

*V případě, že je potřeba si nějaké informace říct, vzájemná komunikace funguje. Je pravda, že z důvodu pracovní vyčerpání, kterou v ambulanci mám, nepátrám po informacích u všech pacientů, kteří spolupracují se soc. službami. Pracovníky kontaktuji jenom v případě potřeby a pak se snažím, aby komunikace byla efektivní.*

**V čem, podle Vás, nefunguje komunikace při předávání informací o pacientech s pracovníky sociálních služeb?**

*A v čem nefunguje? Asi v té pravidelnosti. Taky se někdy stane, že máme jiný názor na stav pacienta, případně na užívání medikace. Pracovník si myslí, že já jako lékař můžu všechno změnit, ale neuvědomuje si moji zodpovědnost před zákonem.*

**V čem podle Vás funguje komunikace při zabezpečování následných služeb pro pacienty s pracovníky sociálních služeb?**

*Při zabezpečování následných služeb pro pacienty se sociálními pracovníky téměř nespolečně spolupracuji. Důvodem je především moje pracovní vyčerpání a také to, že se zatím žádný pracovník se na mne s tím neobrátí. Úplně si v tom neumím představit svoji roli. Když mám pocit, že můj pacient potřebuje sociální službu a ještě ji nemá, pak sama kontaktuji Fokus, nebo se domluvím s okolím pacienta, že tak učiní.*

**V čem podle Vás nefunguje komunikace při zabezpečování následných služeb pro pacienty s pracovníky sociálních služeb?**

*Jak jsem Vám už řekla, tuto situaci s pacientem moc neřeším. Takže společné zabezpečování služeb spíše nefunguje, než funguje.*

**V čem podle Vás funguje komunikace při nalezení komplexního řešení situace pacienta s pracovníky sociálních služeb?**

*To je vlastně to samé, jako v předešlé otázce. Nechci, aby to vyznělo jako výmluva, ale když máte na jednoho pacienta 20 a více minut, tak se komplexně nedá řešit téměř nic. A není to moje vina, ale způsob nastavení úhrad přes pojišťovnu a i to, že v bývalém Libereckém okrese je psychiatrů nedostatek, takže máme nadpočet pacientů a logicky to ubírá na kvalitě poskytované péče.*

**V čem podle Vás nefunguje komunikace při nalezení komplexního řešení situace pacienta s pracovníky sociálních služeb?**

*Osobně bych se samozřejmě nebránila spolupráci při komplexním řešení situace pacienta, ale kapacitně to jednoduše nedávám a myslím, že to vidí i sociální pracovníci a zatím tuto spolupráci nevyžadují.*

*V jednotlivých případech bych mohla s tím pomoci, ale nevidím to na systémovou spolupráci. Alespoň ne za stávajících podmínek.*

**V čem, podle Vás, funguje komunikace při předávání informací o zhoršení zdravotního stavu pacienta s pracovníky sociálních služeb?**

*Stává se pravidlem, že mne sociální pracovník informuje o zhoršeném stavu pacienta. Já se snažím při návštěvě pacienta v mé ambulanci na to pohlížet, případně se domluví na okamžité návštěvě v ambulanci. Ale někdy je to složité, když pacient nechce spolupracovat. A někdy je to i naopak, když vím, že pacient spolupracuje se sociální službou a já potřebuji jeho stav hlídat, informuji o tom sociálního pracovníka. Takže předávání funguje.*

**V čem, podle Vás, nefunguje komunikace při předávání informací o zhoršení zdravotního stavu pacienta s pracovníky sociálních služeb?**

*A nefunguje? Těžko říct, teď mne nic nenapadá.*

**V čem, podle Vás, funguje sjednocený postup při zhoršení zdravotního stavu pacienta s pracovníky sociálních služeb?**

*Když už spolu komunikujeme o zhoršeném stavu pacienta, samozřejmě si povíme, která strana co může udělat. Vždy je lepší, má-li lékař podporu pacientova okolí a není na řešení pacientovi situace sám, jenom s pacientem. Každá profese může přinést do procesu léčby svoje přednosti a to je dobré, pacient se může dříve stabilizovat. Psychóza je nepříjemné onemocnění, ale líp se snáší za podpory okolí. Tady to si uvědomuji, a proto se také snažím se sociálním pracovníkem postup intervence domluvit. Ale zase je to na pacientovi, jestli bude spolupracovat.*

**V čem, podle Vás, nefunguje sjednocený postup při zhoršení zdravotního stavu pacienta s pracovníky sociálních služeb?**

*Nefunkčnost vidím především v tom, že si nedáváme zpětnou vazbu a v tom, jak to s pacientem pokračuje, předávání informací není pravidelné, ale to jsem zase u časového presu.*

**V čem, podle Vás, funguje sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci pacienta s pracovníky sociálních služeb?**

*Nedobrovolná hospitalizace je eticky velmi háklivá. Podle zákona by měla být posledním řešením pro pacienta. Pro mne jako pro ambulantního psychiatra je velmi*

*těžké zařizovat pro pacienta hospitalizace bez jeho souhlasu. Nestává se, že by se pacient šel ohrožovat na životě přímo do mojí ambulance. A rozhodnout o nedobrovolné hospitalizaci na základě výpovědi sociálního pracovníka, nebo okolí a po jednom vyšetření pacienta, je pro mne stresující. Samozřejmě záleží na tom, o jakého pacienta se jedná, tedy jak dlouho ho mám v péči, jaká je diagnóza, předešlý vývoj nemoci, závažnost, předešlá spolupráce, postoj pacienta k nemoci apod.*

**V čem, podle Vás, nefunguje sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci pacienta s pracovníky sociálních služeb?**

*Za určitých okolností si dokážu představit sjednocený postup. Asi by byl nejefektivnější, kdyby šlo o nedobrovolnou hospitalizaci. Ale zatím v praxi jsem tuto situaci nemusela se soc. pracovníkem řešit. Většinou se pacienta podaří namotivovat tak, že do nemocnice jde dobrovolně. Pro mne, jako pro lékaře, který dal pacienta nedobrovolně hospitalizovat, z tohoto kroku, kromě etických vyplývají i právní důsledky. Proto se snažím najít jiné cesty.*

*Takže úplně na Vaši otázku nedokážu odpovědět, tedy v čem funguje, resp. nefunguje.*

**V jakých oblastech, podle Vás, jsou kompetence mezi pracovníky sociálních služeb a zdravotníky ujasněné?**

*Lékař předepisuje medikaci a terapii, to je jeho výhradní právo a povinnost. Tak doufám, že toto máme vyjasněné. Jinak se samozřejmě můžou kompetence přelínat, hlavně při psychosociální rehabilitaci, tím myslím, že obě profese se dle svých možností budou snažit o co největší progres pacienta v jeho fungování. Lékař psychoterapii, medicínskou, biologickou nebo jinou terapii a sociální pracovník v tom, co mu náleží. Nevím, třeba v sociálních dávkách, nebo zaměstnání.*

**V jakých oblastech, podle Vás, chybí ujasnění si kompetencí mezi pracovníky v sociálních službách a zdravotníky?**

*Tak to nevím, myslím, že ujasněné jsou.*

**Když si představíte pracovníka v sociálních službách, se kterým pracujete, jaké znaky v jeho chování vnímáte jako užitečné při vaší spolupráci?**

*Asi to, že mají vztah k těm lidem a většinou se s nimi domluví na tom, co potřebují.*

**A jaké znaky v jeho chování a myšlení, podle Vás, brání, nebo zhoršují spolupráci s ním?**

*Žádné takové znaky nevnímám.*



Příloha 5: Zkrácený přepis rozhovoru s informantem z profese sociálního pracovníka

**V čem, podle Vás, funguje komunikace při předávání informací o klientech se zdravotníky?**

*Jako sociální pracovník se domlouvám s klientem, do jaké míry mohu sdělovat informace o jeho zdravotním stavu, pokud ho doprovázím k lékaři nebo mu dopomáhám při telefonické komunikaci s lékařem. Při doprovodech nechávám klienta jednat samotného a respektuji jeho soukromí v ordinaci. Výměna základních informací o zdravotním stavu, například dotaz na léky, termíny kontrol, zdravotní komplikace, chování klienta v sociální službě, léčebný postup a užívání léků, v přítomnosti klienta probíhá u všech lékařů, kteří mě už znají a vědí, proč naše klienty doprovázím. Při samotném vyšetření odmítám být přítomna, přestože si to někteří lékaři přejí. Nechám si až po vyšetření klienta vysvětlit léčebný postup, pokud jsou klientovi předepsány nějaké nové léky či je nutné v léčebném procesu něco dodržovat. Oceňuji zavedení e-receptu, zjednodušuje to lidem život. Na druhou stranu, naši klienti nejsou schopni si ho bez pomoci sociálního pracovníka zajistit sami. Většina z nich nemá telefon a nejsou ani schopni samostatně něco telefonicky vyřídit.*

**V čem, podle Vás, nefunguje komunikace při předávání informací o klientech se zdravotníky?**

*Někteří lékaři využívají toho, že klienta doprovázím a místo s klientem chtějí jednat se mnou. Klientovi dávají najevo, že je nekompetentní a informace je nutné předávat někomu, s kým se domluví. Při jednáních neberou ohled na to, jak se klient v dané situaci cítí a zdali těm informacím vůbec rozumí. Pravidelné předávání informací mezi sociálním pracovníkem a zdravotníkem nefunguje. Jsou lékaři, kteří se mě jako doprovodu na nic neptají a ani mi nic nesdělují. V některých situacích jsou i velmi neochotní se domluvit na postupu např. při hospitalizaci, kdy o ni klient/pacient požádá.*

**V čem podle Vás funguje komunikace při zabezpečování následných služeb pro klienty se zdravotníky?**

*S některými lékaři je celkem dobrá domluva (jedná se ale spíše o praktické lékaře než psychiatry) ohledně řešení aktuálního zdravotního stavu klienta, který vyžaduje vyšší míru podpory v sociální službě nebo odbornou lékařskou pomoc. Jsou lékaři, kteří se zajímají o svého pacienta a ochotně spolupracují se sociálním zařízením, ve kterém se klient nachází. Jsou schopni se domluvit se sociální službou a s jejich pacientem např. na dobrovolné hospitalizaci nebo předčasné návštěvě z důvodu zhoršení zdravotního*

stavu. Ve své zprávě pak doporučují i vhodnost sociální služby s ohledem na potřeby klienta.

**V čem podle Vás nefunguje komunikace při zabezpečování následných služeb pro klienty se zdravotníky?**

*Lékaři nejsou zrovna moc ochotni vyplňovat formuláře, které je potřeba dokládat při žádostech do jiných pobytových zařízení. Stěžují si na zahlcování administrativou, nezeptají se ani klíčového pracovníka na jeho sociální pohled, například jakou míru podpory vyžaduje daný klient při každodenních úkonech péče o sebe, o svoje zdraví. Někdy se stává, že o klientovi napíší lékařskou zprávu, která neodpovídá jeho aktuálnímu stavu, například na prvním místě uvedou, že se jedná o člověka s diagnózou F20.0, který je problémový a může se u něho objevit agresivní chování, ale už nikdo neřeší, že klientovi je 65 let a jeho duševní nemoc se mění v čase spíše ve stařeckou demenci a vlivem dlouhodobého užívání psychiatrických léků má i mnoho somatických potíží. Klientům jsou schopni říct, že si vymýšlí a stává se, že je nenechají ani řádně vyšetřit než takový posudek napíší. Vycházejí pouze z jeho minulosti a ze záznamů, které si o něm vedli nebo je od někoho získali.*

**V čem podle Vás funguje komunikace při nalezení komplexního řešení situace klienta se zdravotníky?**

*Naše organizace už několik let spolupracuje s PN Kosmonosy a s PN Horní Beřkovice ohledně předávání pacientů po jejich hospitalizaci do sociálních služeb naší organizace. Díky reformě psychiatrické péče se mění i pohled zdravotníků na práci sociálních pracovníků a díky vzájemné spolupráci dochází i ke zkvalitňování života lidí s duševním onemocněním po jejich propuštění z lékařské péče. Jsou oddělení v PN, které začínají být multidisciplinární a velmi dobře spolupracují s CDZ a také s organizacemi, které nabízejí sociální služby lidem s duševním onemocněním.*

**V čem podle Vás nefunguje komunikace při nalezení komplexního řešení situace klienta se zdravotníky?**

*Stále ještě jsou lékaři a psychiatrická oddělení, kteří nejsou moc nakloněni reformě psychiatrické péče a aktuální situaci pacienta sledují jen z lékařského hlediska bez ohledu na to, že klient má i jiné možnosti při svém procesu zotavení a vyžaduje i péči vhodné sociální služby. Doktory to vůbec nezajímá, nějaké komplexní řešení, nemají na to čas, jsou rádi, když to řešit nemusí a děláme to my. V PN zůstávají pacienti, kteří jsou zde umístěni spíše ze sociálních než zdravotních důvodů. V ČR je nedostatek vhodných pobytových sociálních zařízení pro lidi s duševním onemocněním. Navíc fungujících*

*CDZ zde také moc není a jsou kraje, kde nemají ani zajištěné sociální služby pro tyto klienty.*

**V čem, podle Vás, funguje komunikace při předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta se zdravotníky?**

*Z mého pohledu se snažíme s klienty i s jejich psychiatry jednat, když považujeme klientův stav za zhoršený. Lékaři se to snaží řešit většinou změnou medikace. O léčebném postupu informují pouze pacienta a nám moc informací nepředají. Pokud ale klient potřebuje naši pomoc, nechá nás do lékařské zprávy nahlédnout a domlouvá se s námi i na dalším postupu. Celkem dobře funguje domluva s PN Kosmonosy ohledně dobrovolné hospitalizace skrze rehabilitační pobyt. Při návštěvách klienta v PN dostáváme i zpětnou vazbu od ošetřujícího personálu, který nás informuje o aktuálním stavu pacienta a možném propuštění zpět do služby. V PN Kosmonosy probíhají pravidelná setkání terénních pracovníků a zdravotníků.*

**V čem, podle Vás, nefunguje komunikace při předávání informací o zhoršení zdravotního stavu klienta se zdravotníky?**

*Ne každý doktor je ochoten s námi jednat a poskytnout nám nějaké informace o zdravotním stavu pacienta a to i v situaci, kdy si to přeje sám klient. Informace se dozvíme pouze, když nám je sám klient sdělí nebo nás nechá nahlédnout do zprávy od lékaře. Lékaři nemají potřebu nás informovat, co se děje s jejich pacientem a že by bylo vhodné spolupracovat ohledně jeho zhoršeného zdravotního stavu. Striktně dodržují zákon na ochranu osobních údajů. Iniciativu na přání klienta vyvíjíme většinou jen z naší strany. Ještě složitější je to v situaci, kdy má klient veřejného opatrovníka. Ne každý opatrovník s námi jedná na rovinu a je ochoten nám něco sdělit. Kolikrát se podstatné věci nedozví ani sám klient. Složitější domluva začala ve chvíli, kdy se všichni snaží naplňovat pravidla GDPR. S PO Liberec skoro žádná domluva nefunguje, klienta s chronickým duševním onemocněním většinou odešlou rovnou do PN a to i v případě, že se jedná o dobrovolnou hospitalizaci. Nefunguje moc ani vzájemná spolupráce ohledně pravidelných schůzek a vytváření pravidel pro spolupráci.*

**V čem, podle Vás, funguje sjednocený postup při zhoršení zdravotního stavu klienta se zdravotníky?**

*V naší službě pracujeme s krizovým plánem pro případ zhoršení zdravotního stavu klienta. V plánu je domluvený postup ohledně případné hospitalizace. V praxi pak narážíme na neochotu při dobrovolné hospitalizaci. Klient se dostane na příjmové oddělení, kde je mu vše zabavené, chovají se k němu nepříjemně a nějakou dobu trvá,*

*než ho přeloží na to správné oddělení, kde se má zrehabilitovat. Nemocničním přístupem může kolikrát dojít i k jeho destabilizaci a místo krátkodobého pobytu je zde klient několik měsíců nebo chce podepsat předčasně revers.*

**V čem, podle Vás, nefunguje sjednocený postup při zhoršení zdravotního stavu klienta se zdravotníky?**

*Celkový přístup lékařů ohledně spolupráce, plánování, domluvy či hodnocení stavu klienta/pacienta moc nefunguje. Někteří lékaři nepovažují klíčového pracovníka za dostatečně kompetentní osobu, se kterou mohou jednat o zhoršeném zdravotním stavu klienta. Někdy z jejich chování mám pocit, že námi tak trochu pohrdají, protože nerozumíme jejich profesi a počinům. Velmi neochotní jsou v situaci, kdy s námi komunikují po telefonu. Pro nás jako sociální službu je složitá i spolupráce v případě, že se na nás obrátí rodina, která si neví rady s jejich neléčeným příbuzným. Kromě rodin se na nás obracejí i obce, které si nevědí rady při relapsu jejich občana.*

**V čem, podle Vás, funguje sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci klienta se zdravotníky?**

*Nedokáži posoudit, co funguje a to z důvodu, že nedobrovolných hospitalizací jsem ve své praxi moc nezažila. O sjednocený postup v případě nedobrovolné hospitalizaci naše organizace usiluje už několik let, ale ze strany zdravotního personálu narážíme spíše na neochotu v tomto procesu s námi spolupracovat. Sjednocený postup v případě nedobrovolné hospitalizace vidím jako jeden z hlavních cílů dobré spolupráce mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Navíc by to zjednodušilo i život klientovi.*

**V čem, podle Vás, nefunguje sjednocený postup při nedobrovolné hospitalizaci klienta se zdravotníky?**

*V našem regionu je celkem složitá spolupráce s místním psychiatrickým oddělením, nemáme zde žádnou psychiatrickou nemocnici, nejbližší je až PN Kosmonosy. Navíc někteří psychiatři jsou velmi neochotní ohledně zajišťování nedobrovolných hospitalizací. Mají s tím starosti a bojí se žaloby ze strany klienta, kterého nechají nedobrovolně hospitalizovat. Máme zkušenosti, že pokud jsou klienti v pobytové službě a zavoláme jim RZS, tak většinou dostanou něco na uklidnění a vrátí se nejpozději do 48h zpět.*

**V jakých oblastech, podle Vás, jsou kompetence mezi pracovníky sociálních služeb a zdravotníky ujasněné?**

*V PN Horní Beřkovice běží projekt, do kterého je zapojena i naše organizace. Vzhledem k tomu, že nejsem terénní pracovníce a nejezdím tam, tak nevím, jak to v praxi vlastně probíhá. Pracovnice si ale spolupráci s nimi celkem chválí.*

**V jakých oblastech, podle Vás, chybí ujasnění si kompetencí mezi pracovníky v sociálních službách a zdravotníky?**

*Vzájemné sdělování informací, domluva spolupráce při hospitalizacích, způsob intervence při zhoršeném zdravotním stavu klienta, společná metodika ohledně multidisciplinárních týmů – například spolupráce našich terénních pracovníků – zdravotních sester s PO a PN, jak spolupracovat s rodinami klientů u neléčených klientů – nedobrovolné hospitalizace v terénu, mám pokračovat?*

**Když si představíte zdravotníka, se kterým pracujete, jaké znaky v jeho chování vnímáte jako užitečné při vaší spolupráci?**

*Ti zdravotníci, co považují reformu psychiatrické péče za pozitivní, se mohou posouvat i v myšlení ohledně přístupu ke svým pacientům k jejich zotavení.*

**A jaké znaky v jeho chování, podle Vás, brání, nebo zhoršují spolupráci s ním?**

*Někteří zdravotníci nepovažují pracovníky sociálních služeb za rovnocenné partnery při komplexní péči o klienta a dávají nám najevo, že nerozumíme jejich odborné zdravotní péči. Většina z nich vidí úspěch zotavení klienta především v hospitalizaci a v nasazení medikamentů. Dle mého názoru je stále PN plná lidí, kteří mají spíše sociální problémy než psychické a navíc podlehli za ty roky hospitalismu. V PN pouze zabírají lůžka.*