

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

# **Postavení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče**

Bakalářská práce

Autor: Petra Hašková  
Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce  
Studijní obor: Sociální práce  
Forma studia: Kombinovaná  
Vedoucí práce: Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.

## Zadání bakalářské práce

<b>Autor:</b>	<b>Petra Hašková</b>
Studium:	U1733
Studijní program:	B6731 Sociální politika a sociální práce
Studijní obor:	Sociální práce
<b>Název bakalářské práce:</b>	<b>Postavení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče</b>
Název bakalářské práce A):	The position of social work in the reform of psychiatric care

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

Práce se bude zabývat problematikou péče o duševně nemocné v České republice. Základním tématem bude postavení a role sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče. Cílem práce bude definovat a vymežit postavení sociální práce v současné reformě psychiatrické péče. V empirické části práce bude využita kvalitativní výzkumná strategie - metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru.

MATOUŠEK, O a kol. Encyklopedie sociální práce. Praha : Portál, 2013 TORESINI, L. MEZZINA, R. LINTYMEROVÁ, K. Za zdmi. Praha : Fokus, 2017 PSYCHIATRICKÁ KLINIKA 1. LF UK a VFN. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. Praha : Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017

Garantující pracoviště:	Ústav sociální práce, Filozofická fakulta
Vedoucí práce:	Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.
Oponent:	doc. PhDr. Ing. Emília Janigová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí bakalářské práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Havlíčkově Brodě dne 27. 3. 2020

.....

## Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D. za odborné vedení této bakalářské práce, za její cenné rady, užitečné připomínky, důslednost a vstřícnost. Velký dík patří také mé rodině, především pak mému manželovi, za trpělivost a podporu během celého studia.

## Anotace

Práce se bude zabývat problematikou péče o duševně nemocné v České republice, základním tématem bude postavení a role sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče. Nejprve bude stručně popsána historie péče o lidi s duševním onemocněním na našem území a systém psychiatrické péče před reformou. Následující kapitola se bude věnovat současné reformě psychiatrické péče.

Cílem práce bude definovat a vymežit postavení a roli sociální práce v současné reformě psychiatrické péče.

V empirické části práce bude využita kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování, technika polostrukturovaného rozhovoru. Předmětem výzkumu bude zjistit, jak odborníci pracující s danou cílovou skupinou vnímají roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče.

Klíčová slova: duševní onemocnění, reforma psychiatrické péče, duševní zdraví, sociální práce

## Annotation

The thesis will deal with the issue of mental health care in the Czech Republic, the fundamental theme will be the position and role of social work in the framework of the reform of psychiatric care. First, the history of care for people with mental illness in our territory and the system of psychiatric care before the mental health reform will be briefly described. The next chapter will focus on the current reform of psychiatric care.

The aim of the work will be to define the position and role of social work in the current reform of psychiatric care.

In the empirical part of the thesis will be used qualitative research strategy - method of questioning, technique of semi-structured conversation. The subject of the research will be to find out how specialists working with the target group perceive the role of social work in the reform of psychiatric care.

Keywords: mental illness, psychiatric care reform, mental health, social work

## Obsah

Úvod .....	9
1 Koncept psychiatrické péče v České republice .....	11
1.1. Historie psychiatrické péče v ČR .....	11
1.2. Charakteristika cílové skupiny a role sociální práce s lidmi s duševní nemocí 12	
1.3. Rozdělení duševních poruch .....	13
1.4. Soudobá podoba psychiatrické péče v ČR .....	14
Shrnutí .....	17
2 Koncept reformy psychiatrické péče od roku 2013 .....	19
2.1. Důvody přistoupení k reformě psychiatrické péče .....	19
2.2. Počátky reformy psychiatrické péče v České republice .....	20
2.3. Sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče .....	20
2.4. Cíle a vize reformy psychiatrické péče .....	24
2.4.1. Služby vznikající v rámci reformy psychiatrické péče .....	24
2.4.2. Deinstitutionalizace psychiatrické péče .....	26
2.4.3. Destigmatizace lidí s duševním onemocněním .....	27
Shrnutí .....	29
3 Systém psychiatrické péče ve Velké Británii .....	31
3.1. Zásady profesionální péče o duševní zdraví ve Velké Británii .....	31
3.2. Komunitní práce .....	32
Shrnutí .....	33
4 Metodologická část .....	34
4.1. Výzkumný problém .....	34
4.2. Zvolená výzkumná strategie .....	35
4.3. Volba výzkumného souboru (vzorku) .....	36
4.4. Způsob sběru dat .....	37
4.5. Etické aspekty výzkumu .....	39

5	Interpretace získaných dat .....	40
5.1.	Interpretace a vyhodnocení prvního dílčího cíle .....	40
5.2.	Interpretace a vyhodnocení druhého výzkumného cíle .....	43
5.3.	Interpretace a vyhodnocení třetího výzkumného cíle .....	46
5.4.	Shrnutí výzkumné části a doporučení pro praxi .....	48
	Závěr .....	50
	Seznam použité literatury .....	53



## Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila postavení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče. Záměrem tohoto výběru je upozornit na nezastupitelnost sociální práce v kontextu péče o lidi s duševním onemocněním, především při sociálním začleňování nemocných, jejich uplatnění na trhu práce, pomoci při zvládání běžných záležitostí, a také při podpoře rodiny nemocného apod.

Psychiatrická péče v České republice nyní prochází reformou, která počítá i s větším zapojením sociální práce, než tomu bylo doposud. Profesionální péče o lidi s duševní nemocí se na našem území začala rozvíjet na konci 18. století - tehdy péče o nemocné probíhala téměř výhradně ve velkých psychiatrických léčebnách a vládlo všeobecné přesvědčení, že tyto pacienty je třeba izolovat od zbytku společnosti - a až do r. 1989 se její koncepce příliš nezměnila. V porevolučním období došlo postupně k určitým moderním změnám, přesto odborná veřejnost dospěla k závěru, že systém psychiatrické péče je třeba transformovat a modernizovat.

S duševní nemocí má v České republice zkušenost každý pátý člověk, každý pětadvacátý člověk trpí chronickým duševním onemocněním, tedy s ním dlouhodobě žije. U 50% chronicky nemocných se první příznaky nemoci objeví před 14. rokem života, u 75% již před 24. rokem. Mezi nejčastější psychiatrické diagnózy patří neurotické poruchy (40%), dále poruchy afektivní (18%), organické duševní poruchy (12%) a schizofrenie (8%). (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017)

Hlavním cílem této bakalářské práce je definovat a vymežit postavení a roli sociální práce v rámci současné reformy psychiatrické péče. Teoretická část bude rozdělena do tří kapitol. V první stručně nahlédnu do historie psychiatrické péče na území dnešní České republiky, popíši východiska sociální práce s touto cílovou skupinou, představím základní členění psychických poruch a soubor podobu psychiatrické péče v České republice včetně nabídky sociální služeb dle Zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.). V druhé kapitole se budu věnovat reformě psychiatrické péče. Úvodem budou nastíněny důvody přistoupení k reformě a její vývoj, následně bude popsáno postavení a role sociální práce v oblasti moderní psychiatrické péče, kam reforma patří, včetně teoretických východisek sociální práce s danou cílovou skupinou. Konec kapitoly představí reformní vize a cíle. Třetí kapitola přinese vhled do systému psychiatrické péče ve Velké Británii, popíše tamní základní principy péče o lidi

s duševní nemocí, a nakonec představí britskou podobu komunitní práce s danou cílovou skupinou.

V praktické části této práce se budu věnovat výzkumnému šetření v oblasti reformy psychiatrické péče. Hlavním cílem bude zjistit, jak odborníci pracující s cílovou skupinou klientů s duševním onemocněním vnímají roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče. Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, která bude realizována technikou polostrukturovaných rozhovorů s respondenty, kterými budou psychiatři, sociální pracovníci nestátní neziskové organizace a sociální pracovník působící ve státní správě. Pro kvalitativní výzkumnou strategii jsem se rozhodla proto, že v rámci výzkumu potřebuji zjistit, jaké jsou subjektivní názory a postoje odborníků k postavení a roli sociální práce v současné reformě psychiatrickém péče.

# 1 Koncept psychiatrické péče v České republice

V této kapitole bude stručně popsán historický vývoj psychiatrické péče na našem území, dále představím cílovou skupinu lidí s duševní nemocí včetně základního přehledu duševních poruch, a nakonec se budu věnovat současnému uspořádání psychiatrické péče.

## 1.1. Historie psychiatrické péče v ČR

Na území České republiky, stejně jako jinde ve světě, měla v minulosti péče o duševně nemocné dvojí charakter – „*milosrdná pomoc a nemilosrdná represe*“. (Hradecká, 2010 str. 1) Zvolený přístup závisel především na projevech choroby nemocného. Člověku, který se nechoval agresivně či jinak „nevhodně“, se většinou dostalo dobročinnosti, zatímco nemocného s agresivními projevy chování čekalo přikování v městském vězení, na venkově pak třeba v odlehlé stodole. V období středověku mělo jen velmi málo měst azylová zařízení pro duševně choré. (Hradecká, 2010) Nejstarší útulek pro duševně choré nesl název Moristan a vznikl jako církevní zařízení okolo r. 400 v Cařihradu. Postupně začala ve vyspělé části tehdejšího světa vznikat obdobná azylová zařízení, jejichž koncepce se až do počátku novověku téměř nezměnila. Za významný mezník v historii psychiatrické péče lze považovat r. 1793, kdy lékař Philippe Pinel „*sňal nemocným okovy a vyvedl je na slunce*“. (Češková in Matoušek, a kol., 2013 str. 424)

Prvním azylovým zařízením pro duševně nemocné na našem území byl pravděpodobně klášter sv. Františka v Praze, založen r. 1234. (Matoušek, 2013) K významným změnám v péči o duševně nemocné začalo na našem území docházet na konci 18. století. Císař Josef II. započal v rámci Rakouska-Uherska zásadní modernizaci státních institucí. Ve sféře sociální a zdravotní se jednalo hlavně o zřizování nových zařízení, ve kterých se realizoval výkon ústavní péče. „*V Praze šlo o nalezinec, chudobinec, ústav pro hluchoněmé, porodnici, nemocnici (až po Brně a Olomouci) a nakonec také blázinec (Tollhaus), jehož otevření v roce 1790 se již Josef II. nedožil.*“ (Hradecká, 2010 str. 1) V roce 1860 zahájila vláda Rakouska-Uherska reformu veřejné správy, která zahrnovala i novou formu decentralizace. Zdravotnictví, pod které spadaly i ústavy pro choromyslné, přešlo pod zemskou správu. A jelikož se v průběhu 19. století ukázalo, že ústavy pro choromyslné, které byly vybudovány, jsou kapacitně nedostačující, postupně se začaly budovat další. (Hradecká, 2010)

Od r. 1860 do r. 1920 došlo na našem území k vybudování velkých psychiatrických léčeben, kam byli přesunuti nevléčitelní (podle tehdejší koncepce) pacienti, od kterých bylo třeba ochránit společnost. Jednalo se např. o založení Psychiatrické nemocnice v Kosmonosech r. 1870, otevření ústavu v Dobřanech r. 1880 nebo zahájení výstavby Psychiatrické nemocnice Bohnice. (Petr, Marková, 2014)

V období válek a následného komunistického režimu se psychiatrická péče v Československu rozvíjela velmi pomalu. „V roce 1960 začal postupný rozvoj sítě ambulantních psychiatrů a 1. 7. 1966 byl schválen zákon o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb., který sjednotil zdravotnickou péči.“ (Vencovský, 1996 str. 20)

Porevoluční období představuje pro oblast psychiatrické péče značný posun. Částečně dochází k odtabuizování psychických poruch a větší osvětě společnosti ohledně duševních nemocí, což souvisí i se snahou o zlepšení podmínek pacientů v léčebnách. Jak se však ukazuje, pro naplnění výše uvedeného je třeba zásadní změna celého systému péče o duševní zdraví, a tu by měla přinést chystaná reforma. (Hosák, Hrdlička, 2015)

## 1.2. Charakteristika cílové skupiny a role sociální práce s lidmi s duševní nemocí

Profese sociální práce zastřešuje práci s různými cílovými skupinami, mezi které patří též lidé s duševním onemocněním. V následující kapitole budou představeny základní charakteristiky duševních onemocnění a bude popsána role sociální práce s lidmi s duševní nemocí. Závěr kapitoly zahrne stručné členění a symptomy jednotlivých psychických poruch.

Matoušek (2013 str. 400) popisuje cílovou skupinu následovně: „*Lidé s duševní nemocí vykazují deficit, konflikty a problémy ve svém prožívání, chování a sociálním fungování, což může být způsobeno buď geneticky, nebo nevhodným prostředím, v němž se člověk vyvíjí. Pojem psychické nemoci souvisí s pojetím normality a patologie.*“

Mahrová a Venglářová (2008) připomínají, že klient s duševní nemocí je především člověk. Jako takový má specifické potřeby, které uspokojuje mnohdy odlišnými způsoby.

Dle Hartla a Hartlové (2015 str. 424) představují duševní poruchy „*skupinu onemocnění a poruch, které ovlivňují především lidské myšlení, prožívání nebo vztahy postiženého s jeho okolím.*“

Duševní (psychická) nemoc zasahuje psychiku člověka a psychické procesy, jako jsou vnímání, myšlení, emoce, motivace, vůle. Dále může ovlivňovat vnímání vlastního těla nebo sociální fungování. (Matoušek, 2013) U člověka s duševní nemocí se vyskytují potíže v jednom či několika psychických procesech a funkcích. Takovýto stav je pro člověka velkou zátěží, a tehdy nastupují zdravotnické (psychiatrické) služby a služby sociální práce, jejichž úkolem je tyto potíže zmírnit nebo odstranit. (Mahrová, Venglářová, 2008) Navrátil in Mátel (2019) tvrdí, že psychiatrii a sociální práci profesně spojuje práce s lidmi, kteří mají problémy jak v rovině osobní, tak v rovině sociální. Sociální pracovník se však především snaží o podporu a obnovu sociálního fungování klienta, přičemž využívá komunitní zdroje. Práce psychiatra je povětšinou v rovině medicíny, předepisuje léky a navrhuje nebo rozhoduje o hospitalizaci klienta (pacienta) a zabývá se jeho intrapsychickými faktory. Sociální pracovník řeší spíše vztahy, ve kterých se klient nachází. Gabura in Mátel (2019) uvádí, že důležitou kompetencí sociálního pracovníka je schopnost identifikovat duševní poruchu, jelikož je často pro klienta prvním kontaktem v rámci základního poradenství.

### 1.3. Rozdělení duševních poruch

Matoušek (2013) pro základní členění duševních poruch využívá 10. revizi kategorizace Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN – 10):

1. **Organické duševní poruchy** – demence a poruchy vyvolané nemocí či poškozením mozku
2. **Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek**
3. **Schizofrenie, schizotypní poruchy a poruchy s bludy** – jsou řazeny k nejzávažnějším psychickým onemocněním; hlavními příznaky jsou poruchy myšlení (bludy) a poruchy vnímání (halucinace)
4. **Poruchy nálady** – unipolární (vyskytuje se pouze deprese nebo mánie) a bipolární (období deprese a mánie se střídají)
5. **Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem, somatoformní poruchy**

6. **Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory** – poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, sexuální dysfunkce; nemají organický původ
7. **Poruchy osobnosti a chování u dospělých** – specifické poruchy osobnosti; často mívají kořeny v traumatech a deficitech z dětství, běžným rysem je agrese směřovaná vůči sobě (sebepoškozování) i okolí; dále sem spadají poruchy pohlavní identity a sexuální preference, návykové a impulsivní poruchy (např. gambling)
8. **Mentální retardace**
9. **Poruchy psychického vývoje** – specifické vývojové poruchy řeči, školních dovedností, motorických funkcí; pervazivní vývojové poruchy (poruchy autistického spektra)
10. **Poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a adolescenci**

#### 1.4. Soudobá podoba psychiatrické péče v ČR

Psychiatrickou péčí neboli péčí o lidi s duševním onemocněním se zabývá nejen medicínský obor *psychiatrie*, ale také psychologie a sociální práce, a vychází z následujících právních předpisů: **Listina základních práv a svobod** (Ústavní zákon č. 23/1991 Sb.), **Úmluva o lidských právech a biomedicíně** (Ministerstvo zahraničních věcí, 1997), **Zákon o zdravotních službách** (Zákon č. 372/2011 Sb.), **Zákon o sociálních službách** (Zákon č. 108/2006 Sb.), **Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením** (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006).

V současné době je psychiatrická péče v České republice organizována v několika formách:

##### 1.4.1. Formy psychiatrické péče

- **Ústavní péče** – je vykonávána ve velkých psychiatrických léčebnách, které umožňují centralizaci pacientů. Pouze cca třetina lůžek je vyhrazena pro akutní psychiatrickou péči, zbylé dvě třetiny jsou zaplněny pacienty, kteří v ústavu stráví několik let, mnohdy i velkou část života. (Engel, 2013) Pro psychiatrické nemocnice je typická velká spádovost, tedy obtížná dostupnost pro pacienty. (Ministerstvo zdravotnictví, 2015)

Sociální práci v lůžkových zařízeních vykonávají buď zdravotně sociální pracovníci, kteří jsou kompetentní pracovat bez odborného dohledu dle Zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (Zákon č. 96/2004 Sb., 2004), nebo sociální pracovníci dle Zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.), kteří však mají oprávnění pracovat ve zdravotnických zařízeních pouze pod odborným dohledem, což snižuje jejich kompetence při práci s pacienty, a tudíž i možnosti sociální práce. (Urban, a kol., 2018) „*Sociální pracovník v psychiatrické léčebně provádí u nově přijatých pacientů základní sociální šetření, často poskytuje sociálně-právní poradenství pacientům, příp. jejich rodinám a pomáhá řešit problémy v oblasti bydlení, finančního zajištění, zaměstnání, zprostředkovává kontakty s úřady a na návazné sociální služby apod. (...) Možnost SP v léčebnách je však často z finančních a kapacitních důvodů omezena (Musil, 2004). Potom se jejím těžištěm stávají spíše administrativní a poradenské úkony.*“ (Matoušek, 2013 str. 426)

- **Akutní lůžková péče** – zahrnuje nejen psychiatrické léčebny, ale i oddělení některých nemocnic. Jejím smyslem je zajistit krátkodobou hospitalizaci, např. při náhlém „vzplanutí“ nemoci či relapsu. (Engel, 2013)

Výkon sociální práce zde probíhá podobně jako v zařízeních poskytujících ústavní péči.

- **Ambulantní péče** – aktuálně představuje těžiště psychiatrické péče. Je určena pacientům, jejichž stav nutně nevyžaduje hospitalizaci. (Engel, 2013) Ambulantní psychiatři jsou většinou velmi přetížení, z analýz Ministerstva zdravotnictví ČR vyplývá, že na návštěvu jednoho pacienta mají průměrně 10 minut času. (Ministerstvo zdravotnictví, 2015)

Do r. 2016 neexistovala v ČR registrovaná psychiatrická ambulance, ve které by působil sociální pracovník. (Urban, a kol., 2018) Zda v tomto směru nastala do r. 2019 změna se mi nepodařilo zjistit.

- **Intermediární péče** – v ČR se začala vykonávat několik let po revoluci. Zahrnuje denní stacionáře, kluby, krizová centra, chráněná bydlení, terapeutické dílny apod. Smyslem této složky péče je zajistit pacientům plynulý přechod do běžného způsobu života. (Engel, 2013)

Intermediární péči zajišťují v ČR převážně sociální služby s vysokým podílem sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

- **Komunitní péče** – její náplň představuje systém léčby, podpory a pomoci, který umožňuje nemocným uspokojivý život v běžných podmínkách. V současné době probíhají v ČR první pokusy o výkon komplexní komunitní péče v rámci reformy psychiatrie. (Engel, 2013)  
Součástí komunitní péče je i terénní psychiatrická péče, která je v ČR vykonávána sociálními pracovníky a zdravotně sociálními pracovníky. (Urban, a kol., 2018)

Některé z výše popsaných forem psychiatrické péče jsou zajišťovány sociálními službami.

#### 1.4.2. Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

V oblasti sociálních služeb má sociální práce různý rozsah i cíle, což plyne také z toho, že v sociálních službách dochází k prolínání různých oborů, kromě sociálních jsou to např. zdravotnické či školské. U sociálních služeb zaměřených na osoby s duševní nemocí to pak může být obnovování psychické rovnováhy, pomoc při uplatnění na trhu práce nebo dlouhodobá léčba.

Sociální služby ukotvuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění. Dle zmíněné legislativy jsou sociální služby členěny na tři druhy – jedná se o **sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče**. Tyto jsou poskytovány ve formě **ambulantní, terénní nebo pobytové**. (Urban, a kol., 2018)

Dle Zákona o sociálních službách (Zákon č. 108/2006 Sb.) mají lidé trpící duševní nemocí nárok čerpat následující sociální služby:

- **Sociální poradenství § 37** – poskytuje informace napomáhající k řešení nepříznivé sociální situace klienta či jeho blízkých.
  - **Základní sociální poradenství** – povinnost poskytnout ho mají ze zákona všichni poskytovatelé sociálních služeb; týká se informací, které mohou přispět k řešení nepříznivé sociální situace.
  - **Odborné sociální poradenství** – zaměřuje se na potřeby jednotlivých cílových skupin.
- **Služby sociální péče** – jejich cílem je podpora života osob v jejich přirozeném prostředí, pomoc se zajištěním jejich celkové soběstačnosti a zapojením do



běžného života. Pokud výše zmíněné zdravotní stav klientů neumožňuje, je smyslem služeb sociální péče zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Pro oblast péče o duševní zdraví sem patří zejména:

- Osobní asistence § 39
  - Podpora samostatného bydlení § 43
  - Centra denních služeb § 45
  - Denní stacionáře § 46
  - Týdenní stacionáře § 47
  - Domovy pro osoby se zdravotním postižením § 48
  - Domovy se zvláštním režimem § 50
  - Chráněné bydlení § 51
  - sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče § 52
- **Služby sociální prevence** – jejich cílem je pomoci lidem překlenout nepříznivou sociální situaci a zabránit sociálnímu vyloučení těchto osob, a také chránit společnost před nežádoucími sociálními jevy. Pro oblast péče o duševní zdraví sem patří zejména:
    - Telefonická krizová pomoc § 55
    - Krizová pomoc § 60
    - Služby následné péče § 64
    - Sociálně terapeutické dílny § 67
    - Terapeutické komunity § 68
    - Sociální rehabilitace § 70 (Urban, a kol., 2018)

## Shrnutí

V první kapitole bakalářské práce byla stručně popsána historie psychiatrické péče na našem území. Velká část psychiatrických léčeben, které byly vybudovány v 19. a na začátku 20. století, slouží svému původnímu účelu dodnes.

Následující podkapitoly se věnují charakteristice cílové skupiny osob s duševním onemocněním z hlediska sociální práce, a popisu soudobého systému psychiatrické péče v České republice. Ten se skládá z ústavní, akutní lůžkové a ambulantní formy péče, která je zajišťována zdravotnickými zařízeními, ve kterých je (většinou vyjma

ambulancí) realizován výkon sociální práce; a formy intermediární a komunitní péče, které bývají zajišťovány přímo sociálními službami. Z tohoto popisu je zřejmé, že zdravotníci a sociální pracovníci spolu musejí při práci s pacienty/klienty spolupracovat. V praktické části této práce se budu zajímat mimo jiné o to, jak odborníci pracující s lidmi s duševním onemocněním vnímají roli sociální práce v oblasti duševního zdraví.

## 2 Koncept reformy psychiatrické péče od roku 2013

Duševní zdraví je zásadní složkou lidského bytí kdekoli na světě. Stává se však čím dál častěji, že vlivem moderního způsobu života a vysokých společenských nároků dojde k propuknutí psychického onemocnění. V tuto chvíli je třeba vyhledat odbornou pomoc.

### 2.1. Důvody přistoupení k reformě psychiatrické péče

Odborníci se shodují, že kvalita péče o lidi s duševním onemocněním v České republice nedosahuje v určitých aspektech kvality péče vykonávané v ostatních zemích západní Evropy. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013) Psychiatrická péče je dlouhodobě podfinancovaná (do této oblasti jdou pouze 3% z celkového ročního rozpočtu na zdravotnictví, přičemž v zemích západní Evropy je to 10 – 15%) (Ministerstvo zdravotnictví, 2015) a od 90. let minulého století nedoznala žádné zásadní systémové změny. Těžiště péče o lidi s duševní nemocí spočívá v zastaralých psychiatrických nemocnicích, které byly budovány i dříve než před sto lety. Tento model příliš nepočítá se spoluprací jiných péči poskytujících služeb než zdravotnických, ani v dostatečné míře nepodporuje péči o pacienty v jejich domácím prostředí. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017)

Výše popsany stav je z hlediska vyspělých zemí překonaný a mnohdy není v souladu s dodržováním lidských práv. Z tohoto důvodu přistoupila ČR k reformě psychiatrické péče, jejímž účelem je **deinstitucionalizace** sítě zdravotně sociálních služeb. Jedním z klíčových pojmů reformy je **zotavení**, což znamená *dosažení plnohodnotného života bez ohledu na symptomy duševní nemoci*. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017 str. 12) *Zotavení je hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějeplný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná.* (Anthony in Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017 str. 12) Ke svému zotavení potřebují pacienti nejen vhodnou medikaci, ale též psychosociální rehabilitaci, která by se měla stát dostupnějším prostřednictvím sítě zdravotně sociálních služeb. (Urban, a kol., 2018)

## 2.2. Počátky reformy psychiatrické péče v České republice

- V lednu 2005 v Helsinkách se ČR připojila v rámci revize psychiatrie k těmto dokumentům: Deklarace o duševním zdraví, Akční plán duševního zdraví pro Evropu a Zelená kniha Komise evropských společenství.
- V roce 2007 vyhlásil výbor Psychiatrické společnosti JEP ve spolupráci s WHO Národní psychiatrický program 2007. „*NPP 2007 vychází ze znalostí podmínek a potřeb nemocných s duševní poruchou v ČR a zároveň se opírá o výše zmíněné dokumenty Světové zdravotnické organizace a Evropské unie. Je nutné zdůraznit, že navzdory tomu, že se ČR zavázala k naplňování cílů, které jsou obsaženy ve zmíněných koncepcích a úmluvách, do této doby nebyla fakticky realizována aktivita směřující k jejich naplnění.*“ (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013 str. 10)
- V březnu 2013 byla schválena Reforma psychiatrické péče, a to jako součást Národního programu reforem 2013. Hlavními cíli tohoto programu jsou podpora hospodářského růstu, posílení konkurenceschopnosti a přispění k tvorbě pracovních míst. Je také plně v souladu s politikou soudržnosti EU.

Strategii reformy psychiatrické péče, její plánování, realizaci a naplňování cílů zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví ČR (dále MZČR). To přistoupilo k iniciaci reformy na základě rigidnosti stávajícího systému založeného na institucionalizaci pacientů. Je mu vytýkána nejen zastaralost týkající se stran léčebných postupů a materiálního vybavení, ale v neposlední řadě též špatná dostupnost péče v některých regionech, malá provázanost zdravotních a sociálních služeb, a s tím související absence služeb poskytujících péči v přirozeném prostředí pacienta.

Nynější podoba strategie reformy počítá s podporou rozvoje sítě komunitních služeb, transformací psychiatrických léčeben/nemocnic, posílením role všeobecných nemocnic, a v neposlední řadě podporou vzdělávání odborných pracovníků – zdravotních a sociálních. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013)

## 2.3. Sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče

Podle soudobých poznatků stojí za vznikem duševních nemocí působení faktorů biologických, psychologických a sociálních. Z toho vyplývá, že působení oboru sociální

práce hraje během procesu „zotavení“ - tedy docílení toho, aby klient byl schopen žít plnohodnotný život i s danou nemocí (Probstová, Pěč in Ďásková, Kubinová, 2019) - u lidí s duševní nemocí nezastupitelnou roli, stejně jako psychiatrické a psychologické působení. Z tohoto konsenzu vychází reforma psychiatrické péče.

### 2.3.1. Postavení a role sociální práce v reformě psychiatrické péče

Kanadská asociace sociálních pracovníků (CASW) považuje za hlavní cíl sociální práce s lidmi s duševní nemocí na mikro a mezzo úrovni „*sociální blaho jednotlivých klientů a jejich rodin, určené mírou jejich fyzické, duševní a duchovní pohody.*“ (CASW in Urban, a kol., 2018 str. 81) Na makroúrovni se pak jedná o různé úhly pohledu na problematiku duševního zdraví a působení v širších lidských, společenských a politických rovinách týkající se této oblasti.

CASW člení výkon sociální práce s cílovou skupinou do třech úrovní:

- **Prevence** – jejím smyslem je snížení výskytu duševních poruch ve společnosti. Snaží se o přeměnu stresujícího prostředí a posílení schopností jedince vyrovnávat se s psychickou zátěží. Klade důraz na uspokojení základních lidských potřeb a věnuje se též osvětovým činnostem.
- **Léčba** – zaměřuje se především na jednotlivce; cílem je včasná diagnostika nemoci, samotný proces léčby a cílených intervencí vedoucích k zvládnutí nemoci.
- **Rehabilitace** – jejím cílem je minimalizovat dopady nemoci. Zaměřuje se na maximální využití zbývajících kapacit jednotlivce a zahrnuje poskytování služeb, které se věnují rehabilitaci a rekvalifikaci. (CASW in Urban, a kol., 2018)

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je specifická jednak svým zaměřením na spolupráci mezi jednotlivými obory, tak znalostmi a dovednostmi, díky kterým dokáže identifikovat a řešit problémy a potřeby vzniklé v souvislosti s nemocí, léčbou či během procesu zotavení. (Urban, a kol., 2018) Dle Probstové a Pěče (2018 str. 85) jsou sociální vlivy jedním z determinantů, který významně ovlivňuje vznik a vývoj duševní nemoci, a shodují se, že „*role sociálního pracovníka je při práci s lidmi s duševním onemocněním naprosto nezastupitelná.*“ (Probstová, Pěč in Urban, a kol., 2018 str. 85) Sociální pracovník by dle nich měl disponovat těmito schopnostmi a dovednostmi: znát důležité příznaky duševních poruch a umět diagnosticky uvažovat, umět zmapovat

sociální síť klienta a sociální faktory, kterým je vystaven, a v neposlední řadě komunikovat s klientem a jeho blízkými, s ostatními odborníky psychiatrické péče, a plánovat a hodnotit efektivitu intervencí.

### 2.3.2. Case management/případové vedení

Case management, klíčový prvek v rámci reformy psychiatrické péče, představuje komplexní metodu práce s klientem, která se osvědčila především v oblasti duševního zdraví a jejíž nedílnou součástí je sociální práce. Autoři dokumentu Sociální část CDZ - podkladové materiály pro MPSV uvádějí, že role sociální práce bude hrát hlavní roli v práci Center duševního zdraví (CDZ; popsáno v podkapitole 2.4.1. této práce), sociální pracovník CDZ by tedy měl být kompetentní mimo jiné zastávat roli case managera. (Hejzlar, a kol., 2015)

Case management je systém, kde jeden pracovník – case manager – vytváří a realizuje plán intervence týkající se konkrétního klienta. Case manager v rámci plánu intervence zajišťuje komplexní posouzení potřeb klienta a v návaznosti na ně zodpovídá za zapojení a spolupráci dalších služeb (u lidí s duševní nemocí především sociálních a zdravotních). Case manager v průběhu realizace plánu vyhodnocuje efektivitu intervencí a na jeho konci vypracovává závěrečné hodnocení. (Janebová, 2014) Janebová (2014 str. 71) dále uvádí, že *„Předpokladem kvalitního „case managementu“ je „síťování“ (tvorba sociální sítě), neboli postup vytváření a udržení propojení a spolupráce organizací, institucí a dalších subjektů, které přicházejí do styku s uživateli dané služby.“*

Jan Stuchlík (2008), předseda sdružení a ředitel Fokusu Mladá Boleslav, vysvětluje případové vedení ve srovnání s rolí klíčového pracovníka. Klíčový pracovník je podle něho ten, který s klientem pracuje v rámci určité služby a jeho úkolem je pomoci klientovi zajistit zdroje, z kterých bude čerpat po ukončení poskytování dané služby, ale je to pracovníkova vedlejší role. Naproti tomu case manager má na starosti pouze „svého“ klienta, zajišťuje mu kvalitní péči a podporu ze všech dostupných zdrojů. Case manageři pracují v týmu, ideálně multidisciplinárním, protože klienti s duševním onemocněním mají často problémy v různých oblastech. Je tedy vhodné, když na řešení jejich situace nahlíží jak sociální pracovník, tak psychiatr, psycholog, zdravotní sestra či peer konzultant. Stuchlík upozorňuje na úskalí této metody, a to, že case management se nedá omezit jen na práci se zakázkou klienta. *„Kdyby si klient objednal, co chce, a*

*case manažer mu to zařídil, tak bychom se se 70 procenty klientů neposunuli nikam, my bychom se na ně šest měsíců koukali a oni by nevěděli, co by chtěli.*“ (Stuchlík in Bajer, 2008 str. 37) Zároveň však tento postup musí být realizován se souhlasem klienta. Je tedy třeba pracovat na tom, co a proč klient chce, jaká je jeho motivace a kam směřuje. (Stuchlík in Bajer, 2008)

Matoušek (2013) popisuje roli pracovníka případového vedení jako toho, kdo klientovi navrhuje možnosti pro něho lákavé, zajímavé i nečekané. A je na klientovi, zda se jich chopí. Aby k tomuto mohlo dojít, je nezbytné, aby pracovník znal, alespoň orientačně, klientův životní příběh a jeho *podpůrné vazby*, kterých se v případovém vedení dá využít. Případová práce má dle Matouška (2013) vzbuzovat u klientů naději, v tomto kontextu upozorňuje na úskalí případového vedení těžce deprivovaných jedinců, kdy tito potřebují k potřebnému naladění dostatek času na zpracování prožitých traumat.

### **2.3.3. Psychosociální rehabilitace**

*Psychosociální rehabilitace* je proces zaměřený na zlepšení fungování lidí s duševním onemocněním v běžném životě s co nejnižší mírou podpory. Cílem je návrat klientů do běžných společenských rolí, jako jsou rodič, zaměstnanec, soused, přítel apod.

Aby byla psychosociální rehabilitace osob efektivní a úspěšná, je třeba spolupráce odborníků z různých oborů, tedy se opět dostáváme k mezioborové kooperaci, přičemž osvědčeným postupem tohoto procesu je výše popsaná metoda case managementu. (Hejzlar, a kol., 2015)

Psychosociální rehabilitace v rovině sociální zahrnuje např. nácvik běžných činností, chráněné bydlení, vzdělávání či podporované zaměstnávání. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013)

Matoušek (2010) používá termín *psychiatrická rehabilitace* a její principy shrnul dle Anthonyho (2010) následovně:

- Zaměření na klienta a na zvyšování jeho kompetencí
- Zlepšení života klienta v prostředí, jež si sám vybral
- Eklekticismus metod a technik práce s klientem
- Zaměření na zdravou část osobnosti klienta a jeho dovednosti
- Posilování naděje

- Dobře naplánované zvyšování závislosti klienta může vést k posilování jeho nezávislosti
- Aktivní zapojení klienta do procesu zotavení
- Posilování dovedností klienta a rozvoj podpory z jeho okolí
- Zachování běžných aktivit klienta během rehabilitace

#### 2.3.4. Role sociální práce v multidisciplinárním týmu

Týmová práce je klíčovým principem metody case managementu a procesu psychosociální rehabilitace, a tvoří základ moderní psychiatrické péče. Multidisciplinární tým je založen na kooperaci odborníků a jejich postupů, přičemž se nejedná o systém hierarchie. Sestává obvykle ze sociálních pracovníků, psychiatra, psychologa, psychiatrických sester, příp. ergoterapeuta.

Role sociálního pracovníka v rámci týmu je práce se vztahy a s životními podmínkami, které ovlivňují možnosti klientů žít plnohodnotný život či které jim opakovaně působí potíže. Sociální pracovník vytváří a obnovuje zdroje na mikro, mezzo i makroúrovni prostředí klienta, a zároveň mobilizuje zdroje na straně klienta samotného. Sociální pracovník může zastávat roli koordinátora týmu. (Matoušek, a kol., 2010)

## 2.4. Cíle a vize reformy psychiatrické péče

V této kapitole budou představeny nové služby, které vznikají v rámci psychiatrické péče. Jejich smyslem je především rozšíření komunitní složky péče, deinstitutionalizace psychiatrické péče a destigmatizace osob s duševním onemocněním. Tyto pojmy budou také vysvětleny v následující kapitole.

### 2.4.1. Služby vznikající v rámci reformy psychiatrické péče

Strategie reformy slibuje vznik moderní koncepce péče o lidi s duševní nemocí. Systém bude zahrnovat **služby zdravotní a sociální**, přičemž tyto budou ve vzájemné kooperaci. (Psychiatrická společnost ČLS JEP , 2017) Níže budou představeny klíčové služby, které jsou do péče o cílovou skupinu zaváděny v rámci reformy.



## Centra duševního zdraví

**Centra duševního zdraví (CDZ)** představují jeden z nových prvků v systému péče o lidi s duševní nemocí. Jedná se o **zdravotně-sociální službu**, která bude poskytována týmem odborníků z odvětví psychiatrie, psychologie a sociální práce, a to formou terénní a/nebo ambulantní. Hlavní cílovou skupinou CDZ jsou klienti s vážným duševním onemocněním (schizofrenní poruchy, bipolární afektivní porucha aj.) a také osoby s raným výskytem psychotických poruch. CDZ budou poskytovat služby mobilní, ambulantní, denní a krizové, a jsou ve své první fázi zaměřena na dospělé pacienty. Podstatou práce CDZ je **případové vedení**, služba je poskytována flexibilně a individuálně, bez čekací doby a dle spádovosti klientů. (Psychiatrická společnost ČLS JEP , 2017)

*Jedná se o „komunitní pilíř péče, který kombinuje zdravotně-sociální péči a napomáhá pacientům jak k integraci zpět do kontextu majoritní společnosti, tak zajišťuje péči v jejich přirozeném prostředí (je i bezpečnější, protože terénní tým se duševně nemocnému aktivně věnuje v rámci četných životních událostí, nejen těch, které spadají do domény zdravotní péče).“ (Ministerstvo zdravotnictví, 2015 str. 4)*

CDZ budou spolupracovat s dalšími službami v rámci daného regionu, a to jak se specializovanými službami pro co nejkomplexnější podporu klienta/pacienta, tak se službami určenými pro veřejnost, které se týkají např. oblasti vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit. (Psychiatrická společnost ČLS JEP , 2017)

## Komunitní týmy

Vzniknout mají **komunitní týmy**, jejichž práce se osvědčila v řadě zemí, ve kterých proběhla transformace psychiatrické péče. Komunitní týmy bývají děleny dle jejich zaměření, např. na děti a dospívající, dospělé, osoby se závislostí apod. Vždy se jedná o **multidisciplinární tým**, jehož hlavním úkolem je poskytovat klientům a jejich rodinám podporu v běžných situacích, a pomáhat jim v předcházení stavů, které by vyžadovaly hospitalizaci. V případě hospitalizace udržují kontakt s klientem, spolupracují se zdravotnickým zařízením a podílejí se na vytvoření podmínek pro **návrat klienta do domácího prostředí**. Komunitní týmy mohou působit pod CDZ nebo samostatně. (Psychiatrická společnost ČLS JEP , 2017)

## Ambulantní péče

Strategie počítá s pokračováním stávající ambulantní psychiatrické péče. Novinkou v rámci reformy mají být **ambulance s rozšířenou péčí**. Jejich týmy budou sestávat z psychiatra, klinického psychologa, psychiatrické sestry, příp. dalších pracovníků. Součástí služeb ambulance s rozšířenou péčí může být i terénní práce a provoz denního stacionáře. Jedním z hlavních principů ambulance s rozšířenou péčí bude spolupráce s ostatními lékaři v regionu za účelem zkrácení čekacích lhůt na minimum, a spolupráce s komunitními týmy. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017)

## Zapojení peer pracovníků

**Peer pracovník** je člověk, který má osobní zkušenost s psychickou nemocí. Smyslem zapojení peer pracovníků do péče o lidi s duševní nemocí je snaha o „**zotavení**“ – tedy docílení toho, aby klient byl schopen žít plnohodnotný život i s danou nemocí. (Probstová, Pěch in Ďásková, Kubinová, 2019) Trend zapojování peer pracovníků se celosvětově rozšiřuje od 90. let 20. století. (Ďásková, Kubinová, 2019)

### 2.4.2. Deinstitutionalizace psychiatrické péče

*„Deinstitutionalizace je proces institucionálních změn, jehož cílem je oslabení tradičních ústavních forem péče a posílení služeb spojených s vlastním bydlením, s místní komunitou, s individuálním přístupem ke klientovi, včetně upevnění role rodiny a neformálních poskytovatelů pomoci.“* (Matoušek, 2013 str. 248) Díky tomuto procesu je zachována přirozená kontinuita života a sociální vazby klienta, což významně usnadňuje jeho začlenění do společnosti. Proces deinstitutionalizace však nelze uspěchat a je třeba ho kvalitně připravit, aby se v co nejvyšší míře předešlo rizikům s ním spojeným. Zmíněnými riziky je nárůst výskytu sociálně nežádoucích jevů, jako je např. bezdomovectví. Deinstitutionalizace je v dnešní době trendem v oblasti péče o duševní zdraví v rámci EU, a ČR se k ní zavázala podepsáním evropských dokumentů, jako jsou např. Akční plán duševního zdraví pro Evropu, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením aj.

Současným psychiatrickým léčebnám je vytýkáno jejich čistě medicínské zaměření, autoritářské vedení a velmi omezený kontakt pacientů s reálným světem. Moderní

koncept péče v léčebnách slibuje mnohem větší zapojení komunitních služeb. (Matoušek, 2013)

Jarolímek (2010), zakladatel denního psychoterapeutického sanatoria Ondřejov, shrnul hlavní problémy českého systému psychiatrické péče do následujících bodů:

- Nedostatečné finanční zajištění
- Soustředění lůžkové péče do velkých léčeben, jejichž podmínky jsou pro pacienty i jejich blízké v mnoha aspektech nevyhovující
- Sociální důvody hospitalizací, investiční zanedbanost systému, potíže stěžující situaci zřizovatelů a poskytovatelů péče
- Nedostatečná ochrana práv uživatelů péče
- Přetíženost psychiatrických ambulancí
- Obtížná dostupnost psychoterapie
- Absence prevence v oblasti duševního zdraví
- Nízké zastoupení komunitní péče
- Opomíjení potřeb lidí s duševní nemocí ze strany sociálního systému

Jarolímek (2010) dále upozorňuje na potřebu vzniku systému zdravotních a sociálních služeb. *„Není rozumné investovat obrovské prostředky například do farmakologické léčby schizofreniků a přitom nevytvořit podmínky, které by jim umožnily opětovné začlenění do každodenního společenského a pracovního života.“* (Jarolímek, 2010 str. 91)

Reforma systému psychiatrické péče i nadále počítá s pobytovými zařízeními. Počet lůžek v psychiatrických léčebnách pro dlouhodobé pacienty se však bude postupně snižovat, naopak ve všeobecných nemocnicích mají vzniknout či rozšířit se psychiatrická oddělení pro pacienty vyžadující akutní krátkodobou hospitalizaci, neboť dosavadní péče o tyto osoby je nyní velmi obtížně dostupná. (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017)

### 2.4.3. Destigmatizace lidí s duševním onemocněním

Proces destigmatizace úzce souvisí s transformací psychiatrické péče. V této kapitole budou vysvětleny pojmy stigma, stigmatizace a sebestigmatizace v oblasti péče o duševní zdraví, a přiblížen proces destigmatizace jako jeden z cílů reformy.

## Stigma, stigmatizace a sebestigmatizace

- **Stigma**

V sociální psychologii se jedná o „*označení jedince hanlivým označením (opilec, kriminálník aj.), které mu brání nebo znesnadňuje začlenit se do společnosti.*“ (Hartl, Hartlová, 2015 str. 565)

- **Stigmatizace**

Společenský předsudek vůči osobě, jíž jsou na základě určitého znaku připisovány negativní vlastnosti. „*Předem dané záporné hodnocení, které je okolím prisouzeno jedinci, skupině nebo organizaci.*“ (Hartl, Hartlová, 2015 str. 565)

Stigmatizace je proces označování (labellingu), na jehož základě dochází k sociálnímu vylučování nositele stigmatu. U něho se začne projevovat stud, který pramení z vědomí toho, že je negativně vnímán okolím na základě určitého rysu, jímž se odlišuje od většiny společnosti. Daný jedinec se pak může stát objektem přehlížení či diskriminace. Duševní onemocnění je v naší společnosti často předmětem stigmatizace, což bývá spojeno s neznalostí, předsudky a negativními emocemi vůči jedinci či skupině.

Stigmatizace lidí s duševním onemocněním významně ovlivňuje kvalitu jejich života. Kromě zvládnutí příznaků nemoci se musejí vyrovnávat s negativními postoji okolí, což často vede k odkládání vyhledání pomoci, a tudíž ke snížení šance na plné zotavení. Stigmatizace člověka s duševní nemocí může vést až k sebevraždě.

Jako hlavní příčinu stigmatizace v oblasti duševního zdraví vidí odborníci nízkou míru přímých sociálních kontaktů veřejnosti s lidmi s duševním onemocněním. Je to způsobeno tím, že tito lidé jsou často izolováni ve velkých léčebnách, kde tráví veškerý svůj čas. Svou roli sehrávají také média, která psychiatrické pacienty často vykreslují jako nevyzpytatelné a agresivní. Za další příčinu lze považovat medicínský model vzdělávání v oboru, který se odehrává převážně v lůžkových zařízeních, tudíž s malou zkušeností s lidmi, kteří se nacházejí v procesu zotavení, či jsou alespoň v kompenzovaném stavu. (Národní ústav duševního zdraví, 2017)

- **Sebestigmatizace**

„*Sebestigmatizace vzniká, pokud člověk zná společenské předsudky, které se vztahují k dané skupině, souhlasí s nimi a aplikuje je sám na sebe. Pokud například ví, že si společnost o lidech s duševním onemocněním myslí, že jsou slaboši, zvnitřní si tento*

*předsudek a začne si pak sám o sobě myslet, že je slaboch.“* (Národní ústav duševního zdraví, 2017 str. 1) V oblasti duševního zdraví vzniká sebestigmatizace především jako důsledek stigmatizace ze strany společnosti. (Národní ústav duševního zdraví, 2017)

## **Destigmatizace**

Jedním z cílů reformy psychiatrické péče je prostřednictvím různých kampaní přiblížit duševní onemocnění široké veřejnosti, a tím zmírnit negativní dopady stigmatizace na lidi, kteří nějakou psychickou nemocí trpí. Tento dlouhodobý proces nese název *destigmatizace*. (Psychiatrická společnost ČLS JEP , 2017)

Jarolímek považuje destigmatizační mechanismy jako jeden z nástrojů transformace psychiatrické péče. Pro začlenění lidí s duševní nemocí do běžného způsobu života v přirozené komunitě je zapotřebí, aby byla veřejnost lépe informována o povaze duševních nemocí a potřebách jejich nositelů. Pro realizaci procesu destigmatizace navrhuje celostátní profesionálně vedenou kampaň, dále pak osvětové a vzdělávací programy ve školách, různé preventivní programy apod. (Jarolímek, 2010)

*„Omezení stigmatizace a následného vyčleňování duševně nemocných ze společnosti povede ke zlepšení jejich kvality života a k rozšíření příležitostí pro jejich uplatnění ve společnosti.“* (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013 str. 31) Opatření vedoucí k pozitivní změně spočívají především v osvětě a edukaci veřejnosti, a to jak laické, tak odborné, a dále k většímu otevření služeb směrem ke komunitě. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013)

## **Shrnutí**

V druhé kapitole této práce jsem se věnovala právě probíhající reformě psychiatrické péče. Na začátku kapitoly byly popsány důvody pro přistoupení k reformě a její počátky, následně jsem se hlouběji věnovala postavení a roli oboru sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče. Popsala jsem metodu *case management* – způsob komplexní práce s klientem, dále jsem vysvětlila pojem psychosociální rehabilitace a představila nové služby vznikající v rámci reformy psychiatrické péče. Jedná se o komunitní týmy, centra duševního zdraví, ambulance s rozšířenou péčí a zapojení peer pracovníků. Na konci kapitoly byly uvedeny dva stěžejní cíle reformy psychiatrické

péče – *deinstitutionalizace* psychiatrické péče a *destigmatizace* lidí s duševním onemocněním.

Z této kapitoly vyplývá, že obor sociální práce bude s postupným nástupem reformy psychiatrické péče zapojován v mnohem větší míře, než tomu bylo v oblasti péče o duševní zdraví doposud. Na otázku, jak odborníci pracující s danou cílovou skupinou vnímají roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče, se pokusím nalézt odpovědi v praktické části této bakalářské práce.

## 3 Systém psychiatrické péče ve Velké Británii

Reforma psychiatrické péče začala ve Velké Británii v roce 2001, do té doby zde pro lidi s duševní nemocí existovaly léčebny pro desítky pacientů. Základem systému psychiatrické péče je dostatečné množství zdrojů, ze kterých mohou lidé s duševním onemocněním čerpat informace, na jaké způsoby a formy péče mají nárok. Jedním z těchto zdrojů je kompletní internetová databáze poskytovatelů služeb ([www.nhs.uk](http://www.nhs.uk)), kde lze nalézt popis každé služby vč. výsledků kontrol inspekce. Databáze též obsahuje seznam duševních nemocí, kde u každého z nich je popsán obvyklý léčebný postup a služby, které se na něj zaměřují. Mezi další informační zdroje patří služby různých poradců, speciální telefonní linky apod.

Základní diagnózu duševní nemoci provádí ve Spojeném království general practitioner, neboli všeobecný praktický lékař. Ten posoudí, zda je třeba, aby byl dotyčný vyšetřen specialistou. K hospitalizaci pacienta se zde přistupuje pouze v akutních případech, na dobu nezbytně nutnou, a téměř vždy musí být dobrovolná. Nedobrovolná hospitalizace zde má striktní pravidla. Jedná se o případy, kdy nemocný ohrožuje sebe nebo své okolí, a trvá max. 72 hodin, výjimečně až 28 dní, a to např. u problematiky závislosti s rizikem ohrožení sebe nebo ostatních.

Ve Velké Británii si většinou sám pacient určuje, jakou formou bude čerpat potřebnou pomoc, zda prostřednictvím služby, která dochází za pacienty domů, nebo jestli bude sám navštěvovat nějaké centrum, či zda se na určitou dobu přestěhuje do zařízení nabízející komplexní péči. Služeb pro lidi s duševním onemocněním jsou ve Spojeném Království desítky (provozuje je 22 tisíc různých poskytovatelů) a jsou velmi dobře místně i časově dostupné. (Koubová, 2014)

### 3.1. Zásady profesionální péče o duševní zdraví ve Velké Británii

Britská psychiatrická péče vykazuje atributy, které se v praxi osvědčily jako efektivní, a ke kterým směřuje také soudobá reforma psychiatrické péče v České republice.

- Provázanost jednotlivých složek péče – klient má svého psychiatra, sociálního pracovníka a psychiatrickou sestru, kteří pracují v rámci jednoho multidisciplinárního týmu, a na jednotlivých krocích práce s klientem se společně domlouvají.

- Převažuje terénní forma práce – intervence probíhají v klientově přirozeném prostředí.
- Kontinuitnost péče – o klienta se stará stále tentýž tým, a to i v případě hospitalizace klienta. O hospitalizaci či propuštění z nemocnice rozhoduje lékař z multidisciplinárního týmu klienta, sociální pracovník mu pak dle potřeby pomáhá s návratem do domácí péče, s vyřízením osobních záležitostí apod.
- Zapojení klientova okolí – rodina, přátelé, sousedé, škola, policie...
- Spolupráce s general practitioners – praktičtí lékaři spolupracují s multidisciplinárními týmy, mohou předepisovat medikaci a v porovnání s ČR mají větší kompetence při práci s pacientem/klientem. (Golová, 2008)

Díky aplikaci výše popsaných principů zůstávají klienti právoplatnými členy svých komunit, což je jeden z cílů soudobé reformy psychiatrické péče, která právě probíhá v České republice.

### 3.2. Komunitní práce

Základním prvkem psychiatrické péče ve Velké Británii je síť multidisciplinárních komunitních týmů, které sestávají z psychiatra, sociálního pracovníka, psychiatrické sestry a příp. zástupců dalších profesí, kteří pracují s klienty v jejich přirozené komunitě. Samozřejmostí je individuální přístup i to, že každý klient má svého klíčového pracovníka – člena daného týmu.

#### Příklady komunitních týmů v Anglii

- **Community Mental Health Team (Komunitní tým péče o duševní zdraví)** – základní multidisciplinární tým, jeho úkolem je především koordinace pomoci klientovi
- **Community Rehab Team (Komunitní rehabilitační tým)** – pro lidi s chronickým duševním onemocněním, kteří jsou opakovaně hospitalizováni pro nedostatek sociálních kompetencí a absenci podpory komunity
- **Assertive Outreach Team (Asertivní tým)** – cílí na vážně duševně nemocné jedince s potížemi v sociálním fungování, u kterých se objevuje riziko ohrožení sebe nebo okolí, a kteří i přes značné potíže odmítají léčbu
- **Early Intervention Service (Služba včasné intervence)** – pro lidi ve věku 14 – 35 let s maximální zkušeností trvání duševní nemoci jeden rok; cílem je m. j. využití potenciálu klienta a prevence případných relapsů



- **Crisis Resolution Team (Krizový tým)** – poskytuje služby nepřetržitě, pro klienty starší 16 let, kteří se nacházejí v krizi vlivem náhlého zhoršení duševní nemoci; práce tohoto týmu většinou předchází hospitalizaci a jeho členové následně provázejí klienta po dobu hospitalizace
- další specializované týmy, které jsou zaměřené např. na děti a dospívající, na seniory nebo na osoby závislé na návykových látkách (Golová, 2008)

## Shrnutí

Poslední kapitola teoretické části práce přináší vhled do systému psychiatrické péče ve Velké Británii. Těžiště tamní psychiatrické péče spočívá v práci multidisciplinárních komunitních týmů, což umožňuje možnost léčby pacienta v jeho domácím prostředí. Zaujala mne zde např. existence jednotné národní databáze služeb pro osoby s duševní nemocí či různá zaměření jednotlivých komunitních týmů, která jsou v této kapitole také přiblížena.

## 4 Metodologická část

V této části práce se budu věnovat výzkumnému šetření v oblasti reformy psychiatrické péče. Kapitola navazuje na předchozí teoretickou část, ve které byla představena současná reforma psychiatrické péče od počáteční myšlenky, přes nynější stav, až po předpokládaný budoucí vývoj. V této části práce představím hlavní cíl výzkumného šetření včetně jeho dílčích cílů a popíši strategii a metodu, které jsem pro tento výzkum zvolila, dále představím výzkumný soubor, a následně provedu operacionalizaci dílčích cílů do zkoumatelné podoby. Následovat bude popis průběhu výzkumu a způsob analýzy získaných dat, a závěrem budou zmíněny etické aspekty výzkumného šetření.

### 4.1. Výzkumný problém

*„Výzkum chápeme jako způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Potvrzují či vyvracejí se jím dosavadní poznatky anebo se získávají poznatky nové.“* (Gavora in Moravcová, 2018)

Švaříček a Šed'ová (2014) hovoří o výzkumném problému jako o něčem, o čem potřebuje výzkumník získat více informací, protože tomu úplně nerozumí, a zároveň se odehrává v sociální realitě. *„Neprozkoumanost určitého jevu nebo procesu tak často slouží jako hlavní – a korektní – argument pro volbu kvalitativní metodologie.“* (Švaříček, Šed'ová, 2014 str. 65)

Hlavním cílem mé bakalářské práce je definovat a vymežit postavení sociální práce v rámci současné reformy psychiatrické péče. Toto téma jsem se snažila dostatečně obsáhnout v teoretické části. Výzkumný problém, který z teoretické části práce vyplývá, je to, jak odborníci působící v oblasti péče o duševní zdraví vnímají roli sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče v ČR, a to především psychiatři a sociální pracovníci. Tuto otázku vnímám jako velice důležitou, protože s nástupem reformy péče o duševní zdraví se se zapojením sociální práce počítá v mnohem větším rozsahu, než tomu bylo doposud – jak vyplývá z teoretické části této práce, což s sebou přináší také nutnost spolupráce zdravotních a sociálních pracovníků. O roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče pojednávají kapitoly 2.3 a 2.4 této práce.

#### 4.1.1. Formulace hlavního cíle výzkumného šetření a jeho dílčích cílů

Hlavním cílem výzkumného šetření bude **zjistit, jak odborníci působící v oblasti péče o duševní zdraví vnímají roli sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče**. Hlavní cíl bude sestávat z několika dílčích cílů – dílčích výzkumných otázek (dále DC).

**DC1:** Zjistit informaci, jak odborníci vnímají obecně roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče.

**DC2:** Zjistit, jaký názor mají odborníci na deinstitucionalizaci péče o lidi s duševním onemocněním.

**DC3:** Zjistit, jak odborníci vnímají metodu *case management* při práci s klienty s duševním onemocněním.

#### 4.2. Zvolená výzkumná strategie

Výzkumná strategie představuje dle Hendla a Remra (2017 str. 27) „*množinu filozofických a teoretických přesvědčení výzkumníka, která může ovlivnit rozhodnutí o plánu výzkumu a výběru specifických metod získání dat a jejich analýzy*“.

Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Popisů této metody existuje celá řada. Disman (2006 str. 285) charakterizuje kvalitativní výzkum jako „*nenumerné šetření a interpretaci sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím*.“

Dle Olecké (2010) slouží kvalitativní výzkum k analýze, popisu, interpretaci a porozumění zkoumaným fenoménům. V průběhu realizace výzkumu dostáváme velké množství informací, o jejichž redukci rozhodují respondenti, nikoli výzkumník. Kvalitativní výzkumná metoda prokazuje vysokou validitu, což je způsobeno jednak tím, že výzkum má hloubkový charakter, tudíž nám umožňuje lépe pochopit daný problém, a také tím, že získaná data procházejí většinou jen minimální transformací. Cílem kvalitativního výzkumu je vytváření nových hypotéz či teorií.

Kvalitativní výzkum má induktivní charakter, což znamená, že hypotézy se ucelují postupně ze získávaných informací. Během kvalitativního zkoumání sbíráme všechna

data, mezi nimiž se postupně snažíme nalézt nějakou strukturu a pravidelnost. (Olecká, a další, 2010)

Kvalitativní výzkum se dle Jarkovské (2017 str. 2) zaměřuje na „*komplexní a holistické uchopení tématu – k redukci zkoumané reality dochází až v průběhu výzkumu, na základě předběžného vyhodnocování dat*“. Kvalitativní výzkum nemá striktně daná pravidla, a proto si nelze předem naplánovat pevnou strukturu postupu. (Jarkovská, 2017)

Tento typ výzkumu je, dle Olecké (2010), vhodný tehdy, jsou-li informace o zkoumaném jevu řídké či neúplné. Reforma psychiatrické péče zatím nemá jasně dané obrysy, proto se domnívám, že kvalitativní výzkumná strategie je pro zkoumání názorů odborníků na reformu vhodnou volbou.

Pro naplnění dílčích cílů kvalitativního výzkumného šetření použiji ve své práci techniku polostrukturovaného rozhovoru. To bude vyžadovat přípravu základní struktury rozhovoru (otevřené otázky, které budu klást respondentům), ale je třeba počítat s tím, že struktura rozhovoru se může v jeho průběhu měnit a odchylovat. (Jarkovská, 2017)

### 4.3. Volba výzkumného souboru (vzorku)

*„Cílem konstrukce vzorku v kvalitativním výzkumu je reprezentovat populaci problému, populaci jeho relevantních dimenzí.“* (Disman, 2006 str. 304)

Výzkumný soubor tohoto výzkumného šetření bude zahrnovat dva ambulantní psychiatry, dva sociální pracovníky nestátní neziskové organizace Fokus Vysočina, jednoho psychiatra působícího v psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě a jednoho zástupce státní správy – pracovníka Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (dále MPSV). Respondenty jsem vybírala tak, aby výzkumný soubor obsáhl přístup „tradiční“ – tedy psychiatry působící v léčebně a ambulancích, přístup „reformní“ – tedy pracovníky organizace, která vznikla vlivem myšlenky reformy psychiatrické péče, a přístup „konceptuální“ – proto byl osloven zástupce státní správy. Jedná se tedy o účelový výběr, který Disman (2016 str. 112) popisuje jako „*výběr založený pouze na úsudku výzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno*“ Kódování respondentů je

následující: R1, R2 jsou sociální pracovníci nestátní neziskové organizace Fokus Vysočina, R3 je sociální pracovník působící na Ministerstvu práce a sociálních věcí, R4 je psychiatr pracující v psychiatrické nemocnici, a R5, R6 jsou ambulantní psychiatři.

#### 4.4. Způsob sběru dat

Jak již bylo zmíněno, výzkum bude realizován prostřednictvím techniky polostrukturovaného rozhovoru. Tento způsob vyžaduje přípravu jen základní osnovy rozhovoru, umožňuje jít do hloubky problému a dotazovaný má prostor pro vyjádření subjektivních názorů. (Hendl, 2017)

V rámci jednotlivých dílčích cílů výzkumného šetření bude vytvořeno vždy několik tazatelských otázek, které respondenti obdrží elektronicky před osobním setkáním. Data budou nahrávána na diktafon (se souhlasem respondentů) nebo zapisována formou poznámek, pokud by respondent s nahráváním nesouhlasil. Data budou průběžně analyzována a shromažďována, dokud nedojde k jejich saturaci.

##### 4.4.1. Transformace/operacionalizace dílčích cílů do zkoumatelné podoby

Operacionalizace je převod výzkumného problému do empiricky testovatelné podoby. (Nešpor, 2017) Dle Hendla a Remra (2017 str. 57) se jedná o „*přesný návrh procesu měření jednotlivých teoretických konstruktů.*“

V této práci použiji pro převod dílčích cílů výzkumného problému na tazatelské otázky následující transformační tabulku.

Tabulka č. 1: transformační tabulka

Dílčí cíle	Nástroj	Respondenti	Tazatelské otázky
<b>DC 1:</b> Zjistit informaci, jak odborníci vnímají obecně roli sociální práce v rámci reformy	Polostrukturovaný rozhovor	R1, R2 – sociální pracovníci neziskové organizace, R3 – pracovník MPSV, R4, R5,	<b>TO 1:</b> Co je podle vás úlohou sociální práce v kontextu reformy psychiatrické péče? <b>TO 2:</b> Jaké přínosy vnímáte ve větším zapojení sociální práce v rámci reformy psychiatrické

psychiatrické péče.		R6 – psychiatři	<p>péče pro klienty?</p> <p><b>TO 3:</b> Jaké vnímáte nedostatky či rizika spojená s působením sociálních pracovníků v rámci reformy psychiatrické péče?</p> <p><b>TO 4:</b> Jak hodnotíte význam sociální práce v kontextu péče o duševní zdraví?</p>
<p><b>DC 2:</b></p> <p>Zjistit, jaký názor mají odborníci na deinstitucionalizaci péče o lidi s duševním onemocněním.</p>	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>R1, R2 – sociální pracovníci neziskové organizace, R3 - pracovník MPSV, R4, R5, R6 – psychiatři</p>	<p><b>TO 5:</b> Jaké jsou podle vás dopady dlouhodobého pobytu v psychiatrických léčebnách/odděleních nemocnic na pacienty?</p> <p><b>TO 6:</b> Jak vnímáte možnosti komunitní práce s lidmi s duševním onemocněním, příp. její pozitiva či negativa?</p> <p><b>TO 7:</b> V čem spatřujete možnosti sociální práce s lidmi s duševní nemocí, kteří se po dlouhodobé hospitalizaci chtějí začlenit do běžného života?</p>
<p><b>DC 3:</b></p> <p>Zjistit, jak odborníci vnímají</p>	<p>Polostrukturovaný rozhovor</p>	<p>R1, R2 – sociální pracovníci</p>	<p><b>TO 8:</b> Jaký máte názor na metodu case management? Využíváte ji ve vaší praxi?</p>

metodu <i>case management</i> při práci s klienty s duševním onemocněním.		neziskové organizace, R3 - pracovník MPSV, R4, R5, R6 – psychiatři	<p><b>TO 9:</b> Jak vnímáte efektivitu metody <i>case management</i> při práci s klientem?</p> <p><b>TO 10:</b> Spatřujete v této metodě nějaká rizika či rezervy, příp. jaká?</p>
---	--	--	--

Hlavním cílem mé bakalářské práce je definovat a vymežit postavení a roli sociální práce v současné reformě psychiatrické péče. Jak vyplývá z teoretické části práce, v historii došlo k postupnému oddělení sociální práce od psychiatrie jakožto lékařského oboru. V současné době je trendem snaha o opětovné propojení těchto oborů, neboť se ukazuje, že jejich vzájemné působení je pro lidi s duševním onemocněním velkým přínosem.

#### 4.5. Etické aspekty výzkumu

V průběhu realizace výzkumu bude kladen důraz na zachování anonymity jednotlivých respondentů. Dotazování budou před samotným rozhovorem seznámeni s obsahem otázek písemnou formou a budou též dotázáni na možnost pořízení audiozáznamu celého rozhovoru, v případě nesouhlasu bude rozhovor zaznamenávám formou poznámek. Obsah i forma otázek bude pro všechny respondenty stejná.

Co se týče samotného výzkumu, uvědomuji si možnost zkreslení výsledků při jejich interpretaci, a to především vzhledem k nižšímu počtu respondentů v rámci kvalitativního výzkumného šetření. Přestože častým cílem kvalitativních výzkumů bývá vytvoření nové teorie, chci upozornit na omezenou možnost generalizace výsledků tohoto výzkumu na populaci, a to právě z důvodu nízkého počtu respondentů. (Disman, 2006)

## 5 Interpretace získaných dat

V této kapitole budou interpretována a následně vyhodnocena data získaná v rámci mého výzkumného šetření. Kapitola se bude skládat ze tří podkapitol, kdy každá podkapitola představí analýzu a následné vyhodnocení jednotlivých dílčích cílů. Na konci této kapitoly by měla vyplynout odpověď na hlavní výzkumnou otázku tohoto šetření, která zní: zjistit, jak odborníci pracující s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním vnímají roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče.

### 5.1. Interpretace a vyhodnocení prvního dílčího cíle

Prvním dílčím cílem tohoto výzkumného šetření je zjistit, jak odborníci vnímají obecně roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče. Tento cíl jsem se snažila naplnit tazatelskými otázkami (TO) 1 – 4, které jsem pokládala respondentům (R) 1 – 6.

#### **TO 1: Co je podle vás úlohou sociální práce v kontextu reformy psychiatrické péče?**

Na tuto otázku respondenti odpovídali velmi podobně, úlohou sociální práce ve zmíněném kontextu je podle nich zajištění a udržení stabilního sociálního prostředí, podpora klientových kompetencí potřebných pro fungování v přirozeném prostředí – v oblasti bydlení, práce, sociálních vztahů a trávení volného času, dále pak pomoci klientovi prodloužit a zvládnout dobu bez hospitalizace. R3 k výše zmíněnému navíc dodává: *„Sociální pracovník zprostředkovává komunikaci mezi klientem a dalšími zástupci pomáhajících profesí. Sociální pracovník umí nad situací klienta uvažovat komplexně.“* R4: *„Z mého pohledu je úlohou sociální práce mimo jiné za dobu hospitalizace rozvíjet vztahy mezi pacientem a rodinou, případně dalšími blízkými lidmi. Přínosem je plánování volného času k prevenci vzniku rizikového chování "z nudy".“*

#### **TO 2: Jaké přínosy vnímáte ve větším zapojení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče pro klienty?**

Respondenti vidí přínosy sociální práce v daném kontextu především v tom, že situace klienta může být řešena rychleji a efektivněji (R3 toto přisuzuje mimo jiné tomu, že sociální pracovníci s klienty vytvářejí individuální plány – na rozdíl od zdravotnických pracovníků), podpora může být velmi intenzivní, vyžaduje-li to stav klienta, a



všestranná – týká se hledání a udržení bydlení a práce, dále oblasti hospodaření, sebeobsluhy, práce s rodinou a komunitou. R1: „*Můžeme jim (klientům) pomoci, aby dokázali sami bydlet, pracovat a aby se dokázali o sebe postarat, co se týče sebepéče, aby se zvládli umýt, dojít si na záchod, najíst se. Dále jim můžeme pomoci hospodařit s financemi a celkově se o sebe postarat.*“ R2 dodává, že s příchodem reformy psychiatrické péče se dostává do popředí zájem o přání klienta, a sociální pracovníci by klienty měly podporovat v tom, co sami chtějí. Tento přístup dle R2 vede k rozvoji všestranných kompetencí klienta a mnohdy též ke snížení medikace. Jako další přínos vnímá R1 zapojení peer konzultantů, R6 pak hovoří o poznávání zdravotní složky péče sociálními pracovníky, čemuž dříve tak nebylo.

### **TO 3: Jaké vnímáte nedostatky či rizika spojená s působením sociálních pracovníků v rámci reformy psychiatrické péče?**

Na tuto tazatelskou otázku odpovídali jinak sociální pracovníci (R1 a R2), jinak zástupce veřejné správy (R3) a jinak psychiatři (R4 – R6). Sociální pracovníci jako nedostatek vidí neúplnost připravenosti reformy, a jako rizika uvádějí neochotu spolupráce ze strany zdravotníků. R3 se domnívá, že sociální pracovníci pracující s danou cílovou skupinou by měli být lépe odborně připraveni. Psychiatři tvrdí, že velkým rizikem by mohla být neochota některých sociálních pracovníků akceptovat zdravotnický úhel pohledu, mají zkušenost s popíráním nemoci i významu a důležitosti farmakoterapie předepsané klientovi ze strany sociálních pracovníků. R6 se vyjádřil takto: „*Hlavní riziko spolupráce sociálních pracovníků je v neznalosti psychopatologie nemoci a někdy "boj o přízeň pacienta" mezi zdravotníkem a soc. pracovníkem. Každá psychiatrická nemoc s sebou přináší limity, a to včetně omezené rozhodovací schopnosti, špatné vyhodnocování situací, špatná komunikace se zdravými lidmi. Je třeba vyžadovat určitá pravidla od pacienta a neponechávat vše na jeho svobodném rozhodnutí.*“ Další nedostatek vyjádřil R4: „*Osobně od začátku reformy vnímám spíše větší zahlcení jak sociálních pracovníků, tak psychiatrů a dalšího personálu byrokracií. Stejnou práci jsme dělali už předtím, jen bez složitého monitorování.*“ Sociální pracovníci neziskové organizace jako hlavní nedostatek vnímají špatnou spolupráci se zdravotnickými zařízeními, především pak s většími psychiatrickými léčebnami.

#### **TO 4: Jak celkově hodnotíte význam sociální práce v kontextu péče o duševní zdraví?**

V této otázce se respondenti shodli v tom, že sociální práce s lidmi s duševním onemocněním je pro jejich životy zásadní. Sociální pracovník může být klientovi nápomocen v oblastech života jako je sebezpečí, bydlení, vztahy, finanční hospodaření, uplatnění na trhu práce, vyřizování záležitostí na úřadech apod. R6 se k této otázce vyjádřil následovně: „*Význam sociální práce je jistě velký. Psychiatrickí pacienti žijí na sociálním dně společnosti, vyžadují pomoc v základních věcech, neorientují se v jednání s úřady, mají problémy se základní sebezpečí, včetně vaření, vedení domácnosti, mají omezenou schopnost navazovat kvalitní vztahy, rodiny bývají rozhádané, rozvrácené, často nemají kde bydlet. Se vším tím jim sociální pracovník může pomoci.*“ R3: „*Bez zapojení sociální práce nemůže péče o duševní zdraví efektivně fungovat, hlavně v komunitní oblasti.*“

#### **Shrnutí prvního dílčího cíle**

Z realizovaných rozhovorů vyplývá, že odborníci pracující s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním vnímají roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče veskrze kladně, většina respondentů ji hodnotí jako nezastupitelnou složku práce s lidmi s duševním onemocněním. V určitých bodech se však názorově liší postoj psychiatrů (zástupců oblasti zdravotnictví) a sociálních pracovníků působících v neziskové organizaci.

V rozhovorech respondenti zdůraznili důležitost sociální práce při komplexním posuzování situace klientů a při práci na jejím řešení, kterým má být zapojení klientů do běžného způsobu života v co nejvyšší možné míře a ve všech oblastech života. Z rozhovorů je také patrné, že zdravotníci a sociální pracovníci se teprve učí fungovat v rámci jedné oblasti práce s klienty/pacienty, někteří možná v určitých prvcích současné reformy psychiatrické péče nespátřují smysl, jak vyplývá z odpovědí na TO 3. Všichni oslovení respondenti se však shodli na tom, že role sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče má zásadní význam.

## 5.2. Interpretace a vyhodnocení druhého výzkumného cíle

Druhým výzkumným cílem je zjistit, jaký názor mají odborníci na deinstitucionalizaci péče o lidi s duševním onemocněním. Cíl byl naplňován získáváním odpovědí na tazatelské otázky TO 5 – TO 7.

### **TO 5: Jaké jsou podle vás dopady dlouhodobého pobytu v psychiatrických léčebnách/odděleních nemocnic na pacienty?**

V odpovědích na tuto otázku se všichni respondenti shodli na tom, že dlouhodobá hospitalizace vede ke ztrátě sociálních vazeb a ke ztrátě běžných dovedností a návyků pacientů. R1: *„Lidé v léčebnách netrénují sebepéči, většinou si ani sami nezalévají kafe, mají ho už připravené, stejně tak dostanou hotovou snídani, oběd, večeři. Cigarety dostávají na přiděl, mají uklizeno. Po určité době pacienti ztrácejí sebedůvěru, nevěří, že tyto věci zvládnou sami, myslím si, že spoustu věcí i zapomenou.“* R2: *„Je jich hodně (dopadů), lidé ztrácejí běžné návyky, kontakt s realitou, ztrácejí možnost rozhodovat se sami za sebe, bývají časově dezorientovaní. Dlouhodobý pobyt v léčebně vede k citové oploštělosti a postupně k absenci vztahů. Lidé přestávají disponovat formálními dovednostmi, jako je pozdrav, podání ruky apod.“* R3 jako další dopad dlouhodobé hospitalizace nevyklučuje nadměrnou medikaci u některých pacientů, a klade si otázku, zda se k častým hospitalizacím nesahá proto, že je to nejjednodušší řešení. R4 – zástupce oblasti zdravotnictví – však říká, že alespoň na některých odděleních psychiatrických nemocnic se běžné dovednosti, jako je vaření, pravidelná osobní hygiena a úklid s pacienty pravidelně trénují, a je cíleně podporován kontakt pacientů s rodinou a blízkými lidmi. R6 říká, že *„je nutno rozlišovat dlouhodobé hospitalizace, které opravdu suplují jen sociální bydlení a dlouhodobé hospitalizace pacientů, jejichž zdravotní stav je opravdu natolik vážný, že vyžadují dlouhodobou hospitalizační péči. V prvním případě je samozřejmě dopad negativní, pacient upadá do hospitalizmu, stává se méně soběstačným, sám se vzdává svých kompetencí, protože zdravotní systém vše řeší za něj.“* Podle R1 a R2 – zástupců sociálních služeb – v psychiatrických léčebnách dochází k podceňování schopností pacientů ze strany personálu.

## **TO 6: Jak vnímáte možnosti komunitní práce s lidmi s duševním onemocněním, příp. její pozitiva či negativa?**

V tomto bodě se dotazovaní shodují v tom, že komunitní práce s danou cílovou skupinou má v oblasti péče o duševní zdraví zásadní význam a od reformy psychiatrické péče očekávají její rozšíření. Komunitní práce může v některých případech zamezit výraznějšímu relapsu a tím i následné hospitalizaci. R1 říká, že důležité je začít poskytovat komunitní služby včas, ideálně po první až druhé atace nemoci, tehdy může být velmi efektivní. R2 připomíná činnost svépomocných skupin, ve kterých mají lidé s duševní nemocí možnost sdílet prožitky s lidmi se stejným typem onemocnění. R3: *„Komunitní práce by měla být základem práce s lidmi s duševním onemocněním, péče o klienta by se vždy měla odehrávat v rámci komunity, hospitalizace mimo spádovou oblast klienta by měla vymizet.“* R3 jako negativum komunitní práce uvádí nedostatek (především sociálních) pracovníků. R1 a R2 upozorňují na obtížnější dostupnost sítě komunitních služeb, nelibost společnosti pro tento typ péče, který pramení z nedostatečné osvěty, a neochotu samospráv se v této oblasti angažovat. Jako riziko komunitní péče uvádí R5 nedostatečnou odbornost pracovníků, která může způsobit, že aktuální stav klienta nebude vyhodnocen správně, a tím může být ohrožen buď sám klient, nebo lidé v jeho okolí. R4 se domnívá, že reforma psychiatrické péče se měla spíše zaměřit na komunitní práci s „lehčími“ diagnózami, jako jsou úzkosti nebo lehké až středně těžké deprese, zde se mnohdy dá krize zvládnout včasnou intervencí v terénu. *„Tam se i uplatní sociální práce, protože často je za životní krizí sociální tenze. Tím, že se reforma zaměřila na nejtěžší pacienty, jde z mého pohledu proti zdravému rozumu.“*

## **TO 7: V čem spatřujete možnosti sociální práce s lidmi s duševní nemocí, kteří se po dlouhodobé hospitalizaci chtějí začlenit do běžného života?**

Dle respondentů spočívají možnosti sociální práce s klienty, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni, především v tom, že sociální pracovník je v roli průvodce klienta v běžném životě. Může mu pomoci s hledáním bydlení, budováním a posilováním základních návyků, jako je pravidelné vstávání, osobní hygiena, vhodné oblékání, péče o domácnost, dále pak podpora ve vztahové oblasti – spolupráce s rodinou a blízkými osobami klienta, nácviky běžných činností, jako je např. nakupování a vaření. Sociální pracovník je schopen poskytnout klientovi základní a/nebo odborné sociální poradenství, pomáhá mu s vyřizováním jeho záležitostí na úradech. Dále může klientovi

pomoci v oblasti hospodaření s financemi nebo organizací volného času, a v neposlední řadě sociální pracovník pomáhá klientovi uplatnit se na trhu práce, pokud to jeho zdravotní stav umožňuje. R3: „Sociální pracovník dbá i na to, aby klient dodržoval léčebný režim, který mu stanovil jeho lékař.“ R1: „Sociální pracovník dokáže klientovi zprostředkovat další služby, je-li to třeba. Různé terénní služby nebo i jejich kombinaci. Pro sociálního pracovníka je pro práci s klientem důležité především to, co si klient přeje. Ideální pro tyto klienty je sociální bydlení, kterého je bohužel málo.“

### **Shrnutí druhého dílčího cíle**

Z odpovědí na druhý dílčí cíl této práce vyplynulo, že dotazovaní odborníci vnímají současnou podobu institucionální péče o lidi s duševní nemocí jako spíše nevyhovující, a to především v oblasti rozvíjení či alespoň udržení základních kompetencí pacientů, přestože na některých odděleních psychiatrických nemocnic se personál snaží tyto kompetence udržovat. Pacienti mohou postupně ztrácet sebedůvěru ve vykonávání každodenních záležitostí, ve kterých jsou dle respondentů z řad sociálních pracovníků podceňováni i ze strany zdravotnického personálu. U těchto pacientů není výjimkou rozvoj hospitalismu. Další významný dopad na život dlouhodobě hospitalizovaných pacientů je postupná ztráta jejich vztahů, a to i s nejbližší rodinou, které je mnohdy velmi těžké a zdlouhavé obnovit, a v některých případech se to nemusí vůbec podařit.

Na současný model institucionální péče reaguje reforma péče o duševní zdraví, jejímž významným prvkem je deinstitucionalizace, kdy by péči o propuštěné a potencionálně (dle současné praxe) hospitalizované pacienty převzaly komunitní služby. Dotázaní odborníci považují komunitní složku práce s danou cílovou skupinou za nezastupitelnou a klíčovou, a vyzdvihují její možnosti, především komplexnost podpory v jednotlivých oblastech života klienta, jako je bydlení, práce, sebeobsluha, finanční hospodaření, trávení volného času či sociální vazby. Dále se respondenti domnívají, že včasná intervence komunitního pracovníka může zamezit či oddálit hospitalizaci klienta. Zároveň však upozorňují na obtížnou dostupnost komunitní péče, její nedostatečnou personální zajištěnost (hlavně při předpokládaném rozšíření komunitní péče) a neochotu veřejnosti přijmout do své komunity tuto cílovou skupinu. Dalším rizikem by podle respondentů mohla být nedostatečná odborná připravenost komunitních pracovníků, což by mohlo mít za následek mylné zhodnocení aktuálního stavu klienta i možné ohrožení klienta nebo osob nacházejících se v jeho okolí.

Co se týče možností sociální práce s klienty po dlouhodobé hospitalizaci, oslovení odborníci se shodují na významné a nezastupitelné roli sociálních pracovníků. Jejich úlohou je dle respondentů provázení klienta běžným způsobem života, což zahrnuje trénink základních návyků, pomoc s hledáním bydlení a práce, s hospodařením, spolupráce s rodinou apod. Důraz je na rozdíl od života v léčebně kladen na klientova přání.

### 5.3. Interpretace a vyhodnocení třetího výzkumného cíle

Třetí výzkumný cíl se zaměřuje na to, jak odborníci vnímají metodu case management, který se v rámci reformy psychiatrické péče má začít využívat v co nejvyšší možné míře při práci s klienty s duševním onemocněním. O této metodě pojednává kapitola 2.3.2. této bakalářské práce. Cíl jsem se snažila saturovat tazatelskými otázkami TO 8 – TO 10.

#### **TO 8: Jaký názor máte na metodu case management? Využíváte ji ve vaší praxi?**

Všichni respondenti hodnotili metodu case management kladně, R6 s podmínkou, když je vykonávána správně. R1: *„Aby mohl multidisciplinární tým dobře fungovat, musí mít svého koordinátora.“* R2: *„Case manager zná příběh klienta a ví, jaké odborníky potřebuje. Zná také jeho přání. Je důležité, aby case manager a klient měli navázaný vztah a byla mezi nimi důvěra.“* Všichni dotazovaní mají s metodou case management zkušenosti, a kromě R3, který praktikoval case management v minulosti, ji ve své praxi aktivně využívají.

#### **TO 9: Jak vnímáte efektivitu metody case management při práci s klientem?**

R2 uvádí, že metoda case management je obecně efektivní, ale záleží na kvalitě týmu. R3: *„Je efektivní. Case manager zná klientův příběh, tudíž je schopen posoudit jeho situaci v rámci všech okolností, takže by se nemělo zapomenout na žádný problém.“* R1 uvádí přínos metody case management i pro pracovníky, kdy každý v týmu má jasně vymezené kompetence a přesně ví, co má s klientem aktuálně dělat. R6: *„V ideálním případě je efektivně zvyšována či snižována míra podpory a práce dalších členů týmu.“*

## **TO 10: Spatřujete v této metodě nějaká rizika či rezervy, případně jaká?**

Z rozhovorů vyplynulo, že jako velký nedostatek metody case management vnímají odborníci vysoký počet klientů na jednoho case managera, a také byrokratické přetížení pracovníků. Dalším shodným bodem v odpovědích na tuto otázku je riziko, že case manager adekvátně nevyhodnotí aktuální situaci či zdravotní stav klienta a nepovolá včas experty z týmu (psychiatr, zdravotní sestra, psycholog...), dále pak riziko vzniku závislosti klienta na službě nebo přímo na case managerovi. R3 dále dodává: „*Case manager může převzít moc nad klientem, může za něho začít rozhodovat. Také mohou vznikat konflikty v týmu.*“ Dle respondentů lze většinu problémových situací v kontextu vykonávání metody case management předejít kvalitní komunikací a předáváním informací v rámci týmu. Důležité také je dodržovat vymezené kompetence.

### **Shrnutí třetího dílčího cíle**

Třetí dílčí výzkumný cíl se zaměřuje na postoj odborníků pracujících s danou cílovou skupinou k metodě case management. Všichni dotázaní hodnotí tuto metodu kladně a ve své praxi s ní pracují nebo pracovali. Jako pozitiva této metody uvedli především znalost klientova příběhu jeho case managerem a navázání jejich profesionálního vztahu, což je podmínkou pro budování důvěry klienta v nabízenou službu. V průběhu práce s klientem umožňuje tato metoda přiměřené zvyšování či snižování míry podpory klienta a možnost měnit intenzitu zapojení jednotlivých odborníků. Respondenti z řad sociálních pracovníků také oceňují zaměření se na přání klienta, což case management umožňuje.

Case management má dle respondentů i svá rizika a úskalí. Jedním z nich je vysoký počet klientů na jednoho case managera, dalším rizikem mohou být situace, kdy case manager (sociální pracovník) nevyhodnotí adekvátně a včas klientovu situaci nebo změněný zdravotní stav. Část respondentů se shodla i na tom, že může nastat situace, kdy pracovník – case manager převezme moc nad klientem a začne za něho rozhodovat. Dále bylo zmíněno riziko možné závislosti klienta na službě či osobě case managera. Z rozhovorů však vyplývá, že přínosy metody case management zdaleka převyšují její rizika a rezervy.

## 5.4. Shrnutí výzkumné části a doporučení pro praxi

Ve výzkumné části této práce jsem se snažila zjistit, jak odborníci pracující s lidmi s duševním onemocněním vnímají roli sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče. Pro tento účel jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii a techniku polostrukturovaného rozhovoru, respondenty byli tři psychiatři (dva ambulantní a jeden působící v psychiatrické nemocnici), dva sociální pracovníci nestátní neziskové organizace Fokus Vysočina a jeden zaměstnanec Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Z realizovaných rozhovorů vyšlo najevo, že pro výše zmíněné odborníky má sociální práce s lidmi s duševní nemocí zásadní význam, a to především proto, že sociální pracovníci jsou schopni komplexního posouzení a řešení situace klienta. Úlohou sociální práce je dle respondentů zapojit klienta do běžného způsobu života v nejvyšší možné míře. V tomto ohledu se shodli všichni dotazovaní, avšak respondenti z oblasti zdravotnictví vyjádřili jistou míru skepticismu vůči zapojení sociálních pracovníků do péče o lidi s duševním onemocněním v rozsahu, který plánuje reforma péče o duševní zdraví. Určitý rozkol mezi zdravotními a sociálními pracovníky pravděpodobně pramení z podoby psychiatrické péče před reformou, kdy sociální práce byla do péče o duševně nemocné zapojena pouze okrajově, jak je popsáno v 1. kapitole této práce. Řešením by mohla být jasná metodika, která by vymezovala kompetence jednotlivých profesí v týmu.

V další části výzkumu jsem se zajímala o to, jaký názor mají odborníci na deinstitucionalizaci péče o lidi s duševním onemocněním. Všichni dotazovaní s určitou mírou deinstitucionalizace souhlasí, sociální pracovníci beze zbytku, zdravotníci jsou zdrženlivější. Respondenti se však shodli na tom, že současný ústavní model péče je nevyhovující, hospitalizovaní pacienti ztrácejí základní kompetence v oblasti sebepéče, ztrácejí sebejistotu v sebe sama, a největším problémem, který respondenti zmínili, je destruktivní vliv na vztahy pacientů, a to včetně nejbližší rodiny.

Výše popsaný stav by se měl začít postupně měnit díky většímu zapojení komunitní práce, které slibuje reforma psychiatrické péče. Odborníci vnímají komunitní práci jako důležitou složku péče o lidi s duševní nemocí, a to pro její komplexnost pomoci a podpory, a také věří, že včasná a správná intervence komunitních pracovníků může předejít hospitalizaci klienta. Dle respondentů má komunitní práce i svá úskalí a rizika.



Jedná se především o to, že komunitní (sociální) pracovník nevyhodnotí adekvátně zhoršený zdravotní stav klienta, dále mají dotazovaní zkušenost s negativní odezvou společnosti na léčbu lidí s psychiatrickou diagnózou v dané komunitě, a v neposlední řadě byla zmíněna nedostatečná síť středisek poskytujících komunitní práci s danou cílovou skupinou klientů. Několik respondentů zmínilo v rozhovorech, že deinstitucionalizace není dostatečně konceptuálně připravena. Doporučení pro praxi by v tomto ohledu mohl být konkrétní teoretický plán, jak bude deinstitucionalizace probíhat, kdy a kde vzniknou nové komunitní služby, s jakou kapacitou apod. Bodem k diskuzi by mohlo být i vzdělávání sociálních pracovníků v oboru psychiatrie.

Poslední část výzkumného šetření se týkala názoru odborníků na metodu case management, jejíž využívání se má rozšířit v rámci reformy psychiatrické péče. Respondenti tuto metodu práce s klientem hodnotí jako velmi přínosnou, oceňují na ní především zapojení odborníků z různých oborů a její možnost zintenzivnit či oslabit péči dle potřeby klienta. Dalším důležitým prvkem této metody je to, že pracovník zohledňuje klientova přání. Byly zmíněny též rezervy metody case management, kterými jsou velká byrokratická zátěž, vysoký počet klientů na jednoho case managera a riziko, že pracovník převezme nad klientem moc či za něho začne rozhodovat. Dotazovaní odborníci se však shodli na tom, že klady této metody mnohonásobně převyšují její rizika, a je výhodné ji při práci s lidmi s duševní nemocí využívat. Case management se ve větším rozsahu využívá teprve krátce a odborníci se ho zatím učí plně využívat. Vzhledem k výše popsaným závěrům mě jako doporučení pro praxi napadá možnost častějších supervizí pro členy multidisciplinárních týmů.

## Závěr

Profesionální péče o lidi s duševním onemocněním nemá na území našeho státu příliš dlouhou historii. K jejímu rozvoji začalo docházet na konci 18. století díky reformám rakousko-uherského císaře Josefa II. a pravděpodobně také pod vlivem inovativního přístupu francouzského lékaře Philippa Pinela. V 19. a na začátku 20. století byly na našem území vybudovány velké psychiatrické léčebny, které fungují dodnes – jedná se např. o psychiatrické nemocnice v Dobřanech, Kosmonosech či pražských Bohnicích. V druhé polovině 20. století se v Československu začala postupně rozvíjet síť psychiatrických ambulancí, k zásadnějším systémovým a přístupovým změnám však až do roku 1989 nedošlo. V 90. letech 20. století se odborná veřejnost začíná zajímat o naplňování lidských práv pacientů v léčebnách a také o téma tabuizace duševních nemocí, což mimo jiné vedlo k potřebě reformovat celý systém psychiatrické péče.

Pod pojmem *péče o lidi s duševní nemocí* si velká část veřejnosti představí pouze medicínský obor psychiatrie, což vyplývá z minulosti, kdy se touto problematikou zabývali skutečně převážně lékaři – psychiatři. Praxe však ukazuje, že podstatnou roli v péči o lidi s duševním onemocněním hraje též obor sociální práce. V ústavních a akutních lůžkových zařízeních působí sociální pracovníci, kteří se však z kapacitních důvodů nemohou pacientům/klientům dostatečně věnovat, a jejich práce se často minimalizuje na administrativní a poradenské úkony. Ambulantní péče pak sociální práci do roku 2016 nezahrnovala vůbec, zda je tomu ke konci roku 2019 jinak se mi nepodařilo zjistit. Sociální práce s osobami s duševní nemocí probíhá v České republice hlavně v zařízeních sociálních služeb a jedná se o sociální poradenství, služby sociální prevence a služby sociální péče.

V roce 2013 se pod záštitou Ministerstva zdravotnictví ČR započala realizovat reforma psychiatrické péče. Hlavními důvody přistoupení k reformě jsou dlouhodobá podfinancovanost psychiatrické péče, která navíc z velké části probíhá ve velkých zastaralých psychiatrických léčebnách, kde mnohdy nejsou dodržována základní lidská práva, a nedostatečná podpora komunitní péče. V druhé kapitole této práce je popsána role sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče a její klíčová metoda *case management*, dále byly představeny nové prvky a služby, které vznikají v rámci reformy. Konec druhé kapitoly obsahuje také popis dvou klíčových reformních procesů

– *deinstitutionalizace* psychiatrické péče a *destigmatizace* lidí s duševním onemocněním.

Sociální práce získává v průběhu reformy péče o duševní zdraví mnohem větší prostor, než tomu bylo před reformou. Rolí sociální práce ve smyslu reformy psychiatrické péče je především profesionální podpora klientů v jejich zotavení, tedy *dosazení plnohodnotného života bez ohledu na symptomy duševní nemoci*, (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017 str. 12) také by se dalo říci zapojení klientů do běžného způsobu života. Sociální pracovník může vést multidisciplinární tým v rámci metody case management, kterému je věnována podkapitola 2.3.2. této práce, protože úlohou sociální práce je komplexní posouzení klientovy situace, návrh jejího systematického řešení a následná práce na jejím zlepšení. Rolí sociální práce je také intervenovat v sociálním prostředí klienta, pokud je třeba, a to na mikroúrovni, mezzourovni i makroúrovni. V rámci reformy psychiatrické péče má také dojít k významnému rozšíření komunitní složky péče. Postupně budou vznikat nové komunitní služby, ve kterých budou působit multidisciplinární týmy. Tyto týmy se skládají z psychiatra, psychiatrické sestry, příp. psychologa a dalších zástupců pomáhajících profesí, a zpravidla je koordinuje sociální pracovník. Úlohou komunitní práce s danou cílovou skupinou je podpora léčby a procesu zotavení klienta v jeho přirozeném prostředí, a také pomoc s návratem do běžného života lidem, kteří byli propuštěni z ústavní péče v rámci procesu deinstitutionalizace.

V třetí kapitole jsem stručně nahlédla do systému péče o lidi s duševním onemocněním ve Velké Británii. Těžištěm tamní psychiatrické péče je komunitní práce, kterou realizují multidisciplinární týmy. Principy a příklady jejich působení jsem se pokusila přiblížit na konci teoretické části této práce.

Hlavním cílem mé bakalářské práce je definovat a vymežit postavení a roli sociální práce v rámci současné reformy psychiatrické péče. Postavení sociální práce v daném kontextu vyplývá ze spojení zdravotní a sociální péče v multidisciplinárním přístupu. Sociální práce má v reformě psychiatrické péče deklarované rovnocenné postavení jako práce zdravotních profesí, a obě tyto oblasti mají být zastoupeny rovnoměrně. Sociální pracovníci zpravidla bývají v postavení a roli koordinátorů multidisciplinárních týmů. Další rolí sociální práce (nejen) v reformě psychiatrické péče je působit na klienty a jejich sociální prostředí tak, aby mohlo docházet k sociálním změnám, tedy práce na

sociálním začleňování klientů, jejich podpora v komunitním způsobu života, ale i práce s komunitou, aby byla připravena přijmout lidi s duševním onemocněním jako své právoplatné členy.

Výzkumný problém, který z teoretické části práce vyplývá, je to, jak odborníci působící v oblasti péče o duševní zdraví vnímají roli sociální práce s lidmi s duševním onemocněním v rámci reformy psychiatrické péče v ČR. Pro svůj výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii a techniku polostrukturovaného rozhovoru. Zvolený výzkumný vzorek zahrnoval tři psychiatry, dva sociální pracovníky nestátní neziskové organizace Fokus Vysočina a jednoho zaměstnance Ministerstva práce a sociálních věcí ČR.

Z realizovaného výzkumu vyplynulo, že odborníci vnímají obor sociální práce jako důležitou a nedílnou součást péče o duševní zdraví, a to především pro její roli komplexně posoudit situaci klienta a pracovat na jejím zlepšení ve všech oblastech jeho života. Odborníci se staví veskrze kladně také k plánovanému rozšíření komunitní práce v rámci reformy psychiatrické péče. V tomto bodě se mírně rozcházel pohled sociálních pracovníků, kteří komunitní práci s lidmi s duševní nemocí vnímají jako nejefektivnější, a pohled zástupců zdravotnické obce, kteří poukazovali na možnou nekompetentnost sociálních pracovníků adekvátně posoudit změněný zdravotní stav klienta. S rozšířením komunitní práce souvisí proces deinstitucionalizace psychiatrické péče. Výzkum ukázal, že dlouhodobá hospitalizace má na pacienty velmi negativní dopady, a s deinstitucionalizací odborníci vesměs souhlasí, sociální pracovníci bez zbytku a psychiatři v omezenějším rozsahu, než jaký připravuje reforma psychiatrické péče. Jedním z témat výzkumného šetření byla i klíčová metoda psychiatrické péče *case management*, kterou i přes několik vyjmenovaných rizik respondenti považují za velmi efektivní a přínosnou pro klienty.

## Seznam použité literatury

**Anthony in Matoušek, O., a kol. 2010.** *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

**Anthony in Psychiatrická společnost ČLS JEP. 2017.** *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha : Ministerstvo zdravotnictví, 2017.

**CASW in Urban, D., a kol. 2018.** *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami*. Praha : NLN, s. r. o., 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

**Češková in Matoušek, O., a kol. 2013.** *Encyklopedie sociální práce*. Praha : Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

**Ďásková, B., a Kubinová, P. 2019.** Peer lektoři ve vzdělávání budoucích profesionálů v péči o duševní zdraví. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2019, 2.

**Disman in Kosinová, M. 2016.** *Aplikace principů radikální sociální práce do případové práce s lidmi bez domova*. Hradec Králové : autor neznámý, 2016.

**Disman, M. 2006.** *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 978-80-246-0139-7.

**Engel, P. 2013.** Psychiatrie na roz(s)cestí? *www.peengel.cz*. [Online] 16. květen 2013. [Citace: 26. červen 2019.] [http://www.peengel.cz/psychiatrie\\_soubory/Page504.htm](http://www.peengel.cz/psychiatrie_soubory/Page504.htm).

**Gabura in Mátel, A. 2019.** *Teorie sociální práce I*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2019. ISBN 978-80-271-2825-9.

**Gavora in Moravcová, L. 2018.** *Dítě ohrožené sexuální zneužíváním*. Hradec Králové : autor neznámý, 2018.

**Golová, K., Sochorová, G., Flaksová, M. 2008.** Časopis Sociální práce/Sociálna práca. *Časopis Sociální práce/Sociálna práca*. 2008, 1.

**Hartl, P., a Hartlová, H. 2015.** *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0873-0.

**Hejzlar, P., a kol. 2015.** *Sociální část CDZ - podkladové materiály pro MPSV*. 2015.

**Hendl, J., a Remr, J. 2017.** *Metody výzkumu a evaluace*. Praha : Portál, 2017. ISBN 978-80-262-1192-1.

**Hosák, L., Hrdlička, M., Libiger, J. 2015.** *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha : Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8.

**Hradecká, L. 2010.** *zdravi.euro.cz. Zdravotnictví a medicína*. [Online] 10. únor 2010. [Citace: 26. červen 2019.] <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/pocatky-pece-o-dusevne-nemocne-v-cr-449688>.

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

**Jarkovská, L. 2017.** *www.is.muni.cz. Masarykova univerzita*. [Online] 2017. [Citace: 7. červen 2019.] [https://is.muni.cz/el/1441/podzim2017/SP7MK\\_MTO2/um/Metodologie\\_2\\_podzim\\_2017\\_Lekce\\_4.pptx.pdf](https://is.muni.cz/el/1441/podzim2017/SP7MK_MTO2/um/Metodologie_2_podzim_2017_Lekce_4.pptx.pdf).

**Jarolímek, M. 2010.** *Transformace psychiatrické péče in Na cestě ke komunitní psychiatrii*. Pardubice : Theo, 2010. ISBN 978-80-904009-6-2.

**Koubová, M. 2014.** *www.zdravotnickyydenik.cz. Zdravotnický deník*. [Online] 1. říjen 2014. [Citace: 24. říjen 2019.] <https://www.zdravotnickyydenik.cz/2014/10/britsky-system-pece-respektuje-dusevne-nemocne-muze-byt-inspiraci-i-pro-nas/>.

**Mahrová, G., a Venglářová, M. 2008.** *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada Publishing, a. s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

**Matoušek, O., a kol. 2010.** *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

**Matoušek, O. 2013.** *Encyklopedie sociální práce*. Praha : Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

**Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2006.** Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. Praha : autor neznámý, 2006.

**Ministerstvo zahraničních věcí. 1997.** Úmluva o lidských právech a biomedicině. Praha : autor neznámý, 1997.

**Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2013.** *Strategie reformy psychiatrické péče.* Praha : Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013.

**Ministerstvo zdravotnictví. 2015.** Zdraví 2020 Národní strategie ochrany a podpory zdraví , Akční plán č. 3: Duševní zdraví. *Ministerstvo zdravotnictví.* [Online] 23. září 2015. [Citace: 25. září 2019.] [http://www.mzcr.cz/Admin/\\_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003\\_dusevni%20zdravi\\_.pdf](http://www.mzcr.cz/Admin/_upload/files/5/ak%C4%8Dn%C3%AD%20pl%C3%A1ny%20-%20p%C5%99%C3%ADlohy/AP%2003_dusevni%20zdravi_.pdf).

**Národní ústav duševního zdraví. 2017.** narovinu.net. *Na rovinu.* [Online] Národní ústav duševního zdraví, 2017. [Citace: 3. Říjen 2019.] <http://narovinu.net/projekt-destigmatizace/>.

—. 2017. narovinu.net. *Na rovinu.* [Online] Národní ústav duševního zdraví, 2017. [Citace: 3. Říjen 2019.] <http://narovinu.net/stigma/>.

**Navrátil in Mátel, A. 2019.** *Teorie sociální práce I.* Praha : Grada Publishing, a. s., 2019. ISBN 978-80-271-2825-9.

**Nešpor, Z. R. 2017.** Sociologická encyklopedie. [Online] 11. prosinec 2017. [Citace: 17. červen 2019.] <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Operacionalizace>.

**Olecká, I., a Ivanová, K. 2010.** *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti.* Olomouc : Moravská vysoká škola Olomouc, o. p. s., 2010.

**Petr, T., Marková, E. 2014.** *Ošetřovatelství v psychiatrii.* Praha : Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.

**Probstová, Pěč in Ďásková, B., Kubinová, P. 2019.** Peer lektoři ve vzdělávání budoucích profesionálů v péči o duševní zdraví. *Sociální práce/Sociálna práca.* 2019, 2.

**Probstová, Pěč in Urban, D., a kol. 2018.** *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami.* Praha : NLN, s. r. o., 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

**Psychiatrická společnost ČLS JEP . 2017.** *Malý průvodce reformou psychiatrické péče.* Praha : Psychiatrická společnost ČLS JEP , 2017.

**Stuchlík in Bajer, P. 2008.** *Sociální práce/Sociálna práca.* 2008, 1.

**Švaříček, R., Šed'ová, K. 2014.** *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Praha : Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

**Urban, D., a kol. 2018.** *Specifika sociální práce při práci s vybranými cílovými skupinami.* Praha 1 : NLN, s. r. o., 2018. ISBN 978-80-7422-637-3.

**Ústavní zákon č. 23/1991 Sb.** Listina základních práv a svobod.

**Vencovský, E. 1996.** *Psychiatrie dávných věků.* Praha : Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5.

**Zákon č. 108/2006 Sb.** Zákon o sociálních službách.

**Zákon č. 372/2011 Sb.** Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování.

**Zákon č. 96/2004 Sb. 2004.** Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. *Sbírka zákonů.* 2004.



## Příloha č. 1

### Přepis výzkumného rozhovoru s respondentem R1

#### **Co je podle vás úlohou sociální práce v kontextu reformy psychiatrické péče?**

Naší úlohou je určitě postarat se o ty lidi, co jdou z nemocnic, nebo celkově o lidi s duševním onemocněním, aby zvládli žít v přirozeném prostředí, aby ten život zvládli co nejdéle bez hospitalizace, abychom je v tom podpořili.

#### **Jaké přínosy vnímáte ve větším zapojení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče pro klienty?**

Myslím si, že by mělo vzniknout víc terénních služeb, nebo že by se ty existující terénní služby měly rozšířit, abychom byli schopni pokrýt ten region nebo ten okres, prostě tu spádovou oblast. Ti klienti mohou čerpat víc těch služeb, nebo ve větší intenzitě, že mohou mít větší podporu, a tím pádem se víc předejde těm hospitalizacím, protože čím větší podpora, tím větší pravděpodobnost, že to zvládnou doma.

#### **V jakých oblastech je ta podpora?**

Naše služba je zdravotně sociální služba, takže můžou čerpat jak podporu psychiatra, psychologa, tak sociálních pracovníků, zdravotních sester, peer konzultanta, specialisty na zaměstnávání, a je to v podstatě podpora v oblasti zdraví, bydlení, práce, volný čas, vzdělání, finance, krizové situace, to jsou různé oblasti, ve kterých je můžeme podpořit. A můžou čerpat všechny ty členy z toho multidisciplinárního týmu.

#### **A přímo přínosy té sociální práce?**

Můžeme jim pomoci, aby dokázali sami bydlet, pracovat a aby se dokázali o sebe postarat, co se týče sebepéče, aby se zvládli umýt, dojít si na záchod, najíst se. Dále jim můžeme pomoci hospodařit s financemi a celkově se o sebe postarat.

#### **Pracujete třeba s rodinou nebo s okolím toho klienta?**

Jo, taky, snažíme se, s rodinou, s okolím, s partnery, s dětmi, i třeba se sousedem.

#### **Takže i práce na zlepšení vztahů?**

Taky to může být, ta vztahová oblast, určitě, je to důležité.

**Jaké vnímáte nedostatky či rizika spojená s působením sociálních pracovníků v rámci reformy psychiatrické péče?**

Že ta reforma není úplně dobře připravená, často se mění a vše se dlouho připravuje. Že ne každý sociální pracovník věří ve smysl reformy. Další nedostatek je v tom, že léčebna s námi úplně nespolupracuje dobře.

**Jak hodnotíte význam sociální práce v kontextu péče o duševní zdraví?**

Já jsem strašně ráda, že vznikají centra duševního zdraví, myslím si, že to je v rámci reformy důležité, že ti lidé mají na výběr, jestli chtějí být hospitalizovaní nebo jestli to chtějí zkusit zvládnout doma s nějakou naší podporou. Klient má svůj prostor, může žít kvalitnější a plnohodnotnější život.

**Jaké jsou podle vás dopady dlouhodobého pobytu v psychiatrických léčebnách/odděleních nemocnic na pacienty?**

Lidé v léčebnách netrénují sebekpěči, většinou si ani sami nezalévají kafe, mají ho už připravené, stejně tak dostanou hotovou snídani, oběd, večeři. Cigarety dostávají na přiděl, mají uklizeno. Po určité době pacienti ztrácejí sebedůvěru, nevěří, že tyto věci zvládnou sami, myslím si, že spoustu věcí i zapomenou. Netrénují paměť, vyřizování věcí, takovou tu samostatnost. Pak když mají být třeba po roce, po dvou propuštěni z psychiatrie, musí si všechno od začátku oživovat – vyřídít si dávky, hospodařit sami s penězi, dojít si na nákup, uvařit si. To je pro ně pak těžké, protože na té psychiatrii nemají k těmto věcem přístup. Myslím si, že hospitalizace je nutná a dobrá v akutní fázi, kdy to nejde zvládnout doma, ale ta hospitalizace by neměla být delší než nezbytně nutnou dobu, třeba měsíc, dva. Myslím si, že personál v léčebně ty lidi i podceňuje a nevěří v jejich schopnosti.

**Jak vnímáte možnosti komunitní práce s lidmi s duševním onemocněním, případně její pozitiva či negativa?**

Myslím si, že je důležitá, můžete s lidmi pracovat a ukazovat jim možnosti, vracet je zpátky do přirozeného prostředí po hospitalizaci. Ti lidé potřebují provázet, ukazovat věci. Ta komunitní práce se hodně zaměřuje na silné stránky klientů, na to, co umí, znají, co dovedou, ptáme se klientů, co sami chtějí. Komunitní práce více řeší

individualitu klientů, více se jich ptáme na ty jejich potřeby a přání. Negativum komunitní práce vidím v tom, že nejsme schopni pojmout všechny ty případy pro nedostatečnou kapacitu, chybějí další návazné služby v rámci deinstitucionalizace. Myslím si, že je důležité pracovat s lidmi, kteří jsou třeba po jedné nebo druhé atace, tito lidé jdou zachránit. Další věc je, že veřejnost se dost často staví k odmítavě k tomu, aby se mezi ně nastěhovali lidé s duševním onemocněním.

**V čem spatřujete možnosti sociální práce s lidmi s duševní nemocí, kteří se po dlouhodobé hospitalizaci chtějí začlenit do běžného života?**

Sociální pracovník dokáže klientovi zprostředkovat další služby, je-li to třeba. Různé terénní služby nebo i jejich kombinaci. Pro sociálního pracovníka je pro práci s klientem důležité především to, co si klient přeje. Ideální pro tyto klienty je sociální bydlení, kterého je bohužel málo. Stejně tak domovy se zvláštním režimem, místa jsou navíc vázána na trvalý pobyt a celkově kapacita nestačí.

**Jaký máte názor na metodu case management? Využíváte ji ve vaší praxi?**

Ano, využíváme. Aby mohl multidisciplinární tým dobře fungovat, musí mít svého koordinátora. U nás je koordinátor sociální pracovník, vede případ, komunikuje a plánuje s klientem.

**Jak vnímáte efektivitu metody case management při práci s klientem?**

Myslím si, že ulehčuje práci. Sociální pracovník si pohlídá cíle zdravotníků, psychologa, pohlídá si potřeby klienta a zda se na nich pracuje, jednotliví pracovníci zase přesně vědí, co mají s klientem dělat. Je to metoda efektivní.

**Spatřujete v této metodě nějaká rizika či rezervy, případně jaká?**

Tady zase narážíme na nedostatečné kapacity, bylo by potřeba více multidisciplinárních týmů i case managerů.

## Příloha č. 2

### Přepis výzkumného rozhovoru s respondentem R3

#### **Co je podle vás úlohou sociální práce v kontextu reformy psychiatrické péče?**

Sociální pracovník zprostředkovává komunikaci mezi klientem a dalšími zástupci pomáhajících profesí. Sociální pracovník umí nad situací klienta uvažovat komplexně, což jiné profese neumí.

#### **Jaké přínosy vnímáte ve větším zapojení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče pro klienty?**

Sociální pracovníci dovedou řešit situaci klienta rychleji a taky efektivněji, práce je cílenější k potřebám klienta. Sociální pracovníci s klienty vytvářejí individuální plány – na rozdíl od zdravotnických pracovníků, to je velice přínosné.

#### **Jaké vnímáte nedostatky či rizika spojená s působením sociálních pracovníků v rámci reformy psychiatrické péče?**

Že sociální pracovníci nemusí umět pracovat s cílovou skupinou. Je asi potřeba se zaměřit na dobrý výběr sociálních pracovníků. Sociální pracovníci pracující s lidmi s duševní nemocí by měli být lépe odborně připraveni na tuto cílovou skupinu, měly by existovat specifické požadavky na vzdělání sociálních pracovníků stanovené třeba vnitřním předpisem každé organizace, která pracuje s lidmi s duševní nemocí.

#### **Jak hodnotíte význam sociální práce v kontextu péče o duševní zdraví?**

Má zásadní význam, bez zapojení sociální práce nemůže péče o duševní zdraví efektivně fungovat, hlavně v komunitní oblasti.

#### **Jaké jsou podle vás dopady dlouhodobého pobytu v psychiatrických léčebnách/odděleních nemocnic na pacienty?**

No, jsou katastrofální, u pacientů dochází k prohloubení krize, přestanou umět fungovat v běžném životě, ztratí veškeré návyky, má destruktivní vliv na vztahy těch pacientů. Někdy je hospitalizace nutná, v odůvodněných případech, ale u těch dlouhodobých...

Možná tam i někdy může docházet k nadměrné medikaci těch pacientů. A pro doktory je to někdy ta nejjednodušší cesta, hospitalizovat.

**Jak vnímáte možnosti komunitní práce s lidmi s duševním onemocněním, případně její pozitiva či negativa?**

Komunitní práce by měla být základem práce s lidmi s duševním onemocněním, péče o klienta by se vždy měla odehrávat v rámci komunity, hospitalizace mimo spádovou oblast klienta by měla vymizet. Negativum asi je personální podstav, je nedostatek sociálních pracovníků v komunitních službách pro tyto klienty.

**V čem spatřujete možnosti sociální práce s lidmi s duševní nemocí, kteří se po dlouhodobé hospitalizaci chtějí začlenit do běžného života?**

Pomáhá klientům s hledáním a udržením bydlení a práce, pokud klient může pracovat. Potom taky s vyřízením dávek, řešením dluhů, podporuje je v běžných denních činnostech a v hospodaření, v navazování sociálních kontaktů. Sociální pracovník dbá i na to, aby klient dodržoval léčebný režim, který mu stanovil jeho lékař.

**Jaký máte názor na metodu case management? Využíváte ji ve vaší praxi?**

Case management nyní nevyužívám, ale v minulosti jsem využíval. Jsem rád, že se začíná využívat více.

**Jak vnímáte efektivitu metody case management při práci s klientem?**

Je efektivní. Case manager zná klientův příběh, tudíž je schopen posoudit jeho situaci v rámci všech okolností, takže by se nemělo zapomenout na žádný problém.

**Spatřujete v této metodě nějaká rizika či rezervy, případně jaká?**

Case manager může převzít moc nad klientem, může za něho začít rozhodovat. Také mohou vznikat konflikty v týmu. Nebo může vzniknout závislost klienta na službě nebo na case managerovi.

## Příloha č. 3

### Přepis výzkumného rozhovoru s respondentem R4

#### **Co je podle vás úlohou sociální práce v kontextu reformy psychiatrické péče?**

Z mého pohledu je úlohou sociální práce mimo jiné za dobu hospitalizace rozvíjet vztahy mezi pacientem a rodinou, případně dalšími blízkými lidmi. Přínosem je plánování volného času k prevenci vzniku rizikového chování "z nudy". Další úlohou sociální práce je zajistit stabilní sociální prostředí po návratu z hospitalizace. Toto se však dlouhodobě dělo i před startem reformy psychiatrie.

#### **Jaké přínosy vnímáte ve větším zapojení sociální práce v rámci reformy psychiatrické péče pro klienty?**

Je určitě dobře, že sociální práce má v péči o duševně nemocné své místo. Sociální pracovníci pomáhají pacientům s hledáním bydlení, podporují vztahy s rodinou a okolím, pomáhají jim s úředními věcmi. Osobně ale od začátku reformy vnímám spíše větší zahlcení jak soc. pracovníků, tak psychiatrů a dalšího personálu byrokracií. Stejnou práci jsme dělali už předtím, jen bez složitějšího monitorování.

#### **Jaké vnímáte nedostatky či rizika spojená s působením sociálních pracovníků v rámci reformy psychiatrické péče?**

Sociální pracovníci někdy nechtějí slyšet názor nás lékařů na stav pacienta, odmítají limity nemoci nebo význam medikace.

#### **Jak hodnotíte význam sociální práce v kontextu péče o duševní zdraví?**

Význam sociální práce je jistě velký. Psychiatrickí pacienti žijí na sociálním dně společnosti, vyžadují pomoc v základních věcech, neorientují se v jednání s úřady, mají problémy se základní sebedpěčí, včetně vaření, vedení domácnosti, mají omezenou schopnost navazovat kvalitní vztahy, rodiny bývají rozhádané, rozvrácené, často nemají kde bydlet. Se vším tím jim sociální pracovník může pomoci.

#### **Jaké jsou podle vás dopady dlouhodobého pobytu v psychiatrických léčebnách/odděleních nemocnic na pacienty?**

Jde zejména o ztrátu některých dovedností a ztrátu sociálních vazeb. Na našem oddělení tyto dovednosti cíleně cvičíme, je to třeba nácvik vaření, praní, úklidu. Také se snažíme o podporu kontaktu s rodinou.

**Jak vnímáte možnosti komunitní práce s lidmi s duševním onemocněním, případně její pozitivita či negativa?**

Myslím, že reforma se měla zaměřit na jiné typy diagnóz. Komunitní centra by měla spíše sloužit v případě akutních životních krizí, úzkostí, lehčích depresí. Tam je hospitalizace zbytečná a včasná krizová intervence by vše vyřešila v terénu. Tam se i uplatní sociální práce, protože často je za životní krizí sociální tenze. Tím, že se reforma zaměřila na nejtěžší pacienty jde z mého pohledu proti zdravému rozumu.

**V čem spatřujete možnosti sociální práce s lidmi s duševní nemocí, kteří se po dlouhodobé hospitalizaci chtějí začlenit do běžného života?**

Podpora života v rodině, podpora sociálního bydlení, individuální sociální poradenství, podpora navazování blízkých vztahů např. organizováním společných výletů, kluby pacientů...

**Jaký máte názor na metodu case management? Využíváte ji ve vaší praxi?**

Ano, využívám.

**Jak vnímáte efektivitu metody case management při práci s klientem?**

Ke každému pacientovi přistupuji individuálně, každý má svůj vlastní plán v oblasti medikace, rehabilitace a sociální práce. Individuální přístup je nutný v každé oblasti zdravotnictví.

**Spatřujete v této metodě nějaká rizika či rezervy, případně jaká?**

Asi nejvíc zbytečné přetížení byrokracií všech členů týmu.