

**VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA**

**SOCIÁLNÍ PRÁCE V PÉČI O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ**

**SPOLUPRÁCE SE SOCIÁLNÍMI SLUŽBAMI Z POHLEDU  
AMBULANTNÍCH PSYCHIATRŮ V ORP BRNO**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Karolína Pycunová, DiS.

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

Jihlava 2025

# Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Autor práce: **Bc. Karolína Pycunová, Dis.**

Studijní program: Sociální práce v péči o duševní zdraví

Obor: Sociální práce v péči o duševní zdraví

Garant studijního programu: doc. PhDr. Milan Tomka, PhD.

Název práce: **Spolupráce se sociálními službami z pohledu ambulantních psychiatrů v ORP Brno**

Vedoucí práce: Mgr. Markéta Dubnová, PhD.

Cíl práce: Zjistit a popsat zkušenosti ambulantních brněnských psychiatrů v oblasti spolupráce se sociálními službami, včetně překážek a návrhů na zlepšení spolupráce.

## Abstrakt

Diplomová práce si klade za cíl zjistit a popsat zkušenosti ambulantních brněnských psychiatrů v oblasti spolupráce se sociálními službami, včetně překážek a návrhů na zlepšení spolupráce. V teoretické části je popsáno duševní onemocnění včetně dopadů na život jedince a specifika sociální práce s touto skupinou, dále zdravotnický a komunitní systém péče o lidi s duševním onemocněním, závěrem je charakterizována obec s rozšířenou působností Brno. Výzkumná část práce je založená na metodě zakotvené teorie a kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru se účastnilo 11 brněnských ambulantních psychiatrů. Prostřednictvím jejich zkušenosti bylo zjištěno, že nemají dostatek informací a přehled o fungování sociálních služeb a o tom, co služby poskytují. První kontakt mezi službou a lékařem vzniká nejčastěji za přítomnosti pacienta, kdy ho pracovník služby doprovází na kontrolu k ambulantnímu psychiatrovi, anebo se sociální služba spojí telefonicky s lékařem. Lékaři vnímají přínos v procesu léčby pacienta, když je zapojená sociální služba a multidisciplinární pojetí péče o lidi s duševním onemocněním považují za užitečné.

## Klíčová slova

Ambulantní psychiatrie; Brno; duševní onemocnění; multidisciplinarita; sociální služby; spolupráce.

## Abstract

The aim of the thesis is to identify and describe the experience of Brno outpatient psychiatrists in the field of cooperation with social services, including obstacles and suggestions for improving cooperation. In the theoretical part, mental illness is described, including its impact on the life of the individual and the specifics of social work with this group, as well as the medical and community system of care for people with mental illness, and finally the municipality of Brno is characterized. The research part of the thesis is based on the grounded theory method and 11 Brno outpatient psychiatrists participated in the qualitative research in the form of a semi-structured interview. Through their experiences it was found that they lacked information and insight into the functioning of social services and what they provide. The first contact between the service and the doctor most often occurs in the presence of the patient, when the service worker accompanies him/her to a check-up with an outpatient psychiatrist, or the social service contacts the doctor by phone. Doctors perceive a benefit in the patient's treatment process when the social service is involved and find the multidisciplinary approach to caring for people with mental illness helpful.

## Keywords

Brno; collaboration; multidisciplinary; mental illness; outpatient psychiatry; social services.

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou diplomovou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Podle § 47b zákona o vysokých školách souhlasím se zveřejněním své práce podle Směrnice pro vedení, vypracování a zveřejňování závěrečných prací na VŠPJ, a to bez ohledu na výsledek obhajoby.

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé diplomové práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé diplomové práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své diplomové práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mě požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 25. dubna 2025

.....

Podpis studenta/ky

## Poděkování

*V první řadě chci poděkovat své spolužačce Jiřině Tiché za podporu a pomoc při vzniku a průběhu výzkumu a také za její podporu při psaní a dokončování této práce. Dále bych chtěla poděkovat vedoucí práce paní doktorce Dubnové za aktivní vedení a podnětné komentáře a impulsy související s tématem a psaním závěrečné práce, včetně velké podpory u výzkumné části. Dále chci poděkovat participantům za ochotu účastnit se výzkumu a za jejich cenné odpovědi na mé otázky. Závěrem chci poděkovat všem mým blízkým, kteří mi vyjadřovali podporu po celou dobu tvorby a psaní této diplomové práce.*

## Obsah

|                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Seznam obrázků.....</b>                                       | <b>7</b>  |
| <b>Seznam tabulek .....</b>                                      | <b>8</b>  |
| <b>Seznam zkratk.....</b>                                        | <b>9</b>  |
| <b>Úvod .....</b>                                                | <b>10</b> |
| <b>1 Teoretická část .....</b>                                   | <b>12</b> |
| 1.1 Duševní onemocnění .....                                     | 12        |
| 1.2 Zdravotnický systém péče o lidi s duševním onemocněním ..... | 19        |
| 1.3 Komunitní péče u lidí s duševním onemocněním.....            | 28        |
| 1.4 ORP Brno.....                                                | 37        |
| <b>2 Výzkumná část .....</b>                                     | <b>44</b> |
| 2.1 Cíl výzkumu .....                                            | 44        |
| 2.2 Metodika výzkumu .....                                       | 44        |
| 2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace .....                 | 45        |
| 2.4 Diskuse.....                                                 | 70        |
| 2.5 Návrhy a doporučení pro praxi .....                          | 75        |
| <b>Závěr .....</b>                                               | <b>77</b> |
| <b>Seznam použitých zdrojů.....</b>                              | <b>79</b> |
| <b>Přílohy.....</b>                                              | <b>86</b> |

## Seznam obrázků

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| Obr. 1: Model zotavení .....                                          | 29 |
| Obr. 2: Medicínský a recovery model, srovnání .....                   | 30 |
| Obr. 3: ORP BRNO .....                                                | 38 |
| Obr. 4: Interaktivní přehled zdravotních služeb v ORP Brno .....      | 39 |
| Obr. 5: Spádové oblasti dvou center duševního zdraví v ORP Brno ..... | 40 |

## Seznam tabulek

|                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tab. 1: Duševní onemocnění podle MKN- 10 .....                                                                | 14 |
| Tab. 2: Rizika při péči o osoby s duševním onemocněním.....                                                   | 18 |
| Tab. 3: Celkový počet psychiatrických pacientů v ambulancích za období 2010–2022 .....                        | 21 |
| Tab. 4: Počty evidovaných poskytovatelů ambulantních psychiatrických zdravotních služeb v roce 2022.....      | 23 |
| Tab. 5: Počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb dle typu specializace v krajích v roce 2022 ..... | 24 |
| Tab. 6: Počet dlouhodobých lůžek v oblasti psychiatrie za období 2010–2022 .....                              | 27 |
| Tab. 7: Počet akutních lůžek v psychiatrii a v celé ČR za období 2010–2022 .....                              | 27 |
| Tab. 8: Lůžková péče v ORP Brno .....                                                                         | 39 |
| Tab. 9: Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním v ORP Brno.....                                       | 40 |

## Seznam zkratek

|       |                                                    |
|-------|----------------------------------------------------|
| AMI   | Jakékoliv duševní onemocnění                       |
| APA   | Americká psychologická společnost                  |
| CDZ   | Centrum duševního zdraví                           |
| ČR    | Česká republika                                    |
| ČSÚ   | Český statistický úřad                             |
| DSM   | Diagnostický a statistický manuál duševních poruch |
| GAF   | Globální škála fungování                           |
| JMK   | Jihomoravský kraj                                  |
| MZČR  | Ministerstvo zdravotnictví České republiky         |
| MPSV  | Ministerstvo práce a sociálních věcí               |
| ORP   | Obec s rozšířenou působností                       |
| PMHNP | Psychiatrický zdravotní ošetřovatel či sestra      |
| SMI   | Vážné duševní onemocnění                           |
| USA   | Americké spojené státy                             |
| WHO   | Světová zdravotnická organizace                    |

## Úvod

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku spolupráce mezi sociálními službami, které poskytují pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním, a ambulantními psychiatry. Věnuje se tomuto tématu z pohledu a zkušeností ambulantních psychiatrů – jak vnímají sociální služby, do jaké míry jsou o jejich činnostech informováni, jakým způsobem s nimi spolupracují a kde spatřují možnosti pro zlepšení spolupráce. Cílem práce je zjistit a popsat zkušenosti ambulantních brněnských psychiatrů v oblasti spolupráce se sociálními službami, včetně překážek a návrhů na zlepšení spolupráce.

Toto téma jsem si vybrala na základě svých pracovních zkušeností. Někteří ambulantní psychiatři mě, sociální pracovníci, zaměňovali za osobní asistentku nebo nevěděli, jaké jsou moje kompetence. Zároveň se relativně často setkávám ve své praxi s nereálnými očekáváními ze strany ambulantních psychiatrů a nízkou informovaností ohledně sociálních služeb, například kritéria a kontraindikace pro přijetí do dané služby, poslání, cíle a činnost dané služby atd. Proto jsem se rozhodla se tomuto tématu věnovat v rámci své diplomové práce a ve výzkumné části zjistit více o zkušenostech a pohledech psychiatrů na sociální služby.

Téma mé diplomové práce považuji za aktuální, hodné pozornosti a širší diskusi. Potvrzuje to rešerše, kterou jsem provedla v rámci studentského projektu v roce 2024. Zjistila jsem, že v České republice se přesně tomuto tématu v posledních pěti letech nikdo nevěnoval. Dohledala jsem pouze závěrečné práce zabývající se fungováním multidisciplinárních týmu center duševního zdraví.

Stone a kol. (2021) tvrdí, že v evropské politice si zapojení sociální práce do duševního zdraví získalo jen malou pozornost, je málo pochopeno a není dostatečně prozkoumáno. Ve své studii, zaměřené na postavení sociálních pracovníků v péči o duševní zdraví, zjistili, že u sociálních pracovníků převládá pocit bezmoci ve srovnání s jinými profesemi v lékařsky dominantním prostředí, kde pracují v prostředí nedostatečných zdrojů a škrtů. Participantů měli pocit, že zápasí se zdroji a profesními překážkami, které jim brání v práci. Je tak potřeba lépe definovat jejich roli. Levin a Sher (2020) zdůrazňovali významnost sociálních pracovníků v prevenci sebevražd a uvádějí, že jejich role je důležitá, protože v USA je více klinických sociálních pracovníků než psychiatrických sester, psychologů a psychiatrů dohromady. *„Sociální pracovníci by také měli pracovat na snížení psychosociálních stresorů u populací se zvýšeným rizikem sebevražd, jako jsou přistěhovalci a bezdomovci, poskytováním sociální pomoci.“* (Levin a Sher, 2020, s. 192.) Závěrem Löwe (2022) ve svém přehledu o spolupráci praktických lékařů a sociálních pracovníků prozkoumal 72 článků ze 17 zemí a došel k výsledku, že spolupráce mezi těmito profesemi přináší výhody pro pacienty, odborníky a celkově systém zdravotní péče. Zároveň doporučuje důkladnější výzkum ohledně pochopení dopadů této spolupráce. Identifikoval case management jako ústřední aspekt veškeré spolupráce mezi praktickými lékaři a sociálními pracovníky.

V neposlední řadě mě ke zpracování diplomové práce motivuje myšlenka, že sbližování sociální a zdravotní sféry je důležité pro kvalitu a komplexnost poskytované péče a podpory nejen u lidí s duševním onemocněním a je znepokojivé, že se kýžených změn nedaří dosáhnout rychlejším tempem. Podobnou myšlenku zmiňuje Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030, který vychází z již předchozích či nově vzniklých strategických dokumentů, jež se věnují problematice duševního zdraví a duševního onemocnění v ČR. Více se zavádí koncept bio–psycho–sociálního

modelu, proměňuje se vnímání duševního zdraví, doceneňuje se význam prostředí a ukázalo se, že prosazení některých záměrů vyžaduje zapojení i jiných ministerstev než pouze Ministerstva zdravotnictví. Národní akční plán si také klade za cíl pokračovat v těch částech Strategii reformy psychiatrické péče z roku 2013, ve kterých se ukázaly implementační deficity. Strategie reformy psychiatrické péče z roku 2013 položila základy pro vznik center duševního zdraví, multidisciplinárního týmu pro lidi s duševním onemocněním a celkově vyzdvihla důležitost a význam komunitní péče pro lidi s duševním onemocněním. Tento typ péče byl na našem území poskytován i před vznikem reformy psychiatrie, avšak od roku 2013 komunitní péči výrazně podporuje stát.

Přínosem je rovněž zjištění Rosena a kol. (2020), který popisuje služby pro lidi s duševním onemocněním soustředěné do nemocnic a bez adekvátních terénních služeb. Psychiatrická péče se liší nejen mezi zeměmi, ale i mezi regiony, okresy nebo různými kulturami, což umožňuje lépe porozumět sociodemografickým determinantům a klinickým okolnostem. Tento fakt může přispět k pochopení, proč intervence zaměřené na duševní zdraví jsou úspěšné v jednom systému, a zároveň přináší jiné výsledky v jiném systému. Tato diplomová práce přispívá ke zjištění, jaký je aktuální stav problematiky spolupráce ambulantních psychiatrů se sociálními službami, což může doplnit informace k probíhajícím změnám v oblasti psychiatrie v naší republice.

# 1 Teoretická část

Teoretická část se zabývá definicí duševního onemocnění včetně jeho dopadů na život jedince a také specifikům v sociální práci s cílovou skupinou lidí s duševním onemocněním. Dále je popsán zdravotnický systém péče a komunitní péče o lidi s duševním onemocněním, jež zahrnuje sociální služby, které se zaměřují na tuto cílovou skupinu. Vzhledem k tomu, že práce se věnuje dospělým lidem s duševním onemocněním, problematika dětské psychiatrické péče je zmíněna pouze okrajově.

Závěrem teoretické části je charakterizována ORP Brno, protože výzkumná část práce je věnována kvalitativnímu výzkumu, kdy byly provedeny rozhovory s ambulantními psychiatry v Brně.

## 1.1 Duševní onemocnění

V této kapitole bude definováno duševní onemocnění a jeho dopady na život člověka. Také zde budou popsána specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním, protože práce s touto cílovou skupinou klade určité nároky na sociálního pracovníka.

### 1.1.1 Definice duševního onemocnění

Problematické duševního onemocnění a jeho definici se věnuje mnoho autorů, je možné ji nalézt v mnoha zdrojích i dokumentech významných organizací na národní i mezinárodní úrovni. Americký diagnostický a statistický manuál duševních poruch, zkráceně DSM, uvádí, že „*duševní porucha je syndrom charakterizovaný klinicky významnou poruchou kognice, regulace emocí nebo chování jedince, která odráží dysfunkci v psychologických, biologických a vývojových procesech, které jsou základem duševního fungování. Duševní poruchy jsou obvykle spojeny s významným strádáním nebo postižením v sociálních, pracovních nebo jiných důležitých činnostech.*“ (Stein a kol. 2021, str. 895) Americká psychologická společnost (APA, 2018a) definuje duševní onemocnění jako „*jakýkoli stav charakterizovaný kognitivními a emočními poruchami, abnormálním chováním, narušeným fungováním nebo jakoukoli jejich kombinací. Takové poruchy nelze vysvětlit pouze okolnostmi prostředí a mohou zahrnovat fyziologické, genetické, chemické, sociální a další faktory.*“ Světová zdravotnická organizace (WHO, 2022a), zkráceně WHO, obdobně tvrdí: „*Duševní porucha je charakterizována klinicky významnou poruchou kognice, emoční regulace a chování jedince. Obvykle je spojena se strádáním nebo poruchou v důležitých oblastech fungování.*“

Všechny definice se opírají o fakt, že jedinec má potíže v kognici, emocích a ve svém chování, což následně vede k nejrůznějším obtížím. Nejlépe tyto definice vystihuje Matoušek (2003, s.60): „*Nemoc projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů.*“

Významný je prvek sociálního fungování, které je u lidí s duševním onemocněním často negativně ovlivněno. Sociální fungování je koncept zakládající se na interakcích, které probíhají mezi požadavky prostředí a lidmi. Prostor klade požadavky na jedince a ten má určitou schopnost tyto požadavky zvládat. Pro tento koncept je významný vztah mezi očekáváními jednotlivce a sociálním prostředím, protože na sebe vzájemně působí. Jestliže jedinec nemá

schopnosti ke zvládnání požadavků a očekávání prostředí, nastává nerovnováha a vzniká tak problém, ve kterém může pomoci intervence sociálního pracovníka. (Bartlett, 1970)

Duševní onemocnění samo o sobě představuje potíže pro sociální fungování. V této souvislosti se jako významný ukazuje přístup zotavení (recovery), který Anthony (1993, str. 527) popisuje jako: *„hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí.“* Zotavení z duševního onemocnění zahrnuje než pouze „vyléčení se“ z nemoci. Proces zotavení zahrnuje čtyři etapy: naději, zplnomocnění, přijetí odpovědnosti a smysluplné životní role. Koncept zotavení bude více popsán v kapitole 3.1.1.

K definici duševního onemocnění se rovněž přistupuje v kontextu duševního zdraví, které není jen o nepřítomnosti duševní nemoci, ale také o tom, že člověk zvládá přijímat a zpracovávat informace, řešit problémy, logicky myslet, plánovat a plány uskutečňovat. Jedinec je aktivní, citově vyrovnaný a podílí se na dění kolem sebe a je schopen se adaptovat na nové situace. Umí komunikovat, zvládá uvolnit své emoce. Je to tedy schopnost přizpůsobit se se situacím a odpovídajícím způsobem na ně reagovat. (Petr a Marková, 2014) Duševní zdraví představuje emocionální pohodu, adekvátní chování a reakce, relativní absenci úzkosti či hendikepujících příznaků, schopnost navazovat vztahy a vyrovnávat se s běžnými požadavky a problémy života. (APA, 2018b)

WHO (2022b) charakterizuje duševnímu zdraví jako stav *„duševní pohody, který lidem umožňuje vyrovnat se se stresem života, uvědomovat si své schopnosti, dobře se učit a dobře pracovat a přispívat ke své komunitě.“* Ve svých ustanoveních WHO (2023) formuluje obecnou definici zdraví jako *„stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“*

V neposlední řadě Praško a Látalalová (2015) duševní nemoc charakterizují jako poruchu, jejíž základní příznaky jsou odchylky od normální psychické činnosti, anebo se jedná o poruchy projevující se tělesnými příznaky psychického původu.

Duševní onemocnění jsou členěna do několika okruhů či oblastí. V České republice je pro nás nejvýznamnější Mezinárodní klasifikace nemocí, zkráceně MKN, u níž již proběhla jedenáctá revize. Dosud je stále využívána předchozí desátá revize MKN. V této klasifikaci mají duševní nemoci kód F00-F99 (MKN-10, 2024):

Tab. 1: Duševní onemocnění podle MKN- 10

|                |                                                                                   |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>F00–F09</b> | organické duševní poruchy včetně symptomatických                                  |
| <b>F10–F19</b> | Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek        |
| <b>F20–F29</b> | schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy                             |
| <b>F30–F39</b> | Afektivní poruchy (poruchy nálady)                                                |
| <b>F40–F49</b> | neurotické, stresové a somatoformní poruchy                                       |
| <b>F50–F59</b> | Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory |
| <b>F60–F69</b> | poruchy osobnosti a poruchy chování u dospělých                                   |
| <b>F70–F79</b> | mentální retardace                                                                |
| <b>F80–F89</b> | poruchy psychického vývoje                                                        |
| <b>F90–F98</b> | poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání                 |
| <b>F99</b>     | neurčená duševní porucha                                                          |

Zdroj: MKN-10 (2024)

Americké ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb rozděluje duševní onemocnění na jakékoliv duševní nemoci AMI (any mental illness), a dále na vážná duševní onemocnění SMI (serious mental illness). AMI má různý dopad na funkčnost jedince a je definována jako duševní porucha, porucha chování či porucha v emocích. SMI se odlišuje tím, že tato porucha vede k vážnému funkčnímu poškození, které zasahuje nebo omezuje jedno nebo více hlavních životních oblastí. (NIMH, 2024) Dopadům duševního onemocnění na jedince se věnuje více kapitola 1.1.2.

Vážná duševní onemocnění SMI jsou vybranými okruhy diagnóz ve vztahu k výzkumné části této diplomové práce. Zároveň na tato onemocnění cílí centra duševního zdraví. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CMHCD, 2021) tyto onemocnění rozlišuje na schizofrenní poruchy, poruchy osobnosti, neurotické poruchy, poruchy příjmu potravy a poruchy nálady. Dále jsou v rámci výzkumu zmíněny okrajově i méně závažná duševní onemocnění, například úzkostné poruchy.

### 1.1.2 Dopady duševního onemocnění na jedince

Duševní onemocnění, jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, je spojeno s obtížemi v oblasti sociálních, pracovních a kognitivních činností, zasahuje do chování jedince a přispívá k méně kvalitnímu životu. Dopady onemocnění se odvíjí od diagnózy, kterou u jedince diagnostikuje psychiatr. Vzhledem k tomu, že výzkumná část práce je věnována převážně vážným duševním nemocem SMI, jsou níže charakterizovány dopady těchto onemocnění na život člověka.

U psychotických onemocnění, v rámci MKN se jedná o okruh F2, se člověk hůře orientuje v realitě. Má ovlivněné cítění, myšlení, vnímání a jednání. Může trpět apatií, pasivitou a častá je

také emoční oploštělost a zhoršení kognitivních funkcí (pozornost, paměť). Lidé s těmito diagnózami mají nedostatečný náhled na své onemocnění. (CDZ KM, 2025) Rozlišujeme pozitivní a negativní příznaky nemoci, kdy pozitivní příznaky nejsou součástí běžné lidské zkušenosti a patří sem bludy a halucinace. Mezi negativní příznaky se řadí deficit v normálních emočních reakcích a myšlenkových procesů, např. neschopnost prožívat potěšení, pasivita. (Probstová a Pěč, 2014)

Poruchy nálad, v MKN okruh F3, se vyznačují poruchou afektivity nebo nálady směrem k depresi nebo k euforii, kdy dochází ke změnám v aktivitě jedince. Deprese se vyznačuje smutkem, beznadějí, ztrátou zájmu, myšlenkami na sebevraždu, nechutenstvím a ztrátou hmotnosti, dále je přítomná snížená energie, únava, nezáměr o sebe a okolí, bolesti hlavy a zácpa. Naopak euforický stav, manický, se vyznačuje zvýšenou aktivitou a sníženou potřebou spánku. Lidé v tomto stavu mají nadnesenou náladu, nezodpovědné chování (např. utrácení většího obnosu peněz), mají narušené pracovní schopnosti, převahu má nezodpovědné a riskantní chování, může se vyskytnout agrese a zuřivost. Konkrétně CDZ přijímají osoby s bipolárně-afektivní poruchou, která se vyznačuje přítomností psychotických příznaků jako jsou bludy a halucinace. (CDZ KM, 2025)

Obsedantně – nutková porucha má v MKN kód F42 a charakteristické jsou pro ni vtíravé myšlenky následované nutkavým chováním. Přítomná je zde i úzkost, která nabývá na síle, když se jedinec snaží vtíravým myšlenkám odolat. (CDZ KM, 2025) Základem nutkavého chování je strach z nebezpečí, rituál představuje symbolickou snahu odvrátit dané nebezpečí. Člověk s touto diagnózou má výrazné omezení v pracovním a společenském uplatnění. Kromě úzkosti mohou zažívat lidé i depresivní stavy a stud. Jsou zaměřeni na detail, pravidla a pořádek, zároveň trpí pochybnostmi o sobě a obavami z praktických činností. (Probstová a Pěč, 2014)

Poslední okruh diagnóz F6 se zabývá specifickými poruchami osobnosti, které jsou definovány jako „*přetrvávající, stabilní způsob myšlení, cítění a chování, který vede k adaptačním potížím s důsledky v oblasti sociální, profesní či v oblasti subjektivního prožívání.*“ (Probstová a Pěč, 2014, str. 119) Jejich vývoj začíná již v dětství nebo dospívání a pokračuje až do dospělosti, takže se zpravidla nejedná o poruchu, která se rozvinula z nemoci, poškození nebo jiného porušení mozku. Postihují řadu oblastí osobnosti a souvisí se závažnou osobní tísní a sociálními poruchami. Patří sem i takové změny na osobnosti (v MKN jako F62), které se vyvinuly jako následek extrémního a dlouhodobého stresu, anebo jako následek těžkého duševního onemocnění. (MKN-10, 2024) Celkově se jedná o široký soubor poruch, např. paranoidní porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti, anankastická porucha osobnosti apod. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI) uvádí, že se konkrétně může jednat o F60.0, F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F61 a jejich výrazné osobnostní rysy zahrnují:

- F60.0. Paranoidní porucha osobnosti: nedůvěra, podezřívavost.
- F60. 1 Schizoidní porucha osobnosti: uzavřenost vůči sociálním vztahům.
- F60.3 Emočně nestabilní porucha osobnosti: impulzivita, stabilní nestabilita afektů, identity.
- F60.5 Anankastická porucha osobnosti: důraz na kontrolu, perfekcionismus, řád.
- F60.6 Anxiózní (vyhýbavá) osobnost: hypersenzitivita, zejména vůči kritice, pocity neadekvátnosti, sociální inhibice. (Probstová a Pěč, 2014)

- F61 Smíšené a jiné poruchy osobnosti: nelze určit s jistotou, o jakou poruchu osobnosti se jedná, může jít o různé kombinace, kdy nepřevažuje ani jeden ze specifických symptomů konkrétní poruchy osobnosti. (MKN-10, 2024)

Výzkumy ukazují, že lidé s těžkým duševním onemocněním umírají o 10 až 20 let dříve oproti běžné populaci a úmrtnost je dvakrát až tři a půl krát vyšší, kdy příčinou může být cokoliv – nehoda, sebevražda, přidružená tělesná onemocnění apod. (Liu, Daumit, Dua a kol., 2017) Lidé s problémy v duševní oblasti častěji chybí v práci a jsou o šest procent méně produktivní v zaměstnání oproti svým kolegům. (OECD, 2018).

Mezi další dopady duševního onemocnění patří stigmatizace a sebestigmatizace, které mohou vést k nízké zaměstnanosti nemocných a ke skryté psychiatrické nemoci – až polovina lidí trpících nějakou poruchou nevyhledá adekvátní odbornou pomoc. (Pěč, 2025) Stigma je předsudek vůči určitým osobám, kterým jsou připisovány různé negativní vlastnosti. (Nakonečný, 2017) „*Stigma duševní nemoci je charakterizováno nedostatkem vědomostí o duševních nemocech, strachem, předsudky a diskriminací,*“ (Pěč, 2025) a vede k sociálnímu vyloučení, diskriminaci při hledání zaměstnání nebo při hledání bydlení u lidí s duševním onemocněním. Sebestigmatizace vzniká, když si je člověk vědom předsudků, souhlasí s nimi a vztahuje je sám na sebe. Tento jev pak negativně ovlivňuje sebevědomí, pocit naděje, zplnomocnění, sociální fungování a celkovou kvalitu života. Představuje překážku pro vyhledání odborné pomoci, případně negativně ovlivňuje dodržování léčebného postupu. To může vést až k vyšším počtům opakovaných hospitalizací. (Narovinu, 2025) Společně s reformou psychiatrie je kladen důraz i na destigmatizaci a osvětu v rámci duševních nemocí a duševního zdraví, kdy si strategie reformy klade za cíl omezit stigmatizaci duševně nemocných a obecně oboru psychiatrie. (MZČR, 2013) Destigmatizace tak usiluje o snížení stigmatizace a diskriminace lidí s duševním onemocněním.

Vzhledem k tomu, do jaké míry duševní onemocnění zasahuje do chování a prožívání jedince, mohou vznikat potíže v sociální oblasti, v mezilidských vztazích, v pracovním uplatnění a dochází k problémům v kognitivních funkcích. Člověk s psychiatrickou diagnózou může zažívat stud, nízké sebevědomí, nedůvěru vůči okolí a do jeho situace vstupuje stigmatizace a sebestigmatizace, jež vedou k dalším negativním dopadům na život jedince a jeho okolí.

### 1.1.3 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním přináší svá specifika a nároky na sociálního pracovníka. „*Předpokladem k práci s duševně nemocnými je základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění, terapeutických intervencí (včetně vlivu medikace), znalost standardů zdravotní a sociální péče a řádu zdravotního či sociálního zařízení, ve kterém pracovník pracuje.*“ (Matoušek, Kodymová a Kolářková, 2005, str. 136) V rámci svých kompetencí by měl sociální pracovník:

- umět získat informace o klientovi a jeho okolí,
- umět získat informace o zázemí klienta (sociální šetření),
- sestavit a realizovat plán intervencí,
- hodnotit výsledky intervencí,
- vědět, jak práci s klientem ukončovat. (Matoušek, Kodymová a Kolářková, 2005)

Je také kladen důraz na komunikaci nejen s klientem ale i s jeho okolím. Sociální pracovník umí navazovat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý k projevům klienta na verbální i neverbální úrovni a umí pozorovat. (Matoušek, Kodymová a Kolářková, 2005) Důležité je projevat o klienta a jeho potíže opravdový lidský zájem. Sociální pracovník by měl být schopen udržovat hranice v tomto profesionálním vztahu. (Komunikujeme o.p.s, 2019)

Rozhovor je jedna z technik, která je v sociální práci významná, a v kontextu sociální práce s lidmi s duševním onemocněním se jedná o nejdůležitější diagnostický nástroj. Při navazování kontaktu je důležité získat důvěru klienta a snažit se navázat pracovní alianci ve formě společného úsilí na bázi partnerství a akceptování. (Probstová a Pěč, 2014) Sociální pracovník se může často setkat s motivačním rozhovorem, kterým usiluje o povzbuzení klienta, vyjádření podpory či udržení klienta v procesu zotavení (viz kapitola 1.3.1). Mezi hlavní strategie motivačních rozhovorů patří například předávání rad, odstraňování překážek, nabídka výběru, uplatnění empatie, poskytnutí zpětné vazby, aktivní pomoc apod. (Komunikujeme o.p.s, 2019)

Sociální pracovník by měl mít přehled „o možnostech a zdrojích v komunitě, snaží se je rozšiřovat či vytvářet. Zná systém sociálního zabezpečení, legislativu a sociální politiku, orientuje se v životním stylu a hodnotách různých společenských vrstev a je k nim vnímavý.“ (Matoušek, Kodymová a Kolářková, 2005, str. 137) Pracovník by se měl podílet na sociální integraci, což představuje podílení se na destigmatizaci duševně nemocných a měl by usilovat i o změnu postojů profesionálů v péči o lidi s duševním onemocněním, například ve formě minimalizace ochránářského postoje, který nepodporuje zplnomocnění klienta. Zároveň se také sociální pracovník podílí na psychoedukaci klienta a jeho okolí. (Matoušek, Kodymová a Kolářková, 2005) Psychoedukace může probíhat například při vyjmenovávání či čtení symptomů nemoci, kdy se pracovník snaží klientovi ukázat, že jeho chování a prožívání ovlivňuje psychiatrická diagnóza, čímž se snaží pracovník minimalizovat u klienta myšlenku „jsem divný“. (Probstová a Pěč, 2014)

Sociální pracovník a klient by měli být schopni zaregistrovat úspěchy ve spolupráci, jelikož práce s duševně nemocnými je často dlouhodobá a jasné výsledky a naplněné cíle nemusí být hned zřetelné. Zároveň má práce s duševně nemocnými i svá rizika, viz tabulka č.2.

Tab. 2: Rizika při péči o osoby s duševním onemocněním

| Nebezpečí vůči sobě                  | Nebezpečí vůči ostatním                  |
|--------------------------------------|------------------------------------------|
| sebepoškozování nebo sebevražda      | slovní, fyzické nebo sexuální napadání   |
| zanedbávání vlastní osoby            | homicidium (vražda)                      |
| vystavování se zneužití od ostatních | žhářství                                 |
| nedostatečná spolupráce při léčbě    | emoční, finanční, sexuální vykořisťování |
|                                      | zneužívání nebo zanedbávání dětí         |

Zdroj: Probstová a Pěč (2014, str. 205)

Rizika by sociální pracovník neměl podcenit a zároveň by měl být schopen nahlížet na klienta komplexně a rizika průběžně vyhodnocovat. Každá psychiatrická diagnóza sebou nese různá rizika a stejně tak do procesu vstupuje individualita klienta. Rizikům lze předcházet i preventivně, např. ke klientovi s agresivními sklony je doporučováno chodit ve dvou (Probstová a Pěč, 2014), a v rámci sociálních služeb se rizikům věnuje standard č. 14 – Nouzové a havarijní situace: „(...) otázku bezpečnosti a spolehlivosti řeší poskytovatel mimo jiné definováním situací, ke kterým může ve službě náhle a nepředvídaně dojít (požár, náhlé zdravotní obtíže uživatele a celá řada dalších). Pro rychlé a správné řešení takovýchto situací poskytovatel stanoví postupy, jak se v těchto situacích zachovat. Uživatelé i pracovníci jsou s nimi seznámeni.“ (MPSV, 2008, str. 19)

Sociální práce u lidí s duševním onemocněním má svá specifika ve vztahu k diagnóze, kterou u klienta stanovil psychiatr. U klienta, který trpí depresí, by měl sociální pracovník být trpělivý a mít na něj dostatek času, podporovat ho k aktivitě, mluvit ke klientovi srozumitelně, podporovat pochopení místo snahy o vyvracení stížností na potíže a bezvýchodnost. Pracovník by měl přijmout zpomalené vnímání času klienta a neměl by používat laické rady. U klienta, který má diagnostikovanou schizofrenii, je kladen důraz na vytvoření důvěrného vztahu mezi pracovníkem a klientem, akceptace jeho možného bizarního chování a myšlení, pracovník by měl respektovat pohled klienta a zároveň by měl být schopen ho opatrně konfrontovat s reálnými překážkami a kroky pro dosažení cíle. Důležité je bezpečné místo pro setkávání a flexibilita pracovníka, kdy je více kladen nárok na terénní práci s těmito klienty. (Probstová a Pěč, 2014)

V neposlední řadě je významný přístup case managementu, který se uplatňuje při práci s duševně nemocnými a zároveň je tento přístup podporován i reformou psychiatrie. Case management se také nazývá případovým vedením, anebo v pojetí reformy psychiatrie se používá výraz koordinace péče. O pracovníkovi se pak hovoří jako o case managerovi, klíčovém pracovníkovi nebo koordinátorovi péče. Tento přístup se zakládá na tom, že pracovník koordinuje péči o klienta mezi několika poskytovateli podle individuálních potřeb klienta a zároveň poskytuje i přímou podporu klientovi. (Probstová a Pěč, 2014) Klíčový pracovník by se měl orientovat v historii a současnosti klientovi situace, v situaci klientova okolí, v jeho životních podmínkách i v komunitních zdrojích, a „díky těmto znalostem se mu podaří ústně sdělovaná či častěji nepřímou vyjadřovaná přání klienta převést do formy souboru zdravotně-sociálních potřeb,

*jejichž naplnění pak může být cílem společné práce.“ (Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, str. 141)*

Tento přístup je uplatňován i v centrech duševního zdraví, kdy klíčový pracovník je v přímé péči o klienta a zároveň koordinuje naplňování individuálního plánu zotavení klienta. Pracovník zapojuje další členy týmu podle aktuální situace klienta a podle speciálních znalostí a dovedností jednotlivých členů týmu. Na klíčového pracovníka je tak kladen důraz v oblasti koordinace – efektivní mobilizace, napojení a vytváření spolupráce s dalšími potřebnými subjekty nebo členy týmu, koordinace další pomoci a podpory vedoucí k naplnění potřeb klienta, zapojování klienta do všech podstatných rozhodovacích procesů. Také by se měl tento pracovník kontinuálně sebevzdělávat v moderních metodách péče o duševně nemocné včetně trendů v psychofarmakoterapii a měl by provádět osvětu pro klienty a jejich rodinné příslušníky v oblastech duševního zdraví. (MZČR, 2019) Službě centra duševního zdraví se věnuje kapitola s názvem Centrum duševního zdraví na straně 34 této práce.

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním přináší svá specifika a nároky na sociálního pracovníka, jenž by se měl v problematice duševního onemocnění orientovat a přistupovat ke klientům s vědomím psychiatrických diagnóz. Důležité je utvoření důvěrného partnerského vztahu na profesionální úrovni a podpora klienta v zotavení. Závěrem lze přistoupit k péči o klienta s duševním onemocněním formou case managementu, který se uplatňuje především v centrech duševního zdraví.

## 1.2 Zdravotnický systém péče o lidi s duševním onemocněním

Tato kapitola se věnuje charakteristice ambulantní a lůžkové péče o lidi s duševním onemocněním a nejprve je nutné charakterizovat zdravotnický systém péče o lidi s duševním onemocněním. Tento systém v rámci zdravotnictví prošel během 20. století velkým vývojem. Ďečevíc a kol. (2016) uvádí, že v psychiatrii se v rámci výzkumu i praxe začaly po druhé světové válce věnovat i nelékařské obory, a postupně tak došlo k rozvoji interdisciplinárního přístupu. Nelze provádět kompletní a kvalitní léčbu psychiatrických pacientů bez aktivního zapojení odborníků z různých vědeckých oblastí. *„Konkrétně psychiatrii, psychologové a sociální pracovníci používají v přístupu k pacientovi odlišné metody, které činí léčbu pacienta všeobíhající, pokrývající všechny důležité dimenze pacientova fungování, s ohledem na definici jedince jako bytosti podmíněné biologické, psychologické a sociální faktory.“* (Ďečevíc a kol. 2016, s. 373)

V současné chvíli rozeznáváme v České republice čtyři základní pilíře systému péče o lidi s duševním onemocněním (Kašpárek, 2023), a to:

- Specializovanou ambulantní péči psychiatrie a dětské psychiatrie,
- Akutní lůžkovou péči – všeobecné a psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení a psychiatrické kliniky,
- Následnou péči a dlouhodobou lůžkovou péči – psychiatrické nemocnice, často se jedná o chronifikované stavy,
- Komunitní péči – Centra duševního zdraví, krizová centra a denní stacionáře.

Obdobně o poskytování péče v oblasti psychiatrie hovoří Raboch, Zrzavecká, Weningová a kol. (2012, str. 15): *„Psychiatrická péče je realizovaná prostřednictvím systému vzájemně propojené sítě péče o duševně nemocné. Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, klinickopsychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče, která je průřezem psychiatrie do oblasti sociálních služeb.“*

V Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020–2030 (MZČR, 2020b) je popsána struktura dnešního systému péče o lidi s duševním onemocněním, kdy se tento systém opírá o velkokapacitní zdravotnická zařízení následné lůžkové péče. Síť akutní a následné lůžkové péče je nerovnoměrně rozmístěná a počty akutní lůžkové péče jsou neadekvátně nízké. Komunitní péče je nedostatečně rozvinutá. *„Zdravotní služby péče o lidi s duševním onemocněním v komunitě nejsou propojené ani v rámci systému zdravotnictví (např. s primární péčí), ani směrem k sociálním službám a komplementárním službám v daném kraji a jsou založeny na práci samostatných specialistů nabízejících pouze úzké spektrum služeb.“* (MZČR, 2020b, str. 15) V neposlední řadě také roste počet pacientů v ambulancích viz tabulka č. 3.

Tab. 3: Celkový počet psychiatrických pacientů v ambulancích za období 2010–2022

| Rok  | Celkem pacientů v ambulanci |
|------|-----------------------------|
| 2010 | 509 949                     |
| 2011 | 531 175                     |
| 2012 | 542 475                     |
| 2013 | 558 370                     |
| 2014 | 572 785                     |
| 2015 | 586 004                     |
| 2016 | 601 184                     |
| 2017 | 613 192                     |
| 2018 | 623 483                     |
| 2019 | 636 082                     |
| 2020 | 628 651                     |
| 2021 | 652 443                     |
| 2022 | 662 971                     |

Zdroj: vlastní zpracování dle Psychiatrická ročenka (2022, str. 11)

Od roku 2010 do roku 2022 přibýlo 153 022 pacientů s duševním onemocněním v ambulancích psychiatrů. Jedná se o nárůst v hodnotě 23 procent. V tabulce č. 2 lze pozorovat převážně postupný nárůst pacientů než jejich pokles. Kašpárek (2023, str. 49) uvádí, že „(...) jde zřejmě o dosažení maximální kapacity, kterou naše síť zdravotních služeb dokáže absorbovat, což odráží čekací doba na prvovýšetření, délka do kontroly v ambulanci po hospitalizaci, odmítání nových klientů z kapacitních důvodů (...). Zvýšený tlak na zdravotní služby je tedy způsobený nárůstem potřeby, na kterou síť není postavená, a protože funguje dlouhou dobu na nižších než stanovených kapacitách, tj. s vysokou produktivitou (minimálním časem na přímou práci s klientem), neexistuje již prostor pro zvýšení kapacity dalším omezením již nyní minimalistické péče o klienty.“

### 1.2.1 Ambulantní péče

Ambulantní péče představuje jeden z pilířů systému péče o lidi s duševním onemocněním. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování tuto péči definuje obecně v paragrafu 7 a uvádí:

**„(1) Ambulantní péče je zdravotní péčí, při níž se nevyžaduje hospitalizace pacienta nebo přijetí pacienta na lůžko do zdravotnického zařízení poskytovatele jednodenní péče.**

**(2) Ambulantní péče je poskytována jako**

**a) primární ambulantní péče, jejímž účelem je poskytování preventivní, diagnostické, léčebné a posudkové péče a konzultací, dále koordinace a návaznost poskytovaných zdravotních služeb jinými poskytovateli; tuto zdravotní péči pacientovi poskytuje registrující poskytovatel,**

**b) specializovaná ambulantní péče, která je poskytována v rámci jednotlivých oborů zdravotní péče podle § 4 odst. 4,**

**c) stacionární péče, jejímž účelem je poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče.**

**(3) Součástí primární ambulantní péče poskytované registrujícími poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost je vždy návštěvní služba.**“ (Česko, 2025a)

Ambulantní péče v psychiatrii je základním prvkem v systému psychiatrické péče, kdy ve větší míře dochází k prvnímu kontaktu pacienta s psychiatrem, lékařem. „(...) kontakt bývá velmi často dlouhodobý, kontinuální a ambulantní psychiatr se stává koordinátorem pacientovi péče – je průvodcem v systému psychiatrických služeb i následných zdravotně – sociálních služeb,“ uvádí Petr a Marková (2014, s. 43). Psychiatrickou ambulantní péči vnímá Olejárová (2017) jako místo pro pacienty s méně závažnými psychickými poruchami, pro pacienty s chronickými nebo revidujícími poruchami vyžadující dlouhodobé sledování a léčbu, kdy příznaky nejsou natolik závažné, aby vedly k hospitalizaci pacienta. Cílem ambulantní péče o lidi s duševním onemocněním je udržení člověka v co nejvyšší míře samostatnosti. Součástí systému psychiatrických ambulancí jsou také specializované ambulance, například pro děti, gerontopsychiatrické, pro léčbu závislostí, psychoterapeutické ambulance apod. (Petr a Marková, 2014)

V dokumentu Strategie reformy psychiatrické péče byl položen cíl, že ambulance psychiatra je vnímána jako zařízení s nízkým prahem, dobrou dostupností a představuje vstupní bránu do psychiatrické péče. Součástí by měla být také ambulance klinického psychologa. Dalším z cílů v roce 2013 bylo zajistit do ambulancí i nelékařské pracovníky – psychiatrická sestra, adiktolog, terapeut, sociální pracovník apod. (MZČR 2013) V současné chvíli existují také ambulance s rozšířenou působností (ARP), pro které je charakteristické zapojení nelékařských profesí a vyšší podíl týmové práce v rámci multidisciplinárního přístupu. Cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním v celé šíři MKN 10 a mohou využívat nejen psychiatrické ambulantní péče, ale také služeb terénních psychiatrických sester, služby psychoterapeutické, adiktologické, sexuologické atd. (Kolitsch a kol., 2025) V současné chvíli ARP poskytuje 5 ambulancí (Olomouc, dvakrát Plzeň, dvakrát Praha) a ARP – D, ambulance s rozšířenou péčí pro adiktologické pacienty, jsou tři (dvakrát Praha, Jesenice). (MZČR 2024)

Ambulantní psychiatr vykonává vyšetření, a to buď komplexní, cílené nebo kontrolní. V obecné rovině psychiatr odebere od pacienta základní údaje a anamnézu, provede vyhodnocení informací a určí pacientovi diagnózu. Následuje diagnostický a terapeutický plán. Pavlovský a Bankovská Motlová (2018) k tomu dále uvádí, že „cílem psychiatrického vyšetření je zmapovat somatopsychický stav pacienta, určit diagnózu a navrhnout terapii. (...) Všechny typy vyšetření (komplexní, cílené, kontrolní) mohou probíhat buď formou ambulantní nebo při hospitalizaci.“

Podle Národního zdravotnického informačního systému (2025a) vzrostl počet osob s formou nějaké psychiatrické nemoci v České republice mezi lety 2010 a 2021 o 22 procent, takže průměrný meziroční nárůst je okolo dvou procent. Od roku 2010 se konstantně drží počet poskytovatelů ambulantní psychiatrické péče okolo 1000 poskytovatelů, viz tabulka č. 4.

Tab. 4: Počty evidovaných poskytovatelů ambulantních psychiatrických zdravotních služeb v roce 2022

| Rok  | Psychiatrie | Dětská a<br>dorostová<br>psychiatrie | Gerontopsychiatrie | Návykové<br>nemoci | Sexuologie | Celkem |
|------|-------------|--------------------------------------|--------------------|--------------------|------------|--------|
| 2010 | 790         | 147                                  | 3                  | 37                 | 77         | 1 054  |
| 2011 | 792         | 146                                  | 3                  | 35                 | 71         | 1 047  |
| 2012 | 777         | 143                                  | 3                  | 34                 | 69         | 1 026  |
| 2013 | 763         | 137                                  | 2                  | 33                 | 68         | 1 003  |
| 2014 | 760         | 141                                  | 2                  | 33                 | 68         | 1 004  |
| 2015 | 751         | 143                                  | 2                  | 32                 | 71         | 999    |
| 2016 | 761         | 148                                  | 3                  | 28                 | 70         | 1 010  |
| 2017 | 762         | 146                                  | 2                  | 29                 | 68         | 1 007  |
| 2018 | 765         | 140                                  | 2                  | 31                 | 68         | 1 006  |
| 2019 | 775         | 142                                  | 2                  | 31                 | 69         | 1 019  |
| 2020 | 780         | 136                                  | 2                  | 29                 | 72         | 1 019  |
| 2021 | 785         | 130                                  | 1                  | 29                 | 64         | 1 009  |
| 2022 | 810         | 138                                  | 1                  | 30                 | 67         | 1 046  |

Zdroj: Psychiatrická ročenka (2022, str. 4)

Přestože se daří držet relativně stálou síť poskytovatelů ambulantní psychiatrické péče, problémem je nárůst pacientů, jak uvádí Vanis (2024): „V oblasti psychiatrie narostl počet poskytovatelů ambulantní péče za posledních 12 let o 20 ambulancí, tedy o necelé 3 %. U dětské a dorostové psychiatrie došlo dokonce k poklesu o 6 %. Oproti tomu celkové množství pacientů za posledních 12 let narostlo o 30 %.“

Dalším podstatným problémem je také dostupnost ambulantních psychiatrů napříč kraji v rámci České republiky, viz tabulka č. 5.

Tab. 5: Počet poskytovatelů ambulantních zdravotních služeb dle typu specializace v krajích v roce 2022

| Kraj poskytovatele   | Psychiatrie | Dětská a dorostová psychiatrie | Gerontopsychiatrie | Návykové nemoci | Sexuologie | Celkem | Počet na 100 000 obyv. |
|----------------------|-------------|--------------------------------|--------------------|-----------------|------------|--------|------------------------|
| Hl. m. Praha         | 149         | 29                             | 1                  | 12              | 14         | 250    | 18,68                  |
| Středočeský kraj     | 73          | 6                              | 0                  | 6               | 4          | 89     | 6,24                   |
| Jihočeský kraj       | 39          | 11                             | 0                  | 4               | 5          | 59     | 9,08                   |
| Plzeňský kraj        | 45          | 7                              | 0                  | 1               | 2          | 55     | 9,19                   |
| Karlovarský kraj     | 26          | 4                              | 0                  | 0               | 3          | 33     | 11,32                  |
| Ústecký kraj         | 43          | 8                              | 0                  | 1               | 5          | 57     | 7,04                   |
| Liberecký kraj       | 24          | 5                              | 0                  | 1               | 3          | 33     | 7,39                   |
| Královéhradecký kraj | 41          | 6                              | 0                  | 1               | 4          | 52     | 9,41                   |
| Pardubický kraj      | 31          | 3                              | 0                  | 0               | 1          | 35     | 6,66                   |
| Vysočina             | 40          | 8                              | 0                  | 2               | 5          | 55     | 10,73                  |
| Jihomoravský kraj    | 96          | 16                             | 0                  | 0               | 8          | 120    | 9,92                   |
| Olomoucký kraj       | 56          | 16                             | 0                  | 1               | 7          | 80     | 12,70                  |
| Zlínský kraj         | 34          | 6                              | 0                  | 1               | 1          | 42     | 7,25                   |
| Moravskoslezský kraj | 68          | 13                             | 0                  | 0               | 5          | 86     | 7,24                   |

Zdroj: vlastní zpracování dle Psychiatrická ročenka (2022, str. 10)

Nejhůře je na tom Středočeský kraj, kdy na 100 000 obyvatel připadá zhruba 6 psychiatrů. Na druhém místě v horší dostupnosti je pak Pardubický kraj, kde na 100 000 obyvatel připadá psychiatrů 7. Ve výzkumné části jsou účastníci z ORP Brno, které spadá pod Jihomoravský kraj – zde připadá necelých 10 ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel. V porovnání s ostatními kraji se jedná o jeden z lepších výsledků, kdy je Jihomoravský kraj pátým v pořadí s největším počtem ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel. Nejvyšší místo obsadila Praha s 19 psychiatry na 100 000 obyvatel, poté je Olomoucký kraj s 13 lékaři na 100 000 obyvatel a Karlovarský kraj s 11 ambulantními psychiatry na 100 000 obyvatel. Před Jihomoravským krajem je tedy pouze kraj Vysočina s 11 ambulantními psychiatry na 100 000 obyvatel.

Ambulantní péče může působit preventivně v oblasti hospitalizace lidí s duševním onemocněním. Anebo naopak může ambulantní psychiatr reagovat na zhoršování stavu pacienta a doporučit mu hospitalizaci, než nastane ještě významnější zhoršení zdravotního stavu. Zároveň sebou nese ambulantní péče nižší náklady oproti lůžkové péči, jak uvádí Anders a kol. (2021): „Celkové náklady zdravotních pojišťoven vynaložené na psychiatrickou péči činily v roce 2020 cca 16 miliard Kč, přičemž největší podíl finančních prostředků plyne poskytovatelům následné péče (7 mld. Kč). Za léčivé přípravky zdravotní pojišťovny zaplatily cca 3 mld. Kč.“

Součástí ambulantního systému péče o lidi s duševním onemocněním jsou také denní stacionáře, do kterých dochází lidé s duševním onemocněním zpravidla každý den na několik hodin. Jedná se o alternativu či pokračování nemocniční péče. Denní stacionáře jsou také sociální službou, jejich bližšímu popisu bude věnována kapitola 1.3.3.2 včetně přiblížení stacionáře jako typu ambulantní péče ve zdravotnictví.

### 1.2.2 Lůžková péče

Lůžková péče je obecně z pohledu Zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definována v paragrafu 9 takto:

*„(1) Lůžková péče je zdravotní péčí, kterou nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta. Lůžková péče musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu.*

*(2) Lůžkovou péčí je*

*a) akutní lůžková péče intenzivní, která je poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat,*

*b) akutní lůžková péče standardní, která je poskytována pacientovi*

*1. s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo*

*2. za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně;*

*v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace,*

*c) následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,*

*d) dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí,*

*e) sociálně-zdravotní lůžková péče, která je poskytována pacientovi s dlouhodobým chronickým onemocněním nebo zdravotním postižením vyžadujícím pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb, jehož zdravotní stav se bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče zhoršuje; tuto péči nelze poskytovat jako součást sociálně-zdravotních služeb komunitního charakteru.“ (Česko, 2025)*

Lůžková péče se rozděluje na akutní a následnou péči, kdy součástí lůžkové péče také mohou být lůžka specializovaná na určitý okruh diagnóz, na způsob léčby či specializovaná dle věku, např. pro děti. Lůžková péče se poskytuje v psychiatrických nemocnicích, na psychiatrických

odděleních, která jsou součástí nemocnic nebo i samostatnými zařízeními a poskytuje se na psychiatrických klinikách, které jsou součástí fakultních nemocnic. (Petr a Marková, 2014)

V rámci lůžkové péče se provádí diagnostika, terapie, rehabilitace a posouzení psychických poruch. Jsou také poskytovány konziliární služby pro ostatní oddělení nemocnice. (PsychoPortal, 2023). Například Psychiatrická nemocnice Brno poskytuje lůžkovou péči, kterou má rozdělenou do několika specifických oddělení, a to (PNB, 2025):

- Oddělení diagnosticko terapeutické – pro poskytování akutní péče.
- Oddělení diagnosticko terapeutické.
- Oddělení pro léčbu návykových nemocí.
- Oddělení pro léčbu psychických poruch.
- Oddělení pro léčbu psychických poruch pozdního věku.
- Oddělení psychiatricko – neurologické.
- Oddělení psychoterapeutické.

Strategie reformy psychiatrické péče přinesla vizi transformace psychiatrických nemocnic, kdy se mají snižovat počty dlouhodobých lůžek a navyšovat počty lůžek akutní péče. Konkrétně psychiatrické nemocnice měli usilovat o následnou psychiatrickou lůžkovou péči se zaměřením na psychiatrickou rehabilitaci a psychiatrická oddělení nemocnic se měli zaměřovat na poskytování komplexní akutní lůžkové péče. (MZČR 2013) Tyto vize se podařilo naplnit a v současné chvíli lze pozorovat snížení počtu lůžek dlouhodobé péče a navýšení počtu akutních lůžek, viz tabulka č. 6 a č. 7.

Tab. 6: Počet dlouhodobých lůžek v oblasti psychiatrie za období 2010–2022

| Rok  | Dětská a<br>dorostová<br>psychiatrie | Gerontopsychiatrie | Návykové<br>nemoci | Psychiatrie | Celkový<br>součet |
|------|--------------------------------------|--------------------|--------------------|-------------|-------------------|
| 2010 | 409                                  | 561                | 573                | 7 765       | 9 308             |
| 2011 | 409                                  | 561                | 518                | 7 683       | 9 171             |
| 2012 | 399                                  | 561                | 518                | 7 613       | 9 091             |
| 2013 | 389                                  | 526                | 519                | 7 440       | 8 874             |
| 2014 | 439                                  | 526                | 543                | 7 278       | 8 786             |
| 2015 | 447                                  | 525                | 543                | 7 303       | 8 818             |
| 2016 | 471                                  | 525                | 546                | 7 279       | 8 821             |
| 2017 | 451                                  | 493                | 535                | 7 050       | 8 529             |
| 2018 | 437                                  | 493                | 541                | 6 983       | 8 454             |
| 2019 | 437                                  | 493                | 541                | 6 951       | 8 422             |
| 2020 | 451                                  | 493                | 537                | 6 546       | 8 027             |
| 2021 | 431                                  | 488                | 535                | 6 173       | 7 627             |
| 2022 | 423                                  | 477                | 555                | 5 951       | 7 406             |

Zdroj: Psychiatrická ročenka (2022, str. 14)

Počet lůžek dlouhodobé psychiatrické péče v roce 2010 byl 7 765 lůžek a v roce 2022 již bylo 5 951 lůžek. Došlo tak k poklesu lůžek dlouhodobé psychiatrické péče o zhruba 23 procent za dobu 12 let.

Tab. 7: Počet akutních lůžek v psychiatrii a v celé ČR za období 2010–2022

| Rok  | Počet<br>psychiatrických<br>lůžek | Počet<br>všech<br>akutních<br>lůžek v<br>ČR |
|------|-----------------------------------|---------------------------------------------|
| 2010 | 1 287                             | 54 136                                      |
| 2011 | 1 222                             | 52 080                                      |
| 2012 | 1 185                             | 50 789                                      |
| 2013 | 1 149                             | 48 222                                      |
| 2014 | 1 188                             | 48 015                                      |
| 2015 | 1 234                             | 47 937                                      |
| 2016 | 1 229                             | 47 835                                      |
| 2017 | 1 381                             | 47 741                                      |
| 2018 | 1 381                             | 47 543                                      |
| 2019 | 1 423                             | 47 553                                      |
| 2020 | 1 546                             | 51 426                                      |
| 2021 | 1 869                             | 47 865                                      |
| 2022 | 1 997                             | 48 074                                      |

Zdroj: vlastní zpracování dle Psychiatrická ročenka (2022, str. 33)

Lůžka akutní péče v oblasti psychiatrie vzrostla o přibližně 36 procent, kdy v roce 2010 byl počet 1 287 akutních lůžek a v roce 2022 již 1 997 lůžek akutní psychiatrické péče. Zároveň lze z tabulky vyčíst, že v ČR přetrvával v letech 2010–2020 trend snižování počtu akutních lůžek bez ohledu

na medicínskou oblast. V Národním akčním plánu duševního zdraví (MZČR, 2020b) je kladen cíl, aby v roce 2030 bylo 2800 lůžek akutní psychiatrické péče.

### 1.3 Komunitní péče u lidí s duševním onemocněním

V této kapitole je definována a popsána komunitní péče o lidi s duševním onemocněním. Jsou zde vymezeny sociální služby v péči o duševní onemocnění, které jsou nedílnou součástí komunitní péče. Tato péče je jedním z důležitých pilířů psychiatrické reformy, která přinesla sociálně – zdravotní službu center duševního zdraví. Jsou blíže popsány služby denních stacionářů a služby sociální rehabilitace.

#### 1.3.1 Komunitní péče v kontextu duševního onemocnění

Komunitní péče umožňuje lidem s duševním onemocněním setrvat ve svém přirozeném prostředí, tedy mimo lůžkovou péči, a začleňuje lidi do společnosti. Tato péče nabízí *„široký soubor služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je pomoci lidem s duševní poruchou žít co nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co neuspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby.“* (Probstová a Pěč, 2014, str. 120)

Národní zdravotnický informační portál definuje komunitní péči jako poskytování intervencí a podpory za účelem zvýšení samostatnosti, soběstačnosti a nezávislosti u pacienta, který získává větší kontrolu nad vlastním životem. Jedná se o systém odborné podpory a pomoci v komunitě a *„nastavení běžné populace k akceptování handicapovaných občanů a k ochotě a připravenosti být jim dle svých možností přirozeně ku pomoci.“* (NZIP, 2025b)

Tento typ péče se pojí s deinstitucionalizací, tedy přechodu od pobytové či lůžkové péče směrem k péči poskytované v přirozeném, domácím prostředí klienta, kdy se mu dostává individualizované péče. (Čámský, Sembdner a Krutilová, 2011) V rámci psychiatrické reformy deinstitucionalizace znamená redukci velkých psychiatrických nemocnic v návaznosti na rozvoj komunitní péče. (Probstová a Pěč, 2014) V současnosti podle Dečeviče a kol. (2016) zdravotnické služby v západní kultuře procházejí procesem deinstitucionalizace. Dle autorů lze očekávat, že sociální pracovníci budou i nadále přispívat k teorii a praxi posilování duševního zdraví. V posledních letech se psychiatrie proměnila a zohledňuje psychické a sociální fungování jedince, což psychiatrii umožňuje rozvoj další teorie a možnost praktikovat vědu v souladu s principy interdisciplinarit a multidisciplinarit.

V kontextu komunitní péče je významný také multidisciplinární přístup, kdy Probstová (In Matoušek a kol., 2005, str. 139) uvádí, že *„respektování komplexnosti potřeb duševně nemocných v komunitě (...) vyžaduje týmovou práci profesionálů zdravotní a sociální sféry, ve které není a priori jedna profese nadřazována nad jinou.“*

Multidisciplinární přístup charakterizuje Ministerstvo zdravotnictví (MZČR, 2020a, str. 4) jako partnerskou spolupráci profesí a organizací, které: *„efektivně vzájemně komunikují a plánují tak, aby byl maximálně využit jejich společný potenciál znalostí, zkušeností a intervencí ve prospěch jednotlivce či celé skupiny. Prospěchem je myšlena maximální možná podpora v individuálním procesu zotavení u lidí s duševním onemocněním s jejich zapojením a respektem k jejich potřebám.“*

Slezáková a Sladká Ševčíková (2021) popisují multidisciplinární přístup jako aktivní participaci všech zúčastněných okolo osoby s duševním onemocněním, kteří hledají společně cesty k řešení situace člověka s duševním onemocněním. Podle autorek se profesionálové a blízcí řídí několika společnými zásadami jako je aktivní účast, individuální přístup, vzájemný respekt, jedinečnost, důležitost a nezastupitelnost jednotlivých účastníků. V neposlední řadě zmiňují posilování toho, co se již daří a hledání nových zdrojů pomoci (zplnomocňování).

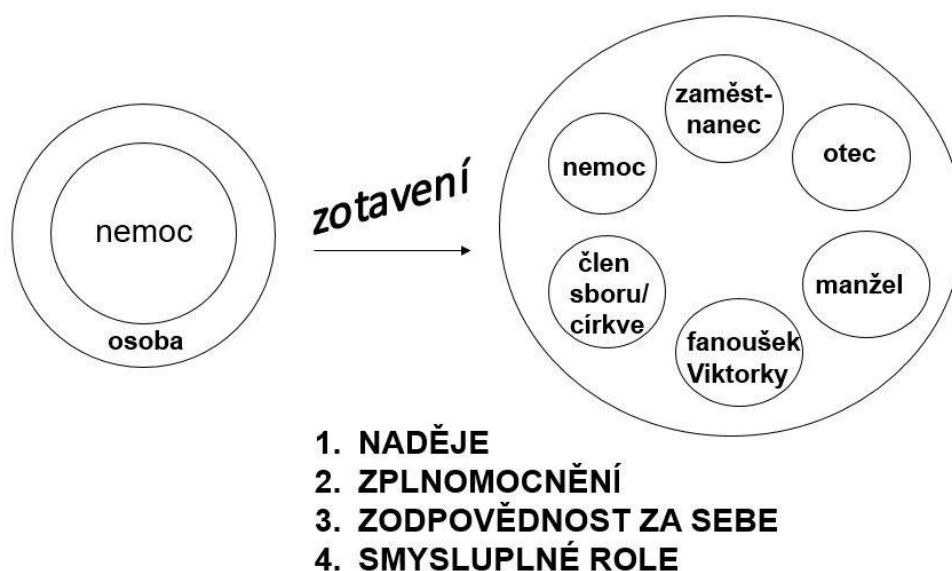
Psychiatrická společnost ČLS JEP (2017) v Malém průvodci reformou psychiatrické péče uvádí k multidisciplinárnímu přístupu v kontextu české reformy psychiatrie, že spolupráce jednotlivých odborníků a institucí musí probíhat na třech základních úrovních:

- Koordinace a spolupráce různých profesí v rámci jednoho týmu.
- Koordinace a spolupráce napříč jednotlivými službami.
- Koordinace a spolupráce v rámci komunity (včetně místní správy a samosprávy, úřadu práce, odborů sociálních a zdravotních služeb apod.).

V neposlední řadě se s komunitní péčí a multidisciplinárním přístupem pojí pojem zotavení (recovery), který představuje „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, 1993, str. 527)

Mezi důležité principy, na kterých zotavení stojí, patří práce s nadějí, převzetí vlastní zodpovědnosti, důraz na silné stránky člověka a zastávání smysluplných životních rolí. Významným se pak stává model zotavení, viz obrázek č.1. (Fojtíček, 2017)

## MODEL ZOTAVENÍ



Obr. 1: Model zotavení

Zdroj: Fojtíček (2017)

Jacob (2015) se zabýval zotavením ve vztahu k psychiatrii. „*Medicína, v souladu se svým postavením ve společnosti, měla vždy paternalistickou kulturu. (...) Od pacientů se očekávalo, že se budou řídit jejich radami.*“ (Jacob 2015, s. 117) Zotavení poskytuje lidem dobré vztahy, finanční zabezpečení a uspokojivou práci. Prostředí v rámci přístupu zotavení poskytuje osobní růst, rozvíjí odolnost vůči stresu a nepřízní osudu, umožňuje lidem rozvíjet kulturní a duchovní perspektivy. „*Lidem na cestě k uzdravení velmi pomáhá, když jim věří, naslouchají jim a chápou je rodiny, přátelé, pracovníci zdravotních a sociálních služeb.*“ (Jacob 2015, s. 118) Významné je vysvětlování problémů nebo zkušenost a rozvoj dovedností a získání podpory k dosažení svých cílů. Zotavení dodává péči nový rozměr a umožňuje lidem s těžkým duševním onemocněním převzít kontrolu nad vlastním životem a dát mu smysl.

O zotavení se opírá i reforma psychiatrie, kdy „*základním principem zotavení je, že nezbytně nemusí znamenat klinické uzdravení. Člověk může žít spokojený život, aniž by se nutně musel plně uzdravit ze své nemoci.*“ (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017) Cílem je dosažení plnohodnotného života bez ohledu na příznaky onemocnění.

Porovnání modelu zotavení s medicínským modelem zobrazuje obrázek č.2. Model zotavení více podporuje zplnomocnění člověka, vnímá ho v celé celistvosti a zároveň k lidem s duševním onemocněním přistupuje individuálně, oproti medicínskému modelu, který se více orientuje na onemocnění a jeho symptomy a vychází ze standardizovaných postupů (např. farmakoterapie zaměřená na psychózy, na poruchy nálad apod.), a to i při minimalizaci rizik.

| MEDICÍNSKÝ MODEL                                                                                                                                                                     | MODEL ZOTAVENÍ                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ORIENTACE NA KONTROLU SYMPTOMŮ                                                                                                                                                       | orientace na silné stránky pacienta/klienta a jejich posilování.                                                                                                                                       |
| SILNÁ VÍRA V ÚČINEK PSYCHOFARMAK                                                                                                                                                     | celostní přístup (bio-psycho-socio-spirituální).                                                                                                                                                       |
| ORIENTACE NA KONTROLU NEBEZPEČNÉHO CHOVÁNÍ                                                                                                                                           | chování je vnímáno v širším kontextu a souvislostech. Jde více o podporu pozitivních vzorců chování nežli kontrolu. Pozornost je věnována „spouštěčům“ agitovaného chování a nemoci.                   |
| KULTURA VYHÝBÁNÍ SE RIZIKŮM                                                                                                                                                          | připravenost k přijímání řešení, která mají jistá rizika, ale otvírají i možná řešení a nabývání zkušeností. Práce s riziky směřem k jejich minimalizaci. Rizika nejsou překážkou na cestě k zotavení. |
| PŘESVĚDČENÍ, ŽE PACIENTI NEJSOU V AKUTNÍM STAVU (PŘI HOSPITALIZACI) ZODPOVĚDNÍ ZA SVÉ ANTISOCIÁLNÍ CHOVÁNÍ. ZAMĚSTNANCI SE VNÍMAJÍ JAKO TI, KDO JSOU ZODPOVĚDNÍ ZA CHOVÁNÍ PACIENTŮ. | přesvědčení, že člověk s duševním onemocněním je v každé situaci zodpovědný za své chování, a tedy měl by být konfrontován i s jeho důsledky.                                                          |
| RUTINNÍ POSTUPY URČUJÍCÍ KDE, KDY, CO                                                                                                                                                | pružnost v tom, kdy a kde je pacientovi/klientovi pomoc poskytována. Orientace na individualizované řešení potřeb člověka s duševním onemocněním.                                                      |
| HIERARCHICKÉ, AUTORITATIVNÍ ROZHODOVÁNÍ                                                                                                                                              | sdílené týmové rozhodování a zapojování lidí s duševním onemocněním a jejich rodin.                                                                                                                    |
| VÍRA V TO, ŽE KLIENTI S VÝRAZNOU SYMPTOMATOLOGIÍ MUSÍ BÝT V NEMOCNÍCNÍM LÉČENÍ                                                                                                       | symptomy ne nezbytně určují, kde má být pomoc poskytnuta.                                                                                                                                              |

Obr. 2: Medicínský a recovery model, srovnání

Zdroj: MZČR (2020a, str. 17)

Komunitní péče se opírá o zdroje, které má jedinec ve svém přirozeném prostředí. S člověkem může spolupracovat tým složený z různých odborníků, kteří mezi sebou navzájem komunikují a pomáhají jedinci dosáhnout podle jeho vlastních měřítek uspokojivého života bez ohledu na symptomy onemocnění. Multidisciplinární tým je přitom složen z odborníků ze sociální a zdravotní sféry.

### 1.3.2 Sociální služby

Sociální služby definuje Matoušek (2003, str. 214) ve svém Slovníku sociální práce jako: „*všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana společnosti.*“ Tato definice vznikla ještě před samotným zakotvením právní úpravy, tedy zákona o sociálních službách. Tento legislativní dokument nabyl účinnosti 1.1. 2007 a v paragrafu 3 vymezuje některé pojmy, včetně sociálních služeb. Podle této právní úpravy je sociální služba „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.*“ (Česko, 2025b)

V zákoně o sociálních službách jsou vymezeny tři základní druhy sociálních služeb, a to:

- Sociální poradenství jako nedílná součást každé registrované sociální služby.
- Služby sociální péče jako služby, jejichž cílem je zabezpečovat základní životní potřeby lidí, kteří nemohou být zajištěni bez pomoci jiného člověka.
- Služby sociální prevence, které slouží k předcházení a zabraňování sociálnímu vyloučení lidí ohrožených sociálně negativními jevy (např. sociální znevýhodňující prostředí, způsob života vedoucí ke konfliktu se společností apod.). Tyto služby napomáhají k překonání nepříznivé sociální situace a chrání společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (MPSV 2006)

Sociální služby jsou poskytovány v ambulantní, terénní a pobytové formě. Zákon rovněž rozeznává distanční formu pro poskytování činností sociálních služeb, například elektronické a zásilkové služby. (Česko, 2025b)

Cílem sociálních služeb podle Ministerstva práce a sociálních věcí (2025) je:

- zachovávat lidskou důstojnost klientů,
- vycházet z individuálně určených potřeb klientů,
- rozvíjet aktivně schopnosti klientů,
- zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů,
- poskytovat služby v zájmu klientů a v náležité kvalitě.

Lidé s duševním onemocněním mohou využívat široké spektrum sociálních služeb – noclehárny, nízkoprahová denní centra, osobní asistenci, sociálně-aktivizační služby, poradenství atd. Níže jsou popsány vybrané sociální služby, které se v praxi často zaměřují na lidi s duševním onemocněním – sociální rehabilitace, chráněné bydlení. V kapitole 3.1.3 jsou popsány zdravotně-sociální služby, a to denní stacionáře a centrum duševního zdraví.

### 1.3.2.1 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je jednou z častých sociálních služeb, kterou lidé s duševním onemocněním využívají, přestože v rámci zákona není specifikovaná konkrétní cílová skupina pro tento typ služby.

Sociální rehabilitace může být poskytována ve všech formách – ambulantní, pobytová a terénní forma. Tato služba umožňuje klientům setrávat ve svém přirozeném prostředí, případně se pracovníci této služby angažují při přechodu z lůžkové péče do ambulantní, tedy i při přechodu z nemocnice do běžné společnosti, a to právě prostřednictvím terénní formy. Pracovníci služby mohou zahájit spolupráci s člověkem již během hospitalizace a postupně klientovi pomáhat při návratu do prostředí mimo nemocnici. Ojo, Okoye, Olaniyi a kol. (2024) se zabývali efektivními strategiemi pro přechod hospitalizovaných psychiatrických pacientů do ambulancí rodinných lékařů. Autoři zdůrazňují, že kontinuita péče je u psychiatrických pacientů zásadní, a zároveň přináší problémy pro obě strany – otevřenost k léčbě, konkurenční priority, finanční nejistota, obavy a dilemata, kterým pacient čelí po hospitalizaci (nedostatek sociální podpory, nedostatečný vztah s lékařem, nedostatek vzhledu a stigmatu spojeného s duševním onemocněním). Podle autorů je klíčová role case managera, jelikož koordinuje zdroje a pomáhá v oblastech bydlení a zaměstnávání a usnadňuje přístup k ambulantním službám.

Sociální rehabilitaci jako službu sociální prevence definuje Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako „*soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí.*“ (Česko, 2025b) Vzhledem k tomu, že centra duševního zdraví poskytují velice podobnou sociální službu, přestože se nejedná o stejnou jako je sociální rehabilitace, nebude níže popsána pobytová forma.

Sociální rehabilitace jako sociální služba poskytuje v ambulantní a terénní formě čtyři základní činnosti:

- a) *„nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,*
- b) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
- c) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- d) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“ (Česko, 2025b)

Pracovníci této služby tak klientům poskytují podporu formou nácviků – péče o domácnost, úklid, nakupování, vaření a také nácvik samostatného pohybu včetně orientace v prostředí nebo nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům. Může se jednat dále o nácvik komunikace a chování. Služba poskytuje doprovody klientům a aktivity vedoucí k upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. (Česko, 2025c)

Práh jižní Morava, z.ú. (2025) je největší neziskovou organizací, která se věnuje lidem starším 11 let s duševním onemocněním na území Jihomoravského kraje. Jednou ze služeb, kterou poskytuje, je terénní sociální rehabilitace. V poslání služby uvádí, že podporují lidi se závažným duševním onemocněním v procesu zotavení, kteří se v důsledku psychické krize a nemoci ocitli

v nepříznivé sociální situaci. Cílem je dosažení zotavení v rámci možností a schopností klienta, který by měl mít stabilizované zdraví, dokáže se o sebe postarat a žít v běžné společnosti. Tento klient má navázané a upevněné sociální vazby (např. rodina, přátelé) a umí smysluplně využívat svůj volný čas. Mezi nabízené činnosti patří například pomoc se sestavením protikrizového plánu, pomoc s porozuměním nemoci a získání dalších informací potřebných pro předcházení zhoršení zdravotního stavu, pomoc v oblasti hledání práce včetně nácviku pracovního pohovoru, pracovní asistenci, pomoc s nalezením bydlení, nácvik modelových společenských situací, pomoc při řešení exekucí a další činnosti.

#### 1.3.2.2 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení patří do služeb sociální péče, které se zaměřují na zajištění fyzické a psychické soběstačnosti klientů s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti. Pokud to stav klienta vylučuje, snaží se tyto služby o zajištění důstojného prostředí a zacházení s klientem. (Česko, 2025b)

Chráněné bydlení je pobytovou sociální službou, která je poskytována lidem se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění a tito lidé potřebují pomoc jiné osoby. Forma bydlení může být jak skupinová, tak individuální. (Česko, 2025b) V paragrafu 51 v odstavci dva podle Zákona o sociálních službách poskytuje chráněné bydlení tyto základní činnosti:

- a) „poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
  - b) poskytnutí ubytování,
  - c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
  - d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
  - e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
  - f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
  - g) sociálně terapeutické činnosti,
  - h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“
- (Česko, 2025b)

Chráněné bydlení je službou poskytovanou za úhradu, kdy jejich výši určuje Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Zároveň tato vyhláška předkládá i konkrétnější podoby poskytovaných základních činností, kdy chráněné bydlení poskytuje například pomoc při běžném úklidu a údržbě domácnosti, podporu v hospodaření s penězi vč. pomoci s nákupy a běžnými pochůzkami, podporu při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu, podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů atd. (Česko, 2025c)

Tuto službu poskytuje na území města Brna také práh Jižní Morava, z.ú., dále Diecézní charita Brno a Diakonie ČCE – středisko v Brně, kdy bude blíže popsáno chráněné bydlení této organizace.

Chráněné bydlení Ovečka zřídila Diakonie ČCE se střediskem v Brně. Jedná se o skupinové chráněné bydlení poskytované v sedmi bytových jednotkách na území města Brna. Posláním této služby je „umožnit dospělým lidem s dlouhodobým duševním onemocněním žít běžným způsobem života v bezpečném domácím prostředí a podporovat a nacvičovat jejich soběstačnost tak, aby se mohli, v případě svých možností, osamostatnit a žít samostatně v přirozeném prostředí.“ (Diakonie ČCE Brno, 2024, str.1) Do cílových skupin spadají pouze určité okruhy

psychiatrických diagnóz – psychotická onemocnění, poruchy nálad a neurózy (v MKN-10 okruh F40-F49) a je vymezená i negativní cílová skupina, kam spadají lidé s vážnými problémy v oblasti pohybu, osoby se zrakový či sluchovým postižením vyžadující speciální přístup, osoby se střední a těžkou mentální retardací, poruchami chování, poruchou osobnosti, osoby s nařízenou ústavní ochrannou léčbou, osoby závislé nebo v předchozích dvou letech léčené ze závislosti na látkových i nelátkových závislostech kromě nikotinu a osoby, které nemluví a nerozumí českému jazyku. Služba si klade za cíle, že klient získá schopnosti a dovednosti potřebné pro samostatný život, klient je podporován v navazování a udržování kontaktu s okolím a rodinou, klient má vhodné návazné bydlení odpovídající jeho potřebám a přáním a přistupuje ke své nemoci zodpovědně. (Diakonie ČCE Brno, 2024)

### 1.3.3 Zdravotně – sociální služby

Zdravotně-sociální služby jsou na pomezí těchto dvou sektorů a nelze jasně určit, zda se jedná o sociální či zdravotní péči. Činnosti, které například spadají do těchto služeb, jsou nastavení jednotek do inzulínového pera a aplikace inzulínu, polohování, rehabilitační cvičení, aplikace kapek nebo mastí do očí, podávání léků do úst, ale i dohled nad užíváním léků. (Kuchyňková, Klusáková Sedřová a Veverková, 2019) Zákon o sociálních službách definuje v paragrafu 36 zdravotně-sociální služby:

*„(1) Sociálně-zdravotními službami se rozumí vzájemně koordinované poskytování sociální a zdravotní péče osobě, jejíž stav vyžaduje poskytování sociální a zdravotní péče současně.*

*(2) Sociálně-zdravotní služby lze poskytovat v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, centrech duševního zdraví nebo v zařízeních odlehčovacích služeb, a to na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb v těchto zařízeních sociálních služeb a zároveň oprávnění k poskytování zdravotních služeb podle zákona o zdravotních službách.“ (Česko 2025b)*

Zpravidla lidé s duševním onemocněním v kontextu této práce mohou využít či již využívají služeb center duševního zdraví a denních stacionářů. Níže budou tyto dva typy služeb popsány. Pobytovým službám se tato práce věnuje pouze okrajově, viz kapitola Chráněné bydlení na straně 33 této práce.

#### 1.3.3.1 Centrum duševního zdraví

Centrum duševního zdraví je typ sociální služby, kterou přinesla reforma psychiatrie v České republice a patří mezi služby sociální prevence podobně jako služba sociální rehabilitace. CDZ poskytuje sociální a zdravotní péči lidem s vážným duševním onemocněním (SMI), kdy diagnózy a dopady těchto onemocnění jsou popsány již v kapitole 1.1.2. Zároveň musí onemocnění trvat více jak dva roky a jedinec musí mít určité funkční narušení – skóre GAF  $\leq 60$ . Globální škála fungování, GAF (Global Assessment of Functioning Scale), měří celkové fungování klientů služeb a „mezi sledované oblasti patří závažnost symptomů, pozorovatelné chování, obtíže při vykonávání sociálních rolí či při provádění každodenních činností.“ (MZČR 2018, str. 15)

Skóre  $\leq 60$  představuje středně těžké příznaky nebo středně těžké poškození ve fungování a další výrazná zhoršení v několika oblastech fungování. Dále se CDZ zaměřují na osoby, u nichž hrozí riziko rozvoje vážného duševního onemocnění SMI a nejsou tyto osoby dosud převážně psychiatricky léčené. Jedná se o takzvané osoby s potřebou včasné intervence. (MZČR 2021)

Závěrem se CDZ také orientuje na lidi v krizových situacích s akutními psychickými obtížemi, které nevyžadující hospitalizaci. Pracovníci poskytnou krátkodobou intervenci a předají člověka do další péče. (MZČR 2019)

Sociální péče u CDZ je bezplatná, zdravotní péče je vykazována na pojišťovnu. CDZ poskytuje „*ambulantní a terénní služby osobám s duševní poruchou nebo poruchou chování a osobám s prokazatelným rizikem rozvoje duševní poruchy nebo poruchy chování, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, a jejich osobám blízkým.*“ (Česko, 2025b) Zároveň musí být naplněná podmínka zajištění zdravotních služeb v rámci sociálně – zdravotních služeb, anebo „*prostřednictvím poskytovatele zdravotních služeb, které centrum duševního zdraví zřizují podle zákona o zdravotních službách na základě smlouvy s ním uzavřené.*“ (Česko, 2025b) Co se týče základních činností, která centra duševního zdraví poskytují, jedná se stejné činnosti jako u sociální rehabilitace doplněné o sociálně terapeutické činnosti, které vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností, jež podporují sociální začleňování osob do běžné společnosti. (Česko, 2025c)

Centra duševního zdraví jsou personálně multidisciplinárním týmem, kdy jejich personální zabezpečení zahrnuje psychiatra, psychologa ve zdravotnictví se specializovanou způsobilostí, všeobecnou sestru nebo sestru pro péči v psychiatrii, sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách (peer konzultant – člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním). V rámci standardu CDZ by „*péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta u oborů psychiatrie a klinické psychologie by měla být optimálně zajištěna vzhledem k doporučení, že by přímá práce s klienty měla být u multidisciplinárního týmu realizována alespoň z 50 % v jejich přirozeném prostředí (nikoliv v prostorách zařízení).*“ (MZČR 2021, str. 4) Vedení týmu v rámci obecných dokumentů k CDZ není jasně stanovené. Vedoucí týmu je považován za koordinátora a mediátora a existuje i model vedení týmu ve dvojici například zdravotník a sociální pracovník, anebo model, kde existuje vedoucí, vedoucí sociálních pracovníků a vedoucí zdravotníků. (MZČR 2019)

Pro centra duševního zdraví je kromě multidisciplinárního týmu a přístupu také charakteristický asertivní přístup a již zmiňovaný case management, který byl popsán v kapitole 1.1.3. Za zmínku také stojí, že v rámci koordinace týmu má významnou roli psychiatr týmu, který nese specifickou odpovědnost jako ošetřující lékař a není doporučován do role klíčového pracovníka (case managera) z důvodu toho, že je zapojen do péče o všechny klienty týmu. (MZ ČR 2019) „*Roli případového vedoucího mohou zastávat různí profesionálové v péči o duševní zdraví, nejčastěji však jde o sociální pracovníky a psychiatrické sestry.*“ (Probstová a Pěč, 2014, str. 194)

Asertivní přístup je uplatňován u klientů, kteří jsou podezřívavý, nedůvěřivý, pasivní a nemotivovaní, často nemají náhled na svou nemoc a odmítají léčbu či pomoc v sociální oblasti. Tito lidé vlivem své nemoci vypadávají ze služeb, nedostavují se k ambulantním ošetřením a neužívají psychofarmaka. (Probstová a Pěč, 2014) Asertivní přístup je založený na hledání cest, jak klienta všemi možnými prostředky a přístupy ke spolupráci motivovat a podporovat jeho schopnosti přejímat zodpovědnost za své zotavení a pracovat s ním dále v partnerském způsobu spolupráce. Dělán kroků proti vůli klienta je až posledním řešením krizové situace klienta. Tým aktivně vyhledává osoby s duševním onemocněním a spolupracuje se všemi subjekty, které o situaci či existenci takovýchto osob vědí – místní samospráva, sociální služby, policie, lůžková oddělení, rodinní příslušníci apod. (MZČR, 2019)

Strategie reformy psychiatrické péče přinesla kritérium zajišťující efektivní poskytování služeb a péče CDZ, kdy jedno CDZ připadá na cca 100 000 obyvatel, v některých regionech na 80 000 obyvatel. (MZČR 2013) V současné chvíli je zřízeno 37 center duševního zdraví pro dospělé populaci a pro děti jsou zřízená tři centra, a to v Berouně, Ostravě a Praze 7 (MZČR, 2024). Ministerstvo zdravotnictví ČR si v rámci Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020–2030 klade za cíl: „*Ve spolupráci s poskytovateli zdravotní a sociální péče, VZP SZP a MPSV rozvinout síť 100 CDZ a zřídit další multidisciplinární týmy pro ostatní cílové skupiny.*“ (MZČR 2020b, str. 46)

### 1.3.3.2 Denní stacionář

Denní stacionáře jsou podle zákona o sociálních službách službou sociální péče podobně jako služba chráněné bydlení. Služby jsou zde poskytovány ambulantně osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení a také osobám s chronickým duševním onemocněním, kdy jejich situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Denní stacionáře v paragrafu 46 v odstavci dva poskytují tyto základní činnosti:

- a) „pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
  - b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
  - c) poskytnutí stravy,
  - d) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
  - e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
  - f) sociálně terapeutické činnosti,
  - g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“
- (Česko, 2025b)

Strategie reformy psychiatrické péče u psychiatrických oddělení v nemocnicích přinesla vizi, aby tato oddělení poskytovala doléčovací denní stacionáře a vytvořila doléčovací a specializované stacionáře například pro lidi s psychotickými onemocněními. Vybrané psychiatrické nemocnice mají vybudovat denní stacionáře a centra duševního zdraví. (MZČR 2013) Podobnou službu by podle této strategie měli nabízet samotná CDZ: „*zdravotnický denní stacionář nebo denní centrum (intervence: psychoterapie individuální, skupinová, rodinná, volnočasové a vzdělávací programy, kognitivní rehabilitace).*“ (MZČR, 2013, str. 41) Denní stacionáře tak z pohledu zdravotnictví představují jiný typ ambulantní péče (stacionární), což bylo zmíněno již v kapitole 1.2.1, níže je prostor již věnován denním stacionářům z pohledu zdravotnictví.

Denní stacionáře umožňují rychlejší propuštění z hospitalizace, jelikož léčba pacienta může intenzivně pokračovat právě v tomto typu zařízení. Zkrácení hospitalizace se týká například těch pacientů, kteří mají otevřený režim s vycházkami a propustkami, ale zároveň je u nich ještě žádoucí upravit medikaci, pomoci jim upravit či zachovat denní režim, dokončit vyšetření a věnovat se edukaci a práci na náhledu na duševní onemocnění. (MZČR, 2022) Stacionář mohou navštěvovat klienti diagnosticky smíšených skupin, anebo stacionář poskytuje specializované programy pro určité okruhy psychiatrických diagnóz. Do základních prvků péče patří psychoterapeutický program, který realizuje tým sestavený z lékařů, klinických psychologů a zdravotních sester. (Petr a Marková, 2014)

V denním stacionáři je poskytováno každodenní komunitní setkání klientů a psychiatrická vizita. Dále aktivity směřující ke stabilizaci stavu, udržení nebo znovunastavení denního režimu:

- Skupinová psychoterapie,

- Individuální psychoterapie,
- Podporné terapeutické aktivity – trénink kognitivních funkcí, nácvik v oblasti správného životního stylu, deeskalační techniky, nácvik relaxace apod.,
- Psychiatrická rehabilitace – individuální nácvik narušených funkcí, např. v oblasti komunikace, zvládání běžných situací, práce se stresem apod.,
- Edukace. (MZČR, 2022)

Psychoterapeutický program může například zahrnovat skupinovou psychoterapii, muzikoterapii, edukační skupiny, arteterapii, relaxaci a mindfulness. (Psychiatrie Brno, 2025)  
Pobyt v denním stacionáři by neměl přesáhnout tři měsíce. (MZČR, 2022)

## 1.4 ORP Brno

Výzkumná část této práce je geograficky ohraničená na obec s rozšířenou působností Brno a účastníci ve výzkumu, ambulantní psychiatrii, ordinují v této lokalitě. Níže je tak ORP Brno přiblíženo na základě územních informací a statistických shrnutí poskytovatelů zdravotní a sociální péče pro lidi s duševním onemocněním. Součástí této kapitoly je závěrem popis aktuální politiky v péči o duševní onemocnění v Brně.

### 1.4.1 Územní informace o ORP Brno

Správní obvod obce s rozšířenou územní působností má podle Českého statistického úřadu (ČSÚ, 2024) k datu 31.12. 2023 celkem 48 částí obcí a katastrálních území. K již zmiňovanému datu zde žije 400 566 lidí. Průměrný věk žen je 44,2 let a průměrný věk mužů je 40,8 let.

Mít práci a bydlení patří mezi jedno z témat, které lidé s duševním onemocněním řeší ve spolupráci se sociálními službami. Ve výzkumné části účastníci hovořili o těchto potřebách svých pacientů. V ORP Brno nezaměstnanost podle MPSV k 31.12. 2023 (Český statistický úřad, 2024) byla 12 988 osob, ale jednalo se o takové osoby, které byli vedené na úřadu práce jako uchazeči o zaměstnání. Celkem 10,6 procent z uvedené statistiky bylo osobami se zdravotním postižením. Celkový podíl nezaměstnaných v ORP Brno je 4,72 procent osob. V roce 2023 bylo dokončeno 1 918 bytů a 4,8 bytů připadalo na 1 000 obyvatel (Český statistický úřad, 2024).

## SO ORP B R N O

k 1. 1. 2023



Obr. 3: ORP BRNO

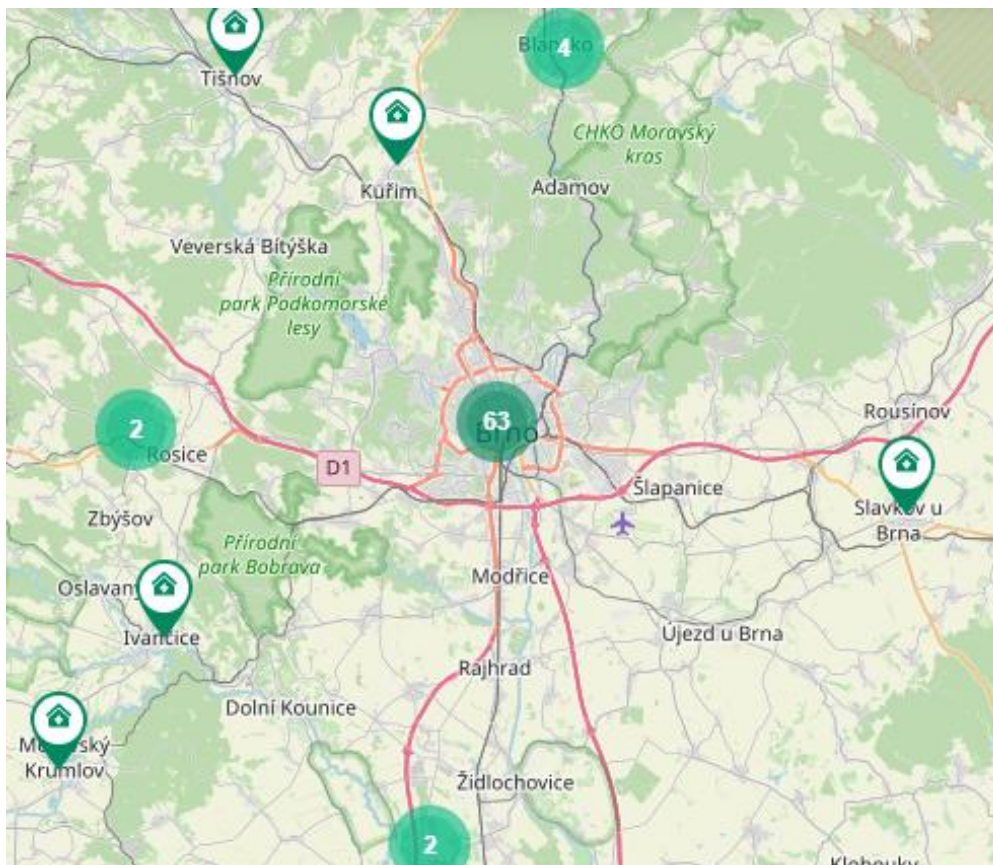
Zdroj: ČSÚ 2024

### 1.4.2 Statistické shrnutí poskytovatelů zdravotní a sociální péče v ORP Brno

Pro aktuální a konkrétní počty ambulantních psychiatrů v ORP Brno neexistuje jasně ucelená statistika. Statistika psychiatrických ambulancí je na *Národním portále psychiatrické péče* (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024), který byl pro alespoň částečný přehled využit pro potřeby této práce. Tento portál nabízí interaktivní přehled zdravotních služeb v oblasti psychiatrie. Pro vyhledání informací relevantních pro tuto práci byly využity následující filtry:

- Jihomoravský kraj
- Centrum duševního zdraví
- Psychiatrie
- Fakultní nemocnice
- Nemocnice
- Ostatní zvláštní zdravotnická zařízení
- Samostatná ordinace lékařského specialisty
- Sdružení ambulantní zařízení – velké
- Zdravotnické středisko
- Psychiatrická léčebna
- Ostatní ambulantní zařízení
- Sdružení ambulantní zařízení – malé

Po zadání filtrů při vyhledávání psychiatrických ambulancí se ukázalo 63 poskytovatelů, ale při bližším zkoumání bylo zjištěno, že tři poskytovatelé jsou v Modřicích, které již nespádají pod ORP Brno. Celkem se tak v ORP Brno nachází 60 poskytovatelů ambulantní psychiatrické péče, kdy toto číslo bude pravděpodobně vyšší, protože někteří poskytovatelé jsou vedeni jako zdravotnická střediska či jiné podobné typy zdravotnických zařízení, kde je předpokladem vyšší počet lékařů než pouze jeden.



**Obr. 4: Interaktivní přehled zdravotních služeb v ORP Brno**

*Zdroj: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2024)*

Pro lůžkovou péči v ORP Brno dokládá statistiku Krajský plán péče o duševní zdraví v Jihomoravském kraji na období 2024–2028 (JMK, 2024):

**Tab. 8: Lůžková péče v ORP Brno**

| Poskytovatel lůžkové péče                     | Počet lůžek |
|-----------------------------------------------|-------------|
| Psychiatrická nemocnice Brno                  | 726 lůžek   |
| Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno | 109 lůžek   |
| Vojenská nemocnice Brno, psychiatrické odd.   | 30 lůžek    |

*Zdroj: vlastní zpracování dle JMK (2024)*

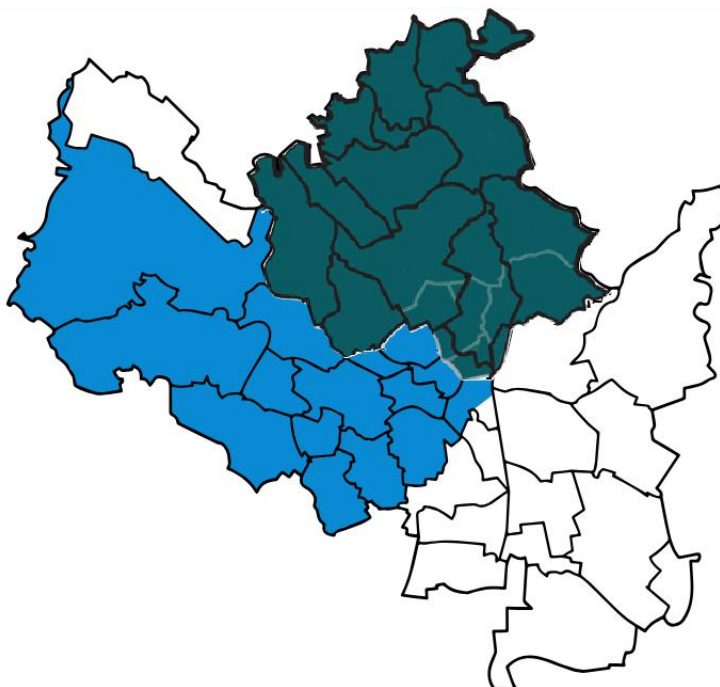
Celkem péči lidem s duševním onemocněním poskytuje 13 sociálních služeb, které se na ně zaměřují, viz tabulka č.9. V rámci tohoto přehledu nejsou započítány služby věnující se osobám v seniorském věku či osobám s demencí či Alzheimerovou chorobou, jelikož se tato práce zaměřuje primárně na vážná duševní onemocnění SMI – psychotická onemocnění, poruchy nálady apod. Blíže se specifikaci vážných duševních nemocí věnuje kapitola 1.1.2.

**Tab. 9: Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním v ORP Brno**

|    | Poskytovatel                      | zařízení sociální služby                                                               |
|----|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Centrum sociální služeb, p.o.     | domov pro osoby se zdravotním postižením                                               |
| 2  | Diakonie České církve evangelické | chráněné bydlení                                                                       |
| 3  | Práh jižní Morava, z. ú.          | centrum duševního zdraví, chráněné bydlení, krizová pomoc, sociální rehabilitace,      |
| 4  | Spondea                           | intervenční centra, krizová pomoc                                                      |
| 5  | VIDA z.s.                         | odborné sociální poradenství                                                           |
| 6  | RENADI o.p.s.                     | odborné sociální poradenství, služby následné péče                                     |
| 7  | Centrum Anabell                   | odborné sociální poradenství, služby následné péče, telefonická krizová pomoc          |
| 8  | Diecézní charita Brno             | chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, sociální rehabilitace                  |
| 9  | Následná péče Kolping             | služby následné péče                                                                   |
| 10 | AGAPO o.p.s.                      | sociální rehabilitace                                                                  |
| 11 | DOTYK II, o.p.s.                  | sociální rehabilitace                                                                  |
| 12 | Modrá linka, z.s.                 | telefonická krizová pomoc                                                              |
| 13 | Společnost Podané ruce            | chráněné bydlení, odborné sociální poradenství, služby následné péče, terénní programy |

*Zdroj: vlastní zpracování dle JMK (2024) a MPSV (2024)*

V ORP Brno působí dvě služby centra duševního zdraví a zřizuje je Práh jižní Morava, z.ú. ve spolupráci s Fakultní nemocnicí Brno a Psychiatrickou nemocnicí Brno. Tato centra neposkytují péči v celém Brně, pouze určitým spádovým oblastem, viz obrázek č. 5.

**Obr. 5: Spádové oblasti dvou center duševního zdraví v ORP Brno**

*Zdroj: vlastní zpracování podle FN Brno a Práh jižní Morava, z.ú. (2018) a PN Brno a Práh jižní Morava, z.ú. (2025)*

Ostatním městským částem v ORP Brno poskytuje Práh jižní Morava, z.ú. službu sociální rehabilitace s názvem Terénní tým Brno jihovýchod. Jedná se o multidisciplinární tým složený z case managerů, psychologů a peer konzultantů. Poskytují služby převážně v terénní formě a zaměřují se na klienty s duševním onemocněním F2 (schizofrenie), F3 (afektivní poruchy, např. deprese, bipolární porucha atp.), F4. (úzkostné poruchy) a F6. (poruchy osobnosti). (Práh jižní Morava, z.ú., 2022)

#### 1.4.3 Aktuální politika v péči o duševní onemocnění v ORP Brno

Aktuální politika péče o duševní onemocnění či duševní zdraví v ORP Brno je zahrnuta v několika strategických dokumentech:

- Krajský plán péče o duševní zdraví v Jihomoravském kraji na období 2024–2028.
- Koncepce zdravotnictví Jihomoravského kraje 2020-2025.
- Koncepce sociální politiky města Brna do roku 2030.
- Plán zdraví města Brna 2018–2030.

Strategie Brno 2050, která se zabývá pěti tématy – prostředí, prosperita, služby, zdroje a správa, obsahuje vizi města Brna v roce 2050, ke které se váží konkrétní plány a projekty. Přestože se jedná o obecně uchopenou strategii, jejíž konkrétní kroky a výsledky se teprve rýsují, přináší tento dokument také cíl v oblasti zdraví: *„Ochránit zdraví obyvatel a posílit roli prevence a zdravého životního stylu včetně vytváření vhodných nástrojů pro dlouhodobé sledování zdraví obyvatelstva.“* (Statutární město Brno, 2021)

Krajský plán péče o duševní zdraví v Jihomoravském kraji na období 2024–2028 představuje pět priorit (JMK, 2024):

1. Koordinace systému péče o duševní zdraví na úrovni Jihomoravského kraje.
2. Naplňování lidských práv a kvality života lidí se zkušeností s duševním onemocněním.
3. Podpora osvěty a vzdělávání v oblasti duševního zdraví a onemocnění. Snižování stigmatizace duševního onemocnění a podpora toho, aby duševní zdraví bylo společností vnímáno rovnocenně jako zdraví fyzické.
4. Zajištění dostupnosti služeb v oblasti duševního zdraví v čase, místě, potřebné kapacitě, poskytované formou multidisciplinární spolupráce. Zajištění služeb umožňujících včasný záchyt onemocnění nebo psychických potíží. Podpora služeb v oblasti duševního zdraví dostupných i osobám, které se nedorozumí českým jazykem. Podpora principu zotavení ve službách.
5. Podpora duševního zdraví dětí a dospívajících, prevenci, osvěty a destigmatizace psychických potíží dětí a dospívajících, včetně podpory v prostředí služeb, které pracují s dětmi a dospívajícími – ve školství, volnočasových i sociálních službách pro rodiny s dětmi.

Jana Holomčík Leitnerová, radní pro sociální a rodinou politiku, k tomuto plánu dodává: *„V současnosti také jednáme o vzniku Centra duševního zdraví pro děti a dospívající. Je to jedna z mých priorit, protože čím dříve duševní nepohodu řešíme, tím lépe pro celou rodinu.“* (Jihomoravský kraj, 2024)

Z velké části se krajský plán opírá o spolupráci na úrovni zdravotně-sociálně-školského pomezí. První tři priority popisují vznik pracovní skupiny pro duševní zdraví Jihomoravského kraje, má

docházet k většímu zapojení peer pracovníků, nemocničních ombudsmanů a také k zapojení dětí s dospívajícími při návrzích řešení v oblasti péče o duševní zdraví. Mají být realizovány aktivity směřující ke snižování stigmatizace psychiatrie a sociální práce, má se rozvinout primární prevence a různé osvětové kampaně na lokální úrovni. (Jihomoravský kraj, 2024)

Čtvrtá priorita přináší vizi o službách, kdy se tyto služby skládají z multidisciplinárních týmů a zaměřují se na osoby s duševním onemocněním, ale i na osoby, u kterých hrozí riziko vzniku onemocnění či si sami o pomoc neřeknou. Takové služby pracují s principem zotavení. Popisuje dostupnost včasné intervence při začínajících potížích. Za zmínku stojí několik způsobů plnění, které koncepce uvádí (Jihomoravský kraj, 2024):

- Podpora rozvoje a dostupnosti multidisciplinárně vedených, zdravotních a sociálních služeb:
  - akutní lůžková péče,
  - stacionáře,
  - ambulance s rozšířenou péčí,
  - specializovaná lůžková péče,
  - krizová podpora a péče formou distanční i osobní (terénní krizová péče dostupná v komunitě),
  - terénní zdravotně sociální služby: Centra duševního zdraví, multidisciplinární týmy sociální rehabilitace,
  - služby v oblasti bydlení s různou mírou podpory,
  - další inovativní služby v oblasti duševního zdraví.
- Spolupráce s vysokými školami s cílem podpory vzdělávání lékařského i nelékařského zdravotnického personálu v příslušné odbornosti (lékaři-psychiatrii, včetně specializace dětský a dorostový psychiatr, sestry pro péči v psychiatrii), spolupráce s Ministerstvem zdravotnictví při podpoře vzniku nových rezidenčních míst pro příslušné specializace včetně podpory specializačního vzdělávání.
- Spolupráce se zdravotními pojišťovnami při tvorbě sítě zdravotních služeb v oblasti duševního zdraví.
- Podpora služeb zajišťujících včasnou intervenci, včetně podpory včasné intervence ve školském sektoru (školní psychologové, služby pedopsychologických poraden, podpora ve školách).
- Zajištění informovanosti o dostupných službách na úrovni lokalit u klíčových složek systému péče o zdraví, včetně praktických lékařů a zdravotníků v nemocnicích.

Pátá priorita zabývající se duševním zdravím dětí a dospívajících si dává za cíl existenci rozvinuté sítě multidisciplinárně spolupracujících služeb pro tuto cílovou skupinu, kdy jsou služby dostupné ihned a řeší maximum možných potíží. Popisuje provázanost sociálních, zdravotních a školských služeb při včasné zachytě onemocnění. Část této priority popisuje pomoc a podporu pro rodiny a pro matky v riziku rozvoje duševního onemocnění. Zmiňuje včasný záchyt matek, rodičů v extrémní chudobě, rodičů s mentálním oslabením, mladistvých a osob ohrožené rizikem užívání návykových látek. (Jihomoravský kraj, 2024)

Péči o duševní zdraví také zmiňuje Koncepce zdravotnictví Jihomoravského kraje 2020-2025, která se opírá o již zmiňovanou reformu psychiatrické péče. Konkrétně popisuje jasný cíl: „V Jihomoravském kraji, stejně jako v ostatních krajích, vznikne síť služeb (zdravotních, sociálních, v

*oblasti bydlení, práce a vzdělávání) pro lidi s duševním onemocněním, která bude fungovat jako propojený systém ambulantní péče, lůžkové péče a center duševního zdraví (budou poskytovat nepřetržitou péči, díky které klesne potřeba dlouhodobých hospitalizací).“ (Odbor zdravotnictví Krajského úřadu Jihomoravského kraje 2020)*

Koncepce sociální politiky města Brna do roku 2030 (Horák a kol. 2021) se zabývá tématem duševního zdraví ve své třetí části (tematická oblast C), ve které popisuje nízkou nabídku služeb pro lidi s duální diagnózou či vícečetnými problémy, a klade důraz na podporu a pomoc osobám s jednou či více souběžnými psychiatrickými diagnózami a poruchou osobnosti. Koncepce se rovněž zmiňuje o rozvoji Alzheimer center. V rámci pěti priorit:

1. Soustavně podporovat legislativní změny (zákon o dlouhodobé péči, novela zákona o sociálních službách a novela zákona o zdravotnických službách) ve spolupráci s Jihomoravským krajem.
2. Podpora města zdravotně sociálním projektům: paliativní a hospicová péče, pečovatelská a ošetrovatelská péče, dlouhodobá péče (např. plánovaný sociálně zdravotní komplex na Červeném kopci, hospic).
3. Podpora terénních služeb, které vyváženě propojují pečovatelské a ošetrovatelské služby poskytované v přirozeném prostředí klienta (mobilní hospicové služby).
4. Podpora paliativní péče všech věkových kategorií včetně dětí.
5. Podpora rozvoje nových typů služeb v návaznosti na reformu psychiatrické péče (centra duševního zdraví, nové typy služeb zaměřené již od dětského věku).

Koncepce zdůrazňuje propojení sociální, zdravotních a ostatních služeb: *„Je třeba klást důraz na potřebu vzájemné spolupráce sociálních pracovníků se zdravotníky a dalšími odborníky na oblast duševního a fyzického zdraví (...).“* (Horák a kol., 2021)

Plán zdraví města Brna 2018–2030 o duševním zdraví nepíše plnohodnotně, zahrnuje spíše širší témata:

- Politika a rozvoj zdravotnických služeb a prevence.
- Politika zdravé rodiny.
- Aktivní a zdravé stárnutí.
- Prevence násilí v rodině – problematika domácího násilí.

V první oblasti se plán zmiňuje o podpoře a rozvíjení zdravotně-sociální péče a o realizaci preventivních programů. Významnou institucí v prevenci duševních onemocnění u dětí a mladistvých je také Vzdělávací institut pro Moravu, který již vytvořil několik preventivních programů a snaží se usilovat o vzdělání pedagogů v oblasti duševního zdraví. Významné jsou projekty Těžká hlava z roku 2023 a To za nás nebylo z roku 2024.

## 2 Výzkumná část

Ve výzkumné části je charakterizován cíl výzkumu a jeho metodika. Následně jsou interpretovány výsledky z výzkumu, na které navazuje diskuse, ve které jsou výsledky výzkumu porovnány se současnými zjištěními v oblasti výzkumu. Závěrem jsou popsány návrhy a doporučení pro praxi.

### 2.1 Cíl výzkumu

Cílem diplomové práce je **zjistit a popsat zkušenosti ambulantních brněnských psychiatrů v oblasti spolupráce se sociálními službami, včetně překážek a návrhů na zlepšení spolupráce.**

Oblasti, na které se výzkum soustředí byly zkušenosti se sociálními službami, průběh spolupráce včetně prvního kontaktu a následné komunikace se sociálními službami, potřeby v rámci spolupráce se sociálními službami, dostupnost a nabídka služeb, spolupráce s pacientem v kontextu čerpání sociální služby, multidisciplinární přístup, sdílení informací, potřeby lékařů v kontextu sociálních služeb, návrhy pro efektivní sdílení informací a pro sociální služby. Mezi poslední oblasti výzkumu patří chybějící sociální služby z pohledu ambulantních psychiatrů a jak si lékaři představují ideální sociální službu.

### 2.2 Metodika výzkumu

Výzkumnou strategií byl kvalitativní výzkum. Byla použita analýza metodu zakotvené teorie, která „se uplatňuje v kontextu objevování, protože při ní jde především o exploraci a rozvíjení nových teorií.“ (Hendl, 2005) U zakotvené teorie nedochází k testování hypotéz. „Snaží se vysvětlit příčiny a následky různých jevů a za pomoci systematického postupu odpovědět na výzkumnou otázku. Cílem je porozumět zkoumané situaci, a proto je nezbytné situaci nejdříve popsat.“ (Švaříček, 2005) Jan Hendl (2005) k cíli zakotvené teorie uvádí, že cílem je „návrh teorie pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena pozornost výzkumníka.“ (Hendl, 2005)

Metoda sběru dat spočívala v použití polostrukturovaného rozhovoru, přičemž otázky byly předem připraveny na základě předchozí rešerše tématu. Část rešerše je zařazená na straně 70 v kapitole 2.4 Diskuse.

Pilotní rozhovor proběhl v červnu roku 2024, na jehož základě došlo k přepracování otázek do polostrukturovaného rozhovoru, viz příloha č.2.

Samotným výzkumným vzorkem bylo 11 lékařů z oboru psychiatrie, kteří naplnili stanovená kritéria na výběr participantů, a to:

- zkušenost s poskytováním péče v ambulanci,
- působení na území ORP Brno,
- ochota k účasti na výzkumu v délce 60 minut.

Participantů byli osloveni v období od června do listopadu 2024, a to nejprve písemně (email, předání úvodního dopisu). Následovala fáze zkontaktování se telefonicky s potenciálními participanty, a na základě toho proběhl sběr dat v období od července do prosince 2024. Jeden z participantů odpovídal na otázky emailem včetně dalších doplňujících otázek.

Celkem bylo osloveno 43 ambulantních psychiatrů na území města Brna. Nesouhlas s výzkumem dalo 22 oslovených ambulantních psychiatrů s nejčastějším důvodem odmítnutí zakládajícím se na časovém hledisku. Dalších 11 lékařů se k účasti vůbec nevyjádřilo a ani se s nimi nešlo telefonicky spojit.

Před samotným polostrukturovaným rozhovorem obdrželi participantů Informovaný souhlas a souhlas s realizací výzkumu, viz příloha č.1. Ambulantní psychiatři byly znovu ústně informovány o základních etických principech daného výzkumu, například zachování anonymity.

Vzhledem k tomu, že v ORP Brno se nachází, jak bylo uvedeno výše, 60 poskytovatelů ambulantní psychiatrické péče, nelze s určitostí konstatovat, zda bylo oslovena více jak polovina ambulantních psychiatrů. Poskytovatel může zaměstnávat více lékařů se specializací v oboru psychiatrie.

## 2.3 Výsledky výzkumu a jejich interpretace

Výsledky výzkumu jsou popsány v několika podkapitolách, které byly v rámci analýzy zjištěny. Nejprve bude popsán začátek spolupráce ambulantního psychiatra a sociálních služeb, poté samotným průběhem spolupráce. Následně jsou popsány faktory ovlivňující spolupráci mezi lékaři a sociálními službami a zkušenosti s multidisciplinárním přístupem z pohledu ambulantních psychiatrů. Závěrem jsou zmíněny pozitivní a negativní zkušenosti participantů, ambulantních psychiatrů, se sociálními službami. Závěrem jsou popsány také návrhy a doporučení pro zlepšení spolupráce se sociálními službami z pohledu ambulantních psychiatrů.

### 2.3.1 Začátek spolupráce ambulantního psychiatra se sociálními službami

V této výzkumné oblasti byly zjišťovány, jaké důvody mají ambulantní psychiatři pro oslovení sociální služby, jak dochází k prvnímu kontaktu mezi sociální službou a ambulantním psychiatrem, jak dlouho kontakt trvá, kdo je při prvním kontaktu iniciátorem a zda je přítomen pacient u kontaktu se sociální službou. Dále bylo zjišťováno, jaký význam má pro ambulantního psychiatra informace o spolupráci pacienta se sociální službou a co je důležité pro rozvoj spolupráce mezi lékařem a sociálním službou.

Důvodem pro výběr nebo oslovení konkrétní služby ze strany ambulantního psychiatra uvedli tři participant z devíti, že již mají **nějaké zkušenosti s danými sociálními službami**, například KP6: „*Předchozí zkušenost.*“ Nebo také KP3: „*Já znám ty lidi (...), znám ty terénní sestry.*“ Ukazuje se tak, že pravděpodobným předpokladem pro spolupráci ambulantního psychiatra a sociálních služeb je přímý kontakt, například osobní představení služby psychiatrovi. Dva z devíti participantů uvedli, že roli při výběru sociální služby má diagnóza pacienta. Nejlépe to vystihuje KP1: „*Když je tam potřeba nějaké komplexnější péče, je to náročnější případ, tak většinou právě se obracím tady na centra duševního zdraví. A když je třeba problematika závislosti, tak samozřejmě vybírám nějakou službu, která se zabývá i závislostma pacienta.*“ Ambulantní psychiatři se tak snaží již dopředu nabídnout pacientovi službu, která bude odpovídat jeho potřebám, jeho zdravotnímu stavu. Probíhá u nich tak již nějaká primární selekce, kterou zpravidla dělají samotné sociální služby.

Pro KP8 je zase významné, **kdo poskytuje sociální službu a do jaké míry služba reaguje na potřeby pacienta**: „(...) v tom já vnímám prostě tu charitu té sociální služby, že pokud má být jakoby dobře mířená, kvalitně, tak ta musí jít se srdcem a musí jít z potřeb těch lidí.“ Participant tak otevírá téma nejen motivace pracovníků v sociálních službách, ale také to, že služby by měli reagovat na potřeby potenciálních klientů. Problematika je ovšem komplexní a ukazuje se tak, jak významná je jednotlivá odbornost lékařů a sociálních pracovníků. A pravděpodobně i to, jak náročné může být tyto profese propojovat. Není reálné, aby sociální pracovník měl stejné vzdělání jako psychiatr a naopak. Propojení těchto profesí přináší multidisciplinární přístup, který je popsán v teoretické části této práce v kapitole Komunitní péče v kontextu duševního onemocnění na straně 28.

Závěrem KP4 říká k důvodu výběru služby: „V té sociální oblasti je to hlavně si myslím – bydlení a ta práce. (...) tak samozřejmě na internetu se podívám a já to víceméně asi jako nechávám potom na tom pacientovi. Že dám mu telefonní kontakt, domluví si nějakou schůzku a jestli mu i ten člověk sedí nebo nesedí, nebo mu nabízí to, co on od toho očekává, nebo potom musíme hledat jinou službu, která to nabízí lépe, nebo jinak, aby to pro něj bylo v pořádku.“ Participant opět přináší téma primární selekce, jelikož na internetu bývá často i popis služby – co, komu a jak poskytuje za služby. Cílové skupiny sociálních služeb jsou také obsaženy v registru sociálních služeb, který spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí. Participant pak přenechává iniciativu v rámci oslovení na pacientovi. Tato situace bude ještě popsána níže. Participant zmiňuje jedno z témat, se kterými se lze setkat také v průběhu poskytování sociální služby – bydlení a práce. V důsledku duševního onemocnění nemusí mít lidé uspokojeny tyto potřeby a překážkou k uspokojení bydlení a práce jim mohou být právě symptomy duševního onemocnění. Dopady duševního onemocnění na život jedince jsou popsány v kapitole 1.1.2 na straně 14 této práce.

Významnou motivací ambulantních lékařů pro **zkontaktování sociální služby, pokud je již spolupráce mezi lékařem a pacientem navázána, je situace, kdy pacient nedorazí na plánovanou kontrolu**, což zmiňuje například KP3: „(...), že nevíte, co s ním, nepřišel na kontrolu. Nemám, jak se s ním spojit.“ O další motivaci, která vede lékaře k oslovení sociální služby v případě již navázané spolupráce mezi ambulantním psychiatrem a pacientem, hovoří KP9: „Když potřebuji pořešit, že se mně ten stav nezdá, když potřebuji řešit doprovody, hlavně teda k hospitalizaci, když se mně ten pacient z nějakého důvodu nedostaví, tak většinou kontaktuji já tu sociální službu, kde vznikl problém, co se stalo.“ Ambulantní psychiatři tak projevují zájem o svého pacienta a využívají všech jim známých dostupných prostředků. Pro lékaře je v této situaci sociální služba významným prvkem v procesu péče o pacienta

Dalším způsobem, který respondenti uváděli v menší míře je **předání kontaktu na sociální službu pacientovi**. Ten tak získává opět pozici zprostředkovatele kontaktu. KP3 říká: „Lidem dávám někdy kontakt ať zkusí tu sociální službu si obtelefonovat.“ Další participant, KP4, k tomu dodává: „My to můžeme nabídnout, ale nemůžeme je k tomu jako samozřejmě donutit.“

V rámci analýzy této výzkumné části se také objevila zkušenost participanta s délkou doby, než začal pacient čerpat sociální službu. KP8: „Trvalo to asi 3 týdny, než se ho ujali.“ Jiný pohled přináší KP2: „Teda samozřejmě jsme respektovali, když byli plní, ale s nimi spolupráce byla velmi dobrá.“ Znovu se ukazuje, že někteří ambulantní psychiatři nemají informace o tom, jak sociální služby fungují. Nebo naopak mohlo toto tvrzení vzejít z reálného problému, kdy jsou služby již

kapacitně naplněné, případně je ve službě nějaký personální problém například v podobě dlouhodobých nemocí.

**První kontakt** mezi ambulantním psychiatrem a sociální službou **vzniká třemi možnými způsoby** (ze strany psychiatra, ze strany sociální služby nebo v rámci doprovodu klienta do ambulance). Z výsledků výzkumu vyplývá, že **nejčastější formou je, že sociální služba osloví lékaře, kdy je přítomen sociální pracovník jako doprovod pacienta, anebo se sociální služba spojí telefonicky s lékařem**. Uvedli tak tři participanté a KP1 k tomu uvádí: „*Ten první kontakt často teda bývá právě daný tak, že ten sociální pracovník přijde spolu s pacientem.*“ Pacient se tak sám stává zprostředkovatelem kontaktu mezi sociální službou a ambulantním psychiatrem. Další tři participanté nám sdělili, že sami aktivně oslovují služby, například KP8: „*(...) zavolám nějaké té službě a požádám, jestli by se toho pacienta neujmuli a toto funguje hrozně dobře.*“ Další participant, KP7, také kontaktuje aktivně služby, ale dodává: „*My to nakontaktujeme, ale pak vlastně nevíme, co se děje.*“

Je významné z pohledu participantky KP9, aby u lidí s **těžším duševním onemocněním proběhl první kontakt již v rámci lůžkové péče**: „*(...) aby potom ten člověk věděl, že když mu někdo zazvoní u dveří, že to není nějaký podvod, ale že je to ten pracovník, nebo že je to ta služba, která byla domlouvána už na tom lůžku, aby se seznámili, speciálně ti pacienti s tou těžkou duševní poruchou jsou takový velmi obezřetní v navazování nových kontaktů, takže pokud by to neproběhlo v té nemocnici, tak by pravděpodobně ty pracovníky vůbec nepřijali. Nepustili k sobě domů.*“ Seznámení se sociální službou, respektive přímo pracovníkem sociální služby, proběhne v bezpečném prostředí v nemocnici, potom může být navázána efektivní následná spolupráce a postupně se buduje důvěra pacienta. Pacienti s těžkými duševními poruchami jsou často nedůvěřiví a obezřetní při navazování nových vztahů, jak bylo zmíněno v kapitole Dopady duševního onemocnění na jedince na straně 14, a proto je důležité budovat důvěru v kontrolovaném prostředí. Bez tohoto prvotního kontaktu v nemocnici hrozí, že pacient odmítne další pomoc v domácím prostředí. Tento proces pomáhá překlenout přechod mezi lůžkovou a komunitní péčí a zvyšuje pravděpodobnost úspěšné následné spolupráce.

Co se týče samotné **délky prvního kontaktu**, vyjádřilo se k tomu šest z 11 participantů, ostatní participanté se k tomuto tématu nevyjádřili. Dva se shodují na tom, že pokud jde o **novou registraci, nového pacienta, trvá první kontakt hodinu, ale pokud se jedná již o zaběhnutou spolupráci, trvá kontakt 20 minut**, například KP4: „*Je to z té služby, objednájí ho sem poprvé, tak většinou je to v rámci toho vyšetření a záleží od toho pacienta, jestli chce, aby já nevím, buď ten peer pracovník, nebo ten sociální pracovník byl u toho celou dobu, tak to může být i ta hodina. Anebo vlastně já mluvím s tím pacientem, a potom oni mají jenom nějaký doplňující informace.*“ Kratší první kontakt se sociální službou popisuje KP1: „*A pokud je to situace, kdy ten pacient ke mně už nějakou delší dobu chodí a domluví si třeba nějakou sociální službu, přijdou spolu s ním, tak pak je to samozřejmě kratší. Pak je to třeba na nějakých 20 minut.*“ Výpovědi participantů ukazují, že se ambulantní psychiatr nejdéle věnuje pacientovi při prvokontaktu. Další kontroly trvají již kratší čas, což může opět ukazovat na vyčerpání ambulantní psychiatrické péče. Tomuto tématu byl věnován prostor v teoretické části v kapitole Zdravotnický systém péče o lidi s duševním onemocněním na straně 19.

V neposlední řadě bylo zjištěno, jaký význam má pro ambulantního psychiatra informace o spolupráci pacienta se sociální službou. Celkem sedm z devíti participantů vidí **přínos této spolupráce v léčebném procesu pacienta**. Považují to za **užitečné**, například KP6: „*Liší se, pacient, který spolupracuje, je postupně aktivnější v péči o sebe sama, postupně přebírá kompetence, zapojuje se do kontaktů s lidmi, získává více sebepodpory, otevírají se mu možnosti práce, eventuálně bydlení, osamostatnění se. Méně často dochází k relapsům, hospitalizace bývají kratší, celkově je lepší náhled na nemoc a spolupráce v léčbě.*“ Nebo KP1 popisuje další přínos: „*Většinou to vnímám pozitivně, je to jako takový zodpovědný přístup, že se ten pacient snaží na ty svoje potíže dívat i komplexně, a že třeba je někdo, kdo se mu stará o oblasti života, u kterých já jako nemůžu, já ani o nich nevím tolik. Tak je to vlastně pro mě pozitivní, že je o něj nějak postaráno.*“ Participant popisuje přínos sociální služby a ukazuje se tak, jak významné může být pracovat do budoucna na větším provázání sociálních služeb a ambulantních psychiatrů. Jelikož péče o pacienta je tak komplexní, multidisciplinární, aniž by kvůli tomu musela vznikat nová služba. Významný je i vztah mezi pacientem a sociálním pracovníkem, kdy KP5 říká, že: „*A přijde mi, že když jsou lidé navázaný na službu, tak jsou s nimi v častějším kontaktu, že umí vybudovat lepší vztah, a potom když jim se snaží doporučit, ty léky, tak to ti lidé jinak vezmou. Než jak když je vidí psychiatr v ambulanci na 15 minut nebo půl hodinky jednou za měsíc. Je to je to jiné potom.*“ O tématu motivování pacienta se zmiňuje také KP1, jež přináší téma informovanosti o situaci pacienta ze strany sociálních služeb: „*(...) ten sociální pracovník je tam u toho potřeba, aby mohl podat nějaký objektivní informace. Nebo říct něco, co získali od toho pacienta, a on sám se třeba stydí to téma otevřít, tak on mu s tím pomůže, to je taky docela častá věc. (...) Tak mám i jako zkušenosti, že fakt to jako dobře funguje v tom, že zvládnou mi jako líp toho pacienta namotivovat k tomu, že teď už je teda potřeba, opravdu aby šel do té nemocnice a byla nějaká intenzivnější léčba.*“ Sociální pracovník bývá nejčastěji ten odborník v rámci poskytování péče, který tráví s klientem/pacientem nejvíce času, a zároveň ho vidí v různých situacích a kontextech. Role sociálního pracovníka je tak téměř nezastupitelná, jelikož na rozdíl od rodinných příslušníků a blízkých osob, není pracovník zatížen natolik osobním vztahem ke klientovi. Vztah je profesionální, jsou nastavené hranice, a i tak projevuje pracovník o klienta opravdový zájem. Tyto zmíněné charakteristiky mohou pomoci v tom, že proces léčby či zotavení u pacienta je efektivnější, než kdyby pacient službu nečerpал. Závěrem je ale nutné myslet i na to, co zmiňuje k tématu KP9: „*Takže ta sociální služba u určité skupiny lidí je jako velmi důležitá.*“ Sociální služby by měly být schopné rozeznat, kdy člověk její pomoc opravdu potřebuje, a kdy existují jiné zdroje pomoci v přirozeném prostředí. Je důležité rozlišovat nepříznivou sociální situaci klienta.

Ambulantní psychiatři tak hodnotí informaci, že **pacient čerpá sociální službu, velice kladně**, a to v počtu devíti z 11 lékařů. Pacient má k sobě z pohledu lékařů další důvěryhodnou osobu, která pacientovi může nabídnout jiný typ péče než ambulantní psychiatr. Vzhledem k tomu, že také s pacientem sociální pracovník mívá častější kontakt než lékař, může včas zachytit určité problémy. Podobný pohled přináší KP5: „*Víme, že je menší pravděpodobnost, že se nám někdy jako ztratí v tom systému péče.*“ Sociální pracovník se musí orientovat v tom, jaké jiné služby jsou v okolí klienta, které by mohl využít, na jaké sociální dávky klient může dosáhnout a jaké jiné možnosti má ve svém přirozeném prostředí či v systému čtyř pilířů sociální politiky. Lékaři tak vnímají sociálního pracovníka jako důležitou osobu v životě klienta. Další přínosy zmiňuje také KP11: „*No, já jsem byla vždycky nadšená a podporovala jsem ho v tom, protože to*

*jednoznačně mělo přínosy – většinou nebyly osamělý, měli naplněnější volný čas, takže z těchto důvodů.“*

Poslední významnou oblastí je **důležitost komunikace pro rozvoj spolupráce mezi ambulantními psychiatry a sociálními službami**, jak zmiňuje například KP8: *„do budoucna ta komunikace s těma sociálníma službama z hlediska té spolupráce nebo těch možností, které jako navzájem od sebe očekáváme, to si myslím, že je hrozně důležitý.“* Na prvním místě by měl být cílem pro oba subjekty vždy pacient a jeho zotavení. Je důležité, aby lékař a sociální pracovník našli stejnou řeč, každý se na pacienta dívá ze svého pohledu, lékařovou prioritou je léčit, zaměřuje se na diagnostiku a následnou léčbu, pohled sociálního pracovníka je více humanistický a vidí pacienta v jeho přirozeném prostředí. Je důležité vzájemné pochopení a respekt, aby si vzájemně vyměnili důležité informace a hledali společnou cestu, která povede k pacientovu zotavení. Toto potvrzuje i odpověď KP1: *“Umět si předat to, že když já potřebuji nějaké konkrétní informace od těch sociálních služeb, tak aby mi je oni předávali a zase co oni potřebují ode mě, a umět si tohle to nějak jednoznačně nastavit tak, aby se ke mně dostaly ty informace, co potřebuji, ale zároveň, aby to bylo časově efektivní.“* Čas zmiňovalo šest z 11 participantů. Jedná se o velice cenou komoditu, kterou ambulantní psychiatři v celém výzkumu často zmiňují.

Zajímavou odpovědí na potřeby pro rozvoj spolupráce je výrok KP6: *“Konkrétnější informace, koho pacient může přímo kontaktovat v jeho záležitosti“*, podobně se vyjádřil i KP7: *“kdyby bylo na nějakých webovkách někde, byl nějaký souhrn, kdo co poskytuje“* Z těchto odpovědí vyplývá, že ambulantní psychiatři často neví, na koho své pacienty nasměrovat, vzhledem k výše zmiňovanému času je pro ně náročné vyhledávat na internetu služby a informace, co která služba nabízí.

### 2.3.2 Průběh spolupráce mezi ambulantním psychiatrem a sociální službou

V oblasti průběhu spolupráce bylo zjištěno, jak probíhá sdílení informací mezi lékařem a sociální službou, zda lékaři vnímají nějaké překážky ve sdílení informací a případně jaké. Dále do jaké míry je pro ambulantní lékaře sdílení informací se sociální službou užitečné a co by podle nich pomohlo k efektivnějšímu sdílení informací. Také jsou zde zmíněny příklady dobré praxe v oblasti frekvence kontaktu se sociální službou. Významnou oblastí v průběhu spolupráce jsou rovněž potřeby pacientů a ambulantních psychiatrů v procesu léčby pacienta a závěrem také to, jak ambulantní psychiatři hodnotí proces léčby u pacienta, který sociální službu čerpá oproti tomu, který sociální službu nečerpá.

Primárně probíhá kontakt ambulantního psychiatra se sociální službou **telefonicky**. Uvedlo tak šest z 11 lékařů. Zbývajících pět lékařů uvedlo varianty osobní a emailové komunikace. Z výsledků výzkumu vyplývá, že **forma kontaktu je telefonická, emailová nebo přímo osobní v ambulanci lékaře**, jak například uvádí KP4: *„Bud' chodí s ním jako doprovod, pokud je to nějaký těžší pacient, anebo to konzultujeme bud' třeba telefonicky nebo mailem nebo tak, jak je potřeba.“*

K tématu frekvence kontaktu uvádí KP1: *„Je to extrémně individuální. Mám pacienty, kteří ke mně chodí každý měsíc a pokaždé s nimi přijde sociální pracovník, tak je to třeba jednou za tři až čtyři měsíce.“* Obdobně se také vyjádřili další dva participanté, KP4 a KP7, kteří uvedli, že **pravidelnost setkání navazuje na kontrolu ambulantním psychiatrem, jelikož sociální**

**pracovníci pacienty doprovází.** KP4 tak říká: „Ale jsou potom pacienti, se kterými vlastně říkám, pokud mají doprovod na každou kontrolu, tak se vidíme jednou měsíčně, u každé kontroly, to záleží.“

Přítomnost pacienta při kontaktu mezi sociální službou a ambulantním psychiatrem zmiňovalo šest z 11 respondentů. Ti uvedli, že **pacient je vždy přítomen**, například KP9: „Samozřejmě, (...), je to primárně na tom pacientovi, takže pacient tam je vždycky přítomen.“ Přítomnost pacienta i u telefonické konzultace zmiňuje KP4: „A někdy i oni sami třeba chtějí, abych já nějak konzultovala tu službu ti pacienti, tak potom třeba... To dělám i během toho, jak tady sedí ten pacient, aby to slyšel třeba telefonicky, že když něco konzultujeme, aby u toho byl.“ Zajímavý poznatek k přítomnosti pacienta a potažmo prolomení lékařského tajemství přináší KP7: „(...) na druhou stranu někteří pacienti u nás na psychiatrii nepodepíší nic. Takže já potom tady mluvím taky jakože o třetí osobě, a tak nějak se snažíme to různě obejít. Podávat obecné informace, které můžeme ze zákona, ale je to těžké.“ Lékaři musejí dodržovat podobě jako sociální pracovníci mlčenlivost. Lékařské tajemství představuje „vše, co se lékař dozvěděl v souvislosti s výkonem svého povolání a co se týká zdravotního stavu, soukromého života i jakýchkoli ostatních záležitostí pacienta.“ (Maxdorf s.r.o., 2024) Zároveň je pro ambulantního psychiatra a pro sociálního pracovníka do jisté míry důležité, aby informace o pacientovi či klientovi sdíleli. Klient z toho může profitovat, ale zároveň on je ten jediný, který může dát legitimní souhlas ke sdílení všem zúčastněným stranám. Důvody, proč k tomu nedochází, mohou být různé a stály by za další bádání v řadách klientů/pacientů. Tématu lékařského tajemství bude v rámci analýzy ještě dále věnována pozornost.

V odpovědích je vidět provázanost způsobu sdílení informací s formou kontaktu, kdy ke **sdílení informací dochází všemi způsoby, telefonáty, emaily i při osobních setkáních**. Pokud ale mluvíme o pokročilém sdílení informací, kdy už je **navázána spolupráce pacient a sociální služba**, dochází ke sdílení nejčastěji **při kontrolách pacienta**, kdy pracovník sociální služby přijde společně s pacientem. KP1 uvádí v rozhovoru také roli zdravotní sestry: „Komunikuji buď přímo já anebo hodně i ta sestřička moje, protože má na to čas (...) přes den.“ Zdravotní sestra v ambulanci může mít nejrůznější náplň práce. Participant uvedl, že jeho **zdravotní sestra má více času ke komunikaci** se sociálními službami než samotný ambulantní psychiatr. Ovšem překážkou při komunikaci se sociální službou může být právě další zapojená osoba, zdravotní sestra. Opět se tak nabízí aktivní role case managera, který by měl mít povědomí o všech zapojených profesionálech do péče o klienta s duševním onemocněním. KP1 k roli zdravotní sestry ještě dodává: „(...) takže ji můžu prostě pověřit, může někoho nakontaktovat a zařídit nějakou osobu, kterou potom můžeme oslovit ohledně toho konkrétního pacienta.“ Zdravotní sestra může lékaři ušetřit čas na další pacienty.

**Sdílení informací** mezi ambulantními psychiatry a sociálními službami většina participantů vnímá za **velmi užitečné a potřebné**. Uvádí tak například KP1: „U těch náročnějších případů zase jsem rád, že mám ty informace úplný.“ Lékař vidí pacienta například jedenkrát za měsíc při pravidelné kontrole, ale pracovníci sociálních služeb se setkávají s pacienty podstatně častěji a vidí je v jejich přirozeném prostředí. Mohou tak reflektovat jeho chování a fungování. Mohou tak snadněji zachytit zhoršení zdravotního stavu, případně i příčinu tohoto zhoršení. Jak uvádí i KP6: „Považuji to za užitečné, protože 15 minut v ambulanci je omezený čas, v případě relapsu je šance sociálních pracovníků zachytit to“. Ukazuje se tak opět, že multidisciplinární přístup k péči

o lidi s duševním onemocněním může být velice efektivní. Všichni odborníci zapojení do péče mohou získat prostřednictvím svých aktivit v péči o pacienta/klienta komplexní a objektivnější pohled na situaci.

Jeden z důvodů užitečnosti sdílení uvádí KP7: *“(...) pro nás je to důležitý zcela, pak vyplňujeme i zprávy pro sociálku”* Lékař vypisuje různá doporučení a podklady k žádostem o sociální dávky, pro závodního lékaře či pro pobytové sociální služby. Potřebuje tak komplexní informace o pacientovi. Například pro pobytové služby je zpráva ošetřujícího lékaře důležitá, aby při příjmu klienta do chráněného bydlení pracovníci věděli, jak s klientem komunikovat a pracovat, případně je posuzována vhodnost klienta pro chráněné bydlení (viz kapitola 1.3.2.2 v teoretické části práce). Při příjmu do zaměstnání je zase důležité doporučení psychiatra, aby na pacienta nebyly kladeny příliš vysoké nároky. KP7 také uvádí důležitost sdílení kladných informací o pacientovi *“Nám se dostává vždycky jenom, když něco provedou (...) To hezký se k nám nedostane(...) pak ho můžeme pochválit za to, co se povedlo, a nejen to se nepovedlo.”* Pokud má lékař motivovat pacienta, je důležité, aby byl pozitivní a pochválil ho. Účinnější je vždy pochvala za konkrétní věc. Pro sociální pracovníky to může být drobnost, ale pro pacienta to může znamenat velký pokrok v jeho fungování a tím i velká motivace. A tak v rámci společné spolupráce při péči o klienta/pacienta může být významné zmiňovat všechny aktivity a události, které pracovník sociální služby s klientem zažil a absolvoval.

Ohledně oblasti překážek ve sdílení informací uvedli čtyři participanté jako **překážku nedostatek času**, kdy nejvýstižněji o tom hovoří KP5: *“Tak většinou čas. Protože čas je u nás taková nějaké... že my ten čas hodně řešíme,”* nebo také KP1: *“(...) já hodně vnímám, že ten problém do značné míry je časový.”* Téma času provází celý výzkum, jelikož ho participanté často zmiňovali. Důvodem pro překážku v podobě času je pravděpodobně velká vytíženost ambulantních psychiatrů, například KP8: *“(...)já tady ošetřuju za rok 2000 rodných čísel,”* nebo KP1: *“(...) A já tady mám jako v kartotéce 800 lidí, který jsou prostě moji a pomáhá mi s nimi sestřička.”* Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, v rámci Jihomoravského kraje připadá 10 ambulantních psychiatrů na 100 000 obyvatel, což není nejhorší výsledek oproti jiným krajům. Ovšem problémem je nárůst počtu pacientů, který je rychlejší než nárůst ambulancí. A právě z tohoto důvodu ambulantní psychiatři, participanté, evidují takto velké počty pacientů. Jak bylo zmíněno v kapitole Zdravotnický systém péče o lidi s duševním onemocněním na straně 19, ambulantní psychiatři se snaží o vysokou produktivitu vyznačující se minimálním časem na kontakt s pacientem.

Jeden participant uvedl kromě překážky času také možnost **vykazování na pojišťovnu**: *“Čas a možnost si to víc vykazovat na pojišťovnu.”* Vykazování péče na pojišťovnu se týká pouze zdravotníků, sociální služby fungují zase v jiném režimu. Opět se zde ukazuje problém, do jaké míry jsou propojeny tyto dvě sféry (a i určitá motivace lékařů). Zároveň dialog mezi psychiatrem a sociální službou není vyloženě přímá péče o pacienta v kontextu zdravotnictví. Je tak adekvátní, že výše uvedený participant ze svého pohledu má tuto potřebu – mít možnost si tento kontakt adekvátně vykázat.

Aby bylo sdílení informací mezi ambulantními psychiatry a sociálními službami efektivnější není v odpovědích jednoznačná shoda. Nejčastěji se participanté vyjádřili, že **by sdílení mohlo být lepší, ale zároveň uvádí nedostatek času**. KP1 pro vyšší efektivitu uvádí: *“(...)umět si nějak*

vzájemně vyjasnit, jaké informace jsou pro koho podstatný.” Zároveň KP8 se vyjádřil: “(...) tolerance, že každá ta práce je v něčem jiným.” Je všeobecně známo, že lékaři a sociální pracovníci mají odlišné pohledy na pacienta, protože vychází z různých profesních perspektiv. Lékař se zaměřuje primárně na zdravotní stav, vidí pacienta jako nositele zdravotního problému, který je třeba léčit. Pohled sociálního pracovníka je více holistický, snaží se o zlepšení celkové životní situace. Lékař a sociální pracovník mají ale společný cíl zlepšení kvality života pacienta/klienta. Spolupráce mezi nimi zajišťuje, že zdravotní a sociální aspekty života pacienta jsou vyvážené a řešené. KP1 pro efektivnější sdílení informací uvádí: “(...)informační technologie by to prostě mohli udělat tak, aby byly služby snadno provázány (...) informace byly prostě velice snadno dostupné (...) pro mě by bylo neoptimálnější, pokud by byla možnost, že přijde mi na kontrolu pacient, já si ho rozkliknu ve svém programu a tam na ně prostě vyskočí zpráva od sociálního pracovníka, že mě chce něco předat k tomu pacientovi, který právě teď čeká v čekárně. (...) abych měl vždycky všechny informace dostupné na dosah ruky a zároveň aby to nebylo zneužitelný.” Vytvoření jednotného záznamu, který by obsahoval zdravotní, sociální a jiné relevantní záznamy o pacientovi, by určitě byl pro praxi efektivní, obzvláště v koordinaci komplexní péče, ale vyvolává zároveň etická dilemata, kdo by do takové dokumentace mohl nahlížet, jelikož by obsahovala citlivé údaje. Velkou otázkou by bylo zabezpečení takové databáze a její financování.

**Příkladem dobré praxe v oblasti frekvence** kontaktu se sociální službou je **setkání**, které popisuje KP8: „Asi dvouhodinový, to tak jednou nebo dvakrát za rok se sejdeme. A znovu si ožívují prostě ten princip těch duševně nemocných, jak to vnímáme, jaké jsou možnosti léčby, a to samé já se od nich dozvídám třeba některé věci, se kterými oni se potřebují nějak svěřit.” Tato setkání mezi ambulantním psychiatrem a sociálními pracovníky z určité sociální služby přináší všem stranám možnost vzájemné edukace, jelikož všechny zúčastněné profese se na problematiku duševních nemocí dívají skrz svou odbornost, tedy lékař na zdravotní stav pacienta a sociální pracovníci sledují sociální situaci klienta. Všichni aktéři setkání se tak navzájem obohacují, mohou probírat vzniklá dilemata při poskytování péče a pomoci, sdílí navzájem své pohledy. Zároveň je to může profesně rozvíjet a z toho může také pacient či klient profitovat. V neposlední řadě tato setkání budují, prohlubují a udržují vztahy mezi zúčastněnými.

Většina odpovědí ambulantních psychiatrů na otázku, jaké potřeby pacienti na setkání s nimi řeší, se shodovala. Zmiňovali **doprovody nejen k lékařům, ale i na úřady, finanční problematiku, bydlení, mezilidské vztahy, sociální izolaci či osamělost, zaměstnání a neschopenky**. Šest participantů z 11 uvedlo **vyřízení různých příspěvků na úřadu práce (příspěvky na péči a na bydlení), dále se jedná o vyřízení důchodů (starobních či invalidních)**.

Většina lékařů uvedla pouze výčet potřeb, jako například KP9: “Tak to jsou hlavně ty doprovody k lékařům, doprovody na úřady, protože mnohdy ti moji pacienti nemají něco dovyřizováno – nějaké důchody nebo příspěvky (...) Různé skupiny, mají různé potřeby.” **Potřeby pacientů souvisí také s jejich zdravotními problémy** jak uvádí KP8: “Jinak samozřejmě je nekonečné množství těch specifikovaných sociálních služeb, protože něco jiného by mělo být pro poruchy příjmu potravy mentální anorexie něco jiného pro organiky, něco jiného pro těžké poruchy osobností, zejména ty hraniční osobnosti, čili, já bych řekla, že vždycky každá ta skupina těch pacientů svým způsobem vyžaduje specifickou péči a to, co nás jako psychiatry nejvíce trápí nebo zajímá je, aby byli dobře zabezpečeni ti nejtěžší pacienti a ty těžké diagnózy.” Každá diagnóza a

prostředí ve kterém pacient žije s sebou nese určité potřeby, například člověk s paranoidní schizofrenií trpící pocity, že ho někdo sleduje, má problém s vycházením mimo svůj domov a potřebuje doprovod sociálního pracovníka, pokud nemá rodinu nebo nějakého blízkého člověka, kterému důvěřuje, který ho doprovodí k lékaři nebo na nákup. Problematice dopadů duševního onemocnění na život jedince je věnována kapitola 1.1.2 na straně 14. Další specifickou skupinou jsou senioři, kteří jsou osamělí a potřebují pomoc s vyřízením příspěvku na péči či podáním žádosti do pobytové služby. Lidé závislí na návykových látkách řeší často finanční situaci, jak uvádí KP9: *“A pak je skupina lidí, kteří jsou závislí na nějaké návykové látce a tam (...) jsou to hlavně ty různé insolvence, exekuce a tak. Takže tam já je zase posílám tímto směrem k tomu poradenství, jak vlastně s tím životem dál.”* Výčet skupin a potřeb pacientů by byl velmi obsáhlý a lékař nemá kapacitu a často ani dostatek informací, aby pomohl pacientům tyto problémy vyřešit. Opět se tak ukazuje, jak významné a efektivní postavení má multidisciplinární přístup k pacientům.

Další nejčastější odpovědi byly **doprovody**, jak uvádí KP1: *“u pacientů, kteří jsou těžký pacienti, kteří prostě by to sami vůbec nezvládli. Kteří by si ani nenachystali léky, nezvládli by vůbec nějak zákoně se o sebe postarat, tak tam je doprovází tak nějak automaticky, ale mám třeba i pacienty, u kterých dominující jsou právě třeba problémy s dopravou, že nějaký takový velký jako úzkostný stavy po cestě, takže ty doprovody za mě, v tomhle tom jsou super věc.”* Pacienti s těžkým duševním onemocněním mohou být v rámci svého domova plně soběstační, jejich vnímání světa je jiné, proto si ani neuvědomují vlastní problémy a mnohdy ani neví, že mohou využívat nějakou službu, která jim pomůže s doprovodem k lékaři, na úřady nebo na nákup. Dopady duševního onemocnění jsou individuální a jejich popisu je věnována kapitola 1.1.2. na straně 14. Ve výčtu zmiňovaných potřeb je vidět důležitost sociálních pracovníků pro ambulantní psychiatry, což je patrné z odpovědi KP1: *“když pacient má nějaký jako zakázky v uvozovkách, který jsou spíš sociální, tak to se snažíme řešit přes toho pacienta. Pacientovi řekneme: “Jo, tohle to je důležitá věc, kterou ale prostě musíte vyřešit s tím svým sociálním pracovníkem. (...) potřeba, kterou potom adresuju směrem k tomu sociálnímu pracovníkovi, protože pacienti se mě často ptají prostě, jak to funguje jako s neschopenkama a jak to funguje s příspěvkama na péči a na bydlení a tak. A to jsou všechny ty věci, který já vůbec jako nevím. Jo, já vždycky řeknu, můžu vám vystavit neschopenku, ale to je tak jako tím to vlastně pro mě končí.”* Potvrzuje to i KP8: *“když zařídíme kvalitní léčbu psychotického nebo duševně nemocného pacienta, tak on pak může při svých vlastních potřebách svým způsobem vyžadovat komunikovat s těmi sociálními službami, které jsou nezbytné. Proto ta resocializace, dá se říct taková ta forma jakéhosi návratu do toho společenského světa je úplně stejně důležitá jako ta léčba.”* Lékař nastavuje léčbu a řeší primárně zdravotní stav, pokud je pacient dobře zaléčen, může řešit s pomocí sociální služby své potřeby jako je bydlení, práce či finanční situace. Lékaři často zmiňovali nedostatek času, jak bylo již popsáno výše, proto je pro ně efektivní spolupráce se sociálními službami důležitou součástí jejich praxe.

Lékaři řeší u svých pacientů nejčastěji právě doprovody, a to nejen v případech, když nedorazí pacient na kontrolu, ale také jak uvádí KP9: *“...pacienta nikdo nedoprovodil. Pak mě ten pacient o sobě nic moc neřekl a byl to velký problém.”* Sociální pracovník vidí pacienta častěji a v jeho přirozeném prostředí, má tak náhled na pacientovo chování a fungování, které je pro lékaře důležité pro nastavení léčby, což dále potvrzuje KP9: *“sociální služba ho vidí, takže já dostávám poměrně důležité objektivní informace od těch sociálních pracovníků u fungování toho člověka.”*

(...) Někdy se stávalo, že pokaždé přišel někdo jiný (...) když mně přijde doprovod, který k tomu pacientovi mi není schopen podat žádné informace, tak mě to hodně komplikuje fungování, protože znovu říkám, ti lidé mě řeknou, no dobrý, a to je celý." Tento problém může být způsoben častým střídáním pracovníků. Je důležité, aby když už pacienta převezme jiný pracovník, byly předány důležité informace. Někdy může být vystřídání sociálního pracovníka výhodou, jelikož při dlouholeté spolupráci se může stát, že pracovník některé způsoby chování či fungování již přehlídí, nepovažuje je za důležité a k lékaři se tyto informace nedostanou. Může se tedy stát, že z výměny sociálního pracovníka pacient může profitovat. Aby došlo k potvrzení této teze, musel by být výzkum zaměřen na spolupráci pacientů se sociálními službami.

Dále se ambulantní psychiatři shodují, že **potřebují informace**. Uvádí tak například KP9: *"lékař je jako bezmocný bez těch objektivních informací u určité skupiny"* Pacienti trpící těžkým duševním onemocněním mají jiné vnímání světa, proto je důležitý již zmiňovaný doprovod, který ale pacienta zná, vidí ho v jeho přirozeném prostředí a přináší tak na setkání s lékařem objektivní informace, bez těchto informací se lékaři špatně nastavuje léčba. Informace jsou velmi důležité při změně medikace, protože například pacient může sdělovat lékaři, že je mu dobře, ale sociální pracovník může vidět klienta příliš utlumeného léky.

Z analýzy výzkumu také vyplynulo, jak ambulantní psychiatři hodnotí proces léčby u pacienta, který sociální službu čerpá oproti tomu, který sociální službu nečerpá. Celkem sedm z 11 participantů o této zkušenosti, že **pacient čerpá sociální službu, hovořilo kladně**. Nejlépe názory ambulantních psychiatrů vystihuje KP7: *Pokud vezmu pacienta, který je na startu a využíval tu službu, tak je určitě lepší za mě, protože už jenom to, že ta služba dokáže to, že ho mě sem donaviguje, zjistí, kde je, netoulá se mi, že mi ho sem dovede, některý pacienti nám sem opravdu chodí jenom za podpory někoho a v momentě, kdy podpora vypadne, tak nám nedojdou a ten stav se samo sebou zhorší. Takže určitě ti, co jsou nakontaktovaní na službu, ať je jakákoliv, a když pracují, tak se zlepšují víc než ti, co sedí doma, koukají do stropu."* Ve větší míře totiž participanté popisovali, že jim **pacient čerpající sociální službu dojde na kontrolu oproti tomu, kdyby tuto podporu neměl**. Někteří ze zmíněných sedmi participantů také zmiňovali **zlepšení v procesu léčby**, například KP3: *"Ta spolupráce bývá lepší."* Z pohledu participantů také sociální služby přispívají k tomu, že se daří pacienty motivovat ke zlepšování zdravotního stavu, jak uvádí KP1: *"A vidím tím pádem, že častokrát když je to v souvislosti s těma sociálníma službama (...) tak se povede častokrát toho pacienta motivovat dřív k intenzivnější léčbě a tím je ta léčba potom lepší, kratší. Takže to v tomhle tom může fungovat určitě líp."* Sociální pracovník není v pozici autority, často je pro klientky důvěryhodnou osobou, osobou blízkou, která s nimi komunikuje z jiné pozice než lékař, úředníci nebo rodina. Sociální pracovníci také mají své metody a postupy, jak komunikovat s klienty a jak zacházet s jejich přáními. Nejdůležitější je vztah založený na důvěře, což může pacienty motivovat k užívání léků, podstupování terapií nebo k docházení do denního stacionáře apod. Zároveň spolupráce se sociálními službami může pro pacienta znamenat komplexní zajištění a podporu, jak uvádí KP11: *Tak u pacienta, který tu službu čerpá, tak má opravdu ve všech životních oblastech podporu. A ten, který tu službu sociální nečerpá, tak je opečovávaný jenom zdravotníkama – to znamená, že se starají jenom o jeho zdravotní stav nebo zdravotní potíže a tím to skončí."*

Zajímavý pohled k tomuto tématu přináší KP9: *"To se nikterak neliší, každá ta léčba by měla být individualizovaná, ušitá na míru. Tomu konkrétnímu pacientovi je úplně jedno, jestli čerpá nebo*

nečerpá sociální službu.“ Obdobně uvažuje také KP10: „Myslím si, že to období remise, nějakých potíží, kdy pacient je na tom lépe, bývá delší, když má nějakou sociální podporu, ale nemusí se nutně jednat o sociální službu. Tam bych se o to spíš opíral u těch pacientů, kteří nemají rodinu, nebo žádné jiné blízké osoby, ale je to jenom můj dojem. Není to něco, co bych měl podložené na datech.“ Podpora pro pacienta může přicházet z různých zdrojů, měla by být dobrovolná a individualizovaná, jak uvádí KP9. Rozdíly u pacienta, který čerpá profesionální pomoc sociálních služeb, se mohou odrážet na motivaci a iniciativě. Ukazuje se tak, že ne všichni ambulantní psychiatři mohou mít povědomí o těchto výhodách sociální služeb, respektive vztahu, který je mezi jejich pacientem a sociálním pracovníkem. Nejlépe vnímání těchto výhod vystihuje KP1: „(...) je rozdíl, když někomu říká jeho rodina nebo nějaký blízký osoby, tak mu říkají, ale musíš se sebou něco dělat. Musíš se nějak léčit a musíš si to hlídat. (...) A ta rodina většinou dělá fakt jako direktivně a na sílu. A ten pacient potom jde do defenzivy a se tomu brání a pak můžou přicházet ty relapsy. Už jenom z toho důvodu, že pacient je v nějakém odporu. (...) ty sociální služby velice často na to jdou obráceně, než že by člověku něco nutili, tak spíš hledají jeho potřeby. A potom prováží ty jeho potřeby s tím, co tomu pacientovi nějak může pomoci.“

Za zmínku také stojí, že participanti se v menší míře zmiňovali o tom, že **čerpání sociální služby bývá u pacientů s těžšími diagnózami**, například KP3: „Většinou ti, co čerpají, tak to jsou těžší nemoci (...).“ I samotné sociální služby se zaměřují na specifické okruhy psychiatrických diagnóz. Je tak přirozené, že nejčastěji je poskytovaná péče sociálních služeb k těm těžším psychiatrickým diagnózám. I samotná Centra duševního zdraví mají specifikovaný okruh diagnóz, viz kapitola 1.3.3.1. V tomto kontextu, těžších duševních onemocnění, se zajímavě zmiňuje i KP8: „ (...) i do budoucna, pokud budou fungovat i sociální služby pro ty nejtěžší nemocné, tak to musí být navázáno na kvalitní psychiatrickou péči.“ A přesně to by se v praxi mělo poskytovat v Centrech duševního zdraví. Zároveň toto sdělení navazuje na multidisciplinární přístup k péči o duševně nemocné, kdy probíhají snahy o ambulantní psychiatrickou péči provázanou se sociálními službami tak, aby z toho pacient či klient mohl v co největší míře profitovat.

### 2.3.3 Faktory ovlivňující spolupráci ambulantního psychiatra a sociálních služeb

V této podkapitole jsou popsány různé faktory, které mohou ovlivnit spolupráci lékaře a sociální služby, a to souhlas pacienta se sdílením informací, nabídku a dostupnost služeb z pohledu ambulantních psychiatrů a také to, jaká služba naopak lékařům chybí. V neposlední řadě je také významným faktorem samotný postoj lékařů ke své profesi a také jejich postoj k sociálním pracovníkům.

Pro **sdílení informací** je pro participanty významný i **souhlas pacienta**, kdy ve větší míře, pět z jedenácti ambulantních psychiatrů, se vyjádřilo, že je pro ně jednoznačný souhlas pacienta, například KP7: „Ano, pokud nám pacient dá samo sebou souhlas.“ Lékař je vázán lékařským tajemstvím, nabízí se nám však otázka, do jaké míry je etické komunikovat o pacientovy a jeho potřebách telefonicky nebo emailem bez možnosti vyjádření a vědomí daného pacienta. V tomto případě se jeví jako nejlepší řešení odpověď KP3: „Když tady spolu sedí, tak se prostě domluvíme“. Pacient má takto možnost vyjádřit se k návrhům řešení jeho problémů a potřeb, zároveň sociální pracovník má přehled o doporučeních lékaře, případné změny medikace. K

dalšímu prozkoumání by stálo, kdo vlastně pacienty k lékaři doprovází. Zda se opravdu jedná o sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách.

Souhlas pacienta je dle KP7 pochopitelný, ale vnímá někdy **potřebu řešení problémů s tímto souhlasem v rozporu**: *“Toto právo na jednu stranu chápu a na druhou stranu někteří pacienti u nás na psychiatrii nepodepíší nic. Já potom tady mluvím o třetí osobě a tak nějak se snažíme to různě obejít. Podávat obecné informace, které můžeme ze zákona.”* KP8 také zajímavě uvádí: *“Oni přijdou s pacientem, tak zase nemohou vědět, jaké věci před tím pacientem si nemůžu dovolit říct, abych ho třeba neztratila z léčby.”* Ve většinové společnosti se často mluví o nezájmu lékařů o pacienty, KP8 dle své odpovědi toto tvrzení vyvrací, z odpovědi je zřejmý opravdový zájem o pacienta. Je důležitý způsob komunikace a důvěra pacient/lékař obzvláště v oboru psychiatrie, kde je žádané a důležité, aby se pacient svěřil se svými pocity, svým prožíváním a problémy které vnímá. Lidé s duševním onemocněním také mohou mít, jak již zaznělo v teoretické části této práce, problémy v oblasti kognitivních funkcí, emoční regulace a v chování. Mohou tak například mít menší důvěru vůči lidem, obavy z komunikace a vztahu s lidmi. To vše může ovlivňovat také vzájemnou výměnu informací mezi odborníky a pacientem/klientem.

**Nabídku a dostupnost** sociální služeb hodnotilo **pět** z 11 participantů **kladně**, jeden participant hodnotil neurčitě a zbývajících **pět participantů nedokázalo nabídku a dostupnost relevantně ohodnotit z důvodů nedostatku informací a přehledu o sociálních službách**. K dostatečné dostupnosti a nabídce se vyjádřil například KP11: *„Myslím si, že je docela jako kvalitní a četná že, že je možné najít pro každého něco.”* Neurčitou odpověď přinesl KP6: *„Všichni, kteří chtěli se soc. službou spolupracovat, tak spolupracují,”* jelikož zahrnuje pouze motivované pacienti, kteří do spolupráce se sociální službou vstoupili již od začátku dobrovolně. KP3 hodnotil dostupnost: *„Za mě dobrá. (...) Je jich tady dost.”* A KP1 se pouze vyjádřil k dostupnosti sociálních pracovníků: *“Jestli se bavíme o dostupnosti sociálního pracovníka jako takového (...) tak tam vnímám, že je to docela dobré. Aspoň je takovým dojem, že kdokoliv nějak potřebuje, tak se jako dá mu zajistit nějakého pracovníka.”* Brno je druhé největší město v ČR, tudíž je zde vysoká koncentrace sociálních služeb a sociálních pracovníků, vč. těch na magistrátu a dalších veřejných institucí. Lze tak předpokládat, že člověk najde sociální službu, která se mu bude věnovat, i kdyby šlo pouze o službu odborného sociálního poradenství, která také poskytuje terénní péči. V teoretické části této práce byly popsány služby pro lidi s duševním onemocněním v ORP Brno v kapitole Statistické shrnutí poskytovatelů zdravotní a sociální péče na straně 38.

Významný důvod pro nemožnost hodnocení dostupnosti a nabídky služeb přináší KP5: *„Ale možná ani nemám přehled úplně, co vlastně ty sociální služby můžu poskytnout pacientům. (...) kdyby se mělo věnovat jen sociální problematice, takže vlastně ani nevím, jaké jsou možnosti.”* Stejný názor sdílí také KP4: *„Možná nemám představu, se přiznám, že když bych teď jako pacient oslovila vás nebo jinou službu, za jak dlouho jste schopni se mi věnovat. To se přiznám, že nemám. Nevím, jak dlouho trvá, než se naváže nějaká spolupráce.”* A KP7 doplňuje další informace k této problematice: *„(...) být nějaký doktor, tak nemám skoro žádné informace. Když jdete občas na nějakou přednášku, tak to není to, co bych si úplně představovala. Většinou se hádají jedno nebo dvě sdružení, kdo má z nich pravdu.”* **Ambulantní psychiatři tedy nedisponují informacemi o tom, jak sociální služby fungují** a pokud ukážou vlastní iniciativu jako KP7 v podobě účasti na přednáškách ze strany sociálních služeb, míjí se vše účinkem a opět lékař neobdrží ty informace,

jež potřebuje ke své profesi. Bylo zjištěno z výpovědí participantů, že by pro **ambulantní psychiatry bylo užitečné, pokud by měli informace o fungování sociálních služeb a o tom, co vše mohou pro jejich pacienty udělat, respektive v čem a jak jim mohou pomoci.**

Na **problematiku cílových skupin u sociálních služeb** upozorňuje participantka KP8: „*Jsem měla pacienta, který měl ochrannou léčbu ústavní psychiatrickou. Byl to těžký psychotik. (...) Trvalo to asi tři týdny, než se ho ujali. Protože si to přehazovali, kam vlastně patří, když teda byl sedm let v Černovicích. Najednou člověk nepatří nikam, takže vlastně podle předpisů není ho kam umístit. Tam nefungoval prostě ten stav – je tady člověk, musíme si ho vzít, potřebuje to, chce to – tam nefungovalo.*“ Opět se ukazuje fakt, že ambulantní psychiatři nemají dostatečný přehled o tom, jak fungují sociální služby. Přestože do psychiatrie spadají geriatričtí pacienti stejně jako ti sexuologičtí nebo pacienti s ochrannou léčbou, chybí pro ně dosud specializovaná služba. A dochází tak k tomu, že jsou tito potenciální klienti odmítáni z důvodu nastavených pravidel sociální služby. Může se jednat o překážky v podobě negativního vymezení cílové skupiny, chybějících proškolených sociálních pracovníků, nezájem ze strany zřizovatelů sociálních služeb, a tedy i donátorů sociálních služeb. Tuto interpretaci v neposlední řadě potvrzuje také KP9: „*Ty sociální služby jsou špatně, divně financovány, takže ta dostupnost bude primárně o nedostatku financí si myslím. Nemyslím si, že by těch organizací bylo málo. Myslím si, že prostě nemají na to se rozšířit, protože většina je placená z Jihomoravského kraje. Pokud není v síti, tak musí mít různé granty, jinak se neuživí. Takže to je otázka spíš na politiky.*“

Celkem tři z jedenácti participantů nám sdělili, že **vnímají nedostatek péče pro děti s duševním onemocněním**, ať už v podobě nízké kapacity ambulantních psychiatrů s touto specializací nebo dlouhé čekací lhůty. KP1 sdílel svůj pohled na nedostupnost a malou nabídku služeb: „*Osobně mě třeba spíš napadá dětská populace. To taky vnímám, že obecně je to takový jako poddimenzovaný. (...) A naopak mě spíš třeba napadají senioři. (...) potřeba seniorů, pokud chtějí zůstat ve svém domácím prostředí (...) tak tam třeba mě přijde, že někdo úplně moc není. Že by s těma seniorama vyřešil právě třeba finanční stránku věci, když tam maj nějaké potíže. Podpořili je třeba z pohledu té socializace. (...) tak tam si myslím, že je to takový asi omezenější, ale taková moje představa.*“ Dětská psychiatrie je sama o sobě velkým tématem a již několik let se hovoří o její nedostupnosti z důvodů velmi nízkého počtu dětských ambulantních psychiatrů, nemluvě také o velmi nízkém počtu psychiatrických nemocnic pro děti a mládež. KP11 uvedla svou zkušenost a postoj k tématu dětské psychiatrie: „*Co chybí – zatím jsou v Česku jenom tři CDZ pro děti. (...) V Brně je při Prahu takzvaný tým včasné podpory a ty se starají o děti, ale mají tam psychology a myslím si, že plánují pomalinku založit aspoň multidisciplinární tým pro děti. Ale jde to teda zase ze strany sociálních služeb, vlastně Prah je sociálně služba, jako ti zdravotníci o tom budou donekonečna hovořit, ale to je taky všechno.*“

Předchozí zanalyzované oblasti přináší také vhléd do **chybějících sociálních služeb**, které by mohly pomoci ambulantním psychiatrům v poskytování jejich péče. Již byly zmíněny chybějící služby pro seniory, pro lidi s ochrannou ústavní léčbou a nedostatek psychiatrů pro děti. Dva z devíti participantů zmiňují takovou službu, která **poskytuje doprovod či dovoz pacientů na kontrolu**, například KP3: „*(...)pokud je pacient imobilní, tak ho dovést aspoň jednou za čtvrt rok na kontrolu. Byla by to obrovská pomoc.*“ Populace v ČR stárne a je nepopiratelným faktem, že hůře pohybujících se či imobilních lidí postupně přibývá. A stále s tímto neumí společnost adekvátně pracovat. Participant, KP3, k tomu ještě doplňuje: „*Já chci někoho dostat na kontrolu,*

*ale tady paní, která prostě nepřijde, a já jí dva roky píšu léky bez toho, aniž bych ji viděla. Vždycky je to na základě telefonátu, ale telefonát mi pojišťovna neproplatí.*“ Participant tak upozorňuje na systémový problém, kdy pojišťovny nejsou rychlé v reagování na potřeby společnosti, respektive určitého okruhu pacientů. Co může být důvodem, který vede pojišťovny k těmto krokům, by stálo za další výzkum/analýzu. V neposlední řadě dalším faktorem, jež lze řešit, a který může vést k tomu, že je pro pacienty obtížné dostavit se na kontrolu, může být například sociální fobie. A proto je vhodné oslovit sociální služby – ať už službu sociální rehabilitace, osobní asistenci apod.

KP2 zmiňuje i důvod, který vede k nutnosti zajištění služby, která poskytuje doprovody: *„(...) někteří pacienti se dostanou do situace, kdy úplně nejsou schopni docházet a ta rodina to nestíhá, protože třeba rodinu nemají.*“ Na téma rodiny upozorňuje v kontextu dětské psychiatrie KP4: *„Že by se pracovalo s tou celou rodinou.*“ Rodina má v životě člověka velice významnou roli, jelikož skrze ni poznává člověk svět, kulturu, učí se sociální interakce, rozpoznává sociální vazby až po fakt, že rodina je prvkem přirozené podpory. V kontextu teorií sociální politiky by stát měl zasahovat do nepříznivé sociální situace člověka právě ve chvílích, kdy rodina nemůže poskytnout pomoc. Je tedy významné, že ambulantní psychiatři toto téma otevírají, a právě sociální služby mohou být velkým pomocníkem, když selhává či chybí podpora rodiny. Navíc často lidé s duševním onemocněním pocházejí z patologických rodin. Za zmínku také stojí to, že sociální služby zaměřující se na děti s duševními problémy, jsou teprve v rozvoji a mnoho jich není. Na území města Brna poskytuje tuto specifickou službu pouze jedna organizace.

Mezi další chybějící služby, které by lékařům pomohli v jejich profesi, zmínil KP7 službu: *„Která možná zmapuje to, jak to u toho pacienta vypadá doma. Takový ten člověk, který mi (...) hlavně u pacientů, co nemají ty rodiny, která mi tam zastoupí toho rodinného člena (...) takový, jak to máte v rodině. (...) Pak ta vazba k nám.*“ Jedná se tak již o třetího participanta, který zmiňuje **rodinu v kontextu chybějící sociální služby**. Ovšem participantovi chybí také zpětná vazba ve spolupráci s klientem. KP7 doplňuje k vazbě: *„To hezký se k nám nedostane, což mi přijde jako strašná škoda, protože si zasloužíme i my, ale i ten pacient, když ho pak můžeme pochválit za to, co se povedlo a nejenom to se nepovedlo. Spousta z nich se neumí pochválit (...). A jsme takový drábové. Potom se jim k nám samo sebou nechce chodit.*“ Spolupráce mezi psychiatrem a sociální službou pravděpodobně často vede pouze k řešení problémů na straně pacienta. Může to být nastavením společnosti, nebo to může být také způsobené tím, že negativní věci si lidé lépe vybaví a více pamatují. Pro sociální služby tak může být významné přinášet do spolupráce s ambulantním psychiatrem komplexní obraz o fungování klienta namísto toho, co nefunguje. Více by se tak podpořilo i zotavení klienta/pacienta, kdy zotavení má v jednom ze svých principů i podporu silných stránek klienta. Více zotavení popisuje kapitola Komunitní péče v kontextu duševního onemocnění na straně 28 v teoretické části této práce.

Neopomenutelnou **chybějící službou** pro ambulantní psychiatry je **terénní zdravotní sestra**. Zmínili ji dva participant z devíti, například KP3: *„(...) terénní sestra, která by se za tím pacientem dostavila. Dala by mu medikaci.*“ Lékařům by tak mohl vzniknout časový prostor na více pacientů či na administrativu spojenou s výkonem jejich profese. Zároveň by pacient mohl setrvávat více ve svém přirozeném prostředí. Zdravotní sestry se specializací psychiatrie jsou v centrech duševního zdraví, která mají svá specifika, co se týče cílové skupiny, a tak tuto pomoc nemohou čerpat jiní lidé s psychiatrickou diagnózou, která nespadá do CDZ. Další participant, KP2, se v

kontextu center duševního zdraví také zmiňoval o podávání medikace: „Akorát, že když jsme chtěli další pacienty, třeba protože jsem pak musel jezdit za pacienty, přestože nemám podepsanou smlouvu s pojišťovnou, že budu jezdit k pacientům a píchat jim depoty. Tak jsem chtěl tohle zajistit, a to prostě nešlo.“ Přestože se jedná o kontext CDZ, opět participant narazil na to, co zmiňuje KP3. Psychiatrům by v jejich profesi pomohlo, **kdyby medikaci podával někdo jiný**, třeba právě terénní zdravotní sestra. Opět se objevuje i systémový problém s pojišťovnou. I když běží již více jak deset let reforma psychiatrie, která přinesla do poskytování péče lidí s duševním onemocněním terénní psychiatrické sestry, dosud neplní očekávání ambulantních psychiatrů. Tento problém může souviset i s kompetencemi, které zdravotní sestry mají, a které se opírají o zákonné možnosti poskytování zdravotní péče. KP7 se také zmiňovala o medikaci, ale v souvislosti se sociálním pracovníkem: *“Mě strašně vadí, že sociální pracovník nemůže podat léky a doma si ti lidi berou léky sami (...). Já tady poučuju rodiny, a ty taky nejsou zdravotníci, že teda mají zkontrolovat léky, proč to nemůže udělat sociální pracovník? To mě taky jako přijde hrozné.”* Zároveň participant sděluje, proč tomu tak je – sociální pracovník není zdravotnickým pracovníkem, tudíž má v tomto ohledu limitované kompetence.

K tématu chybějící sociální služby zmiňuje KP1 službu, která by poskytovala **socializační aktivity napříč věkovými skupinami**: *„A určitě nějaký jako aktivity pro lidi, který mají nedostatek sociálních kontaktů, (...) zároveň by potřebovali, aby to byly aktivity fakt nějak pro ně. Aby to bylo jako podobná skupina. (...) Tam to jako vnímám, že lidi jsou osamělosti ohrožení.”* Sociální služby často poskytují skupinové aktivity, ovšem pro tento obor pak vzniká dilema závislosti na poskytované službě ze strany klienta. Sociální služby mohou podpořit klienta v tom, aby si dokázal sám navazovat sociální vazby, ale ideálně by klientovi neměli suplovat jeho přirozenou sociální síť. Znovu se tak ukazuje, jak každá oblast, zdravotní a sociální, má svá specifika, které navzájem odborníci neznají.

Velice zajímavý pohled k oblasti chybějící sociální služby přináší KP8: *„Ale chybí mně tady taková ta zdravá konkurence těch služeb, a hlavně takový ten rozvoj podle aktuální potřeby.”* Participant vnímá stagnaci v rozvoji sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním a zmiňuje vzájemnou konkurenci mezi službami a chybějící rozvoj podle aktuálních potřeb. Je možné, že služby fungují z podstaty a setrvačnosti, jelikož velká část sociálních služeb v ORP Brno funguje již několik desítek let a stálo by za další bádání, jak se od počátku vzniku do současné chvíle proměnily. V Brně probíhá periodicky komunitní plánování sociálních služeb, kdy se služby plánují v kontextu různých cílových skupin. Lidé s duševním onemocněním jsou tak pouze jednou z mnoha cílových skupin a je možné, že nedochází k rychlému a efektivnímu reagování na potřeby této cílové skupiny.

Ambulantní psychiatři **vnímají ve své profesi velkou zodpovědnost**, a to nejen z právního hlediska, ale i z pohledu morálního, uvádí tak například KP2: *“ta zodpovědnost o pacienta, že se někde musí opřít o někoho”* nebo KP4: *“já udělám změnu, tak prostě i podle zákona jsem za ni já zodpovědná”* Pacienti často spoléhají na psychiatra jako na stabilní oporu, role lékaře v psychiatrii přesahuje pouhé poskytování léčby, jde o vytváření důvěryhodného vztahu. Lékař je ten, na koho se pacient může spolehnout. Potvrzuje to i odpověď KP8: *“...snaha, aby byl pacient spokojený. To znamená, že je to parták, a prostě nehledat v tom žádnou velkou vědu. Podpora je v tom, že ho neopustím, že ho neodsoudím, když to nepůjde...”* Je opět vidět od ambulantního psychiatra zaměření na pacienta, na jeho pohodu a přijetí. Je velice důležitý lidský přístup, aby

mohla být vybudována pacientova důvěra. Tento postoj je shodný s postojem sociálního pracovníka.

**Sociálního pracovníka lékaři vnímají jako důležitou součást v zotavení pacientů.** KP1 se vyjádřil: *“Tak se jich můžu zeptat, jestli oni mají nějaké informace, jestli ho viděli v nějaké nedávné době a podobně. Jo, což vnímám taky jako velký benefit. (...) zavolají v nějakém mezechase mezi kontrolami, že vidí nějaké zhoršení u toho klienta a že by jako viděli nějakou potřebu mého zásahu. (...) já potom si toho pacienta třeba pozvu dříve na kontrolu, můžu na to nějak reagovat. Nehledě na to, že občas se mi i stává, že třeba pacienti mají ostych, že mě třeba něco neřeknou a potom to třeba nějak supluje ten sociální pracovník buď telefonicky anebo se třeba domluvíme, že přijde s ním a pomůže nějaké to téma otevřít, a že společně si to třeba řekneme...”* Z odpovědi vyplývá, že sociální pracovník může být takovým mostem mezi lékařem a pacientem, jelikož vidí pacienta častěji a v jeho přirozeném prostředí, jak již bylo několikrát zmiňováno. Může upozornit na zhoršení zdravotního stavu a předejít tak závažnějším komplikacím. Zároveň může usnadnit komunikaci, pomoci pacientovi odbourávat stud mluvit o některých tématech a může tak významně napomoci efektivnějšímu řešení problémů. Potřebnost sociálního pracovníka vnímá i KP2: *“...ten mu pomohl vyplnit ležstra. Pacienti už mají svoje byty.”* Na vyplňování různých žádostí nemají lékaři čas, zde je právě prostor pro spolupráci se sociální službou, kdy pracovník doprovodí klienta na úřady, pomůže mu s administrativními záležitostmi, pacient tak získává pocit jistoty. Potvrzuje to KP3: *“Zkušenost mám takovou, že se třeba týmy snaží sehnat pro ty pacienty lepší bydlení nebo nějaké zaměstnání, nebo pomoc vyřídít důchod. Vypsat aspoň ty žádosti, některé jsou pro zdravého člověka jako spleť nějakých kliky háků. Ty žádosti o příspěvek na bydlení, nebo o další věci, když už v tomhle pomohou se zorientovat, je to super, protože lidi s těžkým duševním onemocněním tyhlety schopnosti ztrácejí.”* Lékaři vnímají, že sociální pracovník je pacientovi přístupnější a bližší osobou, je pro ně méně formální autoritou a komunikace mezi sociálním pracovníkem a pacientem je spontánnější a otevřenější. Zaměřují se na každodenní problémy pacienta a tráví spolu více času. Toto uvádí i KP4: *“já to беру že v hodně případech je, jako kdyby ten sociální pracovník pro toho pacienta blíž než já, (...) sociální pracovník stěžejní v tom, že vlastně řeší s ním takové ty běžné problémy v životě. Což na to v ambulanci moc času není.”*

Lékaři zároveň vnímají do určité míry **náročnost profese sociálního pracovníka i jejich omezené kompetence**. KP7 uvádí: *“Mě strašně vadí, že sociální pracovník nemůže podat léky a doma si ti lidi berou léky sami (...) a kolikrát si je doma chystají pacienti s mentálním defektem (...) ty léky chystají špatně, a to nikomu nevadí. (...) Já vždycky říkám v těch sociálních službách to není žádná hitparáda. Na tu psychiku ty lidi si to přebírají.”* Dilemata nad podáváním léků byla již mnohokrát zmiňována a diskutována. Sociální pracovník je zaměstnanec nějaké organizace a jeho kompetence jsou tak regulovány vyhláškou. Zdravotní sestra je k tomuto úkonu připravována v rámci svého studia a je tak za tento úkon zodpovědná. Dalo by se říct, že sociální pracovník je tak i chráněn zákonem, že zaměstnavatel nemůže požadovat, aby převzal tuto zodpovědnost. Zde se nabízí ještě otázka, zda by se v rámci pobytové sociální služby vůbec jednalo o sociálního pracovníka nebo pracovníka v sociálních službách, kdy k vykonávání této profese stačí kurz pracovníka v sociálních službách, může mít pouze základní vzdělání. Opět se tak ukazuje, že lékaři mají nízkou míru informovanosti o tom, co sociální pracovníci či pracovníci v sociálních službách mohou vykonávat v rámci své profese.

KP8 ještě vysvětluje: *“je úplně jedno kterou práci děláte, ale jak je to práce s lidmi a jak je tam ta odpovědnost za ty lidi, tak to musí být navázáno podle té bych, řekla závažnosti té odpovědnosti, je něco jiného, když to bude sociální pracovník zajišťující poštu nebo doprovod a něco jiného je, když je potom povedete třeba k té spolupráci, třeba s těmi službami jinými, nebo prostě musíte mít určitou autoritu nebo jak to nazvat a takovou tu autoritu prostě věrohodnou. Jo, že to ne že já mám vždycky pravdu, ale prostě ten člověk ví, že se o vás může opřít.”* Vyšší úroveň odpovědnosti vyžaduje určitou odbornost, schopnost koordinace a věrohodnou autoritu. V sociální práci nespočívá autorita ve formální moci, ale ve spolehlivosti, respektu a v budování důvěry. Pacient potřebuje jistotu, že se může na sociálního pracovníka spolehnout. Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním jsou popsána v teoretické části této práce na straně 16.

### 2.3.4 Multidisciplinarita z pohledu ambulantních psychiatrů

Oblast multidisciplinarity ve výzkumu zahrnovala její užitečnost z pohledu ambulantních psychiatrů, jejich zkušenost v této oblasti, včetně zkušenosti s centry duševního zdraví. V neposlední řadě byla participantům položena otázka na koordinaci multidisciplinárního týmu z jejich pohledu.

Několik z participantů výzkumu mělo bližší zkušenost s centry duševního zdraví, ale z důvodu zachování anonymity nebudou blíže specifikovány jejich role.

Všech 11 participantů uvedlo **kladný přínos multidisciplinárního pojetí péče** nebo ho ohodnotili jako užitečný, například KP3 říká: *„Je to dobrý, protože odpadají některé povinnosti mně třeba.“* Pacienti při čerpání multidisciplinární péče snižují svou potřebu kontaktu se svým ambulantním psychiatrem, jak uvádí KP3 ze své zkušenosti: *„Vím, že když má třeba přes tu službu sezení s psychologkou nebo s terénní sestrou, tak nemusí často chodit ke mně.“* A zároveň KP4 dodává ke kladnému přínosu multidisciplinárních týmů: *„I pro ten pocit, že já nejsem sama, která pracuje s tím člověkem. (...) taková ta spoluzodpovědnost za to zlepšení (...) A že tam není taková bezmoc toho lékaře, jakože léky jsou asi dobře nastavený, ale stejně je tam něco, co já nezměním, ale takhle vím, že mám možnost to konzultovat s někým, kdo to ale mám třeba možnost změnit.“* Pacientovi je tak poskytnuta nejen péče z pohledu více odborníků, ale zároveň se odborníci navzájem podporují při poskytování péče. Dochází tak k propojení více odborností či profesí, a všichni zúčastnění mají komplexní přehled o situaci pacienta. To otevírá více možností pro zlepšení pacientovi zdravotní i sociální situace, a zároveň to přináší otázky na koordinaci péče, kompetence jednotlivých profesí a také otázku finální zodpovědnosti. O tom, kdo by měl vést multidisciplinární tým, bude psáno níže v textu. Kompetence zpravidla vymezují zákony a etické kodexy a z pohledu přístupu sociální práce je klient expertem na svůj život a je tím, kdo rozhoduje o tom, co si zvolí.

Zajímavým postojem a myšlenkou je názor KP6 na multidisciplinární pojetí péče o pacienta: *„Vnímám to jako užitečné ve smyslu psychiatr, psycholog, soc. pracovník, event. peer konzultant. Pokud je snaha pacienta přivést do více sociálních služeb, pak už to vidím jako kontraproduktivní, péče je roztříštěná, všichni se v tom ztrácí, nejvíc pacient a ve finále nechodí nikam.“* Jestliže klient čerpá více sociálních služeb, spolupracuje tak s více sociálními pracovníky nebo pracovníky v sociálních službách, což může znamenat, že se začnou ztrácet důležité informace pro

spolupráci nejen se službami, ale i se samotným ambulantním psychiatrem. Zároveň klient nemusí všude sdělovat stejné informace, může se v každé službě chovat jiným způsobem. Komplexní informace o sociální situaci klienta jsou tak roztříštěné stejně jako péče o něj. Pracovník v pozici case managera může tento problém eliminovat a zapojení klienta do více služeb pak může být přínosné. Výhodnou, krom case managera, také může být právě služba, která disponuje širokou paletou možností a profesí, například centrum duševního zdraví.

Participantů také přinesli **negativní pohled na současný stav multidisciplinárního pojetí péče** v naší republice. Například KP7 říká: „*U nás o něm mluví, ale moc se neděje.*“ Názor tohoto participanta může souviset s tím, že reforma psychiatrie, konkrétně Centra duševního zdraví, nenaplnila původní vize, ať už svým počtem, výkonností nebo okruhem cílových skupin podle psychiatrické diagnózy. KP2 uvádí konkrétní oblast nespokojenosti v kontextu center duševního zdraví: „*Centra duševního zdraví by měly přebírat do péče pacienty, kteří nejsou schopni docházet za námi, ale to se mi stalo snad jenom jednou nebo dvakrát. Jsem z toho zklamáný, protože to stojí hromadu peněz a neplní to funkci kterou mělo. Oni vždycky říkali, nemáme sestry, nemáme lékaře. Já říkám dobře, ale už je to čtyři roky. Peníze, který šly z evropské unie, už jsou skoro spotřebované a vy nemáte furt personální obsazení, tak byste měli něco dělat.*“

Další **negativní postoj v rámci péče, na níž se podílí více odborníků**, zmiňuje KP9: „*To se netýká až tak sociální péče jako spíš zdravotnictví, že každý specialista si vyřeší svůj obor, ale vlastně komplexně s větším odstupem a nadhledem se na tu problematiku nechce nikdo podívat. Takže neurolog nasadí svoje léky, vyřeší svoje. Chirurg svoje vyřeší, řeší svoje internista a už se nikdo moc nepodívá, jestli se ty léky spolu třeba nehádají a pak ten pacient trpí.*“ Přestože v našem státě funguje v rámci zdravotnictví sdílený lékový záznam, stále zde chybí propojení napříč zdravotníky v péči o psychiatrické pacienty. Problematiku s medikací otevřel i KP4: „*Tak vy máte možnost jít k jinému lékaři a konzultovat to. Ale třeba u těch pacientů, kteří v rámci té diagnózy jsou vztahovační, nebo nejsou úplně naladěni na tu medikaci, tak může být podle mě problém, aby vůbec nějakou medikaci užívali. Když mají doporučení různá, u různých lékařů, tak si myslím, že tam by třeba mohl být problém.*“ Vzhledem k tomu, že právě centra duševního zdraví disponují psychiatry, může být pro nějakou část klientů matoucí jejich průběh léčby. Ocítají se v péči dvou lékařů a každý z nich má jiný přístup a názor na léčbu. Narušuje se tím i budování vztahu a důvěry k lékařům. Otázkou také je, do jaké míry jsou klienti kompetentní k pochopení odlišnosti přístupů k léčbě u jednotlivých psychiatrů. Jelikož psychiatrický pacient ve zdravotnictví má svá specifika oproti například pacientům interny, chirurgie apod. Na to také KP4 ve svém sdělení upozorňuje. Tudíž v rámci psychiatrie může být významným problémem tato situace.

Spojitosť s multidisciplinárním přístupem a centrem duševního zdraví přináší KP1, který říká: „*A vnímám, že je to užitečné v případě, kdy ti pacienti mají ty potřeby prostě komplexní, kdy tam do toho vstupuje hodně různých věcí a je potřeba toho multidisciplinárního přístupu, tak tam je to na míru vhodný. A na druhou stranu, když ty potíže pacienta jsou spíš jednodušší, když fakt člověk potřebuje jednu konkrétní službu, tak si myslím, že multidisciplinární přístup může být na škodu z hlediska třeba časového. (...) ale u těžších případů si myslím, že je to velký benefit. V podstatě tam to jinak řešitelný ani není.*“

V samotném výzkumu byly zjišťovány zkušenosti participantů se službou **centra duševního zdraví**. Pouze **tři z 11** participantů se vyjádřili ke **své zkušenosti plně kladně**. Za **problematické participanty považují nejasná kritéria pro výběr pacientů, nižší čísla ošetřených pacientů oproti jedné ambulanci, nevýznamnost čerpání služby u lehčích pacientů**, například KP2: „A zase jsem měl na druhou stranu někdy pocit, že se služby duplikují, takže ty prachy letěly trošičku jako dvakrát z okna.“ Nebo KP4 k problematice center duševních zdraví uvádí, že: „Nerozumím tomu jako úplně, co všechno vlastně ten klient jako může využít, protože někdy je takový trošku problém, (...) kdybych já ty lidi vůbec neznala a že třeba udělají nějakou změnu medikace pro toho pacienta, že by to i pro něj mohl být jako takový, že ho to trošku mate v tom, že něco jiného jako doporučuje ten lékař něco jiného ten lékař.“ KP7 také sdělil zkušenost s kritérii ze strany center duševního zdraví: “ (...) Tenhle člověk v CDZ, vždyť má úplně diagnózu mimo, je v CDZ a můj pacient, který měl diagnózu velmi příbuznou, která by se tam hodila, se tam nedostal, protože nesplňuje kritéria.“ Centra duševního zdraví mají od svého vzniku jasně nastavená kritéria na okruhy diagnóz, se kterými mohou spolupracovat. Patří sem lidé s vážným duševním onemocněním – schizofrenní onemocnění, afektivní poruchy, obsedantně – kompulzivní poruchy a specifické poruchy osobnosti, kdy onemocnění musí trvat déle než 2 roky a tito lidé mají funkční narušení podle skoré GAF  $\leq 70$ . Jedná se tak o užší skupinu duševních onemocnění podle MKN-10. Více je tomuto tématu věnován prostor v kapitole Dopady duševního onemocnění na jedince na straně 14 a také v kapitole Centrum duševního zdraví na straně 34.

Stejně tak se o zkušenosti s centrem duševního zdraví v kontextu kritérií na cílovou skupinu vyjádřil KP5: „(...) oni vlastně můžou smluvně brát jen lidi s určitou diagnózou, lidi, co mají závažnou duševní nemoc. To jsou jenom určité diagnózy. A někteří lidé, někteří pacienti, když mají problémy velké, jež vedli k hospitalizacím, a i k opakovaným, tak tím že nespádají do toho diagnostického rámce, tak výjimečně si někoho můžou vzít, ale tím že to není nijak nasmlouvané, tak nemůžou.“ Participant tedy vnímají, že **služba centra duševního zdraví má své limity a v menší míře jim plně nerozumí**. KP9 k této problematice ještě dodává: „Co se týká těch Center duševního zdraví, tak (...) nevím, jestli mají nebo nemají naplněnou kapacitu. Tam to není úplně ideální, protože někoho vezmou do péče, někoho nevezmou do péče, když se na ně obracím a mnohdy to převzetí do té jejich péče podpory docela trvá.“ Participant tak naráží na problematiku kapacity dané služby a její kritéria.

Významný pohled na organizaci a práci center duševního zdraví přináší KP8: „(...) tam je spousta neznámých a mě děsí, co to stojí práce a lidských sil, ale zase to nejsou žádný profíci. To jsou lidi, kteří prostě přišli do toho oboru těch CDZ teďka, oni se od těch pacientů učí. Oni se sami strašně rychle mění v těch sociálních službách, takže oni, a já tomu rozumím, zas až tam třeba neměli na to peníze, takže ani nemohli vzít žádný profíky, ale popravdě řečeno já žádný profíky velký neznám.“ Vznik center duševního zdraví byl financován z dotací Evropské unie., konkrétně skrze Operační program zaměstnanosti a další financování bylo při poskytování služeb nejasné. Při vzniku CDZ byl kladen nárok na zákonné předpoklady na sociální pracovníky v tomto typu sociální služby, kdy CDZ je v rámci sociální části službou sociální rehabilitace. A proto je možné, že se participantka KP8 mohla setkat s méně zkušenými pracovníky, co se týče délky doby praxe s danou cílovou skupinou – lidé s chronickým duševním onemocněním. Tato zkušenost participantky se může poté odrazit na ochotě ke spolupráci a kvalitě spolupráce při poskytování péče, kde je zahrnuto i centrum duševního zdraví. K personálnímu zajištění se vyjadřuje i KP2:

*„Oni vždycky říkali, nemáme sestry, nemáme lékaře. Já říkám dobře, ale už je to čtyři roky. Peníze, který šly z evropské unie, už jsou skoro spotřebovaný a vy nemáte furt personální obsazení, tak byste měli něco dělat.“* V České republice máme nedostatek odborného personálu, co se týče oblasti psychiatrie. A i z důvodu reformy péče o duševní zdraví se mění postupně vzdělávání budoucích psychiatrů. (MZČR 2023) Systémové změny se ovšem ukážou až po uběhnutí určitého času.

KP9 také přináší svůj negativní pohled na fungování center duševního zdraví: *„(...) polovinu té pracovní doby se setkávat a sedět u stolu, a jenom polovinu, která je v tom terénu, není jako adekvátní podíl. Takže si myslím, že jakési rezervy tam jsou, ale jinak ta centra fungují. Pokud se na ně obrátím, je to jejich cílová skupina, aby se jim to vešlo do tabulek dokázané péče, tak jsem se s nimi vždycky domluvila, že lidem něco nabídli.“* První vlna center duševního zdraví zahájila provoz v roce 2018. Služba je tak relativně nová, a proto mohou vznikat tak jasné negativní postoje. Nejen ambulantní psychiatři ale i ostatní odborníci v péči o lidi s duševním onemocněním jsou v etapě, kdy si teprve stále zvykají na to, jak služba funguje, jak je organizovaná a kdo a jakým způsobem v ní pečuje o klienty či pacienty.

Velkou roli v tom, proč po sedmi letech od vzniku prvních center duševního zdraví jsou ambulantní psychiatři nespokojení, může možná také to, že změny v rámci reformy psychiatrie jsou pozvolné a pomalé. To potvrzuje i Mička, bývalý vedoucí oddělení reformy péče o duševní zdraví na ministerstvu vnitra (in Hamplová, 2021): *„Reforma péče o duševní zdraví představuje rozsáhlý a komplexní proces, který je – svojí šíří a hloubkou – zcela ojedinělý v českém zdravotnictví. Obdobné systémové reformy jsou úkolem na několik desítek let a naší snahou je tento proces zkrátit. Nikoliv však na úkor kvality či komplexnosti změn.“*

V rámci **koordinaci multidisciplinárního týmu nebyla jednoznačná převaha ve výpovědích participantů ohledně koordinátora** – někdo z odborníků v péči o duševní zdraví. Odpovědi participantů na to, kdo by měl multidisciplinární týmy vést, koordinovat, se velmi liší. Nejlépe postoj participantů popisuje KP1: *„No to z mého pohledu hrozně hlavně záleží na tom, jaké jsou ty nejvýznamnější potíže, co je tam dominujícího, že pokud jsou tam dominující spíš sociální oblasti, tak sociální pracovník je jednoznačně jako nejvhodnější služba, nejvhodnější koordinátor. Věřím, že když jsou dominující zdravotní věci, tak to může být nějaký lékař, třeba obvodní lékař. Nebo třeba i ta domácí ošetrovatelská péče nebo zdravotní sestra. Asi bych to viděl podle toho, kde jsou ty potíže dominující.“* Pokud mezi participanty byla nějaká shoda, v případě **tří z 11, jmenovali lékaře**. Konkrétně dva z participantů zmínili praktického lékaře, například KP9 uvádí, že: *„Já si myslím, že praktik, protože toho ví nejvíc asi, sejde se mu nejvíce informací z těch různých jednotlivých specializací, kde je ten nemocný léčen.“* KP7 zmiňuje také praktického lékaře, ale oproti KP9 dodává: *„ale na druhou stranu ono kolikrát nemá ty informace.“*

Důvodem pro volbu lékaře jako koordinátora multidisciplinárního týmu může být tvrzení, které uvádí k problematice KP5: *„Jako podle mě je nějak prostě historický, že ten doktor to tak nějak jako koordinuje, ale to zase nutně neznamena, že ten doktor by to musel být. (...) Jakože si myslím, že právě vysloveně doktor a psycholog, by to nemusel dělat. Mohli by se jim uvolnit ruce na prostě jinou práci a mohl by to dělat jako někdo kompetentní, jako sociální pracovník i sestra, že vlastně to je podle mě jako jedno.“* KP7 uvádí v rozhovoru podobnou myšlenku: *„pohled doktorů je jiný než pohled těch sociálních a asi je těžko najít nějaký konsensus.“* Lékař ve

společnosti představuje určitou autoritu, právě možná jak uvádí KP5 z historického důvodu. Sociální práce je mladým vědním oborem oproti lékařství. Sociální práce se v České republice začala znovu legitimně rozvíjet až po revoluci a v rámci psychiatrie se do popředí dostává teprve v posledních letech, kdy bylo například nutné zapojení sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách v rámci center duševního zdraví. Psychiatrická reforma začala v roce 2013, kdy Ministerstvo zdravotnictví České republiky přijalo dokument Strategie reformy psychiatrické péče. Reforma dosud ještě nebyla ukončena s jasnými výsledky. V rámci reformy došlo k částečnému propojení sociální a zdravotní oblasti. I přesto se v praxi setkávám s tím, že stále klienti vnímají lékaře jako autoritu, jako někoho, jehož pohled je ten rozhodující. Sociální pracovníci nemají v rámci společnosti takové významné postavení jako lékaři. Přesto byli sociální pracovníci a sociální služby první aktéři, kteří reagovali na neadekvátní stav psychiatrické péče, například organizace Fokus: *„První Fokusy vznikaly začátkem 90. let jako odpověď na neutěšenou situaci v oblasti psychiatrické péče. Ta byla zaměřená převážně na identifikaci a následnou izolaci lidí s duševním onemocněním ve velkokapacitních léčebnách, v podmínkách nerespektujících lidská práva a svobody.“* (Fokus ČR, 2025)

Za zmínku k tématu koordinace multidisciplinárního týmu stojí také zkušenost KP11: *„(...) ten tým by měl sociální pracovníky by si měl koordinovat jejich vedoucí. Každý ten tým má vedoucího sociálního pracovníka a ty zdravotníky by měla koordinovat staniční sestra, ty sestry. A lékaře vedoucí lékař. Oni, ale protože když se sebelíp zkoordinují tyto tři skupiny, tak se nezkoordinují společně. Tak je takovým zvykem a mělo by to tak být v tom CDZ, že se staniční sestra s tou vedoucí sociální pracovníci nebo vedoucím sociální pracovníkem pravidelně schází a koordinují se, protože tam je co koordinovat – směřování, důležitý organizační věci, vztahy směrem nahoru, samozřejmě, i dolů k těm pracovníkům.“* V oblasti koordinace multidisciplinárního týmu ve službě center duševního zdraví je popsáno, že může existovat i model dvou vedoucích – zdravotní a sociální části. Zároveň služba CDZ používá princip case managementu jako jeden z ústředních při poskytování péče o klienty. Case manager by se měl orientovat v klientově životní situaci, v jeho prostředí a potřebách a dle nich by měl zapojovat další odborníky nebo členy týmu. Je otázkou, do jaké míry by lékař zvládl zastávat tuto pozici, jelikož oproti sociálnímu pracovníkovi není v tak úzkém kontaktu s pacientem/klientem. A to ani ve službě CDZ, kdy se lékař angažuje u všech pacientů dané služby. Case managementu je věnována část kapitoly Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním na straně 16 a centřům duševního zdraví se věnuje kapitola Centrum duševního zdraví na straně 34 v teoretické části této práce.

### 2.3.1 Pozitivní a negativní zkušenosti ambulantních psychiatrů se sociální službou

V této výzkumné podkapitole jsou popsány negativní a pozitivní zkušenosti ambulantních psychiatrů se sociální službou.

Pokud jde o **pozitivní zkušenosti se sociální službou, ambulantní psychiatři byli ve větší míře spokojeni s poskytovanou péčí či se o spolupráci se vyjadřovali kladně**, například KP2: *„Dokázali někdy sehnat pacientům ubytování v nějakých zařízeních sociálních, třeba i mimo Brno, což těm pacientům úplně nevadilo. V tomhle to fungovalo dobře.“* Sociální služby, respektive jejich pracovníci, mají přehled, co vše může klient využít pro zlepšení své sociální situace. Často také pracovníci vychází ze svých zkušeností či zkušeností kolegů s konkrétními službami, typy

bydlení, nebo pracovní příležitostí. Lékař je odborníkem na nemoc, sociální pracovník zase na nepříznivou sociální situaci.

Za zmínku ovšem stojí **negativní zkušenosti participantů**, jelikož vypovídají o tom, **jak participant vnímají některé struktury služeb a celkově práci a působení služeb**. Dva participant z devíti popisovali podobnou zkušenost s poskytováním péče ze strany sociální služeb, kdy čerpání služby již nebylo přínosné pro pacienta. KP2: „(...) *tak najednou s pacientem, který byl úplně soběstačný a chodil za mnou sám, ho doprovázeli dvě takový vyřechtaný děvčata úplně zbytečně, ale placené byly obě. Zřejmě nevím z čeho, jestli ze sociálního nebo ze zdravotního pojištění, ale prostě někdy to bylo takový trochu jako mimo. Takže službu poskytovali někomu, kdo ji nepotřeboval. Bylo to jednodušší, protože to je pacient nenáročnej tak proč ho nedoprovodit a nezajít s nimi kafe.*“ A KP7: „*A někdy mně přijde, že právě sociální pracovníci, když ten pacient začne selhávat – selže jednou, dvakrát, třikrát, a my už si řekneme, (...) dobře, tohle člověk asi není už schopen a pro něho je ústavní péče v nějakým pěkným domově pozitivní, a my ho furt tlačíme do něčeho, co vlastně mu nic nepřináší a ta energie by se mohla věnovat dalším lidem (...) někdy narážíme na nějaké spory. Oni by to ještě zkusili a my už říkáme ne. Za dveřma je spousta nových, kteří by stáli za to.*“ Důvodů, proč došlo k těmto situacím, může být mnoho. Nabízí se, že sociální pracovníci a ambulantní psychiatři si pravděpodobně nepředali navzájem informace o stavu pacienta. Ukazuje se tak, jak významné je pro obě profese, aby spolupracovali. Přínos může čerpat nejen klient, ale také sociální a zdravotní systém, jelikož by se pomoc dostala k těm klientům, u kterých to dává smysl.

Zajímavý pohled přináší KP7 ke zkušenostem se sociálními pracovníky: „*Myslím si, že je to dobré, ale vnímám často od sociálních pracovníků takový (...) ten sluníčkářský pohled na věc.*“ Toto označení se může zakládat na nepochopení role sociálních pracovníků, což opět ukazuje, do jaké míry mají ambulantní psychiatři přehled o sociální práci, o sociálních pracovnících a o samotných sociálních službách. Může se tak jednat o nějaký typ předsudku nebo spíše participant vychází ze své vlastní zkušenosti s konkrétními pracovníky.

V neposlední řadě na další problematickou zkušenost upozorňuje KP3: „*Sociální služby zaměstnají jenom toho, komu se přizná invalidní důchod. Ti, co nemají invalidní důchod, ale chtěli by nějak pomoci s tím pracovním trhem, tak jim nepomůže ani úřad práce, nepomůže jim vlastně vůbec nikdo. To je taková blbá zkušenost.*“ Celé téma pracovního uplatnění lidí s duševními obtížemi nebo jiným handicapem by stálo za výzkum. Chráněný pracovní trh má své podmínky na vstup člověka do tohoto prostředí a stejně tak se musí i sociální podniky řídit pravidly na jejich financování ze strany státu. Je tak běžnou praxí, že nestačí status osoby se zdravotním znevýhodněním (zkráceně OZP), a je potřeba nějaký stupeň invalidního důchodu. Také není úplně běžnou praxí v rámci Brna, že mají sociální služby svá chráněná pracoviště. Naopak v rámci sociálních služeb zaměřených na pomoc lidem s duševním onemocněním zaměstnávají peer pracovníky, kteří většinou mají invalidní důchod, ale zároveň jsou natolik stabilizovaní, že mohou na této pozici pracovat.

### 2.3.2 Návrhy a doporučení z pohledu ambulantních psychiatrů pro zlepšení spolupráce se sociálními službami

Ambulantní psychiatři ve výzkumu přinesli vlastní návrhy a doporučení pro spolupráci se sociálními službami, a to konkrétně v oblasti efektivní spolupráce a jak si představují ideální sociální službu. Významným tématem v této oblasti bylo střídání sociálních pracovníků u pacienta, kdy na to participantů měli ve větší míře svůj vyhraněný postoj.

Celkem čtyři z 11 participantů uvedli, že **pro efektivní spolupráci se sociálními službami by potřebovali čas**, například KP1: „(...) aby to bylo jako časově efektivní, aby prostě pracovník neměl pro mě nachystaný půl hodinový vyprávění o tom člověku, ale aby pro mě měl v pěti minutách to podstatný.“ Nebo KP3 uvádí: „Čas a peníze. Abych na to měla čas a aby mi to pojišťovala proplácela dostatečně.“ V rámci celé analýzy výzkumu se téma nedostatku času u ambulantních psychiatrů objevuje. Důraz na čas u efektivní spolupráce přináší i KP10: „(...) je to něco, co je rychlé a věcné.“ Co se objevuje nového je opět systémové pojetí nastavené péče, kdy si ambulantní psychiatr musí své úkony vykazovat na pojišťovnu a kontakt se sociální službou není z pohledu participantů dobře finančně ohodnocený. Ukazuje se tak, že sociální a zdravotní sféra jsou ve větší míře oddělené, přestože probíhá reforma psychiatrie.

Participantů se v počtu pěti z 11 shodují na tom, že **potřebují informace od sociálních služeb, a to ať už v rovině informací o pacientovi anebo o tom, jak vůbec služby fungují a co nabízí**, například KP11: „Máme tu zkušenost, že pokud někde někoho informujeme a něco trochu začne fungovat, že to nestačí na začátku informovat, pořád dokola se musí. Jednak se mění ty lidi, jednak lékaři i zdravotní sestry fakt mají fojfr, oni jsou hodně zaneprázdnění, takže na přečtení letáčku nebo něco, to ani ne. A pokud nezačnou spolupracovat, tak stejně nemají potuchy, jak to funguje.“ Ukazuje se tak, že ambulantní psychiatři vidí pro efektivní spolupráci se sociálními službami **dobrou zkušenost se spoluprací** a potřebují také informovat o tom, jak služby fungují. KP11 také shrnuje, co může stát za tím, že dosud ambulantní psychiatři nemají tolik povědomí o sociálních službách – jejich zaneprázdněnost, časové hledisko.

Nebo zajímavý pohled k informacím přináší také KP4: „Pro mě je dost problém sledovat i to, co po mě chtějí na Úřadu práce, že tam úplně nerozumím někdy. A mám pocit, že vlastně to, co bych uvítala (...) je mít takový víc společný jazyk (...) že třeba po mě, když chce z Úřadu práce napsat, jakou práci může ten pacient vykonávat, já nevím, co tam mám napsat (...) nevím, co po mně chtějí přesně.“ Ambulantní psychiatři se ve své praxi setkávají se spoluprací s Úřadem práce. Participant si přeje mít více společný jazyk a jasné požadavky na zprávu, kterou od něj úředníci z úřadu požadují, což ukazuje potřebu lepší mezioborové srozumitelnosti a koordinace mezi zdravotnictvím a veřejnými institucemi, které pacient využívá. Výpověď zároveň reflektuje hlubší pocit nedostatečné podpory a určitou profesní nejistotu, která může být důsledkem chybějících metodických nástrojů či jednotného postupu ve vzájemné spolupráci.

Pro efektivní spolupráci navrhuje KP7: „(...) kdyby bylo nějaké centrum, nebo bysme ho dostali a jenom řekli, že chceme to a oni by to už rozdělili. (...) někde nějaký portál, který mně to sjednotí a řekne mi, tohle umíme my a abysme ti mohli pomoci potřebujeme taková a taková kritéria.“ Celkem tak dva z 11 participantů hovoří o **webovém portálu, který by jim pomohl ve vyhledávání konkrétních sociálních služeb pro konkrétní pacienty**. Jedná se o efektivní způsob vyhledávání služeb, ale opět se ukazuje určitá míra neinformovanosti ambulantních psychiatrů, jelikož existuje elektronický katalog poskytovatelů sociálních služeb. Přímě v Brně také existuje

poradna Socio Info Point, zkráceně SIP, která je schopná nasměrovat člověka na pomoc, na konkrétní službu. Zároveň webová stránka SIPu nabízí interaktivní mapu s přehledem sociálních služeb na území města Brna a nabízí také proklik přímo na registr sociálních služeb. Ovšem opět se zde ukazuje časové hledisko, protože je otázkou, zda by na tuto činnost, oslovit SIP nebo se podívat na jejich web, měl lékař čas. KP7 tak dodává: „*Ale nemůžeme aktivně neustále vyhledávat (...) na to doktor tady nemá čas.*”

Význam pro ambulantní psychiatry má také v menší míře **kontakt se sociální službou**, jak uvádí například KP6: „*Efekt by určitě mělo pravidelnější setkávání v přítomnosti pacienta, to bohužel limitují časové možnosti nejspíše všech zúčastněných.*” Nebo podobnou myšlenku přináší také KP9: „*(...) více jako aktivní přístup ze strany sociálních služeb, pokud mají pocit, že je potřeba něco sdělit nebo podat zpětnou vazbu.*” Pro ambulantní psychiatry je tedy **významný i osobní kontakt s pracovníkem sociální služby** a vnímají ho v menší míře jako významný pro efektivní spolupráci. Dobře to vystihuje také KP1: „*Asi v těch akutnějších stavech je to vždycky lepší osobně, protože člověk může daleko líp face to face něco předat. A i my, když jsou to třeba intimnější věci, tak se ostatní kanály jsou lepší, jednodušší zase z pohledu efektivity.*” Osobní kontakt přináší nejen možnost lépe předat informace, ale také se tím buduje vztah mezi sociálním pracovníkem a ambulantním psychiatrem. Vzniká pak větší pravděpodobnost, že lékař nasměruje pacienta do dané služby, se kterou má již zkušenost, což se potvrdilo i při této analýze, kdy tři z jedenácti participantů uvádějí, že si služby vybírají na základě předchozí zkušenosti.

Pro KP4 je také **významná role sociálního pracovníka**: „*aby měl patnáct let toho stejného sociálního pracovníka.*” A podobné sdělení poskytl také KP6: „*Jako problém ale vnímám časté střídání sociálních pracovníků, zřejmě vzhledem k jejich platu.*” Celkem pět z 11 participantů vnímalo střídání sociálních pracovníků u klienta za problémové. Podnětný komentář také poskytl KP9: „*Někdy se stávalo, že pokaždé přišel někdo jiný a taky mně řekl, to není můj, ten můj nemoh, takže zas mě o tom pacientovi nic neřekl. (...) rozumím tomu, že kapacity sociálních služeb jsou omezené, ale když mně přijde doprovod, který k tomu pacientovi mi není schopen podat žádné informace, tak mě to hodně komplikuje fungování, protože znovu říkám, ti lidé mě řeknou, no dobrý, a to je celý.*” Sociální pracovníci často fungují na principu zastupitelnosti, ale je pravdou, jak uvádí participant, že zástup nemusí mít vždy kompletní informace o klientovi. V relativně velmi malé míře se stává, že by klient čerpal službu více jak 15 let, jak zmiňuje KP4. Je také otázkou, zda sociální pracovník zůstane tak dlouho ve stejné sociální službě. Jako prevence vyhoření se doporučuje měnit cílové skupiny po třech až pěti letech. Ovšem postoje lékařů vycházejí z faktu, že při práci s klienty je významný vztah, který se vybuduje mezi pracovníkem a klientem, tudíž je plně legitimní, že na to participant upozorňují. Zároveň vnímají, že potřebují informace od klíčového pracovníka a jeho absence zasahuje do průběhu léčby.

V oblasti ideální sociální služby se objevilo mnoho názorů od participantů. Tři z 11 vnímají **ideální sociální službu jako takovou, která je schopná věnovat se pacientům v terénu či v jejich domácnosti**, například KP2: „*Asi v rámci terénního týmu. Pokud teda třeba, je to jenom akutní, že pacient je indisponovaný nějak dočasně a já úplně nejsem schopen objíždět pacienty, tak bych byl rád, kdyby třeba jsme po domluvě, kdyby zajistili tu péči v rámci toho domácího prostředí oni.*” Toto sdělení participanta ukazuje jeho potřebu podpory v případech, kdy není sám schopen zabezpečit návštěvu v domácím prostředí pacienta a přináší tak očekávání ze strany terénních sociálních služeb. Jak již bylo zmíněno v teoretické části této práce v kapitole 1.3 Komunitní péče

u lidí s duševním na straně 28, sociální služby pracují s klienty v jejich přirozeném prostředí, tedy i v domácnosti. Opět se ukazuje jistá míra neinformovanosti ambulantních psychiatrů o sociálních službách. Přestože participant hovoří o terénním týmu jako o službě, která může do domácnosti klienta, stále mají pracovníci sociální služby omezené kompetence oproti lékařům.

Dva z 11 participantů shodně uvedli, že **ideální služba by měla být taková, kde je vše na jednom místě**, například KP4: *„že se to všechno řeší na tom jednom místě.“* Částečně tuto potřebu naplňuje služba centra duševního zdraví, kdy jejím limitem je, že se věnuje pouze určitým okruhům diagnóz. KP11 uvádí k fungování center duševního zdraví ve vztahu k psychiatrickým diagnózám: *„(...)ty klasicky neurózy jako úzkostná porucha, to si myslím, že tihle lidi zaprvé fungují tak, že je jim to nepříjemné, třeba ty panický poruchy jsou hrozný. Ale je na to jako obrovské možnosti počínaje tím internetem, který se kritizuje, ale taky tam může najít pomoc, ale psychiatři a psychologové to zvládají ambulantně tyhle poruchy.“* Centra duševního zdraví se věnují těžším okruhům diagnóz a sami si vyhodnocují, do jaké míry k nim člověk spadá a mohou mu službu poskytnout. Rozhodující také je, aby člověk čerpal i zdravotní část centra duševního zdraví. To může být poté do jisté míry limitem pro čerpání sociální služby. Jedná se prvek reformy psychiatrie, který byl takto nastaven a služba podle něj musí jednat. Více se centům duševního zdraví věnuje kapitola Centrum duševního zdraví na straně 34 v teoretické části práce.

Dále v oblasti ideální sociální služby participantů přinášeli různé názory, a to například, že **by sociální služba měla více oslovovat potenciální klienty, měla by reagovat na potřeby lidí a poskytovat péči lidem s těžší diagnózou, a také se zaměřit na prevenci**, jak uvádí KP1: *„A myslet na to preventivně, tak to bylo jako super (...) a myslet na to pravidelně tak může zajistit to, že my pak nebudeme tolik přetíženi žádostmi o přijetí do péče.“* Participant označuje prevenci jako klíčovou pro snížení přetížení ambulantních psychiatrů. V rámci celé společnosti již dochází k určité míře destigmatizace lidí s duševním onemocněním, jak je uvedeno v kapitole Dopady duševního onemocnění na straně 14 a kapitola Aktuální politika v péči o duševní onemocnění na straně 41 v teoretické části této práce. Je možné, že různé kampaně a programy zaměřené na destigmatizaci nemají takový efekt a dosah, jak naznačuje KP1. Ten zároveň reflektuje, že současný model péče zůstává převážně zaměřený na řešení problémů až ve chvíli, kdy již došlo k rozvoji závažnějších psychických obtíží. I když ve společnosti dochází k určité míře destigmatizace duševního onemocnění, může být jejich cesta k prevenci stále ztížena.

## 2.4 Diskuse

Výzkum této práce na téma spolupráce ambulantních psychiatrů se sociálními službami především ukázal, že ambulantní psychiatři nemají dostatek informací o fungování sociálních služeb a o kompetencích sociálního pracovníka. Jedno z možných vysvětlení přináší výzkum Barka, Dixona a Laingové (2023), jež zkoumali profesní identitu sociálních pracovníků ve službách zaměřených na pomoc lidem s duševním onemocněním prostřednictvím 35 studií. Autoři zjistili, že sociální práce v oblasti duševního zdraví představuje soudržnou identitu, která je v souladu s programy politiky zaměřené na duševní zdraví, ale zároveň čelí výzvám při rozvoji a vyjádření identity v rámci služeb zaměřených na duševní zdraví. Sociální pracovníci vnímají dominantní biomedicínský pohled na služby, jelikož dochází k odmítání sociálních přístupů nebo v tom hraje svou roli arogantní medicínský pohled jiných odborníků. *„V mnoha studiích sociální pracovníci identifikovali multiprofesní apatii vůči integraci sociálních přístupů v rámci služeb duševního zdraví.“* (Bark, Dixon a Laingová 2023, s. 8) Podle autorů je nezbytnou součástí výkonné a efektivní profese navazování a síťování zaměřené na znalosti a hodnoty, které přináší do služeb duševního zdraví sociální práce.

Dalším důvodem, který může vést k nevědomosti lékařů je čas, protože toto téma bylo ve výzkumu často zmiňováno, a to především jako drahocenná komodita. Zároveň je čas překážkou ve sdílení informací mezi sociální službou a ambulantními psychiatry. Přesto lékaři v menší míře sami oslovují sociální služby v rámci nakontaktování pacienta na další pomoc, případně si služby vyhledají na internetu a sami je osloví. Významným zjištěním je také to, že i samotný pacient zastává roli zprostředkovatele kontaktu mezi ambulantním psychiatrem a sociální službou. První kontakt mezi službou a lékařem probíhá buď telefonicky, anebo v rámci doprovodu pacienta na kontrolu ze strany sociální služby. O spolupráci lékařů, multidisciplinárním přístupu k péči a o času se zmiňuje Martens a kol. (2023), kdy z pohledu účastníků výzkumu toto autora jsou fyzické obtíže úkolem praktického lékaře na základě jeho holistického přístupu a schopnosti nabídnout více kontinuity v péči. Jenže praktikové očekávali více informací a pokynů od psychiatrů, kterým zase od praktiků chyběla iniciativa. Profesionálové v multidisciplinárním týmu uvedli, že mají malé znalosti o fyzickém zdraví a poskytují tak převážně psychosociální podporu. *„Jeden psychiatr dokonce naznačil, že cítí určitý odpor k provádění lékařských úkonů jako je měření krevního tlaku a obvodu břicha.“* (Martens a kol. 2023, s. 5) Rozsáhlé testy pro lidi s těžkým duševním onemocněním provádí praktický lékař (doporučení pro primární péči), ale ne všichni praktičtí lékaři tyto testy provádějí. Jednou z bariér ve spolupráci lékařů je nedostatek času. Zároveň jsou praktičtí lékaři frustrováni, že u pacientů s velkými nebo akutními psychosociálními problémy se neřeší fyzické zdraví. Pacienti museli vyvinout úsilí, aby jim byla poskytnutá adekvátní zdravotní péče z důvodu, že je například poskytovatelé péče nebrali vážně a nejprve hledali psychologická vysvětlení pro fyzické potíže. Stejně tak pacienti nejsou adekvátně vyslyšeni v rámci fyzických obtíží, které jim způsobuje psychiatrická medikace. Dokonce někteří pacienti museli psychiatrovi připomenout odběry krve, jelikož je lékař ne vždy přísně kontroloval. Odborníci se shodli, že případy pacientů jsou složité a priority jsou postavené na sociálních službách, kdy řeší problémy s bydlením či financemi. *„Omezený náhled na jejich nemoci byl také považován za překážku na úrovni pacientů a pacienti někdy upřednostňovali, aby informace o jejich psychickém stavu nebyly sdíleny se službami primární péče, nebo to nepovažovali za důležité, což by mohlo bránit dobrému sledování zdravotního stavu.“* (Martens a kol. 2023, s. 7)

Závěrem Martens a kol. (2023) uvádí, že je potřeba zlepšit současné poskytování zdravotní péče pro lidi s těžkým duševním onemocněním. Navrhují vypracování multidisciplinárních pokynů, dělení úkolů a sdílení záznamů o pacientech. V neposlední řadě také spatřují možnost v posílení kompetencí zdravotních sester působících v multidisciplinárních týmech, které by mohli provádět screening fyzického zdraví a následně ho sledovat.

Role zdravotní sestry byla ve výzkumu v rámci této práce zmiňována, ať už v kontextu zdravotní sestry v ambulanci, která má více času a prostoru na komunikace se sociálními službami, anebo jako terénní zdravotní sestra se specializací v psychiatrii, která by ambulantním psychiatrům mohla ulehčit práci, jelikož by zastávala v terénu konkrétní úkony, např. podání medikace. Přestože terénní zdravotní sestry jsou součástí CDZ, ukázalo se, že ambulantní psychiatři nemají povědomí o tom, jak CDZ funguje, vč. personálního zajištění, co nabízí a jaká má omezení. Případně nemusí jít o nevědomost ambulantních psychiatrů, ale o nedostatečnou komunikaci mezi lékařem a službou, jelikož výzkumu se účastnilo několik participantů, kteří měli s centry duševního zdraví bližší zkušenosti a dá se předpokládat, že znalosti o fungování této služby mají. Významné je, že ambulantní psychiatři zmiňovali zdravotní sestru jako jeden z prvků, který by jim pomohl získat čas na další pacienty. Cai a kol. (2022) se zabývali postavením psychiatrických zdravotních ošetřovatelů/sester (psychiatric mental health nurse practitioner, zkráceně PMHNP) v oblasti duševního zdraví, jelikož mohou podle autorů vyplnit mezeru mezi poptávkou po psychiatrech a jejich nedostatečnou kapacitou v USA. Svá data opírají o období 2011-2019, kdy se zaměřili na pacienty využívající specifické pojištění (Medicare). Za sledované období narostl počet PMHNP a klesl počet psychiatrů, obě profese léčili pacienty podobnými léky a službami. Přestože klesla frekvence návštěv psychiatra, vzrostl počet návštěv u PMHNP a ve venkovských oblastech přesáhl tento počet dokonce až 50 % (více jak polovina lidí na venkově využívá PMHNP než psychiatra). Kdežto psychiatři měli na starost spíše složitější pacienty, např. více diagnóz zároveň. PMHNP se starali o méně pacientů s bipolární nebo psychotickou poruchou. *„Vzorce, které jsme pozorovali, naznačují, že PMHNP vyplňují mezeru v ambulantní poptávce, kterou za sebou zanechala klesající nabídka psychiatrů.“* (Cai a kol. 2022, s. 1228) Rothová a kol. (2021) se zabývali zaváděním přístupu zaměřeného na zotavení v nově vzniklých komunitních týmech pro lidi s duševním onemocněním v pěti evropských zemích, a to v Chorvatsku, v Černé Hoře, Rumunsku, Bulharsku a Makedonii. Výzkumníci se také zabývali tím, jaké postoje mají členové týmu ke svým rolím, jež zastávají a nakolik si v této roli věří. V rámci studie tak dospěli autoři ke zjištění, že zdravotní sestry a peer pracovníci si nejsou vždy vědomí své role a odpovědnosti, anebo se necítí být přesvědčeni o naplnění své specifické role. Například zdravotní sestra se necítí sebevědomě při plnění úkolů, které obvykle dělá psychiatr, což ale nutně nemusí být jejich role v týmu. Může to plynout i z toho, že v dané oblasti nebyla zdravotní sestra proškolená, anebo jí to ani zákon neumožňuje (provádět daný úkol). Zdravotní sestra v oblasti psychiatrie a služby CDZ by tak mohla získat obdobné postavení jako lékař, mohla by se věnovat méně závažným případům oproti ambulantnímu psychiatrovi, a přispěla by ke snížení poptávky po ambulantních psychiatrech. Samozřejmě by se takové změny v naší republice museli řádně nastavit, museli by se vyjasnit kompetence a odpovědnost. I přesto by již nyní mohli být sestry součástí ambulance a jejich péči by mohl koordinovat právě ambulantní psychiatr. Možnou překážkou pro větší zapojení zdravotních sester do péče o lidi s duševním onemocněním může být také podstav zdravotnického personálu, o kterém se již několik let v rámci české společnosti hovoří.

Ve výzkumu této práce všech 11 participantů uvedlo kladný přínos a užitečnost multidisciplinárního pojetí péče, a zároveň v praktikování tohoto přístupu vnímají i potíže, například roztříštěnost péče, zřejmě na základě chybějícího kvalitního case managera. Bramesfeld a kol. (2012) se ve své studii zabývali tím, co podporuje a co brzdí spolupráci v péči o duševně nemocné napříč službami v Německu. Ze své kvalitativní studie odvodili sedm hlavních kategorií, a to: Zapojení poskytovatele služeb, Porozumění, Důvody, Nástroje spolupráce, podpora a potlačení podmínek, interdisciplinarita a Regionální a osobní síť. *„Kdo je zapojen do spolupráce, závisí na potřebách pacientů/klientů a může se případ od případu lišit.“* (Bramesfeld a kol., 2012, s. 63) Nejčastěji zmiňovanou spoluprací byla spolupráce mezi lůžkovými a ambulantními psychiatrickými službami a také sociálními službami zaměřenými na duševně nemocné, např. pobytové služby, denní stacionáře a služby sociálního poradenství. Spolupráce s poskytovateli služeb v rámci přirozeného prostřední klienta, např. zaměstnavatelé nebo rodinní příslušníci, byla méně častá. Spolupráce s orgány veřejné správy nebyla nijak významná a byla uváděna jako příčina konfliktů. Spolupráce je založená na flexibilitě v rozhraní, společných cílech, společných znalostech, sdílení informací a žádná přímá závislost na spolupracujících partnerech. Z pohledů účastníků studie je nejnáročnějším požadavkem právě mezioborová spolupráce. Mezi úspěšné podmínky mezioborové spolupráce patří vzájemné setkávání se na stejné úrovni, změna perspektiv a akceptování jiných terapeutických přístupů a konceptů. Tento koncept vzájemného setkávání se přinesla ve výzkumu této práce jedna z participantek, kdy se jedná o příklad dobré praxe. Mezioborová spolupráce mezi lékaři a nelékaři psychosociálních služeb je dle Bramesfelda a kol. (2012) obtížná, spory o kompetence a hierarchii byly vnímány jako překážky pro mezioborovou spolupráci. Mezi předpoklady dobré mezioborové spolupráce patří společné terapeutické cíle a koncepce, znalosti o ostatních zúčastněných disciplínách a boj za společné zájmy. Ale někteří účastníci výzkumu dokonce pochybují o možné spolupráci napříč obory. (Bramesfeld a kol., 2012)

Carlsson a Brommels (2022) provedli výzkum v rámci švédské psychiatrie, kdy se zaměřili na tři organizace věnující se duševnímu zdraví. Jejich zjištění přináší fakt, že formální organizovaná spolupráce mezi psychiatrií a sociálními službami pokrývá pouze některé problémy pacientů. I v rámci výzkumu v této diplomové práci bylo zjištěno, že některé služby nejsou schopny naplnit potřeby pacienta anebo potřeby samotného ambulantního psychiatra – problematika kritérií služby centra duševního zdraví, anebo takové služby vůbec neexistují a chybějí ambulantním psychiatrům. Carlsson a Brommels (2022) dále zjistili, že pro pacienty byl důležitý přístup k státnímu systému sociální podpory (např. Úřad práce), kdy se pacienti na dané instituce museli obracet sami. Jako důležitá se ukázala i role case managera, kterou v rámci výzkumu, nejčastěji vykonával někdo z příbuzných nemocných. *„Naši dotazovaní uvedli, že tento úkol nejlépe zvládne osoba, která má široké znalosti místního a regionálního systému a komplexní mezi-profesní síť.“* (Carlsson a Brommels, 2022, s. 7) Z jejich zjištění také vyplývá, že geograficky společné umístění psychiatrie a sociálních služeb je pro spolupráci důležité z hlediska rychlosti a hladkého navazování spolupráce. Ale zároveň vede toto umístění k neformálním aktivitám a sdílení úkolů, čímž hrozí rozostření profesních hranic a v důsledku toho také zhoršení odborné způsobilosti.

Mezi negativní zkušenosti s multidisciplinárním pojetím péče o lidi s duševním onemocněním u ambulantních psychiatrů patří jistá roztříštěnost péče, např. pacient má dva psychiatry – svého ambulantního a poté v CDZ. Objevuje se nižší míra komunikace mezi jednotlivými odborníky a u služby CDZ považují za problematické participanty nejasná kritéria pro výběr pacientů, nižší čísla

ošetřených pacientů oproti jedné ambulanci, nevýznamnost čerpání služby u lehčích pacientů. O komunikaci mezi lékaři bylo psáno výše v rámci výzkumu Martens a kol. (2023), kdy praktičtí lékaři očekávali více informací a pokynů od psychiatrů, kterým zase od praktiků chyběla iniciativa. Mikkelsenová a kol. (2013) se ve svém výzkumu zaměřují na problémy napříč spoluprací mezi dvěma systémy péče o duševně nemocné, které se v Dánsku začali od 80. let minulého století formovat. Nemocniční systém a systém komunitní péče přináší dle autorů dva problémy, a to: a) neefektivní koordinaci služeb mezi nemocničním systémem a komunitní péčí, b) nedostatek vzájemného porozumění pro práci toho druhého. Neefektivní koordinace se vztahuje k přijímání pacientů na hospitalizaci, hospitalizaci jako takovou, propouštění pacientů a jejich následnou léčbu po hospitalizaci. „*Sociální pracovníci, kteří poskytují péči svým klientům, uvedli, že často nebyli informováni o přijetí klienta do nemocnice. Sociální pracovníci podobně zdůrazňovali, že o propuštění klienta z psychiatrických oddělení nebo z následné léčby byli informováni jen zřídka.*“ (Mikkelsenová a kol., 2013, s. 2) Zdravotnický personál zase zdůrazňoval spolupráci za hospitalizace, kdy z jejich pohledu sociální pracovníci zřídka navštěvují pacienta během pobytu v nemocnici. Co se týče vzájemného porozumění si, zdravotníci přinesli nerealistické očekávání, že komunitní sociální pracovníci budou denně navštěvovat pacienta po propuštění z nemocnice, případně mu budou poskytovat nepřetržitou péči. A zároveň komunitní pracovníci zase očekávali, že hospitalizovaný pacient bude propuštěn až po plném zotavení, což přesahuje účel nemocnice. (Mikkelsenová a kol., 2013) Ukazuje se tak, že participanté ve výzkumu této diplomové práce nemají dostatečný přehled o tom, co služba centra duševního zdraví nabízí a jaká má kritéria. Ambulantní psychiatři také sdělili, že pokud informace mají, v praxi se setkávají s tím, že kritéria nejsou adekvátně naplňována. Ukazuje se důležitost vzájemného sdílení informací, vzájemného setkávání, které naráží na překážku v podobě času.

Vzhledem k tomu, že výsledky výzkumu přinesli fakt, že ambulantní psychiatři bývají v menší míře také iniciativní v oslovování služeb, stojí za zmínku práce McQueen a kol. (2009), kteří uvádějí, že psychiatři mají větší právní odpovědnost, pokud jde o předepisování léků a nakládání s právem v oblasti duševního zdraví více než ostatní profesní skupiny. Také zmiňují, že psychiatrická profesionalita tkví v tom, že by psychiatři měli rozpoznat, kdy mají odborné znalosti nebo dovednosti jiní odborníci v péči o duševní zdraví a měli by aktivně podporovat jejich práci. A psychiatrické služby ve veřejném sektoru dle autorů nemohou poskytovat pouze psychiatři, jelikož nelékařští zdravotníci rozšiřují kapacity psychiatrických týmů a poskytují pacientům více služeb. Z analýzy výzkumu v rámci této diplomové práce se ukázalo, že ambulantní psychiatři vnímají svou zodpovědnost vůči pacientovi, vnímají důležitost vztahu pacient-lékař a narážejí na bariéry v rámci komunikace se sociálními službami. Jedná se o bariéru souhlasu se sdílením informací ze strany pacienta. Mlčenlivost zdravotníků je obsažená v zákoně o zdravotních službách (zákon č. 372/2011 Sb., zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování) a mlčenlivost jsou povinni zachovávat i sociální pracovníci. U lidí s duševním onemocněním může vystávat potřeba k prolomení této zákonné povinnosti právě v návaznosti na zdravotní stav nebo sociální situaci pacienta/klienta, což se ukázalo právě ve výsledcích výzkumu. Část participantů tak komunikuje se sociálními službami v přítomnosti pacienta. V návaznosti na zjištění McQueena a kol. (2009) o psychiatrické profesionalitě se dá tvrdit, že ambulantní psychiatři přistupují v tomto ohledu k péči o pacienta profesionálně, a především do takové míry, aby neporušili zákon a zachovali důvěru pacienta k nim a ostatním pracovníkům zapojeným do péče.

Participantů výzkumu, ambulantní psychiatři, také sdíleli své názory na dostupnost sociálních služeb, kdy tuto dostupnost hodnotilo pět participantů kladně, jeden se vyjádřil neutrálně a dalších pět na základě nedostatku informací nehodnotilo nabídku a dostupnost sociálních služeb. Ve výsledcích výzkumu zaznělo možné řešení, které přinesla část participantů – seznam služeb na internetu, na jedné webové stránce. V současné chvíli lze vyhledat informace o sociálních službách na webové stránce (registr poskytovatelů sociálních služeb), ukazuje se tak opět nízká míra informovanosti ambulantních psychiatrů. Ve výsledcích výzkumu zaznělo, že část participantů oslovuje takové sociální služby, se kterými již byli v minulosti v kontaktu. Významným se tak stává osobní kontakt mezi službou a lékařem. O osobní zkušenosti, která zlepšuje spolupráci, píše již zmiňovaní Martens a kol. (2023), kdy z pohledu pacientů je komunikace mezi profesionály téměř nulová. Mezi lékaři dochází ke komunikaci prostřednictvím nekvalitních propouštěcích zpráv nebo doporučení k léčbě. *„Někteří pacienti uvedli, že to bylo únavné, jelikož to vyžadovalo hodně sebeřízení, a někdy jim v tom chyběla potřebná podpora.“* (Martens a kol., 2023, s. 5) Kdežto pokud se lékaři navzájem znali, projevilo se zlepšení jejich spolupráce. Praktickým lékařům pomohlo, když osobně poznali psychiatra. Psychiatři zase zmiňovali užitečnost znát praktického lékaře kvůli somatickému monitorování a sledování pacienta. *„Lékaři byli frustrováni vzájemnou dostupností kvůli rozdílům v pracovní době, nejasnosti o dostupnosti a neodpovídání na telefonáty při konzultacích či terapeutických sezeních.“* (Martens a kol., 2023, s. 5) Ukazuje se tak, jak významná je osobní zkušenost, respektive osobní setkání, mezi profesionály a vyjasnění si organizačních záležitostí – pracovní doba, možnosti spolupráce, nejlepší komunikační kanál, kdy ve výzkumu této práce mluvili participant nejčastěji o telefonickém kontaktu. Mezi další často zmiňovanou formu kontaktu patří osobní setkání, kdy doprovází pracovník sociální služby pacienta na kontrolu k ambulantnímu psychiatrovi. Jde tak o příležitost k rozvoji budoucí spolupráce, pracovník sociální služby má možnost zapůsobit na ambulantního psychiatra tak, aby vznikl prostor pro budoucí spolupráci.

Ambulantní psychiatři ve výzkumu této diplomové práce vnímají nedostatek služeb pro děti, pro seniory a pro lidi v ústavní ochranné léčbě. Miyamoto a kol. (2015) uvádí, že hodnocení potřeb se stalo primárním v péči o duševní zdraví, a zároveň je vnímání potřeb jedním z principů zdravotní péče jako takové. Autoři se ve svém výzkumu zaměřili na hodnocení potřeb z pohledu klientů a personálu, který o ně pečuje. Poskytovatelé péče provádí komplexní posouzení potřeb jednotlivce a vytváří poté vhodný plán péče. Z pohledu zaměstnanců jsou nezbytné konzultační a zdravotnické služby, ale klienti je hodnotili jako zbytečné. Jako nezbytné hodnotili klienti bydlení a pronájem, kdežto zaměstnanci oblast bydlení hodnotili jako zbytečnou. Zaměstnanci také uváděli, že pro jejich klienty jsou nezbytní nemocniční poradci, peer konzultanti a komunitní podpůrná centra. I samotní klienti vnímali sociální služby jako nezbytné, jenže je zároveň již využívali. Shoda mezi klienty a personálem ohledně významnosti komunitních služeb pro lidi s duševním onemocněním, nebyla vysoká. Autoři tak zdůrazňují, že je nutné se klientů ptát, jaké služby potřebují, než aby jim je vybral poskytovatel péče. Také by se do plánování a rozvoje služeb pro lidi s duševním onemocněním měli klienti zapojit. V sociální sféře probíhá komunitní plánování sociálních služeb, a to se týká i města Brna. Těžko tedy posoudit, zda komunitní plánování probíhá dobře a kvalitně. Sociální služby mají v péči mnoho cílových skupin a skupina osob s duševními onemocněními je pouze jedna výše. Ovšem je pravdou, že komunitní plánování by mělo vycházet z potřeb občanů. Možná také významnou roli hraje historický kontext, kdy jsou určité organizace na území města Brna v provozu už více jak dvacet let. A je o to náročnější zkoušet vytvořit něco nového, protože vzniká nejistota, kdo bude službu financovat.

Důležitým prvkem pro vznik nové služby jsou dotace z Evropské unie, kdy služba nejprve vzniká jako projekt. Jenže ten trvá určitou dobu a při konci projektu se tak objevuje opět problematika dalšího financování. Komunitní plánování sociálních služeb neprobíhá zpravidla každý rok, ale probíhá za určité období. Aktuálně je v rámci ORP Brno uplatňován Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve městě Brně 2023-2026, kdy je kladen důraz na kooperaci s reformou psychiatrie, kdy se jedná o pokračování v rozvoji CDZ, včetně CDZ zaměřeného na děti, poté o podporu inovativních projektů vedoucích k posílení kompetencí a k zotavení (dům zotavení, peer konzultanti apod.), o podporu rodinných příslušníků či blízkých osob s duševním onemocněním, včetně rodin s dětmi s duševním onemocněním, o podporu lidí s duálními diagnózami a o podporu lidí s poruchou příjmu potravy. (MMB – odbor soc. péče, 2022)

Ambulantní psychiatři vítají zapojení sociální služby do péče o pacienta, navzájem mezi sebou lékaři a sociální služba dle potřeby komunikují, lékaři respektují pacientův souhlas či nesouhlas se sdílením informací. Části ambulantním psychiatrům chybí jasné a ucelené informace o sociálních službách, narážejí na nejasnosti v poskytování služby CDZ, a především mají nedostatek informací o fungování sociálních služeb, o jejich možnostech a kompetencích pracovníků. Na základě předchozího textu je vidět, že podobné obtíže zažívají i v jiných zemích, a tyto zkušenosti se mohou odvíjet i od míry profesionality, vlastní hodnoty v procesu péče o pacienta/klienta, a hlavně od míry komunikace mezi jednotlivými odborníky.

Výzkum této diplomové práce má několik omezení, která je důležité vzít v úvahu při interpretaci výsledků. Participantů jsou ambulantní psychiatři působící v Brně, celkem jich bylo 11, což omezuje možnosti zobecnění výsledků výzkumu na širší populaci. Zároveň tito lékaři mohli být ovlivněni svými zkušenostmi se sociálními službami, a to je mohlo motivovat k účasti na výzkumu. Může tak dojít ale k dalšímu zkreslení, přestože kvalitativní výzkum umožňuje hlubší vhled do tématu. Zároveň je ve výzkumu geografické omezení na ORP Brno, takže výsledky jsou specifické pro tuto oblast. V jiných regionech může být situace jiná. Dalším limitem je zaměření výzkumu výhradně na perspektivu psychiatrů, bez zapojení pracovníků sociálních služeb či klientů, jejichž zkušenosti by mohly přinést další rozměr pro větší porozumění problematice spolupráce ambulantních psychiatrů se sociálními službami. V neposlední řadě je třeba zohlednit i subjektivitu výzkumnice při interpretaci dat, která mohla být ovlivněna jejími vlastními zkušenostmi a pohledy.

## 2.5 Návrhy a doporučení pro praxi

Z výsledků výzkumu vyplývá, že ambulantním psychiatrům především chybí informace o sociálních službách – jak fungují, co mohou poskytovat a kde na služby naleznou kontakt. Sociální služby vnímají jako důležitý prvek v léčbě pacienta, vnímají přínosy této péče a vítají zapojení pracovníků sociální služby do péče o pacienta i vzhledem k tomu, že pacientům nemohou pomoci v sociální oblasti (bydlení, dávky, zaměstnání apod.).

Mezi první doporučení pro praxi patří **aktivní oslovování ambulantních psychiatrů** a pravidelné předávání informací o poskytované službě. To klade nároky na pracovníka sociální služby, jelikož ambulantní psychiatři nemají dostatek času na komunikaci se službami. Vzhledem k tomuto zjištění je vhodné, aby pracovníci lékařům předávali stručné, přehledné a relevantní informace o poskytované sociální službě a péči. Je nezbytné klást důraz na jasnost a stručnost sdělení a doplnit je například letáčkem na službu, vizitkou apod. Vzhledem k tomu, že pravidelný kontakt

mezi sociální službou a ambulantním psychiatrem je na základě kontroly pacienta u lékaře, je vhodné, aby si pracovník sociální služby dopředu projednal s klientem záměr prezentace služby lékaři při jeho pravidelné kontrole. Významný je tedy souhlas klienta s touto aktivitou, pokud by proběhla v rámci pravidelné kontroly. V neposlední řadě může pracovník sociální služby informovat psychiatra o adresáři poskytovatelů sociálních služeb a dalších možnostech, kde lze vyhledat kontakty a informace na sociální služby.

**Pravidelná setkávání mezi psychiatrem a sociální službou**, která byla zmíněna jako příklad dobré praxe v oblasti frekvence setkávání, se nabízí jako další doporučení. Jedná se o pravidelné setkání, kdy si lékař s pracovníky sociální služby vymění své dosavadní poznatky a zkušenosti, stejně tak sdílí své zkušenosti i pracovníci sociální služby. Opět je zde velkým limitem čas ambulantních lékařů a určitě do toho vstupuje i motivace lékařů účastnit se takových setkání.

V rámci výzkumu také zaznělo, že jeden z participantů se občas účastní přednášek, které organizují sociální služby, ale není spokojený s obsahem – nedozví se to, co potřebuje pro svou praxi. Vzniká zde další možnost pro zlepšení spolupráce, kdy mohou **sociální služby aktivně ambulantní psychiatry oslovovat se žádostí o zapojení se do přednášek a workshopů** (v pasivní i aktivní účasti). Vzhledem k limitovaným časovým kapacitám ambulantních psychiatrů lze doporučit rovněž zapojení zdravotních sester pracujících v psychiatrických ambulancích, které s pracovníky sociálních služeb také komunikují.

Z hlediska systémových opatření je klíčovým faktorem **navýšení kapacity ambulantních psychiatrů**, což by mohlo vést k částečnému uvolnění časových kapacit a otevření většího prostoru pro mezioborovou spolupráci. To představuje investice a změny ve školství a pokračování v destigmatizaci daného oboru. Dalším řešením by mohlo být **rozproštění péče mezi další odborností**, kdy například již nyní mohou praktičtí lékaři předepisovat některé druhy psychiatrických léků. Mohly by se zapojit zdravotní sestry, navýšit počet CDZ vč. zvětšení okruhu diagnóz, kterým se tato služba věnuje. Sociální služby a další odborníci v péči o duševní zdraví se mohou angažovat více při vytváření plánu komunitních služeb, kde mohou pravidelně ozvučovat potřeby pro svou praxi – například více služeb zaměřených na děti s duševním onemocněním, služby pro lidi procházející si ústavní ochranou léčbou apod.

Navýšení času pro ambulantní psychiatry by také mohl přinést **větší důraz na prevenci duševních onemocnění**, kdy se v tomto mohou angažovat i samotné sociální služby. V současné chvíli poskytuje např. Fokus preventivní a destigmatizační program Blázníš? No a!, existují programy a infografiky od společnosti Nevypusť duši apod. Jeví se tak jako ideální **podporovat pravidelné zavedení programů do škol**, což vyžaduje motivaci pracovníků škol pro zavedení pravidelné edukace, destigmatizace a psychohygieny v podobě preventivních programů, workshopů, přednášek atd. Soustavnou prevencí by mohlo dojít ke snížení zátěži ambulantních psychiatrů, kdy při včasném zachytu onemocnění anebo chování vykazující známky duševního onemocnění by mohla postačit péče psychologů, psychoterapeutů, edukace blízkých a případně by se mohly angažovat právě sociální služby.

Nejadekvátnějším doporučením pro spolupráci ambulantních psychiatrů a sociálních služeb patří, jak již zaznělo v úvodu této kapitoly, **vzájemná komunikace**, kdy sociální pracovník předává ambulantnímu psychiatrovi potřebné informace o sociální službě, organizaci poskytování péče a možnostech a kompetencích služby. Jako ideální se jeví navázání profesionálního vztahu mezi pracovníkem služby a ambulantním psychiatrem.

## Závěr

Diplomová práce se věnuje problematice spolupráce mezi sociálními službami a ambulantními psychiatry, kdy je na toto téma nahlíženo z pohledu a zkušeností ambulantních psychiatrů – jak vnímají sociální služby, do jaké míry jsou o jejich činnostech informováni, jakým způsobem s nimi spolupracují a kde spatřují možnosti pro zlepšení spolupráce. Cílem práce bylo zjistit a popsat zkušenosti ambulantních brněnských psychiatrů v oblasti spolupráce se sociálními službami, včetně překážek a návrhů na zlepšení spolupráce.

V teoretické části práce bylo charakterizováno duševní onemocnění, jeho dopady na život člověka a specifika sociální práce s touto cílovou skupinou. Byl popsán zdravotnický systém péče o lidi s duševním onemocněním, kde byla přiblížena ambulantní a lůžková péče. Komunitní péče věnující se lidem s duševním onemocněním byla definována, byly popsány sociální služby a zdravotně-sociální služby spadající do tohoto typu péče. Závěrem teoretické části této práce byla charakterizována obec s rozšířenou působností Brno, včetně aktuální politiky v péči o duševně nemocné.

V rámci výzkumné části této práce byly popsány zkušenosti ambulantních brněnských psychiatrů v oblasti spolupráce se sociálními službami, včetně překážek a návrhů na zlepšení spolupráce, cíl práce byl naplněn. Nedostatek informací a přehledu o fungování sociálních služeb, včetně služby centra duševního zdraví, se ukázal jako hlavní zjištění. Ambulantní psychiatři navazují spolupráci se službami, se kterými již mají nějakou zkušenost a je rozhodující, kdo službu poskytuje a do jaké míry reaguje na potřeby pacienta. Pro rozvoj spolupráce je z hlediska ambulantních psychiatrů důležitá komunikace, která naráží na překážku v podobě nedostatku času. Dalším zjištěním je, že ambulantní psychiatři nejčastěji přichází do prvokontaktu se sociální službou při pravidelné kontrole pacienta, kterého doprovází pracovník sociální služby, anebo lékaře osloví sociální služba telefonicky. Pravidelný kontakt pak probíhá třemi možnými způsoby – telefonicky, emailem nebo osobně v ambulanci při kontrole pacienta.

Ambulantní psychiatři vnímají přínos spolupráce v léčebném procesu pacienta a čerpání sociální služby pacientem hodnotí kladně. Uváděli, že pacienti čerpající sociální službu s větší pravděpodobností dojdou na pravidelnou kontrolu oproti těm pacientům, kteří tuto podporu nemají. Lékaři vidí zlepšení v procesu léčby a vnímají, že sociální službu častěji čerpají lidé s těžšími diagnózami. Ambulantní psychiatři vnímají omezené kompetence sociálního pracovníka a vítají jeho objektivní pohled na situaci pacienta. Sdílení informací je pro ně užitečné a potřebné, ale je limitováno časovou vytížeností lékařů.

Závěrem lékaři hodnotí kladně multidisciplinární pojetí péče o lidi s duševním onemocněním. Přesto však existují výhrady vůči některým aspektům fungování center duševního zdraví, kdy je tato služba jedním z představitelů multidisciplinárního pojetí péče, a to zejména s ohledem na kritéria pro výběr klientů, nejasné kompetence a omezený rozsah činnosti ve srovnání s běžnou ambulancí (nižší čísla ošetřených pacientů) a nevýznamnost čerpání služby u lehčích pacientů. Služba centra duševního zdraví má své limity a v menší míře jim ambulantní psychiatři nerozumí.

V rámci zahraničí je mezioborová spolupráce také diskutována jako problematičtější, ať už v rovině předávání informací, znalostí kompetencí jednotlivých odborníků, v jejich vzájemném očekávání a v jejich hierarchii. Jednou z bariér ve spolupráci lékařů je nedostatek času, obdobný výsledek přinesl i výzkum v této diplomové práci. Role zdravotních sester v péči o lidi s duševním

onemocněním je v USA více rozšířená a v zahraničí také narážejí na problémy s kritérii sociálních služeb. Významná je role case managera při poskytování péče, kdy se tento koncept používá také v České republice, například v centrech duševního zdraví.

Sociální služby, respektive pracovníci sociálních služeb, by se měli snažit o navazování osobního kontaktu s ambulantním psychiatrem a rozvíjet s ním profesionální vztah, ze kterého mohou ve výsledku těžit obě strany. Bariérou je nedostatek času lékařů, a proto je na pracovníka kladen nárok na stručnost a jasnost ve sděleních. Ta by se měla opírat o jasné vysvětlení a představení fungování dané sociální služby, ze které pracovník přichází.

Limitem této práce je geografické zaměření na ORP Brno, kdy výsledky výzkumu nelze uplatnit na širší populaci či jiný region. Ochota participantů účastnit se výzkumu mohla být ovlivněna zkušenostmi se sociálními službami. Dalším omezením je vynechání pohledu a zkušeností pracovníků sociálních služeb a klientů, kdy by práce přinesla další rozměr a větší porozumění problematice spolupráce mezi lékaři a sociálními službami.

Tato diplomová práce může sloužit jako podklad k dalším výzkumům v oblasti mezioborové spolupráce ambulantních psychiatrů a sociálních služeb, případně celkově zdravotního a sociálního sektoru. Vhodné by bylo zaměřit se například na očekávání lékařů vůči pracovníkům sociálních služeb nebo dopady fluktuace pracovníků na kontinuitu péče. V neposlední řadě přispívá diplomová práce k významnosti osobního setkání a budování vztahu mezi profesionály – pracovníky sociální služby a ambulantními psychiatry. Zároveň potvrzuje nedostatek času ze strany lékařů na jiné aktivity související s péčí o duševně nemocné.

Závěrem tato práce a její zjištění poukazují na to, že zlepšení spolupráce je i otázkou každodenních interakcí mezi odborníky, nejen pouze otázkou systému jako takového. Práce tak přispívá k hlubšímu porozumění dynamiky mezioborové spolupráce v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním a může sloužit jako podklad pro tvorbu strategií zaměřených na zefektivnění spolupráce. V konečném důsledku může kvalitní spolupráce přispět ke zlepšení života lidí s duševním onemocněním, což je společným cílem obou profesních skupin.

## Seznam použitých zdrojů

- ANDERS, Martin; MRÁZEK, Jiří; SOUKUPOVÁ, Jitka a DUŠKOV, Ivan. Financování psychiatrické péče v České republice v roce 2020/2021. Online. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2021, č. 117, s. 253-257. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1426>. [cit. 2025-03-12].
- ANTHONY, William A. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1993, 16(4), 11–23, Online. 1993 Dostupné z: <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/anthony1993c.pdf> [cit. 2024-12-29].
- APA. *Mental disorder*. Online. American psychological association. 2018a. Dostupné z: <https://dictionary.apa.org/mental-disorder>. [cit. 2024-12-29].
- APA. *Mental health*. Online. American psychological association. 2018b. Dostupné z: <https://dictionary.apa.org/mental-health>. [cit. 2024-12-29].
- BARK, Harry; DIXON, Jeremy a LAING, Judy. The Professional Identity of Social Workers in Mental Health Services: A Scoping Review. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023, roč. 20, č. 11. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph20115947>. [cit. 2024-04-29].
- BRAMESFELD, A.; UNGEWITTER, C.; BÖTTGER, D.; EL JURDI, J.; LOSERT, C. et al. What promotes and inhibits cooperation in mental health care across disciplines, services and service sectors? A qualitative study. Online. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2012, roč. 21, č. 1, s. 63-72. ISSN 2045-7960. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S2045796011000539>. [cit. 2024-04-03].
- BARTLETT, Harriett M. *The common base of social work practice*. Washington, DC: National Association of Social Workers, [1970]. ISBN 0-87101-054-2.
- CAI, Arno; MEHROTRA, Ateev; GERMACK, Hayley D.; BUSCH, Alisa B.; HUSKAMP, Haiden A. et al. Trends In Mental Health Care Delivery By Psychiatrists And Nurse Practitioners In Medicare, 2011–19. Online. *Health Affairs*. 2022, roč. 41, č. 9, s. 1222-1230. ISSN 0278-2715. Dostupné z: <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2022.00289>. [cit. 2024-04-04].
- CARLSSON, Karin Solberg a BROMMELS, Mats. Integrated Health and Social Services for People With Chronic Mental Health Problems: People Are More Important Than Processes. Insights From a Multiple Case Study in Swedish Psychiatry. Online. *Frontiers in Public Health*. 2022, roč. 10. ISSN 2296-2565. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.845201>. [cit. 2024-04-03].
- CDZ KM. *Centrum duševního zdraví Kroměříž*. Online. [Cdzkm.cz](http://www.cdzkm.cz). 2025. Dostupné z: <http://www.cdzkm.cz/smi.html>. [cit. 2025-04-05].
- CMHCD. *O duševních nemocech*. Online. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. 2021. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/stopstigma/o-dusevnich-nemocech/>.
- ČÁMSKÝ, Pavel; SEMBDNER, Jan a KRUTILOVÁ, Dagmar. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0027-7.
- ČESKO. Zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách) - znění od 1. 1. 2025a. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–

- 2025 [cit. 9. 2. 2025]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372?text=Z%C3%A1kon%20o%20zdravotn%C3%ADch%20slu%C5%BEb%C3%A1ch#cast2>
- ČESKO. Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – znění od 1. 3. 2025b. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2025 [cit. 9. 3. 2025]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#p3-1-a>
- ČESKO. Vyhláška č. 505/2006 Sb., vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách - znění od 1. 3. 2025c. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010–2025 [cit. 30. 3. 2025]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505#f3144523>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. *SO ORP Brno*. Online. Český statistický úřad. 2024. Dostupné z: [https://csu.gov.cz/jhm/so\\_orp\\_brno](https://csu.gov.cz/jhm/so_orp_brno). [cit. 2024-11-30].
- ĐEČEVIĆ, Mehmed; JANKOVIĆ, Uglješa a ČEKEREVA, Ana. SOCIJALNA PARADIGMA U PSIHIJATRIJI KAO POVEZNICA IZMEĐU SOCIJALNOG RADA I PSIHIJATRIJE U TEORIJI I PRAKSI. Online. *Annual of Social Work*. 2016, roč. 22, č. 3, s. 371-392. ISSN 18465412. Dostupné z: <https://doi.org/10.3935/ljsr.v22i2.79>. [cit. 2024-04-03].
- DIAKONIE ČCE BRNO. *Popis realizace poskytování sociální služby*. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/api/agportal-server/rest/documents/0519AFA0-8F70-4398-9F50-614D9397510E/content>. [cit. 2025-04-05].
- FOJTÍČEK, Martin. Co to teda je to zotavení. Online. 2017. Dostupné z: <https://www.zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/15-co-to-teda-je-to-zotaveni>. [cit. 2025-03-13].
- FN BRNO, PRÁH JIŽNÍ MORAVA, Z.Ú. *Centrum duševního zdraví*. Online. 2018. Dostupné z: <https://www.cdz-brno.cz/>. [cit. 2025-04-12].
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.
- HORÁK, Pavel; ZELENKOVÁ, Iveta; KUBALČÍKOVÁ, Kateřina; HAŠOVÁ, Zdenka a ŠKORPÍKOVÁ, Monika. KONCEPCE SOCIÁLNÍ POLITIKY města Brna do roku 2030. Online. 2021. Dostupné z: [https://socialnipece.brno.cz/wp-content/uploads/2021/06/MS\\_KONCEPCE\\_SPMB\\_2030\\_esf\\_01.pdf](https://socialnipece.brno.cz/wp-content/uploads/2021/06/MS_KONCEPCE_SPMB_2030_esf_01.pdf). [cit. 2024-12-27].
- HRUŠKA, Lubor; HRUŠKOVÁ, Andrea; FOLDYNOVÁ, Ivana; KUBÁŇ, David a kol. *Plán zdraví města Brna 2018–2030*. Online. 2018, 2021. Dostupné z: [https://www.dataplan.info/img\\_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/plan\\_zdravi\\_mesta\\_brna\\_verze\\_final.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/plan_zdravi_mesta_brna_verze_final.pdf). [cit. 2024-12-27].
- JACOB, K. S. Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. Online. *Indian Journal of Psychological Medicine*. 2015, roč. 37, č. 2, s. 117-119. ISSN 0253-7176. Dostupné z: <https://doi.org/10.4103/0253-7176.155605>. [cit. 2024-04-12].
- KAŠPÁREK, Tomáš. Je psychiatrie v rozkladu? *Česká a slovenská psychiatrie*. 2023, roč. 119, č. 2, s. 49-51. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1520>. [cit. 2024-04-04].
- KAŠPÁREK, Tomáš. Změny v systému psychiatrické péče: situace v r. 2023. Online. 2023. Dostupné z: 20. ČS sjezd, Brno 2023, [https://psychiatrie.cz/images/2023/psych\\_pece\\_23.pdf](https://psychiatrie.cz/images/2023/psych_pece_23.pdf). [cit. 2024-11-30].

- KOLITSCH, Karel; HOROVÁ, Eva; SPÁLENKOVÁ, Michaela; HOROVÁ, Dita a VLKOVÁ, Miloslava. Doporučené postupy pro vznik ambulancí s rozšířenou péčí pro osoby s duševním onemocněním (ARP). Online. 2025. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-11/Doporu%C4%8Den%C3%A9%20postupy%20pro%20vznik%20ambulanc%C3%AD%20s%20roz%C5%A1%C3%AD%C5%99enou%20p%C3%A9%C4%8D%C3%AD%20pro%20osoby%20s%20du%C5%A1evn%C3%ADm%20onemocn%C4%9Bn%C3%ADm.pdf>. [cit. 2025-04-12].
- KOMUNIKUJEME O.P.S. *Metodika práce s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním*. Online. Praha, 2019. Dostupné z: <http://komunikujeme.eu/wp-content/uploads/2020/04/metodika-kom-du%C5%A1evn%C3%ADn.pdf>. [cit. 2025-04-06].
- KUCHYŇKOVÁ, Iva; KLUSÁKOVÁ SEĎOVÁ, Jana a VEVERKOVÁ, Martina. Zdravotně-sociální pomezí v sociálních službách. Online. 2019, s. 1-10. Dostupné z: <https://www.charita.cz/res/archive/015/001815.pdf?seek=1579881697>. [cit. 2025-03-31].
- LEVINE, Joshua a SHER, Leo. How to increase the role of social workers in suicide preventive interventions. Online. *Acta Neuropsychiatrica*. 2020, roč. 32, č. 4, s. 186-195. ISSN 0924-2708. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/neu.2020.11>. [cit. 2024-04-07].
- LIU, Nancy H.; DAUMIT, Gail L.; DUA, Tarun; AQUILA, Ralph; CHARLSON, Fiona et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. Online. *World Psychiatry*. 2017, roč. 16, č. 1, s. 30-40. ISSN 1723-8617. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/wps.20384>. [cit. 2025-04-05].
- LÖWE, Cornelia; MARK, Patrick; SOMMER, Samira a WELTERMANN, Birgitta. Collaboration between general practitioners and social workers: a scoping review. Online. *BMJ Open*. 2022, roč. 12, č. 6. ISSN 2044-6055. Dostupné z: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062144>. [cit. 2024-04-03].
- MARTENS, Nicolaas; DE HAECK, Eline; VAN DE VONDEL, Evelyn; DESTOOP, Marianne; CATHOOR, Kirsten et al. Physical Healthcare for People with a Severe Mental Illness in Belgium by Long-Term Community Mental Health Outreach Teams: A Qualitative Descriptive Study on Physicians', Community Mental Health Workers' and Patients' Perspectives. Online. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023, roč. 20, č. 1. ISSN 1660-4601. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph20010811>. [cit. 2024-04-28].
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich; KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
- MAXDORF S.R.O. *Lékařské tajemství*. Online. In: Velký lékařský slovník. 2024. Dostupné z: <https://lekarske.slovniky.cz/pojem/lekarske-tajemstvi>. [cit. 2024-12-08].
- MCQUEEN, Daniel & ST JOHN-SMITH, Paul & SMITH, John & IKKOS, George & KEMP, Philip & MUNK-JORGENSEN, Povl & Michael, A. Professional Standards Psychiatric Professionalism, Multidisciplinary Teams and Clinical Practice Complexity and Psychiatric Science, (2009). Dostupné z:

- [https://www.researchgate.net/publication/249656424\\_Professional\\_Standards\\_Psychiatric\\_Professionalism\\_Multidisciplinary\\_Teams\\_and\\_Clinical\\_Practice\\_Complexity\\_and\\_Psychiatric\\_Science](https://www.researchgate.net/publication/249656424_Professional_Standards_Psychiatric_Professionalism_Multidisciplinary_Teams_and_Clinical_Practice_Complexity_and_Psychiatric_Science) [cit. 2024-04-03].
- MIYAMOTO, Yuki; HASHIMOTO-KOICHI, Rieko; AKIYAMA, Miki a TAKAMURA, Soichi. Mental health and social service needs for mental health service users in Japan: a cross-sectional survey of client- and staff-perceived needs. Online. *International Journal of Mental Health Systems*. 2015, roč. 9, č. 1. ISSN 1752-4458. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s13033-015-0009-7>. [cit. 2024-04-03].
- MKN-10. 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Online. MKN-10 2024. 2024. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>. [cit. 2025-01-04].
- MMB – ODBOR SOC. PÉČE. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve městě Brně 2023-2026. Online. 2022. Dostupné z: [https://socialnipece.brno.cz/wp-content/uploads/2022/09/SPRSS-2023-2026\\_final.pdf](https://socialnipece.brno.cz/wp-content/uploads/2022/09/SPRSS-2023-2026_final.pdf). [cit. 2025-04-11].
- MPSV. Registr poskytovatelů služeb. Online. 2024. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/registr-poskytovatelu-sluzeb>. [cit. 2024-12-27].
- MPSV. Sociální služby. Online. MPSV.CZ. Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2025, 2.3. 2025. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/socialni-sluzby-1>. [cit. 2025-03-09].
- MPSV. Standardy kvality sociálních služeb – Příručka pro uživatele. Online. 2008. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/cms/documents/bb107dde-073a-0a05-ebbb-0b4ce7dec84d/skss\\_final\\_web.pdf](https://www.mpsv.cz/cms/documents/bb107dde-073a-0a05-ebbb-0b4ce7dec84d/skss_final_web.pdf). [cit. 2025-04-06].
- MPSV. Stručný průvodce zákonem o sociálních službách. Online. 2006. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zlom170x170web.pdf/b4c1e796-9edf-d283-c46f-9516858e5dc6>. [cit. 2025-03-09].
- MZČR. Centra duševního zdraví/ multidisciplinární týmy. Online. 2024. Dostupné z: [https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1wUlw3an8hY\\_OpzoO5F1EAj4Rk\\_5mnas9&ll=49.844367309875885%2C15.361049149999982&z=8](https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1wUlw3an8hY_OpzoO5F1EAj4Rk_5mnas9&ll=49.844367309875885%2C15.361049149999982&z=8). [cit. 2025-03-31].
- MZČR. Manuál k evaluaci CDZ 2. verze. Online. *Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky*. 2018, s. 1-39. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-07/Manu%C3%A1l%20evaluace%20CDZ\\_II.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-07/Manu%C3%A1l%20evaluace%20CDZ_II.pdf). [cit. 2025-03-31].
- MZČR. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. [online] Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR. 2020a. 70 s. [cit. 2025-03-13]. [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika\\_MT\\_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf)
- MZČR. Národní akční plán duševního zdraví 2020-2030. [online] 2020b. [cit. 2025-03-13]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/narodni-akcni-plan-pro-dusevni-zdravi-2020-2030/>
- MZČR. Registrační list – Ošetřovací den v otevřeném denním stacionáři s psychiatrickou péčí – doba poskytované péče minimálně 6 hodin (OD 00043). Online. 2022, 21. 5. 2024. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/12/OD\\_00043.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2022/12/OD_00043.pdf). [cit. 2025-04-05].

- MZČR. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI). Online. Věstník Ministerstva zdravotnictví České republiky. 2021, roč. 2021, č. 8, article 1, s. 2-16. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ\\_8-2021.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf). [cit. 2025-03-31].
- MZČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Online. Praha, 2013. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>. [cit. 2025-04-03].
- MZČR. *Základní principy péče poskytované v CDZ*. Online. 2019. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha\\_%C4%8D.\\_6\\_Metodiky\\_-\\_Z%C3%A1kladn%C3%AD\\_principy\\_p%C3%A9%C4%8De\\_poskytovan%C3%A9\\_v\\_CDZ.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._6_Metodiky_-_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf). [cit. 2025-04-06].
- NAKONEČNÝ, Milan. *Stigmatizace*. Online. Sociologická encyklopedie. 2017. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Stigmatizace>. [cit. 2025-04-05].
- NAROVINU. *STOP Stigmatu*. Online. Na rovinu – o duševním zdraví a nemoci. 2025. Dostupné z: <https://narovinu.net/stop-stigmatu/>. [cit. 2025-04-05].
- MIKELSEN, E. N., PETERSEN, A., KAAE, A. M., & PETERSEN, H. Cross-sector problems of collaboration in psychiatry. *Danish medical journal*, 2013. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24001468/#> [cit. 2024-04-03].
- NIMH. *Mental Illness*. Online. The National Institute of Mental Health. 2024. Dostupné z: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness>. [cit. 2025-01-04].
- JMK. Krajský plán péče o duševní zdraví v Jihomoravském kraji na období 2024–2028. Online. In: *Jihomoravský kraj*. 2024. Dostupné z: <https://jmk.brandcloud.pro/en/document/111948/309079>. [cit. 2024-12-27].
- NZIP. *Duševní onemocnění v Česku*. Online. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY [HTTPS://WWW.NZIP.CZ](https://WWW.NZIP.CZ). 2025a. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>. [cit. 2025-02-09].
- NZIP. *Komunitní péče*. Online. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY. Národní zdravotnický informační portál. 2025b. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/110>. [cit. 2025-03-09].
- Odbor zdravotnictví Krajského úřadu Jihomoravského kraje. *Koncepce zdravotnictví Jihomoravského kraje 2020 – 2025*. Online. 2020. Dostupné z: [https://www.dataplan.info/img\\_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/koncepce-zdravotnictvi-jihomoravskeho-kraje-2020-2025.pdf](https://www.dataplan.info/img_upload/7bdb1584e3b8a53d337518d988763f8d/koncepce-zdravotnictvi-jihomoravskeho-kraje-2020-2025.pdf). [cit. 2024-12-27].
- OECD. *Health at a Glance: Europe 2018: Factsheet on Promoting Mental Health*. Online. In: . 2018. Dostupné z: <https://www.oecd.org/els/emp/sickonthejob2011.htm>. [cit. 2025-04-05].

- OJO, Soji; OKOYE, Tricia O; OLANIYI, Seyi A; OFOCHUKWU, Victor C; OBI, Maureen O et al. Ensuring Continuity of Care: Effective Strategies for the Post-hospitalization Transition of Psychiatric Patients in a Family Medicine Outpatient Clinic. Online. *Cureus*. ISSN 2168-8184. Dostupné z: <https://doi.org/10.7759/cureus.52263>. [cit. 2024-04-03].
- OLEJÁROVÁ, Zora. *Psychiatrie pro Všeobecné sestry a Porodní asistentky*. Monografie. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Fakulta zdravotnických studií, 2017. ISBN 978-80-7561-047-8.
- PAVLOVSKÝ, Pavel a BANKOVSKÁ MOTLOVÁ, Lucie. Psychiatrické vyšetření dospělého pacienta. Online. 2018. Dostupné z: <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/obecna-psychiatrie/psychiatricke-vysetreni-dospaleho-pacienta>. [cit. 2025-02-09].
- PETR, Tomáš a MARKOVÁ, Eva. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. Sestra. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6.
- PĚČ, Ondřej. *Destigmatizace*. Online. Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J. E. Purkyně. 2025. Dostupné z: <https://www.psychiatrie.cz/destigmatizace>. [cit. 2025-04-05].
- PNB. *Lůžková péče*. Online. 2025. Dostupné z: <https://www.pnbrno.cz/luzkova-pece/>. [cit. 2025-03-08].
- PN BRNO, PRÁH JIŽNÍ MORAVA, Z.Ú. *Centrum duševního zdraví Psychiatrické nemocnice Brno*. Online. 2025. Dostupné z: <https://cdz-pnb.cz/>. [cit. 2025-04-12].
- PRÁH JIŽNÍ MORAVA, Z.Ú. Popis realizace poskytované služby. Online. 2025, s. 1-13. Dostupné z: [https://www.prahjm.cz/wp-content/uploads/2024/01/SR\\_T\\_-\\_Popis\\_realizace\\_sluzby\\_aktualizace\\_k\\_1.1.2024.pdf](https://www.prahjm.cz/wp-content/uploads/2024/01/SR_T_-_Popis_realizace_sluzby_aktualizace_k_1.1.2024.pdf). [cit. 2025-03-30].
- PRÁH JIŽNÍ MORAVA, Z.Ú. *Terénní tým Brno jihovýchod*. Online. 2022. Dostupné z: <https://www.prahjm.cz/tym/terenni-tym-brno-jihovychod/>. [cit. 2025-04-12].
- PRAŠKO, Ján a LÁTALOVÁ, Klára. *Psychiatrie v somatické medicíně*. Edice postgraduální medicíny. Praha: Mladá fronta, 2015. ISBN 978-80-204-3739-6.
- PROBSTOVÁ, Václava. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005, 133–164. ISBN 80-7367-002-X.
- PROBSTOVÁ, Václava a PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky - vybrané kapitoly*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.
- PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče: duben 2017*. Praha: Galén, 2017.
- PSYCHIATRIE BRNO. *Naše služby*. Online. 2025. Dostupné z: <https://psychiatrie-brno.cz/nase-sluzby/>. [cit. 2025-04-05].
- PSYCHOPORTAL. *Lůžková psychiatrická péče*. Online. 2023. Dostupné z: <https://psychoportal.cz/luzkova-psychiatricka-pece/>. [cit. 2025-03-08].
- RABOCH, Jiří, Irena ZRZAVECKÁ, Barbora WENIGOVÁ, et al. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí): odborná zpráva z projektu*. Praha: Česká psychiatrická společnost o. s., 2012.

- ROSEN, Alan; GILL, Neeraj S. a SALVADOR-CARULLA, Luis. The future of community psychiatry and community mental health services. Online. *Current Opinion in Psychiatry*. 2020, roč. 33, č. 4, s. 375-390. ISSN 0951-7367. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000620>. [cit. 2024-04-12].
- SLEZÁKOVÁ, Eva a SLADKÁ ŠEVČÍKOVÁ, Jana. Multidisciplinary approach and its importance for the mental health of children and adolescents not only in eating disorder. Online. *Psychiatrie pro praxi*. 2021, roč. 22, č. 2, s. e37-e40. ISSN 12130508. Dostupné z: <https://doi.org/10.36290/psy.2021.027>. [cit. 2025-03-13].
- Statutární město Brno. *Plán 2030*. Online. In: Brno2050. 2021, 2021. Dostupné z: [https://2050.brno.cz/documents/10360718/10786251/brno2050\\_PLAN-2030-CZ\\_final.pdf/f1354a5a-9265-cc68-d385-39af5f7ad738](https://2050.brno.cz/documents/10360718/10786251/brno2050_PLAN-2030-CZ_final.pdf/f1354a5a-9265-cc68-d385-39af5f7ad738). [cit. 2024-12-27].
- STEIN, Dan J.; PALK, Andrea C. a KENDLER, Kenneth S. What is a mental disorder? An exemplar-focused approach. Online. *Psychological Medicine*. 2021, roč. 51, č. 6, s. 894-901. ISSN 0033-2917. Dostupné z: <https://doi.org/10.1017/S0033291721001185>. [cit. 2024-12-29].
- ŠVAŘÍČEK, Roman. Je zakotvená teorie teorií? Online. *Studia Paedagogica U 10/ 2005*. s. 133 – 145. Dostupné z: <https://journals.phil.muni.cz/studia-paedagogica/article/download/18865/14921>. [cit. 2024-12-29].
- ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. *Interaktivní přehled zdravotních služeb v psychiatrii*. Online. Národní portál psychiatrické péče. 2024. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/>. [cit. 2024-11-30].
- VANIS, Karel. Jak vypadá psychiatrická péče v datech? Jaký vliv měla a má psychiatrická reforma? Online. 2024. Dostupné z: <https://www.efektivnizdravotnictvi.cz/post/jak-vypada-psychiacka-pece-v-datech-jaky-vliv-mela-a-ma-psychiacka-reforma>. [cit. 2025-02-09].
- WHO, Constitution, World health oraganisation, 2023, Dostupné z: <https://www.who.int/about/governance/constitution> [cit. 2024-12-29].
- WHO, Mental disorders, World Health Organization. 2022a. Dostupné na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- WHO, Mental Health, World Health Organization. 2022b. Dostupné na: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

## Přílohy

### Příloha č. 1: Informovaný souhlas

#### Informace o výzkumu pro účastníky

Výzkum Povědomí psychiatrů o sociálních službách a pracovním uplatnění pacientů probíhá v rámci studentské grantové soutěže a je hrazený z grantových prostředků.

Cílem výzkumu je dozvědět se více o tom, jak psychiatři vnímají sociální služby, spolupráci s nimi ve vztahu k pacientovi, jaká je jejich role v pracovním uplatnění pacientů.

Vaše účast na rozhovoru je dobrovolná. Je zcela na Vás, co nám během rozhovoru řeknete, a co ne. Velmi oceníme Vaše názory a zkušenosti, neboť věříme, že nám pomohou porozumět dynamice vztahu psychiatrie a sociálních služeb. Dáte-li k tomu svolení, bude rozhovor nahráván a následně pro účely analýzy přepsán do textové podoby.

Rozhovor se bude týkat vašich zkušeností se sociálními službami a oblasti práce ve vztahu k vašim pacientům a bude trvat přibližně 60 minut.

Je samozřejmé, že během rozhovoru můžete odmítnout odpovédět na kteroukoli z otázek, nebo můžete rozhovor kdykoli ukončit.

Rozhovor provádí jeden z členů výzkumného týmu pod Katedrou sociální práce na Vysoké škole Polytechnické Jihlava, kdy se tento tým skládá ze tří členů (Bc. Jiřina Tichá; Bc. Karolína Pycunová DiS.; Mgr. Markéta Dubnová, PhD.)

Pokud budete souhlasit s pořízením nahrávky rozhovoru, bude k němu a jeho přepisu mít přístup výhradně výzkumnický tým. Nikde se neobjeví Vaše jméno ani nebude možné Vás na základě poskytnutého rozhovoru identifikovat. Po přepsání a ukončení výzkumu (po úspěšné obhajobě a sepsání odborného článku) budou nahrávky smazány a přepisy vymazány. Citace využitě v diplomové práci a v odborném článku budou uvedeny tak, aby z nich nebylo možné určit identitu účastníka rozhovoru.

#### Informovaný souhlas

Souhlasím s účastí na rozhovoru, jehož cílem je, jak psychiatři vnímají sociální služby, spolupráci s nimi ve vztahu k pacientovi, jaká je jejich role v pracovním uplatnění pacientů. Rozumím tomu, že má účast na rozhovoru je mé svobodné rozhodnutí, které činím bez nátlaku, a že mohu rozhovor odmítnout, aniž by to pro mě mělo nějaké negativní důsledky. Rozumím tomu, že mohu tento rozhovor kdykoli přerušit nebo ukončit, což pro mě nebude mít žádné negativní důsledky.

Rozumím tomu, že moje identita bude uchována v přísné důvěrnosti. Rozumím tomu, že tento souhlas nebude propojen s poznámkami ani jinými informacemi z uskutečněného rozhovoru a k mým odpovědím bude mít přístup pouze výzkumnický tým. Rozumím tomu, že tento souhlas bude uchován v listinné podobě u výzkumnického týmu.

Smysl tohoto rozhovoru mi byl vysvětlen a rozumím jeho obsahu.

☐Souhlasím s pořízením nahrávky rozhovoru    ☐Nesouhlasím s pořízením nahrávky rozhovoru

☐ Zajímají mě výsledky výzkumu, přeji si, aby mi byla zaslána pracovní verze výzkumné zprávy:

na e-mail:.....

Jméno účastníka výzkumu

na adresu:

Podpis.....

## **Příloha č.2: Otázky na polostrukturovaný rozhovor**

### **Otázky mířené na sociální služby**

1. Popište prosím svoji dosavadní zkušenost se spoluprací se sociálními službami.
2. Popište mi prosím, jak tato spolupráce probíhá.
  - a. Jak probíhá z vaší strany? Jak probíhá ze strany služeb?
  - b. Oslovujete i vy sociální služby?
3. Na základě vaší zkušenosti, jakým způsobem probíhá první kontakt mezi vámi a sociální službou?
  - a. kdo kontakt zpravidla iniciuje?
  - b. jak dlouho trvá tento první kontakt?
  - c. čeho se týká tento první kontakt?
  - d. zda je přítomen pacient?
4. Jakým způsobem nejčastěji komunikujete se sociálními službami (email, telefon, osobní setkání)? A jak často tento kontakt probíhá (frekvence)? A kdo je zpravidla iniciátorem kontaktu?
5. Uvedte prosím příklady situací, kdy kontaktujete sociální službu.
6. Kde na sociální služby získáte v případě potřeby kontakt?
  - a. Na základě čeho se rozhodujete při výběru konkrétní služby/jejího zaměření?
7. Jaké nejčastější potřeby u pacientů ve spolupráci se sociálními službami řešíte? (Např. práce, zdravotní stav klienta, bydlení, rehabilitační plán, vyřizování na úřadech, volný čas, mezilidské vztahy apod.)
8. Jak vnímáte aktuální dostupnost a nabídku sociálních služeb pro vaše pacienty?
9. Můžete prosím říci, zda a případně v čem se liší proces léčby u pacienta, který čerpá sociální službu a u pacienta, který sociální službu nečerpá?
10. Vnímáte, že spolupráce s pacientem probíhá jinak, pokud je zapojená sociální služba? V čem vidíte odlišnosti oproti pacientovi, který nespolupracuje se žádnou sociální službou? (např. délka hospitalizace, motivace, zplnomocnění, prevence relapsu, dodržování léčebného postupu, délka remise, užívání léků)
11. Jak vnímáte multidisciplinární/multioborový přístup v rámci péče o pacienta?
  - a. Do jaké míry to považujete za užitečné, když se na péči o pacienta podílí více odborníků?
12. Kdo by měl koordinovat multidisciplinární přístup? (Kdo by z vašeho pohledu měl zapojovat jiné odbornosti do péče o pacienta?)
13. Popište mi prosím svoji zkušenost s péčí o pacienty, na níž se podílí více odborníků?
14. Popište mi prosím svoji zkušenost se službou Centra duševního zdraví (zkráceně CDZ)?

15. Popište mi prosím, zda a jakým způsobem vzájemně sdílíte informace o pacientovi se sociální službou? Považujete to za užitečné?
16. Co vnímáte jako překážku pro sdílení informací? A co by naopak pomohlo z vašeho pohledu k efektivnímu sdílení informací?
17. Jaký význam pro vás má informace od pacienta, že spolupracuje se sociální službou?
18. Co byste potřeboval/a ze své pozice pro rozvoj spolupráce se sociální službou?
19. Která sociální služba vám chybí pro pacienty a zároveň by pomohla i vám ve vaší práci/profesi?
20. Jak by podle vás měla vypadat ideální sociální služba pro pacienty?
21. Jak by podle vás měla vypadat efektivní spolupráce se sociální službou?