Zdravotně sociální pomezí – proč se vzájemně potřebujeme?

Ing. Miluše Balková

Fokus-Písek, z. ú.

Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy

Prostřednictvím kazuistiky je zobrazena potřebnost vzájemné spolupráce mezi zdravotními a sociálními službami v oblasti duševního zdraví. Kazuistika popisuje případ ženy s chronickým duševním onemocněním, která se ocitla ve špatné životní situaci, a snahu zdravotních a sociálních služeb o podporu a zlepšení této situace.

Klíčová slova: zdravotní služby, sociální služby, pomezí, multidisciplinární tým, psychiatrická péče, mezioborová spolupráce.

Health and social boundaries – why do we need each other?

Case studies illustrate the need for mutual cooperation between health and social services in the field of mental health. The case report describes the case of a woman with a mental illness who finds herself in a bad life situation and the effort of health and social services to support and improve this situation.

Keywords: health services, social services, border, multidisciplinary team, psychiatric care, interdisciplinary cooperation.

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: Ing. Miluše Balková, info@fokus-pisek.cz

Fokus-Písek, z. ú.

Kollárova 485, 397 01 Písek

Cit.zkr: Psychiatr. praxi 2018; 19(2e): e14–e20

Článek přijat redakcí: 23. 3. 2018

Článek přijat k publikaci: 23. 5. 2018

Úvod

S duševní nemocí se během svého života setká až polovina dospělých lidí. Zároveň zhruba tři čtvrtiny všech dospělých osobně znají někoho, kdo někdy trpěl duševní chorobou (1). Duševní nemoci jsou tedy nedílnou součástí lidské společnosti. Historické souvislosti však odsunuly tyto odlišné, nemocné lidi na okraj společnosti a uzavřely je do ústavů (nejlépe na venkov, co nejdál od ostatních). I když se pohled na život nemocných pomalu mění a existují snahy o reformu psychiatrické péče, stále přetrvává systém zaměřený především na institucionální péči. V zařízeních ústavního typu žije v Česku více než 100 tisíc dospělých duševně nemocných lidí. Dlouhodobá hospitalizace prohlubuje ohrožení sociálním vyloučením, zejména ztrátou sociálních vazeb a sociálních dovedností až po rozvinutí syndromu hospitalismu. (2)

Pro zkvalitnění života těchto desetitisíců lidí je třeba změnit pohled na celý komplex psychiatrické péče. Základním kamenem péče musí být důstojnost pacienta a jeho práva a zároveň nastolení partnerského vztahu mezi pacientem a odborným personálem. To předpokládá zmenšení podílu ústavní péče a vytvoření sítě ambulantních a komunitních služeb, které by poskytovaly komplexní zdravotnickou a sociální péči (vznik center duševního zdraví předpokládá současná reforma). Avšak pozice sociálních služeb v systému psychiatrické péče není v Česku doposud řádně zakotvena. Nemalým problémem vzniku propojeného systému obou oborů je rovněž odlišný způsob financování zdravotních a sociálních služeb.

V zemích Evropské unie, které již reformu uskutečnily (např. Velká Británie, Nizozemí), hrají významnou roli tzv. multidisciplinární týmy, které fungují v rámci jedné komunity a které využívají vzájemnou

spolupráci různých odborníků (zdravotníků, terapeutů a sociálních pracovníků) v rámci jedné instituce (popř. více partnerských). Úspěšný tým musí být flexibilní a musí umět rychle reagovat na specifické a měnící se potřeby klienta. Pro kvalitu poskytované služby je významná mobilita jednotlivých členů týmu. Dosavadní praxe v Nizozemí ukazuje, že pokud to situace vyžaduje, může být do týmu zapojen i rodinný příslušník. Rovněž účast klienta je důležitá neboť i on by měl mít právo spolurozhodovat o léčbě i dalších intervencích. Jedině tak bude v práci týmu zajištěna důstojnost klienta. (3). Cílem celého procesu v multidisciplinárním týmu je poskytování psychosociální péče, která vede ke zkvalitnění života pacienta, pokud možno s minimalizací závislosti a maximalizací sociální integrace.

V českém zdravotnictví existuje dlouholetá praxe sociální práce s hospitalizovanými psychiatrickými pacienty, která však odpovídá spíše administrativnímu zaměření než cílené individuální sociální práci s klientem, kterou by vedl odborně vzdělaný pracovník (4). Tzv. „sociální sestra“ nebývá součástí odborného týmu a po ukončení hospitalizace s pacientem více nepracuje. Jejím úkolem je především pomoci hospitalizovaným pacientům s vyřizováním sociálních dávek, pomoc s hledáním ubytování po hospitalizaci, doprovody. Následnou i preventivní péči zajišťují sociální služby. Avšak v systému sociálních služeb působí jen malý podíl služeb, které se výhradně zaměřují jen na tuto cílovou skupinu.

Psychiatrickou péči v přirozeném prostředí nemocných v současnosti v České republice nabízí 1 012 psychiatrických ambulancí (z toho 907 se specializací v oboru Psychiatrie), 124 klinických psychologů a 19 adiktologických ambulancí. V psychiatrických ambulancích je ročně ošetřeno cca 650 tisíc pacientů, na jednu ambulanci pak připadá průměrně 630 pacientů.

Ambulance nemají nastavenou spádovost, vykazují několikaměsíční čekací doby. Během dne je navštíví přibližně 40 pacientů. Následující kazuistika se odehrává v Jihočeském kraji, kde podle nejdostupnějších statistických údajů bylo v roce 2015 ošetřeno 2 470 osob s diagnózou schizofrenie, 5 003 s poruchou nálad a 1 498 s poruchou osobnosti (5). Podle kvalifikovaných odhadů nizozemských výzkumníků potřebuje psychosociální rehabilitaci cca 60 % osob se schizofrenií, 25 % osob s afektivní poruchou a cca 10 % s poruchou osobnosti. V rámci tohoto kraje se tak jedná o 2 881 osob. Registrované sociální služby pro lidi s duševním onemocněním poskytují v kraji několik organizací, za nejvýznamnější lze považovat organizace sdružené ve FOKUSu ČR, z. s. (FOKUS České Budějovice, z. ú., FOKUS Písek, z. ú., FOKUS Tábor, z. s.). Jedná se o organizace, které mají s podporou lidí s duševním onemocněním dlouholeté zkušenosti. Sociální služby poskytují ambulantní i terénní formou. V roce 2017 poskytly služby cca 800 klientům (odborný odhad na základě telefonického rozhovoru) (bližší informace viz Koncept péče o duševně nemocné Jihočeský kraj) (6). Všechny tři organizace FOKUS usilují o aktivní spolupráci s místními zdravotními službami (místní ambulantní psychiatři, Psychiatrická nemocnice Písek, Psychiatrická léčebna Lnáře, psychiatrická oddělení nemocnic v Táboře a Českých Budějovicích). Na základě spolupráce Fokusu Písek a Psychiatrické nemocnice Písek vzniklo v roce 2015 „Psychosociální komunitní centrum pro lidi s duševním onemocněním Písek“. V tomto centru probíhají pravidelné společné porady a konzultace, které přispívají ke zkvalitnění péče. Sociální pracovníci mají možnost pracovat s klienty přímo na oddělení. Bolavým místem jsou terénní výjezdy, které nejsou ze strany zdravotníků realizovány. Přesto se však jedná o první reálné snahy o propojení zdravotního a sociálního pomezí v tomto kraji. Přestože je kraj pokryt zdravotními

i sociálními službami pro lidi s duševním onemocněním, jejich kapacita je nedostačující.

Kazuistika

Následující kazuistika zachycuje situaci chronicky duševně nemocné ženy. Popsáno je nedostatečné propojení zdravotní i sociální péče, jehož důsledkem jsou odlišné reakce na řešení akutních problémů ženy a následně na její životní podmínky. Kazuistika zachycuje situaci v období 2014–2017 v organizaci FOKUS Písek, z. ú., v jedné z jeho poboček. Klientka podepsala Dohodu o spolupráci a souhlasila s výměnou informací o své situaci mezi Fokusem a ambulantním psychiatrem. Jména klientky, měst a institucí jsou pozměněna.

Paní Marta se stala klientkou zařízení v roce 2014, kdy byla předána z Charity z východních Čech. Pracovnice z Charity informovala, že paní Marta byla u nich v péči několik let, ale bez výrazného pokroku. Martě je 56 let, je rozvedená, sama vychovala tři děti. Paní je paranoidní schizofrenička, která obtížně spolupracuje, je v trvalých bludech, psychiatra navštěvuje jen výjimečně. Má komplikované vztahy v rodině. V roce 2014 se stěhovala do malého městečka v jižních Čechách ke svému synovi a snaze. Spolu s Martou se stěhovala také nejmladší dcera, která zde nastoupila ke studiu na cukrářku. Druhý dospělý syn žije ve východních Čechách a jako jediný je ochoten spolupracovat.

S klientkou probíhala spolupráce v několika fázích. V první fázi byla paní kontaktována sociální pracovnící a byla jí nabídnuta možná spolupráce. Marta projevila zájem, její první zakázkou byla pomoc s vyřízením sociálních dávek na nové adrese, pomoc s důchodem a s nalezením psychiatra. Sociální pracovníce za ní začala dojíždět domů a zjistila, že spolupráce bude hodně

obtížná. Při návštěvách byl vždy přítomen někdo z rodiny. Rodinní příslušníci Martu obviňovali ze své špatné finanční situace a neustále jí předhazovali, že je nemocná a že je vinna za jejich špatný život. Marta se neorientovala v tom, jaké dávky a kde doposud pobírala, takže nastalo obtížné období jednání s úřady o převedení dávek. Několik měsíců se opakovaně stávalo, že Marta zůstávala bez prostředků, protože jí vždy složenka doputovala na jiné adresy po celé republice, kde se dříve vyskytovala. Pracovnice Fokusu vždy kontaktovala poštu, sociální odbor a situace se řešila. Problematické to bylo se zajištěním psychiatra. Sociální pracovnice sice psychiatra Martě zajistila, ale ta se k němu nedostavovala. Vždy se na něco vymluvila, úlohu hrál i nedostatek peněz. Marta neměla peníze na dopravu do spádového města. Později pracovnice zjistila, že klientku o důchod či dávky obírá rodina a že klientku obviňuje z posedlosti ďáblem.

V druhé fázi se pracovnice zaměřila na oslabení negativního vlivu rodiny, za Martou jezdila každý týden, obden ji kontaktovala telefonicky. Stále ji motivovala k návštěvě psychiatra. Marta stále opakovala své bludné představy, kterými ji živila rodina, a požadovala pouze zajištění exorcisty, protože je posedlá ďáblem. Nakonec se podařilo Martu přesvědčit a v doprovodu pracovnice začala navštěvovat psychiatra. Nejprve dostala odpovídající léky, ale později vyšlo najevo, že je nedokáže brát pravidelně, a tak se její stav příliš nelepšil. Marta nakonec přistoupila na depotní injekce, které byly potřeba podávat zpočátku každý týden. Jak se Martě začal stabilizovat její stav, začala i reálně pohlížet na svou rodinu, která ji zneužívá. S velkou podporou Fokusu se začala odpoutávat od rodiny. Sociální pracovnice pomohla Martě najít byt ve Strakoniciích.

Ve třetí fázi bylo cílem, aby Marta získala opět pravidelné návyky. Začala docházet do sociálně terapeutické dílny a zkoušela zvládat denní

režim a finance. Téměř rok trvalo, než zvládala dodržet časy, zorganizovat si život. Když jela na výlet, rozplakala se, protože ve svých padesáti letech byla poprvé někde, kde jí bylo dobře a kde mohla poznat nové věci. Začala přemýšlet o práci, i když již dvacet let nepracovala. Sociální pracovnice jí pomohla sehnat místo v chráněné dílně. Zároveň si pracovnice každý měsíc předávala zprávy s psychiatrickou ambulancí a vše vypadalo téměř ideálně. V roce 2016 Marta nastoupila do chráněné dílny.

Zatím poslední čtvrtá fáze byla cílena na podporu v udržení dosaženého stavu. Již po měsíci byl Fokus kontaktován vedoucí z dílny a informován o problémech a o hrozbě propuštění. Bylo zjištěno, že si Marta začíná půjčovat od kolegyň a že na ni vždy čeká někdo z rodiny před prací. Marta dokonce začala prostituovat. Při rozhovoru Marta vše potvrdila. Příčinou byly požadavky dětí s rodinami a manipulování prostřednictvím podsouvání odpovědnosti za jejich životy, za odškodnění chtěli peníze. Martě byla vysvětlena rizika jejího chování a byla jí poskytnuta podpora v její samostatnosti, zároveň jí byla zajištěna terapie u psychologa. Na měsíc se zdánlivě vše upravilo, ale pak Marta přišla s velkou obavou, že je nakažena pohlavní nemocí. Když si nepůjčovala od kolegů, tak za drobné začala na ubytovně poskytovat sex, aby mohla dětem a vnoučatům dát peníze. Nemoc, které se obávala, nebyla prokázána. Marta s prostitucí skončila, ale opět si tajně začala půjčovat peníze v práci. Na základě toho ji z práce propustili. Na podzim 2016 se podařilo zajistit jinou práci. Úklid na dvě hodiny denně. Stále každý měsíc při návštěvách ambulance psychiatrie předávala sociální pracovnice informace o klientčině situaci. Marta trpěla obavami o děti, Fokus proto nabídl spolupráci rodině, ale ta odmítla.

V květnu roku 2017 došlo k velké změně v chování klientky. Stále mluvila o dětech a o tom, jak jim ublížila. Dávala si vinu za to, že jim

nepomáhá. Vinila se za to, že je snacha na vozíku a nemá invalidní důchod, že syn je alkoholik, který nadělal půlmilionové dluhy a dcera vydrží v každé práci měsíc. Rodina Martu v její vině utvrzovala. Marta se začala měnit před očima. Sociální pracovnice kontaktovala jejího psychiatra, ten však sdělil, že neví o ničem, co by se změnilo a dělo jinak. Marta začala opět mluvit o ďáblech, kartářích, exorcistech, popisovala své sny a vidiny. V jedné slabé chvíli sdělila, že léky nebere pravidelně. Pracovnice se snažila Martu přimět k návštěvě psychiatra, ale klientka trvala na exorcistovi, náhled na realitu neměla. Při dalším kontaktování psychiatra bylo sděleno, že Marta už nějakou dobu nechodí na injekce, ale nikdo z ambulance ji nekontaktoval, protože nemají kapacitu a nestíhají hlídat, kdo měl přijít na injekci a kdo ne. To vysvětlovalo změnu v chování klientky. Psychiatr navrhl hospitalizaci, ale Martu nemůže nikdo nutit a ona nesouhlasí. V blízké psychiatrické nemocnici dokonce odmítli novou pacientku přijmout, pro nedostatek lékařů. Doporučili pouze volat rychlou pomoc, pokud by Marta někoho ohrožovala, a odvést ji do nemocnice v jiném kraji. Dlouhodobé neléčené zhoršení stavu vrací klientku opět na začátek všeho snažení.

Vyhodnocení kazuistiky

Cílem vyhodnocení kazuistiky je nastínění vlivu současné oddělené praxe (oddělené působení sociálních a zdravotních služeb v psychiatrické péči) na situaci paní s duševním onemocněním.

Z pohledu zdravotnické psychiatrické péče

Po přestěhování je paní Martě prostřednictvím sociálního pracovníka nabídnuto navštěvovat psychiatrickou ambulanci v nejbližším okresním

městě, které je vzdálené cca 20 km. Návštěva je ze strany pacientky odkládána. *Lékař nemá kompetence nutit pacientku docházet do ambulance, nemá kapacitu navštívit pacientku doma.* Při návštěvě je zjištěno, že zdravotní stav vyžaduje nasazení medikace. Paní Marta však léky nebere, po čase jsou nasazeny depotní injekce. *Lékař nemá možnost dohlížet na dodržování medikace.* Pacientka chodí na pravidelné kontroly. Stav se postupně stabilizuje. Při pravidelných návštěvách je psychiatr informován (sociálním pracovníkem, který doprovází) o životní situaci pacientky. *Bral lékař při svém rozhodování v úvahu informace od sociálního pracovníka?* V době relapsu psychiatr neví o změnách, které nastaly, a neřeší ani neinformuje, že paní nechodí na pravidelné injekce. *Lékař to odůvodňuje nedostatkem kapacity.* Psychiatr následně navrhuje hospitalizaci, pacientka musí čekat, než někde bude volné místo. Ze strany psychiatra bylo zřejmě vykonáno vše, co mu umožňují kompetence a kapacita. Pokud však probíhala pravidelná komunikace se sociálním pracovníkem, měl včas informovat o tom, že paní přestala chodit na injekce. Návrh na hospitalizaci považuji za krajní řešení.

Z pohledu sociální práce:

Paní Marta se po přestěhování ocitá v péči sociální služby (*jedná se o dobrovolnou spolupráci*), která jí pomáhá zajistit základní potřeby (sociální dávky, důchod) a pomoc s kontaktováním psychiatrické ambulance. Rovněž je zjištěno, že rodina s Martou negativně manipuluje. *Sociální pracovník nemá kompetence nutit klientku k léčbě, může jen pomoci zprostředkovat, může motivovat, podporovat, doprovodit.*

Zdravotní stav vyžaduje návštěvu psychiatra, klientka ji odmítá z důvodu nedostatku financí na dopravu. Roli hraje i manipulace ze strany rodiny. Po usilovné intervenci sociálního pracovníka klientka

navštěvuje psychiatra, získává léky, které však nebere. *Sociální pracovník také nemá kompetenci kontrolovat, zda klientka léky užívá, může jen intervenovat, v případě souhlasu o sdílení informací s psychiatrem, informuje lékaře.* Nastává intenzivní sociální práce, která vede opět k návštěvě psychiatra, kde Marta souhlasí s depotními injekcemi. Nastává zlepšení stavu. *Sociální pracovník napomáhá upevnit sociální zázemí – odpoutání od rodiny, nalezení zaměstnání.* Míra intenzity spolupráce se postupně zmenšuje. *Klientka by neměla být na službě závislá.* V případě nutnosti je zprostředkována návštěva psychologa. Sociální pracovník informuje průběžně psychiatra o situaci klientky. V době relapsu a návratu do počátků, které pro Martu znamenají ohrožení opětovným sociálním vyloučením a chudobou, nenalézá sociální pracovník dostatečnou podporu ze strany psychiatra ani nemocnice. *Chybí společná reakce na sociální a zdravotní propad klientky.*

V důsledku vzájemné neprovázanosti zdravotních a sociálních služeb v psychiatrické péči se paní Marta ocitá v nekonečném kruhu, kdy po zaléčení, částečné stabilizaci, intenzivní sociální práci a snaze o vlastní zotavení se opět ocitá ve špatném zdravotním stavu a nepříznivé životní situaci. Přestože probíhá komunikace mezi sociálním pracovníkem a lékařem, nejedná se o vzájemně propojenou spolupráci. Existuje mezi nimi hluché místo (zejména pokud klientka/pacientka nebere léky, negativně ji ovlivňuje rodina atd.). Přitom by v mnohém pomohlo, kdyby psychiatr mohl včas reagovat na zhoršující se stav paní Marty nebo na její absence při píchání injekcí (návštěva mobilního týmu doma, pravidelný dohled psychiatrické sestry aj.). A rovněž pokud by léčba a sociální práce postupovala v souladu se zdravotním stavem a v souladu se sociálními podmínkami (snížení vlivu rodiny, hledání zaměstnání, dohled nad medikací). Důležitým momentem je rovněž situace, kdy nemocný

člověk nemůže např. z důvodu vzdálenosti a nedostatku financí navštěvovat svého psychiatra. V tomto případě, jak ukazují zahraniční zkušenosti, dobře napomáhají mobilní terénní služby, ve kterých působí lékaři, sestry a sociální pracovníci společně. Svou roli hrají rovněž nedostatečné kapacity psychiatrických ambulancí i komunitních sociálních služeb.

Závěr

I když se může zdát, že o vzájemné spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami je už mnoho napsáno a mnoho se v odborné veřejnosti zná, stále se ve své praxi setkávám s nepochopením a neochotou něco změnit. Při psaní této kazuistiky jsem chtěla ukázat, že člověk s duševním onemocněním je schopen při komplexní psychosociální podpoře žít běžný život, ale pokud některý z článků podpory chybí, je těžké takové úsilí udržet. Přestože v Česku již několik let probíhá transformace psychiatrické péče, stále současný systém neposkytuje dostatečně součinnou spolupráci mezi zdravotními a sociálními službami. Vzájemná spolupráce je prozatím postavena na dobré vůli a snaze pomoci i nad rámec svých povinností. Uvedená kazuistika upozorňuje na problém propojení zdravotních a sociálních služeb v oblasti duševního zdraví, ale svou platnost má jistě také v jiných oblastech.

Kazuistika upozorňuje na službami nepokrytý prostor, ve kterém se může člověk v tíživé situaci ztrácet. Nemoc, nepříznivé podmínky a chybějící pomoc, pak přivádí člověka do neřešitelné situace. Vzájemná spolupráce sociálních pracovníků, lékařů, terapeutů umožňuje vytvořit podporu, která odpovídá individuálním potřebám člověka.

Lze předpokládat, že včasná intervence sociálního pracovníka, která by byla doprovázena včasnou diagnostikou a medikací lékařem, by zabránila

hlubokému propadu kvality života paní Marty. Následná sociální podpora, kontrola ze strany psychiatra a jeho sestry, nácvik dovedností v sociálně-terapeutické dílně a práce s rodinou by napomohla k postupnému

začlenění zpět do běžného života. Chybějící systém vzájemné spolupráce však způsobil opětovné zhoršení stavu paní Marty, který ji pravděpodobně vrátil zpět do špatného počátečního stavu.

LITERATURA

1. Tnornicroft G. Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2011.
2. Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR. Praha: Liga lidských práv 2015
3. Dick P, et. al. Day and full time psychiatric treatment: A controlled comparison. The British Journal of Psychiatry 147 1985: 246–250.
4. Kuzníková I, et. al. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada 2011.
5. Psychiatrická péče 2015 [on line]. [cit. 2018-15-03]. Dostupný na www: <https://www.uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2015>.
6. Koncepce systému péče o osoby s duševním onemocněním [on line]. [cit. 2018-15-03]. Dostupný na www: http://www.kraj-jihocesky.cz/iusneseni_files/Zastupitelstvo/2016-12-15/Navrhy/545ZK16_KUJK_ZK151216_545_pr._Koncepce_systemu_pece_o_osoby_s_dusevnim_on.pdf.