

# LABOR SOCIALIS

„Sociálna práca – profesia s perspektívou, profesia s poslaním“



Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou

NITRA, 20. SEPTEMBRA 2018

Organizátori podujatia:



GRANDEN



# MODERNÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE – VÝZVA NEBO RIZIKO PRO ZDRAVOTNÍ PÉČI I KLIENTA

## Modern social work – challenge or risk for Health care and client

Petr FABIÁN

---

### Abstrakt

*Příspěvek se zabývá historickými změnami v sociální práci, které jsou definovány v jejich paradigmatech. S těmito změnami je úzce spjat problém sociální podpory i kontroly, které nám následně pomáhají vidět klienta v celém jeho životním kontextu.*

*Změny v paradigmatech sociální práce mají jako vedlejší aspekt sbližování, až prolínání sociálních a zdravotních služeb. Zdravotní služby však zůstávají na svých dávných principech postavených na kontrole. V některých situacích je klient vnímán jen jako diagnóza.*

*Moderní sociální práce je inspirací pro změny paradigmatu zdravotních služeb. Tato inspirace však s sebou přináší nutnost změn v přístupech pomoci, myšlení i dalšího rozvoje užšího prolínání sociálních a zdravotních služeb.*

**Klíčová slova:** *Sociální kontrola. Sociální podpora. Zdravotní péče.*

### Abstract

*The article is about historical change in social work. The changes are described in its paradigms. The changes are connected with social control and social support on client's life.*

*The changes in social work bring together social cares and health cares. The health care is only a control system. Sometimes, there is a situation, when the patient is only a diagnosis.*

*The modern social work is inspiration for health care with its nowadays approaches. The approaches are bringing change in health care. A goal is to bring together health care and social care.*

**Key words:** *Social control. Social support. Health care.*

---

### Úvod

Téma tohoto příspěvku vyvěrá z dlouhodobé zkušenosti práce ve zdravotních i sociálních službách.

Historicky jsme si zvykli rozdělovat zdravotní a sociální služby. V principu rozdělujeme lidský život na několik sfér – sociální služby, zdravotní služby, vzdělávání, profesní život, rodinný život a podobně.

V rámci pomoci člověku řešit jeho životní diskomfort se orientujeme na sociální práci potažmo sociální služby a zdravotní péči – zdravotní služby.

Oba druhy pomoci se vzájemně liší paradigmaty pomoci, pohledem na kvalitu péče a kvalitu života, zakázkou a následně i očekávání klienta/pacienta. Dělení pomoci jednotlivci se tak dostává do situace kdy atomizujeme osobní svět jednotlivce. Tato atomizace jde v přímém rozporu s definicí zdraví podle WHO – „Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení“. Jedná se o propojené světy – fyzický, duševní (duchovní) a sociální.

Chvála s Trapkovou (2017, s. 50) ve své publikaci „Rodinná terapie psychosomatických poruch“ uvádí, že „*Patrně neexistuje choroba, která by svým smyslem nezapadala do příběhu člověka*“. Pro mnoho z nás se jedná o osobní zkušenost, kdy tím, že tvoříme jeden celek, naše tělo reaguje na podněty zvenčí či zevnitř různými způsoby. Asi těžko bychom hledali někoho, kdo nemá zkušenost minimálně s tím, že před závěrečnou písemkou např. z matematiky, neobjektivizoval svou okamžitou nevolnost jako příznak závažné choroby.

Je paradoxem, že v současném globalizovaném světě, kdy vnímáme a konstruujeme propojenost, rozdělujeme svět člověka na jednotlivosti s bláhovou vírou, že dělení vzájemně propojeného celku nám přinese zásadní změnu v životě jednotlivce. Někdy můžeme být přesvědčeni o tom, že léčíme nemoc, ale prakticky se jen zabýváme symptomem, který má „návod na řešení“ úplně někde jinde a klient tak potřebuje i zcela jinou formu pomoci.

Celá otázka tedy zní: Je vhodné atomizovat život člověka v rámci poskytování „jakékoliv“ pomoci, nebo naopak, je vhodnější pomáhat z pohledu klientova světa? Co vlastně děláme tím, že oddělujeme pomoc od života člověka?

Jako vstupní brána do řešení tohoto dilematu jsem zvolil paradigmat sociální práce, která následně budeme rozvíjet i z pohledu zdravotnictví.

## **1 Paradigmata sociální práce**

Sociální práce ve své historii ušla obrovský kus cesty ve změnách v přístupu ke klientovi. Tento posun je definován ve změnách v paradigmatech sociální práce. Tato paradigmat jsou založena na hledání možností klienta. Je zde odklon od nedostatku – vady, omezení, handicap, které zůstaly vlastní zdravotním službám – k možnostem klienta, posílení jeho dovedností.

### **Sociálně právní pomoc**

Je systém pomoci, který je nejčastěji požadován od našich klientů. Velmi často se setkáváme s tím, že klienti chtějí jednoduchá řešení, případně finanční pomoc bez jakékoliv odpovědnosti. V rámci hmotné pomoci, pak narážíme na pachatelé dobra, kteří pomáhají podle svých představ bez souvislostí klientova světa (Fook, 2002).

Z druhé strany do tohoto paradigmatu patří pomoc prostřednictvím učení, práce s dovednostmi klienta. Pomáhat znamená pomoci lidem, aby si dokázali pomoci sami (Matoušek, 2008, s.85).

### **Terapeutická pomoc**

Je model, ke kterému někteří sociální pracovníci utíkají s nadějí, že mohou měnit klienta, často bohužel podle svého obrazu nebo podle potřeb společnosti. Někdy je jednodušší terapeutizovat než pomáhat. V závěru si můžeme vychovávat svého klienta, který nás chce potřebovat.

### **Reforma společenského prostředí**

Společenské prostředí je prostor, který nám změnil pohled na sociální práci. V rámci nedávné zkušenosti se socialistickým pojetím sociální práce – kdo nepracuje je příživník, osoby se zvláštními potřebami musí být centralizovány z důvodů efektivity pomoci – jsme se v rámci systému sociální pomoci posunuli ke stádiu dilemat mezi pomocí a kontrolou.

V systémech měst a obcí, toto paradigma pocítujeme především na strategických dokumentech měst a obcí na komunitním plánech. Pro další úvahy je dobré si uvědomit, že jsou situace, kdy není potřeba čekat na nejvyšší politické patra k jejich rozhodnutí, ale můžeme začít věci měnit již v přímém kontaktu s klientem, nebo na úrovni nižších samosprávných celků.

Dilema pomoci a kontroly je v hrubém pojetí dilematem mezi modelem socialistického způsobu pomoci a modelem wellbeing – všeobecného blahobytu. Model všeobecného blahobytu může se někdy podobat zaručené mzdě, případně modelu, kdy klient, který se osamostatní od státní subvence, se najednou propadá do chudoby, neboť jeho minimální mzda je nižší než celkový součet všech dávek, které dostane jako nezaměstnaný.

Na všech úrovních těchto paradigmat se potýkáme s dilematem sociální pomoci a sociální kontroly.

#### **1.1 Sociální pomoc versus sociální kontrola**

Toto dilema – pomáhat a kontrolovat - se vine jako červená nit všemi obory pomáhajících profesí. Jak bylo výše zmiňováno, již máme zkušenost se sociální práce, která byla postavena

na kontrole – zkušenost socialismu. Dnes spíše zažíváme poblouznění a okouzlení teorií lidských práv a prožíváme inklinaci k sociální pomoci – klientovo práva na pomoc včetně jeho práva na svou osobní kontrolu bez účasti pomáhajícího. Někde mezi těmito body je liberální model, který je spíše postaven na teorii ekonomické ruky trhu, která má vše vyřešit a jedinec se má postarat o sebe sám.

### **Lifeworld – Jürgen Habermas**

Habermas se zabýval problematikou pomoci a kontroly. Osobně prožil připojení k fašismu a byl zklamán ruským marxismem.

Ve své teorii klientova lifeworld-u vidí rizika v sociální pomoci, která je řízená jen státem. Stát v rámci sociální práce a jeho vlivu vnímá především jako kontrolní instituci. Státní struktury mají schopnost zničit přirozené prvky sociální pomoci, které stojí na sousedské pomoci, sociálních sítích jednotlivců a podobně. Lifeworld je v protikladu k oblasti kontrolované státem (statorganised).

Hledání vzájemného konsensu je postaveno na komunikační akci, která posiluje sociální integraci. K té dochází při těchto podmínkách (Gray, Webb, 2013, s. 13-24):

1. Dohoda vytvořená na argumentaci
2. Všichni účastníci jsou podporováni pro aktivní účast
3. Všechny návrhy jsou prodiskutované
4. Všichni mohou vyjádřit své postoje.

Pokud vítězí jen státem organizovaný systém, klient nechce pochopit poskytovatele služby, a chce jen „svou službu“. Dochází tak ideologizaci pomoci. Ve vyvažování obou sfér, naopak je klient i pomáhající veden skrze jazyk k hledání vhodné pomoci a především k osamostatňování klienta. K teorii jazyka v problému pomoci a kontroly se ještě vrátíme.

### **Pomoc není zboží – Gert van Der Laan**

Dalším autorem, kterého jsem vybral pro popis tohoto dilematu je Gert van Der Laan.

Jako autor vychází k Habermase a zabývá se srovnáním – spíše praktickým – klientova světa ve světle sociální pomoci. V jedné ze svých kazuistik popisuje situaci, kdy sociální pracovník pomáhá, ale teprve ve chvíli objevení klientova světa zjišťuje, že klient je svou rodinou systematicky udržován v negramotnosti a slouží jako zdroj příjmu ze sociálních dávek pro širší rodinu. Tento stav popisuje jako dilema postoje pracovníka – postoj zaměřený na pravidla a postoj zaměřený na zákazníka (Lann, 1998, s.54). Toto napětí je nutné a jeho nositelem je sociální pracovník, který jej přenáší na klienta.

- Vnější tlaky na efektivitu (stát, manažerismus) vs. strach ze zneužití moci vůči klientovi (hnutí).
- Emancipace klientů je možná pouze v rámci společnosti, proto nelze rezignovat na ukázněvání.
- Pomoc a kontrola jsou nedílnou součástí sociální práce.

Cílem sociální práce je rozvoj klienta v jeho vnitřním světě, aby potřeboval jen nutnou pomoc. Emancipace klienta je možná jen v rámci společnosti, která má na svém pozadí modely a systémy ukázněvání.

### **Umění pomáhat – Ivan Úlehla**

Pro Úlehlu je dilema sociální pomoci a kontroly, záležitostí dynamické změny, která je svým způsobem kontinuální. Toto dilema je ovlivňováno třemi okruhy:

- Klientovy způsoby
- Pracovníkova odbornost
- Normy společnosti

Tyto tři prvky jsou v neustále dynamické interakci a vzájemně se ovlivňují. Jsou aktivními prvky, které ovlivňují vzájemný poměr mezi pomocí a kontrolou. Můžeme vyvozovat, že zde platí jistá úměra – nárůst kontroly, snižuje množství pomoci, která rozvíjí emancipaci klienta a naopak.

S řešením tohoto dilematu úzce souvisí i role sociálního pracovníka:

1. Role obhájce klienta
2. Role agenta společnosti
3. Role prostředníka

K těmto rolím nedílně patří i možná role – prodloužená ruka „policejního (kontrolního)“ aparátu státu. Tato role je úzce spjata s teorií moci, které se budeme ještě věnovat.

### **Sociální pomoc, sociální kontrola a rozvoj zdraví v partnerských vztazích – Kieran T. Sullivan**

Tento autor se svým týmem se zabýval sociální pomocí a sociální kontrolu u osob dlouhodobě nemocných v souvislosti s jejich partnerskými vztahy. Do těchto nemocí byly zařazeny i léčby závislostí a ty se ukázaly jako významnější prvek pro získávání výsledků. Celkově však tato studie je samotnými autory hodnocena jako interpretace „nahodilých“ vzorků a především nízkého počtu vzorků.

Jedním z center jejich zájmu byla vzájemná interakce klientů v procesu uzdravování a jejich životních partnerů.

V tomto kontextu zajímavě rozlišují pozitivní a negativní sociální kontrolu.

Negativní sociální kontrola je nám všem nějak jasná – kontrolujeme dodržování léčebného režimu a všech doporučení všemi dostupnými nástroji – laboratoř, magnetická rezonance – jen v souvislosti s pacientem jako jednotlivcem.

Pozitivní sociální kontrola – je využití partnera pro motivaci k léčbě. Již v této formulaci je zřejmý jistý vnitřní rozpor. Motivující a motivovaný partner pro léčbu je kontrolním mechanismem. Zapojení partnera do systému pomoci se nám jeví spíše jako podpora. Tato podpora má několik ale:

- Je především kontrolní – tedy negativní, „víš co ti říkal doktor..“
- Nedělej to, víš žeti to nedělá dobře
- Pojd' cvičit, říkali to v nemocnici

Nejedná se o zvnitřnělou pomoc, ale pomoc zvenčí, která ve svém důsledku je spíše kontrolní. Sullivan podotýká, že pacienti v první fázi vykazovali lepší výsledky při dodržování léčebného režimu, ale následně vykazovali více pokusů „o tajné porušení“ léčebného režimu. Jsou zde dva prvky:

- Posílení: více spánku, odpočinku
- Negativní: postupný nárůst nervozity, nesouhlasu, pocity viny...

Sociální pomoc je podle těchto autorů v rámci partnerských vztahů spíše spojena s psychosociální podporou, která nevykazuje prvky kontroly. Autoři tento stav popsují jako vztah mezi „support a self-managementem“. Zapojení partnerů a blízkých příbuzných je možné přes psychosociální intervence – stimulační (Pavelová, 2017).

### **Problém nebo řešení – Dalet**

Dalet je česká společnost zabývající se **koučováním, terapií, supervizi a vzděláváním.**

Klientova situace z hlediska času	Zaměření na problém	Zaměření na řešení
Minulost	Minulá selhání	Minulé úspěchy
Současnost	Přítomné nedostatky	Přítomné zdroje
Budoucnost	Budoucí omezení	Budoucí možnosti

Záměrně zde nebudu uvádět autory, ale zaujal mne jejich přístup k teorii kontroly a pomoci. (Zatloukal, Vítek, 2016, s. 37)

Z této jednoduché tabulky je patrná vazba mezi podporou a kontrolou, ale z osobního přístupu pracovníka. Pracovní zaměřený na nedostatky, bude orientovaný na pomoc a bude potřebovat vyšší míru kontroly. Pracovní orientovaný na budoucnost, spíše bude hledat klientovy zdroje pomoci, bude omezovat externí pomoc a bude potřebovat jen minimální míru kontroly.

Je zde zachycen zcela jiný přístup. Přístup odkloněný od formy pomoci zprostředkované státem. Zároveň je nutno podotknout, že tento přístup ohrožuje i samotného sociálního pracovníka. Osamostatněný klient nepotřebuje sociálního pracovníka. Existence sociálního pracovníka bez „bezpečných“ je zbytečná a sociální pracovník ztrácí práci. Toto dilema – osamostatnit klienta, nebo si jej vychovat jako stálého zákazníka je dalším z dilemat sociální práce, ale není předmětem této práce.

## 2 Paradigma zdravotních služeb

Základním bodem paradigmatu zdravotních služeb je pojetí, že službu přijímá pacient nikoliv klient. Principem tohoto paradigmatu je ukáznování oddělené od emancipace (Laan, 1998).

Diagnostické pozadí - součástí zdravotnického paradigmatu je stav, že za pacientem je diagnóza, nikoliv nemocný člověk. V některých případech tento jev se projevuje tím, že neléčíme člověka, ale měníme - „léčíme“ – diagnózu. Pacient je spojen s nemocí. Nemoc je v přímém protikladu zdraví – jako bio-psycho-socio-duchovní integrity člověka.

Obsahové pozadí. Termínem pacient popisuje osoby s nemocí, ale i osoby zdravé. Příkladem může být těhotná žena, která je jinak zcela zdravá. Těhotenství bychom neměli řadit do kategorie nemocí. Rovněž osoby staré, které umísťujeme do léčen dlouhodobě nemocných, tam někdy umísťujeme nikoliv z důvodů zdraví, ale z důvodů nedostatku funkčnosti rodiny či nedostatku jiných vhodnějších služeb.

Lingvistické pozadí – pacient pochází z latinského pati – něco podstupovat, nebo trpět. Dalším prvkem zdravotní péče je odborný jazyk. Odborný jazyk je známkou odbornosti, umožňuje nám lepší orientaci v problematice, ale je zároveň nástrojem přemoci. Pokud náš jazyk je výrazně jiný než jazyk klienta – pacienta – jsme ve výrazné přesile. Odborný jazyk a jeho nesrozumitelnost, nám jako zdravotníkům dává významnou moc a pacienty ještě více staví do role pasivního příjemce pomoci.

Architektonické pozadí – nemocné osoby velmi často nějakým způsobem izolujeme. Architektura nemocnic a ambulancí se svou sterilitou v nás evokuje jistou míru „nepatřičnosti“ nemoci v našich životech.

Sociální pozadí – zdravotnictví má dlouhodobě charakter bezplatnosti. Podle výpovědi některých lékařů, připadá jeden nemocný na 30 zdravých návštěvníků ambulancí, kteří přijdou „pro jistotu“, nebo že v 50-ti letech je ráno bolí koleno při 30 kilech nadváhy. Zdravotníci někdy taky mají renomé šamanů, kouzelníků, opravářů, kteří na naše zavolání nás opraví.

Pacientské pozadí – lékař mi musí pomoci, na zdravotní péči mám nárok, nemůže mě zatěžovat spoluúčastí – finanční či změnou mého chování. Jsme v nemocnici a sestry mi musí poskytnout plný servis.

Finanční pozadí – model bezplatnosti zdravotní péče a zdravotní péče jako politikum s sebou přináší i jednoduchou zneužitelnost lůžkové péče. V situacích kdy máme jednu z nejrozšířenějších světových sítí lůžkové péče na světě, opačným způsobem jsme ekonomicky vedeni k tomu, aby tato péče byla využívána. Jinak řečeno, primář je hodnocen podle toho jakou

má obloženost v zařízení, na kolik procent má obsazená lůžka. Vzniká tak paradoxní situace, kdy jsou hospitalizovaní pacienti/klienti, kteří by se mohli léčit ve svém domácím prostředí. Takováto léčba opětovně posiluje postoj, že nemocnice je opravna s hotelovými službami a nadužívat péči ze strany klientů/pacientů je normální.

Pacient v nemocnici je postaven do role pasivního příjemce pomoci. Maximum sebeobslužných záležitostí se snaží vykonat zdravotnický personál. Je to rychlejší, efektivnější, splňuje to více nároky na sterilitu čistoty. Výsledkem je odcházející pacient, který – především v pokročilém věku – se znovu musí připravovat na samostatnost.

Výsledkem je model ukázkování, zneschopnění, postavení bezmocnosti jak nemocného tak zdravotníka. V tomto procesu nám velmi pomáhá odborný jazyk, který je pacientovi neznámý. Celkově takto vzniká nerovnoměrné rozložení sil, kde pacient je nemocný i ve své nemoci mocný. Zdravotník je na jedné straně „šaman“ a na druhé straně sluha.

## 2.1 Teorie moci a pomoci v jiném paradigmatu – klientském

V této části se budeme věnovat předešlým bodům paradigmatu pacienta, které zkusíme přeložit do paradigmatu klienta.

Diagnostické pozadí – již zmiňovaní Chvála s Trapkovou (2017) upozorňují na stav, kdy většinu nemocí musíme chápat v rodinném a historickém kontextu klienta, tak i Reid a kol. (2005) v publikaci „Building a better deliver system a new Engineering/health care partnership“ popisují model, kdy klienti, zdravotníci a rodiny klientů se stali partnery pro ozdravný proces – posun z patientského ke klientskému systému. Klienti, jejich rodiny a hodnoty se mají stát systémovou součástí ozdravného procesu.

Lingvistické pozadí – i v tomto bodu se následně budeme měnit. Lékař již není šaman, ale spíše kouč, který hledá vnitřní i vnější motivaci klienta ke změnám v ozdravném procesu. Tato změna s sebou nese změnu jazyka, zapojení lékárníků i sester do celého procesu.

Architektonické pozadí – z tohoto pohledu se snad nejvýrazněji přiblížíme filozofii sociálních služeb. Každá péče, která se může odehrávat v domácím prostředí klienta se tam má odehrávat. Tak jako narození, nemoc i smrt, byla součástí našich běžných životů a domácnosti, tak by se tam měla opět vrátit. Tato případná změna s sebou nese změnu myšlení od samotného ministerstva, zdravotníků i jednotlivců, včetně rozvoje nových služeb. Musíme počítat i s situací, kdy dojde k omezení lůžkové péče, která bude zbytečná.

Sociální a klientské pozadí – jako klient - partner – nesu spoluodpovědnost za své zdraví, stávám aktivním článkem celého ozdravného procesu. Tato změna s sebou nese několik souvislostí:

- Vědomí, že zdravotní péče není zdarma
- Vědomí, že nemocnice není hotel a hotelové služby nepatří do ozdravného procesu
- Vědomí, že pokud mám vysoce stresující zaměstnání, léky na vysoký tlak mi nepomohou, ale pomůže mi změna zaměstnání a případná změna životního stylu
- Jít na vyšetření „pro jistotu“, udělat si ze záchranného systému taxík, je náklad do mojí peněženky
- Neochotu farmaceutického průmyslu změnit způsob léčby

Jen změna myšlení v těchto bodech následně bude ovlivňovat školství, sociální služby a podobně.

Klient v nemocnici – pokud už potřebuji hospitalizaci, zdravotnický personál by mi měl pomáhat s minimem sebeobsluhy, případně by ji měl posilovat a rozvíjet. Sestry nejsou sluhové, ale partneři. Partnerský přístup (změny přístupu odborného personálu) s sebou nese zájem nejen o nemoc nebo diagnózu, ale především o člověka a případnou historii jeho nemoci. Zde se přiblížíme paradigmatům sociální práce, kdy potřebujeme užší spolupráci s rodinou a případnými sociálními službami.

Rodina - součást nemoci nemocného. Při změně zdravotních přístupů je nutné rozšířit kompetence zdravotníků a posílit jejich týmy o zdravotně sociálního pracovníka. Rodina jako taková, znova získává svůj mnogogenerační význam. Jsou rovněž situace, kdy bude nutné zapojit i komunitní plány, pro klienty, kteří nemohou čerpat z opory rodinného zázemí.



### Závěrem

Předkládaný příspěvek s sebou nese jisté zjednodušení celé problematiky, ale je vhodné si připustit, že současné paradigma zdravotních služeb spíše odpovídá myšlenkovému středověku – i přes dynamické změny v péči a rozvoji krátkodobé hospitalizace. V souvislosti s velmi výkonnými diagnostickými metodami – možná díky nim – více pracujeme s diagnózou než s konkrétním člověkem a nemocí. Nemocného člověka jsme posunuli do sféry nesvéprávné bytosti, a v této sféře ji udržujeme v zájmu ekonomie a politiky.

Změna paradigmatu ve zdravotních službách se jeví jako cesta k lidskosti ve zdravotnictví. Ze zkušenosti, která vyvěrá z paradigmat sociální práce a sociálních služeb se jeví jako základní princip filozofický posunů – pacient není nositelem nemoci, ale to klient, který je nositelem symptomu.

Nepřehlédnutelným významným paradoxem je fakt, že popsané změny paradigmatu jsou návratem k minulosti. Všechny základy psychoterapie vznikly na všímavosti především neurologů – Freud (psychoanalýza), Adler (hlubinná psychologie), Frankl (vůle ke smyslu) - kdy tito lékaři si všimli, že většina nemocí má svou psychickou etiologii. Některé prvky byly zneužity v nacistické a následně i komunistické ideologii. Ještě v osmdesátých letech minulého století, se na Institutu dalšího vzdělávání zdravotnických pracovníků v Brně vyučovala psychosomatická medicína (doc. Baštecký). Po II. Světové válce se začal budovat současný pohled, který je založen na evidence base medicine (na důkazech založené medicíně).

I pan rada Vacátko, kriminalista, popisuje případ, kdy přišla paní, svědek vraždy s tím, že je už rok nemocná, nikdo z lékařů si neví rady, až jeden takový mladý doktor řekl - "Paní, pokud jsou věřící, jdou ke zpovědi, pokud ne, jdou na policii. A tak jsem tady pane rado."

Tato změna zahrnuje v principech pomoci celé rodinné systémy a mění postavení jak pomáhajících, tak těch, kterým je pomáháno. Otvírá cestu k vytváření neformálních sítí pomoci a podpory. Díky těmto procesům dochází stále více ke sblížování zdravotních i sociálních služeb, jejich vzájemné prolínání a provázanosti.

V závěru však musíme podotknout především politické pozadí. Zdravotní i sociální služby jsou významným politikem, a i již výše zmiňovaný Reid a kol., upozorňují, že bez jednoznačného politického nasměrování, změny ve zdravotnických přístupech jsou téměř nereálné.

V situacích, kdy vznikla de-institucionalizace sociálních služeb, vznikaly nové neziskové organizace, rozvíjely nové služby a nové příležitosti k podnikání. Zároveň se posílila politické



moc v tomto segmentu služeb. V případech změny zdravotnického paradigmatu, sníží se vliv farmaceutického průmyslu a změní se i politický vliv. Na příkladu de-institucionalizace psychiatrické péče, je tento fakt a nechuť ke změnám patrná. Na druhou stranu je potřeba podotknout, že se otvírají nové možnosti kreativních změn, které mohou nastoupit na všech úrovních zdravotnického systému pomoci bez čekání na politická rozhodnutí.

V celkovém pohledu je zřejmé, že musí docházet ke sbližování zdravotních i sociálních služeb, ne jen ve způsobech práce a myšlenkových základů, ale rovněž i vzájemné návaznosti včetně prolnutí na rodinnou politiku měst a obcí. Stárnutí populace a prodlužování věku pro odchod do důchodu, zřejmě budou dalšími katalyzátory změn a vzájemné spolupráce.

### **Použitá literatura**

GRAY, M., WEBB, S., 2013. *SocialWork: Theories and Methods*. 2nd Edition. Los Angeles: SAGE, 2013. ISBN 9781446208601.

FOOK, J., 2002 *Socialwork: criticaltheory and practice*. ThousandOaks, Calif.: SAGE, 2002. ISBN 076197251x.

LAAN, G., 1998, *Otázky legitimace sociální práce: pomoc není zboží*. Boskovice: Albert, 1998. Texty k sociální práci (Albert). ISBN 8085834413.

MATOUŠEK, O., 2008 *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073675028.

REID, P.P, COMPTON, W.D., GROSSMAN, J.H., FANJIANG, G., 2008. *Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership*. Washington, D.C.: NationalAcademiesPress, 2005. ISBN 0-309-09643-x.

ÚLEHLA, I., 2005, *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788086429366

TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V., 2017. *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2017. ISBN 978-80-262-0523-4.

ZATLOUKAL, L., VÍTEK, P., 2016. *Koučování zaměřené na řešení: 50 klíčů pro společné otevírání nových možností*. Praha: Portál, 2016. ISBN 9788026210115.

Internetové zdroje:

Sullivan, T., K., a col, *Social support, socialcontrol and healthbehaviorchange in spouses*. Dostupné

on.linehttps://scholarcommons.scu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1018&context=psych

### **Kontakt na autora**

Mgr. Petr Fabián PhD.

Slezská univerzita v Opavě

Fakulta veřejných politik v Opavě

Ústav veřejné správy a regionální politiky

Bezručovo nám. 14

746 01 Opava

E-mail: petr.fabian@fvp.slu.cz

Web stránka: <http://www.slu.cz/fvp/cz/uvsrp>

