

Dosavadní zjištění z výzkumu

Klíčovým podkladem pro dnešní workshop je sada 7 klíčových zjištění z probíhajícího výzkumu v prostředí sociálně-zdravotního pomezí. Naším cílem bylo zjistit jaká je informovanost obyvatel a poskytovatelů služeb o dostupných možnostech, které sociálně-zdravotní pomezí dnes přináší. V rámci výzkumu jsme se dotkli také řady dalších témat, ale ty pro časovou úsporu dnes během workshopu otevírat nebudeme.

Co máte k dispozici?

7 vhledů

7 klíčových témat, která jsme vzhledem k informovanosti o sociálně-zdravotních službách v JmK identifikovali. Témata nejsou nějak prioritně řazena. Naším cílem bylo přinést ta klíčová zjištění stručnou formou.

1. Nízká informovanost veřejnosti o dostupných službách v rámci sociálně-zdravotního pomezí
2. Nízká informovanost poskytovatelů služeb o sobě navzájem
3. Adekvátní průvodcovství dostupnými službami
4. Informační portál
5. Řešení problému až už je pozdě
6. Praktičtí lékaři jako klíčový aktér ale i bariéra
7. Budování důvěry ve služby

13 otázek k zamyšlení

Pokud budete mít čas po pročtení sady vhledů, tak se můžete zamyslet nad sadou otázek, která se nám z dosavadního průběhu projektu vynořuje. Odpovědi na tyto otázky mohou být inspirací pro druhou a třetí část dnešního workshopu.

Doporučený postup

1. Nahrubo si projít témata a zamyslet se nad tím, která s vámi nejvíce rezonují
2. Podle zajímavosti a časových možností témata co nejhlouběji nastudovat
3. Průběžně nacházet odpovědi na **3 věci, které vás potěšily a 3, které našťvaly**
4. Projít si doplňující otázky a zkusit se zamyslet nad možnými odpověďmi
 - Materiály jsou pro vás – je doporučeno do nich libovolně zasahovat, podtrhávat, škrtnat nebo libovolně upravovat – na konci si je můžete s sebou odnést.

1) Nízká informovanost veřejnosti o dostupných službách v rámci sociálně-zdravotního pomezí

Ve společnosti obecně, a v Jihomoravském kraji nevyjímaje, je nízká informovanost o dostupných sociálně-zdravotních službách. To s sebou nese mnohé negativní důsledky. Například přetížení určitých uzlů v síti služeb jako jsou praktičtí lékaři nebo referentky na sociálních odborech.

Cílem zvyšování informovanosti obyvatel o dostupných službách je zvýšit šanci na to, že si člověk sám účinně dokáže poradit v situacích kdy si pokládá "Co mám dělat když ... ?".

Investice energie a úsilí do klientů a pacientů, kteří přicházejí s rutinními a triviálními problémy odsává čas pro ty případy, které si zasluhují speciální péči. Typicky třeba v případech komplikovaných či vzácných diagnóz nebo u kombinace diagnóz.

"Oni jako reálně přijdou a vědí, že třeba, když to jsou ti pečující, že potřebují jako reálně pomoci. Ale nevědí jaká služba. Že by někdo přišel a byl orientovaný a věděl, kam chce jít, to se nestává. Tam většinou funguji já [sociální pracovnice] jako ten, kdo jim nabídne, co se tady v okolí nabízí a vysvětlím, jaká ta služba by pro ně asi byla nejlepší."

Je důležité vhodně zvolit skupinu obyvatel na jakou má smysl při zvyšování informovanosti cílit. A zvolit správné formáty pro zvyšování informovanosti o službách tak, aby se obyvatelům v náročných životních situacích lépe orientovalo.

Účastníci a účastnice výzkumu uvádí, že je potřeba cílit na ty skupiny obyvatel u kterých lze očekávat viditelnou změnu. Snažit se zasáhnout celou populaci je v prvních krocích těžko představitelné a jistě ne efektivní vynaložení zdrojů.

"[praktický lékař]: To [snaha cílit na všechny] je přece špatně. To je přece strašně špatně. Vy musíte ovlivnit skupinu, která ovlivnit jde, protože tato skupina potom může ovlivnit tady tu skupinu špatně ovlivnitelných. Vy chcete cílit na takovou tu šedou zónu se kterou se ještě dá něco dělat."

Zvyšování informovanosti o dostupných službách může přinést největší benefit lidem s nižším sociálním kapitálem a rodinným zázemím. Z výzkumu vyplývá, že lidem, kteří mají kolem sebe dostatečně sociální zázemí, se v náročných životních situacích orientuje snáze a je pro ně běžnější využívat dostupné kontakty, které během řešení svých životních situací využívají.

Závěrem je vhodné poznamenat, že v obzvláště komplikovaných situacích a třeba při kombinaci různých problémů je nutné a žádoucí vyhledávat odborníky a odbornice na danou tematiku. Cílem je ale snížit jejich zapojení v situacích, kdy nejsou tím nejefektivnějším zdrojem pomoci a podpory.

2) Nízká informovanost poskytovatelů služeb o sobě navzájem

Stejně jako je nízká informovanost u běžných obyvatel kraje, tak panuje také poměrně nízká informovanost o službách mezi sebou navzájem. V rámci sociální oblasti se zdá, že dobrou práci dělá sociální odbor JmK, který je aktéry v terénu často chválen za svou proaktivní komunikaci a časté svolávání vzdělávacích a síťovacích akcí.

Zajímavou roli v sociálně-zdravotním pomezí hraje úřad práce, který je klíčovým aktérem na něž jsou kladena docela vysoká očekávání. Tím, že funguje jako prodloužená ruka ministerstva je tendence od něj očekávat poradenské a podpůrné služby svým klientům nad rámec řešení své pracovní situace. Úřad práce není schopen tuto roli účinně plnit a stává se, že klienty mate podáváním nepřesných informací.

“Reálně si myslím, často tyhle lidi [hledající pomoc] co musí využít a co reálně využívají, jsou úřady práce. A má zkušenost je taková, že reálně to nefunguje. Reálně vám pracák vezme žádost, nemluví s váma, vyřídí, nemluví s váma, a myslím si, že na tom pracáku by ty informace měly být k dispozici, ale zároveň já reálně znám ty holky z pracáku a vím že na to není čas.”

Tím, že mezi službami neprobíhá dostatečná míra sdílení informací o nabídce služeb, jejich kapacitách či možnostech spolupráce, klienti získávají zastaralé či zavádějící informace. Toto jen zvyšuje tlak na pracovníky ve službách, kteří řeší situace, které jim zbytečně zabírají čas.

Dobrou praxí pro zvyšování vzájemné informovanosti mezi službami se zdá být navazování kontaktů na osobní bázi. Stojí to čas, úsilí, možná i trochu nekomfortu. Ale při dotazování na funkční způsoby získávání aktuálních informací často zaznívá důležitost osobních vazeb mezi zástupci jednotlivých služeb.

“Tak to se musím přiznat, že vždycky navazují takovéto kontakty samozřejmě u služeb těch kde potřebují. Za tu dobu co tu jsem využívám kontakt vlastně s nemocnicí v Hodoníně, kde je výborná sociální pracovnice, která opravdu má výborné znalosti a lidsky si umíme vyhovět.”

3) Adekvátní průvodcovství dostupnými službami

Lékaři i zástupci sociálních služeb se shodují v tom, že nemají na své klienty ve své praxi dostatek času pro to, aby mohli odvádět kvalitní práci. Jedním z důvodů je chybějící prioritizace závažnosti situací ať už ze strany klientů, tak ze strany poskytovatelů služeb.

Ve výsledku se pak stává, že triviální úkony řeší ti stejní odborníci, kteří také řeší komplikované životní situace. Tato nedostatečná rozlišovací schopnost se projevuje i v situaci, kdy klienti řeší nějakou životní situaci a bez adekvátního průvodcovství se obrací na první službu, která jim padne na mysl.

“My [praktičtí lékaři] jsme vlastně v uvozovkách ti třídiči. Což znamená já bych měl rozhodnout, jestli ten pacient půjde dál do toho systému, nebo jestli toho pacienta budu plně ošetřovat já. To je prostě moje poslání v tom systému.”

Chybí způsob nebo nástroj, který by člověku v náročné životní situaci pomohl posoudit její závažnost a vybrat tu nejvhodnější možnou službu, na kterou se následně obrátit. Tato neefektivita se projevuje tak, že si služby klienty mezi sebou přeposílají a klienti musí opětovně vysvětlovat své životní situace až do chvíle, kdy konečně narazí na tu pravou službu, která jim dokáže pomoci. To může být obzvlášť náročné v krizových situacích při nichž se mají problémy tendenci násobit.

“Pro mě teda nejefektivnější cesta by byl nějaký věrohodný poradce, rádce. Ten by tomu člověku, který je v nějaké situaci, pomohl nasměrovat. Tj. něco jako existují tyto rejstříky, paní Nováková, tam můžete hledat asi zhruba toto a toto. Jak tak slyším vaši situaci tak mám pocit, že byste nejlépe a nejprve měla jít tam a tam. Když nenajdete cestu tam, zavolejte nebo se stavte za mnou a můžeme se detailněji na tu vaši situaci podívat. Čili buď můžete přijít znovu za mnou, nebo hledat cestu B.”

Nástroj, který by adekvátně odpovídal na otázku „Co dělat když ... ?“ by pomohl jak klientům služeb tak jejich poskytovatelům. Pro nějaké typy problémů stačí pouhá statická informace ať už tištěnou či digitální formou. V závažnějších situacích je potřeba komplexnější intervence, nejspíše na osobní úrovni. Jednou z hlavních výhod takového nástroje by bylo od sebe oddělit ty situace, kdy stačí jen podat chybějící informaci od těch, kdy je potřeba dlouhodobější asistence a průvodcovství náročnou životní situací.

Největší hodnota kvalitního průvodcovství tkví v uvolnění rukou poskytovatelům služeb v méně závažných situacích. Toto uvolnění rukou jim následně umožní se kvalitněji věnovat případům hodných zvláštního pozornosti. Nedostatečné průvodcovství systémem může ve výsledku nahrávat poskytovatelům neregistrovaných sociálních služeb.

4) Informační portál

Původní zadání projektu *Access 4 all* znělo vytvoření portálu, který bude popisovat seznam existujících služeb v Jihomoravském kraji. Klíčovým problémem není nedostatek informací nebo existujících portálů. Dílčích registrů nebo katalogů existuje spousta. Nejsou mezi sebou propojené, často hovoří příliš odborným jazykem nebo mají zásadní nedostatky v uživatelské přívětivosti.

Co ovšem v digitálním prostoru chybí, je průvodce spleťtým systémem služeb a pomocník, který člověku v dané životní situaci pomůže vytipovat ten nejvhodnější typ služby, kterou v dané situaci potřebuje. Cílem by mělo být občanům přinést užitečný nástroj, který je v situaci, kdy řeší problém na pomezí sociální a zdravotní služby, pomůže nasměrovat tím správným směrem.

“Takže vlastně jedna z těch věcí, která by těm lidem mohla pomoci, by byl nějaký manuál dejme tomu, nebo nějaký návodnější prostě průvodce, který by mohl pomoci ukázat vlastně, jaké jsou ty kroky, kterými má smysl projít.”

Je důležité podotknout, že digitální rozcestník nedokáže vyřešit zejména komplikované či hodně specifické situace. Jeho největší přidaná hodnota tkví v tom, “odbourat” běžnější situace, aby se odborná pomoc mohla soustředit na náročná témata.

Další dílčí pomoc, kterou by takový celistvý nástroj pomáhal přinést zejména lékařům, by bylo zvyšování zdravotní gramotnosti a posilování tzv. health promotion – procesu, který lidem umožňuje zvýšit kontrolu nad svým zdravím a zlepšit své zdraví.

Právě nízká úroveň těchto faktorů je jedním z důvodů frustrace obvodních lékařů a přispívá k nízké dostupnosti jejich služeb. Zvyšování těchto kompetencí v populaci umožní obyvatelům lépe rozlišovat situace, které lze vyřešit svépomocí a kdy je potřeba odborné intervence.

“[lékař]: Takže toto je jenom jedna z malinkých drobností, která by třeba nám pomohla - nově jsem vám zjistil vysoký tlak, tady máte vizitku, tady když se podíváte na tento portál, tak tam vám vysvětlí, jakou máte mít dietu, co máte dělat za aktivitu a na základě tohoto třeba nebudete muset ani začít brát ty prášky.”

Při zvažování budování a dlouhodobé údržby jakéhokoli portálu je třeba brát v potaz dlouhodobou udržitelnost tohoto úsilí. Správnost informací se v čase proměňuje a na tyto změny je třeba adekvátně reagovat pro zachování důvěryhodnosti nástroje.

Zároveň je důležité silně dbát na naplňování potřeb uživatelů a na použití adekvátního jazyka. Přílišné zjednodušování může být zavádějící, odborně podávané informace jsou oproti tomu pro veřejnost náročně stravitelné.

5) Řešení problému až už je pozdě

Toto téma se objevilo snad u všech zapojených aktérů. Nemoc není atraktivní téma. Problémy žádající si asistenci sociálních pracovníků či služeb taky nejsou populární.

Spousta klientů sociálních a zdravotních služeb se k pomoci dostává často až už je pozdě. Odsouvání a přehlížení problémů či symptomů může být buď vědomé nebo nevědomé. V každém případě oddalování řešení problémů zvyšuje náročnost jejich řešení.

“Najednou jsou natolik jako konsternováni tímto sdělením [náročná, byť léta dopředu avizovaná možnost diagnózy], byť jsem jim to připomínal v průběhu těch předcházejících osmi deseti let. A teď už nemůžou nic moc dělat.”

“No tak jako prvně, když najednou si to [potřebu řešit problémy] možná člověk uvědomí, tak je asi dost v rozpacích. Nejdřív začne přemýšlet a možná ho to prvně paralyzuje, a přemýšlí, co asi by měl dělat. Pak začíná hledat informace, ale je celkově dost ve stresu.”

Funkční systém zdravotních a sociálních služeb by měl umět občany připravit na očekávatelné situace a co nejvíce pomáhat předcházet situacím krizovým. Existuje spousta příkladů situací, kterým by šlo předejít pouze třeba vhodně formulovaným dopisem, emailem či notifikací v nějaké aplikaci.

“Několikrát jsem tady řešila situaci, kdy jsou rodiče opatrovníky svých dětí, kteří jsou většinou mentálně postižení. A najednou se tím, že oni dovrší osmnáctého roku, se ta situace musí přezkoumat. Oni na to nejsou zvyklí. A teď vůbec nevědí, co mají dělat, protože ty děti jsou najednou vlastně plnoleté. Ale ta situace je většinou sociální neměnná. Ale nějakým způsobem musí znovu řešit nějaký svůj pečovatelský status v systému jen na základě dovršení plnoletosti.”

Důležitým prvkem celého systému je včasná, účinná a správně zaměřená prevence ať už zdravotních tak sociálních problémů. Liší se kalkulace, jak moc se každá koruna vynaložená do prevence v dlouhodobém horizontu vrací. Přínosy včasné diagnostiky problémů jsou ale nepopiratelné. Ve spolupráci se zvyšováním zdravotní gramotnosti se jedná o dva silné nástroje, které mohou pomoci řešit problémy dříve než je pozdě.

6) Praktičtí lékaři jako klíčový aktér ale i bariéra

Praktičtí lékaři tvoří nezastupitelnou roli v oblasti sociálně-zdravotního pomezí. Obzvláště v menších městech a obcích jsou často prvním kontaktem s osobami, které chtějí či potřebují řešit své náročné životní situace.

Zástupkyně sociálních služeb, odborů či komisí čelí silné bariéře v případě, kdy se k lékařům chtějí a potřebují dostat pro potřeby spolupráce. I přestože spolu sociální a zdravotní tematiky úzce souvisí a klienti řeší často životní situace na pomezí obou těchto odvětví, propojení sociálních služeb a (zejména praktických) lékařů se zdá být náročné.

“K doktorům se nedostaneme. To máme z praxe vyzkoušené, že je nedostanete. A pro ně jsou to další nové informace. Oni vlastně, ti praktičtí lékaři, jsou poloviční úředníci, protože oni toho papírování mají opravdu hodně. A nevím jak je motivovat.”

Často praktickým lékařům chybí dostatečné povědomí o dostupných možnostech, které nabízí existující sociální služby, které mohou vhodně doplňovat medicínské intervence. Je pro ně náročné v rámci své praxe a časového vytížení řešit situace, které jsou nad rámec lékařských úkonů. Stávající situaci nepomáhá navyšování byrokracie při poskytování služby a systém vzdělávání, který sociální kontext pacientů téměř ignoruje.

“Vemte si, jak vzácný je případ, kdy doktor je schopný mluvit s hloupým pacientem. Ale měla by to být běžná škola. Vysvětlit mu teda proč ta kýla nastala, co to ta kýla je. On ten doktor na to nemá čas. Ve špitále na to nejsou prostory, kam by si s pacientem sedl a tohle to tomu vysvětlil. On k tomu nebyl vychován. Celá medicínská výchova na lékařských fakultách a následný to vzdělávání je zaměřený úzce na to, čím se budeš zabývat.”

Sami lékaři často uvádějí, že nemají kapacity ani zájem se sociálními tématy zabývat. Tématu nerozumí a nechťejí na sebe brát další zodpovědnost. Je to ale v kontrastu s potřebami pacientů, kteří je často vnímají jako důvěryhodné autority a zdroj informací.

“No tak samozřejmě, ale když se nám podaří snížit návštěvnost toho systému o blbých 20%, nebo o 15%, díky tomu že si někteří uvědomí, že s rýmou prostě ve tři ráno nemají co dělat na pohotovosti no tak ježišmarja, to je úplně skvělý. [v diskuzi s lékařem o přetížení zdravotního systému]”

“Jsme tak zahlceni různým doplňováním různých tabulek a statistik a tak dále, že nám někdy nezbyvá už pak ten čas na to řešit co potřebujeme.”

Uzavřenost lékařského prostředí se pak v nejhorších situacích projevuje poskytováním nepřesných či neaktuálních informací. Ty mohou být pro vhodné řešení životních situací jejich pacientů kontraproduktivní.

7) Budování důvěry ve služby

Se sociálními i zdravotními službami se může pojit jisté stigma či nechuť je využívat. Zároveň se klienti, kteří se už nějakou službu rozhodnou vyhledat, mohou setkávat při prvním kontaktu s bariérou v podobě nízké přívětivosti personálu, která může ve výsledku být až ponižující. Strach z odmítnutí či nevlídného zacházení může být jedním z důvodů pro odkládání řešení prohlubujících se problémů a jejich následné řešení až když přijde krizová situace.

Klienti zvažující využití nějaké sociální či zdravotní služby se často ocitají v poměrně delikátní a zranitelné pozici. Obzvláště pokud se jedná o citlivé téma či oblast. A o to víc pokud tuto situaci řeší poprvé. Udělat ten první krok je často to nejtěžší pro šanci na dlouhodobější změnu či uzdravení.

“Velmi často je to o tom, kdyby ten první kontakt nebo ta první zkušenost byla prostě pozitivní. To si fakt myslím že je jako nejzásadnější věc. A velmi často se mi stává, že ke mně se jako dostanou klienti kteří jsou v zklamání celým tím systémem.”

“Kdežto když poznáte člověka, který vám řekne “Ježíš nebojte se, takovýchhle lidí já řeším jako fůru”, teď oni jsou už jenom spokojený s tím že se to jako stává i víc lidem, jo. A řeknete jim “ale konkrétně tohle jsem neřešila teďka třeba v nedávný době mockrát, zkusím vám zjistit úplně všechno a zavolám vám a bud’ vyřešíme spolu, anebo vás odkážu na nějakého jiného odborníka, ale určitě to spolu dáme dokupy” tak jako ten přístup je fakt jako úplně jinačí a ten člověk to úplně jinak vnímá. A to fakt mám jako obrovskou zkušenost tady s tímhletem, že a to je právě ten rozdíl od toho pracáku. Tam prostě ta vstřícnost jako chybí. Tam ty lidi často chodí s tou největší nadějí že jim bude pomoheno, a oni tam dostanou ten zásek, jo.”

Zajímavou roli v síti aktérů hrají komunitní centra. Ty jsou v posledních letech budovány zejména v menších městech a obcích a z jejich praxe se ukazují jako místa, kde je možné navázat kvalitní vztahy s klienty, kteří mohou mít potřebu využívat služby v sociálně-zdravotním pomezí.

Jedna z klíčových ingrediencí jejich úspěchu je pestrost programu, který svým návštěvníkům nabízí. Zájemci o program tedy nejsou “k lékaři” či za “na sociálku”, ale prostě jen do komunitního centra, kde se zrovna třeba promítá film s tematikou duševního zdraví. Následná debata s hostující psycholožkou může být prvním kontaktem při snaze o nějakou změnu či při získávání pomoci.

“Vždycky když jsem spolupracoval s komunitním centrem, tak tam byli motivovaní pracovníci, velmi aktivní a příjemní. Není to jako ten úředník prostě - tady vyplň formulář, odevzdej ho a bacha ať tam nemáš chybu. Jinak ti to zamítnu a budeš studovat celý znova.”

Otázky k zamyšlení

Jak by se změnila efektivita systému, kdyby každý občan měl svého virtuálního "sociálně-zdravotního asistenta", který by ho prováděl životními situacemi?

Jak bychom mohli vytvořit "třídící systém" pro sociálně-zdravotní služby, který by efektivně filtroval rutinní případy a uvolnil kapacity pro komplexní problémy?

Jak zajistit to, aby spolu desítky služeb poskytující různé služby pro různé klienty dokázaly účinně a včasné sdílet důležité informace?

Máte příklady praxe propojování aktérů napříč organizacemi tak, aby si mezi sebou dokázali efektivně tvořit vztahy?

Otázka zdravotní gramotnosti je téma velice blízké prevenci. Česká republika má třeba oproti skandinávským zemím nízkou délku dožití ve zdraví. Jak byste u obyvatel ČR zvyšovali úroveň zdravotní gramotnosti?

Jak by šlo téma nízké atraktivity sociální a zdravotní oblasti udělat více zajímavé pro širokou veřejnost i před tím, než nastane krizová situace?

Máte příklady úspěšných preventivních programů ať už v prostředí sociálně-zdravotního pomezí? V čem tkví jejich úspěch?

Jak bychom mohli podpořit lékaře, aby se více zajímali o celkovou životní situaci svých pacientů, aniž by to pro ně znamenalo další práci navíc?

Co vám osobně zpříjemňuje návštěvy u lékařů a jak bychom tuto dobrou praxi mohli rozšířit dále k praktikujícím lékařům v rámci Jihomoravského kraje?

Při využívání jakých služeb se cítíte příjemně? Šlo by se tím inspirovat?

Jak byste motivovali a případně i třeba edukovali pracovníky v rámci sociálně-zdravotního pomezí k více proklientskému přístupu?

Jak bychom mohli využít vzdělávání odborníků a odbornic v sociálně-zdravotního pomezí pro zvyšování informovanosti obyvatel o službách?

Lékaři hlásí neustále se zvyšující administrativní zátěž spojenou s provozem jejich služby. Napadají vás způsoby, jak jim o toto břemeno odlehčit, aby se mohli více věnovat svým pacientům?