

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDÍ

**Využití konceptu ucelené rehabilitace v sociální práci
s dospělými klienty s duševním onemocněním**

Klára Komárková

Vedoucí diplomové práce: PhDr. David Urban, Ph.D

Praha 2017

PRAGUE COLLEGE OF PSYCHOSOCIAL STUDIES

**Utilization of the concept of comprehensive
rehabilitation in social work with adult clients
with mental illness**

Klára Komárková

The Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. David Urban, Ph.D

Prague 2017

ANOTACE

Cíl práce: Shrnout poznatky o ucelené rehabilitaci osob s duševním onemocněním a popsat současný vývoj psychiatrické léčby a psychosociální péče.

Autorka práce rozebírá specifika sociální práce s danou cílovou skupinou a využívané metody. V teoretické části dále vysvětluje současná i historická teoretická východiska ucelené rehabilitace. V rámci konceptu popisuje jeho složky a ukazuje, jaké konkrétní intervence sociální pracovník může realizovat. V praktické části autorka zkoumá, zda se mu to skutečně daří. Zjišťuje, jak funguje koncept v praxi, jaké jsou jeho výhody a nevýhody, co stojí v cestě k jeho naplnění a jak se dají tyto překážky odstranit.

Výzkumná otázka: Využívají sociální pracovníci koncept ucelené rehabilitace při práci s dospělými klienty s duševním onemocněním? Jaké výhody či nevýhody při jeho používání spatřují?

Metodika: Autorka realizovala 11 polostandardizovaných rozhovorů se sociálními pracovníky. Hlavním kritériem pro výběr respondentů byla práce s danou cílovou skupinou. Otázky zaměřila na aktivity, které s klienty realizují, dále na jednotlivé složky konceptu, komplexní pojetí člověka a téma multidisciplinárního týmu.

Výsledky: Sociální pracovník využívá koncept ucelené rehabilitace. Výhodu vidí v naplnění veškerých potřeb klienta. Nevýhodu pak spatřuje v nenávaznosti služeb jako sociální bydlení nebo pracovní možnosti. Pro ideální komprehenzivní rehabilitaci chybí kvalitní spolupráce s lékařem.

Závěr: Koncept ucelené rehabilitace u osob s duševním onemocněním se teprve rozvíjí, ale už nyní je sociálními pracovníky hojně využíván. Aktuálně se pracuje na vývoji multidisciplinárních týmů, návaznosti dalších služeb, hlubším zapojení zdravotnického sektoru a lepší integraci duševně nemocných do společnosti. Omezení výzkumu je ve výzkumném vzorku, který pocházel převážně z oblasti komunitních služeb, kde jsou pracovníci hlásící se ke komplexnímu pojetí.

Klíčová slova: Duševní onemocnění, sociální pracovník, koncept ucelené rehabilitace, komplexnost, multidisciplinarita

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně. Uvedla jsem všechny použité literární a odborné zdroje a dodržovala zásady vědecké etiky. Dále prohlašuji, že stejná práce nebyla použita k získání jiného nebo stejného akademického titulu.

V Praze 15. 4. 2017

Klára Komárková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat za pomoc při vedení PhDr. Davidu Urbanovi, Ph.D.

Dále bych také chtěla poděkovat všem respondentům, kteří se ochotně zúčastnili mého výzkumu, za jejich trpělivost, s kterou se rozhovoru věnovali.

ABSTRACT

Objective of the work: To summarize the knowledge about the comprehensive rehabilitation of people with mental illness and describe the current development of psychiatric treatment and psychosocial care.

The author of the thesis analyzes the specifics of social work with the given target group and the methods used. In the theoretical part, she explains the current and historical theoretical basis of comprehensive rehabilitation. She describes the components of the concept and shows what specific social worker can implement. In the practical part, the author examines whether he really does.

Research question: Do social workers use the concept of comprehensive rehabilitation when working with adult clients with mental illness? What are the advantages or disadvantages of using it?

Methodology: The author made 11 semi-standardized interviews with social workers. The main criterion for the selection of respondents was the work with the given target group. The questions focused on the activities that they carry out with clients, the individual components of the concept, the complex concept of the person and the topic of the multidisciplinary team.

Results: A social worker uses the concept of comprehensive rehabilitation. The advantage is to meet the client's needs. The disadvantage is seen in the lack of services such as social housing or working possibilities. There is a lack of good cooperation with a doctor for an ideal comprehensive rehabilitation.

Conclusion: The concept of comprehensive rehabilitation for people with mental illness is still developing, but it is already widely used by social workers. It is working on the development of multidisciplinary teams, the continuity of other services, the deeper involvement of the health sector and the better integration of the mentally ill into society. The limitation of the research is in a research sample, mainly from the area of community services, where workers profess a complex concept.

Key words: Mental illness, social worker, concept of comprehensive rehabilitation, complexity, multidisciplinary

OBSAH

ÚVOD	9
1 PROBLEMATIKA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	10
1.1 Vymezení problematiky duševního onemocnění	10
1.1.1 Stigma	13
1.2 Současné trendy v péči o duševně nemocné klienty	14
1.2.1 Integrace rehabilitace a léčby	14
1.2.2 Spolupráce lékaře s multidisciplinárním týmem	16
1.3 Další možnosti léčby duševního onemocnění	17
1.3.1 Akutní lůžková péče	17
1.3.2 Farmakologické a jiné somatické druhy léčby	18
2 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI	19
2.1 Komplexní pojetí člověka	19
2.2 Metody založené na komplexním pojetí	22
2.2.1 Komunitní péče	23
2.2.2 Case management	24
2.2.3 Koncept CARE.....	26
2.3 Psychosociální rehabilitace.....	27
2.3.1 Historický vývoj psychosociální rehabilitace.....	29
2.3.2. <i>Recovery</i> jako základní pojem psychosociální rehabilitace	30
3 KONCEPT UCELENÉ REHABILITACE.....	32
3.1 Výchozí paradigmaty sociální práce	32
3.1.1. Současné paradigmaty.....	33
3.2 Koncept ucelené rehabilitace	34
3.3 Složky konceptu	35
3.3.1 Léčebné prostředky rehabilitace	36
3.3.1.1 Ergoterapie.....	36
3.3.1.2 Animoterapie (hipoterapie, canisterapie)	37
3.3.1.3 Arteterapie	37
3.3.1.4 Muzikoterapie	38
3.3.1.5 Psychoterapie.....	39
3.3.1.6 Farmakoterapie.....	40
3.3.1.7 Terapie kognitivních funkcí	40
3.3.1.8 Spiritualita duševně nemocných.....	40
3.3.2 Sociální prostředky rehabilitace	41
3.3.2.1 Bydlení.....	42

3.3.3	Pedagogické prostředky rehabilitace.....	43
3.3.4	Pracovní prostředky rehabilitace.....	44
3.3.4.1	Metodika podporovaného zaměstnávání metodou IPS	46
4	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	47
5	VLASTNÍ VÝZKUM	49
5.1	Cíl výzkumu.....	49
5.2	Výzkumné otázky	49
5.3	Výzkumný vzorek	49
5.4	Vymezení výzkumných metod	50
5.5	Realizace výzkumu	51
5.6	Výsledky výzkumného šetření	51
5.6.1	Složky konceptu ucelené rehabilitace	52
5.6.1.1	Sociální intervence	52
5.6.1.2	Šetření potřeb	55
5.6.1.3	Sociální rehabilitace	57
5.6.1.3.1	Sociální rehabilitace v rámci bydlení	57
5.6.1.3.2	Sociální rehabilitace v rámci ambulantních služeb.....	58
5.6.1.3.3	Mapování a rehabilitace sociální sítě.....	59
5.6.1.4	Pracovní rehabilitace.....	61
5.6.1.5	Léčebná rehabilitace	66
5.6.1.5.1	Fyzické zdraví a sociální intervence v oblasti fyzického zdraví.....	66
5.6.1.5.2	Spolupráce s psychiatrem	70
5.6.1.5.3	Spiritualita a intervence sociálního pracovníka v oblasti spirituality	72
5.6.1.6	Pedagogické prostředky.....	72
5.6.2	Komplexní pojetí člověka	73
5.6.3	Multidisciplinarita	74
5.7	Diskuze	77
	ZÁVĚR.....	84
	REFERENČNÍ SEZNAM.....	87
	PŘÍLOHY	94
	BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	161

ÚVOD

Téma této diplomové práce jsem si vybrala na základě zájmu o problematiku propojení zdravotnických, sociálních a psychologických oborů. Vzhledem k mému předchozímu studiu a současné práci fyzioterapie mě zajímá téma komplexního pohledu na člověka, který vede ke kauzální a nikoliv symptomatické léčbě. Zároveň jsem si vědoma limitů jednoho člověka a přínosů práce multidisciplinárního týmu, jímž je komplexní péče podmíněna, a to u jakékoliv cílové skupiny či onemocnění. Pokud jsou odborníci ochotni spolupracovat, komunikovat a sdílet své dovednosti ve prospěch klienta, lze léčit člověka skutečně uceleně. Do kompetencí sociálního pracovníka beze sporu patří koordinace těchto týmů, monitorování práce jednotlivých členů a jejich organizace. Sociální pracovník hraje klíčovou roli v naplnění konceptu ucelené rehabilitace.

Záměrem této práce bylo tato témata převést tam, kde jsou rovněž potřebná a zjistit, jak se daří naplnit myšlenku ucelené péče při léčbě osob s duševním onemocněním. Duševní onemocnění samo o sobě je velmi náročné definovat. Jak určit, kde leží hranice toho, kdy je jedinec normální, a kdy je duševně nemocný? Právě proto je začlenění osob s touto diagnózou do „normálního“ světa nezbytné. Koncept ucelené rehabilitace, pokud se jej daří správně využít, nabízí integraci člověka zpět do života takového, jaký byl před onemocněním, tzn. před získáním psychiatrické diagnózy.

V teoretické části se věnuji teoretickým východiskům konceptu, především komplexnímu pojetí člověka, a konceptu jako celku. Krátce shrnu, jaké jsou jiné možnosti péče o duševně nemocné a jaké metody jsou blízké konceptu ucelené rehabilitace. Vysvětlím, jak lze rozumět duševnímu onemocnění a co v sobě tento pojem nese. Zároveň popíšu současné možnosti péče o duševně nemocné.

V praktické části si kladu hlavní výzkumnou otázku, zda sociální pracovník využívá koncept ucelené rehabilitace. Formou rozhovorů se sociálními pracovníky se snažím obsáhnout problematiku komplexnosti péče u cílové skupiny ve všech souvislostech, které sociální pracovník vnímá. Zjišťuji, jaké jsou silné a slabé stránky při použití konceptu v praxi.

1 PROBLEMATIKA OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM

V první kapitole se věnuji uvedení do problematiky práce s duševně nemocnými osobami. Nejdříve popíšu, co to je duševní onemocnění a čím se vyznačuje. Toto onemocnění je stále složité definovat a mnoho sociálních pracovníků z mého výzkumu se ptá, co to vlastně duševní onemocnění je. Poté přejdu k některým aktuálním tématům v péči o tyto osoby, jako je stigma, integrace somatické a komunitní léčby nebo často diskutovaná spolupráce lékaře s ostatními pracovníky pečujícími o klienta. Kapitulu zakončím popisem některých tradičních způsobů léčby tohoto onemocnění.

1.1 Vymezení problematiky duševního onemocnění

Dle WHO jeden ze čtyř lidí na světě během života duševně onemocní. (WHO, 2001)

V roce 2015 bylo v České republice registrováno celkem 1 137 ambulantních oddělení a pracovišť psychiatrie, ve kterých bylo evidováno 87 539 lékařů. Celkem bylo v roce 2015 na těchto pracovištích provedeno 3 046 tisíc vyšetření-ošetření. Proti roku 2013 došlo k nárůstu o více než 5 % (o 149 101 vyšetření více). Ve sledovaném roce bylo ošetřeno 650 566 pacientů a oproti roku 2013 došlo k nárůstu jejich počtu, a to o téměř 8 % (o 47 361 pacientů). Stejně jako v předešlých letech i v roce 2015 vyhledaly psychiatrickou péči častěji ženy než muži. (ÚZIS ČR, 2016) Nejčastějšími diagnózami byly stejně jako v předešlých letech neurotické poruchy (40 % z celkového počtu léčených pacientů) a afektivní poruchy (18 %). Další časté poruchy byli poruchy vyvolané návykovými látkami a schizofrenie, i když jejich výskyt byl v porovnání s předchozími skupinami diagnóz nižší (obě skupiny diagnóz cca 8 %). V roce 2015 se počet psychiatrických oddělení nemocnic zajišťujících psychiatrickou péči nezměnil, počet lůžek se nepatrně zvýšil. (ÚZIS ČR, 2016)

Spektrum lidí s duševní poruchou je velmi široké. Než se pustím do dalšího popisu, jak o tyto lidi v rámci konceptu ucelené rehabilitace pečovat, vysvětlím, jací tito lidé jsou a čím se vyznačují. Jedna z definic by mohla být, že jsou to *lidé, kteří z důvodu nemoci nemohou dosahovat stejných cílů a hodnot, jako jiní ve stejném věku a životní etapě.* (Corrigan, 2012)

Psychiatrické poruchy jsou rozmanité – schizofrenie a jí příbuzné poruchy, afektivní poruchy, organické poruchy, poruchy osobnosti, poruchy aktivity a pozornosti, závažné poruchy závislosti a jejich kombinace. Takový výčet bude stačit pro představu o tom, jaké problematice je celý koncept ucelené rehabilitace v rámci této práce věnován. Je jasné, že se jedná o velmi různorodou skupinou, která se liší ve svých jednotlivých potřebách a přáních. Liší se i tím, jakou péči využívají. Jedni využívají více psychiatrickou zdravotní péči, druzí především nízkoprahovou péči, další sociální služby. Je tu i skupina bez jakékoliv péče.

Mnoho lidí netrpí pouze jednou diagnózou, ale přibývá těch s tzv. *duální diagnózou*. Kromě duševní nemoci mají posttraumatickou stresovou poruchu, vývojovou poruchu, poruchu učení nebo problém s návykovými látkami. Pak nastává otázka, kterou z potíží řešit jako první? Neovlivní léčba jedné negativně vývoj druhé poruchy? A která z nemocí způsobuje aktuální symptomy? Pro tyto lidi dnes již naštěstí vznikají centra se specializovanými pracovníky pro duální diagnózy. (Pratt, 2006)

Duševní onemocnění generuje celou řadu problémů z oblasti psychologické, behaviorální a sociální. Právě proto je třeba pomoc realizovat v několika úrovních zároveň. Spolupráce několika odborníků způsobí často chaos a je ve výsledku neefektivní pro všechny zúčastněné. Proto v současné době vznikají multidisciplinární týmy, které se o klienta starají tak, aby pomoc byla co nejefektivnější. (Burns, 2004)

Všichni duševně nemocní se potýkají se značným omezením. Omezení jim dává jednak psychiatrické onemocnění samo o sobě, dále nepříznivé životní podmínky, sociální bariéry. Longitudální studie ale ukazují, že i tak se mnoho z nich dokáže ze své sociální izolace vymanit. Jakými faktory je to přesně způsobeno, se zatím ale můžeme jen dohadovat. (Pěč, 2009)

Lidé s duševním onemocněním chtějí být ve společnosti bráni stejně jako ostatní. Chtějí být autonomními osobnostmi a rozhodovat o svém životě. Touží po vlastním domově, vzdělání, smysluplné práci, uspokojujících vztazích a chtějí se účastnit jako jiní občané společenského života v jejich komunitě s plnými občanskými právy. (Roessler, 2006)

V plánování péče je třeba mít na paměti, že duševní nemoc je typická svou kolísavostí. Není možné plánovat žádné dlouhodobé intervence. Zároveň je běžné, že se klient v jedné oblasti zlepší a v další má velké deficity. (Burns, 2004)

Duševní nemoc se vyznačuje těmito znaky:

- diagnóza – soubor symptomů, které spadají pod psychiatrické poruchy, například schizofrenie, poruchy nálad, úzkostné poruchy a poruchy osobnosti
- diverzita – syndrom není neměnný, liší se člověk od člověka, vyvíjí se v čase, v každém stadiu se vyznačuje zcela jinými projevy
- přidružené onemocnění – psychické onemocnění se jen zřídka kdy objevuje samo o sobě, přidružují se k němu často další potíže, které narušují život klienta, např. užívání návykových látek
- znevýhodnění – nemožnost dosahovat životních cílů a hodnot jako je uspokojující práce, samostatné bydlení, budování intimních vztahů a přátelství, nemožnost naplnit zdravotní, fyzické, sociální, psychické a spirituální potřeby a naplňovat svůj volný čas dle svých přání.

(Corrigan, 2012)

Faktory duševního onemocnění, které se podílejí na vývoji klinických změn a mají vliv na výsledek léčby, jsou: předchozí hospitalizace, věk při přijetí, věk při vzniku nemoci, inteligence a výskyt duševní poruchy u rodičů, původní závažnost příznaků, kvalita terapeutického vztahu. (Pěč, 2003)

Symptomy duševní nemoci bývají děleny na pozitivní a negativní. Jako pozitivní jsou označovány ty, které pacient díky nemoci „získal“ (halucinace, bludy) a negativní jsou ty schopnosti, které vlivem nemoci „ztratil“ (sociální nepřizpůsobivost, neschopnost prožívat emoce). (Pratt, 2006)

Příčiny nemoci nejsou zatím objasněny. Jsou ale studie, které prokazují, že na vzniku nemoci se významně podílí genetika. Ovšem mnoho diagnóz zůstane bez vyjasnění příčiny. (Pratt, 2006)

V současnosti je už zřejmé, že péče o duševně nemocné by měla být takzvaně komplexní, to znamená propojená v oblasti biologické, psychologické i sociální. Jedná se o psychosociální intervence, programy, psychiatrické nebo psychosociální rehabilitace. Tyto termíny jsou používány s důrazem na jejich komunitní charakter. Hlavním cílem je dlouhodobé uzdravení a nezávislé fungování v sociálních rolích v komunitě. (Vachková, 2008)

Péče by se měla odehrávat v těchto úrovních:

- pracovní dovednosti a jiné schopnosti každodenního života (medicína, psychologie, pracovní a sociální rehabilitace)
- duševní zdraví (podporující psychoterapie)
- osobní přístup (empatie, respekt, soucit)

(Burns, 2004)

Duševní onemocnění je zkrátka multifaktoriální onemocnění. Pacienti se potýkají s biologickými a psychologickými potížemi a zároveň jsou vystaveni velkému tlaku společnosti. Jejich léčba by rozhodně měla být vedena ve jménu pomoci a pozornosti všem těmto třem oblastem. (Burns, 2004)

1.1.1 Stigma

Stigma je slovo řeckého původu, původně označovalo cejch vypalovaný otrokům v thessalských dolech. (Marková, 2006) Lidé se dnes (podobně jako v antice k otrokům) chovají k lidem, o nichž si myslí, že jsou psychicky nemocní. (Pratt, 2006) Klient s duševním onemocněním je především člověk, a tak je k němu třeba přistupovat. Má specifické potřeby a odlišné způsoby jejich uspokojení. Jeho potíže se vyskytly v oblasti psychických funkcí. (Mahrová, 2008) Už samotná diagnóza duševní nemoci člověku může způsobit vážné problémy ve společnosti. Lidé totiž symptomům nerozumí, jelikož nejsou tak zjevné jako příznaky chřipky – kašel, rýma nebo teplota. Duševní nemoc se tak stává záhadnou. Společnost si psychickou nemoc vykládá jako démonické či spirituální a neuchopitelné onemocnění. Pro širokou veřejnost je psychická nemoc nepochopitelná. (Pratt, 2006)

Stigma má velkou část svého původu v lidském strachu a neinformovanosti. To není příliš překvapující, neboť donedávna vědecky podložených informací o psychické nemoci bylo jen málo. Dnes již vědci více rozumí psychickému onemocnění a jsou na dobré cestě k destigmatizaci. (Pratt, 2006)

Jsou známy dva druhy stigmatu. První z nich je *self-stigma*, neboli *sebestigma*. To nastává, pokud člověk s duševním onemocněním přijme za své stereotypy, které o něm chová společnost. Druhé z nich je *profesionální stigma*, kdy dochází k tomu, že pracovníci, kteří pomáhají lidem s duševním onemocněním, přejímají od společnosti myšlenkové stereotypy o duševní nemoci. K omezování profesionálního stigmatu přispívá například zapojení peer pracovníků do profesionálních týmů. (Pratt, 2006)

Celkově lze stigma eliminovat několika způsoby – informovat veřejnost o duševní nemoci, zprostředkovat kontakt mezi běžnou populací a lidmi, kteří se potýkají s duševním onemocněním a léčba probíhající v komunitě. (Pratt, 2006)

1.2 Současné trendy v péči o duševně nemocné klienty

1.2.1 Integrace rehabilitace a léčby

Koncept velkých psychiatrických azylů z 19. století, jehož jsou současné psychiatrické léčebny pozůstatkem, obsahoval nejen medicínské, ale i sociální řešení, totiž přemístění nemocného z jeho přirozeného prostředí do prostředí chráněného (a izolujícího). Jestliže je dosud 89% psychiatrických lůžek právě ve velkých léčebnách, znamená to, že tento systém supluje adekvátní sociální péči o nemocné v místě jejich bydliště. (Hejzlar, 2010) Zatímco v mnoha západních zemích proběhla někdy komplikovaná, ale ve výsledcích v zásadě úspěšná *deinstitutionalizace*, u nás jsme stále na začátku. Sice z iniciativy především neziskových organizací vznikají nové komunitní služby pro duševně nemocné, přesto stále dominuje institucionální péče. Psychosociální rehabilitace by tento velký omyl minulosti měla kompletně obrátit vzhůru nohama. (Hejzlar, 2010)

Mezi pomáhajícími profesionály rehabilitovat znamená navracet zpět do stavu optimálního zdraví. Je zřejmé, že slovo „optimální“ je značně subjektivní a pro každého bude představovat úplně jiný stav. Faktorů, které budou toto ovlivňovat, je mnoho, např. výchozí stav, aktuální stadium onemocnění, stupeň nemoci, podpora

okolí a jiné. (Pratt, 2006) Hlavní společný cíl veškerých zdravotních i sociálních intervencí je, aby nemocní pokud možno žili v běžných podmínkách, vykonávali obvyklé sociální a osobní role a fungovali co nejvíce samostatně. Takový výklad jasně přináší integraci širokého spektra péče o duševně nemocné lidi. (Hejzlar, 2009) Integrovaná zdravotně sociální péče je zvláště pro duševně nemocné z dlouhodobého hlediska nejvýhodnější. (Kopelowicz, 2003) Z tohoto hlediska je efektivní a praktické, pokud se těžiště péče o nemocného nachází v jeho přirozeném prostředí. (Hejzlar, 2009). Integrací rozumíme vyvrácení mylného přesvědčení, že rehabilitace a léčba jsou dvě různé věci. (Kopelowicz, 2003)

Léčbou bývá označováno úsilí, které má zlepšit či vymýtit symptomy během akutní fáze onemocnění. *Rehabilitací* se označuje činnost ovlivňující kognitivní a funkční handicapy během stabilizované fáze onemocnění. *Rehabilitace* a *léčba* by měly být považovány za velmi blízké koncepty usilující o stejný cíl různými prostředky. (Kopelowicz, 2003) V České republice doposud převládá názor psychiatrů, že rehabilitace je jakýmsi doplňkem léčebných procesů. Nelze s určitostí tvrdit, jestli je tento názor příčinou nebo důsledkem toho, že rehabilitační zařízení a služby jsou prozatím málo rozšířené. Ještě méně příkladů dobré praxe je spolupráce lůžkových a terénních služeb. Ukazuje se, že rehabilitace je rozpolcená mezi zdravotnictvím a sociálními službami. (Hejzlar, 2009) Rehabilitace i léčba se soustředí na stejné věci – poruchu, invaliditu či handicap osob s vážným duševním onemocněním. Klienti s duševním onemocněním se potkávají s mnoha potížemi jako například u schizofrenie je to široké spektrum psychotických poruch, depresivní klienti se setkávají i po odeznění se znevýhodněním v sociálním, rodinném a pracovním fungování. Jeden ze tří klientů s bipolární poruchou má i 2 roky po ukončení hospitalizace problém s hledáním práce a jen 20% se vrací k původní úrovni produktivity atd. (Kopelowicz, 2003) Spojení mezi léčbou a rehabilitací není nutné jen u léčby duševních onemocnění. Kardiolog také rozmlouvá s fyzioterapeutem a sportovním lékařem pro další režim svého pacienta. Komunikace mezi profesionály pomáhá rozvíjet komplexní program, díky kterému lze lépe poskládat jednotlivé díly života pacientů dohromady. Spolupráce umožní efektivnější zlepšování medikamentózní léčby, sociální, behaviorální, emoční a pracovní úrovně klientů. Duševní onemocnění stejně jako infarkt myokardu, operace páteře nebo cukrovka

vyžaduje spolupráci několika odborníků. Neúspěšnost léčby duševních onemocnění tkví v nenavazující spolupráci odborníků, které klient během své léčby potká. (Kopelowicz, 2003)

Na integraci rehabilitace a léčby je postaven celý koncept ucelené rehabilitace a myšlenka psychosociální rehabilitace. Léčebné a rehabilitační postupy není možné oddělit. Sociální pracovník musí úzce spolupracovat s lékařem a naopak. Tato tvrzení potvrzuje i výzkum, který je součástí této práce.

1.2.2 Spolupráce lékaře s multidisciplinárním týmem

Léky by měly být předepisovány s co největší opatrností, aby nenarušovaly to dobré, čeho dosáhneme rehabilitací klienta. Je třeba mít na mysli vedlejší příznaky léků – nárůst váhy, únava, neurologické potíže, které narušují průběh rehabilitace. Právě proto je zásadní komunikace mezi lékařem a sociálním pracovníkem, který pracuje s klientem na jeho sociálních dovednostech. Lékař musí upravovat dávky léků tak, aby se stabilizovala nemoc, ale nenarušil se rehabilitační proces. (Kopelowicz, 2003) Sociální pracovník disponuje nej přesnějšími informacemi o klientově funkčním stavu, které jsou určující pro předepsání vhodného množství a typu léku a ty předává psychiatrovi. Léky nenaučí klienta schopnostem, které potřebuje pro svou integraci zpět do života, ale mohou mu pomoci tyto dovednosti získat. (Kopelowicz, 2003)

Role psychiatra v rehabilitačním týmu je velmi důležitá. Stanovuje diagnózu, která je důležitá pro zařazení do odpovídajícího rehabilitačního programu. Navozuje léčebné společenství s pacientem a je mu průvodcem v akutních fázích. Sjednocuje rozhraní mezi medicínskou diagnostikou a biologickou terapií na jedné straně a vytvářením léčebného společenství a intervencemi psychiatrické rehabilitace na straně druhé. (Vachková, 2008)

Systém regulace symptomů, jako jediná skutečně efektivní součást léčby pacientů s duševním onemocněním, převládá z důvodu, že současní psychiatři se na školách učí jen to, jak předepisovat léky a nikoliv jak harmonizovat farmakologické a psychosociální intervence. (Lieberman, 2004) Zároveň na univerzitách při praxích v nemocnici mladí psychiatři vidí, jak těžké je léčit duševní nemoc a jak obtížné je zvládnout velmi časté relapsy. To vede k živení myšlenkových stereotypů o duševní nemoci a obavám z těchto pacientů. (Nordt, 2006)

Lékaři si často drží odstup od pacientů trpících duševní poruchou. Strach plyne z nedostatečné informovanosti a ze systému vzdělávání lékařů na univerzitách. Tato skutečnost je ovlivnitelná a měla by se dostat do popředí snah zefektivnit péči o duševně nemocné. Lékaři jsou ústřední postavou v jejich životě a u nich se musí začít se zlepšováním léčby. Diagnóza, kterou lékař stanoví hned na začátku cesty duševně nemocného člověka, je to, co určuje jeho osud ve společnosti. Lékař diagnóze věří a tak stigmatizuje svého pacienta ještě předtím, než jej začal vůbec léčit. Problém vzniká tedy hned na začátku.

1.3 Další možnosti léčby duševního onemocnění

Vedle snah o komunitní, komplexní a ucelený přístup ke klientovi s duševním onemocněním jsou tu přítomné tradiční způsoby léčby, které mají své nezastupitelné místo především v první fázi onemocnění.

1.3.1 Akutní lůžková péče

Dle Thornicrofta zatím nebyl nalezen jiný dostatečně efektivní způsob léčby psychicky nemocných pacientů, než akutní lůžková péče. Thornicroft tvrdí, že pacienti se závažnými potížemi, se suicidálními stavy, s poruchami chování, staří pacienti s mnoha psychickými poruchami a pacienti, u nichž se vyskytuje několik onemocnění zároveň, či s častými relapsy, vyžadují akutní lůžkovou péči. Takoví lidé potřebují vysoce intenzivní, nepřetržitou péči, která je nejlépe zajištěna právě v nemocničních podmínkách. Otázkou zůstává, jak takovou péči zajistit v méně institucionálních podmínkách. (Thornicroft, 2004)

V západním světě je během posledních 20 let lůžková nemocniční péče dlouhodobě duševně nemocných na ústupu. (Lamb, Bachrach, 2001) Nicméně v 19. století vznikaly psychiatrické léčebny v obrovském měřítku v důsledku industrializace západního světa. Zásadní krok k deinstitucionalizaci a odklonu od psychiatrických léčeben byl rok 1930. V Anglii začaly zavádět dobrovolnictví v psychiatrických léčebnách jako projev nesouhlasu s podmínkami, které panovaly v psychiatrických léčebnách. Byla to první chvíle, kdy psychiatři přemýšleli nad tím, co se děje s jejich pacienty poté, co opustí nemocnici. (Burns, 2004) V roce 1954 byla založena *Royal Commission into mental illness and mental handicap* a začala se do hloubky zajímat o

situaci v nemocnicích. Jednalo se o zlomový krok, kdy lékaři měli zájem své pacienty vyléčit, nikoliv pouze omezit nebezpečí, které vnáší do společnosti tím, že je zavřou do léčebny. Od roku 1950 do roku 1990 probíhala deinstitucionalizace v celém západním světě. (Burns, 2004)

1.3.2 Farmakologické a jiné somatické druhy léčby

Objevení *chlorpromazinu* v 50. letech spustilo revoluci v léčbě vážných duševních onemocnění. Do té doby byla farmakologická léčba značně nespecifická, pouze tlumila pacienty různými sedativy, ale nijak nezlepšovala jejich symptomy. S příchodem chlorpromazinu se pacienty, kteří byli považováni za nevléčitelné, podařilo dostat z nemocnic. Mnoho se zcela zbavilo symptomů a vrátili se do běžného života jejich komunity. U pacientů trpících schizofrenií se prokázalo, že vývoj antipsychotických léků dokáže tlumit pozitivní symptomy – halucinace či bludy a díky tomu lépe fungovat v komunitě. (Drake, 2003)

Poté se objevil lék jménem *clozapin*, který byl používán již ve 20. letech, a zcela změnil pohled na farmakologickou léčbu duševních onemocnění. Byl to první lék, který byl na schizofrenii účinnější než veškeré předchozí medikace. Tlumil pozitivní symptomy a existovaly důkazy o tom, že má vliv i na negativní. Na druhou stranu bylo známo, že má mnoho vedlejších účinků, a proto byl předepisován pacientům, u kterých nezabral jiný typ léků. (Drake, 2003)

Od roku 1990 byla na trh uvedena nová generace léků – *risperidone*, *olanzapin*, *quetiepin*, *aripiprazol*, která měla být stejně účinná jako clozapin, ale bez jeho vedlejších účinků. Nakonec i u této generace byly prokázány vedlejší účinky jako příbytek na váze, diabetes a hyperlipidémie. (Drake, 2003)

2 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE S DUŠEVNĚ NEMOCNÝMI

Ve druhé kapitole se věnuji možnostem sociální práce s naší cílovou skupinou. Jak z první kapitoly, je zřejmé, že tradiční způsob léčby v psychiatrických léčebnách je na ústupu (ač má své nezastupitelné místo) a nahrazují jej snahy o *komplexní pojetí člověka*. Rozvíjí se několik metod, které jsou založené na uceleném pohledu na svět klienta. Sociální pracovníci v těchto postupech hrají jednu z hlavních rolí. Práce je založená na práci uceleného týmu, kde se sociální pracovník stává case manažerem a koordinuje všechny návazné služby. V poslední části této kapitoly shrnu všechny tyto metody pod zastřešující pojem *psychosociální rehabilitace*, z něhož koncept ucelené rehabilitace vychází.

2.1 Komplexní pojetí člověka

Na začátku problematiky ucelené rehabilitace, je zapotřebí formulovat základní otázku: kdo je člověk? Je důležité zdůraznit jeho *celistvost* a integritu. Osobnost se skládá z několika vrstev, které pak tvoří integrální jednotku. Pak je člověk chápán jako bio-psycho-socio-spirituální bytost. Jedná se o *holistické pojetí člověka*. Zmiňoval se o něm už Platón či Aristoteles, nejedná se o výdobytky moderní doby. Freud tyto vrstvy nazval ego (psychická dimenze), superego (spirituální dimenze) a id (biologická dimenze). (Jankovský, 2006)

Heidegger se v Zolikonských seminářích ptá: z čeho pramení rozdíl mezi tělem a duší? Může být tento rozdíl popřípadě zrušen? Byla by psychosomatika tím, co by mohlo tento rozdíl nahradit? Odpovídá si – psychosomatika je především problém metody, stejně jako tělo ve vědě je problém metody. (Heidegger, Bosse, 2001)

Filosofové, lékaři, psychologové a jiní odborníci zabývající se člověkem již několik staletí hledají propojení duše a těla, jak jej specifikovat, léčit, probádat a následně popsat. Proto myslím, že je tak těžké najít prameny, které by se zabývaly hlouběji psychosomatickým pojetím člověka, konkrétně psychosomatikou v sociální práci. Následující odstavce měly popisovat jasně popsaný vztah sociální práce a komplexního pojetí člověka. Z důvodu nedostatku vědeckých zdrojů, které se zabývají touto problematikou, to budou pouze útržky myšlenek na toto téma.

Zde vyslovuji potřebu vyvolat diskuzi, která by přinesla nové výzkumy a s nimi důkazy o tom, že sociální práce s komplexním náhledem na člověka je mnohem ekonomičtější, humanističtější, rychlejší a je velmi efektivní.

Sociologická teoretická východiska plynou často z velmi odlišných a vzájemně protichůdných filosofií. Jedním z těchto rozporů lze najít mezi atomismem a holismem. Atomismus neboli karteziánské myšlení chápe člověka jako sociologickou jednotku, která je nezávislá na ostatních a řídí své jednání čistě dle svých předsevzetí a tužeb. (Hogenová, 2016) Na druhé straně zde je holismus, který tvrdí, že jedinci jsou tvořeny svým místem ve společnosti. V úvahu tak bere celé sociální celky, nikoliv jednotlivce. Právě na holismu je založen koncept ucelené rehabilitace a komplexní pohled na člověka v sociální práci, který uvažuje člověka ve všech jeho funkcích a v mnoha životních kontextech – práce, rodina, vztahy s okolím, psychické i fyzické zdraví atd. (Hogenová, 2016)

Ačkoliv se problematika celistvosti může zdát jako příliš vzdálená a nesouvisející s daným tématem, ve skutečnosti umožňuje vnímat rehabilitaci opravdu uceleně se všemi náležitostmi. Rehabilitace pouze tělesné stránky vytváří nežádoucí redukcionismus, čímž trpí nejvíce ti, kteří jsou rehabilitováni. Předpokladem dobré fyzické kondice je psychická rovnováha, ale i problémy související s duchovní dimenzí (kulturní a náboženská reflexe). Tyto skutečnosti nelze přehlížet. (Jankovský, 2006)

Líbí se mi definice Henveya a Philipota z roku 1996, že *sociální práce je to, co lékaři, sestry, policie atd. nedělají*. Sociálního pracovníka můžeme vnímat jako pojítka mezi mnoha různými odbornostmi. Sociální pracovník je velmi renesanční člověk, který se dokáže na klienta podívat z mnoha různých aspektů. Není lepšího odborníka, který by mohl propojit lékaře, psychologa, fyzioterapeuta, speciálního pedagoga, ergoterapeuta a dalších. Proto jsou sociální pracovníci case manageři svých klientů. Tak je možné nejlépe naplnit cíl – sociální fungování v rámci recovery konceptu. (Henvey, 1996)

Navrátil popisuje cíl sociální práce jako *podporu sociálního fungování klienta, v situaci, kde je taková potřeba vnímána a vyjádřena*. (Navrátil, 2010) Sociální fungování může být vykládáno různě. V obecně uznávaném slovníku sociální práce z roku 1995 je vysvětleno jako naplnění rolí člověka ve vztahu k lidem

v bezprostředním sociálním okolí i k sobě samému. Toto fungování zahrnuje uspokojování potřeb základních a těch, na kterých závisí postavení ve společnosti. To zahrnuje tělesné potřeby (jídlo, teplo, přístřeší, zdraví), osobní naplnění (vzdělání, hodnoty, odpočinek, náboženství, dosažení úspěchu), adekvátní sebepojetí a emocionální potřeby (sounáležitost, komunita, vzájemná péče). (Barker, 2014)

Je vidět, jak široké spektrum životních oblastí sociální práce zahrnuje. Podle Musila je specifickým znakem sociální práce komplexnost. Sociální pracovník se musí zaměřit na komplex různorodých okolností, které představují specifickou životní situaci klienta a na zprostředkování interakcí mezi klienty a jejich sociálním prostředím. (Musil, 2004) Komplexnost v rámci sociální práce znamená, že sociální pracovníci by měli při posuzování životní situace klientů brát v úvahu všechny relevantní bariéry, které způsobují, že se klient ocitl v obtížné životní situaci. Takovými bariérami mohou být na straně klienta - například zdravotní nebo psychický stav, fáze životního cyklu, nízká kvalifikace, finanční negramotnost, nebo na straně sociálního prostředí – například napjaté rodinné nebo sousedské vztahy, diskriminace ve společnosti, špatná ekonomika nebo situace na trhu práce, špatné zákony, sociální politika, nepříznivá demografická struktura atd. (Musil, 2004)

Odborností sociálních pracovníků je komplexní posouzení životní situace klienta, ale zároveň k němu patří i nutnost spolupráce s jinými odborníky. Sociální pracovník musí zvážit, které potřeby může řešit sám a se kterými by měl klientovi zprostředkovat pomoc jiných aktérů situace či profesí. (Musil, 2004)

V cestě za naplněním komplexního pojetí člověka stojí několik překážek. Především je to nepříznivá sociální politika a obtížné navázání na další služby a komunikace mezi nimi. Aby bylo možno člověka pojmout v jeho komplexnosti a postihnout tak každou oblast jeho života, sociální pracovník musí pracovat v týmu, kde jednotliví odborníci budou koordinováni. Pokud se práce na zkvalitnění životní situace klienta rozvrství mezi více odborníků, bude snáze dosažitelná rovnoměrná kontrola nad všemi oblastmi života. To vše bude fungovat pouze za předpokladu kvalitní koordinace služeb a jejich vzájemné efektivní komunikaci.

Sociální práce je v posledních desetiletích úzce navázaná na sociální správu. Ze státního rozpočtu se platí lůžka v ústavech, resp. pracovníci organizací poskytujících služby. Klienta, jeho potřeby a problémy stávající systém respektovat nemusí. Klient

dosud u nás nemá ani v minimální míře právo na rozhodování o prostředcích, které stát na poskytování sociálních služeb vydává. Nutný obrat vidím v přenesení maxima pravomocí na klienta a v preferenci klientovy perspektivy všude tam, kde je to možné. (Matoušek, 2010)

Takovou centralizací a racionalizací, kterou je dnes sociální práce vytvářena, se péče dostává dál a dál od klienta. O jeho potřebách, potížích a celkově o jeho životě rozhodují lidé, kteří jsou daleko od něj a nejsou s ním v přímém kontaktu. Tak není možné kvalitně pomoci klientovi v oblastech, ve kterých se cítí nejistý. On sám musí sdělit, co potřebuje k dosažení požadované společenské úrovně a sociální pohody. Řešení se dá najít jak v komunitní péči, tak v *case managementu*, nově vzniklém konceptu *CARe (Comprehensive approach to rehabilitation)*, a samozřejmě i v *konceptu ucelené rehabilitace*. Tyto metody sociální práce považuji za příbuzné a směřující k společnému cíli – větší autonomie klienta.

2.2 Metody založené na komplexním pojetí

Vedle konceptu ucelené rehabilitace se v sociální práci lze setkat i s jinými metodami, které vycházejí z filosofie holismu a uvažují klienta v komplexních souvislostech.

O potřebách změny struktury péče o duševně nemocné existuje řada materiálů a dokumentů, z kterých jednoznačně vychází potřeba integrace různých skupin duševně nemocných do běžné společnosti, odklonu od péče ve velkých institucích, destigmatizace a preference práv uživatelů péče či důraz na prevenci. (Pěč, 2009).

Nový komplexní nebo komunitní přístup vznikl v 60. a 70. letech v souvislosti s vývojem nových léků – *chlorpromazinu* a *haloperidolu*, které vnesly celkově do léčby optimismus. Ta se pak začala unášet více *psychoterapeutickým* směrem. (Burns, 2004)

Z výzkumu Pěč et al., který zjišťoval potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče jasně vyplývá důraz na propojenost všech segmentů péče. Mezi respondenty bylo nejvíce psychiatrů a pracovníků z rehabilitačních a psychiatrických ambulantních služeb. Shodli se na potřebě orientovat služby co nejvíce do přirozeného prostředí pacientů, na zdůraznění ambulantní psychiatrické péče a na významu vztahu mezi lékařem a pacientem. Odborníci se shodli, že je třeba doporučit akutní lůžkovou péči

pouze v případě nutnosti, hospitalizovat co nejkratší dobu, avšak optimálně vzhledem ke stavu pacienta. (Pěč et al., 2009) Focus group ukázaly, že 33% pacientů by uvítalo případové vedení. Z výzkumu vyplynula potřeba navýšení kapacity akutní lůžkové péče. Zjistilo se, že rezidenční komunitní péče by byla potřebná pro 50% současného počtu pacientů, kteří jsou hospitalizováni v psychiatrické léčebně. Z ambulantně ošetřovaných by 50% potřebovalo psychoterapeutickou péči. Vyplynulo tedy, že je třeba zvýšit počet klientů, kteří využívají rehabilitační a poradenské služby. (Pěč et al., 2009)

Toto vše považuji za úvod do práce o ucelené péči o duševně nemocné. Integrace služeb, důraz na propojitelnost, vztah pacient-sociální pracovník, práce v přirozeném prostředí klienta jsou hesla, která se ponesou mojí celou prací.

2.2.1 Komunitní péče

Současné výsledky evidence-based studií potvrzují účinnost přesunutí péče z nemocnice do komunity, což vede k větší spokojenosti uživatelů, zvýšené kvalitě života, snižuje počet dnů hospitalizace. Zároveň se jedná o způsob, které je levnější a nevede ke zvýšení kriminality, agresivity a mortality. (Vachková, 2008)

Komunitní psychiatrie bývá zmiňována vždy v pozitivním kontextu předesílajíc liberálnější a velmi progresivní přístup v léčbě duševních onemocnění. (Burns, 2004)

Jedna z možností deinstitutionalizace je komunitní péče, tedy pomoc klientovi v jeho domácím prostředí ve spolupráci s jeho blízkými nebo s neziskovými organizacemi, které fungují na principu občanské sounáležitosti v kombinaci s profesionální pomocí. Komunitní tým je skupina odborníků, která má pokrýt veškeré klientovy potřeby (psychiatři, psychiatrické komunitní sestry, sociální pracovníci, psychologové a další příležitostní pracovníci). Tým upřednostňuje klienty z dané lokality s předem určenou problematikou. (Thornicroft, 2004)

Lidé s duševním onemocněním potřebují několik typů služeb, které jim zajistí široké spektrum péče a pomůže jim se dostat v rámci komunity do života běžného občana. (Anthony, 1993) Tyto služby by měly zahrnovat – kvalitní léčbu, adekvátní krizovou intervenci, příležitosti pro naplnění jejich sociálních rolí v komunitě, dále pak bezpečnost, bydlení, respektující přístup a zároveň podpůrné služby pro lidi z bezprostředního okolí klienta. (Weeghel et al., 2005)

Požadavky dobré komunitní péče jsou: dobré pracovní spojení mezi klientem a pracovníkem, efektivní intervence zaměřené na posílení odpovědnosti klienta, široká nabídka péče dobře dostupná klientům, důraz na rodinu a její podpora. (Pěč, 2009)

Několik studií porovnávalo komunitní léčebné týmy s jinými běžně využívanými službami pro psychicky nemocné klienty. Z výsledků vyplynulo, že převažují výhody všeobecných multidisciplinárních týmů pracujících v rámci komunity. Takové týmy mohou zlepšit spolupráci mezi jednotlivými odborníky z různých typů služeb, zvyšují spokojenost a naplnění potřeb klienta, zlepšují přivýknutí klienta léčbě, ačkoliv se nejedná o symptomatickou léčbu. Komunitní péče též vykazuje lepší návaznost a spolupráci jednotlivých organizací. (Thornicroft, 2004)

Přes všechna zmíněná pozitiva, stojí komunitní léčba v České republice stále na začátku. Sice u nás funguje 35 denních stacionářů pro duševně nemocné pacienty, ale většina z nich vznikla v 90. letech 20. století a v posledním desetiletí nové stacionáře téměř nevznikají. Většina funguje ve velkých městech a pacientům z menších obcí zůstávají nedostupné. Z hlediska celkové kapacity jsou denní stacionáře jednou z nejvíce opomíjených složek systému psychiatrické péče. Je to škoda, protože tato intermediární zařízení mohou efektivně propojovat klinické a sociální intervence. (Hejzlar, 2009)

Zodpovědné autority proklamují nutnost spolupráce a odborníci cítí její potřebu. V praxi ale úzká spolupráce funguje na málo místech v republice. Funguje jen tam, kde jedna či druhá strana (psychiatrie a sociální služby) iniciativně a cíleně rehabilitační propojení zorganizovala. Spolupráce spočívá na osobní iniciativě a vzájemné dobré vůli a domluvě. Chybí normy, standardy, vymezení kompetencí opřené o legislativu. (Hejzlar, 2009) Pěč se zmiňuje o tom, že přestože existuje mnoho dokladů úspěšnosti komunitních forem péče o duševně nemocné (Leff et al. 2000, Maone a Rossi, 2002, Trieman et al. 1996), došlo k jejímu rozšíření u nás opravdu jen v nepatrné míře. (Pěč, 2009)

2.2.2 Case management

Příkladem širokého celostního přístupu může být také *case management* (v kontextu USA nověji nazývaný *asertivní komunitní přístup*), kdy case manažer koordinuje práci týmu a zodpovídá za vytvoření a realizaci plánu pomoci konkrétnímu klientovi.

Někdy je case management nazýván jako *případová práce*, protože úkolem case manažera je zajistit, aby byly komplexně posouzeny potřeby klienta, následně naplánovat z nich vycházející plán intervence se zapojením potřebných sociálních a dalších služeb a zajistit koordinaci těchto služeb. (Stuchlík, 2001)

Case management je spíše metoda, jakou lze zajistit psychicky nemocnému člověku koordinovanou péči, než přímo terapeutická intervence. Je hojně využívána pro zefektivnění výše zmíněné komunitní péče. Jedná se o způsob práce, který se vyznačuje rozdělením péče v rámci dostupných zdrojů a jejich vzájemnou koordinací. Je prokázáno, že takový způsob práce zajistí kontinuitu péče, která se bude odehrávat blízko klientovi, ale nebyl zatím prokázán podobný efekt tohoto způsobu práce u hospitalizovaných pacientů. (Thornicroft, 2004)

Jedním z typů case managementu je *asertivní komunitní léčba*, která vznikala jako komunitní alternativa léčby k hospitalizaci. V komunitě zajišťuje péči ucelené spektrum služeb, které realizuje multidisciplinární tým. Asertivní komunitní léčba je charakterizovaná snadnou dosažitelností a odehrává se blízko u klienta, v jeho každodenních podmínkách. Asertivní komunitní léčba se ukázala být efektivnějším způsobem nežli tradiční case management. (Marshall, 1996) Model vznikl v 70. letech v USA jako experiment, ve kterém byl nemocniční multidisciplinární tým přesunut do komunity. Ukázalo se, že se daří sice propouštět velké množství pacientů, ale díky nenavazujícím službám se často vracejí. Reakcí na tuto skutečnost byl vznik asertivní komunitní péče. Tým zajišťoval 24hodinovou pracovní dobu 7 dní v týdnu, komprehenzivní plánování léčby, nepřetržitou odpovědnost, kontinuitu personálu a malý počet léčených, díky čemuž byla péče vysoce individualizovaná. Byl určen pro pacienty, kteří se potýkají s častými relapsy a nestabilizují se během ambulantní léčby. Podařilo se prokázat, že snižuje počet dní strávených v nemocnici a zvyšuje osobní spokojenost klientů. (Vachková, 2008) Asertivní komunitní léčba počítá ve svém týmu s psychiatrem. Dobře integrovaný psychiatr je schopný předepsat psychosociální intervence stejně dobře jako předepisuje léky. Psychiatr by měl vědět, co klient potřebuje a kdo z týmu se o tuto potřebu nejlépe postará. Tím se psychiatrická rehabilitace stává opravdu interdisciplinární a komplexní péčí. Psychiatr najednou přihlíží k tomu, že není nejdůležitější se jen zbavit příznaků, ale

uvědomuje si, že léky mohou negativně ovlivnit sociální fungování člověka a narušit jeho schopnost rehabilitace. (Roessler, 2006)

2.2.3 Koncept CARE

Cílem systému CARE je podpořit klienta v jeho zotavení a zlepšit tak jeho kvalitu života. Základní principy jsou: realizace cílů a přání, důraz na zranitelnost a zlepšení kvality sociálního prostředí klienta. (Wilken, 2013) Je vhodný pro všechny klienty, kteří se potýkají s psychosociálními problémy, s nerespektováním jejich handicapů a pro ty, kteří se zotavují z duševního onemocnění. (Bitter, 2015)

Koncept je ovlivněn *rámcem osobního zotavení* (personal approach), *přítomného přístupu* (presence approach) a modelem založeným na *silných stránkách* (strength model). *Rámec osobního zotavení* se skládá ze třech fází – stabilizace, přeorientování a integrace. Soustředí se na tyto faktory: motivace, identita, znalosti a dovednosti, sociální status, sociální a materiální zdroje. Přítomný přístup se soustředí na vztah s klientem založeným na tom, že tu jsme pro klienta a soustředíme se přímo na jeho problémy. Základními předpoklady *v přítomném přístupu* je trpělivost, bezpodmínečná vnímavost a všímavost. Model založený *na silných stránkách* se soustředí na přednosti, talent a pozitivní stránky člověka. (Bitter, 2015)

CARE metoda funguje v 6 krocích:

- soustředit se na klientovy silné stránky spíše než na jeho limity
- zmapovat situaci a vytvořit plán, který bude rozvíjet jeho silné stránky
- tímto plánem zjistit klientovu situaci v pracovním a sociálním životě i v koníčcích
- pomoci klientovi formulovat jeho přání, učinit rozhodnutí a dosáhnout cílů, vyplnit s klientem tzv. *recovery plán*, který obsahuje úkoly a aktivity, které mu pomohou dosáhnout cíle
- pomoci klientovi splnit tento plán
- po dokončení celý proces vyhodnotit a uzavřít.

(Bitter, 2015, Wilken 2013)

2.3 Psychosociální rehabilitace

Všechny výše zmíněné koncepty a metody lze zařadit pod *psychosociální rehabilitaci*, která stojí právě na filosofii *komplexního pojetí člověka*. Z psychosociální rehabilitace vychází i *koncept ucelené rehabilitace*, který už je opatřen přesnou metodikou, doporučenou Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV, 2016).

Jedna z definic psychosociální rehabilitace zní:

- Psychosociální rehabilitace znamená, že člověk, který se dříve bál jít do obchodu pro zmrzlinu, může nyní být zmrzlinář. (Martha Green, 1994)

Nejčastěji používaná definice rehabilitace je:

- Rehabilitace je snaha, lidem s duševním onemocněním, zlepšit jejich fungování a spokojenost ve společnosti a v jejich životním prostředí s co nejmenší intervencí profesionálů a s co největší podporou samostatnosti klienta. (Corrigan, 2005)

Používají se dva rehabilitační způsoby. První je orientovaný na jednotlivce a na jeho schopnosti v interakci s okolím, které pro něj může být často stresující. Druhý způsob se týká snížení stresujících faktorů v životním prostředí. Většina klientů potřebuje oba způsoby rehabilitace. (Roessler, 2006)

Sociální rehabilitace patří k nejčastějším funkcím denních stacionářů vedle doplnění ambulantní péče a poskytování psychoterapie. (Pěč, 2003) K nástrojům sociální rehabilitace patří především ergoterapie a nácvik sociálních dovedností. (Hejzlar, 2009) Psychosociální rehabilitace ovlivňuje primárně sociální, pracovní, vzdělávací, rodinné a seberozvíjející schopnosti. Aby byla rehabilitace účinná, musí být cílená na konkrétní dovednost. Největší úspěšnost bude u stabilizovaných klientů nebo u klientů v remisi onemocnění, kteří jsou ale schopní rehabilitace a potřebují podporu v překonání určitého problému. (Kopelowicz, 2003)

Strategický pracovní manuál Ministerstva práce a sociálních služeb říká, že lidé s duševním onemocněním jsou jednou z cílových skupin, jež se nachází na pomezí působnosti více resortů, přičemž řešení její nepříznivé životní situace vychází z konceptu multidisciplinárního řešení, síťování a koordinované spolupráce. Z dokumentu vyplývají témata: sestavování multidisciplinárních týmů, široké téma

komunitních služeb zahrnující financování a tvrzení, že by tyto služby měly přejít do veřejné správy a jejich spolupráci se zdravotnictvím a větší přesah do zaměstnatelnosti, přímo je zmíněno i téma komplexní rehabilitace, zajištění osob bez přístřeší a návaznost pobytových služeb na zdravotnické. (Ministerstvo sociálních věcí, 2009) Je tedy evidentní, že i stát volá po propojitelnosti služeb, spolupráci odborníků a způsobu efektivnějšího financování.

Na závěr kapitoly uvedu některé principy současné psychosociální rehabilitace:

- seburčení – důraz na klienta, který si sám určuje tempo, směr a cíl léčby
- důraz na klientovy cíle a přání – pomoci definovat cíle s klientem, často se liší představa profesionála o tom, čeho by měl pacient dosáhnout (brát pravidelně léky, zúčastnit se programu denního stacionáře) a představa pacienta samotného (mít přátele, smysluplnou práci), co se týče preferencí, je podstatné klienta v první řadě informovat o jeho možnostech, aby se mohl rozhodnout, co mu v dané chvíli pomůže nejvíce
- soustředit se na realitu – klient chce žít stejný život jako profesionál a většina rehabilitace by se měla dít na poli každodenního života
- soustředit se na pozitiva – klienti jsou často vystaveni kritizování a stigmatizování jejich nemoci, je proto nejpřínosnější se soustředit na schopnosti a klientův potenciál
- nácvik dovedností – liší se v závislosti na použité metodě, ale celkově se prokazuje, že je vhodné nácvik udělat v reálných podmínkách
- přizpůsobení prostředí a zajištění podpory – vyplatí se klienta nenutit do věcí, které mu činí potíže, jeho život je komplikovaný už tak. Tedy například klient, který má potíže s hygienou nebude nejlepší zaměstnat někde, kde je hygiena pracovníků prioritou. Podpora by měla vycházet z profesionálů, peer pracovníků a rodiny.
- integrace rehabilitace a léčby – neoddělovat rehabilitaci od léčby, ale nabídnout klientovi komplexní tým, který bude zahrnovat i psychiatra, který spolupracuje s ostatními rehabilitačními pracovníky

- multidisciplinární přístup – široké spektrum odborníků, které mezi sebou velmi intenzivně a otevřeně komunikuje a konzultuje léčbu
- návaznost služeb
- integrace do komunity

(Corrigan, 2012)

Připomínám, jak důležitou roli hraje v psychosociální rehabilitaci vztah mezi klientem a pracovníkem z týmu. Je zvláště důležité dívat se na klienta jako na sobě rovného partnera a plně jej respektovat. Klient spoléhá na porozumění terapeuta a na jeho důvěru v něj, protože mnoho duševně nemocných ztrácí své blízké osoby, na které by se mohli spolehnout. (Roessler, 2006)

2.3.1 Historický vývoj psychosociální rehabilitace

Jedním z nejdůležitějších impulzů pro rozvoj psychosociální rehabilitace byla *deinstitutionalizace* v druhé polovině minulého století v západní Evropě a USA. Docházelo k zavírání psychiatrických nemocnic z ekonomických důvodů a s přesvědčením, že časté relapsy onemocnění jsou způsobeny právě přílišnou institucionalizací. To se prokázalo v šedesátých letech minulého století. A tak začaly v osmdesátých letech vznikat psychosociální rehabilitační centra a komunitní systém péče. (Vachková, 2008)

V praxi rehabilitace duševně nemocných se uplatňuje vliv tří hlavních rehabilitačních škol, které vznikaly v rámci třech hlavních světových center psychosociální rehabilitace.

Bostonské, vedené profesorem Anthonym, prokázalo, že i člověk s těžkou psychosociální nedostatečností je, za přiměřené podpory, schopen stanovit cíl vlastního rozvoje. (Vachková, 2008) Tento směr rozvíjí schopnosti uplatnění klienta v komunitě. Studie zaměřené na bostonský směr ukazují, že dosahování cílů a sociální fungování bylo výrazně lepší, než u kontrolní skupiny. (Bitter, 2005)

Centrum v *Los Angeles pod vedením Libermana* vyvinulo řadu modulů na trénink sociálních dovedností. (Vachková, 2008)

Centrum *Benetta a Shepherd* ve Velké Británii kladlo důraz na podpůrné prostředí a zohledňovalo funkční omezení navozená nemocí, zvláště v chráněných dílnách a bydleních. (Bitter 2005, Michon 2001) Ukázali vliv prostředí a problém obtížnosti přenosu dovedností zvládnutých v jednom prostředí do jiného prostředí s jinými podmínkami. (Vachková, 2008)

V 60. a 70. letech byla komunitní péče zaměřena na kontrolu symptomů a cílem bylo pomoci lidem tak, aby byli stabilizovaní a nemuseli být hospitalizováni. Jednalo se hlavně o farmakologickou léčbu. V 80. letech se pozornost obrátila na rehabilitaci a profesionálové se snažili, aby klienti zvládli veškeré své sociální role – zaměstnanec, rodič, manžel či manželka. V roce 1990 se idea léčby duševně nemocných obrátila k tématu zotavení s cílem nezávislosti, schopnosti self-managementu, nalezení smysluplných aktivit a lepší kvality života. (Drake, 2003)

V České republice jsou dnes rehabilitační programy uskutečňovány většinou nestátními neziskovými organizacemi. Systémová podpora psychiatrické rehabilitace tak zcela chybí. Záleží na místních podmínkách, osobním nasazení a ochotě jednotlivých složek péče spolupracovat tak, aby z toho měli pacienti co největší prospěch. (Vachková, 2008)

2.3.2. *Recovery* jako základní pojem psychosociální rehabilitace

V odborné literatuře týkající se komplexní rehabilitace a léčby duševních onemocnění se často vyskytuje pojem *recovery* – zotavení. Chtěla bych se proto u něj na chvíli zastavit, i proto, že jej několikrát pracovníci zmínili v rozhovorech v rámci realizovaného výzkumu. *Recovery* bývá označováno jako cíl psychosociální rehabilitace.

Recovery je definováno jako návrat k původnímu stavu, k původnímu způsobu života. *Recovery* je ale něco jiného než jen vyléčení v lékařském slova smyslu. Jedná se o jedinečný proces, kdy klienti dávají svému životu znovu obsah a naplňují jej tím, čím oni sami chtějí. Zahrnuje akceptaci nemoci, vyrovnání se se stigmatem a posílení ve smyslu získání kontroly nad svým životem. (Pěč, 2009)

Jiný význam bude mít recovery u chronických onemocnění jako je astma či diabetes, u kterých se nepředpokládá, že se člověk někdy zcela vyléčí. Zde je lépe použít výraz *částečné zotavení*, tedy částečný návrat k původnímu způsobu života. (Davidson et al., 2005)

U lidí s duševním onemocněním, u kterých nemoc trvá i se svými relapsy, jde o zotavení spíše ve smyslu získání kontroly nad nemocí a přijetí zodpovědnosti za svůj život. Jedná se tedy o proces, kdy lidé obnovují a budují osobní, sociální a spirituální konexe. Recovery v tomto případě neznamena zbavit se symptomů či jiných deficitů s nemocí spojených, nýbrž nastavení pozitivního vnímání sám sebe a své sociální identity navzdory přetrvávající nemoci. (Davidson et al., 2005)

Tento proces zahrnuje překonání důsledků duševního onemocnění – odmítnutí rodinou a okolím, chudoba, nezaměstnanost, podprůměrné bydlení, ztráta sociálních rolí, ztráta smyslu života a ztráta možnosti se rozhodovat o svém životě. Pokud v tomto smyslu klient dosáhne zotavení, pak bude schopen žít smysluplný a hodnotný život, ve kterém bude význam jeho nemoci každým dnem slábnout. (Davidson et al., 2005)

3 KONCEPT UCELENÉ REHABILITACE

Přístupem, který zohledňuje mnoho z výše uvedeného (komplexní přístup, ucelený tým, spolupráce mezi odborníky) v předchozích dvou kapitolách, je *koncept ucelené rehabilitace*. Ve druhé kapitole jsem se zabývala problematikou sociální práce s duševně nemocnými klienty obecně a popsala jsem současný trend v péči o tyto klienty, kterým je *psychosociální rehabilitace*. V následující kapitole se tomuto trendu budu věnovat do hloubky. Popíšu jednotlivá paradigmata, ze kterých sociální práce vychází, a zařadím mezi ně koncept ucelené rehabilitace. Budu se věnovat historickému vývoji konceptu, jeho složkám a konkrétnímu využití. Vztáhnou jej k práci s duševně nemocnými osobami a k možnostem řešení typických potíží při sociální práci s touto cílovou skupinou.

3.1 Výchozí paradigmata sociální práce

Pokud jde o paradigmata v sociální práci, pak se v průběhu jejího vývoje vystřídal několik paradigmat v závislosti na politickém, společenském a vědním rozvoji společnosti. Hlavní z nich popsal Kappl v práci *Vývojové modely sociální práce a jejich metafory* v roce 2008.

Jako první se objevilo *paradigma charitativní*, jehož podstatou byla vlastně misionářská práce mezi nevěřícími. Typickými znaky aktivit církevních spolků bylo propojení evangelizačních snah a pokusů o mravní převýchovu klientů se samotnou pomocí. Dalším významným konceptem byl *koncept medicínský*, k jehož průkopníkům patřila americká socioložka Mary Richmond, jejíž knihy představovaly vůbec první pokusy o teoretické ukotvení moderní sociální práce. Charakteristickým rysem tohoto období bylo přejímání medicínského jazyka. (Kappl, 2008) Důležitou metodou sociální práce v této době byla případová práce. Na medicínský model úzce navazoval na počátku 20. století *koncept psychoterapeutický*, který v sociální práci aplikoval poznatky z oblasti psychologie. Důležitou součástí metod sociální práce se stal vůbec samotný vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem, který zahrnoval především otevřené naslouchání. Důraz byl kladen na rovnostranný přístup a oproštění se od moralizování a poučování. Klient se stal strůjcem svého osudu.

(Kappl, 2008) To nasvědčuje tomu, že je tento model pro koncept ucelené rehabilitace zcela klíčový. Je založen na humanistické filosofii, z které je třeba vycházet, pokud usilujeme o celostní přístup.

Další model – *sociologický* – obrací pozornost sociálních pracovníků od vnitřních příčin k vnějším sociálním a ekonomickým poměrům a sociální pracovník v něm vystupuje v roli sociálního reformátora (Kappl, 2008). Tím se odvrací od komplexního pohledu na člověka v kontextu jeho sociálních vazeb fyzického a psychického zdraví.

Poslední model, který se objevil v 80. letech minulého století, je *paradigma manažerské*. V něm se klient stává zákazníkem a do sociální práce se dostávají pojmy trh, konkurence, komercializace, nabídka, poptávka apod. (Kappl, 2008).

3.1.1. Současná paradigmatata

Malcolm Payne ve svém textu z r. 1997 *Modern Social Work Theory* tvrdí, že v západním myšlení sociální práce jsou v současné době přítomny nejméně tři koncepty, které lze považovat za paradigmatata.

Za prvé to je *reflexivně-terapeutické paradigma*. Stoupenci tohoto směru spatřují cíl své činnosti především ve snaze zabezpečit svým klientům (jedincům, rodinám, skupinám i komunitám) psychosociální pohodu - pokud je toto splněno, vše ostatní následuje takřka samo od sebe. Cestou k tomuto cíli je podpora a usnadňování sebereozvoje a seberealizace klientů. Děje se tak především zaměřením se na vnitřní deficity osobnosti či komunity. Problém i zdroj řešení je viděn na straně klienta. Takřka principiální důraz je kladen na komunikaci a budování vztahu. (Payne, 1997)

Druhým je *socialisticko-kolektivistické paradigma*. Příznivci tohoto směru vychází z představy, že podporou společenské kooperace a solidarity mezi členy určité vymezené společenské třídy, vrstvy či subkultury mohou pomoci utlačovaným získat vliv na jejich vlastní životy a dosáhnout tak určité rovnosti a společenské spravedlnosti. (Payne, 1997)

Třetím je *individualisticko-reformistické paradigma*. Sympatizanti tohoto proudu chápou sociální práci především jako jednu z nejdůležitějších součástí systému sociálních služeb. Je to pojetí, které zároveň vychází vstříc jak individuálním potřebám klientů, tak současně usiluje o zlepšování systému sociálních služeb, které z velké části garantuje. Nicméně ani v jednom směru neusiluje o zásadní změny. V

tomto pojetí je sociální práce postavena především na pomoci klientům prostřednictvím poskytování informací a odborného poradenství, dále pak zprostředkováním a zpřístupňováním zdrojů. (Payne, 1997)

Koncept ucelené rehabilitace bych přiřadila k paradigmatu psychoterapeutického dle Kappla či reflexivně-terapeutického konceptu dle Payne. Protože právě v definicích těchto paradigmat se objevují slova o komunitě, rodině nebo potřebách klienta, které se taktéž objevují v definicích ucelené rehabilitace.

Tento koncept je postaven na přesvědčení, že působením na podstatné oblasti života duševně nemocného člověka lze nejlépe dosáhnout jeho psychosociální pohody. Cílem je zvýšit účast klienta na své léčbě a tím přímou měrou i jeho kompetentnost v životě.

3.2 Koncept ucelené rehabilitace

Jedná se o pojetí rehabilitace, které se vyznačuje svou *interdisciplinarností*, tedy zahrnuje péči zdravotnickou, sociálně právní, pedagogickou, psychologickou a pracovní. (Jankovský, 2006)

Pfeiffer chápe rehabilitaci tak, že se nejedná o tělocvik, nebo o fyzikální medicínu, ale o plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných, sociálních, výchovných a pracovních. (Pfeiffer, 1999)

Jesenský užívá pro ucelenou rehabilitaci převzatý termín *komprehenzivní*. Člení ji dle zaměření při plnění úkolů, ale také dle institucí a prostředků, které jsou aplikovány na čtyři složky – léčebnou, pracovní, sociální a pedagogickou. Úkolem je začlenit osobu do aktivního života s odpovídající kvalitou. (Jesenský, 1995).

Novosad dělí ucelenou rehabilitaci na složku zdravotní, psychologickou, sociální, pedagogickou, rodinnou a volnočasovou. Říká, že jde o ucelené, provázané a týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a profesní přípravy i podporovaného zaměstnávání k adaptaci jedince na odlišné životní podmínky pro znovuzískání nejvyšší možné samostatnosti a funkční schopnosti. (Novosad, 2000)

Nejaktuálnější česká definice komprehenzivní, dříve ucelené, rehabilitace dle Emmerové:

„Rehabilitace obecně je ucelený, vzájemně provázaný, koordinovaný a cílený proces, jehož hlavním úkolem je minimalizace negativních důsledků nepříznivého zdravotního stavu jedince, které výrazně ovlivňují jeho sociální začlenění. Cílem je optimální funkční zdatnost, zajištění soběstačnosti a vhodného pracovního uplatnění. K naplnění těchto cílů slouží u nemocných v produktivním věku (18–60 roků) komplexní a koordinovaná rehabilitace.“ (Emmerová, 2012)

Dále se Emmerová zmiňuje o tom, že koordinovaná rehabilitace musí splňovat následující:

“Nemocný musí být ošetřujícím lékařem dokonale informován o možnostech všech typů koordinované rehabilitace. Komplexní a koordinovaná rehabilitace musí obsahovat: komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální a psychologický přístup, opakované a závěrečné multidisciplinární posouzení, součinnost všech poskytovatelů.“ (Emmerová, 2012)

3.3 Složky konceptu

V několika posledních letech se v oblasti komplexní péče poměrně hojně užívá pojem ucelená neboli *komprehenzivní rehabilitace*. Známý a běžně užívaný pojem rehabilitace dostal nový rozměr spočívající ve víceoborovém přístupu. Rehabilitace tak již není nahlížena pouze z hlediska lékařského, ale též pod zorným úhlem dalších vědních oborů, jako je např. psychologie, pedagogika a sociálně právní obory.

Dnešní podoba ucelené rehabilitace je vybudována na *interdisciplinárním základě*, kde se očekává dokonalá týmová spolupráce více odborníků. Jsou jimi odborní lékaři (např. rehabilitační lékař, neurolog, ortoped, pediatr aj.), fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, speciální pedagogové s různým zaměřením, sociální pracovníci, právníci. Tato spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu předpokládá dokonalou komunikaci mezi všemi odborníky, eliminaci možných kompetenčních sporů a maximální osobní odpovědnost každého z odborníků. (Jankovský, 2004)

Jankovský popisuje jednotlivé prostředky, které řadíme ke konceptu ucelené rehabilitace:

- **Léčebné prostředky**, jež zahrnují u duševně nemocných především farmakoterapii. Dále náleží mezi léčebné prostředky léčebná tělesná výchova. Nesmírně důležitým léčebným prostředkem ucelené rehabilitace je též ergoterapie, jež má mnohá specifika. (Jankovský, 2004) Dle Jesenského je léčebná složka zaměřena na odstranění nemoci i na eliminaci jejich důsledků, včetně sociální dimenze. (Jesenský, 1995) Jedná se o velmi obsáhlou kapitolu, která je doménou medicíny, ale také má interdisciplinární charakter. Můžeme k nim zahrnout prvky psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie.
- **Sociální prostředky** jsou přirozeně závislé na sociální politice státu. Jejich cílem je úspěšná socializace jedinců ve společnosti za pomoci reedukace, kompenzace a akceptace (přijetí života s duševním onemocněním). Vše by mělo směřovat k vyrovnávání příležitostí a vytvoření důstojných podmínek pro samostatný život, při dosažení optimální kvality života lidí s postižením. Při socializaci osob s duševním onemocněním hrají významnou roli reálné možnosti zapojování těchto lidí do zájmových aktivit, neboť to napomáhá eliminaci self-stigma a stigma obecně. (Jankovský, 2004)
- **Pedagogické prostředky** demonstrují skutečnost, že je ucelená rehabilitace také významným pedagogickým jevem. U duševně nemocných zahrnují například nácvik pracovních či jiných dovedností běžného života. (Jankovský, 2004)
- **Pracovní prostředky** směřují k uplatnění lidí s postižením na trhu práce (tzv. pracovní integrace). Předpokladem je obnovení jejich pracovního potenciálu, popřípadě taková pracovní příprava, aby byli schopni uspět na trhu práce. Dále jsou využívány nástroje na vytváření nových pracovních míst pro lidi s duševním onemocněním. (Jankovský, 2004)

3.3.1 Léčebné prostředky rehabilitace

3.3.1.1 Ergoterapie

Ergoterapie je chápána jako léčba smysluplnou činností a představuje jeden z prostředků léčebné rehabilitace. Nejedná se o pracovní rehabilitaci, ergoterapie je

léčba prací. Významnými propagátory jsou u nás J. Votava (2003) a J. Pfeiffer (1990). Ergoterapie rozvíjí různé pracovní schopnosti tak, aby jej bylo možné zahrnout do plnohodnotného života. Rozlišuje se na kondiční (cílem je psychická rovnováha nemocného), cílenou na konkrétní postiženou oblast (například pravidelné vstávání do práce) a ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění a na zvládnutí každodenních činností. Do ergoterapie také spadá hodnocení a přizpůsobování technických pomůcek. (Jankovský, 2000)

Pro lidi s vážným duševním onemocněním (schizofrenie, deprese, bipolární porucha) je pro získání placené či neplacené práce, zvládnutí domácích prací a vzdělávání, nesmírně důležité mít zodpovědnost, zlepšit své schopnosti v různých oblastech a zároveň pro tento proces získat odpovídající podporu. (Arbesman, 2011)

3.3.1.2 Animoterapie (hipoterapie, canisterapie)

Hipoterapie je komplexní rehabilitační metoda, která využívá speciálně vycvičené koně. Tato metoda je v současné době na vzestupu.

Canisterapie je léčba pomocí kontaktu se psem. Je možné díky ní zlepšit psychickou pohodu a komunikační dovednosti u duševně nemocných. Efekt je především psychologický. (Jankovský, 2001)

Seredova et al. zjišťovali efektivitu hipoterapie v léčbě schizofrenie. 25 duševně nemocných mělo dvakrát týdně 90 minutovou lekci, Seredova et al. se následně ptali na jejich náladu, pocit relaxace, strach, schopnost fyzického kontaktu a komunikace. Výzkum prokázal účinnost hipoterapie v léčbě schizofrenie a jiných psychotických nemocí. Klienti se po hipoterapii cítili v daných oblastech výrazně lépe. (Seredova, 2016) I jiné studie ukazují vliv hipoterapie na zvládnutí agrese a mezilidského kontaktu. Díky ní se klientům daří zvýšit sebevědomí a zlepšit sociální fungování. (Seredova, 2016) Také se objevují studie prokazující snížení relapsu onemocnění a opakovaných hospitalizací po absolvování hiporehabilitace. (Cerino, 2011)

3.3.1.3 Arteterapie

Arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků, např. kresba, malba. Je znám její velký psychologický efekt – emoční ladění, estetické vnímání, sebereflexe, projekce, diagnostika, které jsou pro léčbu duševních onemocnění klíčové. Také jsou známy

účinky na zlepšení jemné motoriky, vizuomotorické koordinace a vizuální percepce. (Jankovský, 2001)

Arteterapie spadá pod expresivní terapii, která zahrnuje čtyři podoblasti - arteterapii, dramaterapii, muzikoterapii a taneční pohybovou terapii. Pro tyto terapie je typické, že pracují nonverbálně a expresivně. Klient se dostává do nevědomých procesů, rozhybe se jeho vnitřní a následně i vnější svět. (Pěč, 2005)

Vznik arteterapie jako takové je spojen se vznikem psychoterapie a propojování psychoterapie s dalšími činnostmi. (Jankovský, 2011) K prosazení přispěli psychiatři Morgenthaler a Prinzhorn na přelomu 19. a 20. století, kteří sbírali obrazy svých klientů a následně je interpretovali. Následně se arteterapie vyvíjela i u postižených dětí a v dětských domovech. Pak se vrátila ke své původní cílové skupině. (Pěč, 2009) Arteterapie může pomoci vytvořit si s nemocným vztah nebo nemocným vytvářet vztahy mezi sebou, usnadňuje komunikaci, poskytuje uklidnění a pozitivní naladění, naučí nemocné využít tužku k tomu, aby vyjádřili význam svých myšlenek. Arteterapeut by měl disponovat třemi dovednostmi – autenticitou (pro vznik bezpečného, intimního prostředí), kreativitou a pozitivním nastavením v rámci konceptu úzdravy. V rámci hospitalizace a terapeutických skupin v nemocnici může arteterapie pomoci vyjádřit ty nejtěžší pocity, které klient má a neumí je sdílet s ostatními. (Spaniol, 2011) Duševní nemoc se vyznačuje ztrátou kontroly nad sebou samým a nepochopením vlastních myšlenek a pocitů. I k tomu dobře poslouží arteterapie – klient může ztvárnit a lépe tak pochopit své stresory a zároveň si vizualizovat situaci, která pomáhá jeho stres redukovat. Arteterapie je pro klienty takovou meditací, chvílí, kdy se soustředí na jednu věc. Zároveň funguje jako dobrá projekční metoda k vytvoření sebevědomí, uvědomění si vlastních kvalit a zmapování své situace jinou, nežli verbální cestou. (Spaniol, 2011)

3.3.1.4 Muzikoterapie

Jedná se o léčbu pomocí hudby. Pracuje se s verbálními i neverbálními prostředky, Využívá se hudby, tónů, zpěvu. Hudba může mít jak relaxační, tak stimulační efekt. Je prostředkem pro komunikaci a expresi vlastních pocitů. Hudbě lze jak naslouchat, tak ji tvořit. (Jankovský, 2001)

Její kořeny jsou už v šamanské tradici, kdy hudba byla součástí rituálu, který se využíval pro terapii jedince nebo celého společenství. Znovuobjevena byla hudba jako součást terapie až pod 2. světové válce. V 70. letech se u nás využívala pro terapii dětí s poruchami chování, mentální retardací. (Pěč, 2009)

Muzikoterapie je další ukázkou multidisciplinárního zaměření psychosociální rehabilitace. Přesahuje několik oborů – umění, psychologii, neurologii, psychiatrii, vědu, medicínu. Vychází z humanistické i psychoanalytické psychoterapie. (Odell-Miller, 2005)

Muzikoterapie podobně jako arteterapie může působit expresivně, pro vyjádření emocí, myšlenek, které by při rozhovoru zůstaly třeba skryté. Zároveň se mi líbí, že může poskytnout jinou formu práce na sobě, která dokáže leckterého klienta zaujmout a tedy u ní déle vydržet.

3.3.1.5 Psychoterapie

Může se jednat o léčebný prostředek rehabilitace, ale také o svébytnou psychologickou aplikovanou disciplínu, která v sobě může zahrnovat výše zmíněné činnosti. (Jankovský, 2001)

Psychoterapie v psychiatrii prošla svébytným vývojem od psychoanalýzy, přes kognitivně behaviorální terapii, nácviky, rodinnou intervenci až po dnešní humanitní a další psychoterapeutické směry, skupinovou psychoterapii a prvky komunitní psychoterapie. Ukazuje se, že v léčbě psychiatrických diagnóz zůstává medikací mnoho z toho, co není léčitelné. Nemocní mají problémy ve svých sociálních sítích, mají nedostatečné sociální dovednosti, kognitivní deficity, těžko hledají práci, bydlení a potýkají se s relapsy, kterým se též nedá farmakologickými prostředky zabránit. Na toto vše se zaměřuje psychoterapie – na obnovu vlastních zdrojů, zlepšení adaptace na rozličné podmínky a zajištění dostatečné sociální podpory. Dnes je psychoterapie součástí komplexní léčby vedle léčby somatické. (Pěč, 2009)

Více o psychoterapii se zmiňovat nebudu, neboť ji vnímám jako velmi obsáhlou kapitolu, která by nás příliš vzdálila od našeho konceptu ucelené rehabilitace. Postačí v tuto chvíli informace o tom, jak je psychoterapie v rámci konceptu neopomenutelnou složkou, což je v současné době probíhajících reforem péče o duševně nemocné čím dál víc zjevné (viz vznik Národního ústavu duševního zdraví).

3.3.1.6 Farmakoterapie

Farmakoterapie také spadá do léčebných prostředků. (Jankovský, 2001) Více jsem se o ní zmínila v první kapitole.

3.3.1.7 Terapie kognitivních funkcí

Zahrnu sem i *terapii kognitivních funkcí*, o které často sociální pracovníci hovoří, ač ji Jankovský výslovně do konceptu nezahrnuje. Domnívám se, že zde má své místo, neboť s kognitivními dysfunkcemi se potýkají téměř všichni duševně nemocní a kognitivní rehabilitace je součástí každého pracoviště s touto cílovou skupinou.

U duševně nemocných je přítomné narušení pracovní paměti, poruchy exekutivních funkcí, které narušují plánování a jakékoliv řešení problémů. Je též známé narušení pozornosti a pohotovosti. (Pěč, 2009)

Intervence jsou dnes již mnohé, cílem je nejen zlepšení kognitivních funkcí, ale také navýšení sociální kompetence. Příkladem je cvičení s tužkou a papírem, mnohé počítačové programy (COG_PACK nebo PSS CogReHab) zaměřené na nácvik pozornosti, pracovní paměti, exekutivních funkcí. (Pěč, 2009)

3.3.1.8 Spiritualita duševně nemocných

Odborníci zabývající se problematikou duševně nemocných často nedokážou vysvětlit, jakou roli hraje v životech jejich klientů jejich *spiritualita*, jejich náboženské vyznání. Proto se o této problematice příliš nemluví. Spiritualita ale rozhodně není opomenutelné téma.

Halucinace schizofreniků často obsahují náboženskou tematiku. Symbolický základ náboženství může být zdrojem zesílení symptomů jako je nesoustředěnost či zmatenost. Stává se, že lidé berou doslova nesmyslné příkazy shůry, které je vedou k sebepoškozování či vidí v jiných demony a ublíží jim. Náboženské rituály, pokud je klienti bezvýhradně přijmou za své, mohou způsobit úplné odmítnutí léčby.

Na druhou stranu v současné době se rozvíjí vedle konceptu ucelené rehabilitace mnoho dalších holistických programů, které počítají s odlišností kultur a náboženským vyznáním a pracují s nimi. Tím se zvyšuje celkové pochopení duševního onemocnění a zároveň vzniká možnost jej zahrnout do rehabilitačního procesu. (Fallot, 2001)

Pochopení spirituální dimenze osobnosti zdaleka není jen o stanovení diagnostických záměrů, nýbrž také o skutečně holistickém porozumění člověku, jelikož lidská spiritualita či náboženské vyznání se promítá v našich emocích a chování. Ucelený přístup ke spiritualitě obnáší, že žádná víra či vyznání nebudou překážkou v naplnění sociálních či pracovních rolích. Spiritualita se v konceptu ucelené rehabilitace stává rovnocennou součástí při vyhodnocování psychopatologie a životní pohody našeho klienta. (Fallot, 2001)

Sullivan ve své studii prokázal kladný vliv víry na uzdravení. Tázal se pacientů, kteří byli již 2 roky bez hospitalizace a chodili do zaměstnání, co jim pomohlo na cestě k úspěšnému vyléčení nemoci. Většina odpověděla, že důležitou roli hrála právě víra či jejich spiritualita. Sullivan zjistil, že se klienti se díky víře mohou cítit jako ucelené bytosti. (Sullivan, 1998)

Psychoterapeuti by se měli věnovat spiritualitě v rámci terapie. A to nejen konkrétním náboženským intervencím, nýbrž také meditaci či mind-fullness technikám, které mohou být v léčebném procesu velmi přínosné. (Fallot, 2001)

Spirituální soudržnost v komunitě může významně snížit stigma duševně nemocných. Náboženské organizace přispívají velkou měrou k pocitu duševně nemocných, že jsou někde bezvýhradně přijímáni a že někde mohou patřit. Proto se vyplatí, aby sociální pracovníci měli přehled o náboženských organizacích v regionu. (Fallot, 2001)

3.3.2 Sociální prostředky rehabilitace

Lidé jsou sociální bytosti, a aby byli na světě skutečně spokojeni, potřebují kontakt s ostatními lidmi, aby naplnili své citové, sociální a biologické potřeby. (Šlepecký, 2009) U člověka dochází k procesu *socializace*. Velmi záleží na jeho roli ve společnosti, na jeho společenském postavení a na tom, jak je ve společnosti přijímán. Má-li být toto naplněno, je úkolem rehabilitace, aby byl člověk schopný přijmout svou nemoc a v maximální míře se integroval do společnosti. (Jankovský, 2001)

Současná psychosociální rehabilitace stojí na vztahu klienta a pracovníka. Dnešní metody jsou spolupracující, edukační, kognitivně behaviorální a často zahrnují peer pracovníky. Všechny cílí na schopnost klienta samostatně zvládnout svou nemoc. (Drake, 2003) Cíle a úkoly sociálních prostředků jsou rozpracovány v programech, které berou na zřetel druh a stupeň onemocnění. Programy probíhají jak skupinově,

tak individuálně. (Jankovský, 2001) Cílem je také vytvoření ekonomických podmínek pro samostatný život. Náleží sem přiznání invalidního důchodu a další finanční příspěvky. (Jankovský, 2001)

Sociální prostředky rehabilitace by měly rehabilitovat sociální dovednosti, mezi které patří komunikace našich emocí a potřeb a dosahování interpersonálních cílů. Jednotlivec by měl být schopen sociálních interakcí. (Šlepecký, 2009)

Mezi sociální služby patří – pečovatelská služba, krizový tým, podporované bydlení, centra denních služeb, denní stacionáře, domovy pro osoby s chronickou duševní nemocí, nízkoprahová centra, sociálně aktivizační služby pro rodiny, terapeutické komunity, terénní programy a odborné sociální poradenství. (Jankovský, 2001) Tyto služby se neustále rozšiřují.

Trénink sociálních dovedností se v posledních letech dostává do popředí psychiatrické rehabilitace. Liberman a kol. sestavili trénink do několika modulů s různými tématy jako: organizace medikamentózní léčby, monitorování a odstraňování symptomů, kontrolu zneužívání návykových látek, základní konverzační dovednosti, řešení mezilidských konfliktů, přátelství, intimita, volný čas, organizace pracovního místa, návrat do komunity, zapojení rodiny. Ke každému modulu náleží různé dovednosti, které je třeba si osvojit. Osvojení pak probíhá formou různých cvičení, demonstračních videí, hraní rolí, domácích úkolů a nácviku dovedností v běžném životě. (Liberman, 2002) Trénink sociálních dovedností se ukázal být jako efektivní způsob, jak přenést nabyté dovednosti do každodenního života. (Roessler, 2006) Trénink využívá behaviorální terapie tak, aby se klient naučil komunikovat svoje pocity a požadavky asertivně. Při přenosu do praxe je třeba uvážit, co by mohlo proces narušit, co přispívá k posílení učení a zahrnout to do terapeutických sezení tak, aby se co nejvíce podpořila efektivita procesu. (Šlepecký, 2009)

3.3.2.1 Bydlení

Domov je základní lidská potřeba, je podmínkou pro naplnění potřeby jistoty, bezpečí, stability a soukromí. Duševní nemoc často jedinci neumožní samostatné bydlení a ti pak bydlí u svých rodičů, což není ideálním řešením pro všechny přítomné.

Rehabilitace zaměřená na bydlení by měla mít za cíl umožnit nemocným samostatné bydlení, separaci od své primární rodiny a alternativu opakovaným hospitalizacím. (Pěč, 2009)

Reforma v roce 1950 usilovala o přesun psychicky nemocných z psychiatrických léčeben do komunitních typů bydlení. Jako první krok této deinstitutionalizace bylo zřízení chráněných bydlení. Časem se ukázalo, že takový typ bydlení je dosažitelný pro všechny osoby s duševním onemocněním a většina klientů jej preferuje. (Roessler, 2006)

Podporované bydlení v malých rezidenčních zařízeních, ve srovnání s hospitalizovanými nebo lidmi, kteří bydlí sami, vede k lepšímu fungování, větší spokojenosti a zlepšené kvalitě života. Podporované bydlení znamená, že se sociální podpora přenesla z určité služby přímo do domova klienta. (Vachková, 2008)

Převažujícím konceptem je *lineární rezidenční kontinuum* kdy klient postupuje od bydlení s větším stupněm podpory k bydlení umožňujícím větší nezávislost. Kontinuum obsahuje chráněná bydlení a domy na půl cesty. V každém se má klient naučit určitým dovednostem. Stává se ale, že když už by klient mohl postoupit dál, není místo v navazujícím typu bydlení. Touto prodlevou se klienti zdekompensují a kruh se točí stále dokola. (Pěč, 2009)

Typy bydlení u nás se dají rozdělit na:

- Chráněné bydlení – poskytuje domov při omezení využívání jiných ambulantních služeb, běžná zástavba
- Domy a byty na půl cesty – pro lidi s nedostatečnými sociálními dovednostmi, kteří opouští instituci nebo se osamostatňují, jsou zaměřeny na nácvik sociálních dovedností
- Komunitní bydlení – alternativa dlouhodobé institucionální péče
- Podporované bydlení – podpora ve vlastním bytě klienta, nácvik vedení samostatné domácnosti (Pěč, 2009)

3.3.3 Pedagogické prostředky rehabilitace

Představují jednu ze čtyř hlavních složek. V této oblasti přetrvává terminologická nejednotnost, způsobená úzkou vazbou pedagogiky na psychologii a speciální

pedagogiku. (Jankovský, 2001) U osob se získaným postižením je úsilí zaměřeno na návrat k původní linii cílevědomého rozvoje osobnosti. Jde o postupné odbourávání odchylek způsobených duševním onemocněním, o obnovu normálního vývoje osobnosti. (Jesenský, 1995)

Psychoedukační metody, které spadají pod sociální prostředky rehabilitace, rozšiřují povědomí o duševní nemoci obecně, což má za následek schopnost všech participovat na léčbě, když je třeba. *Behaviorální metody* učí klienty brát pravidelně léky. *Preventivní programy* předchází relapsům onemocnění a rehospitalizaci, pracují s klienty na pochopení jejich nemoci a rozpoznání raných příznaků relapsu, aby mu bylo možné předejít. *Kopingové strategie* mírní úzkosti ze symptomů onemocnění. Novinkou v psychosociální rehabilitaci je též práce s rodinou, která pomáhá klientovi předejít hospitalizaci a relapsům. Rodina se díky tomu cítí méně stresována a více kompetentní. (Drake, 2003)

Pedagogické prostředky mají velmi široký záběr a neobjedou se bez týmové spolupráce. Jedná se o cestu k obnově normálního vývoje osobnosti působením pedagogicko-psychologických prostředků. (Jankovský, 2001)

3.3.4 Pracovní prostředky rehabilitace

Aktuální studie o zaměstnanosti osob s duševním onemocněním prokázaly, že okolo 10-20% nemocných má regulérní zaměstnání, 50% pracuje jako dobrovolníci v organizovaných denních aktivitách a přes 40% zůstává bez zaměstnání.

Pracovní rehabilitace jako nápad vznikla v nemocnicích, kde se pacienti často cítili zbytečně a bezmocně. Dnes už se pracovní rehabilitace zdaleka nesoustředí jen do nemocnic, ale reprezentuje široké spektrum technik a díky nim osvojení si velkého množství dovedností. (Roessler, 2006)

Ve vyspělých zemích se uplatňuje v rámci pracovní rehabilitace dvojí přístup:

- Zvýhodňování zaměstnavatelů, kteří projeví zájem o vytvoření pracovních příležitostí pro lidi se zdravotním postižením.
- Stanovení kvót, na základě kterých jsou zaměstnavatelé povinni vytvořit určitý počet pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením. S tím souvisí vytváření chráněných pracovních míst, chráněných dílen. Práce v nich je upravena zvláštními předpisy a normami. (Jankovský, 2001)

Mezi běžně používané způsoby pomoci lidem s duševním onemocněním získat práci patří *trénink dovedností a podporované zaměstnání*. Při tréninku klient stráví nějaký čas tím, že se připravuje na chvíli, kdy vstoupí do běžného a placeného zaměstnání. Trénink obsahuje většinou chráněné dílny, podporované zaměstnání (většinou v organizacích, které se zaměřují na rehabilitaci osob s duševním onemocněním), nácvik konkrétních dovedností a jiné přípravné aktivity. (Crowther, 2001)

Podporované zaměstnání obnáší okamžitý vstup do práce bez nějaké rozsáhlé přípravy, klienti jsou v práci vedeni a podporováni jejich pracovním trenérem. Ve výzkumu Crowther a kol. se ukázalo, že podporované zaměstnání, kdy klienti jsou ihned uvedeni do pracovního procesu bez dlouhé přípravy, je efektivnější nežli pracovní nácvik. (Crowther, 2001) Podporované zaměstnávání je pracovní zapojení lidí se sociálním znevýhodněním na běžných pracovištích. (Jankovský, 2001)

Chráněné dílny jsou u nás používané nejčastěji. Je to pracovní místo pro lidi s těžkým duševním onemocněním. Nekvalifikovaná práce je využívána jako prostředek k rozvoji dovedností potřebných ve většině pracovních profesí. Tento model má ovšem signifikantní problémy vzhledem k jeho možnostem zajistit další služby a umístit lidi do běžného pracovního procesu. (Vachková, 2008)

Problematiku pracovní rehabilitace řeší zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. A to v části III. – zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Pracovní prostředky jsou oblastmi, kde se důsledně musí uplatňovat sociální politika státu, spadají do kompetence orgánů sociálního zabezpečení.

Je jisté, že integrace duševně nemocných do pracovního života nezávisí jen na nich samých, ani na odpovídající pracovní rehabilitaci, ale také na schopnosti společnosti přijmout tyto lidi a dát jim šanci se zařadit do pracovního procesu. (Roessler, 2006)

3.3.4.1 Metodika podporovaného zaměstnávání metodou IPS

Systém IPS (individual placement and support) byl vytvořen a rozšířen v 90. letech minulého století. Jedná se o specifický a standardizovaný způsob organizování služeb pracovní rehabilitace, kde pracují společně jak psychiatři, tak rehabilitační profesionálové, aby se překonala separace léčebné péče od péče rehabilitační. (Vachková, 2008)

IPS se zaměřuje na rychlé nalezení práce na základě klientových preferencí a pak na podporu jak klienta, tak jeho zaměstnavatele jako komplexní jednotku služby duševního zdraví připívající k plánování a poskytování léčby. IPS model se skládá z vyhledání klientů, kteří chtějí mít standardní zaměstnání, následně jim pomůže definovat reálné cíle a okamžitě usiluje o vhodné zaměstnání. Pracovník IPS buduje síť zaměstnavatelů, kteří chtějí zaměstnávat duševně nemocné klienty, je s nimi v kontaktu a podporuje jak zaměstnavatele, tak zaměstnance. (Lehman, 2002)

Ve studii Burns et kol. porovnávali efektivitu klasické pracovní rehabilitace (chráněné dílny, podporované zaměstnávání, chráněná pracovní místa) na nejvyšší úrovni s IPS modelem zaměstnávání. Rehabilitace byla přizpůsobena klientovým potřebám. Ve všech 6 centrech byla metodika IPS efektivnější nežli rehabilitace. Klienti, kteří absolvovali IPS metodiku, byli schopni pracovat více hodin, byli zaměstnání na více dnů a práci si udrželi déle. Klienti absolvující pracovní rehabilitaci častěji popadávali trhem práce a opakovaně ji ztráceli. Klienti, kteří prošli IPS metodikou, rychleji získali práci, kterou chtěli. Zároveň se ve studii zjistilo, že zaměstnání nemá na osoby s duševním onemocněním špatný vliv, co se týče relapsů a kvality života celkově. Toto zjištění je velmi podstatné pro všechny, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním, a kteří se bojí, že plnohodnotná práce bude klienty vystavovat přílišnému stresu. (Burns, 2007) Stejně výsledky zaznamenal Lehman et kol., kteří taktéž porovnávali efektivitu psychosociální rehabilitace IPS modelu na zaměstnanost pacientů s duševním onemocněním. (Lehman, 2002)

IPS program je jednoznačně v otázce získat s adekvátní podporou nechráněnou práci nejúspěšnější. Evidence based ukazuje, že 57% lidí získá v programu IPS nechráněnou práci alespoň na část úvazku. (Vachková, 2008)

4 SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Během studia dostupných materiálů o současných trendech v péči o duševně nemocné jsem dospěla k závěru, že od dob, kdy se začalo mluvit o deinstitucionalizaci, je již samozřejmostí propojení léčby somatického zdraví a rehabilitace veškerých potřeb nezbytných k dosažení duševního zdraví. Přístupů, jak toho dosáhnout, je několik. Popsala jsem je v rámci kapitoly o konceptech, které vychází z komplexního pojetí a patří k nim i celá kapitola o psychosociální rehabilitaci.

Tradiční léčba v nemocnicích má své nezastupitelné místo, především v akutních fázích onemocnění. I v nemocnicích je možné uvažovat o člověku komplexně, neomezovat péči pouze na farmakologii, ale rozšířit ji o psychoterapii, podpůrné rozhovory, psychologická vyšetření, nácviky dovedností a další intervence vedoucí k harmonii mezi duševní a fyzickou stránkou člověka. Po hospitalizaci by klienti měli co nejdříve zamířit do své komunity, kde se o něj postarají ambulantní a terénní návazné služby.

Pro moji práci jsem zvolila koncept ucelené rehabilitace proto, že uvažuje člověka se všemi jeho potřebami a v péči o něj počítá s multidisciplinárním přístupem. Koncept jsem volila i proto, že je dobře srozumitelný v rámci naší země, kde jej neustále rozšiřuje a aktivně využívá pan profesor Jankovský.

Z teoretické části vyvozuji otázky, které se pokusím zodpovědět ve výzkumné části. Sociální pracovník, pracující s klienty s duševním onemocněním, se stává hlavním koordinátorem léčby svého klienta. Může dobře dohlédnout na veškeré složky konceptu, pracuje jako součást komunitních týmu, podporuje klienta v jeho domácím prostředí, v získání práci, tráví s ním čas v rámci nácviků a volnočasových aktivit. To vše jej predisponuje k tomu, aby vnímal klienta v jeho ucelenosti. Oproti lékařům a dalším odborníkům má sociální pracovník na klienta relativně dost času, aby si s ním popovídal a skutečně mu naslouchal. Pokud se toto podaří, je reálné naplnit koncept ucelené rehabilitace.

A proto si kladu první výzkumnou otázku, *zda a jak sociální pracovník používá koncept ucelené rehabilitace*. Je zcela nezbytné, aby uvažoval o svém klientovi v kontextu jeho potřeb. Bude mě zajímat, *zda a jak pracovník zjišťuje potřeby svého klienta*. Neboli, ve vztahu k teoretické části, *zajímá mě, zda sociální pracovník uvažuje o svém klientovi komplexně*. Dále se ptám, *jaké aktivity sociální pracovník realizuje pro naplnění konceptu ucelené rehabilitace, pro naplnění potřeb svého klienta*. Dají se tyto aktivity rozřadit k jednotlivým složkám a jsou naplněny všechny složky? V teoretické části bylo řečeno, že koncept se neobejde bez multidisciplinárního týmu. Proto se ptám, *s kým sociální pracovník spolupracuje a jak tato spolupráce funguje*. Z teoretické části plyne, že některé přístupy jsou efektivnější dle určitých studií, nežli jiné. Celým výzkumem se prolíná otázka, *jaká jsou úskalí konceptu ucelené rehabilitace, jaké složky se daří plnit a jaké ne, co se osvědčuje a co by bylo dobré změnit v péči o cílovou skupinu*.

5 VLASTNÍ VÝZKUM

5.1 Cíl výzkumu

Cílem mého výzkumu je ověřit a popsat využití konceptu ucelené rehabilitace v péči o duševně nemocné osoby. Zjišťuji, zda a jak sociální pracovníci koncept používají a jaký je jejich pohled na komplexní pojetí člověka. Zároveň chci zmapovat jaké nevýhody a výhody v rámci konceptu ucelené rehabilitace spatřuji.

5.2 Výzkumné otázky

Na základě cíle našeho výzkumu jsme si položila následující výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

- Je využíván sociálními pracovníky koncept ucelené rehabilitace při práci s dospělými klienty s duševním onemocněním?

Výzkumná otázka je doplněna o podotázky:

- Jaký je pohled sociálních pracovníků na problematiku potřeb svých klientů a jejich následné naplnění v rámci konceptu ucelené rehabilitace?
- Jaké jsou v praxi dobré a špatné stránky konceptu ucelené rehabilitace?

5.3 Výzkumný vzorek

Dotazovala jsem se jedenácti sociálních pracovníků, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním. Snaha byla o co nejpestřejší výzkumný vzorek tak, aby byl napříč různými organizacemi i různými typy služeb.

Kritéria byla dvě – respondent musí být sociální pracovník a musí pracovat s lidmi s duševním onemocněním. Respondenty jsem oslovila e-mailem, na základě zmapování terénu služeb v Praze a ve Středočeském kraji. Vybrala jsem pestrou škálu služeb, organizací a pracovníků na různých pozicích. Rozhovory se odehrávaly vždy na místě jejich pracoviště. Všichni sociální pracovníci byli vysokoškolsky vzdělaní v oboru sociální práce a jejich věk se pohyboval od 27 do 45 let.

Jména respondentů jsou nahrazena čísly pro zachování jejich anonymity.

Následující tabulku uvádím pro větší přehlednost výzkumného vzorku.

Tabulka č. 1: Výzkumný vzorek

Číslo	Pohlaví	Typ služby
1	Žena	Centrum denních aktivit
2	Žena	Centrum denních aktivit Podpora zaměstnávání
3	Žena	Chráněné bydlení
4	Muž	Centrum denních aktivit
5	Žena	Terénní tým psychiatrických sester a sociálních pracovníků
6	Žena	Centrum denních rehabilitačních aktivit
7	Žena	Vedoucí komunitního týmu – chráněné bydlení, centrum denních aktivit, sociálně terapeutická dílna, rukodělná dílna
8	Žena	Začleňování na trh práce
9	Žena	Chráněné bydlení
10	Žena	Vedoucí komunitního týmu
11	Žena	Chráněné bydlení

Zdroj: Vlastní výzkum

5.4 Vymezení výzkumných metod

Pro můj výzkum jsem zvolila *kvalitativní výzkum*, metodu *polostrukurovaného rozhovoru*. Kvalitativní výzkum znamená nematematický sběr dat, které umožňují popsat zkušenosti lidí, pocity, názory a emoce, stejně jako umožňují popsat určité sociální jevy, fungování a interakce. Kvalitativní výzkum je vhodný tehdy, pokud je třeba zmapovat zkušenosti našich respondentů. (Strauss, 1998) Kvalitativní výzkum klade důraz na kontext, detail a autentickou výpověď respondenta. Kvalitativní výzkum žádá od výzkumníka ponoření se do odpovědí respondenta a jejich následné holistické zhodnocení pro veřejnost. (Padgett, 2016)

Polostrukurovaný rozhovor jsem vybrala pro možnost zmapování celého konceptu ucelené rehabilitace se všemi jeho složkami a zároveň s možností zachytit mnoho dat, které tento koncept přesahují. Polostrukurovaný rozhovor na jednu stranu poskytuje dostatečnou flexibilitu, která umožňuje respondentovi volně mluvit o tématu, ale zároveň je možné rozhovor usměrňovat tak, aby se příliš neodchýlil od tématu. (Řiháček, 2013)

5.5 Realizace výzkumu

V první fázi jsem si vytvořila rámcové otázky k mému výzkumu tak, abych postihla koncept ucelené rehabilitace v celém jeho rozsahu a bylo možné zachytit veškeré detaily jeho využití v praxi s osobami s duševním onemocněním.

Rozhovory jsem realizovala s 11 sociálními pracovníky, kteří pracují s dospělými osobami s duševním onemocněním. Tyto pracovníky jsem vybrala pro jejich cílovou skupinu a také proto, že všichni pracují v rámci komunitních modelů či multidisciplinárních týmů.

Pro potřeby výzkumu a sběr dat jsem použila audiozáznam. Rozhovory jsem přepsala do textové podoby a jsou součástí příloh této práce. Výsledky jsem zpracovávala formou otevřeného kódování, kdy na základě analýzy dat dle významu a obsahově stejného výroku byly tvořeny kategorie. Rozdělila jsem je do okruhů: *využití jednotlivých složek konceptu, multidisciplinarita a komplexnost péče o duševně nemocného klienta*.

Výzkum probíhal od prosince 2016 do března 2017. Respondenty jsem ještě před rozhovorem e-mailem informovala o cíli výzkumu a nastínila jim některé z otázek. Před zahájením rozhovoru jsem je požádala o souhlas s poskytnutím rozhovoru a jeho nahráváním na diktafon. Respondenty jsem ujistila o zachování jejich anonymity.

5.6 Výsledky výzkumného šetření

Analýza polostrukturovaných rozhovorů odhalila několik kategorií odpovědí respondentů.

- **Složky konceptu ucelené rehabilitace**
 - Sociální intervence – činnosti, které sociální pracovníci realizují a lze je rozřadit k jednotlivým složkám konceptu
 - Šetření potřeb klientů - sociální pracovníci z nich vychází při výběru typu sociální intervence, kterou by měl klient absolvovat
 - Sociální rehabilitace – problematika sociální sítě, jak ji lze zlepšit, jaké aktivity sociální pracovníci realizují v rámci sociální rehabilitace

- Bydlení – zákon o sociálním bydlení, intervence v domácím prostředí, typy bydlení
- Pracovní rehabilitace – stigmatizace jako největší úskalí zaměstnatelnosti, osvědčení postupného vzestupu několika úrovněmi rehabilitace, typy zaměstnání
- Léčebná rehabilitace – fyzické zdraví a duševní zdraví, průběh spolupráce s psychiatrem, motivace klientů do zdravého životního stylu, aktivity, které sociální pracovníci realizují pro zlepšení zdraví
- Pedagogické prostředky rehabilitace – nácviky pracovních a sociálních dovedností realizované pro úspěšnou sociální a pracovní rehabilitaci
- **Multidisciplinarita** – jací odborníci participují na naplnění všech složek rehabilitace a jak se tato spolupráce osvědčuje
- **Komplexnost sociální práce s lidmi s duševním onemocněním** – co si sociální pracovník představí pod pojmem komplexní pojetí člověka a co z toho plyne pro jeho praxi, jak komplexnost realizuje

5.6.1 Složky konceptu ucelené rehabilitace

5.6.1.1 Sociální intervence

V rámci výzkumu jsem se nejprve snažila zmapovat, jaké činnosti realizuje sociální pracovník/pracovnice s duševně nemocným klientem. Základní otázka byla, zda tyto aktivity mohou obsáhnout veškeré složky ucelené rehabilitace, jak je toho dosaženo, jaké složky ke kompletnímu naplnění případně chybí a jaký je k tomu důvod.

Níže v tabulce uvádím některé nejčastěji zmiňované činnosti realizované pro klienty s duševním onemocněním a rozřazuji je k dané složce konceptu ucelené rehabilitace.

Tabulka č. 2: Aktivity realizované sociálním pracovníkem pro klienta

Typ aktivity	Složka ucelené rehabilitace	Výrok
Společné vaření	Sociální rehabilitace	„Oblíbené je vaření, možnost se za levný peníz najíst.“ (Resp. 4)
Volnočasový klub	Sociální rehabilitace	„Potom už máme nějaký program v rámci volnočasových aktivit, jako jsou společenské hry různého charakteru, trénink paměti a pozornosti, kreativní dílny, divadelní díla.“ (Resp. 1)
Společný úklid	Sociální rehabilitace	„Když potřebují uklidit, tak pomůžeme.“ (Resp. 5)
Finanční plánování	Sociální rehabilitace/Bydlení	„...zároveň finanční hospodaření, dělá se finanční deník. Mohou si tu schovat peníze a my jim je pak vydáváme postupně.“ (Resp. 7)
Psaní životopisu	Pracovní rehabilitace/Pedagogické prostředky	„...pokud má, nějakou konkrétní zakázku, třeba pomoci upravit životopis, tak pomůžeme my.“ (Resp. 10)
Kontrola braní léků	Léčebná rehabilitace	„Takže zpočátku je to o programování, mapujeme léky, které berou. Potom, když už práce běží a spolupráce je dobře nastavená, tak se díváme na to užívání léků, sledování vedlejších účinků.“ (Resp. 5)
Osvěta ve zdravém životním stylu	Léčebná rehabilitace/Pedagogické prostředky	„Také zdravotní stav klienta jako takový, buď při zhoršení nebo prevenci...“ (Resp. 7)
Řešení dluhové problematiky	Sociální rehabilitace/Bydlení	„Když je to pak už z bydlení oka, přejde se na finance. Hodně jich je zadlužených, víc jak 80% tady u nás...“ (Resp. 9)
Nácvik zvládnutí konfliktové situace – sociální dovednosti	Sociální rehabilitace/Pedagogické prostředky	„Když nám někdo řekne, že měl konflikt a popíše příklad, tak řekneme, že si to vyzkoušíme, kdyby se to stalo znovu, jak by zareagoval“ (Resp. 10)

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky vyplývá, že spektrum aktivit je dostatečně široké na to, aby obsáhlo veškeré složky, ač později z výzkumu vyplyne, že některé složky se daří plnit více a jiné méně. Dále plyne, že oblast sociální rehabilitace výrazně převažuje nad ostatními.

Pracovníci často zmiňovali, že pro výběr aktivit, nejprve volí zmapování potřeb a následně na těchto potřebách staví individuální plán klienta. To, jaké se nejčastěji objevují potřeby, rozeberu v následující kapitole.

„Sepisujeme individuální plán s tím člověkem, který se týká jeho potřeb, co by chtěl změnit a v tom, v čem jsme ho schopní podpořit.“ (Respondentka č. 10)

Ukazuje se, že mnoho aktivit sociální pracovníci přiřazují k poradenství či sociální rehabilitaci, což je registrovaná služba, vymezená zákonem o sociální rehabilitaci, který říká, že: *„Sociální rehabilitace je 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. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“* (Zákon č. 108/2006 Sb., § 70)

„My děláme poradenství, to poradenství může být jednorázové nebo na pár schůzek. Pak máme registrovanou službu sociální rehabilitace, což znamená, že se s tím člověkem domluvíme na dlouhodobější spolupráci, domlouváme si smlouvu od tří měsíců až na rok.“ (Respondentka č.10)

Aktivity, které v rámci sociální rehabilitace realizují, shrnují následovně.

„V rámci centra, máme komunitní tým, kde máme sociální rehabilitaci, chráněné bydlení, sociální pracovní dílnu, podpora samostatného bydlení. Dílna je stacionární, ostatní jsou terénní služby.“ (Respondentka č. 7)

„Poskytujeme prostor pro osobní hygienu, trénujeme pracovní a praktické dovednosti, poskytujeme prostor pro vytvoření stravy, aktivizační činnosti a volnočasový klub. Kromě naší práce je tu i trénink pracovních dovedností a s tím spojených i sociálních. Tréninkem se snažíme naše klienty vrátit do společnosti, aby nebyli izolovaní, souvisí to se snahou o destigmatizaci.“ (Respondentka č. 6)

Sociální pracovníci jsou si vědomi limitů své služby a toho, že není v jejich kompetencích a časových možnostech obsáhnout všechny potřeby svých klientů.

„Naši službu, centrum denních aktivit, si představuju jako střípek v mozaice všech možných jiných služeb, které se zaměřují na všechny možné oblasti života klienta. Těch oblastí je strašně moc a ty jednotlivé služby to pokryjí. Žádná služba nemůže pokrýt vše, vždy je to specializované. Zároveň jsou služby propojené, čímž vzniká komplexní přístup.“ (Respondentka č. 2)

5.6.1.2 Šetření potřeb

Pro naplňování konceptu ucelené rehabilitace je nezbytné vědět, jaké potřeby klient má, do jaké spadají oblasti a jaké profese se uplatní při jejich naplnění ve všech směrech. Proto mé otázky směřovaly i k tomu, jaké potřeby člověk s duševním onemocněním má a jak se daří je naplňovat.

Tabulka č. 3: Potřeby klientů

Potřeba	Složka ucelené rehabilitace, která ji naplňuje	Výrok
Bydlení	Sociální rehabilitace	<i>„aby po odchodu z chráněného bydlení mohli jít sami bydlet“</i> (Resp. č. 3)
Práce	Pracovní rehabilitace	<i>„další velká potřeba, byla práce, chtějí hodně pracovat“</i> (Resp. č. 4)
Dluhová problematika	Sociální rehabilitace	<i>„hodně jich je zadlužených, víc jak 80% tady u nás“</i> (Resp. č. 9)
Finanční hospodaření	Sociální rehabilitace	<i>„nejčastěji finance, sociální dávky, invalidní důchody, hodně nemocenskou“</i> (Resp. č. 7)
Doprovody na úřady, k lékaři	Sociální rehabilitace	<i>„někdo má problém jít na úřad, tak pak doprovody“</i> (Resp. č. 3)
Zdravotní stav	Léčebná rehabilitace	<i>„také zdravotní stav klienta jako takový, buď při zhoršení nebo prevence“</i> (Resp. č. 7)
Sociální kontakt	Sociální rehabilitace	<i>„nejčastěji je to o tom sociálním kontaktu.“</i> (Resp. č. 5)
Získání denního režimu	Pedagogické prostředky	<i>„pravidelný režim – dojdu dvakrát do CDA, super, to je nadlidský úkon pro ně“</i> (Resp. č. 1)
Být normální	Celý koncept ucelené rehabilitace	<i>„oni chtějí být prostě normální, mít kamarády, rodiče, partnerku, děti“</i> (Resp. č. 8)
Vaření	Sociální rehabilitace	<i>„potom to vaření, levně se tu nají.“</i> (Resp. č. 1)
Zlepšení rodinných vztahů	Sociální rehabilitace	<i>„víc a víc se objevuje práce s rodinou“</i> (Resp. č. 7)

Zdroj: Vlastní výzkum

Z tabulky je vidět, že potřeby klientů sociální pracovníci uvažují v celé jejich šíři.

„Vlajková loď Green Doors je ta práce, ale je jasný, že ty lidi někdy potřebují daleko víc.“ (Respondentka č. 8)

Zároveň se pracovníci často vyjadřují pozitivně, pokud se zeptám na to, zda se je daří naplňovat. Ač to vypadá, že především sociální oblast značně převyšuje nad jinými, sociální pracovníci jsou optimističtí, co se týče spokojenosti klientů v oblasti potřeb celkově.

„Doufám, že jo. Někdy se stane, že se ve výsledku neřídíme úplně tolik individuálním plánem. Snažím se, aby to bylo, co nejkompexnější, ale občas jdou některé sféry stranou.“ (Respondentka č. 3)

„Já bych řekla, že když je spolupráce dobře nastavená, tak se daří naplnit všechny jejich potřeby. Záleží to i na schopnosti spolupráce konkrétního pacienta.“ (Respondentka č. 5)

V souvislosti s potřebami sociální pracovníci vyjádřili obavu, zda klienti nemají až moc formálních vztahů a příliš péče v určitých oblastech.

„Člověk chodí na rozhovory ke klíčovému pracovníkovi, vypovídá se i v rozhovorech v rámci pracovní rehabilitace a ještě má individuální rozhovory u nás. Nikoho nenapadne, že toho je moc.“ (Respondent č. 4)

„My tam jdeme s takovou akcí, teď je třeba tohle, tohle a tohle a pak zjistíme, že oni o to ani nestojí a že vlastně jde jen o to, je zabezpečit v základním módu, aby si nakoupili, poklidili, aby byli schopní nějak být v tom bytě funkční a vše navíc je nadstavba.“ (Respondentka č. 5)

Na otázku o potřebách odpovídají popisem *recovery systému*, nebo mluví o tom, že jej využívají pro šetření potřeb klienta v rámci jeho komplexní údravy.

„Pracujeme s recovery systémem. Pracujeme na tom, co klient v danou chvíli nejvíc potřebuje. Postupně plán aktualizujeme a vracíme se k němu. Řídíme se podle individuálního plánu.“ (Respondentka č. 11)

„Ta ucelenost, my pracujeme s konceptem recovery – údrava, tam spatřuji tu ucelenost.“ (Respondentka č. 6)

5.6.1.3 Sociální rehabilitace

Potřeby většinou zapadají do konceptu ucelené rehabilitace, jednou z jejích složek je složka *sociální rehabilitace*. Z výzkumu vychází, že je to jedna z nejméně rozšířených částí. Sociální pracovníci realizují několik typů aktivit pro naplnění sociálních potřeb a to buď v chráněných bydlení nebo v ambulantních službách – například během volnočasových aktivit, nácviků sociálních či pracovních dovedností.

5.6.1.3.1 Sociální rehabilitace v rámci bydlení

V rámci bydlení sociální pracovníci realizují hlavně nácvik sociálních dovedností jako je úklid, praní, drobné opravy či vaření. Často se objeví i řešení vztahů mezi spolubydlíci.

„Jinak se o ně snažíme přímo v rámci bydlení, v rámci podpory a sociální rehabilitace. Vařit s nimi, prát s nimi, zároveň finanční hospodaření, dělá se finanční deník.“
(Respondentka č. 7)

„Takže v zásadě takový běžný bydlení, kontakt se spolubydlíci, vycházení se spolubydlíci, všechno tohleto, praní, co se objeví v průběhu.“ (Respondentka č. 9)

Klienti se v chráněných bydlení mají možnost naučit lépe hospodařit s penězi. Někdy platí příspěvek organizaci, která jim byt poskytuje, nebo plánují se sociálním pracovníkem svůj finanční deník.

„...oni nám připívají na úhradu bydlení, každé měsíce chceme nájemný a kolikrát je to taky problém. Tak se pak řeší, proč je to problém...“ (Respondentka č. 9)

Ukazuje se, že největší překážkou pro dokončení celého procesu sociální rehabilitace v rámci bydlení tak, aby se klient mohl vrátit do běžné komunity a nepotřebovali takové množství formálních vztahů, je absence sociálních bytů. Klienti zůstávají v chráněných bytech rok nebo dva a pak pro ně neexistuje vhodná návazná služba.

„...také je těžké, že nejsou následné služby, kde by ti lidé měli šanci, jak bydlet, nějaké sociální byty...“ (Respondentka č. 7)

5.6.1.3.2 Sociální rehabilitace v rámci ambulantních služeb

V centrech denních aktivit sociální pracovníci nejčastěji naplňují sociální rehabilitaci nácviky (nejvíce zastoupené je vaření), diskuzními kluby, výlety, podpůrnými rozhovory nebo podpůrnými skupinami, různé akce pro veřejnost.

„Mají takovou svojí bublinu a málokdy z ní vyrazí ven. I v rámci tohoto děláme nějaké akce – cvičení pravidelné, jednou za měsíc jdeme do divadla, do kina, opékání buřtů, vánoční besídku a tak.“ (Respondentka č. 5)

„Můžou jen sedět a pít kafe, hrát hry, fotbal florbal, byla jóga, divadlo, pak je tu angličtina, svépomocky, který se scházej z vlastní iniciativy.“ (Respondentka č. 9)

Aktivity v rámci center denních aktivit se vyplácí mimo jiné proto, že umožní klientům vybudovat vlastní lokální sociální síť, v blízkosti svého bydliště, kde potkávají známé tváře, což také zvyšuje jejich motivaci do centra vůbec přijít.

„Protože ti lidi rádi přijdou, když tam budete vy, které věří.“ (Respondentka č. 5)

„A hodně lidí, my máme byty tady, tady je kaféčko a tam se seznáměj s dalšíma lidma. Jsou tu v takovém trojúhelníku.“ (Respondentka č. 9)

Ukazuje se, že nejvíce se osvědčuje možnost do klubu jen tak přijít, nemuset o sobě nic říkat a jen tak být mezi ostatními, nebýt osamělí sami doma a mít režim v tom smyslu, že mají proč ráno vstát a kam jít.

„Ti, co chodí k nám do služby, tak jsme hodně vnímal, že jsou fakt sami. Žádné jiné společenství pro ně není přístupné, než skončit v nějaké službě. To konkrétně u nás, protože jsme bezprahová služba, není u nás potřeba nic moc dělat, podepisovat nějaký velký plán.“ (Respondent č. 4)

5.6.1.3.3 Mapování a rehabilitace sociální sítě

Tabulka č. 4: Sociální síť klientů

Sociální síť klientů	Profil	Výrok
Rodina	Rodiny bývají často dysfunkční, příbuzní často také trpí duševním onemocněním.	„Pak tam často bývají nezdravé vazby nebo jsou vztahy pošramocené. Ta rodina je vždy nemocná celá.“ (Resp. č. 6)
Další klienti s duševním onemocněním	Klienti často navazují vztahy v rámci volnočasových aktivit.	„Máme tu skupinu, kdy spolu jednou na týden na dovolenou, pod stan do pískoven. To je to, co my chceme, aby zapnuli své vnitřní zdroje a žili i mimo nás.“ (Resp. č. 6)
Přátelé ze života před onemocněním	Mladí lidé, kteří onemocněli okolo 25. roku mají dostatečnou síť přátel.	„...ale tihle lidé jsou zasítovaní ve své komunitě. A jsou to lidé, kteří onemocněli později a měli v té době svou síť již vybudovanou.“ (Resp. č. 6)
Noví přátelé	Nedaří se klienty dostat do normálního prostředí, bez duševního onemocnění. Je obtížné navazovat nové vztahy.	„Cílem by ale bylo to rozšířit o zdravé lidi. Ten okruh bývá z oblasti nemocných. Rozšířit to o ty zdravé se úplně nedaří.“ (Resp. č. 7) „...tak si pozvou svoje kamarády a maj pocit, že si s nima budou moci něco povídat. Je pro ně energeticky míň náročný než vytvářet nový...“ (Resp. č. 8)
Formální vztahy	Sociální síť bývá zajišťována z velké míry množstvím formálních vztahů.	„Problém je, že když mají ještě další třeba somatický problém, tak jim vlastně domů chodí každý den někdo. Pak sociální síť tvoří pomocníci, formální vztahy.“ (Resp. č. 5)

Zdroj: Vlastní výzkum

Při mapování sociální sítě a toho, co by klientům pomohlo, se ukázalo několik skutečností. Respondenti se neshodují v otázce, jaká je sociální síť klientů. Nepřevažuje přesvědčení, že je vyloženě špatná nebo dobrá.

„Tady hodně lidí má rodinu, buď manželé, spíš ženy. Pár jich má děti. Celkově to není taková tragédie.“ (Respondentka č. 1)

„No, většinou žádná. Ne, ale fakt...protože u nás jsou lidi, co jsou fakt sami...“ (Respondentka č. 9)

Při pořádání různých diskuzních klubů či podpůrných skupin v rámci center vychází najevo, že se vzájemně neumí moc poslouchat.

„Jeden z projevů je pro mě komunikace, schopnost mluvit s druhými a to je u nich strašně moc narušený. Když se snažíme o nějakou skupinu, tak ty lidi hrozně špatně

slyší ty ostatní, naladují se na ně. Jeden řekne, mně se stalo tohle a druhý přijde s úplně jiným tématem a vlastně se nikdy nepotkají.“ (Respondent č. 4)

Pro zlepšení komunikace klientů pracovníci organizují jednak výše uvedené skupiny rozličných nácviků, či diskuzní kluby. Uvádí, že by pomohl nějaký terapeutický přístup, který by je na budování vztahů a naslouchání druhému lépe připravil.

„Máme takovej diskuzní program, říká se tomu čaj o třetí... Cílem je naučit se spolu nějak mluvit.“ (Respondent č. 4)

„Myslím, že by jim pomohl nějaký terapeutičtější přístup, který je připraví na to být s druhými lidmi.“ (Respondent č. 4)

Uvádí také, že pro zlepšení komunikace a duševního stavu celkově pomáhají podpůrné rozhovory.

„Myslím, že pomáhají rozhovory, s kýmkoliv. I když tam nikdo z nás nedělá terapie, tak máme podpůrný rozhovory.“ (Respondent č. 4)

Několik pracovníků popsalo případy, kdy cíleně spolupracují s rodinou s cílem rehabilitovat jejich vztahy či pomoci vyřešit problematiku závislosti rodičů na dětech.

„Hodně řešíme vztahy a pak je kontaktujeme na rodinnou terapii, párovou nebo i individuální.“ (Respondentka č. 10)

Sociální síť v rámci dotazovaných služeb má na starosti hlavně case manažer, který by ji měl mapovat a pracovat na jejím rozšíření.

„Nevím, zda se u nich dá mluvit o sociální síti. To je to, co by tady měli díky case manažerům získat. Ten by měl být koordinátorem jejich sociální sítě a pomoci ji vytvořit.“ (Respondentka č.6)

Je evidentní, že sociální pracovníci chtějí dostat své klienty do komunity, mimo služby a formální vztahy.

„...komunikace, to vše s nimi trénujeme, aby se lépe začlenili a nepotřebovali nás. Aby byli méně závislí. To je v sociální práci celkově takový problém, sociální práce tu

je, aby navrátila klienty do společnosti a aby se klienti nestali závislí...“
(Respondentka č. 6)

„Snažíme se tu síť zmapovat a ideálem by bylo to, kdyby některé potřeby zajistila sociální síť a ne odborník.“ (Respondentka č. 10)

5.6.1.4 Pracovní rehabilitace

V otázce pracovní rehabilitace jasně převažuje problematika stigmatizace klientů. Všichni respondenti se shodli v tom, že ve chvíli, kdy se klienta zaměstnavatel zeptá, z jakého důvodu má invalidní důchod, klesá pravděpodobnost toho, že jej zaměstná. Nicméně sociální pracovníci reflektují, že pokud je klient motivovaný, má reálná očekávání a je trpělivý, vždy se pro něj pracovní místo najde. Ukazuje se ale, že se jedná o místa pro OZP (osoba se zdravotním postižením). Pokud klient chce jít na otevřený trh, závisí to na jeho trpělivosti a míře motivace.

„Myslím, že není takový problém práci najít, nakonec se vždy nějaká práce najde.“
(Respondent č. 4)

„Pracují spíš pro OZP. Mají dobrou práci často ale, jedna byla na recepci..“
(Respondentka č. 3)

„Sice to trvalo dlouho, ale úspěch to má. Záleží na trpělivosti a reálnosti cílů a motivaci. Tady byla velká výhoda, že na to nespěchal, nebyl ve finančním presu.“
(Respondentka č. 10)

Hledáním práce se většinou zabývají specializované týmy podporovaného zaměstnávání.

„Někteří jsou schopní si najít práci sami, některým pomáhají case manažeři, sociální pracovníci, asistenti v TPZ – týmu podporovaného zaměstnání.“ (Respondentka č. 6)

V rámci center denních aktivit a ambulantních služeb absolvují několik typů nácviků pracovních dovedností a edukačních programů o zaměstnávání.

„Lidi tam musí chodit pravidelně, dělají tam hlavně psychosociální hry, chodí se dívat na různé zaměstnání, spolupracují s Green Doors, nějaký jobs kluby a snaží se je aktivizovat předtím, než jdou do práce.“ (Respondentka č. 9)

Existují tři typy zaměstnání, kam se dostávají duševně nemocní: práce na volném trhu, práce pro OZP, chráněné dílny a sociální firmy. Všechny mají své pro a proti.

Tabulka č. 5: Typy pracovních míst, kde se daří klienty zaměstnat

Typ zaměstnání	Profil	Výrok
Volný trh	Stupeň nejnižší podpory, cíl pracovní rehabilitace, na místě možnost pracovních asistentů, otázka reálných očekávání klienta.	<i>„Pak jsou ti, kteří do dílny vůbec nechťejí a chtějí rovnou na otevřený trh, to je super.“</i> (Resp. č. 5)
Práce pro OZP (osoby se zdravotním postižením)	Nejedná se o zcela volná místa, zaměstnavatel ví o omezeních svého klienta, problém podřadnosti pro mnohé klienty.	<i>„Je spousta zaměstnavatelů pro OZP, to už je široká nabídka. Oni kolikrát říkají, že to je ponižující.“</i> (Resp. č. 9)
Chráněné dílny a sociální firmy	Dobrý výchozí bod pracovní rehabilitace nebo možnost pro dlouhodobě duševně nemocné, málo finančně ohodnocené.	<i>„To vnímám pozitivně, že to je dobrý mezistupeň – ano chci do práce, ale není volné místo, tak mám co dělat.“</i> (Resp. č. 5)

Zdroj: Vlastní výzkum

Dnes už převažuje snaha o zaměstnávání na volném trhu práce a ustupuje se od podporovaných zaměstnávání, chráněných dílen a sociálních firem. Což vnímám jako krůček k zavedení, jinde v Evropě velmi efektivního, modelu IPS. Některé programy, které sociální pracovníci popisují, se mu blíží. Zatím je ale častější model „*natrénuj a pak pracuj*“, kdežto model IPS se hlásí k heslu „*pracuj a tam trénuj*“. U nás je model takový, že klient nacvičí a získá kompetence například v kavárně a pak se mu hledá práce na zcela otevřeném trhu. Vzhledem k níže popsaným úskalím se domnívám, že model IPS je efektivnější.

„...ted' razí jiný směr – zaměstnávání na otevřeném trhu. To s tím, že pracovní terapeut pomůže klientovi sehnat práci, jde s ním na to místo, asistuje mu tam a všichni okolo přijmou jeho nemoc a budou mu to usnadňovat.“ (Respondentka č. 6)

„A když projdou kavárnama, tak jdou za mnou a hledáme místo. A taky máme pracovní stáže ve spřátelených kavárnách, to je už otevřený trh, to už je normální brigáda.“ (Respondentka č. 8)

Pracovní místa na volném trhu práce, nebo i v rámci pracovních míst pro OZP jsou převážně úklidy, bezpečnostní agentury, administrativní činnost, roznášení novin.

„Uklízí. Když už pracují, tak uklízí.“ (Respondentka č. 1)

„Strašně často pracují v bezpečnostní agentuře.“ (Respondentka č. 6)

„Dělal tu přechodné místo, pochůzky s poštou.“ (Respondentka č. 2)

„Jedna dělá nabízení něco přes telefon.“ (Respondentka č. 3)

Práce pro OZP je umožněná díky velké aktivitě sociálních pracovníků, kteří mají databáze zaměstnavatelů a neustále aktivně vyhledávají další.

„Fokus měl kontakty na zaměstnavatele, kteří chtěli takové lidi zaměstnávat.“
(Respondent č. 4)

„Obdivuji kolegy z týmu podporovaného zaměstnávání, protože se jim daří zaměstnávat lidi, podařilo se jim sehnat spolupracující zaměstnavatele. To na nich obdivuji nejvíc. Je několik velkých firem, které jsou ochotni zaměstnávat tyto lidi.“
(Respondentka č. 6)

Klienti někdy vnímají práci pro OZP a v chráněných dílnách jako podřadnou.

„Ale pokud jim řeknete, že zavoláte do Fokusu nebo do chráněné dílny, tak oni mají pocit, že je strháváte do té skupiny duševně nemocných.“ (Respondentka č. 5)

Nebo jsou v ní spokojení, úspěšní a sami ji aktivně vyhledávají.

„Teď si našel práci ve firmě, kde pracují lidé se zdravotním postižením. Potěšilo mě, že aniž by ode mě potřeboval nějakou větší podporu, tak si to místo našel, sám si tam zjednal pohovor, nastoupil. Je tam velmi úspěšný.“ (Respondentka č. 2)

Chráněné dílny a sociální firmy jsou vnímány jako nízkoprahový typ pracovní rehabilitace, který je pro určitý výsek klientů jediná reálná možnost.

„Já jsem třeba zastávce chráněných dílen, sociálních firem, chráněných míst. Protože s těmi lidmi pracuji a vidím jejich možnosti a vidím to, že na otevřený trh práce většina z nich nedosáhne.“ (Respondentka č. 6)

Pro jiné klienty se jedná o základní program v cestě za zaměstnáním na volném trhu.
„...měli by přijít s tím, že si tu chtějí nacvičit pracovní a denní režim a najít si brigádu a rok to takhle zkusit. Potom od nás dostanou hodnocení, tohle vám jde, tohle ne a doporučujeme tu a tu profesi. A ten člověk pak jde do týmu podporovaného zaměstnání a nebo s case manažerem hledá práci.“ (Respondentka č. 6)

Každopádně problém chráněných dílen je nízké platové ohodnocení a tedy pro většinu klientů nízká motivace do nich vůbec chodit.

„Změnilo se financování chráněných dílen, kde je to super, mají sociální kontakt a tak. Ale dříve tam chodili dvakrát měsíčně, dostali 2-3 tisíce a to bylo pro ně dobré. Ted' nedostávají nic. Nejsou granty podpory. Je to čistě o tom, že tam chodí ti, co chtějí zúročit čas jinak, než že budou sedět doma.“ (Respondentka č. 5)

Úskalí popisované sociálními pracovníky při hledání zaměstnání uvádím v následující tabulce.

Tabulka č. 6: Úskalí nalezení práce

Problém bránící úspěšné pracovní rehabilitaci	Profil	Výrok
Stigma	Klient musí uvést důvod, proč pobírá invalidní důchod a ihned klesá pravděpodobnost toho, že získá práci.	<i>„ale pokud to posdílí, bývá to velký problém“</i> (Resp. č. 2) <i>„Je to tajemství, které Vás oddaluje.“</i> (Resp. č. 8)
Invalidní důchod	Invalidní důchod je sám o sobě překážkou, klienti ho nechtějí, brání jim si najít práci na volném trhu.	<i>„Mám teď dva lidi, co nechtěj invalidní důchod, protože jim to brání v tom návratu do zaměstnání.“</i> (Resp. č. 9)
Nedostatečné platové ohodnocení	Pokud klient propočítá náklady na cestu tam a zpět, zjišťuje, že je lepší sedět doma.	<i>„Myslím, že pak není nic divného, že si pak sednou a řeknou si, že než abych tam dojížděl, tak radši budu doma.“</i> (Resp. č. 5)
Stálost klienta v zaměstnání	Často se stane, že klient práci najde, ale je problém se v ní udržet delší dobu.	<i>„Problém ale je se tam udržet, u spousty lidí je veliký problém tam vydržet třeba déle než několik měsíců.“</i> (Resp. č. 4)

Motivace	Existuje skupina, která pracovat nechce, práci nepotřebuje a není tedy pracovní rehabilitace součástí jejich potřeb.	<i>„Spousta našich klientů nemá vzdělání, protože onemocněli brzo a mají invaliditu z mládí, od 18 pobírají důchod a x let nepracují. To jsou klienti, kteří nikdy pracovat nebudou a ani nechtějí.“</i> (Resp. č. 6)
Očekávání	Klienti mají často nereálná očekávání – buď se příliš podceňují nebo přeceňují, či chtějí ihned ideální práci.	<i>„Nikdy to není ideální a oni chodí s tím, jak by to mohlo být lepší.. A já jim říkám, no nebude to. Nikdo vám nenajde ideální práci, ať už máte nebo nemáte diagnózu. V nedokonalém světě, já neposkytuju dokonalou službu.“</i> (Resp. č. 8) <i>„Prostě vyladit ty očekávání.“</i> (Resp. č. 8)

Zdroj: Vlastní výzkum

Pro snížení stigmatizace klientů společností realizují sociální pracovníci hlavně aktivity edukačního charakteru. Berou klienty do společnosti, mezi běžnou populaci a dbají na to, aby nebylo poznat, kdo je pracovník a kdo klient. Existuje program „Blázníš, no a“, který se snaží edukovat společnost, představit klienty jako důstojné lidské bytosti.

„My tu konkrétně jezdíme na pobyty, na vycházky, bereme je do přirozeného prostředí. Setkáváme se s různými reakcemi a my děláme jakoby nic. Jsou to často zábavné situace.“ (Respondentka č. 6)

„Fokus má projekt Blázníš, no a. Tam chodí klient a koordinátor a povídá studentům svůj příběh a to, jak se dokázal zapojit do společnost.“ (Respondentka č. 6)

Zároveň sociální pracovníci mluví s klienty o tom, jak o své diagnóze mluvit.

„Specifické je to, jak mluvit o tom, že mám invalidní důchod. To je to, kdy i ta služba má etické dilema. Já jako služba radím, neříkejte všechno a oni jsou někdy tak čestný a mají pocit, že to radši řeknou. Jakmile má nálepkou toho, že to není normální bílý dospělý člověk, tak to je vyděsí. To je úskalí pro mě, protože já jim říkám, neříkejte všechno a etický kodex mi říká, buďte pravdivý.“ (Respondentka č. 8)

Pro vyladění očekávání, nabytí sebevědomí, ujasnění si toho, co klient zvládne, se osvědčují tréninková místa. Často bývají v rámci kaváren, které jsou samy o sobě pozitivní. Na takovém místě má klient k dispozici asistenta, který kdykoliv přijde, pomůže a poradí.

„A pak tréninková místa. Hodně lidí si totiž netroufne na to, co si já třeba myslím, že by dokázali, ale oni říkají, že se na to necítí. Ve chvíli, kdybychom řekli, že to je tréninkové místo, tak mám zkušenost s tím, že když řeknu, že to je trénink, že to není doopravdy práce, tak to zkusí.“ (Respondentka č. 8)

„Máme tréninková místa, kavárny. Tam je největší podpora sociálních pracovníků, klienti si mohou zazvonit a sociální pracovník hned přijde.“ (Respondentka č. 2)

Velmi se osvědčuje způsob několika úrovní pracovní rehabilitace s postupným navyšováním zátěže, kdy se klient dostává od nácviků až na volný trh práce.

„Když projdou kavárnama, tak jdou za mnou a hledáme místo. Máme pracovní stáže ve spřátelených kavárnách, to je už otevřený trh. to už je normální brigáda. A nikdo neví, že jsou nemocní.“ (Respondentka č. 8)

„Vysvětlím to na příkladu jednoho kluka, to je příklad pozvolný pracovní rehabilitace za všechny.“ (Respondentka č. 8)

Sociální pracovníci často s klienty realizují mnohé nácviky pracovní rehabilitace. Jedná se o spoustu rozličných typů programů, od nízkoprahovějších po náročnější, méně podporované programy. Řada z nich patří spíše do nácviků pracovních dovedností, a proto je popíšu v kapitole pedagogických prostředků.

5.6.1.5 Léčebná rehabilitace

5.6.1.5.1 Fyzické zdraví a sociální intervence v oblasti fyzického zdraví

Další obsáhlou složkou konceptu ucelené rehabilitace je léčebná složka, která se věnuje duševnímu a fyzickému zdraví klientů.

Tabulka č. 7: Jak vnímáte fyzické zdraví svých klientů?

Respondent	Dobré, s drobnými odchylkami	Špatné, zanedbané
1		X
2		X
3	X	
4		X
5		X
6		X
7	X	
8		X
9		X
10		X
11	X	

Zdroj: Vlastní výzkum

Výzkum prokázal, že nejrozšířenější potíží je obezita, která je způsobená vedlejšími účinky léků, po ní hned následuje snížení kognitivních funkcí, celková pomalost a snadná unavitelnost.

„Nadváha, to je specifikum lidí s duševním onemocněním.“ (Respondentka č. 2)

„Co se týče kognitivních funkcí, to je specifikum duševního onemocnění. Mají zhoršenou pozornost, i ta paměť může být horší. Hlavně je tam celková pomalost, která nesouvisí s inteligencí. Pomalu se pohybují, vyjadřují a není tam pohotovost a spontánnost.“ (Respondentka č. 2)

I z výše uvedené tabulky je evidentní, že fyzické zdraví je u klientů velmi zanedbané. Zajímalo mě samozřejmě, jak a zda se jej daří zlepšit, co pro to může sociální pracovník udělat a zda to dělá.

Tabulka č. 8: Aktivity sociálního pracovníka v otázce fyzického zdraví

Problém	Snaha pracovníka vedoucí k jeho odstranění	Výrok
Vedlejší účinky léků	Komunikace s lékařem	„Občas upozorníme, že je hodně spavej nebo že se nám něco nezdá a někdy i tak jdeme s tím klientem za lékařem a on občas tu medikaci pak nastaví jinak.“ (Resp. č. 7)
Nekvalitní strava	Zdravé společné vaření, osvěta	„Měli jsme přednášku zdravý životní styl, bylo to zadarmo, veřejný a nikdo prostě nepřišel.“ (Resp. č. 9) „My s nima vaříme, dělali jsme i zdravý vaření.“ (Resp. č. 9)
Nedostatek pohybu	Výlety, společné sportovní hry, osvěta	„Chybí jim pohyb, něco takového.“ (Resp. č. 4) „...některým z nich pomáhá se jednou týdně sejít na tom fotbale a fakt to ze sebe dostat. Že jim to pomáhá uvolnit ztuhlé svaly a to tělo trochu potrápít.“ (Resp. č. 4) „My se snažíme dělat osvětu. Děláme přednášky, kroužky.“ (Resp. č. 6)
Součástí týmů nebývá fyzioterapeut či výživový poradce	Terénní tým při nemocnici, kde jsou tito odborníci dostupní, komunitní týmy, vznikají centra duševního zdraví	„My třeba máme možnost se v rámci nemocnice obrátit na nutriční terapeutky. Ale moc to nechtějí využívat.“ (Resp. č. 5)
Klienti nechodí na zdravotní prohlídky	Doprovázení, spolupráce - terénní psychiatrické sestry	„Nechodí na preventivní prohlídky a obecně k lékařům mají nedůvěru.“ (Resp. č. 5) „Ale i my chodíme na úřady, k doktorům, hovoříme s praktickými lékaři, protože oni se často nedokáží vyjádřit.“ (Resp. č. 5)
Nedostatečná komunikace s psychiatry, často jednostranná a rychlá	Vznikající centra duševního zdraví	„když volám někomu z vnějšku, tak oni nemají moc času a jsou nevrlí“ (Resp. č. 1) „Vznikají u nás centra duševního zdraví, kde jsou i psychiatři, zdravotní sestry, celé to má být více komunitní.“ (Resp. č. 4)
Lhostejnost vůči zevnějšku, péči o sebe, náhled	Odkazování na psychoterapeuty	„Každý by ji měl mít, ale někdy jsou důležitější věci. Je jim doporučena a oni do ní nenastoupí, nevidí v ní smysl. My takhle hodně spolupracujeme s Ondřejovem, tam dělají hodně psychózy a psychoterapii.“ (Resp. č. 9) „Ale tyhle dvě odbornosti psychoterapeut a psychiatrii, tak tam se vlamujeme hodně a úspěšně.“ (Resp. č. 10)

Zdroj: Vlastní výzkum

Klienti jsou lhostejní vůči svému zevnějšku a tedy demotivovaní na čemkoliv v rámci fyzického zdraví pracovat. Priority leží jinde – hlavně v pracovní a sociální oblasti, na víc často ani nezbývají síly.

„To souvisí s tím, že na sebe nahlíží jako na něco nedůležitého.“ (Respondentka č. 8)

„Když člověk má zájem, tak může, kolikrát máme problém je dokopat do toho, aby si našli práci a tohle je už taková nadstavba. Ten člověk řekne, co po mě ještě chcete, když mám práci, platím nájem, tak už stačí ne. Duševní zdraví a sociální intervence v oblasti duševního zdraví.“ (Respondentka č. 9)

Pracovníci popisují význam náhledu klienta na svou nemoc, potom jsou veškeré aktivity v léčebné oblasti snazší. Ideální je, pokud klient bere léky, chce chodit do psychoterapie a má zájem o sebe pečovat a je v těchto snahách konzistentní.

„Také jsou klienti, kteří nemají náhled na tu nemoc. Někdo se nesmíří s tou nemocí, někdo je v invalidním důchodu, ví, že v něm bude napořád a má na to náhled a spolupracuje. Někdo na to náhled nemá, nemoc nepřijme, mění psychiatry, nebere léky. Smíření je velmi důležité. To moc klientů nemá.“ (Respondentka č. 6)

Někteří sociální pracovníci popisují, že jsou bez motivace do čehokoliv. Na pracovníky jsou poté kladeny vysoké energetické nároky pro to, aby klienta namotivovali do nějaké akce – ať už sportovní či jakékoliv, která by se týkala péče o sebe samého.

„Taková metafora by byla, jak oni leží a mají úplně povolené svaly a my je musíme silou vytáhnout ven.“ (Respondent č. 4)

„Někdy si říkám, že jsou to mladí lidé, kteří mají život před sebou a úplně jim chybí ten drive, jen tak proplouvají.“ (Respondentka č. 7)

V této otázce duševního zdraví, motivace a náhledem na svou nemoc by pomohla psychoterapie. Využívá jí menší polovina klientů, kvalitní psychoterapeuti nejsou hrazení pojišťovnou a klienti s ní nemívají dobrou zkušenost, proto do ní kolikrát už ani nechtějí. Pak je otázka, zda postačí v této oblasti vztah se sociálním pracovníkem, klienti mu věří, mluví s ním rádi, ale sociální pracovník nemá mnohdy čas se s klientem ponořit do hlubokého rozhovoru, proto se jej snaží odkázat na psychoterapeuta.

„Máme pár, třeba 6 z 60, kteří mají psychózu a mají psychoterapii, ale to je minimum, je to chyba, protože individuální psychoterapie by jim pomohla.“

(Respondentka č. 6)

„Víc jak polovina chodí. A ta sociální práce nese psychotherapeutické prvky - vztah, péče..“ (Respondentka č. 10)

„My je v tom podporujeme. My přeci jen řešíme hodně ty praktické věci a není prostor si tolik popovídat. Cítíme, že oni tu potřebu mají. Hodně nás pak odvádí od těch praktických věcí k tomu povídání si. Někdo řekne, že si radši povídají s námi, že se s psychologem necítí dobře, že jim to připomíná hospitalizaci, někdo prošel tolika terapiemi, že už zanevřel.“ (Respondentka č. 8)

„Myslím si, že by jim pomohl nějaký terapeutičtější přístup, který je připraví na to být s druhými lidmi. U nás, v sociálních službách, na to není moc čas, sekají se řešení. A pořád je to zachraňování, zachraňování.“ (Respondent č. 4)

5.6.1.5.2 Spolupráce s psychiatrem

V teoretické části jsem se zabývala tím, jak je nezbytné propojit zdravotnické pracovníky se sociálními a dalšími pomáhajícími profesemi. Spolupráce lékaře s týmem je pro včasnou rehabilitaci klienta podmínkou. Proto jsem v rámci výzkumu, zda ke spolupráci dochází a do jaké míry.

Tabulka č. 9: Jaká je spolupráce s psychiatrem?

Respondent	Intenzivní, obousměrná, kvalitní, osobní	Nepříliš intenzivní, v případě potřeby i obousměrná, Dostačující, emailová, telefonní	Žádná, jednostranná, nevyhovující potřebám klienta i pracovníka
1			X
2		X	
3	X		
4			X
5	X		
6			X
7	X		
8	X		
9		X	
10	X		
11			X

Zdroj: Vlastní výzkum

Spolupráci s psychiatrem pracovníci popisovali různě. Většinou se spolupráce odehrává na základě aktivity sociálního pracovníka, který lékaři zavolá a chce s ním probrat péči o klienta. Psychiatři mají málo času, jsou vázaní lékařským tajemstvím a nesou za klienta odpovědnost, což je svazuje a komunikace není obousměrná.

„Máme kontakty na jejich ošetřující lékaře a ty občas kontaktujeme. A to probíhá různě, někdo se s námi baví úplně v pohodě a pak jsou ti, co nám řeknou, že nám bez souhlasu neřeknou vůbec nic.“ (Respondentka č. 11)

„Já bych si hrozně přála, aby ten zákon byl jednou postaven tak, že ten sociální pracovník je stejně odpovědný jako psychiatr. Aby se obě ty odbornosti podělily o tu odpovědnost a z toho psychiatra to spadlo.“ (Respondentka č. 10)

Na druhou stranu několik pracovníků popsalo, že jak farmakoterapie, tak psychiatrie jsou dnes už mnohem dál v cestě ke komplexnosti, deinstitucionalizaci, reformě a ke spolupráci se sociálním pracovníkem.

„Takže máme tu klienty, kteří berou tyto léky a na první pohled nemají vedlejší účinky. Fakt se do hodně zlepšilo. Dřív to byl každý druhý pacient, který měl vedlejší účinky, dnes je to jeden z 10.“ (Respondentka č. 6)

„O psychiatrech se dá jednoznačně říct, že většina mladších je osvícená. Mají to ve školách, v rámci psychiatrie se učí o komunitních službách, o sociální práci. Jsou osvícení a vstřícní.“ (Respondentka č. 6)

„Lékaři už si zvykají, že jim často voláme a komunikujeme, co a jak. Tím, že jsme částečně hrazení pojišťovnou, tak oni nám píšou i poukaz, co a jak. My pak píšeme zprávu a oni na ni reagují, co je třeba a co ne. Nebo se sejdeme s nimi.“ (Respondentka č. 5)

„...stává se nám, že je to fajn, že jsou vděčný, že toho člověka někdo vídá a děkují...“ (Respondentka č. 9)

Objevuje se i spolupráce s psychiatrickými sestrami, které by měli dohlížet na medikaci a edukaci všeho, co se zdravého životního stylu týká.

„Sestry by měly být více přes zdraví a dodržování medikace...“ (Respondentka č. 3)

„Co se týče zdravotnictví, tak se snažíme spolupracovat s ÚVN, kde je tým terénních psychiatrických sester.“ (Respondentka č. 8)

5.6.1.5.3 Spiritualita a intervence sociálního pracovníka v oblasti spirituality

V návaznosti na teoretickou část jsem se ptala i na práci se spiritualitou klientů. Pouze jeden sociální pracovník odpověděl, že vyhověli potřebě klientů a zařídili pravidelná setkávání s farářem. Ostatní se klientem baví o spiritualitě jen v případě potřeby, ač reflektují, že je to pro něj velmi významné téma a s duševním onemocněním úzce souvisí.

„To je celkově téma, které se s psychiatrií prolíná.“ (Respondentka č. 6)

„Jsou to lidi, kteří inklinují k víře, ne že by byli vysoce aktivní, ale nějak je to uklidňuje.“ (Respondentka č. 8)

„My tu máme hodně věřících. A ještě je to spojeno s nemocným světem a tak je to složité. My s tím pracujeme. Tak jsme zkontaktovali evangelického faráře, který teď chodí jednou za měsíc a mluví s nimi a má individuální rozhovory s nimi.“ (Respondentka č. 6)

5.6.1.6 Pedagogické prostředky

Pedagogické prostředky se prolínají celým konceptem, všemi složkami. Chtěla bych zde ale shrnout, jaké pedagogické prostředky sociální pracovníci realizují pro návrat svých klientů zpět do normálního života.

Nejčastěji to bývá vaření.

„Realizujeme nácvik dovedností, což znamená především nácvik vaření.“ (Respondentka č. 1)

Objevují se nácviky sociálních dovedností v podobě podpůrných skupin, diskusních klubů, aktivizačních skupin.

„Máme tu peer konzultantku, která dělá podpůrnou skupinu, máme jobs setkávání a tam ty dovednosti nacvičujete, ať chcete nebo nechcete.“ (Respondentka č. 10)

Časté jsou volnočasové aktivity – výlety, sportovní hry, kdy se klienti více uvolní a sociální pracovníci vnímají, že se jim alespoň pro tu chvíli trochu uleví, že se daří během těchto činností na svou nemoc tolik nemyslet. Odvrácená strana těchto aktivit je, že jsou zcela nedostatečně financované, a tak je těžké klienty vytáhnout z centra někam ven, mezi běžnou společností.

„Mám pocit, že některým z nich pomáhá se jednou týdně sejít na tom fotbale a fakt to ze sebe dostat.“ (Respondent č. 4)

„Umím si představit, že bychom měli víc peněz na to, abychom si zašli do divadla, na hezkou výstavu, na výlet. Jednou za měsíc bychom mohli vyjet na dvoudenní pobyt třeba na Šumavu. Aby se dostali mezi lidi, jsme tu zavření.“ (Respondentka č. 1)

Pro úspěšnou pracovní rehabilitaci je nutné získat denního a pracovní režim, pracovní návyky, k tomu slouží pracovní rehabilitace v rámci center denních aktivit.

„Je důležité, že něco dělá. Cvičí si na tom trpělivost, soustředění a cvičí si to, že chodí včas, že když nepřijdu, tak se omluvím a že když jedu na dovolenou, tak to oznámím.“ (Respondentka č. 6)

Pedagogické prostředky obecně pomáhají klientům zjistit, jakou mají kapacitu, na jak dlouhé mohou jít směny, kde jsou jejich limity a dle toho si následně vybrat práci.

„Není to o tom, jestli umím dobře plést, ale o mé kapacitě, co jsem schopen se naučit.“ (Respondentka č. 6)

„Hlavní je, že vědí, že přijdou včas, co s nimi udělá zátěž, zkouší si různě dlouhé směny...“ (Respondentka č. 10)

Ideální spojení pracovních a sociálních dovedností se odehrává v rámci kaváren.

„To se všechno děje v tý kavárně.“ (Respondentka č. 10)

5.6.2 Komplexní pojetí člověka

Koncept ucelené rehabilitace vychází z komplexního pojetí člověka, jak jsem vysvětlila v teoretické části. Proto jedna z otázek mířila k tomu, jak vnímají pracovníci komplexní pojetí člověka v kontextu duševního onemocnění, a co z toho plyne pro jejich práci. Pracovníci často uváděli, že komplexnost vnímají jako něco, kdy se starají o člověka v rámci všech potřeb ze všech oblastí života.

„Já si to vykládám tak, že se v tom člověku pracuje v celým modelu – bio-psycho-spirito-sociální.“ (Respondentka č. 7)

Ukázalo se, že podmínkou pro komplexnost je *multidisciplinární tým*. Sociální pracovníci se vždy rozprávili o problematice multidisciplinárních týmů, které mají představovat zásadní pokrok v cestě za naplněním komplexního bio-psycho-spirito-sociálního modelu.

„Komplexnost, tady pracujeme s pojmem multidisciplinarita.“ (Respondentka č. 6)

„Bylo by ideální mít celistvou skupinu lidí, které k pomoci těmto lidem potřebujete. Mít nablízku doktora, sestru, sociálního pracovníka.“ (Respondentka č. 5)

V současnosti multidisciplinární tým a komplexnost, dle sociálních pracovníků, zajišťují hlavně komunitní týmy.

„Potřeboval bych být s klientem v komplexnějším vztahu, což možná pracovníci komunitních týmů měli. Přišlo mi, že tam funguje ta provázanost služeb.“ (Respondent č. 4)

Popsali, že komplexní pojetí péče je ve vývoji a že by k němu měli výrazně přispět vznikající centra duševního zdraví.

„Komplexní rehabilitace se teď vyvíjí, pracuje se na větší provázanosti. Vznikají u nás centra duševního zdraví, kde jsou i psychiatři, zdravotní sestry a celé to má být více komunitní.“ (Respondent č. 4)

Zároveň pracovníci uvádí, že je velmi důležité poznat klientovo domácí prostředí, aby ho poznali co nejkompaktněji, porozuměli jeho sociální síti, potřebám a koníčkům.

„...i se tam naráží na věci, na který bych já jinak nepřišla – zájmy, koníčky a jiný oblasti. Komplexní teda pro mě znamená propojení sociálního a zdravotního, poznat jeho komunitu a někdy i pracovat s celou rodinou.“ (Respondentka č. 8)

5.6.3 Multidisciplinarita

Pokud jsem zmínila koncept ucelené rehabilitace, sociální pracovník se ihned odkazoval na spolupráci se spřátelenými organizacemi, městskými částmi, policií, opatrovníky, lékaři a úřady, nemocnicemi.

„Spolupracujeme s rodinou, psychiatrem, psychoterapeutem. Pokud pracujeme se studentem, kteří studují, tak se školním psychologem. A také pracujeme s jinými službami Fokusu, se spřátelenými organizacemi, s OSPODem.“ (Respondentka č. 6)

„Ano, spolupracujeme s nemocnicí Horní Boškovice, kam jezdíme jednou za 14 dní na poradny i se sociálními pracovníci té nemocnice.“ (Respondentka č. 7)

Tabulka č. 10: Spolupracující odborníci

Oborník
Psychoterapeut
Sociální pracovník - Úřad práce
Evangelický kněz
Psychiatr
Sociální pracovník - OSPOD
Výživový poradce
Psychiatrické sestry
Opatrovníci
Sociální pracovník – městský úřad

Zdroj: Vlastní výzkum

Multidisciplinarita se odehrává velmi často v rámci jedné budovy, kde rovnou sídlí tým podporovaného zaměstnávání, zdravotnický tým a tým chráněného bydlení. Tato spolupráce je nejsnazší a funguje velmi dobře. Pro sociální pracovníky je samozřejmostí.

„Pokud zjistíme, že někdo má zájem o práci, tak je pošleme o dveře dál za kolegy. Pokud zjistíme, že jsou bezdomovci, či potřebují doprovody, pošleme je do komunitního týmu, kde jsou case manažeři, kteří toto řeší.“ (Respondentka č. 1)

„My s návazností problém nemáme vůbec.“ (Respondentka č. 9)

Pokud není multidisciplinární tým k dispozici na místě, snaží se spolupracovat v rámci organizace s dalšími týmy specializovanými na danou oblast.

„...tak se nejčastěji a nejsnáze navazujeme v rámci Fokusu, to jsou kolegové...“ (Respondentka č. 8)

„Komplexnost tam tedy je, ale není zprostředkovaná pouze našim týmem.“ (Respondentka č. 7)

Dále sociální pracovníci fungují ve spolupráci s organizacemi zaměřenými na stejnou cílovou skupinu, ani zde není ve spolupráci problém a vychází si vstříc.

„Hodně spolupracujeme s Fokusem, s krizovým týmem z Ondřejova, s Green Doors a to funguje dobře.“ (Respondentka č. 11)

V poslední době se objevuje téma regionální dostupnosti služeb. Centra duševního zdraví by si již měli rozdělit jednotlivé okresky, o které se budou starat, aby péče byla dostupná všem.

„My pro to děláme to, že se teď rozjela hodně lokální spolupráce, což je supr.“ (Respondentka č. 9)

„Ale pak jsou Prahy, kde není nic. Teď budou vznikat CDZ, ty budou mít taky určitý Prahy reálně na starosti.“ (Respondentka č. 9)

Spolupráce s lékařem se neukázala být v předchozí kapitole až tak špatná. Nicméně jejím úskalím je to, že je pomalá. Pro rychlejší a přímočařejší péči by sociální pracovníci uvítali lékaře ve svém týmu nebo v rámci jedné budovy.

„Pomohlo by mít toho doktora, který by pružně reagoval, někdy je dohnat je tak zdoluhavý, že se ten problém mezitím vyřeší nebo to prostě nestačíte.“ (Respondentka č. 5)

„Úplně nejlepší je, když je to tady naše paní doktorka, která sídlí o patro níž, s ní pak probíráme hodně lidí.“ (Respondentka č. 8)

Ukazuje se, že spolupráce funguje dobře, ale je třeba ještě zapracovat na spolupráci s nemocnicemi a se zdravotníky obecně. Zde ještě nepanuje shoda a oboustranná spolupráce neprobíhá zcela hladce.

„Možná s téma psychiatry, s nimi panuje v sociálních službách veliký napětí a nespokojenost s tím, jak to mají. Nespolupracují a možná ani nevědí, že nějaké komunitní služby existují. Asi to vědí, ale nemají ponětí, co to může jejich klientům nabídnout.“ (Respondent č. 4)

Hlavní problém se ukazuje být v návaznosti služeb. Pro duševně nemocné, které sociální pracovník zrehabilituje ve všech jeho potřebách, nejsou návazná pracovní místa a sociální byty.

„My jejich potřeby vidíme, všechny chceme je naplnit. Ideální by bylo, kdybychom ho tu zrehabilitovali a pak by odešel. Ale on nemá kam jít.“ (Respondentka č. 11)

5.7 Diskuze

Ve výzkumu jsem se zaměřila na to, jaké aktivity realizuje sociální pracovník pro klienta s duševním onemocněním, z jakých principů vychází, a co vše využívá k tomu, aby péče byla komplexní, pokud tedy spatřuje v komplexnosti důležitost. Snažila jsem se v aktivitách sociálních pracovníků hledat jednotlivé složky konceptu, kontrolovat, zda je některá z nich opomíjená, co v péči chybí, aby mohly být postiženy souběžně veškeré potřebné oblasti. Stanovila jsem si hlavní výzkumnou otázku, která nesla další podotázky. Odpovědi klientů odhalily tři kategorie, do kterých je bylo možné zařadit – *naplnění jednotlivých složek, komplexní pohled na klienta a multidisciplinarita*.

Hlavní myšlenka práce vycházela z konceptu ucelené rehabilitace, který v sobě nese prvky komunitní péče, multidisciplinárního týmu, spolupráce zdravotnické a sociální oblasti a přepokládá komplexní uvažování o člověku. Sociální pracovník by měl posoudit a vytvořit intervenční plán, s tím, že zajistí jedinci podporu, tak aby byl napojen na komplexní systém služeb. (Kodymová, 2015)

Výzkum prokázal, že sociální pracovník sestaví a následně postupuje podle individuálního plánu, který vychází z potřeb klienta. Potřeby bývají nejčastěji sociálního charakteru – práce, bydlení, sociální kontakt. Liberman et kol. píše, že hlavním aspektem úspěšné psychiatrické rehabilitace, je právě určení reálných cílů s klientem. (Liberman, 2001) Sociální pracovníci se zmiňují, že v oblasti pracovní rehabilitace je zásadní nejprve *vykládat očekávání*, jelikož nepřiměřená očekávání, nereálné cíle a příliš nízké nebo vysoké sebevědomí bývají hlavním důvodem selhání klientů v zaměstnání.

Základní předpoklad pro tuto fázi, ale i pro používání konceptu ucelené rehabilitace, je holistické uvažování sociálního pracovníka o svém klientovi, jak upozorňuje Jankovský. Pokud tak neučiní, může to vést ke zjednodušení neboli redukcionismu.

Sociální pracovník musí nahlížet na klienta jako na bio-psycho-socio-spirituální bytost, přistupovat k němu celistvě jako k někomu, kdo má schopnost dosahovat optimálního psychického i fyzického zdraví. (Jankovský, 2015) *Takový předpoklad*, dle výzkumu, *sociální pracovníci bez výhrad splňují*. Potvrzuje to několik výpovědí, mezi nimi i respondentka č. 7: „*Já si to vykládám tak, že se v tom člověku pracuje v celém modelu – bio-psycho-spirito-sociální.*“

Mezi potřebami se neobjevují *otázky zdraví, pohybu a zdravého stravování*. Ač je somatická stránka klientů velmi špatná vlivem několika faktorů (léky, nedostatek financí a tedy levné nezdravé jídlo, somatické nemoci bránící pohybu, příliš formálních vztahů a nedůvěra k lékařům), nedaří se tuto otázku optimálně řešit. Aktivita sociálních pracovníků k této problematice směřuje, nicméně není o to žádný zájem. Richardson et. kol připomínají důležitost citlivého trenéra, který by měl respektovat klienty jako sobě rovné a pomáhat jim budovat úplně nový vztah ke svému tělu. (Richardson, 2005) Problém lhostejnosti a nenávisti svého těla respondenti zmiňovali vícekrát a zdá se, že tento faktor významně přispívá k nízké motivaci klientů pečovat o své fyzické zdraví. Richardson také popisuje, že by vztah ke svému tělu, k pohybu a k zdravému životnímu stylu měl začínat již v nemocnicích. (Richardson, 2005) A to se dle výzkumu neděje. Součástí týmů není fyzioterapeut, ani výživový poradce. „*zavést tam povinnou fyzioterapii, povinné rehabilitační lékařství. A taky výživový poradce vedle toho.*“ (Respondentka č. 10) Špatné fyzické zdraví pacientů je způsobeno jednak nedostatečnou lékařskou péčí (hlavně tím, že nechodí na preventivní prohlídky) a tendencí k nezdravému životnímu stylu. Tomuto by mohl předejít psychiatr, jak píše Phelan, který je jako jeden z mála odborníků v kontaktu s pacientem a pacient k němu pravidelně chodí, jelikož potřebuje své léky. Pokud by psychiatr mluvil s klientem o problematice prevence, možná by vůle klientů byla vyšší. (Phelan, 2001) Aktivity sociálních pracovníků pro zlepšení fyzického stavu jsou, jak výzkum prokázal, dostatečné a velmi variabilní tak, aby uspokojily nejednoho klienta. Stačí tedy zvýšit motivaci klientů, k čemuž by, dle mého názoru, mohl psychiatr jako autorita výrazně přispět. Stačilo by srozumitelně vysvětlit, jak snadné a dostupné je pro své zdraví něco dělat a jaká rizika jejich životní styl nese. Pak by snad fyzické zdraví zaujalo rovnocennou pozici na žebříčku hodnot vedle práce a bydlení.

Respondenti vyjádřili, že se daří celkově plnit potřeby klientů. Tato úspěšnost je mimo jiné daná schopností spolupráce sociálních pracovníků a organizací zaměřených na stejnou cílovou skupinu. Díky tomu vznikají lokální sítě služeb, které saturují potřeby klienta v mnoha směrech. Ukazuje se, že klienta se daří uceleně zrehabilitovat. To znamená, že získá ve stacionární službě kamarády, je schopen samostatně bydlet i pracovat. Odchází ze sociálních služeb, které mají nejvyšší práh a cítí se být dostatečně silný na to, aby vykročil do normálního života bez podpory jakékoliv služby. Bohužel nemá kam jít, nejsou pro něj žádné byty, které by si s brigádnickým platem dovolit, není dostatek míst na volném trhu, které by mu přinesly dostatek financí na nájem. Musí se tedy vrátit zpátky do služby, z které odešel a zabrzdit tak svůj vývoj. Sociální pracovníci říkají, že tuto situaci již musí řešit stát, v silách organizací není možné toto ovlivnit. Anthony popisuje, že nejvyšším cílem rehabilitace je integrovat člověka do společnosti tak, aby pokud možno co nejméně potřeboval pomoc odborníků. (Anthony, 1993) A to se tedy, jak se ukazuje, ještě zcela nedaří. Klienti zůstávají v péči odborníků a organizací a nedaří se je vypustit z této ochranné bubliny ven.

Pracovník ví, že je třeba, aby služby byly provázané tak, aby pokryly veškeré potřeby. K provázanosti služeb je třeba aktivní přístup pracovníka, který je například ochoten zavolat opakovaně lékaři, i když komunikace s ním není vstřícná. Jedna z respondentek tuto činnost nazvala jako „*vlamovat se na psychiatrii*“ (Respondentka č. 10). Obtížnost komunikace s psychiatrem potvrzuje i Hejzlar, který říká, že mezi psychiatry převládá přesvědčení o tom, že rehabilitace je následným doplňkem jejich léčby. (Hejzlar, 2009) Respondent č. 4 to shrnul: „*ani nevědí, že nějaké komunitní služby existují. Asi to vědí, ale nemají ponětí, co to může jejich klientům nabídnout.*“ Pro úspěšnou realizaci rehabilitace je zapotřebí multidisciplinárního týmu, kde budou jednotliví odborníci ochotně sdělovat znalosti ze svého oboru a budou tak propojovat léčbu a rehabilitaci, neboli medicínský a bio-psycho-sociální model léčby. Tým zajistí širokou nabídku služeb, která pokryje veškeré klientovy potřeby (Lieberman, 2001) Na tom, že provázanost služeb je v naplňování konceptu zásadní, se shodnou i respondenti, kteří připomínají, že není možné, aby klient, který je schopen pracovat, setrval v centru denních aktivit s klienty například seniorského věku

nebo s těmi, u kterých není pracovní rehabilitace součástí individuálního plánu. A tak je nutnost jej odkázat na tým podporovaného zaměstnání v rámci jiné organizace.

Liberman se dále zmiňuje o tom, že je důležitější znát kompetence jednotlivých odborníků v týmu, mít dostatečnou administrativní podporu a dobrou organizaci, nežli harmonizovat počty profesionálů. (Liberman, 2001) To odporuje výsledkům našeho výzkumu, kdy sociální pracovníci popisují, že příliš mnoho péče klientovi spíše vadí, než vyhovuje. Ideální by, dle respondentů, bylo, kdyby existoval multidisciplinární tým, který by součinně zajišťoval potřeby a zároveň redukoval počet formálních vztahů klienta a budoval péči tak, aby jeho potřeby plnila hlavně komunita, nikoliv odborníci.

Hejzlar píše, že *sociální rehabilitace* je nejvíce zastoupená složka v celém konceptu. (Hejzlar, 2009) To souhlasí s mým výzkumem, kde aktivity sociální rehabilitace převyšují svým počtem aktivity z jiných složek. Sociální pracovník realizuje aktivity pro rozšíření sociální sítě, spolupracuje s rodinou, pořádá a vymýšlí mnoho typů programů. Sociální rehabilitace se z velké části daří, nedaří se ale klienty dostat mezi běžnou populaci. Perry et kol. píše, že je s podivem, že existuje velmi málo pramenů o procesu navazování vztahů u lidí s duševním onemocněním. (Perry, 2015) Zůstává otázkou, jak lze zajistit lepší prostup klientů do běžné společnosti. Není příliš míst, mimo tréninkových kaváren, kde by se mohli potkat v přirozeném prostředí duševně nemocný člověk a člověk bez psychiatrické diagnózy.

V rámci *pracovní rehabilitace* se sociální pracovník potýká se stigmatem. O práci klientů se starají specializované týmy. Sociální pracovníci jsou velmi aktivní ve vytváření sítě zaměstnavatelů, kteří jsou ochotní zaměstnávat tuto cílovou skupinu. Práce se daří sehnat, ideálem by ale bylo, aby se klienti dostali více na otevřený trh, kde by byli více platově ohodnoceni, což by přispělo ke snazší sociální i léčebné rehabilitaci. Osvědčuje se způsob tréninku a postupného přidávání pracovní zátěže. Lehman, Burns et al. a Vachková se zmiňují o vysoké efektivitě modelu zaměstnávání IPS, který umožňuje okamžitý vstup na otevřený trh s vysokou úspěšností. Žádný pracovník tuto metodiku nezmněl. IPS je model, který klade důraz na neprodlený

vstup klienta na otevřený trh, maximálně s podporou pracovního asistenta a na podporu a komunikaci se zaměstnavateli, kteří klienta zaměstnají. (Lehman, 2002)

V rámci *léčebné rehabilitace* panují největší dohady, nesoulady a spíše přání pracovníků, než jejich realizace. Zatím je totiž situace taková, že zdravotníci příliš nevědí, v čem jim může sociální pracovník nebo komunitní multidisciplinární tým pomoci. Emmerová zdůrazňuje, že pro možnost realizace komprehenzivní rehabilitace, je nutné, aby ošetřující lékař seznámil svého pacienta se všemi možnostmi ucelené rehabilitace. (Emmerová, 2012) Jenže je otázka, zda o ní vůbec ví a zda jsou si vědomi všech jejích možností. I Hejzlar se zmiňuje o tom, že ačkoliv teorie i odborná veřejnost tvrdí, že spolupráce zdravotnického a sociálního sektoru k péči o duševně nemocné neodmyslitelně patří, praxe je jiná. Spolupráce běží na několika málo místech České republiky a to tam, kde to jedna či druhá strana iniciativně a cíleně zorganizovala. (Hejzlar, 2009) To potvrzuje částečně i můj výzkum. Sociální pracovníci popisují situace, kdy kontaktují psychiatra a on s nimi poté na chvíli komunikuje, jak je třeba. Rozhovor jsem realizovala i se sociální pracovnící, která je zároveň psychiatrická sestra a funguje v rámci terénního týmu při nemocnici. Zde vzniká ideální způsob návaznosti, kdy klient ihned po hospitalizaci je v péči pracovnice, která má každodenní možnost kontaktu s jeho ošetřujícím psychiatrem a zároveň má přímočarý přístup ke zdravotnickým službám. Klient se v takové péči bezprostředně po hospitalizaci cítí bezpečněji. „*Sem by přišli, ale do Fokusu už nedojdou. To by bylo dobré na překlenutí nějaké doby po té hospitalizaci, kdy si ještě nejsou jistí.*“ (Respondentka č. 5) Tento tým vznikl na základě iniciativy lékařského personálu nemocnice, v reakci na to, že klienty chtějí co nejdříve dostat do komunity, ale zároveň chtějí mít možnost je kontrolovat. Situace se, dle slov respondentů, vyvíjí k lepšímu, vznikají centra duševního zdraví, kterých jsou součástí osvědčení psychiatři, kteří chtějí spolupracovat na léčbě s dalšími odborníky. *Integrace péče o duševně nemocné je výzvou pro českou psychiatrii.* (Hejzlar, 2009) Bylo by zároveň zajímavé realizovat výzkum z jiného úhlu pohledu, jak vidí lékaři spolupráci se sociálním pracovníkem, co jim stojí v cestě a jak více sociálního pracovníka pro svou práci využít. Do sociálních služeb se dnes dobře daří zapojovat psychiatrické sestry, které mohou částečně zdravotnickou starost o klienta přebrat, viz výše zmíněný terénní

tým při nemocnici či psychiatrické sestry docházející do chráněných bydlení, které byly zmíněny v odpovědích dalších respondentek.

Psychoterapie u duševně nemocných má několik cílů – sociální, emoční, kognitivní, a behaviorální. Psychoterapie rozhodně pomáhá nést sociální a osobní břemeno, které duševní nemoc přináší. (Kazdin, 2011) Psychoterapii přesto využívá zhruba polovina klientů, druhá polovina s nimi nemá dobrou zkušenost, nebo nechtějí další formální vztah, ve kterém by jim někdo říkal, co a jak mají či nemají dělat. Cíleně s nimi sociální pracovník psychoterapeuticky nepracuje, někteří odkazují na jiné organizace a služby. Přesto každý sociální pracovník uvádí, že by individuální psychoterapie byla ideálním řešením řady problémů. Pro léčebnou složku sociální pracovník dělá nejrůznější osvětové programy, o které opakovaně není zájem, kontaktuje psychiatra, jezdí do léčebny, pořádá sportovní akce a hlavní naději vkládá do center duševního zdraví. *Spiritualitu klientů sociální pracovníci neřeší*, ač si uvědomují, že k nemoci neodmyslitelně patří, jen jedno pracoviště realizuje specializovaný spirituální program.

Pedagogické prostředky jsou hojně využívány napříč všemi složkami konceptu. Jejich nevýhoda spočívá v nedostatku financí pro vybavení. Návčivky sociálních a pracovních dovedností jsou mezi klienty oblíbené a sociální pracovníci je kreativně a rádi realizují. Jsou hlavním prostředkem celého konceptu ucelené rehabilitace v terénních a ambulantních službách.

Naplnění konceptu je podmíněno, jak bylo řečeno, *multidisciplinárním týmem*. Každý pracovník spatřuje klienta v celé jeho celistvosti, uvědomuje si veškeré konsekvence péče, které by se mu mělo dostat. Snaží se napojit se na maximum odborníků a služeb a používá tedy koncept v maximální šíři, která je v jeho silách. Pro kompletnost chybí především kvalitní spolupráce s lékařem a se zdravotnickým sektorem obecně. Odpověď na hlavní výzkumnou otázku by tedy byla, že *sociální pracovník rozhodně využívá konceptu ucelené rehabilitace a svou prací naplňuje všechny jeho složky*. Nicméně pro rozšíření hlavně léčebné složky, je třeba zapracovat na spolupráci se zdravotnictvím. Somatické zdraví klienta brzdí jeho

rozvoj v získání lepší práce a tedy i lepšího bydlení. Tím se točíme v kruhu, ve kterém ještě není naplnění všech složek rovnocenné. *Hlavní slabinu sociální pracovníci spatřují v návaznosti služeb* – hlavně sociální byty, volná pracovní místa a možnosti trávení volného času mezi zdravými lidmi. Často mezi slabými stránkami bylo zmíněno stigma, pro jehož zmírnění je taktéž realizováno několik programů.

Pro naplnění konceptu je podstatná angažovanost sociálního pracovníka, míra energie, kterou je schopen motivovat svého klienta pro plnění individuálního plánu v celém rozsahu a neopomíjet složky, kterým se klient až tolik věnovat nechce, ale pro komplexnost jsou podstatné. Komplexnost je umožněna pouze za předpokladu multidisciplinárního týmu. Ukazuje se, že koncept ucelené rehabilitace je dnes na počátku svého vývoje a počítá se s jeho rozšiřováním do budoucna. Sociální pracovníci jej rozhodně buď plánují zařadit nebo ho již zařazují ve velké míře do své práce s duševně nemocnými klienty.

Největší omezení vlastního výzkumu vidím v dotazování se sociálních pracovníků, kteří pracují v komunitních týmech či v organizacích, kteří se hlásí ke komunitní psychiatrii, komplexnosti péče a multidisciplinarity. Bylo by zajímavé výzkum provést mezi sociálními pracovníci například na úřadech. Taktéž výzkum kritizuje spolupráci lékařských odborníků, nicméně neptá se již jich samých a nevím tedy, z čeho tato špatná koordinace plyne. Nedohledala jsem žádný výzkum, který by se zabýval stejnou problematikou a nemohu tedy porovnat výsledky.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, zda sociální pracovníci využívají koncept ucelené rehabilitace při práci s duševně nemocnými klienty.

V teoretické části byl podrobně popsán význam komplexnosti v práci s danou cílovou skupinou. Bylo nastíněno, jaké problémy vznikají při snaze o komprehenzivní rehabilitaci. Jednalo se hlavně o nutnost spolupráce lékaře s týmem. Koncept ucelené rehabilitace byl zařazen jako příbuzný pojem psychosociální rehabilitace, který je často prezentován v zahraniční literatuře v souvislosti s duševním onemocněním, přičemž byla také popsána jeho teoretická východiska. Bylo též zahrnuto praktické pojetí konceptu ucelené rehabilitace několika českými autory, kteří se mu věnují, přičemž byla jejich východiska obohacena o aktuální definice. V současnosti se užívá pojmu komprehenzivní či koordinované rehabilitace, který nahrazuje původní pojem ucelená rehabilitace. Velkým přínosem této práce pro české prostředí je fakt, že je problematika zásadně obohacena o aktuální poznatky ze zahraničí. Jedná se například o IPS model zaměstnávání, který se u nás, alespoň dle výzkumu, nevyužívá, zatímco ve světě je velmi často a s úspěchem využíván. Koncept jako takový se potýká s naprostým nedostatkem odborné literatury, proto bylo nutné teoretická východiska doplňovat o zdroje, které jsou založené na stejné filosofii a následně hledat paralely s konceptem ucelené rehabilitace.

V teoretické části je věnován prostor problematice stigmatu, která je zásadní pro práci s duševně nemocnými klienty, což potvrdilo nejen studium literatury, ale také provedený výzkum. Není opomenuta problematika spirituality duševně nemocných, které je v dostupných pramenech přikládán velký význam, což se ale nepotvrdilo v odpovědích respondentů. Zde teorie odporuje praxi – respondent ví, že duševní nemoc je spirituální sama o sobě, a přesto na ní s klientem cíleně nepracuje, často to ani nepovažuje za nutné.

Záměrem praktické části bylo popsat fungování celého konceptu v praxi se všemi jeho silnými a slabými stránkami. Autoři se shodují na tom, že podmínkou naplnění konceptu je komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální a psychologický přístup, opakované a závěrečné multidisciplinární posouzení,

součinnost všech poskytovatelů. Lze konstatovat, že dotazovaní respondenti pracují se všemi těmito atributy. Ukázalo se, že dotazovaní využívají koncept ve všech jeho složkách. V práci s klientem jsou aktivní tak, aby naplnili veškeré potřeby a snaží se naplnit i ty hodnoty, které třeba klient nepovažuje za důležité, ač je evidentní, že pro dosažení uceleného zdraví jsou nezbytné. Jedná se hlavně o somatickou stránku klientů, která je nejvíce opomíjenou složkou, jak ze strany zdravotníků, tak ze strany klientů samotných, ovšem bez naplnění této části, není možné považovat rehabilitaci za ucelenou. Respondenti budují návaznou síť služeb, dobře dostupnou klientům, spolupracují napříč organizacemi. Sociální pracovník mnohdy naráží na komunikaci s lékařem a doufá, že je otázkou času, kdy se lékaře podaří více propojit se sociální sférou a pochopí, v čem si vzájemně mohou pomoci. Pracovníci usilují o vytváření lokální sítě služeb, která pomáhá vytvářet klientům hustší sociální síť. Těživou otázkou jsou sociální byty, které by klientům umožnily se zcela osamostatnit a naučit se žít s podporou vlastní komunity. Podpora člověka vlastní komunitou je sociálním pracovníkem považována za nejvyšší možný dosažený cíl. Respondenti popisovali jako ideální postup ten, kdy je člověk nejprve podporován multidisciplinárním týmem v požadované míře, jsou mu nabízeny různé terénní a stacionární služby, přičemž se postupně redukuje formální vztahy na minimum a rozšiřují se přirozené vztahy. Klient následně získá práci na otevřeném trhu, sociální byt a opouští ochrannou bublinu a vyráží zpět do světa mezi „normální“ lidi. Jedná se samozřejmě o ideální průběh, který se ne vždy zcela daří, ale zdá se, že k tomu celý vývoj psychiatrické rehabilitace a s ním vznikající centra duševního zdraví směřují.

Závěrem lze tedy říct že, základní teoretická východiska konceptu ucelené rehabilitace sociální pracovník naplňuje. Základními teoretickými východisky jsou míněna především:

- Multidisciplinarita – sociální pracovník se snaží o spolupráci s lékařem, dobře funguje spolupráce napříč organizacemi se stejnou cílovou skupinou, samozřejmostí je předávání klienta mezi odborníky a specializovanými týmy dané organizace
- Šetření potřeb klienta – sociální pracovník na počátku volí sepsání individuálního plánu a následně se jím řídí a doporučuje dle něj klientovi programy své organizace či organizací jiných

- Naplňování jednotlivých složek konceptu – především aktivitami, které sociální služby klientům nabízí v rámci sociální rehabilitace, tedy výrazně převažuje problematika bydlení, finanční gramotnosti, hledání práce a sociálních dovedností
- Komplexnost – jako filosofické východisko ucelené rehabilitace o něm sociální pracovník ví, dokáže si pod ním představit osobnost a život člověka se všemi náležitostmi, nicméně někdy, ač ví o určitých potřebách, není úplně aktivní v hledání nových způsobů jak je naplnit, pokud dosavadní nefungují (viz hlavně spiritualita, zdravý životní styl, psychoterapie)

Rozhodně nejvíce opomíjenou složkou je složka léčebná, jak již bylo několikrát zmíněno. Nejedná se pouze o spolupráci s psychiatrem, u které je nutné začít a částečně se na ní pracuje v rámci vznikajících center duševního zdraví. Ale také o hledání cest, jak snížit riziko obezity, což by bylo v silách sociálního pracovníka, například ve spolupráci s fyzioterapeutem, či jinými profesionály, kteří se cíleně zabývají prací s lidským tělem. Takové programy prozatím neexistují. Léčebnou složku sociální pracovník trpělivě naplňuje telefonováním s psychiatrem a osvětovými programy zdravého životního stylu. Jako ideální se jeví rozšíření bodyterapeutických, tanečně pohybových programů v úzké spolupráci s fyzioterapeuty a nutričními terapeuty, které by byly dostupné ve službách pro duševně nemocné každodenně, nikoliv v rámci nárazových akcí.

Pro zlepšení komunikace a sociální sítě klientů obecně sociální pracovníci uvádí nutnost dlouhodobého psychoterapeutického vztahu či kontakt s více sociálními pracovníky s psychoterapeutickým výcvikem. Nicméně psychoterapeutické programy se v rámci služeb nevyskytují v nijak velké míře, psychoterapeuti nejsou součástí stacionárních služeb a sociální pracovníci tedy mohou jen doporučit navštěvovat psychoterapii. Dále se v této oblasti neangažují. I zde by mohlo být řešením centrum duševního zdraví, kde by byl psychoterapeut nepřetržitě, a hlavně bezplatně, dostupný.

A poslední bod závěru se týká práce. Ukazuje se, že duševně nemocné neustále držíme především na tréninkových místech. Ve světě úspěšný IPS model, kdy lidé s psychiatrickou diagnózou směřují neprodleně na volný trh práce, se u nás příliš nevyskytuje.

REFERENČNÍ SEZNAM

- 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. ISSN 1095-158X. 16(4), 11-23.
- ARBESMAN, M. a. D. W. LOGSDON. Occupational Therapy Interventions for Employment and Education for Adults With Serious Mental Illness: A Systematic Review. *American Journal of Occupational Therapy*. 2011, 65(3), s. 238-246. ISSN 1943-7676. Rozhodněte se pro některý způsob
- BARKER, L. Robert. *The social work dictionary*. 6th ed. Washington, DC: NASW Press, 2014. ISBN 0871014475.
- BITTER, Neis A., Diana P. K. ROEG, Chijs VAN NIEUWENHUIZEN a. Jaap VAN WEEGHEL. Effectiveness of the Comprehensive Approach to Rehabilitation (CARE) methodology: design of a cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2015, 15:156. ISSN 1471-244X.
- BURNS, Tom, CATTY Jocelyn, BECKER Thomas, et al. The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *The Lancet*. 2007, 370(9593), 1146-1152. ISSN 0140-6736.
- CERINO, Stefania, et al. Non conventional psychiatric rehabilitation in schizophrenia using therapeutic riding: the FISE multicentre Pindar project. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*. 2011, 47(4), 409-414. ISSN ISSN 0021-2571.
- CORRIGAN, Patrick W., et al. *Principles and practice of psychiatric rehabilitation: An empirical approach*. New York: Guilford Press, 2012. ISBN 9781462508945.
- CORRIGAN, Patrick W., Natalie SLOPEN, Gabriela GRACIA, Sean PHELAN, Cornelius B. KEOGH a. Lorraine KECK. Some Recovery Processes in Mutual-Help Groups for Persons with Mental Illness; II: Qualitative Analysis of Participant Interviews. *Community Mental Health Journal*. 2005, 41(6), 721-735. ISSN 0010-3853.
- CREEK, J. a. L. LOUGHER, L. *Occupational therapy and mental health*. 4th ed. London: Churchill Livingstone, 2008. ISBN 0702048763.

- CROWTHER, R. E. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*. 2001, 322(7280), 204-208. ISSN 09598138.
- DAVIDSON, Larry, Maria J. O'CONNELL, Janis TONDORA, Martha LAWLESS a. Arthur C. EVANS. Recovery in Serious Mental Illness: A New Wine or Just a New Bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005, 36(5), 480-487. ISSN 1939-1323.
- DRAKE, Robert E., Alan I. GREEN, Kim T. MUESER a. Howard H. GOLDMAN. *Community Mental Health Journal*. 39(5), 427-440. ISSN 00103853.
- EMMEROVÁ, Milada. Co to je koordinovaná rehabilitace? In: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV, 2012. ISBN 978-80-7421-052-5.
- FALLOT, Roger D. Spirituality and religion in psychiatric rehabilitation and recovery from mental illness. *International Review of Psychiatry*. 2009, 13(2), 110-116. ISSN 0954-0261.
- HEJZLAR Pavel. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro Praxi*. 2009, 10(5), 226 – 230. ISSN 1803-5272.
- HEJZLAR, Petr. Sociální začleňování duševně nemocných v podmínkách pardubického kraje. *Aktuální otázky sociální politiky – teorie a praxe*. 2010. ISSN 1804-9095. Pardubice: s.n.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením, somatopedická a psychologická hlediska*. Praha: Triton, 2001. s. 158. ISBN 80-7254-192-7.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace*. In: VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Otázky speciálně pedagogického poradenství: základy, teorie, praxe: učební text k projektu "Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce*. Vyd. 2. Brno: MSD, 2004. ISBN 80-86633-23-3.
- JANKOVSKÝ, Jiří a Barbora JANKOVSKÁ. Arteterapie jako součást ucelené rehabilitace dětí s tělesným postižením. *Speciální pedagogika*. 2001, 11(4), 243-247. ISSN 1211-2720.

- JANKOVSKÝ, Jiří, Martin HOLUB, Ivana MATOUŠKOVÁ, Dana VRABCOVÁ, Andrea TAJANOVSKÁ a Radka MICHELOVÁ. *Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015. Sešit sociální práce. ISBN 978-80-7421-088-4.
- JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.
- KÁBELE, F. *Somatopedie*. Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-706-6533-5.
- KAPPL, Miroslav. Vývojové modely sociální práce a jejich metafory. In: *Posuzování životní situace v sociální práci*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008, 44-48. Sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce. ISBN 978-80-7041-419-4
- KAZDIN, A.E. a. S.L. BLASE. Rebooting psychotherapy research and practice to reduce the burden of mental illness. *Perspectives on psychological science*. 2001, 6(1), 21-37. ISSN: 1745-6924.
- KODYMOVÁ, PAVLA. Úvod. In: *Sešit sociální práce*. Praha: ASVPS, 2015, 3, 5-6. ISBN: 978-80-7421-088-4.
- KOPELOWICZ, Alex a. Robert Paul LIBERMAN. Integration of Care: Integrating Treatment With Rehabilitation for Persons With Major Mental Illnesses. *Psychiatric Services*. 2003, 54(11), 1491-1498. ISSN 1075-2730.
- LAMB, H. Richard, Leona L. BACHRACH. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*. 2001, 52 (8), 1039-1045. ISSN 1075-2730.
- LEFF, J. The TAPS Project: A report on 13 years of research, 1985-1998. *Psychiatric Bulletin*. 2000, 24(5), 165-168. ISSN 09556036.
- LEHMAN, Anthony F., Richard GOLDBERG, Lisa B. DIXON, Scot MCNARY et al. Improving Employment Outcomes for Persons With Severe Mental Illnesses. *Archives of General Psychiatry*. 2002, 59(2), 165. ISSN 0003-990x.
- LHOTOVÁ, Marie. Ornametální tvorba a schizofrenní onemocnění v psychoterapeutickém procesu. *Arteterapie*. 2005, 9, 14-20. ISSN 1214-4460.
- LIBERMAN, Robert Paul a. Ira D. GLICK. Rehab Rounds: Drug and Psychosocial Curricula for Psychiatry Residents for Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2004, 55(11), 1217-1219. ISSN 1075-2730.

- LIBERMAN, Robert Paul a. Alex KOPELOWICZ. Rehab Rounds: Teaching Persons With Severe Mental Disabilities to Be Their Own Case Managers. *Psychiatric Services*. 2002, 53(11), 1377-1379. ISSN 1075-2730.
- LIBERMAN, Robert Paul, Donald M. HILTY, Robert E. DRAKE a. Hector W. H. TSANG. Requirements for Multidisciplinary Teamwork in Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*. 2001, 52(10), 1331-1342. ISSN 1075-2730.
- MAONE, Antonio a. Elisabetta ROSSI. Care in the Community in Italy Twenty-five Years After the Psychiatric Reform. *International Journal of Mental Health*. 2015, 31(4), 78-89. ISSN 0020-7411.
- MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVÁ. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1151-6.
- MARSHALL, Max. Case management: a dubious practice. *BMJ: British Medical Journal*. 1996, 312, 523-524. ISSN 2044-6055.
- Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010, 92 - 94. ISBN 978-80-7367-818-0.
- MICHON, H., J. van BUSSCHBACH, M. van VUGT, A. STANT, H. KROON, D. WIERSMA, J. von WEEGHEL. Effectiveness of the Individual Placement and Support (IPS) model of vocational rehabilitation for people with severe mental illnesses in the Netherlands. *Psychiatrische Praxis*. 2011, 38 (01). ISSN 0303-4259.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Priority rozvoje sociálních služeb – pracovní materiál*. Praha, 2009, s.14-16. Odbor sociálních služeb a sociálního začleňování, 2009, 14-16.
- MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale... : dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, 2004. ISBN 80-903070-1-9.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. ISBN 80-903070-0-0.
- NORDT, C., W. ROSSLER a. C. LAUBER. Attitudes of Mental Health Professionals Toward People With Schizophrenia and Major Depression. *Schizophrenia Bulletin*. 2005, 32(4), 709-714. ISSN 0586-7614.

- NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- ODELL-MILLER, Helen. Why Provide Music Therapy in the Community for Adults With Mental Health Problems? In: *Voices: A World Forum for Music Therapy*. Bergen: Uni Research, Uni Health, Grieg Academy Music Therapy Research Centre, 2005. ISSN 1504-1611
- PADGETT, Deborah. *Qualitative methods in social work research*. Los Angeles: Sage Publications, 2016. ISBN 9781412951937.
- PAYNE, Malcolm. *Modern social work theory*. 2nd ed. London: Macmillan, 1997. ISBN 0-333-67654-8.
- PĚČ, MUDr Ondřej. Psychoterapie u psychóz. *Psychiatrie pro praxi*. 2009, ISSN 1213-0508.
- PĚČ, Ondřej et al. Denní stacionáře s psychoterapeutickou péčí. *Česká a slovenská psychiatrie*. 2003, 99.S2, 10-15. ISSN 1212-0383.
- PĚČ, Ondřej, Barbora WENIGOVÁ, Tomáš RAITER et al. Potřeby odborníků a uživatelů psychiatrické péče pro vytvoření modelu služeb pro duševně nemocné v Praze. *Psychiatrie*. 2009, 13(1), 10-14. ISSN 1212-6845.
- PERRY, Brea L. a. Bernice A. PESCOLIDIO. Social network activation: The role of health discussion partners in recovery from mental illness. *Social Science & Medicine*. 2015, 125,116-128. ISSN 02779536.
- PFEIFFER, Jan et al. *Dítě se zdravotním postižením*. Praha: Ministerstvo školství - ARPZD, 1999, s. 78. ISBN 80-210-1953-0.
- PHELAN, M. Physical health of people with severe mental illness. *BMJ*. 322(7284), 443-444. ISSN 09598138.
- PRATT, Carlos. *Psychiatric Rehabilitation*. 2nd ed. Burlington: Elsevier, 2006. ISBN 9780080465906.
- ROESSLER, Wulf. Psychiatric rehabilitation today: an overview. *World Psychiatry*. 2006, 5(3), 151-157. ISSN: 2051-5545.
- ŘIHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.

- SPANIOL, Susan. Art Theraphy with Adults with Severe Mental Illness. In MALCHIODI, Cathy A. *Handbook of art therapy*. 2nd ed. New York: Guilford Press, c2012. ISBN 978-1609189754.
- STRAUSS, Anselm L. a. Juliet M. CORBIN. *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. 2nd ed. Thousand Oaks: Sage Publications, c1998. ISBN 9780803959392.
- STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba a case management*, Praha: Fokus Books, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2002. ISBN
- SULLIVAN, W. Patrick. Recoiling, regrouping, and recovering: First-person accounts of the role of spirituality in the course of serious mental illness. *New Directions for Mental Health Services*. 1998, 80, 25-33. ISSN 01939416.
- ŠLEPECKÝ, Miloš a ZIBRÍNOVÁ Libica. Treéning sociálních schopností. In: PĚČ, Ondřej a Václava PROBSTOVÁ. *Psychózy: psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- TALWAR, N., M. J. CRAWFORD, A. MARATOS, U. NUR, O. MCDERMOTT a. S. PROCTER. Music therapy for in-patients with schizophrenia: Exploratory randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*. 2006, 189(5), 405-409. ISSN 0007-1250.
- THORNICROFT, Graham. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. *The British Journal of Psychiatry*. 2004, 185(4), 283-290. ISSN 0007-1250.
- TRIEMAN, Noam, Walter WILLS a. Julian LEFF. TAPS Project 28: does reprovision benefit elderly long-stay mental patients? *Schizophrenia Research*. 1996, 21(3), 199-208 ISSN 09209964.
- VACHKOVÁ, Lenka. Sociální a rehabilitační programy pro duševně nemocné. *Psychiatr. Prax.* 2008, 9(3), 136-140. ISSN 1335-9584.
- VAN WEEGHEL, Jaap, Chantal VAN AUDENHOVE, Mario COLUCCI, et al. The components of good community care for people with severe mental illnesses: Views of stakeholders in five European countries. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2005, 28(3), 274-281. ISSN 1559-3126.

- VOTAVA, Jiří. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
- WILKEN, Jean Pierre a. Dirk den HOLLANDER. *Rehabilitation and recovery: a comprehensive approach*. Amstrdam: SWP Publishers, 2013. ISBN 9789066656741.
- *Zdravotnická statistika: Psychiatrická péče*. Praha: ÚZIS ČR, 2016. ISBN 978-80-7472-151-9. ISSN 1210-8588.

ZÁKONY

- ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, *In: Sbírka zákonů České republiky*. 6. 6. 2012. ISSN 1211-1244.
- ČESKO. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. *In: Sbírka zákonů České republiky*. 1. 10. 2014. ISSN 1211-1244.

PŘEDNÁŠKY

- HOGENOVÁ Anna. *Metodologie společenských věd*. Přednáška pro 1. ročník nMgr. Sociální práce. Praha: PVŠPS, 11.3.2016

INTERNÍ SMĚRNICE MPSV

- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Doporučený postup č. 1/2016 na podporu realizace prostupného systému sociální a pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: MPSV, 2016. Odbor sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení odbor trhu práce.

PŘÍLOHY

Příloha 1: Rozhovor s respondentkou č. 1

Příloha 2: Rozhovor s respondentkou č. 2

Příloha 3: Rozhovor s respondentkou č. 3

Příloha 4: Rozhovor s respondentem č. 4

Příloha 5: Rozhovor s respondentkou č. 5

Příloha 6: Rozhovor s respondentkou č. 6

Příloha 7: Rozhovor s respondentkou č. 7

Příloha 8: Rozhovor s respondentkou č. 8

Příloha 9: Rozhovor s respondentkou č. 9

Příloha 10: Rozhovor s respondentkou č. 10

Příloha 11: Rozhovor s respondentkou č. 11

PŘÍLOHA 1

J: Jaké aktivity zde realizujete v rámci centra denních aktivit?

S: Realizujeme nácvik dovedností, což znamená především nácvik vaření. Tam je důležité, aby každý měl nějakou svojí funkci, někdo vaří, někdo uklízí, někdo umývá nádobí, někdo jde nakupovat. Takže to je nácvik sociálních dovedností. Máme tu pravidelnou funkci zalévání květin, pereme utěrky. Potom už máme nějaký program v rámci volnočasových aktivit, jako jsou společenské hry různého charakteru, trénink paměti a pozornosti, kreativní dílny, divadelní dílna. Tam je dobrovolnice, kde se tvoří loutky a vymýšlí se kreativní činnost, která se dá využít jako divadélko. Během sezóny je péče o zahradu v atriu, kde jsou bylinky a zeleniny. A pátky chodíme na výlety, ať už do přírody nebo na nějaké výstavy.

J: Jak funguje návaznost na jiné služby, pokud je to potřeba?

S: My to až tak neřešíme. Pokud zjistíme, že někdo má zájem o práci, tak je pošleme o dveře dál za kolegy. Pokud zjistíme, že jsou bezdomovci, či potřebují doprovody, pošleme je do komunitního týmu, kde jsou case manageři, kteří toto řeší.

J: Jaké potřeby klienti mají?

S: Potřeby společenského kontaktu. V CDA jsou, aby nebyli sami doma, aby přišli mezi lidi. Tady je ten kontakt pro ně v rámci možností nenáročný, rozhodně méně náročný než-li v běžném prostředí. Potom to vaření, levně se tu nají. Což nejsme rádi, ale je to tak. A to vaření je baví, protože pro ně je demonizované. Bojí se, že to nebude dobré, že to nezvládnou. Lidi, co jsou od malička nemocní, tak to neovládají a ten strach je veliký. Ženy, které mají rodiny a onemocněly po porodu, tak tam to není tak výrazné.

J: Jaké jsou obecně výhody či nevýhody komplexního pojetí?

S: Komplexní pojetí je pro mě něco, že řeším práci, osobní život, nevím, rodinný život, tam jsou další podbody a zdravotní stav. Jako, my to s nimi řešíme, tyto věci o nich víme. Ale v moment, kdy vím, že potřebuje psychiatra, tak ho odkážu na psychiatra. Když vím, že potřebuje komunitní tým, protože já nezajistím, že bude brát pravidelně prášky, to je starost komunitního týmu. Nebo, když vím, že je bezdomovec, tak mu mohu najít azylák, ale zase k větší spolupráci potřebuji toho case managera, já na to nemám kapacitu.

J: Takže zpětně už se nedozvíte, jak to dopadlo?

S: Ne. Ale pokud chodí do CDA, tak to víme, tam nějaká zpětná vazba je. Ale neřešíme to tak aktivně.

J: Jak vnímáte jejich fyzické zdraví?

S: Jako nic extra dobrého, vlivem prášku jsou velmi unavení, takže sport hraje velmi minimální roli. Jednak mají kvůli práškům větší chuť na jídlo, takže přibírají, mnozí přibrali 20,30 kilo. Pak je ta vůle snižená, aby člověk makal na sobě. Tím, že peníze, které pobírají, pokud teda nežijí nějak extra dobře, tudíž si raději koupí levnější salám než kvalitní šunku. Hlavně ten pohyb tam chybí. Nechodí sami od sebe.

J: Máte nějakou fantazii, jak by se toto dalo zlepšit?

S: Ano, někteří mají zájmy, jako je třeba jóga a tak, ale to je hrstka lidí. Jak to ošetřit globálně, nevím. To by se muselo zapracovat na lécích, na jejich účincích. Když berete ty léky, tak oni to neumí. Mám klienty, kteří mají dobré zázemí a tedy kvalitní stravu a jako jde to. Ale ten člověk na tom musí být dobře psychicky, aby to zvládal. S tou nemocí přichází lhostejnost vůči zevnějšku, nezáleží jim na tom, jak vypadají.

J: Takže by pomohla nějaká podpora rodiny?

S: Podpora rodiny, osvěta u lékařů, kontrola od praktických lékařů, kdyby na to více dbali.

J: Spolupracujete s někým z lékařských oborů?

S: Mimo psychiatra ne.

J: A s ním je ta spolupráce dobrá?

S: Záleží. Když volám někomu z ESETU, tak lepší, když volám někomu z vnějšku, tak oni nemají moc času a jsou nevrlí. Odpoví, ale, že by to byla příjemná konverzace se říct nedá.

J: A co jejich duševní zdraví?

S: Co k tomu říct?

J: Možná popsat celkové psychické rozpoložení?

S: My v CDA máme dost chronické klienty, ty jsou na tom dost špatně, nejsou to Bohnice. Ale ten stav je horší, než v jiných službách. Jsou chroničtí, dlouhá léta trpí diagnózou, nemají tolik dovedností, nejsou dobře... Ty prášky dobře nezabírají, nebo se nemoc rozjela více než u někoho jiného. Důležité je to podchytit a bojovat.

J: Máte zkušenost, že dřív léky byly špatné s hodně vedlejšími účinky a teď se říká, že to je lepší?

S: Já se o prášky nezajímám, vím, že je berou, ale nevyznám se v tom.

J: Chodí do psychoterapie?

S: Někteří. Není tolik dobrých psychoterapeutů na pojišťovnu. Je to na nich, není to jejich povinnost. My spolupracujeme jen s psychiatrem. My jim to doporučujeme, často nechtějí, protože třeba nemají dobré zkušenosti.

J: Klienti z CDA, jak jste mi říkala, tak tolik nepracují. Ale když pracují, tak kde?

S: Z našeho CDA je jen jeden. Pracuje pro OZP, ale je to volný trh.

J: Co to je za pozici?

S: Uklízí. Když už pracují, tak uklízí.

J: Jsou s tím spokojení?

S: Jeden je muž s poruchou osobnosti, autista, což je veliký rozdíl od psychotika. A ten je moc spokojený. A ta jedna je psychotička a uklízí, je to pro ní náročné, ale je ráda, že má peníze navíc. Zvládá to v rámci možností, ale myslím, že je to hodně náročné. Navíc brzo vstává, aby byla před otevřením nějakého adidas centra.

J: Realizujete nějaký nácvik pracovních dovedností?

S: V rámci CDA ne.

J: Co jejich sociální okruh?

S: Tady hodně lidí má rodinu, buď manželé, spíš ženy. Pár jich má děti. Celkově to není taková tragédie.

J: S rodinou komunikujete?

S: U jak kterých, spíš moc ne, když by byl důvod, tak ano, ale není potřeba.

J: Dá se jim něčím pomoci v socializaci? Mají nějaké vztahy venku?

S: Tady přátelé mají, ale nejsou moc komunikativní. Není to žádná partička lidí, kteří by si povídali, jak se mají. Naše snaha je, ale oni dost často nechtějí. Navazují kontakty špatně. Nevím o nikom, kdo by někam jen tak chodil, pokud to nejsou třeba přátelé z bývalé práce, z minulosti. Nenavazují až tak nové vztahy.

J: Jak se jim líbí nácvik různých dovedností, které jste popisovala?

S: Vaření je žádané, ale zároveň v praxi to až tak nezkouší. Tady je to baví, protože mají podporu, mojí nebo kolegyně. Ví, že cibuli krájí dobře. Jsou samostatní, ale potřebují oporu v zádech. Je tam velký strach, že pokud ji mít nebudu, tak co se stane.

U některých je pokrok vidět, ale já žádné markantní změny nevidím. Buď je skupina, kteří to opravdu umí, jelikož to dělali v minulosti a nebo je to pro ně opravdu náročné. Není to tak, že by jeden člověk mohl vařit kontinuálně za sebou, protože jsme s kolegyní jen dvě, potom bych to viděla, že by to mělo smysl, že by pokrok byl vidět. Oni si nakoupí suroviny a odnesou si to, ale o to zájem není, spíš o to dělat to společně a nenáročně.

J: Máte s nimi individualizované sezení, co s nimi probíráte?

S: Jak se mají, co řeší, jak se jim tady daří, jestli jsou v rámci plánu nějaká zlepšení, co by pro to šlo udělat, nebo, když už cíl naplnili, jaký jiný by si mohli zvolit..

J: Jaké typy cílů mají?

S: U nás je fakt často vaření, sociální kontakt, pravidelný režim – dojdu dvakrát do CDA, super, to je nadlidský úkon pro ně. Potom trénink paměti a pozornosti, kterou si chtějí zlepšit nebo udržovat, mají ji často zhoršenou těmi prášky. Nebo výlety, to je lákavé, chtějí pohyb a nejsou schopni jít sami, protože nemají přátelé.

J: Je reálné se u nich dopracovat k tomu, že by šli sami na procházku?

S: Někteří jo, ale rozhodně ne nic pravidelné a rozhodně to není většina. Je pravda, že tu mám jednoho pána, který chodí každý víkend x kilometrů, ale to je jeden, prostě výjimka.

J: Naplňuje práce tady Vaše představy v rámci komplexu služeb pro duševně nemocné?

S: Myslím, že by to šlo lépe, ale to by musely být jiné podmínky – finanční, větší zájem klientů mladších ročníků.

J: A co by mohlo jít lépe?

S: Nevím, umím si představit, že bychom měli víc peněz na to, abychom si zašli do divadla, na hezkou výstavu, na výlet. Jednou za měsíc bychom mohli vyjet na dvoudenní pobyt třeba na Šumavu. Aby se dostali mezi lidi, jsme tu docela zavření. Nemůžeme je nikam tahat. To je moje představa. A určitě, kdyby tu bylo víc pracovníků, tak bychom se mohli více věnovat individuálně lidem. Také by se hodila větší kuchyň, kde by bylo pět sporáků a mohli by si to tam více zkoušet. To by bylo hezké. Takhle bez peněz je to ale těžké.

J: A kdybyste mohla změnit něco obecně v péči o duševně nemocné?

S: Nejsem doktor, ale nějak si myslím, že jsou předávkované léky, psychoterapie nefunguje, jak by měla fungovat, není kvalitní. Za ta léta jsem pochopila, že to není až tak super, jak by mohlo být. Také více pracovních míst, na to by se mělo myslet. Když ten člověk bude mít příjem, tak na tom bude o něco lépe. Na to se vůbec nemyslí. Umím si představit i více komunit. I ta léčebna celkově není podněcující. Zastabilizuje se, ale pak by ho měli lifrovat rychle ven, aby se dostal k normálnímu životu.

J: Jak vnímáte úlohu léčebny v komplexu služeb?

S: Jak říkám, je tam hodně medikace a je tam málo personálu na ty lidi, aby to mělo rychlejší efekt. Je to taková hospitalizace, která není úplně přínosná, často na to mají negativní vzpomínky.

J: Co je na vaší práci nejtěžší, tady?

S: Je to stereotypní, vaříme.. Tak to. A zvyknout si na jejich nízkou energii a sehrát se s nimi, najít kompatibilitu, aby to fungovalo.

J: A co vás těší?

S: Mně těší, když se podaří zabřednout hezký rozhovor. Nebo se občas stane, že si povídáme v pěti lidech, bavíme se, smějeme se. Nebo když je něco baví. Tak to asi.

J: Liší se představy mezi sociálními pracovníky, jak by se měla odehrávat péče o duševně nemocné? Je nějaký rozpor?

S: Já si myslím, že se to shoduje. Že se shodujeme v tom boji mezi sociálními pracovníky a lékaři, možná teď už méně, ale dost záleží, jak to každý vnímá. Všichni jsou pro tu reformu. A taky všichni vidí, že to nejde tak rychle, jak se očekávalo, asi takhle.

J: Tak moc děkuji, to je vše.

PŘÍLOHA 2

J: Jaké aktivity realizujete pro osoby s duševním onemocněním?

G: Stejně jako říkala paní Stoklasová.

J: Jaké výhody či nevýhody spatřujete v komplexním pojetí člověka, co pro Vás komplexní pojetí znamená?

G: Já si myslím, že to je nezbytnost. Naši službu, centrum denních aktivit si představuji jako střípek v mozaice všech možných jiných služeb, které se zaměřují na všechny možné oblasti života klienta. My se tedy věnujeme volnému času, zároveň jsem zaměstnaná na půl úvazku v podporovaném zaměstnání, kde se řeší práce. Máte tu komunitní terénní tým, který s nimi řeší každodenní problémy v kontaktu s jeho přirozeným prostředím. A máme tu kolegyni, která se stará o chráněné bydlení. A těch oblastí by bylo víc – třeba vzdělávání, které dělá Baobab. Těch oblastí je strašně moc a ty jednotlivé služby to pokryjí. Žádná služba nemůže pokrýt vše, vždy je to specializované. Zároveň jsou služby propojené, čímž vzniká komplexní přístup. Nejde řešit volný čas u člověka, který by mohl pracovat, to není v pořádku.

J: Funguje v praxi návaznost na jiné služby?

G: V rámci naší organizace určitě dobře a mezi jinými organizacemi taky. Byť s tím nemám takové zkušenosti. Ale při komunikaci s jinými pracovníky, třeba ve Fokusu a takhle, myslím, že to fungovalo. Já osobně o ničem nevím.

J: Jaké potřeby klienti nejčastěji mají?

G: U nás volný čas a lidský kontakt. Hodně přichází s tím, že by nechtěli být o samotě, chtěli by s někým mluvit. Byť paradoxně oni tu pak jsou, ale nekomunikují spolu, jsou ale rádi, že nejsou sami doma. Také se chodí zdokonalit. Někteří se chtějí zlepšit v činnostech praktického rázu. Také je velký zájem o trénink kognitivních funkcí, který máme v úterý, také chodí lidi se zakázkou trénovat paměť a pozornost.

J: Daří se tyto potřeby naplnit?

G: Jsou spokojení, zpětná vazba je dobrá a zároveň je to běh na dlouhou trať.

J: Jak vnímáte jejich fyzické zdraví?

G: Není to ideální. S duševním onemocněním se pojí horší fyzická kondice, mají nadváhu, ne všichni, záleží na diagnóze a lécích. Často naši klienti řeší nadváhu, je to

běh na dlouhou trať, co s tím dělat. Často o tom mluvíme. Ale že by se reálně to dařilo zlepšovat, tak nemám tu zkušenost.

J: Dekondice je tedy to nejmarkantnější u nich?

G: Ano a zároveň tu máme klienty, kteří se blíží seniorskému věku a to jsou pak ty běžné nemoci, vysoký krevní tlak, ale to není specifikum lidí s duševním onemocněním. Ale nadváha, to je specifikum lidí s duševním onemocněním.

J: Spolupracujete s někým z medicínských oborů?

G: Máme kontakty na psychiatry našich klientů, které ale využíváme jen, když se něco vážnějšího děje. Tady v rámci organizace jsou terénní psychiatrické sestry, s kterými spolupracujeme také.

J: A ty dělají co?

G: Dohlíží na medikaci, jsou součástí terénního týmu, chodí do domácností a hodně se to prolíná s prací sociálních pracovníků.

J: Jaká je komunikace s psychiatry?

G: Nemají moc času na člověka, bavila se se mnou. A dávají si pozor na předávání informací, mají pravidla na to, co mohou a nemohou. Nemám vysloveně negativní zkušenost.

J: Co jejich psychické zdraví, psychické funkce?

G: U některých je emoční labilita, z dobrých nálad jdou do hodně špatných. U jedné klientky se to vyloženě střídá po hodinách. S tím je těžké pracovat, to je náročné na to adekvátně reagovat. Co se týče kognitivních funkcí, to je také specifikum duševního onemocnění. Mají zhoršenou pozornost, i ta paměť může být horší. Hlavně je tam celková pomalost, která nesouvisí s inteligencí. Pomalu se pohybují, vyjadřují a není tam pohotovost a spontánnost.

J: Chodí do psychoterapie?

G: Jak kteří.

J: Jak jí vnímají?

G: Individuální hodnotí hodně pozitivně, jako hodně důležité pro sebe. U té skupinové to tak pozitivně nevnímají, asi mají potíže vyjádřit své emoce.

J: Když pracujete na půl úvazku v podporovaném zaměstnání, zeptala bych se, zda se jim daří sehnat práci na volném trhu práce?

G: Teď jsem měla dobrou zkušenost s klientem, který má poruchu osobnosti, nějaké fobické poruchy. Dělal tu přechodné místo, pochůzky s poštou. Teď si našel práci ve firmě, kde pracují lidé se zdravotním postižením. Potěšilo mě, že aniž by ode mě potřeboval nějakou větší podporu, tak si to místo našel, sám si tam zjednal pohovor, nastoupil. Je tam velmi úspěšný. To je ukázkový případ. Jinak mám klienty v přechodných místech, kteří se docela snaží navyšovat si zátěž. Mají často v individuálním plánu, že dělají něco, ale chtěli by časem zkusit něco jiného, kde by byla větší zátěž. Nemohu mluvit úplně globálně, klientů moc nemám. Já mám dobré zkušenosti, měla jsem štěstí na hodně spolupracující klienty, je to dáno osobností.

J: Jaká jsou úskalí v hledání zaměstnání?

G: Pokud hledá opravdu na otevřeném trhu práce, tak jsem slyšela, že jsou problémy se stigmatem. Oni nemusí říkat, že mají duševní onemocnění, ani by se na to zaměstnavatel neměl ptát, ale pokud to posdílí, bývá to velký problém. Je tam stále velké stigma ze strany zaměstnavatelů. Viděla jsem to tak na stáži ve Fokusu. Jinak tím, že je teď nízká nezaměstnanost, tak i teď lidé, kteří dříve měli problém najít práci, tak teď alespoň nějakou malou práci mají. Teď je situace díky nízké nezaměstnanosti dobrá.

J: Jsou s prací potom spokojení?

G: Teď máme klienta v CDA, ten byl hrozně spokojený v práci, dělá nějaký telemarketing. Je to firma, která zaměstnává zdravotně postižené. Teď přišel s tím, že ho to hodně stresuje. Jeho psychický stav se evidentně zhoršil, má pocit, že to nezvládá a uvažuje, že úplně skončí. Záleží to na aktuálním stavu, jak se zrovna klient cítí.

J: Absolvují nějaké složky pracovní rehabilitace?

G: Máme tu tréninková místa, kavárna. Tam je největší podpora sociálních pracovníků, klienti si mohou kdykoliv zazvonit a sociální pracovník hned přijde. Nebo jsou tam vyloženi s nimi. Poté úklidový pracovník v kavárně. A pak tu máme přechodná místa, to je něco jiného, tam nemají tak velkou podporu a dělají to půl roku. To jsou pochůzky s poštou, práce na zahradě, což teď v zimě není a jedno místo tu máme administrativní.

J: Co se s nimi děje po tom půl roce?

G: Jeden klient potom našel a další klientka přešla od pochůzek s poštou do kavárny, kam chodí každý den. Tak to chtěla, měla to v individuálním plánu. Pak mám klientku, která si naopak po pochůzkách chce dát pauzu.

J: Je to tedy pro ně přínosné pracovat na těchto místech?

G: Určitě, tak to hodnotí.

J: Jaká je jejich sociální síť?

G: Někteří mají vlastní rodinu. U nás zrovna ji mají docela dobrou. Nejsou úplně sami.

J: Rodina je podporuje?

G: U nás opravdu mají stabilní rodinné zázemí. Ale máme tu i ty, kde jsou rodiny rozpadnuté. To duševní onemocnění je ovlivněno genetickými faktory, může se dědit a jedinec je pak v prostředí, kde jsou i rodiče nemocní. Z toho plyne spousta patologických jevů.

J: Vy s nimi spolupracujete?

G: S rodinami minimálně, není důvod.

J: Mají i jiné vztahy mimo rodinných?

G: Přátelské vztahy tady fungují. Určitá skupina se schází i mimo CDA. Jenda klientka hodně propojuje lidi, navštěvují ji naši klienti v bytě. Oni mají mezi sebou dobrý vztahy, na přátelské rovině. Funguje to jinak, než u zdravých lidí, neudělají to, že by někomu zavolali a šli do kavárny nebo takhle. Nějakým způsobem mezi sebou komunikují i mimo službu, což je dobré.

J: Jaké mají cíle v rámci individuálního plánování?

G: Vaření, komunikace – mají třeba v plánu že zkusí položit tři otázky denně ostatním. Máme tu dost klientů, kteří mají plány obecné, být tu mezi lidmi, ráno vstát a někam jít.

J: Naplňuje práce tady Vaše představy o sociální práci s touto cílovou skupinou?

G: Já jsem spokojená. Ale vnímám to jen jako malinký výsek. Je ale nutné, aby bylo více organizací. Pro nás je zásadní komunitní tým, který je s nimi v kontaktu v jejich bytech a mohou s nimi jít na úřad, tuhle možnost my nemám. To, co tu dělám já, je příjemná práce, ale oni dělají něco fakt zásadního.

J: Kdybyste mohla něco změnit v péči o duševně nemocné, co by to mohlo?

G: Já jsem nad tímhle přemýšlela. Měla by se přenášet váha na jiné služby, což ale nějak funguje. Už to zdaleka není to, že by většina trávila život s psychiatrických

léčebnách a neměla možnost kontaktu s vnějším světem. A jsou také lidi, kteří jsou na tom tak špatně, že by neobstáli v přirozeném prostředí. I já mám v osobním životě zkušenost s těmito lidmi a zrovna o něm vím, že je k deinstitutionalizaci skeptický, říká, že tato zařízení jsou potřeba. Je třeba najít zlatou střední cestu, nejde jít jen jedním směrem. Kdyby se vůbec nepodporovala lůžková péče, tak by to také chybělo. Komunitní služby se ale rozhodně rozšiřují.

J: Co je na práci s nimi nejtěžší?

G: Z dlouhodobého hlediska, kdybych viděla, že se nikam neposouvají a řeší stejná témata, točili bychom se v kruhu, tak to si myslím, že může být ubíjející. Ale třeba to tak nebude. Člověk tu nemůže čekat veliké pokroky někam.

J: Co Vám přináší radost?

G: Rozmanitost, to že jsem s nimi hodně v kontaktu. Baví mě práce na zahrádce, vaření, baví mě s nimi mluvit a mám možnost s nimi hodně komunikovat.

J: Je mezi sociálními pracovníky nějaký rozpor o sociální práci s duševně nemocnými?

G: V základních aspektech se shodneme. Lišíme se jen v detailech, dle osobnosti.

PŘÍLOHA 3

J: Jaké aktivity s lidmi s duševním onemocněním realizujete?

H: Cílem toho je, aby získali sebedůvěru, jistotu, aby po odchodu z chráněného bydlení mohli jít sami bydlet, našli si práci a fungovali jako normální lidé. Já se s nimi scházím jednou nebo dvakrát týdně. Děláme individuální plán, čeho chce dosáhnout a na čem potřebuje pracovat. Tím se snažíme řídit, k tomu se směřuje. Bývá to sehnat si práci, naplnit volný čas. U mužů je to péče o domácnost, úklid, vaření, praní. Ženské jsou samostatnější. Někdo má problém jít na úřad, tak pak doprovody. U každého je to individuálně, co, kde, kdo potřebuje.

J: Tedy oni někde bydlí a Vy za nimi docházíte?

H: Ano. Máme dva chráněné byty pro tři ženy a pro tři muže. To je 3+1, každý má svůj pokoj, společná je koupelna, kuchyň a záchod. Než tam nastoupí, tak se dělá šetření potřeb, abychom zjistili, kde ten člověk je. Často přichází po hospitalizacích z Bohnic. Ideálně by to mělo být, že jdou z domova se osamostatnit, mělo by to být trvalé řešení, nic nouzového.

J: Jaké potřeby nejčastěji mají?

H: Hledáme s nimi práci, řešíme náplň volného času, režim dne, hospodaření s financemi. Platí normálně nájem, který je nízký, tak aby pak, když budou bydlet samostatně, tak, aby uměli hospodařit. Na to se dělá individuální plán.

J: Jak se díváte na komplexní pojetí u osob s duševním onemocněním?

H: To je v bydlení hodně, oproti jiným službám, jako je třeba zaměstnávání nebo i centrum denních aktivit, kde jde více o jednu část. Nám se tam často motá hodně věcí. V bydlení mi přijde, že řešíme vše komplexně – vztahy s okolím, komunikace s úřady, péče o domácnost, hospodaření s penězi, bavíme se zkrátka o všem.

J: Jak se to vše daří pojmout?

H: Doufám, že jo. Někdy se stane, že se ve výsledku neřídíme úplně tolik individuálním plánem. Snažím se, aby to bylo, co nejkompaktnější, ale občas jdou některé sféry stranou.

J: Spolupracujete s jinými službami?

H: Měla by tam ještě docházet psychiatrická sestra a psychiatr, ale tento tým se zcela rozpadl. Teď se tým znovu dává dohromady. Někteří jsou klienti komunitního

terénního týmu tady z ESETu. Někteří chodí na kliniku na skupiny. Jedna klientka má psychiatra tady u nás z kliniky.

J: A komunikujete s těmito službami?

H: Ano, pokud je součástí komunitního týmu, tak konzultujeme individuální plány na schůzích komunitního týmu, aby jich nevznikalo vícero.

J: Jaké je jejich fyzické zdraví?

H: Ti, co tam jsou, jsou v pohodě. Někteří trpí trochu nadváhou. Jinak jsou normálně fyzicky v pořádku. Jeden klient tam je přes komunitní tým a byl necelý rok hospitalizovaný, tak ten má v rámci nemoci poruchy příjmu potravy. Jinak jsou fyzicky na tom dobře, fakt.

J: Jak je to s léky?

H: Podmínka je stabilizovaný stav a spolupráce s psychiatrem.

J: A komunikujete s ním?

H: S všemi ne. Občas si telefonujeme. Teď například, když jsme přijímali klienta z Bohnic, tak jsme se s doktorkou sešli a řešili jsme, co a jak. Pak jsme řešili s jednou klientkou příspěvek na péči, který ji neuznali, tak to jsem si psala s její doktorkou, zda by nedodala nějaké doporučení. A teď nastoupil nový klient a také jsme si telefonovali a doktorka mi posílala o něm nějaké dokumenty.

J: S kým z lékařských profesí spolupracujete?

H: Lékaři, psychiatrické sestry. Sestry by měly být více přes zdraví, dodržování medikace a tak, ale je to víceméně stejná práce jako naše. Sestra je schopná zastat práci sociálního pracovníka a sociální pracovník může zastoupit taky sestru.

J: Co jejich duševní zdraví?

H: Tím, že je chráněné bydlení na rok, tak jsem za ten rok přijímala 4 klienty. Už předtím tam byli rozjetí a dobře se orientovali. Mně, když jsem nastoupila, tak mi přišli velmi schopní. Až tak, že bych to na nich nepoznala, dokud si člověk nečte jejich zprávy a nezjistí, že byli xkrát hospitalizovaní. Ani jsem nezažila nijakou ataku. Trochu mají negativní příznaky, jsou spavější. Ale všichni co tam jsou, tak pracují, hlavně ve firmách pro OZP. Jedna klientka loni byla hodně depresivní, tak to bylo nepříjemné, velké kolísání nálad a podobně. Ale jinak fungují dobře.

J: Psychoterapii mají?

H: Mají. Někteří chodí třeba na dramaterapii nebo na skupinu sem na kliniku. Vlastně celkově je to teď více propojené s klinikou. Dřív byli v těch bytech odříznutí. Třeba teď mají lidé z kliniky přednost v pořadníku, aby se do bytů dostali dřív.

J: Řešíte s nimi jejich spiritualitu?

H: Měli jsme jednoho, který byl hodně spirituální, mluvil o temnotách, světlech, měl pocit že ho lidé vsávají. Ještě jeden takový byl, který si prošel psycho-spirituální krizí. Někteří jsou věřící. Jinak tolik ne.

J: Daří se jim sehnat práci na volném trhu?

H: Pracují spíš pro OZP. Mají dobrou práci často ale, jedna byla na recepci..

J: Jaké jsou to práce?

H: Úklidy a tak, ale ty recepcie mi přijdou dobré. Nebo v dílně. Blbý je, že je to finančně málo ohodnocený. Vychází často fakt od koruny.

J: A s prací jsou celkově spokojení?

H: Jedna dělá nabízení něco přes telefon a ta to vyloženě nesnáší. Zrovna jí nešlo titul moc získat. Což je divné, protože má titul, umí anglicky a je dost schopná.

J: Vy jim s tím pomáháte? S hledáním práce?

H: Ano, nebo je pošleme někam jinam. Je třeba je motivovat, sednout k počítači a rozeslat životopisy. Hlavně je to dobré pro to, aby se více zapojili do běhu běžného života.

J: Absolvují nějaké složky pracovní rehabilitace?

H: Tyhle ty ne.

J: Jaká je jejich sociální síť?

H: U některých velmi dobře. Někteří chodí do práce, pak mají kroužky a nabitý program. Jeden vyloženě přišel z domova, od maminky, aby se osamostatnil. Ten má velkou základnu kamarádů. Je dobře zachycený v sociální síti. Jedna klientka s vejškou má taky spoustu kamarádů a je v kontaktu s rodinou. Většina má okolo sebe lidi, někdo víc a někdo méně.

J: Jsou v kontaktu s rodinou?

H: Ano, ale ty vztahy jsou všelijaké, nahoru dolů. Jedna klientka přišla teď z domova, jsou v kontaktu a tím, že se přestěhovala, tak se vztah celkově zlepšil a uvolnil. Jezdí k rodičům teď na návštěvy a je to celkově lepší. Jiní to mají jak na houpačce – jednou

super, pak se něco zvrtně.. Některé rodiny to moc nepřijímají a ani nechtějí žádnou edukaci v tomto směru. Sami ale nejsou.

J: Jak je to se stigmatem?

H: Stigma vnímají hodně, třeba právě ze strany rodiny. Jedna klienta bydlela za Prahou ve vesnici a vyloženě cítila, že jí lidé tam nepřijímají. Ženy se v bytě často hodně spřátelí, kluci tolik ne. Spoustu aktivit pak dělají spolu a vídají se pak, když odejdou.

J: Co se s nimi děje potom?

H: To se snažíme řešit už od půlky jejich pobytu. Jsme zaregistrovaní v jiných službách pro jistotu, aby měli kam jít. Ale je cíl, aby odešli do normálního bydlení. Někdy ale chodí do obdobných organizací, ale to není dobré. Lepší by bylo, kdyby chodili sami nebo do nějakých spolubydlení.

J: Nácviky sociální či pracovních dovedností mají?

H: To moc neděláme. S jednou klientkou jsme řešily, jak něco vykomunikovat a povídaly jsme o tom, jak se zeptat, a tak. Vyloženě nic víc ne. Oni to až tak nepotřebují. Ze služeb využívají spíš psychoterapii nebo psychiatrii.

J: Naplňuje tato práce možnosti sociální práce s touto cílovou skupinou?

H: Ano, baví mě, že to je terénní. Ještě víc mi přijde ten komunitní terénní tým, tam bych asi radši. Tady je nepříjemné, že člověk ty věci musí víc řešit, různé provozní věci. Tuhle tam třeba vytopili souseda, to mě až tolik nebaví. Jinak ale jo, já tohle dělat a chtěla a podařilo se mi to. Jsem hodně s lidmi a mluvím s nimi.

J: Když byste něco mohla změnit?

H: Určitě to sociální bydlení, aby klienti měli kam jít za rozumné peníze. Ty nájmů jsou pro ně teď nemožné. Teď se řeší ten zákon, kdyby to vyšlo a bylo toho víc, tak by to bylo super. Také celkově, kdyby služeb bylo víc. Na tohle chráněné bydlení čekají 5 let.

J: Co je na té práci nejtěžší?

H: To, že mám tendenci to s nimi hodně prožívat, nebo s rodinami, to nechápu, jak jsou nepřijímavý. Někdy to tak sladit, aby odešel jeden klient a hned další nastoupil další. Napsat včas smlouvy, mít je připravené.

J: A radost?

H: Když se daří to, co chtějí.

J: Liší se představy o sociální práci mezi odborníky?

H: Trochu jo. Někdy nám vedoucí něco nastaví, ale já vím, že to tak v praxi nemůže být, že je to moc přísné. Praxe a teorie se rozchází.

PŘÍLOHA 4

Já: Já píšu diplomku na komplexní rehabilitaci osob s duševním onemocněním. Diplomka má za cíl zjistit, zda sociální pracovníci, kteří pracují s lidmi s duševním onemocněním, využívají komplexní služby. Nebo jak s nimi pracují v rámci všech jejich potřeb, jestli a jak se daří je naplnit.

Marek: Moje pozice je sociální pracovník. Děláám, některé ty věci, ale nikdy jsem nebyl case manager nějakého klienta.

J: Nevadí. Jde mi o to, jak jsi je vnímal, pohyboval jsi se mezi nimi, jak jsi s nimi pracoval a jak s nimi pracovala vaše organizace obecně.

M: Tak se ptej.

J. Jaké aktivity realizujete v rámci Fokusu s klienty s duševním onemocněním?

M. Já pracuji v klubu volnočasových aktivit. Děláme jsme s klienty několik typů aktivit - sportovní - fotbal, petánque. Máme hodně výlety, ty jsou hodně oblíbený, dvakrát do měsíce, třeba i v Praze. Jednou ročně jezdíme na rehabilitační pobyt, prostě týden v přírodě. A různé další výjimečné aktivity, třeba fotbalový turnaj. Jinak tam máme malování, nebyla to arteterapie. Oblíbené je vaření, možnost se za levný peníz najíst.

J: To jsi druhý, co mi to říká, to musí být hodně oblíbený.

M: Je to činnost, na který se můžou podílet všichni, pak to snědí a je to zábavný. Jinak máme takovej diskuzní, říká se tomu čaj o třetí. To znamenalo, že se sešla skupina lidí, ne úplně pravidelně ti samí a mluvilo se nad nějakým tématem. Cílem je naučit se spolu nějak mluvit. Naučit se sdílet svoje názory, což je těžký u jednoho tématu, aby se úplně nepohádali a nešli úplně mimo. Máme hraní stolních her, hudební klub, nepravidelně táboráky..

J: Jak funguje, pokud tedy funguje návaznost služeb? I Když jsi ve volnočasovém klubu a někdo se ti tam zhrouť, jak víš, kam se obrátit?

M: Rozumím. My jsme volnočasový klub, ale jsme součástí vznikajícího centra duševního zdraví, kam se stěhovalo více služeb. To znamená i komunitní tým nebo tým na podporu hledání zaměstnání. Ještě tu je chráněná dílna. Když jsi dala jako nabídku to, že když se tam někdo zhrouť, tak děláme pravidelné hospitalizace. Což předpokládá spolupráci s jinými strukturami, než je samotný Fokus. U nás to probíhalo tak, že když přišel člověk a my jsme zjistili, že má jiné potřeby, než

volnočasový, který se třeba hodí na komunitní tým, tak jsme ho doporučili do služeb komunitního týmu. A to buď probíhalo tak, že jsme mu to jenom doporučili a on věděl, kde to je, došel si tam sám, což se nedělo vždy, že tam doopravdy došel. Nebo jsme ho tam přivedli my osobně. Stejně tak, když za námi přišel s tím, že potřebuje najít práci, vydělat si nebo že přišel o práci a neví co se sebou, tak jsme ho dovedli do vedlejších dveří a tam se o něj postarali.

J: Takže jste fungovali hodně v rámci jedné budovy a ven jste také ještě s někým spolupracovali?

M: Funguje to ještě tak, že my jsme byla nadregionální, k nám chodili lidi z celé Prahy, ale ten komunitní tým byl jen pro určitý výsek Prahy. A také byla komunikace s léčebnou. U nás to je tak, že když tam je někdo z našich klientů trvaleji hospitalizovaný, tak jsme se za ním vypravili ho navštívit a nějak zmapovat, zda je v pořádku. My jsme to dělali jen trochu, komunitní tým tohle dělá v daleko větší míře.

J: Jasně, super, děkuju. Jaké potřeby klienti nejčastěji mají, co jim chybí?

M: Ti, co chodí k nám do služby, tak jsme hodně vnímal, že jsou fakt sami. Žádné jiné společenství pro ně není přístupné, než skončit v nějaké službě. To konkrétně u nás, protože jsme bezprahová služba, není u nás potřeba nic moc dělat, podepisovat nějaký velký plán. Často to byli také lidi, kteří skončili ústavní léčbu a teď si potřebovali získat nějaký režim. A nebyli ještě na komunitní tým, ale bylo třeba aby něco začali pravidelně dělat, tak chodili k nám. Další velká potřeba, která nesouvisí s mojí službou, byla práce, chtějí hodně pracovat.

J: K práci se ještě vrátíme. Možná ještě k té samotě, máš pocit, že jim v tomto ohledu pomáháte?

M: Mám pocit, že jo. Ale to pomáhání jsem si musel předefinovat. Vidím, že jsou rádi, že tam můžou být a to jim vlastně stačí. Já mám pořád pocit, že musí dojít k nějaký velký změně, k zázraku. Ale to jsou hodně vážně a dlouho nemocní lidi - schizofrenici, poruchaři a spoustu jiných diagnóz. Úspěch byl jen to je udržet ve službě a to, že měli režim.

J: Dobře, tolik k úvodu. Koncept, kterým se zabýváš má určité složky a já se na ně teď budu jednotlivě ptát. První je léčebná. Tam jsi říkal, že spolupracujete s psychiatrickou léčebnou. Řekni mi, jak celkově vnímáš fyzické zdraví lidí s duševním onemocněním?

M: První co mě napadá, je hrozný. Ale týká se to těch našich opravdu dlouhodobě nemocných. Jsou hodně změněný léky, s tím mě napadá, že jsou obézní. Chybí jim pohyb, něco takového. Většina jich je na tom zdravotně špatně. Když chodíme na výlety, tak ty jsou do 5 km a už to je jejich limit. Málo jich vůbec chce jít, málo jich to ujde. Když jsme lezli na Sněžku, tak skoro brečeli.

J: Je tam motivace v této oblasti? Nebo raději půjdou třeba vařit?

M: Určitě půjdou raději vařit nebo dělat něco jiného. Nedají se na to ale celkově moc nalákat, že by to pro ně byl vyloženě koníček. Ale i tak hodně s nimi pracujeme na základě toho. Chodíte se procházet, takový minimální věci. Jsou na tom opravdu špatně a jsou hodně unavení.

J: Jaké je jejich duševní zdraví?

M. Jeden z projevů je pro mě komunikace, schopnost mluvit s druhými a to je u nich strašně moc narušený. Když se snažíme o nějakou skupinu, tak ty lidi hrozně špatně slyší ty ostatní, nalaďují se na ně. Jeden řekne, mně se stalo tohle a druhý přijde s úplně jiným tématem a vlastně se nikdy nepotkají.

M: Druhá věc je ztráta vůle, ztráta tužeb. Často nevědí, co by chtěli. My jako pracovníci musíme dát obrovské množství energie do toho, abychom je k něčemu motivovali, což jim ubírá svobodu, udělat si to sami. Pořád je musíme nakopávat a o něčem přesvědčovat. Nemají už moc ten drive. U spousty lidí cítím uhníždění v nemoci, trošku takové hýčkání té nemoci. A ještě přemýšlím, tam je spousta druhů lidí... Jsou tam lidi, kteří prožívají psychózy, zmizí na půl roku a pak se zase vrátí. Nejvíce mi tanou na mysli lidi s depresí.

J: A co jim pomáhá v otázce duševního zdraví, potíží, které jsi popsal?

M: Jedna věc, která jim pomáhá bylo, když je donutíme, aby někam šli. Ale jo, mám pocit, že některým z nich pomáhá se jednou týdně sejít na tom fotbale a fakt to ze sebe dostat. Že jim to pomáhá uvolnit ztuhlé svaly a to tělo trochu potrápít. Nevím, jak dlouhodobě, ale v té chvíli vnímám, že jsou trošku výš, že se jim ta hladina zvednula. Myslím, že pomáhají rozhovory, s kýmkoliv. I když tam nikdo z nás nedělá terapie, tak máme podpůrný rozhovory. Druhá strana téhle věci je, že někteří by potřebovali dělat třeba něco jiného, než se rozhovorem jakoby udržovat v té nemoci. Vlastně mám trochu problém s tím, že jim vytvářím umělé prostředí, kde si můžou

povídat, místo toho, aby šli do nějakého běžného prostředí a tam zkusili nějaký vztah.

J: A byli by toho schopní? Jít někam en a mít tam vztah?

M: To je otázka, některý jo, některý ven. Hodně z nich vlastně ne.

J: Říkal jsi, že chtějí pracovat. Jaká jsou úskalí v nalezení práce?

M: Teď budu reprodukovat zkušenosti kolegů, kteří se zabývají hledáním práce. Myslím, že není takový problém práci najít, nakonec se vždy nějaká práce najde. Někteří tedy mají problém s tím, že jich ta práce není hodná. Myslí se, že mají na víc a tohle dělat nechtějí. Většina se ale smíří s tím, že budou někde uklízet. Problém ale je se tam udržet, u spousty lidí je veliký problém tam vydržet třeba déle než několik měsíců.

J: A na jaké pozice se tedy dostávají?

M: Úklid. U nás ještě je chráněné zaměstnání, takže můžou uklízet u nás.

J: Takže uklízeli i rámci normálního trhu práce?

M: Často úplně normálně, Fokus měl kontakty na zaměstnavatele, kteří chtěli takové lidi zaměstnávat. Tam pak za nimi chodili i pracovní asistenti. Hodně lidí se uplatnilo na volném trhu práce.

J: Jak vnímáš sociální síť klientů?

M: Tak to základní je rodina, rodiče. I když jsou padesátiletí, tak vnímám, jak jsou hodně navázaní na rodiče. To znamená, že u nich často bydlí. To je pro nich hodně důležitý. A často reflektují, jak je pro ně ten klub důležitý, je to jedno z mála míst, kam patří. A to jsou dvě věci, s kterými jsem se u nich setkal, jinak moc zapojení ve společnosti nebyli. Říkali třeba, že mají nějaké přátele, s kterými se vídají. A když jsem se zeptal co dělali, tak byli hodně sami přes týden. Ale určitě jsou tam nějakí, kteří mají živou síť vztahů, ale ti jsou v menšině. Musím ale připomenout, že popisují určitý výsek lidí s duševním onemocněním, kteří jsou hodně nemocní a staří.

J: To nevádí, i ti mezi ně patří.

M: Ještě bych dodal, že jsme měli jazykové kroužky, kam chodili lidé mladší, třeba v našem věku. Ti chodili jen na angličtinu. Neměli ani chuť se pohybovat v prostředí klubu, říkali, že je to tam sráží. Ti byli nějak jiní, ty měli okolo sebe lidi a fungovalo jim to.

J: Čím myslíš, že to u nich bylo?

M: Napadá mě, že se změnil způsob léčby. Je lepší složení léků a také nejsou nemocní dlouhodobě, několik let.

J: A ti měli i práci?

M: Hodně z nich mělo práci, někteří se rozhodli nepracovat a byli spokojení. To platilo obecně, že byla skupina lidí, kteří prostě nechtěli pracovat.

J: Jak se dařilo spolupracovat s rodinou?

M: My konkrétně jsme moc nespolupracovali. Znali jsme je a občas jsme s nimi něco komunikovali, ale to bylo spíš organizačního rázu. Ze zprostředkovaných vím, že krizový tým byl hodně s rodinou propojený. Já sám asistoval u nějakých hospitalizací. Do krizového týmu často nejprve přijdou rodiče, že mají problémy se svým dítětem, nebo naopak. Úskalí bylo přesvědčit ty lidi, že je to vážné a že je třeba něco dělat, že se musí toho dítěte vzdát. Že když má být hospitalizovaný, že si ho nemohou vzít k sobě, nemohou podlehnout tomu, že je pro něj nemocnice strašně špatná a že si ho vezmou zpátky. Často bylo zkrátka těžké oddělit rodiče od svých dětí.

J: Takže myslíš, že pro klienty bylo důležité v určité fázi onemocnění být v nemocnici, stabilizovat se a pak až jít domů do komunity.

M: Myslím, že jo. Často se objevovalo, že děti byli několik let u rodičů zavření v bytě, nic nedělají, rodiče je živí a nevědí co si s tím počít. Bylo třeba jim v té chvíli říct, že je třeba je odstříhnout a to ty rodiče neokázali přijmout a pořád ty děti zachraňovali. To je pochopitelné.

J: Dalo se něco dělat pro obnovu jejich sociálních vztahů?

M: Zeptej se jinak.

J: Bylo něco, co jim pomohlo získat kamarády, jiné vztahy, než mají s rodiči? Kde nalézají přátelství?

M: Myslím, že se děje, že se potkají u nás. Navážou přátelství, ale dost povrchní. Nešli vyloženě pak na party, ale i tak za to byli rádi. Napadá mě příklad jedné paní, která si hrozně moc chtěla někoho najít a tak si našla kamarádku mezi klienty. Já ji měl jako klíčový pracovník a kolega měl tu druhou paní. Po nějaké době se začaly strašně nesnášet a přestaly se kamarádit.

J: Co by jim teda pomohlo, co by se dalo využít, jakákoliv služba?

M: Takhle, já vlastně myslím, že by jim pomohl nějaký terapeutičtější přístup, který je připraví na to být s druhými lidmi. U nás, v sociálních službách, na to není moc čas,

sekají se řešení. A pořád je to zachraňování, zachraňování. Na druhou stranu byli těma terapiemi prosetý několik let a nic jim nepomohlo, takže nevím. Pomohlo by jim navázat dlouhodobý terapeutický vztah, myslím, ale zkušenost tomu odporuje. Ty lidi to vlastně zažili. Nevím, jestli zažili KBT terapii a pak.. Nevím.

J: Jak hodnotili aktivity v chráněných dílnách a jiných aktivizačních programech?

M: Já mohu mluvit o jedné, té se říkalo hvězdáři. Tam se vyráběli hvězdičky jako magnety nebo bločky. Hodně lidí mi říká, že se k tomu nesníží. Další jsou velmi nadšení a nejraději by tam chodili pořád a to už nemá ten rehabilitační účinek, že by je to posouvalo dál.

J: Většina byla těch spokojených?

M: Myslím, že většina to přijala. Mám zkušenost ještě s chráněnou dílnou v Boně, a tam mi přišlo, že jsou tam docela dlouho, zamrzlí. Jeden můj klient tam pracuje několik let, dostává plat a je spokojený, ale u něj není možnost, aby pracoval někde jinde, je hrozně pomalý a utlumený.

J: Máš nápad na nějaké pomůcky, které by se daly využít?

M: Moc ne. Využívali jen to, co se týkalo jejich dalších diagnóz.

J: Teď ještě celkově. Naplňuje práce s duševním onemocněním, Tvoje představy?

M: Ne.

J: Co bys změnil?

M: Potřeboval bych být v klientem v komplexnějším vztahu, což možná pracovníci komunitních týmů měli. Přišlo mi, že tam funguje ta provázanost služeb. Člověk chodí na rozhovory ke klíčovému pracovníkovi, vypovídá se i v rozhovorech v rámci pracovní rehabilitace a ještě má individuální rozhovory u nás. Nikoho nenapadne, že toho je moc. Pořád mu umožňujeme se vypovídávat a utvrzovat se v tom, že se má špatně. Ještě bych změnil, kdyby měli sociální pracovníci větší psychoterapeutické vzdělání. Sám za sebe, mám pocit, že uplatňujeme děsně moc pravidla, štvě mě to, neustále k nim tvrdě přistupovat a přimět je, aby respektovali pravidla klubu. Bylo toho na mě moc.

J: Zaujalo mě, že říkáš, že bys s nimi chtěl být v komplexnějším vztahu, jak to myslíš?

M: Asi to je jen to, co má služba komunitního týmu, že jsi case manager a koordinuješ všechny ty služby. I když tím hodně z nich propadávali.

J: To oni měli?

M: Myslím, že jo. My jsme jim to také poskytovali, ale v menší míře. Já ale musím mluvit hodně za sebe, já jsem se v té práci úplně neuchytil a moje šéfová s nimi v tomhle vztahu byla. Je to můj osobní dojem.

J: Proč propadali case managerskou činností?

M: Napadá mě klient, který byl prostě volnomyšlenkářský, vyhledá službu jen když už je hodně v průšvihů. Pak to chce vše jen honem a honem. A to nejde mu pořád chodit vstříc.

J: A co by mu pomohlo, i když je volnomyšlenkářský?

M: On je prostě takový, takhle žije. Možná by mu pomohlo ho neustále upozorňovat na důsledky jeho jednání.

J: Co je nejtěžší v práci s klienty?

M: Neustále jim dodávat energii. Umět se ohraničit, najít si hranice pro sebe.

J: Co tě těší?

M: Takové drobnosti. Že bez nás je mu krapet hůř a s námi krapet lépe. Těšilo mě, když jsme dělali akci a já cítil, že jsou veselí. Že člověk, který se jindy neusměje se tam poprvé usmál.

J: Sdíleli jste i s ostatními sociálními pracovníky úskalí vaší práce?

M: Sdílíme úskalí v náročnosti toho je odněkud vytáhnout. Taková metafora by byla, jak oni leží a mají úplně povolené svaly a my je musíme silou vytáhnout ven. Těžká je dlouhodobá spolupráce, kterou nedokážou udržet a my s nimi taky, nechci to svalovat jen na ně.

J: Jaké metody jsi využíval?

M: Já žádné metody neznám, já jsem laik. Jsem rád, že se teď vzdělávám. Možná metoda rozhovor.

J: Jak probíhají sezení?

M: Jsou pravidelné, časově omezené, ne napořád. Vždy, když zjistím, že už mu to nepomáhá, tak ukončuji spolupráci. Setkáváme se tak jednou měsíčně.

J: To je asi vše. Chtěl bys ještě dodat něco ke spolupráci s jinými odborníky?

M: Možná s těma psychiatry, s nimi panuje s sociálních službách veliký napětí a nespokojenost s tím, jak to mají, že nespolupracují a možná ani nevědí, že nějaké komunitní služby existují. Asi to vědí, ale nemají ponětí, co to může jejich klientům nabídnout. A často s nimi je problém v hospitalizacích, často je nechtějí přijmout, i

když my jsme přesvědčení, že ta hospitalizace je nutná. A ke konceptu ucelené rehabilitace, že se to teď vyvíjí, že se pracuje na větší provázanosti. Vznikají u nás centra duševního zdraví, kde jsou i psychiatři, zdravotní sestry a celé to má být více komunitní. Z péče o duševně nemocné mám pocit, že je to vratké, nevíme, co si s ní počít. To je takový celkový dojem, je to problematická skupina. Je dobré se zajímat více o to, co to vlastně je vzhledem k normalitě. Nevím, co si s nimi počít, zda je vrátit k té normalitě, to znamená, aby měli práci, vztahy a nebo ne. Jaká je pro ně ta cesta.

J: Moc děkuju, bylo to moc přínosné.

PŘÍLOHA 5

J: Jaké aktivity realizujete pro klienty s duševním onemocněním?

E: Já jsem součástí terénního týmu. Záleží to hodně na tom, s jakým pacientem se naváže spolupráce. Zpočátku je to o navázání spolupráce, seznámení se s pacientem, s domácím prostředím, jelikož práce z našeho hlediska je hlavně u nich doma. Takže nejdříve se to zmapuje a pak až se řeší, co by se s nimi dalo podnikat. Máme domluvu s lékařem, který má představu, co bychom měli s tím pacientem dělat, ale to se zjistí až po tom měsíci, kdy je navázána spolupráce a zjistí se, co se dá a co se nedá. Takže zpočátku je to o programování, mapujeme léky, které berou. Potom, když už práce běží a spolupráce je dobře nastavená, tak se díváme na to užívání léků, sledování vedlejších účinků. Jsme na telefonu. V krizi máme s nimi domluveno, co mají dělat. Pokud se ukazují sociální potíže – vyřízení invalidního důchodu, propadlá občanka, tak pokud tam poprvé nastoupíme my, jakožto zdravotně-sociální tým, tak si s tím buď poradíme sami nebo kontaktujeme Fokus, který je naše spřátelená organizace, která nám v tomto ohledu pomáhá. Často je do Fokusu i doprovázíme, tam je navážeme na někoho dalšího, čímž se snáz navazuje důvěra. Pak už si předáváme informace obousměrně. Ale i my chodíme na úřady, k doktorům, hovoříme s praktickými lékaři, protože oni se často nedokáží vyjádřit. Když s nimi jsme doma, tak je motivuji k poklizení, pomáhám jim i v tomto ohledu, pomáhá jim, když vidí, že jsme v tom oba.

J: Kdo je součástí vašeho týmu?

E: Jsme kontaktu s ambulantním lékařem a jinak každá sociálně psychiatrická sestra má na starosti určitý počet pacientů. Lékaři už si zvykají, že jim často voláme a komunikujeme, co a jak. Tím, že jsme částečně hrazení pojišťovnou, tak oni nám píšou i poukaz, co a jak. My pak píšeme zprávu a oni na ni reagují, co je třeba a co ne. Nebo se sejdeme s nimi.

J: Jaké potřeby Vaši pacienti mají?

E: Nejčastěji je to o tom sociálním kontaktu. Většina z nich jsou doma, kde mají rodinu nebo jsou v chráněném bydlení. Mají takovou svojí bublinu a málokdy z ní vyráží ven. I v rámci tohoto děláme nějaké akce – cvičení pravidelné, jednou za měsíc

jdeme do divadla, do kina, opékání buřtů, vánoční besídka a tak. Aby z toho měli i něco víc, než jen tu naši kontrolu.

J: Jak se díváte na komplexní pojetí u osob s duševním onemocněním?

E: Já bych řekla, že když je spolupráce dobře nastavená, tak se daří naplnit všechny jejich potřeby. Záleží to i na schopnosti spolupráce konkrétního pacienta. My tam jdeme s takovou akcí, teď je třeba tohle, tohle a tohle a pak zjistíme, že oni o to ani nestojí a že vlastně jde jen o to, je zabezpečit v základním módu, aby si nakoupili, poklidili, aby byli schopní nějak být v tom bytě funkční a vše navíc je nadstavba. Když má člověk paranoidní schizofrenii, která se daří držet léky na normální úrovni, ale stejně mu běží hlavou bludná představa, o tom množství lidí, co se kolem něho pohybuje, tak to se pak těžko dělá. To je výhra, když tam může chodit alespoň jeden pracovník a řeší ten základ.

J: Funguje v praxi návaznost na další služby?

E: Vždy by to mohlo být lepší. Jde o to, zda máte kontakty, když je využíváte, tak to pak už jde dobře.

J: Jaké je jejich fyzické zdraví?

E: Nic moc. My je máme ve chvíli po opakovaných léčbách, jsou devastovaní psychicky i fyzicky. Nemají žádný pohyb, volnočasové aktivity. Teď se nám hromadí hodně mladých kluků, kteří hlavně sedí u počítače, nebo si maximálně čtou knížku. Nechodí na preventivní prohlídky a obecně k lékařům mají nedůvěru. Jejich fyzická kondice je zkrátka špatná.

J: Dalo by se jim nějak pomoci?

E: To je součást té naší práce. Abychom je edukovali. Léky zvyšují chuť k jídlu. My třeba máme možnost se v rámci nemocnice obrátit na nutriční terapeutky. Ale moc to nechtějí využívat, nechtějí moc nikoho dalšího, kdo by jim říkal, co a jak mají a nemají dělat.

J: Jak funguje spolupráce s psychiatry?

E: Jak s kterými. Celkově moc ne. Někteří obecně rehabilitaci nevěří. Pro některé je to vlastně nákladné. Takže je ten systém nastavený špatně. Agentury domácí péče tohle mají lepší. Některé pojišťovny nás uznávají, jiné ne. Máme hlášení od doktorů, že by rádi, ale že můžeme ke klientům maximálně jednou týdně. To je velké úskalí. Já potřebuji někoho někam poslat a vlastně se nevejdu do těch bodů. Ale jsou

psychiatři, kteří jsou v nějakých seskupení a ty s tím problémy nemají. Někteří se zajímají o ty pacienty aktivně, některým je to spíš jedno.

J: Jak jsou na tom psychicky?

E: Jsou určitě pomalejší, léky je tlumí. Nedokáží se soustředit, mají problémy s pamětí. Jsou pacienti, kteří tyto obtíže mají, ale umí si rozplánovat den a dokáží to plnit. To jsou lidi, kteří se smířili s tím, že mají chorobu a znají se, ví, jak na co reagují. Máme lidi, kteří studují a pracují. Když je třeba ale chcete večer vzít do divadla, tak vám řeknou, že nepůjdou, že musí brzo spát, aby mohli druhý den fungovat. A pak jsou lidi, kteří tu nemoc mají a cítíte, že se tomu brání a u nich je ta situace horší.

J: Chodí do psychoterapie?

E: Nechodí. Moc nechtějí. Někdy říkají, že to je furt, že by pořád někdo něco řešil, v nemocnici měli skupiny.. Možná někdy moc té péče nemá ten správný efekt. Někdy se objeví někdo, u koho by vyloženě byla dobrá psychoterapie a tam je problém finanční a třeba jen to, že musí někam dojet snižuje jejich motivaci.

J: Řešíte s nimi jejich spiritualitu?

E: Máme to hodně u těch mladších kluků. Ty různě meditují, kreslí různé obrázky. Mám jednoho, který to měl hodně spojené s tím, že je věřící. Ono se do toho těžko zasahuje, dokud člověk základně je schopen fungovat, tak mu do toho nevstupuji. Pokud mu to začne narušovat denní režim, tak bych do toho vstoupila.

J: Jak získávají práci?

E: S tím je to problém. Tam je několik faktorů. Necítí se na to, chodit někam pravidelně. Bojí se ucházet o klasický trh, protože je tam stigma. Musí říct, že mají invalidní důchod, pak jdou k závodnímu lékaři, tam se to může zjistit. Nebo se bojí, že to na nich bude vidět. Další jsou ti, kteří to onemocnění berou tak, že to není úplně jasné a ty mají problém s tím, že by chtěli pracovat a neobstojí v té práci, protože si dají na sebe moc velký nárok. Ale pokud jim zase řeknete, že zavoláte do Fokusu nebo do chráněné dílny, tak oni hned mají pocit, že je strháváte do té skupiny duševně nemocných. To jsem takhle jednou narazila a pak už tím byl navždy narušený náš vztah. Další věc je, že ta motivace jsou peníze. Změnilo se financování chráněných dílen, kde je to super, mají sociální kontakt a tak. Ale dříve tam chodili dvakrát měsíčně, dostali 2-3 tisíce a to bylo pro ně dobré. Teď nedostávají nic. Nejsou granty podpory. Je to čistě o tom, že tam chodí ti, co chtějí zúročit čas jinak,

než že budou sedět doma. Pak jsou podporovaná místa, různé úklidy a tam je hodnocení asi 50kč na hodinu a to je také málo pro ně. Myslím, že pak není nic divného, že si pak sednou a řeknou si, že než abych tam dojížděl, tak radši budu doma. V tomto jsme ale hodně provázáni s Fokusem, který toto má dobře rozjeté. Mají několik center – na vzdělávání, na bydlení a tak. Zvedneme telefon a zavoláme, že tu máme pána, který by chtěl napsat životopis, tak se jen domluví schůzka, oni tak pak jdou, sepíšíou strukturovaný životopis a zase provedou toho člověka dál. My to pak opustíme a zpovzdálí to jen monitorujeme.

J: Jak je na tom jejich sociální síť?

E: No, to taky není nic dobrého. V tom základu, když přijdeme, tak když je tam rodina, tak je tam rodina. Když bydlí sami, v chráněných bytech, tak mají ty spolubydlící. Jinak nic moc. Moc kamarády zvenku nemají. Jsou spíš osamělí.

J: Dá se toto nějak rehabilitovat?

E: Je to těžké. Moc do skupin duševně nemocných nechťejí. Ti, co jsou už dlouho nemocní, tak ty by tam klidně šli. I když je někdy brzdí únava a tak. My s nimi pracujeme doma a po hospitalizaci, dojíždí se efekt té hospitalizace, tak tam se ještě úplně nic moc nestihne, je to o něčem jiném v tom domácím prostředí. U některý se daří rozjet nějaké aktivity za půl roku, za rok po hospitalizaci. Problém je, že když mají ještě další třeba somatický problém, tak jim vlastně domů chodí každý den někdo. Pak sociální síť tvoří pomocníci, formální vztahy. Ve výsledku je toho až dost.

J: Probíhá nějaká rehabilitace sociálních či pracovních dovedností?

E: V rámci naší služby cíleně ne. Když potřebují uklidit, tak pomůžeme. Ale třeba je vezmeme ven na procházku, kde jsem si všimla, že jsou otevření více rozhovoru a ochotněji odpovídají. Pak pozoruji, zda na mě reagují, zda se soustředí..

J: Naplňuje tato práce vaše představy péče o duševně nemocné?

E: Ano.

J: A když byste mohla něco změnit, napadá vás něco?

E: Rozhodně by bylo ideální mít celistvou skupinu lidí, které k pomoci těmto lidem potřebujete. Mít nablízku doktora, sestru, sociálního pracovníka. Tak jak teď vznikají ty centra duševního zdraví. Mít nějaké svoje vlastní zázemí pro volnočasové aktivity. Protože ti lidi rádi přijdou, když tam budete vy, které věří. Sem by přišli, ale do Fokusu už nedojdou. To by bylo dobré na překlenutí nějaké doby po té hospitalizaci,

kdy si ještě nejsou jistí. Pomohlo by mít toho doktora, který by pružně reagoval, někdy je dohnat je tak zdlouhavý, že se ten problém mezitím vyřeší nebo to prostě nestačí. Potom další systémové věci. Vyřizování na úřadech se táhne dlouho a těžko se to pak hlídá.

J: Co je na vaší práci nejtěžší?

E: Udržet si hranici, kam můžete a kam ne. A dobře si toho klienta přečíst. Člověk se kolikrát unaví na věcech, které ve výsledku stejně nepřinesou žádný efekt. I tak si držet tu hranici a nebrat to moc emočně. Moc se do toho neponořit. Tohle je z pohledu terénní práce nejtěžší. Jste tam sám a musíte si s tím sám poradit.

J: A co vám přináší radost?

E: Úplně nejvíc, když k nim člověk přijde a vidí, že je jim líp, že chtějí jít ven a je možnost je nasměrovat někam dál. Nebo obecně, když se jim daří, chodí do práce a tak.

PŘÍLOHA 6

J: Jaké aktivity realizuje v rámci CEDRy?

L: Jsem sociální pracovník, pracuji zde v sociálně terapeutické dílně. Konkrétně se věnujeme, je to vymezené zákonem 108 o sociálních službách. Poskytujeme prostor pro osobní hygienu, trénujeme pracovní a praktické dovednosti, poskytujeme prostor pro vytvoření stravy, aktivizační činnosti a volnočasový klub. Kromě naší práce je tu i trénink pracovních dovedností a s tím spojených i sociálních. Tréninkem se snažíme naše klienty vrátit do společnosti, aby nebyli izolovaní, souvisí to se snahou o destigmatizaci. Protože oni jsou stigmatizovaní, společnost je moc nebere, jsou osamělí a izolovaní. Snažíme se pracovat s každým klientem, který to potřebuje, aby se naučil nějaké věci, které jsou pro nás třeba běžné – to že se myjí, že je třeba si kontrolovat, co jím a komunikace, to vše s nimi trénujeme, aby se lépe začlenili a nepotřebovali nás. Aby byli méně závislí. To je v sociální práci celkově takový problém, sociální práce tu je, aby navrátila klienty do společnosti a aby se klienti nestali závislí, ale je to problém, protože se to často děje.

J: Moje práce pracuje s konceptem ucelené rehabilitace. Tak bych se chtěla zeptat, jak se díváte na komplexní pojetí?

L: Vy aktivně studujete, máte aktuální pojmy, potřebuji se zorientovat. Ta ucelenost, my pracujeme s konceptem recovery – úzdrava, tam spatřuji tu ucelenost. Komplexnost, tady pracujeme s pojmem multidisciplinarita. Asi víte, že probíhá reforma psychiatrické péče a Fokus je jedním z prvních, které vytvořilo centrum duševního zdraví, na Praze 8 a tam funguje multidisciplinární tým a ještě v centru v Podskalí je multidisciplinární tým. To je takový úvod, ve Fokusu se to děje, tady u nás v centru úplně ne. My tu máme takové tři služby, každá je trochu jiná. Nemáme tu psychologa, psychiatra ani psychiatrické sestry. My nepracujeme s konceptem multidisciplinárního týmu, nicméně se snažíme o komplexní péči. Tím, že jsme komunitní služby, tak to v tom je, to je její rys. Spolupracujeme s rodinou, psychiatrem, psychoterapeutem. Pokud pracujeme se studentem, kteří studují, tak se školním psychologem. A také pracujeme s jinými službami Fokusu, se spřátelenými organizacemi, s OSPODem.

J: Jak funguje tato komunikace?

L: To je další věc. Fokus se snaží o komplexnost 26 let. Já u toho byla v roce 91, kdy se začínalo. To povědomí tehdy o komunitní psychiatrii bylo malé a přesto, ten posun po 26 letech je minimální. Takže v praxi komplexnost vypadá tak, jak jste naznačila, že to záleží na jednotlivých lidech. Jsou velmi osvícení veřejní opatrovníci, někteří rigidní opatrovníci, kteří nespolupracují, nezajímá je to, nestíhají. Stejně jako na OSPODech, když jde o děti našich klientů, někde jsou velmi vstřícní a někde ne. O psychiatrech se dá jednoznačně říct, že většina mladších je osvícená. Mají to ve školách, v rámci psychiatrie se učí o komunitních službách, o sociální práci. Jsou osvícení a vstřícní. Začíná se budovat mezi veřejností jiné povědomí o psychiatrii. Především se spolupráce daří s jinými neziskovkami se stejnou cílovou skupinou.

J: Pro mě je zajímavé, co říkáte o psychiatrech.

L: Ano, někteří jsou také ochotní pracovat v těch centrech, zajímá je to, berou to jako výzvu. Moje zkušenost s psychiatrií a psychiatrickými sestrami je ta, že se dlouho pohybovali v hierarchickém zdravotním systému. Už jen to, aby jim neříkali pacienti, ale klienti. Už jen ten přístup ke klientům sladit a vyjasnit si to. Oni jsou dost opatrovnický, točí se to okolo medikace. Zatímco sociální práce se na to kouká zase úplně jinak. Většina zdravotníků je ale vstřícná to změnit. Ale je to hodně na začátku.

J: Jaké potřeby klienti mají?

L: Děláme individuální plánování, to je náš základní nástroj. Je to logické. Mají stejné potřeby jako my – bydlet, mít peníze a mít přátelé, nebýt osamělí.

J: A v tom všem jim pomáháte?

L: My jako CEDRA máme možnosti omezené. Case manageři dělají opravdu tu terénní práci, to gro. U nás probíhá trénink pracovní. Aby si nacvičili, v kolik jsou schopní dorazit do práce, jak dlouho u ní vydrží, dělat přestávky, komunikace s ostatními. Chybu nějakou snést. Toto si u nás nacvičí a my je pak předáme do týmu podporovaného zaměstnání, kde jim pomohou najít práci.

J: Takže tady je takový base camp?

L: Tak, tak. Někteří jsou schopní si najít práci sami, některým pomáhají case manageři, sociální pracovníci, asistenti v TPZ – týmu podporovaného zaměstnání. My i tak, jsme součástí pracovní rehabilitace. Děláme s nimi tu bazální část. Jinak ty věci ohledně sociálních problémů, třeba nedostatek peněz, tak to dělají case manageři.

Pokud je problém týkající se bydlení, neumí si uvařit, uklidit, nemá dost peněz, tak na to máme tým bydlení.

J: Jaké věkové kategorie tu máte?

L: Od 18 let, vrchní hranici nemáme, ale musí být schopný práce tady, nemáme tu výtah. Nejstarší klienti jsou okolo 63 a 64. Nejvíce je jich mezi 40-50 lety.

J: Jak vnímáte jejich fyzické zdraví?

L: Ne dobré. Většina má metabolický syndrom, mají nadváhu, cukrovku. U některých je to životních stylem, berou léky, které mají vedlejší účinky, jsou zpomalení, špatně jedí, protože nemají peníze. Jedí hodně a špatné věci. Zdraví není nic moc. Je to hodně tím, že jsou na tom špatně s penězi. Nemohou si dovolit úplně zdravý životní styl. Těch aspektů je hodně – zuby, to souvisí s nedostatečnou hygienou, mají velmi špatné zuby. Nedbají o sebe.

J: Dá se jim v tom pomoci?

L: My se snažíme dělat osvětu. Děláme přednášky, kroužky. Měli jsme pohybové aktivity, ale nesetkaly se s velkým ohlasem. Potřebují někoho, kdo je vytáhne z toho cyklu – jsem nemocný, nemám prachy, jsem doma, jím, piju sladký pití, tloustnu, bolí mě klouby, nemůžu chodit. Snažili jsme se dělat velmi jednoduché kondiční cvičení a kondiční vycházky, ale nebyl o to zájem. Ustálili jsme to na to, že chodíme jednou za měsíc na pěší túry. O to zájem je. Je to těžké. Třeba v Libuši mají fotbal, protože tam mají kluky, kteří jsou schopní ten kroužek vést, tak tam klienti chodí.

J: Máte pocit, že se i léky zlepšily, tak jako psychiatři.

L: Určitě. V 90. letech byly vedlejší účinky neskutečný – slintání, přešlapování, třesy. Opravdu viditelné. To dnes tolik není. Jsou dnes psychofarmaka třetí nebo čtvrté generace. Ale nedostávají je všichni. Psychiatři si dost rozmýšlí komu je dají, protože někteří je pak neberou, ty léky stojí hodně peněz. Takže máme tu klienty, kteří berou tyto léky a na první pohled nemají vedlejší účinky. Fakt se do hodně zlepšilo. Dřív to byl každý druhý pacient, který měl vedlejší účinky, dnes je to jeden z 10. Máme tu klienty, kteří berou koňské dávky a jsou setrvale unavení, spaví, mají neklid nohou. Hodně se používají depotní injekce a tam ty vedlejší účinky také skoro nejsou. Máme tu klienty, kteří jsou v dlouhodobé depresivní fázi., dostávají elektrošoky, tam jsou pak výpadky paměti, třes. My tu ale máme klienty zaléčené, pro vstup je podmínka, aby brali léky. Pokud je neberou, snažíme se to řešit s ošetřujícím psychiatrem.

Někdy se stane, že se klient zdekompenzuje, protože přestane brát léky a pak je to velmi rychlé. To je nepříjemné, ale stává se to, jsou to svobodní lidé, mohou si to rozhodnout sami. Také jsou klienti, kteří nemají náhled na tu nemoc. Někdo se nesmíří s tou nemocí, někdo je v invalidní důchodu, ví, že v něm bude napořád a má na to náhled a spolupracuje. Někdo na to náhled nemá, nemoc nepřijme, mění psychiatry, nebere léky. Smíření je velmi důležité. To moc klientů nemá.

K: Jaké jsou jejich psychické funkce, duševní zdraví?

L: Moc záleží na vztahu terapeuta a klienta. Byla bych ráda, kdyby to platilo i v rámci fyzického zdraví, ale tam to úplně nefunguje, někteří lékaři jsou úplně neskuteční, jak komunikují s pacienty. Naše práce tady a naše vztahy jsou založeny na důvěře a vytváření bezpečného prostoru. To máme i v metodice. Snažíme se vytvářet bezpečné prostředí pro klienty a jejich úzdravu. To se nám daří. Pak s námi komunikují o věcech, které se jim skutečně dějí. To je zajímavý, jak se mluví o duševní nemoci, lidé s duševním onemocněním, psychiatrické diagnózy. A teď vznikají centra duševního zdraví, to je přesně obrácený koncept. My se k tomu hlásíme. Pracujeme s dovednostmi klientů, s tím co umí. Já vnímám duševní zdraví klientů jako to silné v nich, že to není ta nemoc. Když k nám klient jde do služeb, tak musí mít potvrzení od psychiatra, tam má tu diagnózu. Ale ta mě nezajímá. Já se s ním bavím jako s normálním. Někdy nám ale ta diagnóza pomůže, my musíme přistupovat k lidem s hraniční poruchou osobnosti jinak než k lidem se schizofrenií simplex. Ale tady to docela jde, protože tady něco dělají a to se s nimi lépe mluví, tam narazíte na to zdravé v nich.

K: Jak vnímáte jejich psychoterapii?

L: Bylo by hezké, kdyby klient měl svou psychoterapii, ale nefunguje to tak. Tam jsou dva problémy. Neříkám, že vždy je lepší psychoterapie na pokladnu, ale dobří mají často plno a jsou placení. Já to vnímám jako problém. A další problém je ten, že s psychotikama nikdo psychoterapii dělat nechce. Když je osvícený, tak sem tam se nějaký najde. Máme pár, třeba 6 z 60, kteří mají psychózu a mají psychoterapii, ale to je minimum, je to chyba, protože individuální psychoterapie by jim pomohla. Protože skupinovou prošli skoro všichni, ale to je kognitivně behaviorální terapie, nácviky a tomu já ani neříkám psychoterapie.

K: Tedy, když přišli psychoterapií, tak byli s ní spokojení?

L: Ano.

K: Jak se díváte na jejich spiritualitu?

L: To je celkově téma, které se s psychiatrií prolíná. My tu máme hodně věřících. A ještě je to spojeno s nemocným světem a tak je to složité. My s tím pracujeme. Ani jeden z nás není věřící v týmu, řešíme filosofické otázky, ale víc se tomu nevěnujeme. Ale měli jsme jednu dobu hodně takových klientů. Tak jsme zkontaktovali evangelického faráře, který teď chodí jednou za měsíc a mluví s nimi a má individuální rozhovory s nimi. V Bohnicích to také mají a je tam i jeden doktor, který se tomuto tématu přímo věnuje. My vycházíme z potřeb klientů, tak jsme to zařadili a osvědčilo se to. Ten farář s nimi zpívá s kytarou, hodně se ho ptají.

J: Jak se jim daří získat práci?

L: Na to, že jsme součástí pracovní rehabilitace, budu znít pesimisticky. Ideál je, že my jsme vyšší práh, u nás jsou lidi zmotivovaní a měli by přijít s tím, že si tu chtějí nacvičit pracovní a denní režim a najít si brigádu a rok to takhle zkusit. Potom od nás dostanou hodnocení, tohle vám jde, tohle ne a doporučujeme tu a tu profesi. A ten člověk pak jde do týmu podporovaného zaměstnání a nebo s case managerem hledá práci. Ač v televizi slyšíme, že zaměstnanost klesá, tak u naší klientely je to úplně jinak. My máme z 99% procent lidí plným invalidním důchodem. Spousta našich klientů nemá vzdělání, protože onemocněli brzo a mají invaliditu z mládí, od 18 pobírají důchod a x let nepracují. To jsou klienti, kteří nikdy pracovat nebudou a ani nechtějí. Pak máme část klientů, kteří chtějí práci, protože si chtějí vydělat a být soběstační, ale těm se také moc nedaří. A myslím, že práce pro osoby se ZP moc není. Jsou zneužívání. Strašně často pracují v bezpečnostní agentuře, které zaměstnávají člověka, který potřebuje, schizofrenika, režim. A když takový člověk dělá dvanáctky, nevyspí se, tak je to cesta do pekla. Většinou to jde, 2 až 3 měsíce, ale pak jde rovnou do nemocnice. A ti zaměstnavatelé takové lidi berou, mně to přijde nezodpovědný. Moc práce není. Existují chráněné dílny a sociální firmy, v Praze jich není málo, ale mají pořád plno. Klient na ní dlouho čeká, mezitím se zdekompensuje, protože se nic neděje. Se zaměstnáváním, to není moc dobré. Více by vám k tomu řekli konzultanti z podporovaného zaměstnávání. To je vysoký práh, tam už opravdu řeší vyšší level a více se jim daří. Mají tréninková místa a trh zmapovaný. U nás je to 5% lidí, kteří se někde chytí a vydrží u toho. S psychiatrickou diagnózou vás nikde

nechtějí, musíte to říct, máte to v papírech. Už to je stigma. Ale houževnatí a cílevědomí klienti, těm se podaří práci najít a udržet si jí.

J: Jakou práci nacházejí?

L: U našich klientů jsou to z 80% chráněná pracovní místa. A zbytek krátkodobé brigády, pomocné administrativní a uklízací práce.

J: Složky pracovní rehabilitace zde klienti konkrétně mají jaké?

L: My neděláme ergoterapii jako takovou. My tu máme nácvik v podobě rukodělných věcí. Není podmínkou, aby byl zručný. Je důležité, že něco dělá. Cvičí si na tom trpělivost, soustředění a cvičí si to, že chodí včas, že když nepřijdu, tak se omluvím a že když jedu na dovolenou, tak to oznámím. Není to o tom, jestli umím dobře plést, ale o mé kapacitě, co jsem schopen se naučit. Zlepším si paměť a soustředění.

J: A baví je to?

L: Tím, že s nimi hodnotíme plány, tak tohle dost řešíme. Ne každý je rukodělný a baví ho to. Někteří vám po půlroce řeknou, že je to nebaví, že to je monotónní. Máme tu řadu činností pletení košíků, kašírování látek, práci s papírem, různé jednoduché a složitější činnosti. Mohou tím projít a vyzkoušet si to. Řada z nich tu je pro udržení schopností a nebudou nikdy chodit do práce, mají tu bezpečné prostředí a zbývá tedy překousnout to, že dělají něco, co je někdy nebaví. A snažíme se protože za to nedostávají peníze, tak pracujeme s jejich motivací. Všichni se nějakým způsobem podílí na těch výrobcích. Náš největší výrobní program jsou velké pletené a vycpávané hračky. Pak je prodáváme, klienti potom vidí, že je o to zájem a z těch peněz nakupujeme materiál, dotujeme nějaký výlet a tak. To je jediná satisfakce a motivace. Pro některé je toto hodně důležité.

J: Jaká je jejich sociální síť?

L: To se také snažíme budovat. Od toho mají case managery. Souvisí to se stigmatizací a s tím, že je většinou okolí nebere. Také tu pracuje s programem přirozených a formálních zdrojů. Do těch formálních musí – lékaři, úřady, psychiatr a tak někdy potřebují k tomu větší podporu. Nevím, zda se u nich dá mluvit o sociální síti. To je to, co by tady měli díky case managerům získat. Ten by měl být koordinátorem jejich sociální sítě a pomoci ji vytvořit. A ty neformální zdroje, že chodí do kroužku, mají rodiny, máme tu trenérku, ale tihle lidé jsou zasíťovaní ve své komunitě. A jsou to lidé, kteří onemocněli později a měli v té době svou síť již

vybudovanou. To by byl také zajímavý výzkum Čím dřív onemocní, tím mají horší prognózu.

J: A jak fungují tady mezi sebou?

L: Dobře bych řekla. Jsou tu úplně stejná dusna, jako jsou někde ve třídě třeba nebo v jakémkoliv kolektivu. Pereme se s tím a čas od času se někdo zhorší a má víc hlasy. Do toho vstupujeme, protože se to snažíme s nimi řešit slušně, ale otevřeně. Pokud vaří a jeden klient je zahlasovaný a polovinu času, co má něco dělat, tak mluví s hlasy a ovlivňuje ho to v recích a v komunikaci s lidmi. Tak ho musíme stáhnout s vaření a povídáme si s ním o tom polovinu třeba té doby, co má vařit. Navazují tu přátelské vztahy. Máme tu skupinu, kdy spolu jednou na týden na dovolenou, pod stan do pískoven. To je to, co my chceme, aby zapnuli své vnitřní zdroje a žili i mimo nás.

J: A rodina?

L: To je různé. Mám dvě děti a koukám se na to očima rodičů. Kdybych měla takto nemocné dítě, tak bych byla už dávno v blázinci. Často je ta rodina nemocná celá. Pokud někdo onemocní v 18 a ty rodiče s ním žijí pořád, bydlí společně, tak já vždy říkám kdybych takhle s rodiči žila 5 let, tak by je zabila také. Tady je to nejvíc vidět, ty přestárlí rodiče, je jim okolo 80 a mají nemocné dítě, kterému je 50 let a celý život žijí s nimi. Často jsou to sami matky, protože se rozvedli nebo otec zemřel a mají na krku to dítě. Pak tam často bývají nezdravé vazby nebo jsou vztahy pošramocené. Ta rodina je vždy nemocná celá. Bohužel většina lidí nespolupracuje, chtějí, aby jejich dítě tu mělo azyl. My tady to dospělé dítě vlastně zabavíme. Často dochází k tomu, že potomka přivedou rodiče a to dítě je úplně zdemotivované a to dítě většinou pak přestane do měsíce chodit.

J: Co pomáhá odstranit jejich stigma?

L: Já myslím, že to je jeden z cílů naší organizace. My tu konkrétně jezdíme na pobyty, na vycházky, bereme je do přirozeného prostředí. Setkáváme se s různými reakcemi a my děláme jakoby nic. Jsou to často zábavné situace. Také se snažíme edukací, vychovávat veřejnost. Zveme sem školy, střední školy. Fokus má projekt Blázníš no a. Tam chodí vždy klient a koordinátor a povídá studentům svůj příběh a to, jak se dokázal zapojit do společnosti. Na to my ale nestačíme. Máme PR oddělení, kde na tom pracují. Mně dráždí to, jak všude vidíte pomozte dětem, onkologickým pacientům nebo bezdomovcům, ale viděla jste to někdy o duševně nemocných

lidech? Vůbec! V televizi by měli být takové pořady. Na České televizi nám běží studio 27, kde klienti tvoří různé spoty, pak máme setkání v kavárně Liberál a různě se tam diskutuje a pouští mini filmy. Naši kolegové točí příběhy, ne mluvící hlavy, ale příběhy lidí s pozitivním i negativním koncem. Snaží se to podávat přes lidské kvality, ne přes to, že já jsem schizofrenik, nešťastný a nemocný. Ale přesto, že já jsem řezbář, onemocněl jsem, ale umím tohle a tohle. Ale my sem třeba nemůžeme přitáhnout lidi zvenku, i vy byste to na našich klientech nepoznala, ale na některých je to vidět hned. Jsou neupravení, mumlají si něco. I společnost by mohla něco dělat.

J: Naplňuje tato práce představy sociální práce s duševně nemocnými?

L: Vzhledem k tomu, že to dělám už dlouho, tak mě to naplňuje. Zároveň jsou tu velké limity. Myslím, že Fokus dělá maximum, i my se tu snažíme. Já jsem třeba zastánce chráněných dílen, sociálních firem, chráněných míst. Protože s těmi lidmi pracuji a vidím jejich možnosti a vidím to, že na otevřený trh práce většina z nich nedosáhne. Tato místa by pro ně měla být k dispozici. Takže v tomto směru nejsem ve Fokusu naplněná, protože se dlouho s kolegyněmi snažíme prorazit to, že bychom tu měli chráněná místa a nebo bychom vymysleli sociální firmu. Ale to není podporováno, protože ty počáteční náklady a to vše je problematické a Fokus teď razí jiný směr – zaměstnávání na otevřeném trhu. To s tím, že pracovní terapeut pomůže klientovi sehnat práci, jde s ním na to místo, asistuje mu tam a všichni okolo přijmou jeho nemoc a budou mu to usnadňovat. Já na tohle nevěřím. Obdivuji kolegy z týmu podporovaného zaměstnávání, protože se jim daří zaměstnávat lidi, podařilo se jim sehnat spolupracující zaměstnavatele. To na nich obdivuji nejvíc. Je několik velkých firem, které jsou ochotni zaměstnávat tyto lidi. Já v tomto směru, protože dělám pracovní rehabilitaci, úplně naplněná nejsem. Přijde mi to trochu nefér, naši klienti tu vytváří nějaké věci, hodnoty a nemají za to žádné ohodnocení. Můj sen je vést sociální firmu, ale ne v této organizaci.

J: Co je na této práci nejtěžší?

L: Když chci odpovědět popravdě, nejtěžší je vyrovnat se s tou bolestí těch lidí. Vidíte spoustu lidského neštěstí. To je ve všech pomáhajících profesích. Je nutné si v této práci vytvořit, chtě nechtě, nějakou bariéru, psychohygienu a nebrat si to tak. Moje zkušenost je taková, když nastoupíte jako altruista, samaritán a chcete hodně

pomocť, tak vyhoříte za rok, ani ne. Mně se to také stalo před lety. Pro spoustu lidí je nejtěžší nenechat se tím pohltit a kontakt s tím ošklivým lidským utrpením.

J: A radost vám přináší?

L: To souvisí, právě ten kontakt s těmi lidmi. Když někomu pomůžete, tak to je největší satisfakce. Přináší mi radost, když někdo z kolegů má stejný názor jako já a vytváříme společně něco, co má smysl. Je také těžké ustát management těch služeb neziskovek, protože tam stojí lidi, kteří tu práci dávnou nedělají a jsou úplně mimo, s tím se teď hodně potýkám.

PŘÍLOHA 7

J: Jaké aktivity realizujete v rámci péče o duševně nemocné?

L: V rámci centra Mělník, máme komunitní tým Mělník, kde máme sociální rehabilitaci, chráněné bydlení, sociální pracovní dílnu, podpora samostatného bydlení. Dílna je stacionární, ostatní jsou terénní služby.

J: Když Vám řeknu komplexní pojetí, co si vybavíte, co si pod tím představujete?

L: Jelikož my nemáme úplně multidisciplinární tým, chybí nám ta zdravotnická část. Neposkytujeme úplně komplexnost jako takovou. Ale v rámci toho a spolupráce s psychiatry, které využíváme v místě bydliště klientů a ta spolupráce je dobrá. Komplexnost tam tedy je, ale není zprostředkovaná pouze našim týmem.

J: Jaké potřeby mají?

L: Největší jsou otázky bydlení, práce, dluhová problematika nebo pomoc s finančním hospodařením a také doprovody na úřady, soudy nebo k lékařům. Pak mě napadá, víc a víc se objevuje práce s rodinou. Často to v rodinách neklape nebo je dobré tu spolupráci navázat z jiných důvodů. Také zdravotní stav klienta jako takový, buď při zhoršení nebo prevence, či jak s nemocí nakládat a a získat na ní náhled.

J: S kým dál v rámci regionu spolupracujete?

L: Opatrovníci, úřad práce, městský úřad, kde jsou sociální terénní pracovníce, které nás kontaktují, když mají klienta na starosti, probační služba. Patří nám i Neratovice a Kralupy a tam také navazujeme kontakty s těmito odbory. Tahle spolupráce funguje dobře.

J: A s psychiatry a nemocnicí také?

L: Ano, spolupracujeme s nemocnicí Horní Boškovice, kam jezdíme jednou za 14 dní na poradny i se sociálními pracovníci té nemocnice. Jednou měsíčně jezdíme do Kosmonos, což je také naše spádová oblast. Pokud máme klienta v Bohnicích tak ty nám mapuje ten druhý tým, komunitní tým Dolní Povltaví. Občas upozorníme, že je hodně spavej nebo že se nám něco nezdá a někdy i tak jdeme s tím klientem za lékařem a on občas tu medikaci pak nastaví jinak.

J: Jak vnímáte fyzické zdraví?

L: Jak u koho. U starších je to vlivem věku, jak se s přibývajícím věkem zdravotní stav zhoršuje. Netrpí nějakýma fyzickýma velkýma problémama. Někteří díky medikaci mají zhoršenou motoriku, cítí se strnulejš. Ale není to nijak extra viditelné.

J: Co obezita?

L: S tím se samozřejmě setkáváme, záleží na lécích. Někteří sami říkají, že se jim pak nic nechce. Není to u všech, záleží na tom, jak k tomu ten který klient přistupuje.

J: Jak vnímáte jejich duševní zdraví?

L: To spektrum je široký – schizofrenici, maniodepresivní porucha, duální diagnózy. Záleží na tom, kdo jak a kdy. Někdy jsou více stabilizovaní, pak se něco stane v rodině, práci či doma a zdravotní stav začne kolísat. Máme klienty, kteří jsou stabilizovaný, nebyli dlouho hospitalizovaní a máme klienty, kteří i přesto, že s námi spolupracují, tak jsou hospitalizovaný třeba dvakrát ročně, pro jejich pocit bezpečí, stabilizaci, či jiné drobné zlepšení a ono se to pak na kratší dobu zlepší. S přibývajícím věkem se horší paměť. To také záleží na tom, jak dlouho léky berou.

J: Mají psychoterapii?

L: Někteří, my jako centrum nemáme psychoterapeuta, neposkytujeme ji. Někteří dochází k paní doktorce, kde je skupinová terapie a je tam setra, která dělá individuální, ale to je hrstka klientů. Ne všichni, to by bylo ideální. Psychiatrů na Mělníku není moc a jsou na kasu.

J: Jak ji hodnotí?

L: Ti, co ji mají, tak pozitivně.

J: Jaká je jejich spiritualita?

L: My se s ní v rámci služeb nezabýváme. Klientů, kteří ji více řeší...to je jen jeden. Když se o tom chtějí bavit, tak mají možnost. Jinak moc spirituální stránku neřešíme. My na to program nemáme. Občas malují mandaly, to je jediný.

J: Mají práci, daří se jim sehnat práci na volném trhu?

L: Někteří ji maj. Tady v okrese není taková nabídka. Někteří práci chtějí a snaží se najít. A jiný říkají, že chtějí práci, ale nic moc pro to neudělají, nedotáhnou to a nejdou to zkusit. Někteří nemají vůbec potřebu. Kdo chce, tak se mu pomáháme najít. A pak je otázka, jak dlouho tam vydrží.

J: A když se daří najít, tak co to je za druh práce? Bývá to volný trh?

L: Na Mělníku máme jednu sociální firmu, tam se uplatnilo pár klientů. Muži tam dělají něco na zakázky a ženy vesměs šijí. Pak se podařilo v Kauflandu, kde je klient u hlídací agentury. Pak se podařilo zaměstnat klienty ve Vitaně Bišice, což je kousek. Pak i v jiných firmách, nějakou administrativu. Na úklid v Neratovicích v domově důchodců. Záleží na místě. Přes léto v zahradnictví. Je to různý a jak kdy. Vyloženě nakontaktovaného zaměstnavatele nemáme.

J: Jaká jsou úskalí hledání?

L: Je tu málo míst. Když zaměstnavatel slyší o cílové skupině, tak to bývá problém, s ohledem na zaměstnání. Někdy ta motivace samotná těch klientů. Často jim stačí dávky z úřadu, když by měli někam dojíždět a spočítat si kolik projedou, tak to je taky demotivující.

J: Vy tu máte složky pracovní rehabilitace?

L: V rámci sociálně terapeutické dílny. Máme tři stupně. Jeden je víc nestrukturovaný program, to že někam přijdu, změnit sociální prostředí a navazovat kontakty. Druhý už je kombinovaný s více strukturovaným, kde vyrábí, třeba šití, švadleny ušijí okraje hračky a klienti je plní, máme tu vitráže. Snaží se něco, kde vidí výsledky. Není to úplně tak ideální, že když chce klient jít na úklid, tak bychom tu s ním trénovali úklid, to nemáme. Ale alespoň zažít si denního režimu, vyzkoušení si, jestli vydržím 4 hodiny někde sedět a nemít cigaretu každých 5 minut.

J: Jak tyto aktivity hodnotíte?

L: Někteří ví, že se nechtějí umístit vyloženě na otevřeném trhu, ale i tak je to pro ně fajn, že změní prostředí, ráno vstanou a vůbec si udrží ten režim, tak to vnímají pozitivně. Ti, co byli dlouho hospitalizovaní a projdou si tímhle programem, přitom si hledají už práci, tak pro ně je změna z léčebného procesu, kde je vše velmi vstřícně nastavený, tak zjišťují, zvládnou to, nezvládnou to a podle toho se hledá práce. Můžu vstávat v šest nebo nejsem schopen přijít v 8 ráno. Pak jsou ti, kteří do dílny vůbec nechtějí a chtějí rovnou na otevřený trh, to je super. My jim pak můžeme poskytnout oporu na pracovišti a pro ně je to něco, že už jsou někde. Je to různé podle i možností. Vnímám, že když nejsou ty možnosti na otevřeném trhu, tak udržet dovednosti, které získal nebo si je obnovovat. To vnímám pozitivně, že to je dobrý mezistupeň – ano chci do práce, ale není volné místo, tak mám co dělat.

J: Jak bydlíte?

L: Máme klienty u rodičů, s vlastními rodinami, na ubytovnách, v azylovém domu a máme i chráněné bydlení. Kde mohou 3 roky být v chráněných bytech, máme jich tu 5, dohromady 9 lůžek, kde žijí v běžném prostředí a my tam minimálně jednou týdně chodíme nebo chodí sem na nějaké aktivity.

J: A jak tam fungují?

L: Záleží na tom, jak to zvládá a co potřebuje. Můžeme mu nabídnout tu podporu, s kterou to zvládá, chce pomoc s finančním plánováním, vařením. Jsou klienti, kteří při zhoršení zdravotního stavu potřebují denní kontakt a s některými to stačí jednou týdně a pak jsou ti, kteří potřebují vyloženě podporu a pomáháme jim uvařit nebo uklidit.

J: Jaká je jejich sociální síť?

L: Jak koho. Některý mají jen rodinu, někdo i kamarády. Většinou tolika kamarádu nemají, mají tak jednoho nebo pár známých, ale těm by si neřekli o pomoc. Tam, kde je duální diagnóza, tak ty mají vazby na ne úplně ideální lidi, ve smyslu, kde získat drogu. Ale snažíme se je tu v rámci centra nakontaktovat na lidi a mohou tu získat nové vztahy. Cílem by ale bylo to rozšířit o zdravé lidi. Ten okruh bývá z oblasti nemocných. Rozšířit to o ty zdravé se úplně nedaří. Tady na Mělníku ani není tolik aktivit, kam by mohli jít a nebo nechtějí.

J: Jak se potýkají se stigmatem?

L: Vědej o tom. Někteří o onemocnění neřeknou, protože ví, jak by na ně bylo koukáno. Když jsou do práce a pak nedostanou kvůli tomu práci, tak to cítí. My se snažíme, aby to bylo co nejméně. Nikde, když s nimi jdeme ven, tak rozhodně není poznat, kdo je a není klient. Bojí se o tom ale mluvit, vědí, že mají tu cedulku. Řekla bych, že někteří míň a někteří míň, záleží, jak si to kdo připouští.

J: Co pomáhá?

L: My někam jdeme, máme přednášku, tak není poznat, kdo je kdo. Když máme akce, kde prodáváme, tak klienti také prodávají. Zapojujeme je samotné. Kolikrát máme zkušenost, že klientka mluvila s pracovníci a nevěděla, že mluví s pracovníci, není to poznat. Ani když jdeme žádat o zaměstnání, tak jednáme tak, jako že to je zaměstnanec jako každý jiný. Říkáme to, proč toho klienta zaměstnat a proč se nebát toho, že nezvládne to a to, když má tu diagnózu.

J: Mají nácvik sociálních dovedností?

L: Ano, vaření. Skládaj se na to. Máme tu pračku, můžou si tu vyprat a zároveň se to učit. Jinak se o ně snažíme přímo v rámci bydlení, v rámci podpory a sociální rehabilitace. Vařit s nimi, prát s nimi, zároveň finanční hospodaření, dělá se finanční deník. Mohou si tu schovat peníze my jim je pak vydáváme postupně.

J: Naplňuje práce tady představy sociální práce s touto cílovou skupinou?

L: Já myslím, že jo. Bylo by lepší, kdyby to šlo více propojit s běžnou komunitou, aby to nebylo jen tady. Aby měli více koníčků, kde jsou i ti zdraví. Aby to bylo přirozenější, kde budou mít víc nabídek a aby se nebáli tam jít, to by se mi líbilo. Víc by se mi líbilo beználepkování. Ale v rámci možností se to hodně zlepšilo.

J: Čím je to zlepšení dané?

L: Celou deinstitucionalizací, reformou. Kdyby byl psychiatr, sestra, aby byl včas klient dostatečně zamedikovaněj. Hodně teď vnímám, co dělají média, jak se okolo toho dělá bublina. My také děláme program Blázníš, no a. To je náš velký cíl, který by mohl pomoci náhledu ostatních, tak i pro klienty samotné. Když by tam šli jako experti, tak už to by je zase posunulo dál.

J: Co je nejtěžší?

L: Pro mě...nemotivovanost klientů. Někdy si říkám, že jsou to mladí lidé, kteří mají život před sebou a úplně jim chybí ten drive, jen tak proplouvají. To nevím, zda to je beznaděj, či nechutí. Bývá těžké, když je třeba klient už doporučovat k hospitalizovat, co pro něj ještě můžeme udělat, kdy už je třeba agresivní. To jsou těžké a nepříjemné situace. Ale když pracujeme týmově, tak je to na druhou stranu velká pomoc. Také je těžké, že nejsou následné služby, kde by ti lidé měli šanci, jak bydlet, nějaké sociální byty a aby na volném trhu práce se myslelo na tuto skupinu. My je můžeme motivovat k práci a pak není místo, tak je to těžké. Je to začarované kolečko.

J: A radost?

L: Ten opak když získá náhled a spěje k úvaze. Když nachází k práci, zvládá bydlení, plní si své cíle a svá přání. To pak člověk vidí, že to má smysl. Zároveň i to, když člověk není hospitalizovaný tolikrát, když dostanou náhled na drogovou závislost s zbaví se jí. A zároveň i to, když okolí, pro mě, i moje rodina měla obavy a dnes tyto obavy nejsou, vidí, že ta práce k něčemu je a že ten člověk má šanci se zlepšit. My také nikdy nevíme, co se může stát. A i v rámci toho No a, když dítě zjistí, že šlo se schizofrenikem a nemuselo se vůbec bát.

J: Zaznamenáváte nějaký rozpor?

L: Tak pořád pohled nemocnic je jiný, než náš. Psychiatři, kteří s námi spolupracují, tak u nich se to mění, protože vidí, že to pomáhá, Ale jinak nemocnice nevidí, že by bylo možné tu medikaci omezovat a jsou v tom najetí tak, že se to nedá jinak zvládnout. Nejde být úplně bez nich, kdyby bylo služeb hodně a byly dobře propojené, tak možná, ale určitě není třeba nemocnic tolik.

PŘÍLOHA 8

J: Jaké aktivity realizujete pro osoby s duševním onemocněním?

D: My děláme poradenství, to poradenství může být jednorázové nebo na pár schůzek. Pak máme registrovanou službu sociální rehabilitace, což znamená, že se s tím člověkem domluvíme na dlouhodobější spolupráci, domlouváme si smlouvu od 3 měsíců až na rok. Sepisujeme individuální plán s tím člověkem, který se týká jeho potřeb, co by chtěl změnit a v tom, v čem jsme schopní ho my podpořit. To znamená všechno, co se týká práce, náplně volného času, někdy hledáme i informace, co se týká zdravotnictví. Nijak výrazně ale do zdravotnické problematiky nezasahujeme. Ale podporujeme ho, aby řešil své zdravotní problémy, bral medikaci, docházel k lékařům. Také ho můžeme delegovat do zdravotnického týmu o patro níž, s kterým máme porady, můžeme za tím člověkem pak jít ve dvou a nějak to řešit.

J: Co pro Vás znamená komplexní pojetí?

D: Hodně se tu prolíná zdravotní a sociální sféra. Neustále narážíme na praktické problémy. Každý jsme financovaný z jiných zdrojů a každý pak máme jinou spádovou oblast. Zdravotní tým je hrazen ze zdravotního pojištění a může tam tedy přijít kdokoliv z České republiky. Ale my zase jako sociální tým jsme hrazeni z příspěvků městských částí, což nás zavazuje k tomu, že se jim o jejich občany nějak postaráme. A další věc je ta, že tím, že je doprovázíme na úřad, což je vázaný na trvalý pobyt, když někdo přijde z Kladna, tak si ho nemůžeme vzít do péče, protože bychom ho pak nemohli vést na úřad a udělat vše, co by se dělat mělo. Další věc je ta, že my je chceme navštěvovat i v domácím prostředí. Tam vidíme, jak žije a pokud žije s někým, tak vidíme i ty další lidi a sociální vztahy, jak mu fungují. A máme zkušenost i tu, že jinak člověk jedná tady v kanceláři a jinak jedná v domácím prostředí. Neříkám, že každého musíme navštěvovat pouze doma, i když se to tak někdy děje, ale je dobrý to vidět, jednou, jak žije ten člověk. Hodně to potom dokreslí obrázek o tom člověku, proč má různé problémy a i se tam naráží na věci, na který bych já jinak nepřišla – zájmy, koníčky a jiné oblasti. Komplexní teda pro mě znamená propojení sociálního a zdravotního, poznat jeho komunitu a někdy i pracovat s celou rodinou. Někdy jsou ty vazby tak silné, že se musí zapojit více členů.

J: Jak funguje návaznost na další služby?

D: Co se týče sociálních, tak se nejčastěji a nejsnáze navazujeme v rámci Fokusu, to jsou kolegové. Protože tady nemáme žádné centrum denních aktivit, tak hodně lidí dojíždí do Karlína nebo do domu U Libuše. Nebo navazujeme lidi na tým bydlení, který zajišťuje bydlení. Nebo oslovujeme kolegy z podporovaného zaměstnávání, kteří s nimi řeší práci. Někdy spolupracujeme i třeba s Baobabem, protože ty mají spoustu volnočasových aktivit. Tam narážíme na to, že je to daleko, z Břevnova na Pankrác je to z ruky. Tady na šestce je Via Roseta obchod Eliáš, kde prodávají keramiku a můžou si tam lidi natrénovat. Tím, že to je zdarma, tak o tom moc zájem není. Taky s Green Doors hodně spolupracujeme, ty dělají zaměstnávání. Mají kavárnu přímo v Bohnicích 5. Kolonu a jinak se je snažíme namotivovávat ty lidi, aby zkusili kavárnu na Půl cesty, která je také na Pankráci a není dobře placená, ale je to trénink na budoucí zaměstnání. Co se týče zdravotnictví, tak se snažíme spolupracovat s ÚVN, kde je tým terénních psychiatrických sester. Ty mají ale pouze Prahu 6, ale my máme Prahu 5,6,7. Pokud ale máme někoho ze 6, tak určitě spolupracujeme. Pak také s úřednicemi na úradě, tam je to oboustranný, oni nám je taky posílají. Snažíme se. Potom ještě existují různé pobytové komunity, pro poruchy osobnosti je Kaleidoskop. Ale do komunit moc nechtějí, je to časově i psychicky náročný. Ale když se zadaří, tak je to pak dobře hodnocený.

J: Jaké mají klienti potřeby?

D: Nejčastěji finance, sociální dávky, invalidní důchody, hodně nemocenskou. To znamená žádost o invalidní důchod, tyhle věci, spíš jako poradenství. I finanční plány, když nevychází s penězma. Ty finance je velký problém u hodně lidí, mají nízký důchody, exekuce, máme tu i lidi v osobním bankrotu. Bydlení se snažíme spíš přeposílat na tým bydlení. My řešíme spíš neshody s pronajímatelem nebo s ubytovnou. Pak zprostředkováváme i azylové domy, když je třeba vyhodit z nájmu. Podáváme žádosti o sociální byty. Co se týče práce, tak je nakontaktovávané na tým podpory zaměstnání. Ale pokud má nějakou konkrétní zakázku, třeba pomoci upravit životopis, nebo doprovodit na pohovor nebo když se jedná o chráněné místo, tak pomůžeme my. Když je to krátkodobý, tak to děláme my, když se to táhne, tak to přeposíláme. Pak volnočasové aktivity, o to je velký zájem, mají invalidní důchod a většinu dne sedí doma. Z toho důvodu jsme zřídili volnočasový klub, jsou to výlety po okolí, výstavy, muzea. Snažíme se, aby to bylo zdarma. Teď se vyjednává i divadlo.

Prostě aby měli náplň dne. Ve chvíli, kdy ji mají, tak se potom tolik neutápí v problémech. Hodně řešíme vztahy a pak je kontaktujeme na rodinnou terapii, párovou nebo i individuální. Často mají konflikty, neumí s nimi nakládat, někdy to jen probereme a někdy je pošleme na terapii, ale na to musí být už nějak připravení.

J: Jak vnímáte jejich fyzické zdraví?

D: Hodně špatně. Spousta lidí zanedbává svůj fyzický stav. Nemají na to už kapacitu. Snažíme se to vysvětlovat, jak to všechno se vším souvisí. Snažíme se namotivovat. Ale je to nekonečný příběh a běh na dlouhou trať. Když má člověk s poruchou osobnosti, tak se dost často setkávám se sebedestruktivním jednáním, řežou se, pálí se. A s tím souvisí to, že pak nejdou na preventivní prohlídku. Tohle souvisí s tím, že na sebe nahlíží jako na něco nedůležitého. Někdy se v těch problémech i vyžívají. Dost častá je obezita, která souvisí s nedostatkem pohybu, s medikací. Ty problémy se s věkem stupňují a po 60. Roku už je toho docela hodně. Tohle je velká otázka. V tomhle se spíš snažíme je kontaktovat třeba na zdravotní sestru, aby to hlídala. Narazila jsem na jednu paní, která skoro nevidí a nenosí brýle. Oni si neumí říct. Snažíme se na to, aby na to dohlídl ten zdravotník. Musí se to připomínat a pořád o tom mluvit. Někdy doporučuju i změnu lékaře, někdy k němu nechodí, protože je ten doktor na něj nepříjemnej. Tak pak hledáme i nového lékaře.

J: Komunikujete s psychiatry?

D: Pokud někdo chce spolupracovat v té dlouhodobé spolupráci, v sociální rehabilitaci, tak máme takové doporučení pro lékaře. On pak s tím jde za doktorem a ten ho musí vyplnit. Tam je zdravotní stav, počet hospitalizací, rizikové faktory a co ten doktor doporučuje pro tu naši spolupráci. Tam jsou kolonky, jestli doporučuje hledání práce, bydlení, sociální rehabilitaci. A tohle by měli mít všichni, kdo jsou v té dlouhodobé spolupráci. Jedině výjimečně můžeme kontaktovat toho psychiatra toho člověka, jinak nám to on musí podepsat, klient, že s tím souhlasí. Musí to mít vždy nějaký důvod, nijak pro nic za nic. Ty doporučení dáváme i proto, aby ten psychiatr věděl, že je tu nějaká služba, o kterou ten klient žádá. Někdy komunikujeme pak častěji a někdy méně často. Úplně nejlepší je, když je to tady naše paní doktorka, která sídlí o patro níž, s tou pak komunikujeme hodně lidí.

J: Jak vnímáte jejich duševní zdraví?

D: Jako těch lidí s duševním onemocněním? No tak to je hrozně individuální, není to nijak harmonický. Řekla bych, že je to tak na houpačce, někdy je to horší a někdy lepší. Někdy to dobrý trvá týdny nebo měsíce a někdy dva tři dny. Jsou to lidi hodně citlivý a empatický a tahle křehkost způsobuje i to, že je rozhodí věci, který by jinej člověk považoval za něco nepodstatného. Hodně bývají naklonění nějaký esoterice. Tohle je hodně individuální. Někdo je na to líp a někdo hůř.

J: Chodí do psychoterapie?

D: Řekla bych tak, že hrubým odhadem 50% lidí má nebo za poslední dva roky mělo. My je v tom podporujeme. My přeci jen řešíme hodně ty praktické věci a není prostor si tolik popovídat. Cítíme, že oni tu potřebu mají. Hodně nás pak odvádí od těch praktických věci k tomu povídání si. Někdo řekne, že si radši povídají s námi, že se s psychologem necítí dobře, že jim to připomíná hospitalizaci, někdo prošel tolika terapiemi, že už zanevřel. A někdo hledá pořád nějakýho terapeuta a věří, že on to změní. A někdo řekne, že má takový traumata, že řekne, že to nechce řešit, že se bojí, že by je to úplně rozhodilo. Já to pozoruju u lidí, kteří jsou v psychoterapeutickým semináři a jsou hodně rozhození, dostávají zpětnou vazbu a najednou moc neví, k čemu to je, a ty dva první měsíce ta jsou hodně náročný pro ně. Ale i to hodně doporučujeme, ale ne každý to vyhledává.

J: Ze zdravotnických oborů spolupracujete s kým?

D: Tady dole máme ambulantní psychiatricku, psychology, dvě sestry, psychologové z výcvikem, i terapeuti s výcvikem, ale nejsou to psychologové.

J: Řešíte s nimi jejich spiritualitu?

D: Není to pro nás prvoplánová otázka. Ale někdy prostě jsou situace, kdy se na to zeptám. Vidím, že má křížek nebo židovskou hvězdu. Je to hodně různý. Určitě dost často tvrdí, že to je psychospirituální krize, ale to je spíš z řad odborníků. Jsou to lidi, kteří inklinují k víře, ne že by byli vysoce aktivní, ale nějak je to uklidňuje. Někdo je individuální a nevyhovuje mu ta skupina. Jedna paní se seznámila s jeptiškami a teď je s nima v komunitě a řada jejích problémů se zlepšila, stačí ji ta sounáležitost. V Karlíně mají myslím i faráře. Já jsem zjišťovala kontakt na faráře jen asi jednou. Někdy lidi taky mluví o buddhismu a východních filosofiích. Tam se to ale úplně nedoporučuje. Budhisti věří, že tenhle svět je jen iluze, že vlastně skutečnej svět je někde úplně jinde, nirvána a tak. Což nahrává tomu duševnímu onemocnění, kdy ten

člověk neví rozdíl mezi realitou a tím, co se mu děje v hlavě a neumí to rozpoznat. Když mu pak ještě někdo řekne, že to je iluze, tak se v tom pak už ztrácí. Těch lidí, co k tomu inklinují je docela hodně. Nevím, jestli bych to úplně dopručila a dokázala se s nimi o tom bavit. Asi bych odkázala na odborníky. Kdybych hledala kněžího, tak bych chtěla někoho, kdo má zkušenost s touto skupinou, myslím, že to jinak může i poškodit.

J: Daří se najít práci?

D: Celkem i jo, bych řekla. Nemůžu to zobecňovat, ale pokud ten člověk chce pracovat, tak ty možnosti jsou. Teď je otázka za kolik a zda opravdu chce. Jsou tu lidi, kteří o tom hodně mluví, že by chtěli, ale pak Vám řeknou padesát výmluv, proč to nejde. Pak jsou lidi, kteří chtějí pracovat, ale mají očekávání, které se neslučuje s realitou, jednak finanční odměna a jednak by tu práci vůbec nezvládli. Tohle se snažíme řešit s tím lékařem, on by měl určit, jestli bude nebo nebude pracovat a na jaký úvazek. Tohle doporučení se musí aktualizovat. Když chce člověk pracovat, je motivovanej, má reálnou představu, tak v tom případě se to daří. Není to tak, že by člověk přišel a za týden měl práci. Jsou lidi, kteří pracujou a opakovaně selhávají. A to je dáno tím, že mají plný úvazek, ale nemaj šanci ho zvládnout. Mají nereálná představy a nenechaj si to vymluvit a ten lékař to třeba nedoporučí, ale úplně zakázat to tak nemůže. Pak jsou lidi, co pracují třeba rok, pak se jejich stav rapidně zhorší, pak jdou na nemocenskou, a zas se to zlepší. Ale byla bych v tomhle optimista. Tady v Praze je možností dost a jde to. Ty lidi naráží na to, že si nevěří, aniž by to zkusili, tak říkaj, že to nezvládnou a druhý problém je v tom, že když pobírají invalidní důchod, tak mají strach, že by o něj přišli nebo že by jim snížili stav invalidity.

J: Absolvují nějakou pracovní rehabilitaci u vás?

D: Tak to vám vysvětlím na příkladu jednoho kluka, to je příklad pozvolný pracovní rehabilitace za všechny. Nepracoval nic a řekl, že by chtěl. Začalo se v sociálně terapeutické dílně, kde neměl výdělek, ale zkoušel tam nějak něco řezat a tak. Tam byl dva roky, ověřil si, že je schopen chodit na čas, že dokáže poslechnout a ověřil si, že je schopen jít o stupeň dál. Když jsme se o tom bavili, tak říkal, že chce jít někam víc mezi lidi. Že mu vadí, jak si v tý dílně dělá každý svoje. Nebylo pro něj tolik důležitý to finanční ohodnocení. Nastoupil do toho obchůdku Eliáš, kde byl asi 6

měsíců. Začal mluvit o tom, že se mu tam líbí, ale že by chtěl dostávat i nějaké peníze. Tak jsem hledali a domluvili se na kavárně Na Půl cesty. Tam jsou dycky rok a mají nějaké fáze, jak postupně postupují. Začal tam pracovat, prošel si všemi stupni a ukázalo se, že to zvládá bez problémů. Tak jsme zase mluvili o tom, co dál. Říkal, že chce k McDonaldovi. Což není nijak atraktivní, ale je to práce na volném trhu práce, tak jsme ho v tom podporovali. Teď je tam asi tři měsíce, dělá tam nějaké pomocné práce, ale přijde nám že tady v tom případě se to hezky ukázalo. Sice to trvalo dlouho, ale úspěch to má. Záleží na trpělivosti a reálnosti cílů a motivaci. Tady byla velká výhoda, že na to nespěchal, nebyl ve finančním presu. Když nemají peníze, tak to chtějí urychlit a dopadá to tak, že tam pak nevydrží. Je to tam hodně přísný, mají pravidla přísná, ale pro člověka s duševním onemocněním, který žije v takovém chaosu, tak je to vlastně bezpečný. Pro člověka, který si lítá mezi nebem a zemí, tak je to takový ukotvení. Když to toho člověka baví, tak tam vydrží.

J: Jak je na tom jejich sociální síť?

D: Tak máme tu lidi, kteří jsou úplně osamělí a nejsou schopní si vytvořit síť známých nebo kamarádů. Mají třeba kamarády jen mezi pacienty. Některý jsou hodně komunikativní a mají hodně přátel. Někdy se ty lidi hodně střídají, hlavně u poruch osobností, s někým se pohádají, pak si najdou někoho jiného. Když mají rodinu, tak je to ideální, ale záleží na tom, jak je ta rodina funkční. Máme rodiny i takové, kdy jsou rodiče sami nemocní. Snažíme se tu síť zmapovat a ideálem by bylo to, kdyby některé potřeby zajistila sociální síť a ne odborník. Někdy je ale těžký i do toho proniknout, nechtějí o tom dycky mluvit.

J: Co stigma?

D: Hodně u nich cítím to self-stigma. A jinak je to o neinformovanosti. Duševní onemocnění je široká škála, my pracujeme jen s malým výsekem. Veřejnost se v tom nevyzná. A pak stačí, že se v médiích napíše, jak někde někdo někoho zavraždila měl schizofrenii a hned se to háže do jednoho pytle. Já se s tím tak úplně nesetkávám, s tím se setkávají spíš ty lidi. Já když s nima jdu na úřad, tak oni už vidí, že tam někdo je a dávají si pozor. Nemůžu úplně říct, že jsem se setkala s něčím šíleným.

J: Některé nácviky sociálních dovedností?

D: Když nám někdo řekne, že měl konflikt a popíše příklad, tak řekneme, že si to vyzkoušíme, kdyby se to stalo znovu, jak by zareagoval. Není to ale úplně až tak

častý. Jinak spoustu situací se odehrává, když jsme s ním v terénu, to se snažíme probírat a říkat, že se něco může dělat jinak a tam záleží, jak je na tom ten člověk intelektově. Třeba to někdy není schopen vstřebat. Ale vyloženě se na to nezaměřujeme.

J: Naplňuje takhle, jak ta práce je, Vaše představy o duševním onemocnění, o péči o něj?

D: Víze je to centrum duševního zdraví, spoustu věcí nám tu taky chybí. Nemyslím si, že by to bylo ideální, aby byla takhle oddělená ta sociální síť. Ale změny potřebují čas. Nám tu chybí nějaké centrum denních aktivit tady přímo v komunitě. Chybí sociální bydlení. Často bydlí v nevyhovujících podmínkách nebo s rodiči, což souvisí se sebevědomím, že když se osamostatní, tak si budou taky víc věřit a třeba si víc hledat práci. No a zdravotní tým máme o patro níž a jsme rádi, že můžeme spolupracovat, ale kdybychom byli jeden tým, tak by to bylo lepší. Nejvíc chybí ty byty. A pak taky tréninková místa. Hodně lidí si totiž netroufne na to, co si já třeba myslím, že by dokázali, ale oni řeknou, že se na to necítí. Ve chvíli, kdybychom řekli, že to je tréninkové místo, tak mám zkušenost s tím, že když řeknu, že to je trénink, že to není doopravdy práce, tak to zkusí. Ale jinak v Praze je výhoda ta, že jsou návazné služby. Nesetkala jsem se s tím, že bychom nenašli vhodnou službu. Jediné, na to můžu narazit je, že je to třeba daleko a nebo na nízkou motivaci. Když by to tady bylo poblíž, tak by to bylo snazší.

J: Co vám přináší radost?

D: Zpětná vazba od klienta, ale to není moc časté. Nebo od někoho z jeho okolí, když mi řeknou, jak vidí, že se někam posouvá. Nebo, když vidí, že ten člověk 10 let nepracoval a najednou pracuje. Zkrátka, když vidím, že to jde. A někdy i takový praktický věci, když třeba zjistíme, že platí něco navíc a vrátí se mu nějaké peníze navíc, tak to mi dělá radost taky. Dělá mi radost, když mi někdo dá nějaký tip, na výstavu nebo na film. Tak jako vím, že se jim to líbilo, že ke mně mají pozitivní vztah a chtějí, abych i já viděla něco hezkýho. Jsou to takový střípky. Někdy stačí i to, že ten člověk přijde, i když má těžký zdravotní stav, ale přijde. To pak vidím, že nechodí pro nic za nic, že má důvod.

J: A co je nejtěžší?

D: Nejtěžší je pochopit to, že má někdo jiný myšlení a není to úplně špatný. Nesnažit se za každou cenu to dělat tak, jak si my myslíme, že je to nejlepší. Ale najít nějakou harmonii v tom, aby se ten člověk realizoval sám. Podporovat ho v tom, aby dělal to, co ho baví. My máme supervizi, kde řešíme to, co je pro nás těžký. Možná úplně nejtěžší je to, když je to bezvýhodný. Když vidíte, že i kdyby jste se rozkrájeli, tak s tím nic neuděláte. Teď mluvím o různých situacích, třeba u domácího násilí, kde se to tutlá, tyhle situace jsou hrozně těžký. Vidíte, že spoustu věcí se dá vyřešit a spoustu ne. A tohle rozdejchat, to je těžký. Je těžký se vžít do jiné situace a pochopit, že ten člověk trpí třeba dobrovolně. Na něco si musí přijít sami. Taky administrativní molochoy, kdy Vás posílají od čerta k ďáblu. I invalidní důchody, to jsou všechno takový věci, který by se daly zjednodušit.

PŘÍLOHA 9

J: Jaké aktivity realizujete pro lidi s duševním onemocněním?

N: Já nevím, my tu máme tři sociální rehabilitace a do toho další volnočasové aktivity, které financujeme z vlastních zdrojů a jsou mimo sociální rehabilitaci. Jenda sociální rehabilitace je Student, to je podpora při studiu, kteří mají v průběhu nějaký psychický potíže a nezvládli by to, tak ty jim dojednávají podmínky, aby to měli ulehčený. Pak je ateliér, to je takový zavádějící název, je to taková aktivizační skupina, dvakrát týdně. Lidi tam musí chodit pravidelně, dělají tam hlavně psychosociální hry, chodí se dívat na různé zaměstnání, spolupracují s Green Doors, nějaký jobs kluby a snaží se je aktivizovat předtím, než jdou do práce. Já jsem za bydlení, to je běžná zástavba, nejsme tam úplně denodenně a fungujeme na pohotovostním telefonu. Když u nás člověk nastoupí a nemá zaměstnání, tak mu doporučujeme tu aktivizační skupinu. My je podporujeme u samostatného bydlení, finanční plánování, úklidy. Oni nám připívají na úhradu bydlení, každé měsíce chceme nájemný a kolikrát je to taky problém. Tak se pak řeší, proč je to problém a my jsme pak ochotný jim třeba počkat 3 měsíce na neplatiče, nebo když jsou zdravotní komplikace a není schopný platit. Takže v zásadě takový běžný bydlení, kontakt se spolubydlícími, vycházení se spolubydlícími, všechno tohleto, praní, co se objeví v průběhu. Děláme na začátku podrobný mapování, ale nějak se to ukazuje, že člověk má jinou představu, a pak se ukáže, že to nefunguje a zjišťujeme proč. Návěky vaření, děláme tu skupinu sám doma, tak tam je vaření. Nebo třeba řešíme, jak si najít laciný prací prášek, malé opravy, nákupy do domácnosti, žárovky a tak, případně proplatíme. Hodně se to točí okolo bydlení. Když je to pak už z bydlení oka, tak se přejde na finance. Hodně jich je zadlužených, víc jak 80% tady u nás, mají exekuce a jiný případ v realnu, než je uváděnej. Řeší insolvenční, ozvat se exekutorům, jak s tím vyjít a hospodařit. Naše služba je na rok, pak si to můžou ještě na půl roku prodloužit. A řešíme pak, co dál. To je často problém. Dneska schválili zákon o sociálním bydlení. Čtyřka docela spolupracuje, má docela dost sociálních bytů a zase naše klienti, oni mají podmínky, který úplně nesplňují, mají invalidní důchody a čerpají hmotnou nouzi a to už nesplňuje kritérium, že čerpají dávky hmotné nouze. Často ani nemají trvalé bydliště tady v Praze a to my pak nemůžeme

nic moc dělat, snažíme se najít spolubydlení, což je spíš pro mladý, ubytovny, ty jsou dost plný. Takže úplně všechno možný, co vyjde najevo. Nebo se ukáže, že to ten člověk zvládne samostatně, a sám uzná, že by chtěl zkusit chráněný bydlení, že to sám nezvládá.

J: Když vám řeknu komplexní pojetí, co si pod tím představíte?

N: Já si to vykládám tak, že se v tom člověku pracuje v celým modelu – bio-psycho-spirito-sociální. My pro to děláme to, že se teď rozjela hodně taková ta spolupráce lokální, což je supr. Spolupracujeme s poradnami, s AT poradnami, s psychiatrami, s Nadějí, s úřadem, s policajty, s Green Doors, s organizacemi, co zaměstnávají, s krizovým týmem, s Bohnicemi. Děláme i společný schůzky. Nebo cokoliv najdeme, tak tam jdeme třeba s ním, nebo nejdem, protože je už známe. Na čtyřku jezdíme, s Fokusem máme setkání, já jezdím na takovou celorepublikovou sekci o bydlení. Takhle nějak si to představuju, že to tak nějak má být. My nemůžeme mluvit do léků a třeba klient nám řekne, že vysadil léky, ale psychiatr to neví, tak aby do toho byl nějak zaangażovaný.

J: A ta návaznost funguje jak?

N: Já myslím, že to není ujasněný, jak s tím. Hodně se teď rozfázovávají oblasti pražský. Třeba Fokus na Praze 6 má něco, když mám klienta, co se tam odstěhuje, tak ho tam můžu odkázat, což je fajn. Ale pak jsou Prahy, kde není nic. Teď budou vznikat CDZ, ty budou mít taky určitý Prahy reálně na starosti. My vlastně, když jde z naší služby, tak má takovou ambulantní terénní službu ještě. My ho máme do té doby, než řekne že nechce, nebo ho navážeme na někoho jinýho. My s návazností problém nemáme vůbec.

J: Jak vnímáte jejich fyzické zdraví?

N: Já myslím, že to je strašně zanedbaný, ale fakt jako těžce. Teď máme dva, fakt ale jako těžce nemocný klienty na bytě. Jeden čeká na pátek na hospitalizaci, druhý jezdí furt záchrankou do IKEMU na převazy, úplně zbytečně, protože doktorka mu nechce napsat domácí péči. Ten druhý, ten má podruhé zápal plic, kýlu, zvětšený srdce a bere strašně moc léků. Takže strašně moc zanedbaný. Ale pokud ten klient nechce a oni většinou nechtěj, tak my je nepřesvědčíme, že měli. Měli jsme přednášku zdravý životní styl, bylo to zadarmo, veřejný a nikdo prostě nepřišel. Taky se tu nabízí konzultace zadarmo v tomhle a nikdo nechce. Oni se vůbec zdravě

nestravujou, maj kolikrát fakt hrozně moc, kouřej, pijou kafe a do toho strašně vysoký dávky léků. Je to znát. Je to na nich. My s nima vaříme, dělali jsme i zdravý vaření. Když ten člověk má zájem, tak může, kolikrát máme problém je dokopat do toho, aby si našli práci a tohle je už taková nadstavba. Ten člověk řekne, co po mě ještě chcete, když mám práci, platím nájem, tak už stačí ne. My doporučujeme změny.

J: S psychiatrami spolupracujete?

N: Jak s kým. Často se stává, že nechtěj poskytnout informace a my kolikrát nechceme nic konkrétního, diagnózu nebo tak , stačilo by vědět projevy, jak se pozná, že se zhoršuje,. Ale když nám to nechce říct, tak nemusí a stává se nám, že je to fajn, že jsou vděčný, že toho člověka někdo vídá a děkují. Jsou docela v pohodě.

J: Ještě s někým ze zdravotnických oborů?

N: S těma z toho zdravo, s AK poradnou a v krizovém týmu je jich hodně.

J: Duševní zdraví vnímáte jak?

N: Právě jsme teď tohle řešili. Myslím, že to je spojený s tím vším, že kdyby zdravěj člověk přišel o úplně všechno, tak by mu taky hrabalo. Každý by měl úzkosti a deprese, byl by v panice. A s tím se to pojí. A pak schizofrenie, to je samo o sobě něco, co se stane člověku, kterej je docela v pohodě, žije v rodině a stejně tam je nějaká krize většinou, to pak děláme protikrizový plány. Aby věděli, jak si pomoci, když se horšej.

J: Chodí do psychoterapie?

N: Každý by jí měl mít, ale někdy jsou důležitější věci. Je jim doporučená a oni do ní nenastoupí, nevidí v ní smysl. My takhle hodně spolupracujem s Ondřejovem, tam dělaj hodně psychózy a psychoterapii. A pak různě, k psychologům na pojišťovnu.

J: Mluvíte s nimi o spiritualitě?

J: Jak s kým, my máme těžší klienty. Ze studenta mají takový, který se zbláznili, že se přepracovali, přestudovali, tak tam je to hodně o informacích o nevědomí a všechno to takhle zapadá. A víc tomu rozumí a umí se o tom lépe mluvit. A já si myslím, do jaké míry jim já můžu něco říkat. Taky jsem ale doporučovala jedný klientce, která má hroznou samotu, aby šla do nějaký církve. Já na to mám jinej názor, to je každého cesta, kdyby se mě na to někdo zeptal, tak bych tomu byla otevřená.

J: Daří se jim získat práci, nebo jak?

N: Je spousta zaměstnavatelů pro OZP, to už je široká nabídka. Oni kolikrát říkají, že to je ponižující. Tak jako jo. Mají daleko víc nabídek i ta práce je docela hodnotná, není to potupný. Ač teda spousta z nich na to, že mají vysokoškolské vzdělání, tak pracují fakt na nízké úrovni i platový. Nejvíce narážej na to, že mají opatrovníka, kterej musí podepsat tu smlouvu. A mají ambulantní ochrannou léčbu, která je v rejstříku trestů a tam je taky průser. Nebo je to hodně tam najít něco, to je zázrak. A s tou diagnózou se nám stává, že se chtějí vrátit do úplně normální práce a stane se jim to, že jim to doktor nedoporučí nebo vidí tu diagnózu a taky je nechtěj. Stává se, že berou všechny, ale chtějí schizofrenii. To je vtipný, zažádat o invalidní důchod si člověk může, ale už to nejde odendat. Může si zažádat o opětovný posouzení. Mám teď dva lidi, co nechtěj invalidní důchod, protože jim to brání v tom návratu do zaměstnání.

J: Absolvují nějakou pracovní rehabilitaci?

N: Jo, v rámci ateliéru, což je na takový to prvotní rozmluvení, skupinová práce. My je posíláme úplně všude, co najdeme na netu, další organizace. A Green Doors je docela veliký a je hned tady.

J: Jaká je jejich sociální síť?

N: No, většinou žádná. Ne, ale fakt... Holky ze Studenta by vám řekli, že třeba mají rodiny, ale proto nejsou u nás, protože u nás jsou lidi, co jsou fakt sami a nemají kam jít, nemají rodinu nebo už to s nimi vzdali a rodina je vyhodila. Je to strašně moc lidí z rozvedených rodin.

J: Pomáhá něco ke zlepšení tohohle?

N: Jo buď to, že tu máme hodně volnočasů, může se úplně kdokoli, kdykoli, jsou tu dveře dokořán. Fakt nízkopráh. Nemusí nic prokazovat, jen podepíší čestný prohlášení, poprvý. Můžou jen sedět a pít kávu, hrát hry, fotbal florbal, byla jóga, divadlo, pak je tu angličtina, svépomocky, který se scházejí čistě z vlastní iniciativy. A za něco se ani neplatí. A hodně lidí, my máme byty tady, tady je kaféčko a tam se seznáměj s dalšíma lidma. Jsou tu v takovém trojúhelníku. Máme i veřejný akce a všichni jsou zvaný a můžou přijít. Jsou hodně mezi lidma. I to spolubydlení, že jsou pořád s někým v kontaktu. Pro někoho je to ale hrozně těžký, za někým přijít a vytvořit si vztah. Buď to hrozně dlouho trvá a nebo to ten člověk nechce nebo to neumí.

J: Návčik pracovních dovedností tu mají?

N: My na tu práci moc nejsme, to necháváme na Green Doors, my jsme následka po Bohnicích.

J: Naplňuje takhle ta práce představy o péči o duševně nemocné?

N: Strašně narážíme. Jsou tři zla, který těm lidem brání v jakýkoliv socializaci. To první jsou ty dluhy, exekutoři. Ty lidi jsou v bludným kruhu, nebyla tam finanční gramotnost z rodiny, oni neumí hospodařit sami a prostě neumí to a nejsou schopný a třeba to ještě není na opatrovníka, ale jsou v takových dluzích, ale nejsou schopní se z toho vyhrabat. Nebo to umí a v psychóze si napůjčovali. Maj strašně dluhů a je to výhled na několik let. To jim hodně brání, nějaká etika exekutorů, který jsou schopni zabavit i to poslední, co maj, nebo tak to, že je při těch půjčkách neprověří, když oni tam přijdou v psychóze a oni jim stejně půjčej. To je jedna věc. Druhá věc, že jsou po těch léčích hodně zabržděný, mají hodně vedlejších účinků, klepání, tiky a znepríjemňují jim život, a pak je proto ani nechtěj zaměstnat. Ale zas díky tomu můžou fugnovat. Není to úplně jednoduchý. Každěj radši přijme někoho, kdo ty projevy nemá, než někoho, kdo je má. Další věc je to bydlení, díky těm exekucím nedosáhnout ani na to bydlení, mají invalidní důchod 9 a dostávají třeba 6 tisíc a z toho si nic nezaplatěj. Ty ubytovny jsou hrozný. Dneska si to každěj dělá z bytů, kam daj palandy a ten člověk za palandu platí pět tisíc. Chybí obecný byty, malometrážní.

J: Pokud byste něco mohla změnit?

N: Já nevím, kde začít. Myslim si, že důležitější je prevence, to bysme začli u rodiny, která nějakým způsobem vychovává dítě a tam to začíná, to už si ten člověk neodšije. Ty lidi nemaj moc zodpovědnost na sebe a jsou zvyklí, že se zdekompenujou, tak se o ně pečuje. Taky ten společenskej apel, že jsme všichni výkonný. Rozevírání na bohatý a chudý. To všechno s tím souvisí, to bysme tu mohli bejt třeba tři dny.

J: Co je na tý práci nejtěžší?

N: Ty příběhy, ty lidi jsou házený do jednoho pytle. Kolikrát se to stane lidem, který jsou v tom nevinně. Tady jak je to na výkon, každěj musí makat, aby někde byl a uživil a pak je jednoduchý z toho vypadnout ,ale těžký se tam vrátit. Mně to baví. A tak investovat peníze do nějakých smysluplných věcí, kolikrát se investujou dardy do nesmyslů. Nějak by se taky ta obec měla starat o svoje lidi, aby měli kam jít.

J: A radost?

N: Tady náš kolektiv a ty lidi, já je mám ráda. Když třeba sami někam odejdou a začas se vrátěj a je vidět, že jsou v pohodě, to je zadostiučinění. Obecně, že dělám práci, která je nesejme, ale narovná je. Ale trpíme tím, jaký máme platy.

J: Liší se představy mezi odborníkama?

N: Jsou různý přístupy, držíme se strandardů, což je super, ale není to dogma. Někdo to drží hodně zkrátka, psychiatři a tak a ty neziskovky to rozvolňujou a církevní spolky jsou jinačejší, to je taky dobrý. Pak záleží na klientele, nějaký organizace je drží dost zkrátka, ale kolikrát je to fakt potřeba.

PŘÍLOHA 10

J: Jaké aktivity realizuje v rámci Vaší práce?

D: Náplní mé práce je jejich zakázka - já chci zaměstnat, většina jich má diagnostikované duševní onemocnění a jsou v psychiatrické péči. Většinou si nikdo zdraví tu nálepku nenechá dát. Když je to ideál, tak chce zaměstnat a my ho umístíme do naší kavárny. Někdy ho někdo pošlou z Karláku, že mu řeknou, že se tu má nějak rehabilitovat dál a mým úkolem je ty lidi přijímat, zjišťovat, co chtějí - bývají to dluhy, psychoterapie, invalidní důchod, chtějí vědět, co je chráněná dílna, chráněné místo. To vše vysvětlit. Když mám kapacitu, tak si toho člověka nechám a provázím ho nějak dál nebo ho předám kolegům. Úplně ideální je, že kolegové ho doprovází a já udělám tohle úvodní. Někdy přichází lidi z našich kaváren a já je doprovázím dál a ty už vědí, co je sociální práce. Někdy je to taky tak, že přichází a vědí už vše o těch kavárnách. A já pak musím zjistit, co potřebují. Vlajková loď Green Doors je ta práce, ale je jasný, že ty lidi někdy potřebují daleko víc.

J: Jaké věci?

D: Řešíme s nimi vše - sociální poradna a tak.

J: Jak se díváte na komplexní pojetí v rámci Vaší práce?

D: Mám několik názorů. Já jsem vzděláním i fyzioterapeut. Já ty lidi do bazénu, na kolo a tak, posílám jen proto, že je vidím. Protože vidím, že se potřebují dát fyzicky. Na to někdy slyší, ale už jen to, že sedíme tady a ne v tělocvičně, tak se občas dost diví, kam že je to posílám. Daleko lépe vnímají, když je propojujeme s psychoterapií, to tu nemáme, to je druhá věc, co tu nemáme, protože my jsme sociální služba, ani tu nemáme zdravotnické pracovníky, to už se jako diví méně a daří se to o něco líp. Nevyměňujeme si s tím psychoterapeutem pak žádné zprávy, jen pokud klient a psychoterapeut chce, to tam pak s ním jdeme, jako někdy chodíme za psychiatrem. To je nejběžnější, psychiatři nám často někoho posílají. Ale tyhle dvě odbornosti psychoterapeut a psychiatrii, tak tam se vlamujeme hodně a úspěšně. Asi jednou jsme byli schopní se dostat na kliniku pracovního lékařství, tam na to koukali jako tele na nová vrata. Oni jsou zvyklí na lidi s fyzickým handicapem a neumí testovat někoho, kdo má psychiatrickou diagnózu. Ale pak to zvládli, ale mohl za to hodně ten klient, který si to našel a hodně si toho zařídil.

J: Takže návaznost na jiné služby funguje?

D: Ano, Green Doors je tu dlouho, v Praze jsou ty služby obecně dlouho a pracovníci ještě ke všemu migrujou, nezdá se vám stane, že někoho v jiné organizaci někoho znáte. Stejně tak i v léčebně máme kolegyni, která dřív pracovala tady. Je hodně Norských grantů na komunitní práci a tak, znáte se face to face s pracovníkama jinejma.

J: Jaké potřeby mají?

D: Oni chtějí být prostě normální, mít kamarády, rodiče, partnerku, děti. To my neumíme všechno. Ale s tím přichází. Tak normální člověk pracuje, tak to pojďme vzít přes tu práci. Je to takový to, že chtějí být v tom normálním životě. Jsou mezi nimi hodně bohatí lidi, který mají nějaký dědictví. A ty pak nemají důvod pracovat. A těch je v posledním roce opravdu hodně. Ty pak chodí a tápou, neví, co všechno by mohli dělat. Chtějí třeba volnočasovou aktivitu a nemají představu, co by to mohlo být.

J: Jak vnímáte fyzické zdraví?

D: Zase, teď aktuálně mám lidi, který chodí do posilovny, na kolečkový brusle a nedají se, je to v nich a chtějí to a mají to. Mají úzkosti, už to potřebují jít do posilovny. Ale potom velká část z nich je, já to jako vidím.. Když si představím, že je zavřu do té léčebny, dám jim pětkrát denně jídlo, tak vím, že to není dobré, když nemají žádný pohyb. To je jejich fyzické zdraví je stejně mizerný a někdy ještě mizernější a odolnost klesá. Mají spoustu nežádoucích účinků, které jim to ještě ztěžují.

J: S kým z lékařských oborů spolupracujete a jak?

D: S psychiatry. Furt je ten zákon, za klienta má odpovědnost psychiatr. Někdo je schopen pracovat se zpětnou vazbou a někdo ne. My se tam vlamujeme, jak to jde. Jim žádný zákon nenařizuje s námi spolupracovat. To opravdu záleží na nich. Pamatuju si dobu, kdy se s kolegama normálně sešli. Protože ten psychiatr si přišel dost bezmocnej, s léky a nevěděl, to bral jako pomoc a to teď už není. Já to nepotřebuju. Teď si nevybavuju, kdy něco takového bylo, s někým to prostě jde a někým míň, ale snažíme se, seč to jde. To, co jde většinou, hledat s klientem vyhovujícího psychiatra.

J: Jaké je jejich duševní zdraví?

D: Podle mě se dají obecně říct dvě věci. Většina z nich je velmi vděčných. Většinou přicházejí dobrovolně, málokdy je někdo sem navelí. Mám pocit, že víc, než u jiných

skupin.. Já nemůžu říct, že si nestěžují. Ale málokdy se setkávám s takovým tím proč já, poďte mi někdo pomoc. Že se nelitují a jsou ochotní s tím něco dělat. A to je jediný, co se dá říct obecně, pak je na tom už každý jinak.

J: Mají psychoterapii?

D: Víc jak polovina chodí. A ta sociální práce nese psychotherapeutické prvky - vztah, péče.. Když jim desetkrát řeknete: Podívejte tady si hezky povídáme a vy mi na konci řeknete, jak je to příjemný, ale jsou témata, do kterých se s vámi já nepustím. A to by mohlo být příjemnější někde jinde. Protože to, jak to bylo s tatínkem, co se dělo v jejich sexuálním životě, tak to mě nezajímá, protože s tím nemůžu nic dělat. A to pak, jak mají ten zážitek, tak to chtěj. U někoho tohle trvá krátko a u někoho půl roku. Pečlivě si je vybíraj a už to umí, jak už prošli hodně službama. A někdy je taky mění.

J: Dotýkáte se nějak jejich spirituality?

D: Je to téma, pokud spiritualitu berete jako vinu a odpuštění, tak jo. To tam je. A to, jak to ke mně přišlo a co s tím můžu dělat. Chodí, ptaj se a hledaj. Spoustu z nich je přemýšlivých kvalitně vzdělaných.

J: Daří se jim získat práci?

D: Daří se jim získat práci. Já si nevedu statistiky, ale nevím, jestli na otevřeném nebo ne. To je takové..i málokdo z normálních lidí má ideální práci, tak nevidím jediný důvod, proč by se mělo podařit získat pro lidi.. Nikdy to není ideální a oni chodí s tím, jak by to mohlo být lepší.. A já jim říkám, no nebude to. Nikdo vám nenajde ideální práci, ať už máte nebo nemáte diagnózu. V nedokonalém světě, já neposkytuju dokonalou službu. Takže teď je ten trh optimistický, je to jednodušší najít práci. Na druhou stranu mají hodně omezení - mírnější zátěž, pravidelnost, takže je armáda volných míst, ale já potřebuju pro ně velmi specifický podmínky. Ale ve výsledku většina odchází a tu práci maj.

J: Jaká jsou největší úskalí v hledání práce?

D: Myslím, že to, že ty lidi dlouho nepracovali a mají zkreslené představy o tom jak to jde. Já jsem odeslala spoustu inzerátů a nikdo se mi neozval - no to tak je. Takže to, že život venku je hodně těžkej a oni proti němu nejsou imunní, rodina často hodně pečuje. A druhá věc, že spousta lidí má obrovskou skepsi, že je nikdo nezaměstná. Málokdo mi říká, tohle už jsem mnohokrát prošel.. Prostě vyladit ty očekávání.

Specifické je to, jak mluvit o tom, že mám invalidní důchod. To je to, kdy i ta služba má etické dilema. Já jako služba radím, neříkejte všechno a oni jsou někdy tak čestný a mají pocit, že to radši řeknou. Jakmile má nálepkou toho, že to není normální bílý dospělý člověk, tak to je vyděsí. To je úskalí pro mě, protože já jim říkám, neříkejte všechno a etický kodex mi říká, buďte pravdivý.

J: Jak probíhá pracovní rehabilitace?

D: To, že se to dělá v kavárnách, to je model z Nizozemí, tam se to tak dělalo. Tam se odjelo po revoluci, zjistilo se, že je to dobrý, že kavárny jsou příjemný místo. Ale naším úkolem není z nich ze všech vychovat baristy a číšníky. Ta kavárna má jen to prostředí, kde se to učí. Můžou se naučit dělat ty blbosti s pěnou, ale to hlavní je, že vědí, že přijdou včas, co s nimi udělá zátěž, zkouší si různě dlouhé směny. I normální lidi chodí ráno do práce a to si můžou zkusit. Ale s tím, že, když jim bude hodně zle, tak my je nevyhodíme. Ale zároveň, je to povinnost, nemůžu hrát celou noc hry nebo jí proclastat. Ta rehabilitace je to, že získávají kompetence. Vedou tým, vedou směnu, připravují pro ně komunity a mají nad sebou sociálního pracovníka jako vedoucího směny. Někdy se střídají s brigádníkama a tam je to setkání s normálním světem. Setkání s tím běžným, milým a taky někdy velmi nepříjemným zákazníkem. To, že se u toho dá naučit kafe je bonus. Taky je to geniální v tom, že lidi chodí do kavárny s tím, že to je něco milého. A potom samozřejmě, když projdou kavárnama, tak jdou za mnou a hledáme místo. A taky máme pracovní stáže ve spřátelených kavárnách, to je už otevřený trh, to už je normální brigáda. A nikdo neví, že jsou nemocní.

J: A do chráněných dílen je také posíláte?

K: Ano. Tam ale mají lidi ještě nižší kompetence, než u nás. Taky kavárny nejsou pro všechny. Někdo chce do Eset-Helpu, protože je blíž, má úklid komunikace a zeleně. My nemáme potíž je přeposlat tam, kam oni chtějí. A pokud chtějí něco nízkoprahovějšího, tak je do té sklářský dílny nebo do té textilní dílny, do té Bony, pošleme, s tím, že jsou tam ty podmínky takové a takové. Samozřejmě se kdykoliv můžou vrátit zpátky, když zjistí, že potřebují nižší zátěž. Ty služby jsou průchozí.

J: Jak tento proces hodnotíte?

K: Vzhledem k tomu, že jsou ty kavárny dost plný a ty lidi se tam vrací, choroby se mění. To, že já mám pocit, že to je smysluplný je fajn, ale já mám pocit, že to maj i

oni. Samozřejmě jsou lidi, kteří zjistí, že to je mimo jejich možnost, protože nenávidí ten ruch a provoz nebo si mimořádně nesednou s těma lidma, to je stejný jako v každým jiným zaměstnání. Pořád ta drtivá většina, mám pocit, že ten koncept je dobrej a kolektiv kolegů, co tam pracuje, je schopnej vytvořit podmínky, pro všechny, co tam pracujou.

J: Jaká je jejich sociální síť?

K: Buď nemám vůbec nikoho a nebo rodina zůstává a přátelé mizej. Eventuelně potřebujou a jsou uvázaní v tý kavárně, protože jsou to jediný lidi, který znám, s tím se setkáváme často.

J: Oni absolvují nácvik sociálních dovedností?

K: To se všechno děje v tý kavárně. Máme tu peer konzultantku, která dělá podpůrnou skupinu, máme jobs setkávání a tam ty dovednosti nacvičujete, ať chcete nebo nechcete. V tom je pro nás Ondřejov, ty mají x skupin, tak prosim. My jsme příliš malý a ty lidi by chodili příliš nestabilně. Tak to máte vedle.

J: Máte nějakou zkušenost se stigmatem?

K: Je to tajemství, které Vás oddaluje. Mám ženu, která to v jednom společenství neřekla a pak došla k tomu, že se vlastně bojí říct úplně cokoliv tam. Tak došla k tomu, že to musí říct. Když jste někam přijati a pak máte popsat proč pobíráte invalidní důchod, tak tam to říkají. A v práci vymýšlíme, aby ta lež byla pro ty lidi snesitelná. Deprese je lepší než schizofrenie a úplně nejlepší je vyhoření. Vzhledem k tomu, že tomu všichni rozumí, může se to projevovat různě. Tak musíme najít něco, co jim poleze z pusy a nebudou mít pocit, že se šíleně oddalujou. To tajemství jako takový je velmi, prostě je oddaluje od toho zbytku. Taky chodí někdy rodiče a ty jsou někdy daleko urputnější. Že jejich dítě je a oni to nechtějí říkat. A kdyby to to dítě mohlo říct tetě a strejdovi...ale oni rodiče si to nepřejou. To je mnohem víc hard core. Tam se taky učíme jakou zvolit tu částečnou pravdu.

J: Pomáhá jim ta kavárna se dostat do normálního života, do komunity?

K: Nevidím to úplně růžově. Spíš si říkám, že když zjistí, že v tý kavárně můžou pracovat a fungujou tam, tak si pozvou svoje kamarády a maj pocit, že si s nima budou moci něco povídat. Je pro ně energeticky míň náročný než vytvářet nový. Jó, ty pracovní se tam tvořej. Když se tam najde někdo, kdo hraje volejbal, což já velmi vítám, a odtáhne tam celou tu skupinu, netvrdím, že ty přátelství byly nějaký

hluboký. Ale obnovují tam svoje starý přátelství. Je to tam takovej příjemnej pracovní vztah. Často se tam ale stává to, že já chodím tam, tak poďte se mnou.

J: Naplňuje vaše práce představy a možnosti péče o duševně nemocné?

K: Jako jo, ale já bych si hrozně přála, aby ten zákon byl jednou postaven tak, že ten sociální pracovník je stejně odpovědněj jako psychiatr. Aby se obě ty odbornosti podělily o tu odpovědnost a z toho psychiatra to spadlo. Já chápu, že mě do něčeho nechce pustit, když ta odpovědnost je před zákonem a za ním půjdou ty novináři. Když pracujete s dětma v dětským domově a jdete s nima na procházku a něco se tam stane, tak je odpovědněj ten sociální pracovník, tak proč to takhle k sakru nemůže být i tady. Já si umím představit, že kdybychom se podělili o tu odpovědnost, tak se s nima bude rázem líp pracovat a rozváže to ruce jak pracovníkům, tak nám. Tak to je jedna věc, zavést tam povinnou fyzioterapii, povinné rehabilitační lékařství, členem v týmu je mimo jiné i fyzioterapeut. Všichni ví, že se po antipsychotikách přibírá a všichni je předepisují a tiše doufají, že ten konflikt toho.. A taky výživový poradce vedle toho. Já chápu, že ten psychiatr je ve velkém konfliktu, nadváha versus léky a furt to řeší.

J: Zaznamenáváte nějaký rozpor mezi odborníky?

K: V tom gro se shodneme. Pak jsou různé přístupy. Ale to, kam jdeme je celkem jasný a hádáme so to, která cesta je výhodnější. A umíme zachovat pravidla diskuze. Ty cesty můžou bejt různý, všichni se zaklínáme, furt tam vidím, že lidem jde o toho člověka. Ale lišíme se v tom, jak k tomu dojít. Není to tak, že bychom je chtěli uklidit, ať máme pokoj.

PŘÍLOHA 11

J: Jaké aktivity realizuje pro začlenění osob s duševním onemocněním do života?

B: Tak my děláme chráněné bydlení, takže sociální rehabilitaci. Většina našich klientů je zadlužených, takže oddlužení, najít práci a následně najít bydlení i práce na otevřeném trhu.

J: Vy pracujete v rámci chráněného bydlení a pak jste navázaní i tady na Baobab?

B: Ano, hodně spolupracuje s ateliérem. Teď to máme tak, pokud klient nemá práci, tak dochází do Ateliéru. Mají takovéhle doporučené aktivity. Pokud nemají práci, tak zaktivizování těch lidí.

J: Co pro Vás znamená komplexní pojetí?

B: Nebrat toho člověka jako nemocného, ale se vším všudy, má nějaké možnosti a nějaká omezení. Ale brát ho jako celek, ne jako schizofrenika.

J: Jaké potřeby mají?

B: Tohle je individuální. Pracujeme s recovery systémem. Pracujeme na tom, co klient v danou chvíli nejvíc potřebuje. Postupně plán aktualizujeme a vracíme se k němu. Řídíme se podle individuálního plánu.

J: Jak funguje návaznost na jiné služby?

B: Hodně spolupracujeme s Fokusem, s krizovým týmem z Ondřejova, s Green Doors a to funguje dobře.

J: Daří se naplnit potřeby klientů?

B: Je to individuální a odvislé od motivace.

J: Jak vnímáte jejich fyzické zdraví?

B: Různě. Někdy řešíme, že je fyzicky nemocnej a řešíme jen to. Většinou jsou na tom dobře.

J: Spolupracujete s někým s lékařských oborů?

B: Hodně s psychiatry. Spolupracujeme s bohnickým CKíčkem. S Ondřejovem. Máme kontakty na jejich ošetřující lékaře a ty občas kontaktujeme. A to probíhá různě, někdo se s námi baví úplně v pohodě a pak jsou ti, co nám řeknou, že nám bez souhlasu neřeknou vůbec nic.

J: Vy tu psychiatra máte?

B: Ne.

J: Jaké je jejich duševní zdraví?

B: I to je individuální. Jsou takoví, kteří jsou zastabilizovaní, mají náhled, ví, co se s nima děje a ví, že je blbost vysadit léky. Pak tu máme nějaký, který chodí chvíli a ty náhled nemají.

J: Chodí do psychoterapie?

B: Zase je to hodně individuální, většinou ano. Jsou i ti, co ji striktně odmítají. Většinou z důvodů osobních nezdarů.

J: Je téma spiritualita?

B: U jednoho je, v rámci centra ne.

J: Jak se jim daří získávat práci?

B: Je to složitý. Obecně lidi s invalidním důchodem blbě získávají práci a pokud doloží, z jakého důvodu ten důchod mají, tak ta stigmatizace je tam velká. Většinou pracují v chráněných dílnách. Mám jednu paní, která pracuje v heveru jako pečovatelka.

J: Jaké je nejčastější úskalí?

B: Stigmatizace.

J: Tady probíhá pracovní rehabilitace?

B: Nacvičují se různé věci, jak napsat životopis, jak mluvit na pracovním pohovoru.

J: Jaká je jejich sociální síť?

B: Různá. Někdo je sám a pokud sociální síť funguje, tak jsme jako podpůrný prvek a nebo mají jen nás.

J: Co pomáhá socializaci klientů?

B: Choděj do ateliéru, kde mají možnost se seznámit, ale zase jsou to lidi s duševním onemocněním. Socializovat se v rámci majoritní skupiny je složitý. Nalezení nových přátel je složitý. Já se bojím, že se toho boje, že se jim so toho ani moc nechce.

J: Pomáhá něco odstranit jejich stigma?

B: Fokus v tomhle dělá spoustu věcí, ale já myslím, že je to běh na hodně dlouhou trať.

J: Setkáváte se vy s tím nějak?

B: Ano, já v osobním životě, že musím bejt trochu taky blázen, když pracuju s někým takovým. Dneska jsem byla s klientkou na úřadech a oni vůbec nebrali to, že tam ta klientka je, mluvili jen na mě.

J: Sociální dovednosti mají?

B: To vše je v rámci toho Ateliéru. Zezačátku prskaj, ale pak říkaj, že jim to pomáhá.

J: Naplňuje takhle Vaše práce představy péče o duševně nemocné?

B: Já myslím, že jo. Jsem ráda, že nám prošel zákon o sociálním bydlení, hurá. Tohle to tu není, to, kdyby tu bylo, to by nám usnadnilo hrozně práci. I návazná pracovní místa. Ale to už není na Baobabu. Když máme najít byt, tak je to úplně neuvěřitelný problém. My jejich potřeby vidíme, všechny chceme je naplnit. Ideální by bylo, kdybychom ho tu zrehabitovali a pak by odešel. Ale on nemá, kam jít. Cpát je zpátky na ubytovny, odkud jsme je vytáhli, je několik kroků zpátky.

J: Co je na té práci nejtěžší?

B: Právě to vědomí, že s ním pracuju rok a půl, někam ho posunu. U nás je nejmenší stupeň podpory. Od nás by už měli odcházet z té bezpečný bubliny, ale nemají kam. Většinou je zastabilizujeme, to se daří, ale co potom, když není levný ubytování. Tady platí 3000, to si může dovolit a pak má jít do podnájmu za 10000.

J: Co Vám přináší radost?

B: Vědomí toho, že ho můžu někam posunout. Třeba jen to, že ho naučím vařit čočku, praktická věc, kterou bude celej život využívat.

J: Zaznamenáváte nějaký rozpor mezi odborníky?

B: To jsem si nevšimla.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Klára Komárková

Studijní program: Sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Využití konceptu ucelené rehabilitace v sociální práci s dospělými klienty s duševním onemocněním

Počet stran (bez příloh): 93

Celkový počet stran příloh: 67

Počet titulů české literatury a pramenů: 31

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 39

Počet internetových odkazů: 0

Vedoucí práce: PhDr. David Urban, Ph.D

Rok dokončení práce: 2017

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Klára Komárková

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Využití konceptu ucelené rehabilitace v sociální práci s dospělými klienty s duševním onemocněním

Vedoucí/oponent práce: David Urban

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 93

Počet stránek příloh: 94 až 161

Počet titulů v seznamu literatury: 72

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Mohly být Vaše výsledky nějak/něčím zkresleny?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práci hodnotím pozitivně, prezentovaný text je příléhavý k tématu práce, řazení kapitol je odůvodněno vždy v úvodu dané kapitoly. Kladně hodnotím i množství použité zahraniční literatury.

V rámci praktické části jsou prezentovány výsledky z vlastního výzkumného šetření – data jsou prezentována přehledně a srozumitelně. Kladně hodnotím i kapitolu „Diskuze“, ve které studentka svá zjištění shrnuje a diskutuje je s dostupnou odbornou literaturou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~*

Navrhovaná klasifikace: výborně

Datum, podpis: 28.4.2017



* nehodící se, škrtněte

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: KOMÁRKOVÁ Klára

Obor studia: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Využití konceptu ucelené rehabilitace v sociální práci s dospělými klienty s duševním onemocněním

Oponentka práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 93

Počet stránek příloh: 67

Počet titulů v seznamu literatury: 70

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

0				
---	--	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

0				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěšně

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Žádám tímto studentku, aby se vyjádřila k nedostatkům, které jsou uvedeny v posudku práce, zejména pak k roli sociální práce u zvolené cílové skupiny, výběru respondentů a odpovídám na jednotlivé výzkumné otázky.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Ústředním tématem předložené diplomové práce je tematika ucelené rehabilitace osob s duševním onemocněním, tedy téma, které v současné době patří v oboru sociální práce stejně jako v ostatních pomáhajících profesích ke stěžejním předmětům jejich zájmu.

Diplomová práce je tradičně dělena na část teoretickou a výzkumnou. První část práce poskytuje čtenářům základní vhled do problematiky a je vystavěna na třech na sebe navazujících kapitolách. Řazení některých kapitol vnímám jako méně logické, jelikož autorka vždy nectila pravidlo „od obecného ke konkrétnímu“. V teoretickém výkladu není rovněž čtenář seznámen se základní rolí sociální práce v řešení složité nepříznivé životní situace člověka s duševním onemocněním.

Výzkumná část práce je tvořena empirickým šetřením, jehož design je kvalitativní, data byla sebrána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů. Předmětem zájmu diplomantky bylo zjistit, zda sociální pracovníci užívají v práci s klienty ucelený koncept rehabilitace a jak jej hodnotí. Čtenáři není ovšem nastíněno, jakým způsobem proběhl výběr zkoumaných jednotek, tedy, jakým způsobem autorka zajistila dostatečně heterogenní soubor respondentů. Postrádám i více informací o povaze a metodice činnosti jednotlivých respondentů, tedy proměnných, které mohou významným způsobem předznamenávat odpovědi na jednotlivé otázky v rozhovoru. Ve výzkumu diplomantka neuvádí jednotlivé otázky, které tvořily polostrukturovaný rozhovor a rovnou přechází k vyhodnocování dat. Výsledky práce dále neobsahují odpovědi na výzkumné podotázky uvedené na s. 49. V závěru výzkumné části postrádám přehledné shrnutí dosažených výsledků, byť částečně toto doplňuje diskuse, která je relativně kvalitně zpracována.

Text práce je poměrně čtivý, syntax je srozumitelná využívající relevantního odborného jazyka.

Předložená diplomová práce splňuje nároky kladené na tento typ závěrečné práce a doporučuji ji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborně - velmi dobře

Datum, podpis: V Praze 5. května 2017

