

Univerzita Karlova v Praze
Evangelická teologická fakulta

**Spolupráce s blízkými v rámci pracovní rehabilitace osob se
schizofrenií v komunitních službách v Praze**

Bakalářská práce

Jméno autora: Jana Niklová

Název katedry: Sociální pedagogika

Vedoucí práce: PhDr. Jarmila Rollová

Studijní program: B7508 Sociální práce

Obor: Pastorační a sociální práce

Rok: 2012

Prohlašuji, že jsem tuto písemnou bakalářskou s názvem Spolupráce s blízkými v rámci pracovní rehabilitace osob se schizofrenií v komunitních službách v Praze napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna veřejnosti ke studijním účelům.

V Praze dne 15.4.2012, Jana Niklová

Bibliografická citace

Název: bakalářská práce Spolupráce s blízkými v rámci pracovní rehabilitace osob se schizofrenií v komunitních službách v Praze/ autor: Jana Niklová DiS./ vedoucí práce: PhDr. Jarmila Rollová/ Praha 2012

Anotace

Bakalářská práce „Spolupráce s blízkými v rámci pracovní rehabilitace osob se schizofrenií v komunitních službách v Praze“ se zabývá problematikou zapojení blízkých osob klientů do pracovní rehabilitace.

Cíle této práce jsou, zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů během pracovní rehabilitace v Green Doors v současnosti z pohledu klientů. Zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů se schizofrenií v rámci pracovní rehabilitace v komunitních službách v Praze.

Ke zmapování jsem použila rozhovory s klienty pracovní rehabilitace v O. s. Green Doors a rozhovory s profesionály z největších komunitních služeb v Praze, kteří poskytují pracovní rehabilitaci lidem, kteří onemocněli schizofrenií. Z výzkumných metod využívám metodu rozhovoru a analýzu dokumentů.

Obsahem této práce je popis onemocnění schizofrenií, její příčiny, projevy, léčba a sociální důsledky. Významu a potřeb rodiny člověka s onemocněním schizofrenie. Představení systému komunitní péče, rehabilitace a možnosti zapojení blízkých osob klientů do pracovní rehabilitace. Závěrem uvádím rozhovory s klienty a poskytovateli pracovní rehabilitace.

Klíčová slova

Psychiatrie, schizofrenie, rehabilitace, spolupráce, komunitní služby

Anotation

This thesis "Cooperation with the people in the vocational rehabilitation of people with schizophrenia in community service in Prague" is addressed to the topic of involvement of people close to clients into vocational rehabilitation.

The goals of the thesis are related to processes and methods of current cooperation with people close to clients in Green Doors vocational rehabilitation from client's point of view. There is presented whether and how cooperation with people close to clients with schizophrenia is being provided during rehabilitation in community service in Prague.

I have interviewed clients of vocational rehabilitation and professionals from largest community based services in Prague that provides rehabilitation to people with schizophrenia for my research. Document analysis and interview methods were used as research methods.

Thesis contains following topics: Description, causes, symptoms, cure and social impacts of schizophrenia. Importance and needs of family for schizophrenic. Overview of community care system, rehabilitation and possibilities of involvement of people close to clients into vocational rehabilitation. Interviews with clients and vocational rehabilitation are presented on the end of the thesis.

Keywords

Psychiatry, schizophrenia, rehabilitation, cooperation, community service

Poděkování

Děkuji PhDr. Jarmile Rollové za odborné vedení mé bakalářské práce a cenné připomínky. Dále bych chtěla poděkovat kolegům a klientům z O. s. Green Doors za spolupráci a poskytnutí možnosti napsat tuto práci.

V neposlední řadě děkuji svým přátelům za milé připomínky, rodině za vytrvalou podporu a hlavně hlídání mého syna.

OBSAH:

Úvod.....	8
1 Člověk se schizofrenií a schizofrenie.....	10
1.1 Příčiny vzniku onemocnění.....	11
1.2 Rozvoj a průběh onemocnění.....	12
1.3 Projevy chování člověka se schizofrenií.....	12
1.4 Léčba onemocnění.....	15
1.5 Sociální důsledky onemocnění.....	16
1.5.1 Stigma.....	17
1.5.2 Vztahy.....	18
1.5.3 Práce a finance.....	18
2 Rodina a blízké osoby člověka s duševním onemocněním.....	21
2.1 Význam rodiny a blízkých vztahů.....	21
2.2 Vliv duševní nemoci na vztahy.....	22
2.3 Potřeby rodiny.....	23
3 Rehabilitace osob se schizofrenií v komunitních službách v Praze.....	26
3.1 Komunitní péče.....	27
3.2 Case management.....	28
3.3 Rehabilitace - sociální, psychiatrická a psychosociální.....	30
3.4 Pracovní rehabilitace.....	33
3.4.1 Druhy pracovní rehabilitace v neziskové sféře v Praze.....	34

4	Možnosti spolupráce s blízkými osobami klientů v rámci pracovní rehabilitace.....	37
4.1	Zapojení blízkých do pracovní rehabilitace.....	37
4.2	Význam, fáze, formy a cíle spolupráce.....	39
5	Spolupráce s blízkými osobami klientů v O. s. Green Doors.....	42
5.1	O. s. Green Doors.....	42
5.2	Dotazníkové šetření v Green Doors 2007.....	44
5.3	Metodika spolupráce s blízkými osobami klientů v Green Doors.....	47
5.4	Rozhovory s klienty v Green Doors 2012.....	49
5.5	Vyhodnocení rozhovorů.....	50
6	Rozhovory s poskytovateli pracovní rehabilitace lidem se schizofrenií v komunitních službách v Praze.....	54
6.1	Rozhovory s pracovníky.....	54
6.2	Vyhodnocení rozhovorů.....	55
	Závěr.....	57
	Použité zdroje.....	58
	Soupis bibliografických citací.....	60
	Seznam příloh.....	61

Úvod

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které je velmi stigmatizující. Negativně zasahuje do většiny oblastí člověka, proměňuje denní realitu nemocného a odcizuje ho od ostatních lidí. Je více než zřejmé, že toto onemocnění proměňuje vztahy nemocného s jeho přirozeným okolím. Onemocnění schizofrenií je tedy velkou zátěží nejen pro nemocného, ale i pro jeho okolí, především jeho rodinu.

Schizofrenie je celoživotní porucha, která vstupuje významně do života nemocného. Farmakologická léčba dokáže odstranit pozitivní příznaky nemoci, ale neporadí si se souvisejícím omezením, vyplývajícím z individuálních okolností: sociální bariéry, hospitalizace, nedostatek podpory z okolí, nedostupnost služeb, nedostatek financí či nedostatek informací o službách či nemoci. Onemocnění může vést ke snížené kvalitě života nemocného člověka, případně i jeho blízkého okolí. Proto vzrůstá význam psychosociálních přístupů následné péče. Rehabilitační programy napomáhají celostnímu pojetí péče, která je cílená na celkovou efektivitu léčby a osobní spokojenost klientů. Rehabilitace se tedy zaměřuje na zmírňování dlouhodobých důsledků tohoto onemocnění. Psychosociální rehabilitace u lidí se schizofrenií je již jednou z důležitých součástí léčby.

K napsání této bakalářské práce mě vedly osobní zkušenosti. Volba tématu úzce souvisí s mou aktivní činností v oblasti psychosociální rehabilitace. S lidmi, kteří onemocněli schizofrenií, se již několik let setkávám ve své práci v organizaci O. s. Green Doors. Pracovala jsem na několika pracovních pozicích. Začínala jsem jako příjmová terapeutka do psychosociální pracovní rehabilitace v klubu V. Kolona, která sídlí v Psychiatrické léčebně Bohnice, následovala pozice case managera tamtéž. Poslední pracovní pozicí je vedoucí tréninkové kavárny Café na půl cesty, kde probíhá pracovní a sociální rehabilitace. Tato rehabilitace je určena lidem, kteří se potřebují rehabilitovat po prodělané atace onemocnění. Jsou již farmakologicky zaléčení a částečně zdravotně stabilizovaní, ale potřebují podporu v sociální a pracovní oblasti.

Ve své práci se zabývám tématem zapojení blízkých osob klientů pro pracovní rehabilitace, odborná literatura dokládá mnoho různých důkazů o prospěšnosti tohoto zapojení. Toto byl jeden z hlavních podnětů, proč jsme v roce 2007 realizovali dotazníkové šetření mezi uživateli služeb Green Doors a jejich blízkými. Zjišťovali jsme, zda a jak má probíhat spolupráce s rodinnými blízkými během rehabilitace. Výsledky tohoto šetření jednoznačně mluví pro spolupráci s blízkými během pracovní rehabilitace. Přáli si to jak uživatelé služeb, tak i jejich blízcí. Pružně jsme na tyto výsledky reagovali a nastavili jsme prostor, ve kterém je možno konkrétní spolupráci realizovat. Zajímalo mě, zda a jakým způsobem se daří spolupracovat s blízkými osobami klientů pracovní rehabilitace v O. s. Green Doors v současnosti. Rozhodla jsem se udělat rozhovory s klienty pracovní rehabilitace v Green Doors. A odpovědět si tím na jeden z cílů bakalářské práce, který zní: Zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů během pracovní rehabilitace v Green Doors v současnosti z pohledu klientů.

Dalším cílem bakalářské práce je: Zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů se schizofrenií v rámci pracovní rehabilitace v komunitních službách v Praze. Ke zmapování jsem použila rozhovory s profesionály z největších komunitních služeb v Praze, kteří poskytují pracovní rehabilitaci lidem, kteří onemocněli schizofrenií.

Ve své práci krátce popíši onemocnění schizofrenií, jeho příčiny, projevy, léčbu a sociální důsledky. Následně se zaměřím na rodinu a blízké osoby klientů. Nastíním systém komunitní péče, druhy rehabilitací a podrobně vysvětlím pracovní rehabilitaci osob se schizofrenií v komunitních službách v Praze. Dále formuluji možnosti spolupráce s blízkými osobami klientů. Popíši organizaci O. s. Green Doors, představím dotazníkové šetření z roku 2007 a metodiku spolupráce s blízkými v organizaci. V posledních kapitolách se věnuji rozhovorům s klienty pracovní rehabilitace v O. s. Green Doors a rozhovorům s poskytovateli služeb pracovní rehabilitace v Praze. V přílohách uvedu formuláře a samotné přepisy rozhovorů s klienty a poskytovateli služeb. Poslední přílohou je Metodika práce s rodinou a blízkými klienta v O. s. Green Doors.

1 Člověk se schizofrenií a schizofrenie

Z pohledu sociální práce, se kterým se ztotožňuji, vždy nejprve vnímáme člověka, až poté vnímáme jeho obtíže. Duševní onemocnění schizofrenií je závažné duševní onemocnění, které zasahuje do všech oblastí života nemocného a deformuje jeho životní funkce. Pro pochopení všech souvislostí je nutností vstoupit do ostatních oborů, které jsou úzce provázány s rehabilitací duševně nemocných. Těmito obory jsou především psychologie a psychiatrie. Pojem schizofrenie se dá „šířeji používat pro celou skupinu psychóz charakterizovaných ztrátou smyslu pro reálný svět, ponořením se do vlastních fantazií, halucinací, příp. bludů, které jsou pro jiné lidi nesrozumitelné.“ (Hartl, Hartlová, Portál 2000, str. 534) Lidé nemocní schizofrenií ztrácejí kontakt s realitou, slyší nebo vidí věci, které nejsou skutečné, a pod vlivem svých představ pak jednají neobvykle a nepřiměřeně. Schizofrenie se vyznačuje těžkou dezintegrací osobnosti, zkreslením reality a neschopností zvládat nároky běžného života. (Atkinson, 2003).

Lidé nemocní schizofrenií mají změněnou schopnost zpracovávat informace z okolí, omezeně nebo nesprávně rozlišují důležitost a naléhavost podnětů. Jsou nejistí v mezilidském kontaktu, neboť se obtížně orientují v emočních signálech přicházejících od druhých lidí. Hůře se přizpůsobují novým situacím, pomalu si zvykají. Postupně se odvracejí od vnějšího světa do vnitřního, omezí komunikaci, hledají uklidnění a řešení ve fantazii. Jsou podezřívaví a ostražití, což postupně zvětšuje jejich vzájemné nepochopení s okolím. (Foitová, 2006)

Údaje o výskytu nemoci se v různých studiích liší, schizofrenie se objevuje poměrně často, dle Kaliny onemocní během života 2-3% lidí v populaci. (Kalina, 2001) Jiný zdroj uvádí výskyt 1-1,5% populace, což znamená, že onemocní přibližně jeden člověk ze sta. Četnost výskytu je stejná v různých kulturách a kontinentech. Onemocnění se vyskytuje stejně často u mužů a u žen, rozdíl je pouze v začátku onemocnění. Začátek schizofrenního onemocnění je v mladém věku, u mužů nejčastěji mezi 15 až 25 lety, u žen nejčastěji mezi 25 až 35 lety. (www.greendoors.cz)

Akutní ataky onemocnění vedou obvykle k hospitalizaci, která trvá často i měsíce až roky. Pacienti s touto diagnózou obsazují přibližně polovinu lůžek v psychiatrických léčebnách a tvoří velkou část pacientů v ambulancích. V posledních letech je snahou převést velkou část péče na ambulantní a komunitní úroveň, ale návrat do přirozeného prostředí je velmi složitý a plný překážek.

1.1 Příčiny vzniku onemocnění

Etiologie onemocnění je různorodá, většina studií předpokládá, že na propuknutí schizofrenie se vždy podílí více faktorů, z nichž žádný sám o sobě k rozvoji onemocnění nestačí.

„U schizofrenie se předpokládá interakce rozdílných patologických mechanismů zahrnující vnitřní a vnější faktory. Tyto rizikové a nebo premorbidní faktory mohou být spojeny se zvýšenou vulnerabilitou pro schizofrenní onemocnění.“ (Češková, 2005, s.16) „Schizofrenie má silné biologické základy, avšak svou roli hraje i stres, jenž u lidí vulnerabilních vůči schizofrenii může zapříčinit vážnější průběh poruchy či vyvolat nové ataky psychózy.“ (Atkinson, s.551)

Podíl biologických, psychologických a sociálních faktorů přispívajících k rozvoji onemocnění je u každého jiný.

V biologické rovině se hovoří o genetické predispozici (dědičné faktory, křehké či nevyrovnané založení organismu), která se může či nemusí uplatnit. K psychologickým faktorům patří především vztahové prostředí v rodině, poruchy vývoje v raném dětství, tělesné poruchy či zátěžové situace v životě jedince (nevyřešené konflikty a frustrace ve vztazích, neúspěch, zklamání, úmrtí blízkého člověka . . .), které mohou vést k rozvoji onemocnění. Další možné příčiny vzniku schizofrenie jsou faktory sociální, které odvozují vznik nemoci od poruch ve fungování vztahů jak v rodině, tak vztahů rodiny k okolnímu prostředí. Vzájemné působení těchto vlivů vede k zranitelnosti (vulnerabilitě), na jejímž základě může vznikat onemocnění. (Kalina, 2001)

1.2 Rozvoj a průběh onemocnění

Onemocnění začíná nejčastěji během dospívání a časné dospělosti, kdy organismus i psychika člověka prochází značnou zátěží. V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) se uvádí, že nelze začátek onemocnění zcela specifikovat. Jsou popisovány jak náhlé, akutní začátky onemocnění, tak plíživé, s postupným rozvojem symptomů. Pro schizofrenii je typické, že se objevuje v epizodách (atakách). Pokud se tyto ataky opakují, nazývají se relapsy. Ataky nemoci nevznikají často náhodně, ale bývají podníceny nějakým vnějším faktorem (spouštěčem). Nejčastějším spouštěčem bývají stresové okamžiky v životě člověka. V akutní atace dochází k rozvoji příznaků psychózy a je potřeba farmakoterapie. (Praško, 1998)

Schizofrenní onemocnění se rozvíjí v několika fázích: premorbidní, prodromické a akutní. V premorbidním stadiu se nemoc projevuje povahovými zvláštnostmi a mohou být přítomny latentní poruchy kognitivních funkcí. (Libiger in Hoschl et al., 2002) Prodromální fáze se vyznačuje příznaky, jimiž mohou být úzkost, únava, nespavost, neklidnost, nesoustředěnost, vztahovačnost, tělesné potíže apod. Tyto potíže se zpravidla zvětšují, nemocný se většinou nikomu nespovídá, začíná se uzavírat do sebe a straní se jakýmkoli kontaktům. V akutní fázi se objevují vážné poruchy myšlení a dezorganizace osobnosti.

1.3 Projevy chování člověka se schizofrenií

Schizofrenie je epizodicky probíhající onemocnění, při kterém akutní symptomy zpravidla v různě dlouhém období odeznívají a následují období remise. Mezi akutními fázemi tedy může dojít k relativnímu odeznění těchto příznaků, nebo se mohou objevit nespecifické psychické syndromy. V akutní fázi a někdy i mezi nimi postrádá pacient náhled, není schopen rozpoznat, že je nemocný. (Rahn, Mahnkopf, 2000)

Nemocní mohou být neklidní, urychlení, někdy agresivní, nebo se chovají velmi podivně. (Praško et al., 2005) Mohou grimasovat nebo přejímat cizí výrazy tváře, stereotypně gestikulovat a používat při tom podivnou posloupnost pohybů prstů, rukou a paží. Onemocnění narušuje schopnost vykonávat běžné každodenní

činnosti. Zasahuje do studia, zaměstnání, osobní hygieny, ale i společenského života. (Atkinson et al., 2003)

Hlavními projevy schizofrenie bývají ve většině případů nápadné psychopatologické změny, které se projevují především:

a) Poruchou myšlení a pozornosti

Jedná se o řazení nesouvisajících slov a frází či neobvyklé slovní asociace a bludy, které jsou přesvědčeními, která by jiní lidé považovali za nesprávnou interpretaci skutečnosti. Bludy jsou nejčastěji perzekuční.

Jeden z mých klientů byl přesvědčen, že žije v systému, který je proti němu. Věřil tomu, že mu někdo upravuje myšlenky a paměť v hlavě, že má v bytě nainstalované odposlouchávací zařízení, kamery atd., které slouží lidem, jež „po něm jdou“ a snaží se ho zničit.

b) Poruchou vnímání

Vyznačuje se především halucinacemi, což jsou smyslové požítky, které se objevují bez odpovídající stimulace z prostředí. Mohou být sluchové, zrakové, čichové, chuťové či dotekové.

Klientce ze služby chráněného zaměstnávání v jedné z rehabilitačních kaváren neustále někdo mluvil v hlavě. Bylo to několik hlasů, které se nepravidelně střídaly. Většinou jí říkaly negativní, pomlouvačné útoky vedené proti ní. Někdy si nebyla jistá, zda jsou to její hlasy nebo hlasy z okolí, a proto se velmi často ujišťovala, zda to slyší i okolí.

c) Poruchou emocí

Jedná se o oploštělé emoční reakce či anhedonie (ztráta schopnosti prožívat radost a potěšení), ztrátu motivace, vůle či apatie (Atkinson et al., 2003)

Velmi často jsem se s tímto setkávala u klientů, kteří neměli motivaci cokoli ve svém životě měnit, i když bylo patrné, že jejich životní úroveň prudce poklesla.

Reakce nemocného jsou nepředvídatelné, ztrácí logiku. Nemocný je vytržen z reálného světa, jeho myšlenky a city se řídí jeho vnitřním světem.

Projevy chování můžeme též rozdělit na pozitivní, negativní a kognitivní příznaky nemoci dle Mueser, McGurk (2004) a Rahn, Mahnkopf (2000).

Pozitivní příznaky jsou takové, které představují něco navíc oproti normě. Jde o halucinace, což jsou vjemy, které ale nemají oporu v realitě. Vznikají v hlavě člověka a nejčastěji se jedná o tzv. hlasy. Dále sem patří bludy, což jsou myšlenkové konstrukce, opět bez opory v realitě. Typicky je to přesvědčení, že dotyčného někdo pronásleduje, že má na něj někdo spadeno. Jiný pozitivní symptom je dezorganizovaná řeč (může být překotná, nedávající smysl) a neúčelné chování.

Negativní příznaky odkazují k faktu, že se něčeho nedostává. Jde o projev emocí - ten je chudý, emoční prožívání je oploštělé, dále se vyskytuje abulie neboli neschopnost zmobilizovat vůli, o něco se snažit; také zpomalená nebo téměř chybějící řeč. Patří sem i výše zmíněná anhedonie. Na první pohled se mohou zdát pozitivní příznaky horší, ale je to spíš naopak - negativní příznaky se o něco hůř léčí, a navíc člověka více oddělují od druhých lidí, způsobují neschopnost pracovat apod.

Kognitivní příznaky odrážejí deficit v poznávacích funkcích a negativně ovlivňují schopnost začlenit se zpět do života. Objevují se někdy ve spojení s negativní symptomatologií, způsobí problémy v koncentraci a pozornosti, negativně ovlivňují schopnost učení, řeč, paměť a exekutivní funkce (plánování, řešení problémů). Kognitivní deficit je jedním z hlavních znaků schizofrenie.

Onemocnění zasahuje do všech oblastí člověka. Patří tedy do těžších duševních onemocnění. Dochází ke změnám osobnosti - člověk může zhrubnout, zatrpknout, znejistět, zneklidnět, nepostará se o sebe atd., narušena je pozornost, paměť i celková mentální výkonnost. Emoce jsou nepředvídatelné, neadekvátní situaci a často se střídající, častá je ambivalence a vztahovačnost. Typické je, že člověk myslí stereotypně a podle vlastních, svérázných pravidel. Jelikož se ve vlastních myšlenkách neorientuje, začne některé považovat za ne-vlastní, jde o pocit vkládání cizích myšlenek nebo naopak jejich kradení někým dalším. Vyskytují se i tzv. zárazy myšlení (nemožnost pokračovat v přemýšlení). Řeč je odrazem myšlení, takže může být nesouvislá, plná novotvarů, případně

opakovaných slov. Vyskytuje se tzv. slovní salát, kdy dotyčný vedle sebe klade slova, která spolu naprosto nesouvisí. Nemocný může také přestat mluvit úplně.

Typické jsou problémy ve sféře komunikace, asertivního prosazení nebo zvládnání agresivity. Dotyčný se většinou uzavírá do svého světa a funguje hlavně ve vlastním světě.

Aby mohla být diagnostikována schizofrenie, musí její příznaky trvat alespoň jeden měsíc. Nemocným často chybí náhled na své onemocnění. Přestávají rozlišovat mezi sebou a vnějším světem, často jsou jim jejich prožitky velmi nepříjemné. Jejich vnější i vnitřní svět se jim jeví jinak než dříve, nedokážou se v něm orientovat a porozumět svému onemocnění.

1.4 Léčba onemocnění

Schizofrenie byla v minulosti pokládána za nemoc s velmi nepříznivými vyhlídkami. „Protože u psychóz není zjištěna jediná základní příčina, není znám ani lék, který by příčinu odstranil...“ (Kalina, 2001, s. 23) Vzhledem k omezeným možnostem léčby byl konečným výsledkem často stav chronicky duševně nemocného, který nezvládal péči o sebe a běžný život. V minulosti byla léčba zaměřená na farmakoterapii, která zmírňuje a potlačuje intenzitu halucinací a bludů, což se později ukázalo jako nedostačující pro řešení komplexnosti problému, které schizofrenie přináší.

Schizofrenie postihuje jak rovinu biologickou a psychologickou, tak i sociální, tudíž je třeba kombinovat léčbu na všech úrovních. Proto se postupně rozvinul model komplexní péče, ve kterém je propojena farmakoterapie, psychoterapie a v neposlední řadě i socioterapie a rehabilitace.

Dle Cohena je biologickou léčbou farmakoterapie, a to především využitím neuroleptik. Psychologickou léčbou míní psychoterapii, a to jak individuální či skupinovou, tak i rodinnou. Sociální léčbu zahrnují sociální opatření např. case management, denní stacionář, psychiatrická sestra, sociální síť, komunitní ubytovací zařízení atd., a především podpora okolí a rodiny. (Cohen 2002)

Průběh léčby pak probíhá v souladu s fázemi nemoci - akutní, stabilizační a rehabilitační. Obecně lze tedy říci, že moderní přístup k léčbě schizofrenie si klade tři základní mety:

- a) zmírnit či eliminovat pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní symptomy a následky onemocnění,
- b) minimalizovat sekundární poškození,
- c) podpořit kvalitu života a funkční přizpůsobení nemocného (Češková 2005).

Důležitá je včasná identifikace nemoci a zahájení léčby. Platí, že čím včasější léčba, tím lepší prognóza nemoci. Jak jsem již dříve nastínila, podmínkou úspěšné léčby je celostní léčba a rehabilitace směřovaná k nemocnému, ale i jeho okolí. Medikace tlumí biochemické odchylky v mozku a zranitelnost člověka. Podpůrné služby, nácviky sociálních dovedností a rehabilitace posilují nemocnému sebevědomí, rozvíjí jeho osobní kompetence, zvyšují jeho odolnost a hlavně zmírňují dopad přetrvávajících příznaků. Péče, v které se skloubí včasné rozpoznání nemoci a zahájení léčby, následně rehabilitace za vzájemné spolupráce nemocných, profesionálů a rodiny, je lepší prognóza k úspěšnějšímu a nadějnějšímu boji s onemocněním schizofrenií (menší počet a délka hospitalizací, lepší sociální přizpůsobení atd.)

1.5 Sociální důsledky onemocnění

Svou povahou a šíří důsledků pro život nemocného reprezentuje onemocnění schizofrenií vysoce invalidizující onemocnění. Péče o tyto pacienty představuje podstatnou zátěž pro všechny zúčastněné - pro rodinu, společnost, zdravotnické a sociální služby (Tůma, 1999). Schizofrenie zasahuje do všech oblastí nemocného a jeho okolí. Onemocnění člověka ovlivňuje v sociálních interakcích, snižuje jeho schopnost pracovat, omezuje jeho samostatnost, chuť rozvíjet se apod. V této kapitole se pokusím rozpracovat některé nejdůležitější oblasti.

1.5.1 Stigma

Duševní onemocnění pro člověka znamená velkou zátěž, onemocnění si nese mnoho důsledků, které se projevují v běžném životě člověka. Konkrétně schizofrenie zasahuje do všech oblastí života nemocného člověka. Duševně nemocný se často projevuje nesrozumitelně a nepochopitelně pro své okolí. Nemocný se neřídí běžnými normami a pravidly, čímž se vyčleňuje ze společnosti. Na své okolí působí odlišně, často podivínsky. Pak bývá tendence na nemocné automaticky pohlížet jako na osoby nesvéprávné. Jejich jednání je často nepřiměřené a nevyzpytatelné, což dále prohlubuje odcizení nemocného od okolí.

Duševních nemocí se jako společnost bojíme a snažíme se vůči nim vymezit a odstranit je ze svého světa. V historii docházelo k izolaci a exkluzi duševně nemocných (útluky, trýznění), které však přetrvávají do současnosti, a existence institucionálních forem zdravotní nebo sociální péče vše jen posilují (Pěč, Destigmatizace). Duševní onemocnění působí v prostředí současné společnosti jako velké stigma, které vychází z nedostatku vědomostí, strachu a předsudků nás všech.

Společnost DEMA v r. 2004 u nás prováděla výzkum, ze kterého vzešlo, že převládajícím postojem veřejnosti je názor o nebezpečnosti a potenciálně násilném jednání duševně nemocných. V řadě vyspělých států byly prováděny analýzy, které potvrzují, že riziko násilného chování duševně nemocných není vyšší než u ostatní populace. K nárůstu nedošlo ani po deinstitutionalizaci a zavádění komunitní péče. (Pěč, Destigmatizace)

Psychiatrická léčba omezuje symptomy nemoci, ale přichází s ní oficiální nálepka psychicky nemocného člověka. Nemocný je tedy často odmítán a hrozí mu sociální izolace. Nemocný schizofrenií má nízký sociální status. Samotné onemocnění schizofrenií je díky nedostatku dostupných informací obestřeno mýty a předsudky. Tyto mýty představují osoby nemocné schizofrenií jako nebezpečné, nevyzpytatelné, nespolehlivé či agresivní. Toto dohromady posiluje negativní předsudky vůči nemocnému a jeho rodině, které mu znemožňují normální fungování.

Přirozeně následuje sebedestigmatizace, určité zvnitřnění těchto předpokladů nemocnými. Což následně vede k nižšímu sebehodnocení a oslabení motivace, případně k popírání nemoci, což může velmi komplikovat léčbu nemocného.

1.5.2 Vztahy

Pro onemocnění schizofrenií je charakteristické posunuté vnímání reality, což s sebou přináší problémy v komunikaci, plánování, organizaci a uskutečňování činností. Je tedy zřejmé, že s tímto onemocněním přichází do rodiny jiný způsob komunikace, vznikají nedorozumění či různé komunikační bariéry.

Potvrzení diagnózy působí na rodinu jako zátěž. Členové rodiny bývají objevením nemoci zasaženi, zmateni a pátrají po vysvětlení, mohou mít pocity studu a viny, mohou se vzájemně obviňovat z příčiny onemocnění. Většinou nemají dostatek informací o nemoci, o jejích příčinách, průběhu či možnostech léčby. (Kalina, 2001) Mění se atmosféra v rodině, která může být nepříjemná a napjatá. S příchodem onemocnění se mění role jednotlivých členů v rodině. Nemocný často nezvládá svou předchozí roli. To klade velký nárok na celou rodinu, aby se s tím jako systém vypořádala. Může se stát, že rodina tuto zátěž neunes a rozpadá se. Dlouhodobé hospitalizace jen podporují odcizení, až ztrátu blízkých vztahů, což ve svém důsledku může úplně izolovat duševně nemocného člověka. Izolace od okolí je často přímým následkem onemocnění, pro které je charakteristické uzavření se do vlastního světa a odtažení se od reality jako takové.

1.5.3 Práce a finance

Duševně nemocný se může během své pracovní kariéry setkávat s řadou problémů. Jednak jde již o potíže při výběru zaměstnání (nedostatek chuti a motivace, nedostatečná kritičnost vůči požadavkům zaměstnání). Dalším bodem jsou problémy při hledání zaměstnání (neznalost způsobů hledání zaměstnání, neznalost sebe prezentace, nerealistické sebehodnocení). Dále jsou to problémy s udržení si zaměstnání (nízké pracovní tempo, špatná koncentrace, horší

adaptace na požadavky a podmínky, regrese do nemoci). V neposlední řadě mohou svou roli sehrát deficitní vztahy k nadřízením či kolegům nebo naprostá neschopnost „povídání si“ o všedních věcech s kolegy. (Pěč, Probstová 2009)

Po ústupu ataky onemocnění může být člověk zvýšeně zranitelný. Jeho motivace i aktivity jsou utlumeny. Často se cítí vyhaslý, bezmocný, není schopen řešit samostatně svůj život. Nedokáže plnit běžné povinnosti, je snadno unavitelný a tělesně i duševně nevykonný. Toto vše mu může bránit v hledání práce či návratu do svého původního zaměstnání.

Svou roli jistě hraje i postoj společnosti, okolí a hlavně zaměstnavatele. Záleží na tom, jestli se nemocný vrací do svého původního zaměstnání, nebo jestli teprve začíná pracovat. Pokud se vrací, zátěž je daná srovnáním minulosti a současnosti. Pokud teprve začíná pracovat, zátěž je daná horším výkonem, ztrátou pracovních návyků a horší adaptabilitou. Při návratu do pracovního procesu se může nemocný setkat s neporozuměním, odstupem či nedůvěrou, se kterou se jen těžce vyrovnává. Nástup do zaměstnání je často provázen selháním. Nemocný je zranitelnější a má nižší frustrační toleranci. Může být zklamaný, podezřívavý, úzkostný či zlostný, což jeho situaci jen zhoršuje.

Začlenění do pracovního procesu u nehospitalizovaných dlouhodobě duševně nemocných psychiatrických pacientů nepřevyšuje 10%, což je méně než u lidí s tělesným hendikepem. Přesto většina lidí s psychickými problémy pracovat chce, 60% z této skupiny si pracovat přeje. (Pěč, Probstová 2009 in van Weeghel, Zeelen, 1990)

Osoby s duševní poruchou můžeme hypoteticky rozdělit na tři skupiny. Na ty, kteří nejsou schopni být zaměstnání, na ty, kteří i přes psychiatrické problémy pracovat mohou, a na ty, kteří chtějí pracovat, a z nichž si již mnoho opakovaně hledá práci (tito jsou klienti pracovní rehabilitace).

Na téma zaměstnání je úzce navázán problém dostatku či nedostatku financí. Jak již bylo výše zmíněno, mnoho nemocných z různých důvodů nemůže pracovat, a tudíž nemají dostatečné finanční zajištění. Pokud nemocný nemá podporu z rodinných zdrojů, stává se závislým na zajištění od státu v podobě různých sociálních dávek, nemocenské či invalidních důchodů. Často tato výše nepokryje ani základní potřeby. Nemocný pak nemá dostatek prostředků na

ubytování a stravování. Z mnoha vyprávění svých klientů v pracovní rehabilitaci vím, že řešením je často účelná dlouhodobá hospitalizace ze sociálních důvodů, v horším případě bezdomovectví.

Přiznání plné invalidity je pro některé duševně nemocné stigmatem, kterému se brání ze všech sil, někdy i bez ohledu na svoje možnosti. Pro jiné nemocné je invalidita jednou z mála jistot. Mnozí se stanou dlouhodobě závislími na systému podpor a změna je jen obtížná. Existuje i skupina lidí, kteří se v systému podpor „naučí chodit“, toto zdánlivě adaptivní chování vede ale často k upevňování sociální neadaptovanosti. (Matoušek, 2005)

2 Rodina a blízké osoby člověka s duševním onemocněním

Rodina a blízcí jsou jedním ze základních kamenů pro nás všechny. V současné době se používá v souvislosti s nemocí jednoho člena rodiny termín „nemocná rodina“. Tento termín vystihuje komplexnost a závažnost, jakým vstoupí duševní onemocnění do života všech členů rodiny a blízkých přátel.

2.1 Význam rodiny a blízkých vztahů

Rodina je základní jednotka naší společnosti a nepochybně se podílí na utváření jedince po celý jeho život. V současné době rodina prochází různými změnami. Přesto, že mění svůj tvar, charakter, tak neztrácí svůj význam. Pro všechny je rodinné zázemí nesmírně důležité, mohou se na ostatní členy rodiny obrátit s každou prosbou, problémem, ale i s úspěchy či radostmi. Říká se, že to, jaké jsou vztahy v rodině a přátelství, se následně odráží ve společnosti. Význam rodiny jako celku je nezanedbatelný a to nejen té současné, ale i předchozích generací.

V historickém vývoji rodina zaznamenává mnoho změn. Dochází k poklesu porodnosti dětí, větší rozvodovosti a anatomizaci rodiny. Současný výzkum jednoznačně potvrzuje, že i když lidé žijí v malých rodinách, pěstují styky v rodině široké a závažná rozhodnutí dělají s ohledem na širokou rodinu. (Matoušek, 1993) V souvislosti s vývojem společnosti, potažmo rodiny, mohou na důležitosti nabývat vztahy mimo rodinu. Jedním z trendů naší společnosti jsou lidé žijící samostatně často s množstvím přátelských vztahů.

Podle Beránkové (2008) jsou hlavní čtyři aspekty, které člověka ovlivňují, co si odnáší z původní rodiny do svého dalšího života a co má zásadní vliv na jeho život.

- Sebehodnocení, názory o sobě, sebeúcta
- Komunikace
- Pravidla, kterými se lidé řídí při svém uvažování, cítění a jednání

- Společenská vazba, tedy chování a vazba k lidem mimo rodinu a institucím

Rodina propojuje generace, jsou to kořeny a zdroje člověka, jeho základní identita. Rodina má význam reprodukční, biologický, ale taky socializační, je totiž prvním modelem společnosti, se kterým se dítě setkává, kde se vyznávají určité hodnoty, řídí se určitými pravidly, zde dítě řeší první konflikty a dostává podporu.

Význam blízkých vztahů pro mnoho lidí nemusí být menší než význam rodiny. Blízké vztahy též určují a utvářejí naši svébytnost.

2.2 Vliv duševní nemoci na vztahy

Psychotické onemocnění zasahuje každou stránku osobnosti člověka a ovlivňuje nejen jeho samotného, ale i jeho okolí, které nemocnému často nerozumí. Mám na mysli zejména rodinu, ale v pozadí nesmí zůstat ani přátelé nebo prostředí v zaměstnání. Onemocnění schizofrenií představuje pro nemocného a jeho rodinu často začátek procesu, který trvá často celý život.

Dříve se uvažovalo o tom, že by příčinou psychóz mohla být nevhodná výchova a špatné vztahy v původní rodině. Tyto teorie se dnes většinou považují za překonané. Neprokázalo se, že by rodinné prostředí bylo příčinou vzniku psychóz. Na druhé straně je prokázáno, že rodinné prostředí a blízké vztahy mají vliv na průběh onemocnění.

U dlouhodobého duševního onemocnění však dochází k tomu, že se jednotlivé fáze neustále znovu opakují a prolínají v souvislosti s tím, jak se mění aktuální stav nemocného (Spaniol, Zipple, Lockwood, 1992). Rodinní příslušníci jsou tak často zmítáni stále dokola mezi pocity naděje (když dojde k zlepšení stavu nemocného) a beznaděje (když dojde znovu k jeho zhoršení), což je velice vyčerpávající.

Pro každou rodinu je takováto situace zkouškou. Různorodost, jakým způsobem rodina zareaguje, je velmi pestrá. Jsou rodiny, které po propuknutí nemoci zesílí svůj kontakt s postiženým, pokouší se všemi dostupnými prostředky normalizovat jeho chování. Pokud se to nepodaří nebo pokud nemocný svým chováním ohrožuje hodnoty rodiny, rodina často kontakt s ním omezí, aby

ochránila sebe. Jsou ale i rodiny, které se s duševním onemocněním vyrovnají a ustojí náročnou situací, kterou tato situace přináší.

Pokud se u některého ze členů rodiny vyskytne duševní onemocnění, důsledky onemocnění se citelně projeví i u ostatních členů. Jakým způsobem se tyto důsledky projeví, závisí na těchto faktorech:

- Rodinný vztah – kdo onemocněl (dítě, dospělý, manžel atd.).
- Povaha poruchy – jedná se o chronické onemocnění nebo jen o krátkodobou krizi.
- Typ rodiny – jaké jsou charakteristické rysy rodiny, typické reakce rodiny v podobných situacích. (Pěč, Probstová 2009)

Rodina je hlavním zdrojem podpory nemocných, často nejdůležitějším. Vedle zdravotníků mnohdy zůstávají v okolí dlouhodobě psychiatricky nemocných pacientů právě pouze členové rodiny. Často členové rodiny nemocných dbají na to, aby nedocházelo k přerušení běžných společenských vztahů. Jak ukazují průzkumy, mohou právě specifické rysy vztahů v rámci rodiny rovněž ovlivnit vývoj nemoci. Je veliké množství důvodů, proč umístit rodinu na významnou pozici při léčbě a rehabilitaci pacientů s duševním onemocněním. (Pěč, Probstová 2009)

O člena rodiny, který onemocní nějakou psychiatrickou poruchou, je potřeba se starat, což často změní role v rodině. Z duševního onemocnění plynou také praktické důsledky – mohou se zvýšit výdaje (léky, léčení, rodina přijde o jeden plat), nutnost starat se celý den nebo otázka dědičnosti. Člen rodiny, který trpí duševním onemocněním, narušuje stabilitu a rovnováhu rodiny a to mezi zátěží a vnitřní silou jednotlivého člena. (Pěč, Probstová 2009)

2.3 Potřeby rodiny

Každá rodina má mnoho potřeb. Když je v rodině jeden ze členů duševně nemocen, tak se potřeby rodiny zásadně proměňují. Každá rodina a její potřeby jsou naprosto individuální, někteří vědí, co potřebují, a jiným trvá déle, než zjistí, co potřebují. Bylo vyvinuto mnoho programů, které se mají zabývat o potřeby

rodin, kde je člověk s duševním onemocněním, a podporovat je. Tyto programy mají podle Pěče a Probstové (2009) společná témata a těmi jsou:

a) Edukace rodiny o nemoci

Aby mohli členové rodiny vhodně přistupovat k duševně nemocnému členu rodiny, měli by znát základní informace o nemoci (co způsobuje, jak se projevuje, jaké může mít příčiny či důsledky, jaká je prognóza), vědět, jak bude probíhat léčba (o její nezbytnosti, alternativách a o možných vedlejších účincích), kdo léčbu povede a jak se na ní budou podílet oni sami.

b) Zaměření na silné stránky

Rodina se cítí podlomená, jejich sebedůvěra je narušena, je potřeba, aby se soustředila pozornost na silné stránky rodiny, aby se struktura rodiny stala funkční.

c) Sdílení emocí

Emoce některých členů rodiny jsou truchlící reakcí na skutečnost, že se pacient změnil, a že se možná již neuzdraví. Členové rodiny si potřebují srovnat svá očekávání.

d) Komunikace v rámci rodiny

Jasná a důsledná komunikace mezi jednotlivými členy rodiny je důležitým faktorem při zvládnutí psychiatrického onemocnění. Neméně důležité je sdílení pocitů, akceptování rozdílů, smích a předcházení vzájemnému obviňování.

e) Hranice v rodinném kruhu

Pro členy rodiny je velmi důležité chránit si své vlastní hranice, aby vzájemně nepřebírali zodpovědnost za své životy (děti za rodiče a rodiče za dospělé děti, partneři vzájemně za sebe atd.). Nadměrná angažovanost často vede ke zklamání.

f) Řešení problémů

Soužití s člověkem, který trpí duševním onemocněním, klade vysoké nároky na schopnosti rodiny řešit problémy. Efektivní řešení problémů má několik fází: identifikování a následné prodiskutování problému s těmi správnými osobami, nalezení a výběr řešení, kontrola a zhodnocení. Pro některé rodiny je těžký úkol projít všechny tyto fáze, jiné rodiny například nikdy nezhodnocují, jestli řešení mělo ten správný výsledek.

g) Obnovení společenských vazeb

Pro rodinu je důležité prolomit společenské tabu o nemoci a obnovit kontakty s příbuznými a známými. Důležitou podporou jsou blízcí přátelé.

h) Jednání s profesionály

Stává se, že rodina očekává od profesionálů příliš mnoho a mají s nimi negativní zkušenost. Někteří profesionálové by mohli trochu pozměnit svůj přístup k rodinám nemocných. Ideální je, pokud se vytvoří vztah vzájemné spolupráce. (Pěč, Probstová, 2009)

„Psychiatrické onemocnění příbuzného znamená rovněž i pro rodinu výrazné změny. Vážnost choroby ve svém důsledku také závisí na vztazích v rámci rodiny, na psychosociální povaze choroby a na povaze rodiny samotné. Je prokázáno, že podporování rodiny nejenom snižuje její zármutek, ale má rovněž pozitivní vliv na průběh poruchy.“ (Pěč, Probstová 2009, s. 207)

Je zřejmé, že celková podpora blízkých nemocného nespadá do kompetencí terapeuta v rámci pracovní rehabilitace. Potřeby rodiny jsem zde uvedla pro představu širě potřeb rodin, v kterých je jeden z členů nemocný duševním onemocněním.

3 Rehabilitace osob se schizofrenií v komunitních službách v Praze

Jak již bylo řečeno, osoby s onemocněním schizofrenie profitují z kontinuální a celostní péče, která počíná od farmakologického zaléčení, přes udržovací a dlouhodobou terapii až ke stabilizaci jejich psychického stavu. Pracovní a sociální rehabilitace jim pomáhá k návratu do běžného každodenního fungování. V současném pojetí se rehabilitační působení posunuje stále blíže k nemoci a prolíná se s léčbou. Klienti mohou mít zisk z nácviku dovedností i v akutní fázi nemoci a doporučují s nimi začít již v době hospitalizace (Kopelowicz, Liberman, Wallace 2003). Spojení léčby a rehabilitace je důležité pro celkový proces úzdravy. Rehabilitace může člověka provázet jak během hospitalizace, tak následně, někdy celý život.

V Klubu V. Kolona ve službě O. s. Green Doors, kde probíhá pracovní rehabilitace přímo v areálu Psychiatrické léčebny Praha, jsme se snažili propojovat léčbu stabilizovaných pacientů, kteří jsou stále aktuálně v hospitalizaci s pracovní rehabilitací. Po odchodu z hospitalizace většinou jejich pracovní rehabilitace pokračovala, až do naplnění vytýčených cílů. Kontinuita pracovní rehabilitace tak byla člověku velkou oporou v přechodu z hospitalizace do běžného života, což je situace, která na něj klade velké nároky.

V případě, že i po ukončení hospitalizace přetrvávají problémy, je nezbytné klientovi poskytnout dostatečnou podporu, ale ponechat mu jeho zodpovědnost a kontrolu nad jeho životem. K tomu je zapotřebí týmového a koordinovaného přístupu všech profesionálů, klienta a jeho nejbližších.

Součástí mé pracovní pozice byly prezentace a přednášky o službách pracovní rehabilitace v psychiatrické léčebně. Cílem bylo vytvoření lepšího povědomí o pracovní rehabilitaci jak u lidí s onemocněním schizofrenií, tak u zaměstnanců léčebny. Vznikla pracovní skupina, která pracovala na propojení institucionální a neinstitutonální péče. Během několika let se nám podařilo vytvořit prostředí, které nahrává spolupráci a koordinaci péče ku prospěchu nemocných.

Pozornost zaměřená na účinnost léčby, jakož i na možnosti rehabilitace pomáhá najít lepší průnik mezi potřebami klienta a psychosociálními službami. Příznaky nemoci, kognitivní fungování, minulé zkušenosti, současné naplňování rolí a nároky prostředí pak vytvářejí měřítko hodnocení fungování dané osoby (Kopelowicz, Liberman, Wallace 2003).

3.1 Komunitní péče

V posledních desetiletích jsme svědky významných změn v pojetí péče o duševně nemocné. Tyto změny se odrážejí v základní filosofii a v systému služeb. Podstatou změny je přesun důrazu z epizodické léčby na úrovni symptomů, jejíž výsledky se s ohledem na dlouhodobý průběh a celoživotní výsledek závažného duševního onemocnění potvrdily jako neuspokojivé, k důrazu na zotavení z nemoci a životu po nemoci, tedy k léčbě z hlediska dlouhodobé perspektivy duševně nemocného jako pacienta i jako člověka. Odborný zájem se rozšířil od otázek ovlivnění choroby jako biologické poruchy orgánu k zájmu o ovlivnění choroby v kontextu celé osobnosti pacienta. Pacient je vnímán také jako bytost sociální, žijící ve vztazích a sociálních rolích, usilující naplnit své potřeby a využít svůj potenciál. Nemoc je vnímána jako faktor, který ovlivňuje tento kontext a zpětně je jím ovlivňován. (Pěč, Probstová 2009)

Na základě těchto poznatků začal ve světě proces deinstytucionalizace a proces budování komunitních zařízení pro duševně nemocné. Vlády cíleně usilují o zakotvení péče v přirozeném prostředí, v komunitě člověka.

Komunitní péče probíhá v okruhu místního společenství, reflektuje jeho možnosti a využívá jeho podpůrných vlivů k začlenění nemocných do života. Zaměřuje se na zlepšení životních podmínek osob s duševním onemocněním a usiluje o zvýšení kvality jejich života. Komunitní péče stojí v protikladu s péčí institucionální, péče jde za člověkem, ne nemocný za péčí. Snaží se budovat a rozvíjet síť sociálních služeb, minimálně využívat dlouhodobých hospitalizací ve velkých zařízeních, a převážnou část péče přesměrovávat na ambulantní formu. Velkou snahou je propojování pohledu zdravotnického a pohledu psychosociálního. Základem komunitní péče je podpora duševního zdraví.

Předpokladem efektivní komunitní péče je komplexnost a dlouhodobost. Taková péče může významně zkrátit délku hospitalizace a velmi zvýšit kvalitu života duševně nemocného. V České republice proces zakládání komunitních zařízení začal pomalu vznikat po změně politické situace v devadesátých letech (Praha, Pardubice, Mladá Boleslav aj.). Vznikla neinstytucionální zařízení, která se soustředí na rehabilitační a psychoterapeutickou péči. Těchto několik důležitých organizací v současnosti jen velmi obtížně finančně zajišťuje svůj provoz. (Pěč, Probstová 2009) Dlouhodobé podfinancování péče o duševně nemocné v naší republice je alarmující. Dle analýzy uveřejněné v článku pana Dlouhého je zřejmé, že výdaje na péči o duševní zdraví jsou poloviční než v dalších evropských zemích. A to i přes to, že dochází k evidentnímu nárůstu využívání psychiatrických služeb. Mezi léty 2000 až 2008 byl nárůst o 29% v počtu pacientů, kteří vyhledali psychiatrickou péči. (Dlouhý, 2010)

Počet organizací poskytujících služby psychiatrické rehabilitace u nás vzrůstá, prohlubuje se jejich profesionalita, vzájemná koordinace, sdílení zkušeností a informací s cílem společného prosazování zájmů i východisek komunitních služeb. Zmínila bych například Asociaci komunitních služeb (AKS) či Českou asociaci pro psychické zdraví (ČAPS), která sdružuje poskytovatele psychosociálních služeb pro osoby s psychotickou duševní poruchou. Za účelem sdílení dobré praxe vznikl před několika lety na území Prahy projekt „Sociální konzilium“, ve kterém jsou zastoupeni odborníci z nejvýznamnějších organizací, které působí v této oblasti – Fokus Praha, Green Doors, Eset help, Bona, Baobab, TK Mýto, Diakonie, Náruč atd.

3.2 Case management

Ve své práci považuji za důležité zmínit metodu Case management, která se též nazývá případovým vedením. Case management je metoda koordinace služeb a způsob práce s lidmi, jimž závažné duševní onemocnění způsobuje potíže v řadě oblastí života. CM je služba, která pracuje formou rehabilitačních plánů, nabízí pomoc s plánováním a aktivní pomoc v realizaci jednotlivých kroků. Je to dlouhodobější doprovázení klienta jeho životní situací.

Základní prvky case managementu lze definovat dle Stuchlíka:

- 1) získání přehledu o potřebách a schopnostech klienta,
- 2) plánování péče - plán obsahuje jasně definované cíle,
- 3) uskutečňování plánu - za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,
- 4) monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,
- 5) vyhodnocování práce a výsledků (cíle) společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí. (Stuchlík, 2001)

„*Case manager* je klíčovou osobou nejen pro klienta, ale pro celý systém poskytování péče. Je koordinátorem práce týmu, zodpovídá za vytvoření, aktualizaci a provádění plánu péče a v některých modelech je také osobou, která určuje rozdělení finančních prostředků v rámci systému.“ (Stuchlík, 2001, str.9)

Case management má mnoho předností a výhod. Mezi základní pilíře patří:

- dostupnost,
- kontinuita – díky dlouhodobé spolupráci je možná, aby case manager včas zachytil zhoršování zdravotního stavu,
- koordinace – case manager koordinuje služby klienta,
- přizpůsobivost – služba je orientovaná na klienta a na jeho individuální potřeby („šitá mu na míru“),
- výkonnost – efektivita využívání služeb. (Stuchlík, tamtéž)

Těchto pět pilířů je podstatou dobré, efektivní a prospěšné péče pro lidi s jakýmkoliv onemocněním.

Vlastností case managementu je také to, že je realizován multidisciplinárním týmem, v kterém jsou zastoupeni mimo jiné sociální pracovníci, zdravotní sestry, psychiatři a psychologové.

Case management je uváděn jako nutná složka systému služeb koncepcí v oboru psychiatrie. Není ale zahrnut do typologie sociálních služeb v ČR, přesto vzniklé týmy case managementu u nás jsou financovány jako sociální služby. Zájem o case management postupně roste. Jak jsem výše popsala, case management je ideální způsob práce s lidmi, kteří mají závažné duševní onemocnění. Jeho významnou součástí je i spolupráce s rodinou a blízkými

klienta. V současné situaci v České republice je nedostatek této služby. Nabídka case managementu uspokojí jen zlomek poptávky. Pokud se zaměřím na Prahu, nabízí Case management jen několik organizací, a to především Fokus Praha, Eset - help a Baobab. Ideální by jistě byla dostatečná nabídka služby case management, což v současné problematické situaci s financováním těchto služeb asi není příliš reálné.

Ze své zkušenosti vím, že mnohým klientům v pracovní rehabilitaci by case manager velmi pomohl s jejich situací. Pokud není možné v současné době zvýšit dostupnost a kapacitu nabídky case managementu, o to více důležité je během pracovní rehabilitace s klientem řešit i další oblasti jeho života a zapojovat jeho blízké do procesu rehabilitace.

3.3 Rehabilitace - sociální, psychiatrická a psychosociální

Pojem **rehabilitace** pochází z latinského slova re-habilitis a znamená být znova schopný. „Rehabilitovat někoho znamená učít ho znovu schopným, tj. vrátit mu nebo alespoň částečně nahradit některé jeho osobní vlastnosti a schopnosti, společenské (zejména rodinné a pracovní) postavení i funkce, které měl nebo zastával a které přechodně nějakým způsobem ztratil, nebo v jejich používání byl do té či oné míry dočasně omezen.“ (Skaličková, 1971, str. 11)

Rehabilitace zahrnuje veškerá opatření zacílená na snížení hendikepu daného jedince tak, aby mu bylo umožněno dosáhnout co nejvyšší nezávislosti, sociální integrace, kvality života a seberealizace. Nejedná se jen o trénink postižených osob, ale i intervence společnosti. Ucelená rehabilitace představuje výzvu pro koordinaci činnosti všech složek společnosti – jednotlivců, rodin, státu, institucí, organizací. Jakákoli rehabilitace vyžaduje aktivní spoluúčast klienta.

Ve své práci musím zmínit pojem, se kterým zachází Zákon o sociálních službách, a to pojem **sociální rehabilitace**. Jedná se o „Soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonů běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a

kompetencí. Poskytuje se formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §70) Dle Oldřicha Matouška se: „Sociální rehabilitací rozumí obnovení sociálních vztahů a praktických schopností a dovedností, které jsou důsledkem sociálního hendikepu a způsobu života dané osoby narušeny.“ (Matoušek, 2003, s. 219)

Psychosociální rehabilitace se zaměřuje na obnovu v sociálních rolích. Rehabilitace lidí s duševním onemocněním využívá přístupu **psychiatrické rehabilitace**. Psychiatrická rehabilitace se především zabývá osobami s dlouhodobým a vážným duševním onemocněním, tedy osobami, u nichž v důsledku nemoci došlo již k výraznému narušení psychických, sociálních a pracovních schopností, či toto ohrožení hrozí. Cílem rehabilitace a resocializace dlouhodobě duševně nemocných je především fungování a spokojenost osoby v daném prostředí. Rehabilitace podporuje proces aktivní změny, kterým klient získává znalosti a dovednosti pro optimální fyzické, psychické a sociální fungování. Je zaměřená na přítomnost a budoucnost.

Proces rehabilitace může začít v momentě, kdy je klient stabilizován. Tedy nejčastěji po farmakologickém zaléčení akutních symptomů nemoci. V akutní fázi nemoci nelze mobilizovat síly klienta k učení něčemu novému. Během léčby dojde k výraznému omezení symptomů onemocnění, ale funkční postižení může v přirozeném prostředí přetrvávat. Mnoho lidí s duševním onemocněním se musí potýkat ve svém životě s omezením vyplývajícím z individuálních okolností: malý finanční příjem, nedostatek sociální podpory, dlouhodobá hospitalizace, sociální bariéry ve formě stigmatizace, nedostatečné informace a přístup k sociálním službám. Kombinace některých těchto faktorů může vést k velkému sociálnímu znevýhodnění a snížené kvalitě života. A právě na tyto osoby se zaměřuje psychiatrická rehabilitace. (Pěč, Probstová 2009)

Rehabilitace lidí se schizofrenním onemocněním má svá specifika. I u této cílové skupiny se rehabilitace snaží zabránit nepříznivým důsledkům nemoci a její léčby. Avšak tyto uživatelé mají své specifické potřeby, které vyplývají z povahy funkčního a kognitivního poškození, které toto onemocnění provází. Zejména onemocnění schizofrenií útočí na všechny domény života člověka

(biologickou, sociální i psychickou), a proto rehabilitace u schizofrenie sahá daleko za hranice psychiatrické léčby. Onemocnění vezme člověku mnoho základních dovedností nebo některé z nich výrazně omezí tak, že zapojení do společnosti je bez cizí pomoci nemožné.

Podle Pěče (2005) je rehabilitace cyklický proces, který má fáze - diagnostické, plánovací, intervenční a vyhodnocovací.

Diagnostická fáze směřuje k získání potřebných informací pro vytvoření rehabilitačních plánů. Začíná vyhodnocením připravenosti klienta k rehabilitaci, event. při nedostatečné připravenosti naplánování intervencí a podpor, které ho připraví. Nutné je v první fázi navázat vztah, který je nutný k určení obecného cíle klienta (např. získat práci, vydržet pracovat čtyři hodiny, vyzkoušet si pracovní zátěž atd.). Po zvolení cíle klienta následuje funkční vyšetření vzhledem ke stanovenému cíli. Vypracuje se seznam kritických dovedností, které klient musí zvládnout, aby svého cíle dosáhl. Rehabilitační diagnóza zahrnuje popis stávajících dovedností klienta a úroveň současné podpory okolí v určité životní oblasti bydlení, vzdělávání, práce nebo volný čas.

Plánovací fáze vytrídí dovednosti nebo oblasti, ve kterých je klientovi třeba poskytnout podporu. Vytvoří se plán rozvoje dovedností a plán rozvoje zdrojů okolí (např. zapojení rodiny atd.). V této fázi se rozpracovávají jednotlivé cíle na dílčí kroky a stanovuje se konkrétní forma podpory. Ustanoví se člen týmu (klíčový pracovník, patron), který je odpovědný za její provádění.

Intervenční fáze jsou kroky, které vedou k rozvoji dovedností klienta a rozvoji zdrojů podpory pro klienta. Rozvoj dovedností se v pracovní rehabilitaci děje nejčastěji nácvikem v chráněném prostředí a programováním – to znamená jejich používáním v přirozeném prostředí. Důležitým aspektem je asistence v rozvoji podpory a zdrojů v okolí.

Vyhodnocování cílů daných plánem je součástí rehabilitačního procesu. Výsledky často přivádí znovu k diagnostické fázi a plánování dalších rehabilitačních intervencí.

3.4 Pracovní rehabilitace

Osoby se schizofrenií o zaměstnání přicházejí v důsledku sekundárního postižení nemoci. Práce pro člověka znamená potvrzení vlastní hodnoty, je místem tvorby a rozvoje sociálních vztahů, učení se novým dovednostem i sociálním rolím. Pracovní rehabilitace usiluje o návrat osob se schizofrenií do pracovního života vyhledáváním a vytvářením možností přiměřené pracovní aktivity. Zaměřuje se na mapování klientových silných stránek, trénink sociální a pracovních dovedností, pomoc v reálních pracovních situacích. Pracovní rehabilitace může probíhat v rámci dobrovolné práce, v chráněných dílnách, nebo formou podporovaného či přechodného zaměstnávání. (kompletováno Glynn, 2003, Psychiatrická rehabilitace, 2005)

Podle MPSV je **pracovní rehabilitace**: „Souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené.“ (www.mpsv.cz) Ve své práci tento termín dále zužuji na neziskové organizace na území hlavního města Prahy. V této souvislosti se daleko více hodí definice: „**Pracovní rehabilitace** je složena ze všech aktivit, které směřují k uzdravě, k udržení a dalšímu rozvoji pracovních kompetencí klienta ve všech pracovních situacích. Aktivity jsou definovány jako individuálně zaměřené metody, např. pracovní mapování (orientace), pracovní vedení, trénink pracovních dovedností a mediace v pracovní rehabilitaci. Všechny metody se používají v kombinaci se strategiemi zaměřenými na prostředí,“(Pěč, Probstová 2009). Pracovní rehabilitace má tedy dva aspekty: Příprava klienta s psychiatrickým onemocněním pro práci a vyhledání nebo vytvoření přiměřené pracovní činnosti, pracovního místa (Wilken, den Hollander, 1999 in Pěč, Probstová 2009).

Obecným cílem pracovní rehabilitace je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění a následně jeho zachování. Trendem v pracovní rehabilitaci je individualizace, rehabilitace by měla být „ušitá na míru“ každému klientovi.

Onemocnění schizofrenií často zákeřně překvapí člověka v jeho mladých zranitelných letech, klíčových pro rozvoj osobnosti, profesní vývoj a budování

sociální pozice. V mnoha případech se tak rehabilitace mění spíše na „habilitaci“, tedy učení se dovednostem, které nemocný dosud nezískal (Glynn, 2003)

3.4.1 Druhy pracovní rehabilitace v neziskové sféře v Praze

- **Chráněné pracovní dílny**

Chráněná pracovní dílna je pracoviště provozované fyzickými či právnickými osobami, kde je zaměstnáno nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním postižením. (www.mpsv.cz)

Jde o pracoviště, kde nejde primárně o výkon, ale o získání základních pracovních návyků – tj. pravidelná docházka, včasnost, respektování pracovního pokynu ze strany vedoucího, vykonání nějaké práce. Klienti si sami určují tempo práce.

Práci v Chráněné pracovní dílně nabízí: Bona o. p. s. (chráněná dílna textilní, sklářská, údržba zeleně, krámků a galerie, knihovna), O. s. Green Doors (úklid), Fokus Praha (chráněná dílna tvůrčí, šicí, výtvarná).

- **Chráněné pracovní místo**

Pracovní místo je vytvářené po dohodě s úřadem práce s úmyslem zaměstnat osobu se zdravotním postižením, chráněné místo je vytvořené ve firmě na otevřeném trhu práce a je uzpůsobeno potřebám člověka se zdravotním postižením.

- **Tréninkové resocializační pracoviště**

Je obdobné jako chráněná dílna (vzniká bez dohody s úřadem práce). Tréninková kavárna je pracoviště, které nabízí pracovní-rehabilitační program. Umožňuje trénink pracovních a sociálních dovedností, zpravidla v méně chráněných podmínkách, kde klienti během tréninku přicházejí do kontaktu s veřejností. Kavárna zpravidla nabízí tréninková pracovní místa jako barman, kuchař, člověk, který „pracuje na place“ = číšník atd. Návuk dovedností v tréninkové kavárně probíhá za podpory terapeuta, který provází klienta při řešení složitých situací. Cílem programu je zejména zlepšení pracovních a

sociálních dovedností, vyjasnění pracovních cílů a podpora při návratu na otevřený trh práce. Program je časově omezen cca 6 – 12 měsíců. Cílovou skupinou jsou převážně mladí lidé do 35 let.

Tréninková resocializační pracoviště poskytují: O. s. Green Doors (Café na půl cesty, Klub V. Kolona, Mlsná kavka) a O. s. Eset Help (kavárna Dendrit kafe a Galerie Vážka).

- **Přechodné zaměstnávání**

Program umožňující člověku s duševním onemocněním časově omezený trénink pracovních a sociálních dovedností (půl roku až rok) přímo na pracovišti zaměstnavatele v běžných pracovních podmínkách, za podpory pracovního konzultanta. Pracovní konzultant dojednává nástup do zaměstnání, organizuje a koordinuje společné schůzky se zaměstnavatelem, poskytuje podporu při řešení obtížných situací, v případě potřeby asistuje přímo na pracovišti. V průběhu programu pracovní konzultant úzce spolupracuje s klíčovým pracovníkem klienta, dalšími odborníky a blízkými osobami. Pracovní konzultant informuje o možnosti návazných služeb. Další podporu v práci pak poskytuje podle aktuální potřeby. Pracovní konzultant poskytuje také asistenci v komunikaci při problematických situacích mezi člověkem s duševním onemocněním a jeho zaměstnavatelem.

Službu přechodného zaměstnávání nabízí O. s. Green Doors, O. s. Fokus Praha, O. s. Eset help.

- **Podporované zaměstnávání**

Podporované zaměstnání probíhá jako placená práce v běžných pracovních podmínkách za kontinuální podpory konzultanta či asistenta, obvykle 2 roky i déle. Konzultant poskytuje klientovi takovou míru podpory, aby si našel a udržel vhodné místo na otevřeném trhu práce. Trénink začíná hodnocením pracovních kapacit a zájmů klienta a individuálním výběrem práce; klient se výběru aktivně účastní, následuje vyhledání a získání zvoleného zaměstnání a intervence vedoucí k jeho udržení. Pracovní umístění souvisí se zjištěnými silnými stránkami klienta ze vstupního hodnocení; ty by měly souviset s potřebami vybrané práce.

Službu podporovaného zaměstnávání nabízí O. s. Green Doors, O. s. Fokus Praha, O. s. Eset help.

- **Podpůrné edukativní programy**

Job club je vzdělávací aktivita, kurz přípravy na zaměstnání, klient získává všechny potřebné informace a znalosti, jak a kde hledat práci, jak se připravit, jakým způsobem vystupovat.

Podpůrná skupina přináší podporu pro klienty, kteří hledají práci na otevřeném trhu práce nebo právě do nového zaměstnání nastoupili. Klienti si předávají své zkušenosti, informace, dostávají podporu ve svém úsilí od terapeuta.

Služby podpůrné a edukativní nabízí O. s. Green Doors, O. s. Fokus Praha, O. s. Eset help.

- **Dobrovolná práce**

Dobrovolná práce může být využita např. na začátku podporovaného zaměstnání. Je to možnost, jak si může klient i zaměstnavatel práci vyzkoušet bez závazku smlouvy.

- **Sociální firma**

Sociální firma je nový model zaměstnávání lidí, kteří se ze zdravotních či sociálních důvodů hůře uplatňují na trhu práce. Firma poskytující služby pro veřejnost (nemusí být, může být i firma vydělávající jiným způsobem), která působí na běžném trhu práce a primárně zaměstnává lidi s hendikepem. Zisky firmy jdou na financování služeb pro znevýhodněné občany.

O. s. Fokus Praha provozuje sociální firmy: Junův statek, Zahrada a Prádelna u Mandelíků.

4 Možnosti spolupráce s blízkými osobami klientů v rámci pracovní rehabilitace

Spolupráce s rodinou je velmi náročná, ale vyplatí se všem zúčastněným. Díky ní je možné proces rehabilitace a resocializace nemocného urychlit a udržet kvalitu života nemocného. Vždy je dobré, když je rodina ochotna zapojit se do procesu údravy svého člena, když se aktivně zajímá o to, co se děje s jejich blízkými v rehabilitaci.

4.1 Zapojení blízkých do pracovní rehabilitace

V kapitole 2.3 jsem popisovala potřeby rodiny podle Pěče a Probstové (2009), jejíž člen onemocněl duševním onemocněním. Zde se k některým bodům vrátím a nastíním možnosti spolupráce na těchto potřebách rodiny během pracovní rehabilitace. Výchozím předpokladem je, že naplnění či částečné uspokojení potřeb rodiny nemocného bude mít pozitivní vliv na nemocného, tedy klienta pracovní rehabilitace. Připojím zde i potřeby klientů pracovní rehabilitace ze své zkušenosti.

- **Edukace rodiny o nemoci**

Rodina a blízcí můžou člověku, který prodělal psychózu, velmi pomoci, aby se cítil dobře. K tomu musejí ale členové rodiny vědět, jak se mají k duševně nemocnému chovat. Které věci vedou ke zhoršení jeho zdravotního stavu a které mu prospívají. Jak nejlépe reagovat na jeho chování, které je způsobeno nemocí a které často blízkým vadí.

V rozhovoru č. 5 s klientem pracovní rehabilitace: „zlomový bylo, když jí to řekl můj psychiatr, protože víte, jak to je, do té doby jí každý říkal, že jsem línej debil, a ona až potom pochopila, že to není úplně mnou, ale tou nemocí. Prostě to nešlo. U toho psychiatra to byl zlomový moment, on jí řekl, má to tak a tak, s těmi úzkostmi to je tak a tak, tak to je s těmi stavy a od té doby je to v pohodě a ona to chápe. Kdyby to tenkrát ten psychiatr neudělal, tak by bylo super, kdyby se to máma dozvěděla tady od terapeutů.“

V tomto rozhovoru se ukázala edukace mámy klienta jako velmi funkční. Ze svých zkušeností vím, že ne vždy tuto úlohu plní psychiatr, a proto je velmi vhodné, aby se pracovní terapeut na tuto oblast zaměřil. Zmapoval a následně naplnil tuto velmi častou potřebu rodiny.

- **Hranice v rodinném kruhu**

Pro členy rodiny je velmi důležité chránit si své vlastní hranice, aby vzájemně nepřebírali zodpovědnost za své životy (děti za rodiče a rodiče za dospělé děti, partneři vzájemně za sebe atd.). Nadměrná angažovanost často vede ke zklamání.

Petr je mladý člověk, který onemocněl schizofrenií na konci střední školy. Střední školu nedokončil. Po hospitalizaci nastoupil do pracovní rehabilitace. Žil jen se svou mámou a měli velmi silný a úzký vztah. Během pracovní rehabilitace se ukázalo, že máma má snahu přebírat povinnosti Petra a tím ho zneschopňovat, což se Petrovi nelíbilo, ale neuměl to mámě vysvětlit. Během několika schůzek dokázal Petr za podpory terapeuta mámě vysvětlit, co už je jeho kompetence a co mámy. Domluvili si, do kterých věcí mu bude máma zasahovat a do kterých ne. Terapeut podporoval klienta v jeho osamostatnění a zkompetentnění.

- **Předávání informací o službách**

Z dotazníků v Green Doors od blízkých osob klientů vzešla jednoznačná potřeba větší informovanosti - o službách pro lidi s duševním onemocněním a o podrobnější rehabilitaci a programech Green Doors. V rámci pracovní rehabilitace je prostor pro zprostředkování těchto informací nebo alespoň přesměrování na jiné následné služby, například poradny.

- **Předcházení krizí - protikrizové plánování**

Součástí pracovní rehabilitace je dnes již časté protikrizové plánování, které může pomoci klientovi a jeho okolí předejít přicházející atace onemocnění. V naší praxi se ukázalo, že je velmi výhodné zapojit do protikrizového plánování i rodinu a blízké klienta.

Tomáš, který pracoval v pracovní rehabilitaci, zapojil do svého protikrizového plánu svou mámu. Domluvil se s ní, co má přesně dělat, když na něm začne rozpoznávat jisté domluvené symptomy přicházející nemoci. Tomášova máma si všimla přicházejících symptomů nemoci a udělala domluvené kroky. Tomáš to

zpětně s odstupem vyhodnocoval jako velmi funkční, protože jeho máma se chovala v této pro oba těžké situaci podle jeho plánu.

- **Sladění cílů a očekávání**

Během pracovní rehabilitace si klient vytváří cíle, ke kterým směřuje a následně je naplňuje či přehodnocuje. Stává se, že ne vždy jsou tyto cíle v souladu s cíli jeho rodičů, partnerů, dětí atd.

Lenka, která nastoupila do pracovní rehabilitace ještě v době hospitalizace, měla cíl, že rehabilitaci opustí současně s hospitalizací a půjde pracovat jako prodavačka. Během rehabilitace se začaly objevovat obtíže, které Lenku znemožňovaly přechod do zaměstnání. Porušovala pravidla v rehabilitaci a měla obtíže s kognitivními funkcemi. Během pracovní rehabilitace se na tyto obtíže zaměřila a trénovala je. Rozhodla se, že si pracovní rehabilitaci prodlouží na jeden rok, aby měla čas věnovat se sobě a zlepšovat se v jednotlivých dovednostech. Rodina ale nerozuměla jejímu setrvání v pracovní rehabilitaci a vyvíjela na ni tlak, aby rehabilitaci opustila a začala pracovat. Lenka byla v této situaci nespokojená, a proto iniciovala schůzku s rodiči a terapeutem, kde to za podpory terapeuta rodičům vysvětlila. V této situaci byla schůzka prospěšná.

Jiný klient pracovní rehabilitace, budu mu říkat Petr, měl snahu ve svých 19 letech se osamostatnit od rodičů. Jak se později ukázalo během spolupráce s rodinou, otec klienta měl úplně jiné plány s jeho životem. Petr až do schůzky s rodinou o plánech otce nevěděl, a otec si myslel, že to dávno ví. Na schůzce se tedy rozkryla rozdílnost cílů otce a syna a mohlo se s nimi začít pracovat.

Naplňování dalších potřeb rodin a nemocných je spíše úkolem pro svépomocné organizace či rodinnou terapii, která je velmi důležitou součástí léčby rodin, v kterých jeden člen onemocněl schizofrenií.

4.2 Význam, fáze, formy a cíle spolupráce s blízkými osobami klientů během pracovní rehabilitace

Důležitost až nezbytnost zapojení rodin a blízkých podle MUDr. Barbory Wenigové (2004)

- Klinická zkušenost odborníků pracujících s psychicky nemocnými lidmi.

V individuální práci s klientem se mnohdy nedaří navodit či udržet žádoucí změny. Hlavně proto, že se klient vrací zpět do stresového či nezdravého rodinného zázemí, kde je vůči změnám odpor. Klient je často velmi slabý, aby si uhájil změny, a tak raději zůstává při starém. Navíc se klient může ocitnout mezi dvěma názory (např. terapeut a matka).

- Vědecké studie, které se věnují komunikačním odchylkám ve schizofrenních rodinách.

Tyto studie poukázaly na tzv. expressed emotions (EE), neboli negativně vyjadřované emoce a jejich přímý vliv na vznik a průběh nemoci. Výsledky těchto studií prokázaly, že výskyt relapsů v rodinách s vysokou hladinou EE je až dvojnásobný.

Spolupráce s blízkými osobami klienta v pracovní rehabilitaci může být jednorázová či systematická, nahodilá nebo plánovaná. Může se odehrávat v pravidelných či nepravidelných intervalech. Může se lišit formou spolupráce, které mohou být:

- **Osobní**

Nejefektivnější je spolupráce tváří v tvář. Nejlépe za účasti všech tří stran, terapeuta, klienta a rodiny či blízkých.

Miroslava Bubela v příloze č. 5 „*Nejoptimálnější je osobní schůzka i s klientem. Dle vyhodnocení týmu může si pracovník přizvat kolegu – nejčastěji vedoucí.*“

Pokud schůzka probíhá bez účasti klienta, musí mít terapeut podepsaný Souhlas s poskytnutím osobních a citlivých údajů na sdělení konkrétních informací konkrétní osobě. Terapeut by měl následně o obsahu uskutečněná schůzky informovat klienta.

- **Telefonická**

Telefonická komunikace je rychlejší, není náročná na čas zúčastněných. Může mít své nedostatky a to hlavně v nemožnosti účasti všech tří zainteresovaných stran. Po telefonu může častěji docházet k nepochopení či nedorozumění, protože partnera v komunikaci vnímáme jen sluchem.

Terapeut musí mít vždy podepsaný souhlas klienta nebo alespoň klienta po telefonátu informovat o jeho obsahu.

Eva Plšková v příloze č. 5 „*Spolupráce probíhá většinou telefonicky (...)*“

- **Písemná**

Nejčastěji se používá při oficiální či úřední komunikaci. Používá se při přeposílání listin.

Cíle spolupráce s rodinou či blízkými klienta pracovní rehabilitace se dají shrnout do několika bodů:

- Prevence dalších relapsů, popřípadě hospitalizací – možnost včas rozpoznat počátek krize, možnost adekvátní intervence, lepší koordinace u zvládání krize (práce s protikrizovým plánem, dle společných dohod).

- Snadnější naplňování cílů v pracovní rehabilitaci.

Jana Podhajská z přílohy č. 5 „*Spolupráce by měla probíhat za účelem naplňování cílů individuálního plánu.*“

- Podpora kompetencí klienta.

Jana Podhajská z přílohy č. 5 Spolupráce „*. . . přispívá ke snížení závislosti na službě.*“

- Podpora klienta v jeho vztazích a v procesu rehabilitace.

- Poskytnutí informací o službě.

Miroslava Bubela z přílohy č. 5 „*Spolupráce reaguje na potřeby konkrétní situace, většinou se jedná o vyjasnění a vykomunikování, předání informací o povinnostech v rhb, její smyslu a účelu.*“

Eva Plšková z přílohy č. 5 „*Sladění cílů či informace o službě.*“

Spolupráce s blízkými osobami klienta v pracovní rehabilitaci mohou dle mého názoru jen podpořit proces rehabilitace a uzdravu klienta.

5 Spolupráce s blízkými osobami klientů v O. s. Green Doors

O. s. Green Doors je nestátní, nezisková organizace, která se zabývá pracovní a sociální rehabilitací lidí, kteří onemocněli schizofrenií. O. s. Green Doors sídlí v ulici Pujmanové 1219/8, 142 00 Praha 4-Krč.

Posláním organizace je realizovat psychosociální rehabilitaci pro lidi s duševním onemocněním, podporovat jejich integraci do komunity a přispívat k destigmatizaci duševního onemocnění.

Organizace vychází z myšlenky, že obeznámenost veřejnosti s problematikou duševního zdraví usnadňuje klientům jejich zařazení do běžného zaměstnání a do školy. Snaží se propojovat sociální služby s přirozeným životem v komunitě. Kulturní a osvětové akce pro širokou veřejnost jsou součástí činnosti organizace.

5.1 O. s. Green Doors

Systém rehabilitace raných psychóz ve sdružení vychází z nizozemské metodologie Storm, která se soustředí a používá mnoho pomůcek pro mapování potřeb klientů a stanovování cílů rehabilitace. Klient si spolu s pracovním terapeutem (patronem) stanoví své individuální cíle a plány. Dále pracují na tom, jak je možno těchto cílů dosáhnout. Pracovní terapeut (patron) pomáhá řešit aktuální potíže, dává zpětnou vazbu, učí konkrétním dovednostem, podporuje v naplnění cílů, pomáhá v přechodu do nového zaměstnání nebo do školy po ukončení rehabilitace.

Sdružení jako první v republice a střední Evropě realizovalo projekt tréninkových kaváren, je nositelem mnoha ocenění. Programy O.s. Green Doors tvoří dohromady systém služeb, které se vzájemně doplňují a navazují na sebe a umožňují poskytnout rehabilitaci „šitou na míru“ potřebám jednotlivých klientů v oblasti přípravy na práci.

Sdružení poskytuje několik služeb:

1. Sociální a pracovní rehabilitace v tréninkových kavárnách

Cílem je zejména zlepšení sociálních a pracovních dovedností, vyjasnění pracovních cílů, podpora při návratu na otevřený trh práce.

- Café na půl cesty - nabízí intenzivní trénink pracovních a sociálních dovedností v prostředí otevřenému pro veřejnost. Provozní zátěž se blíží běžnému zaměstnání. Návčik dovedností v tréninkové kavárně probíhá za podpory terapeuta, který provází klienta při řešení složitých situací. Služba trvá nejčastěji rok.
- Klub V. kolona – nabízí aktivizační, tréninková a chráněná rehabilitační místa, a to mimo jiné aktuálně hospitalizovaným pacientům Psychiatrické léčebny Praha. Návčik dovedností v tréninkové kavárně probíhá za podpory terapeuta, který provází klienta při řešení složitých situací. Služba trvá nejčastěji rok.
- Mlsná kavka – nabízí pracovní trénink s možností vyzkoušet si práci s větší mírou samostatnosti, bez účasti pracovního terapeuta na směnách, po dobu 0,5 až 2 roky.

Každá z kaváren má své specifika, a proto si klienti mohou vybrat podle svých potřeb.

2. Začleňování na trh práce

- Přechodné zaměstnávání – možnost ověřit si pracovní a sociální dovednosti v běžných podmínkách za podpory pracovního konzultanta.
- Podporované zaměstnávání – podpora pracovního konzultanta při hledání práce na běžném pracovním trhu.

Cílem těchto programů je podpořit klienty při hledání práce v běžných podmínkách a poskytnout jim podporu pro udržení práce natrvalo.

3. Vzdělávací, návčikové a sociálně terapeutické programy

- Trénink kognitivních funkcí – formou her, úkolů a cvičení posilování kognitivních funkcí klienta.
- Job setkání – podpurná skupina při hledání zaměstnání.

Cílem těchto programů je klienty vybavit potřebnými dovednostmi při návratu do běžného života a zaměstnání.

4. Sociální poradna v psychiatrické léčebně

Cílem tohoto programu je poskytnout klientům potřebné informace z oblasti sociálního zabezpečení a sociálních služeb.

5. Osvětové a kulturně integrativní akce pro veřejnost

Cílem je zvýšit míru integrace lidí s duševním onemocněním do společnosti a podpořit pozitivní změny ve vnímání duševních chorob prostřednictvím kultury a osvěty.

5.2 Dotazníkové šetření v Green Doors 2007

V rámci projektu JPD 3 „Podpora integrace mladých lidí s duševním onemocněním na trh práce a do vzdělávacího systému formou case managementu, zapojením rodiny a práce s komunitou“ jsem v roce 2007 udělala s podporou kolegů šetření potřeb klientů O. s. Green Doors a jejich rodinných příslušníků a blízkých osob zaměřené na vzájemnou spolupráci v pracovní rehabilitaci.

Soubor dotazování

Společně s kolegy jsem oslovila klienty O. s. Green Doors a jejich rodiny a blízké. Formou dotazníkového šetření jsme se snažili zmapovat jejich potřeby a představy o vzájemné spolupráci. Vytvořila jsem dotazníky (viz. příloha č. 1), které jsme rozdali k vyplnění všem klientům ve službách pracovní rehabilitace v O. s. Green Doors – V. Kolona, Café na půl cesty, Klub v Jelení, Programům začleňování na trh práce, programům Trénink kognitivních funkcí a Skupině sociálních dovedností. Jeden dotazník určený klientům a druhý jejich blízkým. Dotazníky byly dobrovolné, a proto jsme nemohli ovlivnit množství vyplněných formulářů. Klienti vraceli formuláře anonymně do připravených beden.

Rozdalo se dohromady 62 dotazníků a 42 se vrátilo vyplněných. Dotazovaný vzorek tedy byl: dotazníky od klientů – 17 a dotazníky od rodin či blízkých – 25.

Cíle dotazníku

Cílem dotazníků pro klienty bylo zjistit, co by klienti potřebovali během jejich rehabilitace v souvislosti s případnou spoluprací s jejich rodinou nebo blízkými ve službách o. s. Green Doors.

Cílem dotazníků pro rodiny a blízké bylo zjistit, co by potřebovali v souvislosti s rehabilitací jejich blízkého ve službách o. s. Green Doors.

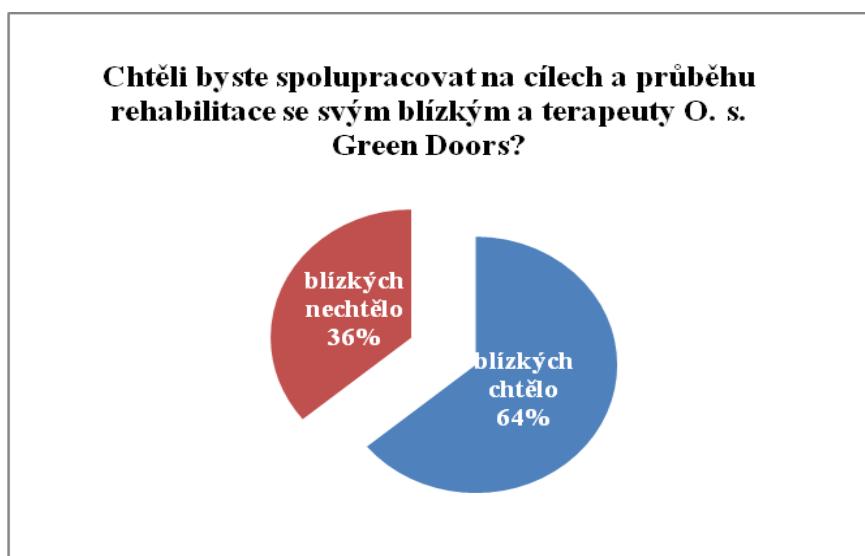
Místo a čas dotazování

Dotazníky jsme rozdávali individuálně v různých službách a dávali je klientům k vyplnění domů. Rodinám a blízkým jsme je distribuovali přes klienty. Tedy výběr blízkých byl jen na volbě klientů. Průzkum probíhal v polovině roku 2007.

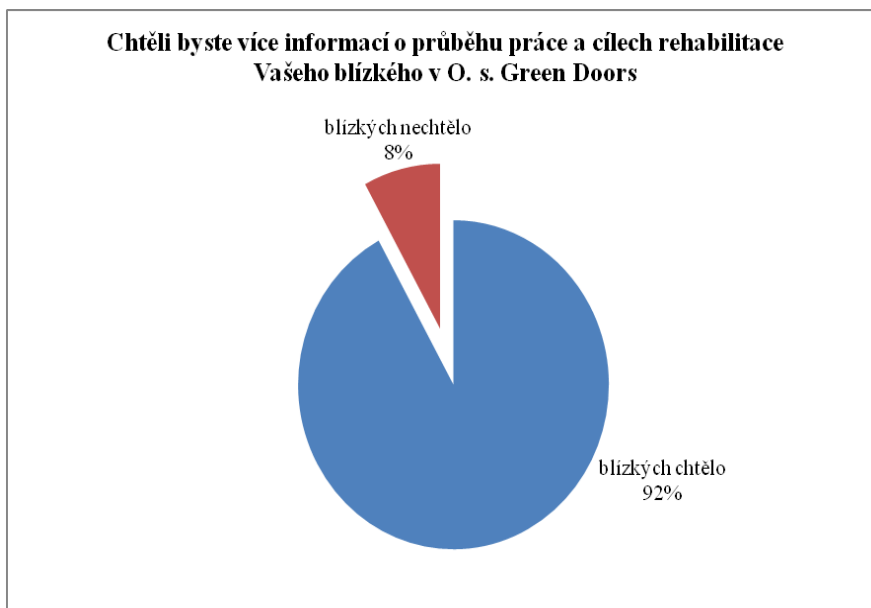
Dotazníky měly poměrně široký záběr témat, protože nás zajímaly všechny možné potřeby klientů a osob blízkých nemocného. Dotazovaní mohli zaškrtnout jednu nebo více možností z uvedených nabídek, které pro ně byly zajímavé, či je jinak oslovily.

Po sebrání všech dat jsem vyhodnocování prováděla v programu Microsoft Office Excel. Pro ilustraci této práce jsem vybrala pouze zajímavá a ilustrační data. Všechna vyhodnocená data nám posloužila jako podklad pro metodické nastavení spolupráce s blízkými našich klientů.

Z 25 dotazníků pro rodinné příslušníky a blízké osoby vyšlo:

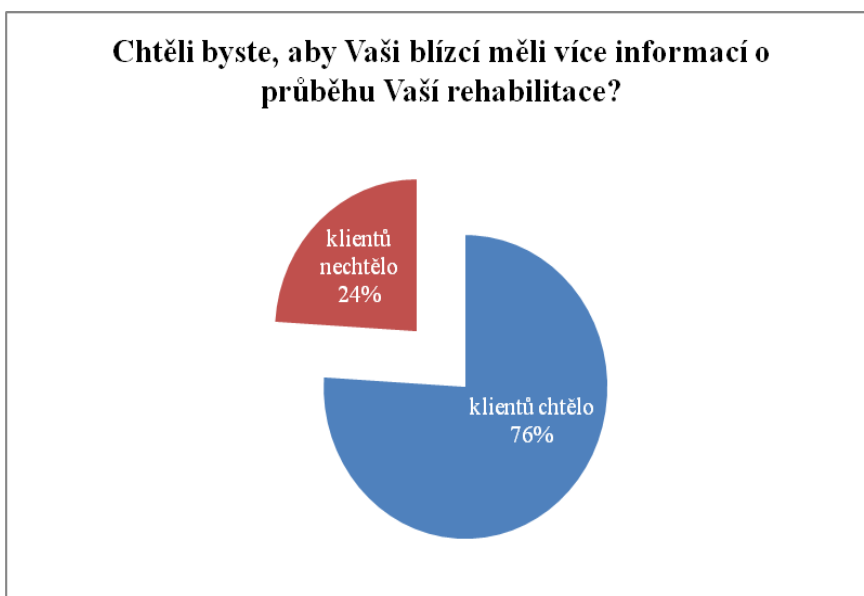


- 88% lidí by chtělo lépe rozumět a zvládat obtížné situace související s duševním onemocněním jejich blízkého.
- 52% lidí by nechtělo sdílet své zkušenosti s jinými rodinnými příslušníky.



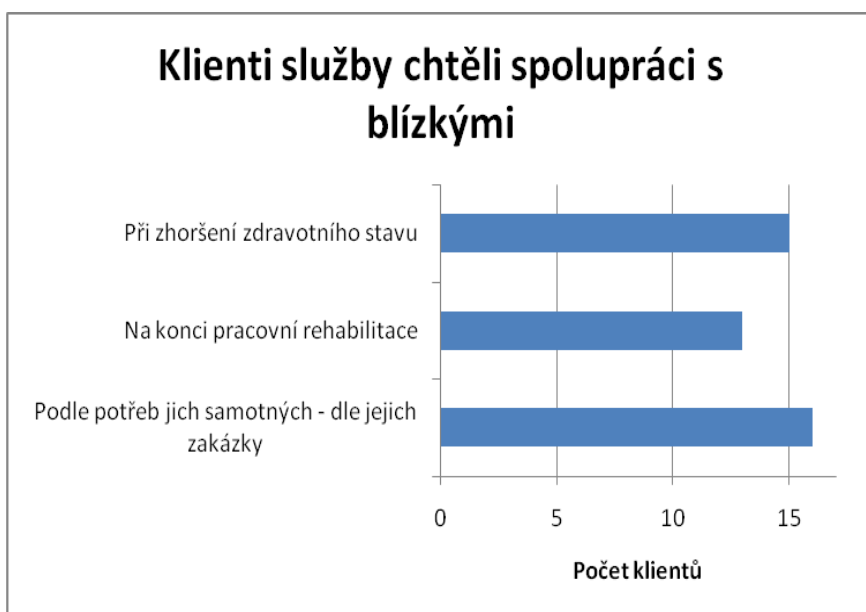
- 52% lidí chtělo frekvenci kontaktu 1x měsíčně.
- 48% lidí chce setkání, kde budou účastny všechny tři strany, ale 40% lidí chce setkání, kde budou účastni jen oni a terapeut.

Ze 17 dotazníku pro klienty služeb O. s. Green Doors vyšlo:



- Klienti chtěli, aby jejich blízcí získávali informace především o jejich službě, o průběhu rehabilitace a o nemocech.

•



- Klienti v 94% chtěli setkání, kde budou účastny všechny tři strany.
- Stáli o frekvenci kontaktu 1x za 3-4měsíce.

Z dotazníků tedy vzešla potřeba spolupráce, jak od klientů, tak od jejich blízkých, proto jsme v organizaci utvořili prostor, na kterém se tato spolupráce může odehrávat. Toto dotazníkové šetření nás ujistilo v důležitosti nabízet možnost zapojení blízkých lidí do pracovní rehabilitace našich klientů.

5.3 Metodika spolupráce s blízkými osobami klientů v Green Doors

Vyhodnocená data z dotazníků jsme zkonfrontovali s našimi potřebami a možnostmi a metodicky jsme vytvořili prostor pro spolupráci s blízkými našich klientů během pracovní rehabilitace. Vymezili jsme hranice a pravidla spolupráce klientů, jejich blízkých a pracovního terapeuta. Snažili jsme se nastavit takový model spolupráce, aby to bylo co nejvíce prospěšné a efektivní pro všechny zainteresované strany.

Ve spolupráci se svými kolegy jsem v roce 2008 vypracovala dokument, který se jmenuje Práce s tématem rodiny a spolupráce s rodinou a blízkými klienta v pracovní sociální rehabilitaci O. s. Green Doors, který metodicky upravuje

spolupráci s blízkými klientů O. s. Green Doors. Celý tento dokument je přílohou č. 6. Tento metodický materiál jsme následně uvedli v životaschopnost představením terapeutům na malém Work shopu organizace.

Nastavení spolupráce stojí na několika málo základních pravidlech. S veškerou spoluprací musí souhlasit především klient služby. Klient je „šéfem společné spolupráce“, sledujeme primárně jeho přání a potřeby. Nikdy se spolupráce neodehrává za zády klienta a v neprospěch jeho či jeho cílů v pracovní rehabilitaci. Terapeut se snaží podpořit klienta v jeho samostatnosti a nezávislosti, a proto neinicuje spolupráci s někým blízkým automaticky a standardně, ale jen pokud je to důležitou zakázkou někoho ze zúčastněných. Celá spolupráce se odehrává v „hranicích pracovní rehabilitace“, téma a cíl spolupráce se vztahuje k procesu a kontextu pracovní rehabilitace.

Podrobnější nastavení spolupráce je popsáno v příloze č. 6.

Od roku 2008 je tedy standardem v O. s. Green Doors nabízet klientům možnost spolupráce s jejich blízkými osobami v rámci pracovní rehabilitace. Když jsem se snažila v organizaci tuto spolupráci pozorovat a vyhodnocovat, připadalo mi, že se spolupráce s blízkými našich klientů příliš nedaří. A začala jsem si klást otázky, proč tomu tak je. V dotaznících z roku 2007 vyšlo, že spolupráci chtějí jak klienti, tak jejich blízcí. Vytvořili jsme následně prostor, na kterém se může spolupráce odehrávat, a přesto se příliš ve skutečnosti neděje.

Otázky, které jsem si kladla: Zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů během pracovní rehabilitace v Green Doors v současnosti z pohledu klientů? Nabízíme možnost spolupráce dostatečně a správným způsobem? Chtějí klienti a jejich blízcí i nadále spolupráci v rámci pracovní rehabilitace? Nezměnily se potřeby cílové skupiny pracovní rehabilitace a jejich blízkých? Jakým způsobem s tímto tématem pracují v jiných komunitních službách v Praze?

Odpovědi na tyto otázky jsem hledala v rozhovorech s klienty v pracovní rehabilitaci O. s. Green Doors (kap. 5.4 a 5.5), které jsem uskutečnila v rámci této práce a rozhovorech s poskytovateli psychiatrických komunitních služeb v Praze (kap. 6).

5.4 Rozhovory s klienty v Green Doors 2012

Rozhovory s klienty v Green Doors jsem uskutečnila ve službě Café na půl cesty a V. Kolona. V některých projektech Green Doors to nešlo z různých důvodů uskutečnit. Některé projekty zanikly a jiné se transformovaly (Klub v Jelení do Mlsné kavky) a nebylo by již vhodné v novém projektu rozhovory uskutečnit. Tím hlavním důvodem je změna cílové skupiny, Mlsná kavka poskytuje zaměstnání (pracovní trénink) s větší mírou samostatnosti, a proto by nebylo vhodné do rehabilitace začleňovat blízké klientů. Další projekt V. Kolona měl v době poskytování rozhovorů velmi provizorní provoz, z důvodu požáru v původním objektu. V V.Koloně pracovalo pouze několik klientů.

Cíle rozhovoru: zjistit, zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů během pracovní rehabilitace v Green Doors v současnosti z pohledu klientů.

Místo a čas dotazování: kancelář a kavárna Café na půl cesty a V. kolona. Místo rozhovoru si vybírali sami klienti. Rozhovory probíhaly v březnu 2012.

Tazatel: Jana Niklová, DiS.

Popis: rozhovor je polostrukturovaný, otázky otevřené. Odpovědi vyjadřují subjektivní názor klientů. S klienty jsem hovořila o samotě, nahrávala jsem rozhovory na diktafon. Texty rozhovorů jsem rekonstruovala ihned, jak to bylo po uskutečnění rozhovoru možné. Do rozhovoru jsem se snažila jen opatrně zasahovat a usměrňovat ho, abych nenarušila plynulost a spontánnost. Příprava rozhovoru je přílohou č. 2.

Rozhovory mi poskytli klienti Café na půl cesty, kteří byli v rehabilitaci alespoň jeden měsíc. Toto kritérium jsem si stanovila hlavně pro ochranu klientů. Měsíc je zkušební doba, tedy doba na rozkoukání. Proto mi přišlo vhodné oslovit klienty, kteří již nejsou ve zkušební době. Všichni klienti s rozhovorem souhlasili a vědí o publikaci těchto rozhovorů. Mám jejich písemný souhlas. Všechna jména jsem ve své práci změnila z důvodů zachování anonymity klientů.

Oslovila jsem všechny klienty pracovní rehabilitace v O. s. Green Doors. Z toho čtyři klienti odmítli a tři nespĺňovali kritérium jednoho měsíce v rehabilitaci. Celkem jsem hovořila se 6 klienty, celé přepisy rozhovorů jsou v příloze č.3.

5.5 Vyhodnocení rozhovorů

Tyto rozhovory nemají statistický význam, dotazovaný soubor je velice malý na zobecnování výsledků, slouží jen jako praktický vhled do problematiky.

V rozhovorech sdělili dva klienti Václav a Ota, že nevěděli o možnosti zapojení blízkých lidí do jejich pracovní rehabilitace. Václav: „*Ne, nevěděl jsem o tom.*“ Ota: „*Více méně jsem tuto informaci nedostal. Spíš mi nabízeli jiné věci, ale tohle ne. Vůbec si to neuvědomuju.*“ Navíc Ota zmíní, že vlastně nemá koho zapojit. „*Rodina, ta mi zavrhla již při první hospitalizaci, tam je to pasé (...) více méně to tak táhnu sám, tak tedy ne.*“ Klienti Pavel, Ota a Milan zmínili zapojení svého lékaře, které ovšem považují za automatické. Jelikož bez doporučení ošetřujícího psychiatra není možný nástup do pracovní rehabilitace. Někoho dalšího do rehabilitace nezapojili. Poslední dva klienti mají zkušenost se zapojením rodiny do pracovní rehabilitace. Jakub: „*Zapojila se maminka a brácha.*“ Jana: „*Jó, dcera - Káťa byla zapojena.*“

Informace o možnosti zapojení svých blízkých do rehabilitace dostali dva klienti při vstupu do služby od příjmového pracovníka a tytéž klienti i od svých patronů (terapeutů).

Pavel: „*Bavil jsem se s Janou, což je můj patron, na schůzce. Věděl jsem o tom a kdybych potřeboval, tak od ní jsem to věděl. Asi mi to říkala, když mi přijímala.*“

Jana: „*Jo, jo, myslím, že jste mi to říkali, asi jak vy, tak Míša (patronka). Takže jsem to věděla.*“ Zbývající si bohužel nepamatují, jestli informace o možnosti spolupráce dostali. Žádný z klientů nenavrhl způsob či řešení, jak zlepšit informovanost o této možnosti. Dle mého názoru není možné z těchto zjištění udělat jednoznačný závěr. Interpretace toho, že si klienti nepamatují, jestli tuto informaci dostali či nikoli, mohou být různé.

Např. Terapeuti nedostatečně či špatně nabízejí možnost spolupráce. Klienti tuto informaci vytěšňují. Množství informací, které klient dostává, je příliš obsáhlé na to, aby si vše zapamatovali. Klienti zapomínají, protože v důsledku nemoci mají kognitivní deficit a jiné.

Po této fázi mapování, zda klienti využili možnosti spolupráce či nikoli, se skupina dotazovaných rozdělila na dvě části. Dva klienti, Jana a Jakub, zapojili

někoho ze svých blízkých do rehabilitace, a ostatní nikoli. Dále budu vyhodnocovat zvlášť obě skupiny.

1. Zapojili své blízké do rehabilitace – Jana a Jakub

U každého z těchto dvou klientů se do rehabilitace zapojil někdo jiný, u Jany to byla dcera a u Jakuba maminka s bráchou. Způsob, jakým spolupráce probíhala, byl u obou klientů osobní schůzka, u Jakuba za účasti jen terapeutky a jeho blízkých, u Jany spolupráce probíhala jak s její účastí, tak bez její účasti. Důvody zapojení byly různé, u Jakuba to byla potřeba maminky. „*Maminka to iniciovala, kvůli penězům, chtěla, aby mi část peněz šla na účet a já všechno neutratil.*“ U Jany to byla potřeba patronky a dcery. „*Myslím, že Míša (patronka) potřebovala s Káťou (dcerou) mluvit, ale i Káťa s Míšou.*“ U obou tedy nešlo primárně o potřebu klienta.

Obsahy schůzek se také mírně lišily. Spojovalo je téma rehabilitace. Jana: „*Mluvily jsme o tom, co tady dělám, nebo o změnách, když jsem přecházela na jiné místo.*“ Jakub: „*Bylo to kvůli těm penězům, protože já nemám svéprávnost, tak abych je neutratil (...) pak asi taky Evička říkala mamince, co tady dělám a jak často.*“

Jakub říká, že pro něho spolupráce nebyla moc dobrá a nejradyji by ji změnil. „*...protože jsem kuli tomu neměl ty peníze. Pro ostatní to asi bylo dobré, ale nevím. Já mám peníze na účtu, a nemůžu k nim.*“ Tato nespokojenost je pochopitelná, protože Jakobovi znemožnila přístup k penězům, ale protože jeho maminka je jeho opatrovník, tak je spolupráce nezbytná. Jana ta si naopak spolupráci pochvaluje. „*Byla užitečná, aspoň jsme všechny věděly všechno...*“ a na spolupráci by nic neměnila, byla spokojená.

2. Nezapojili své blízké do rehabilitace – Václav, Ota, Pavel a Milan

Nezapojení svých blízkých do rehabilitace má několik důvodů. Václav: „*Nenapadlo mi to.*“ Ota: „*Více méně jsem tuto informaci nedostal (...) připadá mi, že jsem potom ještě méněschopný, vlastně všechno dělat za mě.*“ Pavel: „*Zatím jsem to nepotřeboval.*“ Milan: „*Myslím, že mají svého dost, tak bych je*

nechtěl ještě obtěžovat. Jestli to není nutné, tak je nezapojuju. Neumím si to představit. Je to můj boj.“ U každého z těchto lidí důvod byl trochu jiný.

Tři klienti zmínili, že asi nikoho již během rehabilitace nezapojí a Pavel mluvil o možnosti zapojit svého tátu. „(...) asi bych mohl zapojit tátu, to možná udělám, to záleží na situaci.“

Hypotetická spolupráce by podle Pavla mohla být k tomu: „Asi by to táta mohl víc pochopit. To, co tady vůbec dělám. Nevím, opravdu nevím.“ Podle Milana by byla dobrá spolupráce, ve které by šlo o edukaci mámy, kdyby to před tím neudělal psychiatr. „Zlomový bylo, když jí to řekl můj psychiatr, protože víte, jak to je, do té doby jí každý říkal, že jsem linej debil, a ona až potom pochopila, že to není úplně mnou, ale tou nemocí. Prostě to nešlo. U toho psychiatra to byl zlomový moment, on jí řekl, má to tak a tak, s těmi úzkostmi to je tak a tak, tak to je s těmi stavy a od té doby je to v pohodě a ona to chápe. Kdyby to tenkrát ten psychiatr neudělal, tak by bylo super, kdyby se to máma dozvěděla tady od terapeutů.“

Cílem rozhovorů bylo zjistit, zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů během rehabilitace v Green Doors v současnosti z pohledu klientů. Odpovědět na cíl rozhovorů není snadné. Dotazovaný vzorek klientů byl příliš malý na zobecňování výsledků, ale i přesto se zdá, že v O. s. Green Doors se spolupráce s některými s blízkých lidí klientů odehrává. V těchto rozhovorech to byli dva klienti ze šesti. Většina dotazovaných možností spolupráce se svými blízkými nevyužila.

*Jakým způsobem se spolupracuje, jsem podrobněji popsala v rozhovorech s klienty, kteří zapojili své blízké. Spolupráce v obou případech probíhaly hlavně formou osobní schůzky a tématem obou bylo téma pracovní rehabilitace („...*co tady dělám...*“).*

Zajímavým zjištěním je, že oba klienti, kteří zapojili své blízké, jsou ze služby V. Kolona a klienti, kteří nezapojili své blízké, jsou ze služby Café na půl cesty. To vyvolává otázky, zda je to náhoda, cílovou skupinou nebo přístupem terapeutů.

Pro úplnost této práce chybí současný pohled třetí strany a tím je názor osob klientům blízkých. Zeptala jsem se všech klientů, se kterými jsem dělala rozhovory v O. s. Green Doors, zda by si přáli, abych udělala rozhovor s jejich blízkými na toto téma. Odmítli. Nejčastějším odůvodněním bylo, že jejich blízcí nemají čas. Proto pohled blízkých klientů je reprezentován v této práci jen dotazníkovým šetřením z roku 2007.

6 Rozhovory s poskytovateli pracovní rehabilitace lidem se schizofrenií v komunitních službách v Praze

Rozhovory s poskytovateli pracovní rehabilitace v Praze pomohou vytvořit celkový obraz zapojování blízkých osob klienta v pracovní rehabilitaci. Myslím, že zkušenosti odborníků budou obohacením této práce.

6.1 Rozhovory s pracovníky

Hlavní cíl dotazování: Zjistit zda a případně jakým způsobem se spolupracuje s blízkými osobami klientů se schizofrenií v rámci pracovní rehabilitace v Praze v neziskových organizacích?

Menší cíle dotazování: Co případná spolupráce přináší pracovníkům (organizaci) a co klientům? Jestli jsou pracovníci profesionálně připraveni na práci s blízkými osobami klientů? Zda plánují organizace změnu v současném nastavení?

Tazatel: Jana Niklová, DiS.

Forma: Respondenty jsem oslovila přes e-mail. Na některé nejasné formulace jsem se opět doptávala formou rozhovoru přes e-mail.

Čas dotazování: během února a března 2012

Oslovila jsem zástupce čtyř největších poskytovatelů z neziskových organizací pracovní rehabilitace pro lidi s onemocněním schizofrenií na území Prahy. Těmito organizacemi jsou: Fokus Praha o. s., Bona o. p. s., O. s. Green Doors, O. s. Eset – help. Oslovila jsem emailem nebo telefonicky vedoucí pracovních rehabilitací či metodiky organizací. Za Fokus Praha o. s. Daniela Kauckého, za Bonu o. p. s. Evu Plškovou, za O. s. Green Doors Miroslavu Bubelu a za O. s. Eset–help Janu Podhajskou. Domluvila jsem se s nimi na emailovou formu dotazování. Následně jsem všechny obeslala emailem s prosbou o zodpovězení několika otázek, které se vztahují k zapojování blízkých lidí do pracovní rehabilitace klientů. Formulář, který jsem rozeslala, je v příloze č. 4 a vyhotovené rozhovory jsou v příloze č. 5.

6.2 Vyhodnocení rozhovorů

Vysvětlivky, které použiji ve vyhodnocování rozhovorů. Fokus Praha o. s. - **FP**, Bona o. p. s. - **B**, O. s. Green Doors - **GD**, O. s. Eset – help - **EH**.

Za jednotlivé organizace vždy odpovídal zodpovědný pracovník. Při vyhodnocování jsem nepoužívala jejich jména, ale jména organizace, pro lepší přehlednost a případné další zacházení s údaji.

Hlavní cílem dotazování bylo zjistit, zda a případně jakým způsobem se spolupracuje s blízkými osobami klientů se schizofrenií v rámci pracovní rehabilitace v Praze v neziskových organizacích?

Ve třech ze čtyř oslovených organizací se spolupracuje s blízkými osobami klientů. **Spolupracuje se v organizacích Bona, Green Doors a Eset-help.** V EH je spolupráce výjimečná. EH: *„Spolupráce s rodinou (blízkými) je v těchto programech spíše výjimečná. (...) ESET – HELP dále pořádá každoročně edukační kurzy pro blízké klientů, z nichž někteří využívají služeb pracovní rehabilitace.“*

V organizaci **Fokus Praha se cíleně nespolupracuje**, ale nevylučují spolupráci. Daniel Kaucký za FP: *„Neexistuje systematická spolupráce s blízkými v oblasti pracovní rehabilitace. Blízcí nejsou přímo zapojováni, pokud to situace nějak specificky nevyžaduje.“* Důvod nespolupráce s blízkými osobami klientů v této organizaci: *„Proces přípravy na zaměstnání dle naší zkušenosti nevyžaduje přímou spolupráci s blízkými klienta. Rehabilitace v pracovní oblasti souvisí úzce s nabýváním samostatnosti klienta a spolupráce s blízkými by mohla být někdy až kontraproduktivní pro dosažení cílů rehabilitace. Ve FP ani neplánují žádnou změnu, (...) leda by jiná zkušenost ukázala potřebu praxi změnit“.*

Dále se věnuji třem organizacím, které spolupracují s blízkými osobami klientů. Všechny tři organizace se shodují na tom, že iniciace nejčastěji přichází od pracovníků. GD a EH zmiňují, že s iniciativou přichází také blízcí klienta, a to hlavně před vstupem klienta do služby či při zhoršení zdravotního stavu klienta. Cílem spolupráce bývá nejčastěji sladění cílů, poskytnutí informací o službě a vykomunikování. Souhlas s poskytnutím citlivých údajů je od klienta vždy

vyžadován, nebo jsou klienti informováni zpětně. EH: „V případě, že nás iniciativně kontaktuje blízký klienta, je o tom klient informován.“

Spolupráce je spíše nesystematická (B) a nahodilá (EH), ale může být i systematická EH: „Pokud je účel spolupráce naplňování cílů individuálního plánu, je spolupráce systematická.“ GD: „Optimální limit pro osobní schůzky je 3 krát v průběhu rhh při zahájení spolupráce, v průběhu a ukončení, ale jinak je individuálně dle potřeby a zájmu klienta.“

U všech organizací je důležitý individuální přístup. B: „(...) pokud nastane potřeba, nebo si to uživatel či blízký přeje“. Spolupráce se nejčastěji odehrává po telefonu (EH a B) či formou osobní schůzky (GD). Spolupráce přináší hlavně lepší přehled, pochopení, informovanost a EH: „(...) případně přispívá ke snížení závislosti na službě.“

B: „Určitě lepší přehled a pochopení celkové situace uživatele. Možná i lepší pochopení všeho, co s sebou onemocnění přináší ze strany blízkých, ale často i uživatele samotného. I možnost uživatelů a jejich blízkých podílet se na rozvoji služby.“ GD: „Lepší informovanost, pochopení, dojednání, vzhled do rodinné situace, pochopení vztahů.“

Průběh ideální spolupráce si každá organizace představuje trochu jinak. B: „Osobní setkání hned na začátku spolupráce za účelem vysvětlení smyslu a poslání služby. Další společná setkání v pravidelných intervalech. V případě zájmu a potřeby podpora blízkých při plnění cílů v individuálním plánu uživatele. Spolupráce a podpora uživatele v obdobích krize.“ GD: „Zahrnout práci s rodinou do kontinuálního vzdělávání v rámci organizace.“ EH: „(...) ideální ale bude taková, která je chtěná všemi zúčastněnými a přináší očekávané výsledky.“

Všichni oslovení z těchto tří organizací se shodují na tom, že by terapeuti a pracovníci v jejich službách potřebovali nějaký typ školení.

GD plánuje „zahrnout práci s rodinou do kontinuálního vzdělávání v rámci organizace.“ Jako možnost ve spolupráci s blízkými vidí, „mít v týmu někoho, kdo by byl odborník přes práci s rodinou“. B plánuje, „snad pravidelná společná setkání s blízkými našich uživatelů“. EH zatím v této oblasti změnu neplánuje.

Závěr

Bakalářská práce „Spolupráce s blízkými v rámci pracovní rehabilitace osob se schizofrenií v komunitních službách v Praze“ se zabývá zapojováním blízkých osob klientů do pracovní rehabilitace.

Cílem této práce bylo zjistit, zda a případně jakým způsobem se spolupracuje s blízkými osobami klientů se schizofrenií v rámci pracovní rehabilitace v Praze v neziskových organizacích. Z rozhovorů s poskytovateli služeb v Praze vyplynulo, že tři organizace z oslovených čtyř spolupracují s blízkými osobami klientů pracovní rehabilitace. Těmito organizacemi jsou: Fokus Praha o. s., Bona o. p. s., O. s. Green Doors, O. s. Eset – help. Spolupráce se v jednotlivých organizacích mírně mění. Zástupci organizací popisují spolupráci s blízkými osobami klientů spíše jako nesystematickou a nahodilou. Cílem spolupráce je nejčastěji sladění cílů, poskytnutí informací o službě a vykomunikování si věcí. Organizace Fokus Praha nezapojuje blízké osoby klientů do rehabilitace a to hlavně z důvodu, že by spolupráce mohla být spíše kontraproduktivní v osamostatňování klienta. Spolupráci ale nevylučují.

Další cíl, na který jsem chtěla touto prací odpovědět, byl zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů během pracovní rehabilitace v Green Doors v současnosti z pohledu klientů. Formou rozhovorů po emailu jsem zjistila, že spolupráce částečně v O. s. Green Doors probíhá. Z oslovených šesti klientů dva mají zkušenost se zapojením jejich blízkých do pracovní rehabilitace. V obou případech se spolupracovalo nejčastěji formou osobní schůzky. Obě spolupráce neiniciovali klienti. Cíle a obsahy spolupráce se částečně lišily, společným tématem bylo vysvětlování náplně pracovní rehabilitace. Přestože předložené rozhovory neumožňují učinit jednoznačné závěry, slouží jako zajímavý náhled do problematiky a inspirace pro profesionály, kteří se touto problematikou zabývají.

Použité zdroje

1. ATKINSON, R. et al. *Psychologie*. Herman Erik. 2003. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-640-3
2. BERÁNKOVÁ, A. Práce s rodinou. In Vzdělávací kurz Práce s rodinou [ústní sdělení] Praha, 2008
3. COHEN, M. R. *Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-497-4
4. ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9
5. DLOUHÝ, M. *Péče o duševní zdraví a peníze* [online] [cit. 2012-03-25]. dostupný z WWW <http://www.tribune.cz/clanek/17102-pece-o-dusevni-zdravi-a-penize>
6. FOJTOVÁ, Z. *Schizofrenie*. Praha: Fokus Praha, za podpory Ministerstva zdravotnictví ČR, 2006
7. GLYNN, S. M. *Psychiatric rehabilitation in schizofrenia: advances and challenges*. Clinical Neuroscience Research: 2003, no 3
8. HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X
9. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6
10. KOPLELOWICZ, A., LIBERMAN, R. P., WALLACE, Ch. J. *Psychiatric Rehabilitation for schizofrenia*. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2003, vol. 3, no. 2
11. LIBIGER, J. *Schizofrenní poruchy*. In Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. Psychiatrie. 1. vyd. Praha Tigis, 2002. ISBN 80-900130-1-5
12. MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. ISBN 80-901424-7-8
13. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0
14. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X

15. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Zdravotně postižení*. [online] [2012-04-15] dostupný z <http://www.mpsv.cz/cs/8>
16. MUESER, K. T., MCGURK, S. R. Schizophrenia. The Lancet [online]. 2004, vol. 363, is. 9426, [cit. 2012-03-15] dostupný z WWW: <http://www.sciencedirect.com>
17. PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. et al. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3
18. PĚČ, O. *Komunitní psychiatrie v praxi: Psychiatrická rehabilitace a komunitní péče o duševně nemocné*. [CD-ROM]. In Vzdělávací program Matra III. Praha: CRPDZ, 2005
19. PĚČ, O. *Destigmatizace*. [online]. [cit. 2012-04-03] dostupný z WWW: http://www.psychiatrie.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=199:destigmatizace&catid=16&Itemid=108
20. PRAŠKO et al. *Léčíme se s psychózou*. Praha: Medical Tribune CZ, 2005. ISBN 80-239-5482-2
21. *Psychiatrická rehabilitace: studijní texty (komunitní psychiatrie v praxi)*. Praha: Centruj pro rozvoj péče o duševní zdraví ČR, Rino Institute Noord-Holland, 2005
22. RAHN, E., MAHNKOPF, A. *Psychiatrie: Učebnice pro studium i praxi 1*. Vyd. Praha: Grada, 2000. ISBN 80-7169-964-0
23. SKALIČKOVÁ, O. et al. *Rehabilitace v psychiatrii*. Praha: Avicenum, 1971. ISBN 08-0881-71
24. STUHLÍK, J. Asertivní komunitní léčba case management. Fokus Praha, 2001 [online] [cit. 2012-02-12] Dostupný z WWW: http://www.fokus-praha.cz/images/stories/dokumenty/o-fokusu/publikace_casemanagement.pdf
25. TUMA, I. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-873-5
26. WENIGOVÁ, B. *Komunitní psychiatrie v praxi: Proč jsou důležité rodinné intervence*. [CD-ROM]. In vzdělávací program Matra III. Praha: CRPDZ, 2004

Soupis bibliografických citací

ATKINSON, R. et al. *Psychologie*. Herman Erik. 2003. Praha: Portál, 2003. s. 551

HARTL, P. HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000, s. 534

ČEŠKOVÁ, E. *Schizofrenie a její léčba*. Praha: Maxdorf, 2005. s. 16

KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. s. 23

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Portál, 2003. s. 219

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Portál, 2003. s. 81

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. et al. *Psychózy*. Praha: Triton, 2009. s. 207

SKALIČKOVÁ, O. et al. *Rehabilitace v psychiatrii*. Avicenum, 1971. s. 11

STUHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba case management*. Fokus Praha, 2001. s.9

ZÁKON č. 108/2006 Sb. [online]. [cit. 2012-04-05] dostupný z WWW
http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf. §70

Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazníky pro klienty a jejich blízké použité v roce 2007

Příloha č. 2: Předloha rozhovorů s klienty

Příloha č. 3: Samotné rozhovory s klienty

Příloha č. 4: Předloha rozhovorů s poskytovateli služeb

Příloha č. 5: Samotné rozhovory s poskytovateli služeb

Příloha č. 6: Metodika práce s rodinou a blízkými klienta v O. s. Green Doors

Příloha č. 1

Dotazníky pro klienty a jejich blízké použité v roce 2007

Dotazník pro klienty o.s. Green Doors

Dobrý den,

obracíme se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který se ptá na to, co byste potřebovali v souvislosti s Vaší rehabilitací a případnou spoluprací s Vaší rodinou nebo blízkými ve službách o. s. Green Doors.

Vaším úkolem je zaškrtnout jednu nebo více možností z níže uvedených nabídek, které by pro Vás byly zajímavé, či Vás jinak oslovily.

Dotazník má poměrně široký záběr témat, protože nás zajímají všechny Vaše možné potřeby. Doufáme, že tento dotazník pomůže zkvalitnit práci naší organizace, a tímto Vám děkujeme za ochotu spolupracovat.

Všechny dotazníky budou zpracovány zcela anonymně a nikdo z veřejnosti, ani Vašich blízkých, se nedozví, co jste vyplnili. Pokud budete mít zájem, můžete být s výsledky dotazníkového šetření seznámeni. (www.greendoors.cz)

V následujících otázkách máte možnost zaškrtnout odpověď (Ano – Ne), která lépe odpovídá Vašemu názoru.

1. Chtěli byste, aby Vaši blízcí měli více informací o průběhu Vaší práce a rehabilitace v o. s. Green Doors? (např. informace o tom, jak se daří na službách, o vašich plánech a cílech)

Ano - Ne

Pokud jste odpověděli ANO, dále se věnujte následujícím otázkám. V těchto otázkách můžete zaškrtnout libovolný počet možností, které Vás zajímají, nebo se Vás jinak týkají, případně můžete dopsat další možnosti.

Chtěli byste, aby Vaši blízcí získávali informace o:

- a) Green Doors a službě, kterou právě čerpáte,

- b) průběhu Vaší rehabilitace,
- c) Vašich potřebách, cílech a plánech v rehabilitaci,
- d) dalších službách pro duševně nemocné,
- e) duševních nemocech a jejich důsledcích,
- f) službách pro rodinné příslušníky duševně nemocných,
- g) jiné

.....

Kdy v průběhu rehabilitace byste o spolupráci případně sdílení informací s Vašimi blízkými nejvíce stáli?

- a) na začátku rehabilitace
- b) uprostřed rehabilitace
- c) na konci rehabilitace
- d) podle potřeby – na Vaší žádost
- e) při zhoršení Vašeho zdravotního stavu
- f) jindy

.....

Jaké formy spolupráce či kontaktu s Vašimi blízkými by pro Vás byly vhodné?

- a) osobní setkání s klíčovým pracovníkem, Vámi a Vaším blízkým
- b) osobní setkání s klíčovým pracovníkem a Vaším blízkým (bez Vás)
- c) telefonický kontakt klíčového pracovníka s Vaším blízkým
- d) písemný kontakt klíčového pracovníka s Vaším blízkým
- e) jinak

.....

Jak často byste o kontakt stáli?

- a) jednou měsíčně
- b) jednou za čtvrt roku
- c) cca třikrát za rok
- d) pouze jeden kontakt
- e) jinak

.....

Jak by měl vypadat začátek spolupráce?

- a) Váš blízký kontaktuje O. s. Green Doors
- b) Klíčový pracovník kontaktuje Vašeho blízkého
- c) Vy domluvíte společné setkání

Kde by měl případný osobní kontakt probíhat?

- a) na pracovištích O. s. Green Doors
- b) u Vás doma
- c) na jiném domluveném místě

Na jaké pozici v O. s. Green Doors pracujete, či jakou službu současně využíváte?

- a) jako barman/ka v tréninkové kavárně Café na půl cesty
- b) jako barman/ka v tréninkové kavárně Klubu v Jelení
- c) jako barman/ka v tréninkové kavárně Klub V. kolona
- d) v úklidové četě v Café na půl cesty
- e) „Trénink kognitivních funkcí“
- f) využíváte službu Přechodného zaměstnávání
- g) využíváte službu Podporovaného zaměstnávání (dochází do „spřátelené kavárny“)
- h) na pozici ranního úklidu v tréninkové kavárně Klubu v Jelení
- i) „Skupinu sociálních dovedností“
- j) „Program osobního a pracovního rozvoje“

k) využíváte službu Case managementu
v Klubu V. kolona

Koho byste si z Vašich blízkých přáli zapojit do společné spolupráce?

- a) rodiče - mámu
- b) rodiče - tátu
- c) partnera/ku
- d) sourozence
- e) kamaráda/ku
- f)

Jste:

- a) žena
- b) muž

**V čem vidíte přínos pro sebe v případě zapojení Vašich blízkých do průběhu
rehabilitace?.....**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Děkujeme za vyplnění dotazníku ☺

Za O. s. Green Doors

Dotazník pro rodinné příslušníky a jiné blízké osoby

Dobrý den,

obracíme se na Vás s prosbou o vyplnění následujícího dotazníku, který se ptá na to, co byste potřebovali v souvislosti s rehabilitací Vašeho blízkého (syna/dcery, manžela/manželky, přítele/přítelkyně, bratra/sestry) ve službách o. s. Green Doors.

Vaším úkolem je zaškrtnout jednu nebo více možností z níže uvedených nabídek, které by pro Vás byly zajímavé, či Vás jinak oslovily.

Dotazník má poměrně široký záběr témat, protože nás zajímají všechny možné potřeby osob blízkých nemocného. Doufáme, že tento dotazník pomůže zkvalitnit práci naší organizace, a tímto Vám děkujeme za ochotu spolupracovat.

Všechny dotazníky budou zpracovány zcela anonymně a nikdo z veřejnosti, ani Vašich blízkých, se nedozví, co jste vyplnili. Pokud budete mít zájem, můžete být s výsledky dotazníkového šetření seznámeni. (www.greendoors.cz)

V následujících otázkách máte možnost zaškrtnout odpověď (Ano – Ne), která lépe odpovídá Vašemu názoru.

1. Chtěli byste více informací o průběhu práce a cílech rehabilitace Vašeho blízkého (syna, dcery, manžela, manželky, přítele, přítelkyně) v O. s. Green Doors?

Ano - Ne

2. Chtěli byste spolupracovat s Vaším blízkým a terapeuty O. s. Green Doors na cílech a průběhu rehabilitace – např. podílet se na vytváření plánů vašeho blízkého na další zaměstnání, studium apod.?

Ano - Ne

3. Chtěli byste sdílet své zkušenosti s jinými rodinnými příslušníky a blízkými osobami duševně nemocných?

Ano - Ne

4. Chtěli byste se naučit rozumět a lépe zvládat obtížné situace související s duševní nemocí Vašeho blízkého?

Ano - Ne

V následujících otázkách můžete zaškrtnout libovolný počet možností, které Vás zajímají, nebo se Vás jinak týkají, případně můžete dopsat další možnosti

Chtěli byste více informací o:

- a) o duševních nemocech a jejich důsledcích,
- b) rehabilitaci a programech O. s. Green Doors,
- c) o dalších službách pro duševně nemocné,
- d) o lécích a jejich účincích,
- e) jiné

Kdy v průběhu rehabilitace byste o spolupráci/informace nejvíce stáli?

- a) na začátku rehabilitace
- b) uprostřed rehabilitace
- c) na konci rehabilitace
- d) při zhoršení zdravotního stavu blízkého

Jaké formy spolupráce či kontaktu by pro Vás byly vhodné?

- a) osobní setkání s klíčovým pracovníkem Vašeho blízkého
- b) společná schůzka s klíčovým pracovníkem a Vaším blízkým
- c) skupinové setkání s ostatními blízkými
- d) telefonický kontakt s klíčovým pracovníkem Vašeho blízkého
- e) písemný kontakt s klíčovým pracovníkem Vašeho blízkého
- f) jinak
.....
.....

Jak často byste o kontakt stáli?

- a) jednou měsíčně
- b) jednou za čtvrt roku
- c) cca třikrát za rok
- d) pouze jeden kontakt
- e) jinak

Jak by měl vypadat začátek spolupráce?

- a) Vy kontaktujete O. s. Green Doors
- b) klíčový pracovník kontaktuje Vás
- c) Váš blízký domluví formu spolupráce

Kde by měl případný osobní kontakt probíhat?

- a) na pracovištích O. s. Green Doors
- b) u Vás doma
- c) na jiném domluveném místě

Prosíme Vás ještě o pár dat pro naši lepší orientaci v tom, co byste potřebovali. (Tato data budou vyhodnocena anonymně a nebude možné z nich poznat, o kterou osobu se jedná)

Váš blízký v O. s. Green Doors:

- a) pracuje jako barman/ka v tréninkové kavárně Café na půl cesty,
- b) pracuje jako barman/ka v tréninkové kavárně Klubu v Jelení,
- c) pracuje jako barman/ka v tréninkové kavárně Klub V. kolona,
- d) pracuje v úklidové četě v Café na půl cesty,
- e) navštěvuje „Trénink kognitivních funkcí“,
- f) využívá službu Přechodného zaměstnávání,
- g) využívá službu Podporovaného zaměstnávání (dochází do „spřátelené kavárny“),
- h) na pozici ranního úklidu v tréninkové kavárně Klubu v Jelení,

- i) „skupinu sociálních dovedností“,
- j) „program osobního a pracovního rozvoje“,
- k) využíváte službu Case managementu v Klubu V. kolona.

Jste jeho:

- a) rodič
- b) partner
- c) sourozenec
- d) jiný příbuzný

Jste:

- a) žena
- b) muž

Pokud Vás napadá něco, co byste rádi doplnili, upřesnili nebo potřebovali, napište to níže:

Příloha č. 2

Předloha rozhovorů s klienty

Chtěla bych Vám položit několik otázek, které se týkají spolupráce Vás, terapeuta a Vašich blízkých během pracovní rehabilitace v Green Doors.

Tento rozhovor budu nahrávat na diktafon a následně Vaše odpovědi uvedu ve své bakalářské práci, kterou vypracovávám na toto téma, rozhovor bude sloužit i ke zkvalitnění práce v Green Doors. Rozhovor uvedu pouze Vašimi iniciály nebo jiným jménem, a proto bude Vaše sdělení anonymní.

Celkovým cílem mé bakalářské práce je zodpovězení otázky: Zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů se schizofrenií v rámci pracovní rehabilitace v neziskových organizacích v Praze? Cíl tohoto rozhovoru je: zda a jak se spolupracuje s Vašimi blízkými během rehabilitace v Green Doors?

Pokud bude potřeba, upřesním či vysvětlím základní nastavení metodiky v GD o spolupráci s rodinou a blízkými.

Jméno:

Služba, kterou využíváte:

1. Jsou do průběhu Vaší pracovní rehabilitace zapojováni Vaši blízcí? (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)
2. Dostali jste informace o možnosti zapojení Vašich blízkých do rehabilitace? (kdy v průběhu rehabilitace, od koho a jakým způsobem)
3. Myslíte, že byly informace o možnosti spolupráce dostatečné? (jak byste to vylepšili)

Ano – pokud jste do Vaší rehabilitace začlenili i své blízké

- a) Kdo tuto spolupráci inicioval? (pracovníci, Vy nebo Vaši blízcí)?
- b) Kdo byl tím blízkým? (rodič, partner, kamarád atd.)

- c) Jak tato spolupráce probíhala či probíhá? (kdo, jak, kde, jak často)
- Jakým způsobem probíhá (telefonicky, emailem, osobně)
 - Kdy v průběhu rehabilitace jste spolupracovali a jak často?
- d) Co bylo obsahem spolupráce? Čeho se týkala? Co jste potřebovali – všechny strany?
- Informace o službách
 - Edukace o nemoci, léčbě atd.
 - Sladění rehabilitačních cílů
 - Předcházení krizím . . . (protikrizové plánování)
 - Další
- e) Co Vám spolupráce přinesla? (byla Vám užitečná a v čem konkrétně) Jestli dokážete říci, co přinesla ostatním (terapeutovi a Vaším blízkým)
- f) Změnil byste něco na Vaší spolupráci? Na práci terapeuta?

Ne – pokud jste do Vaší rehabilitace nezačlenili své blízké

- a) Z jakého důvodu jste nezapojili Vaše blízké do průběhu pracovní rehabilitace?
- b) Myslíte, že se to během rehabilitace změní a že se během rehabilitace spolupráce uskuteční? (kdo bude nejpravděpodobněji iniciátorem)
- c) Zkuste si se zamyslet nad tím, co by Vám mohla během rehabilitace spolupráce s blízkými přinést, kdyby se uskutečnila?
- d) Kdyby se spolupráce měla uskutečnit – čeho by se nejspíše týkala a jak by probíhala?

Příloha č. 3

Samotné rozhovory s klienty

Rozhovor č. 1

Jméno: Václav

Služba, kterou využíváte: pracovní rehabilitace Café na půl cesty

1. Jsou do průběhu Vaší pracovní rehabilitace zapojováni Vaši blízcí?
(blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)
„Ne, nevěděl jsem o tom.“
2. Dostali jste informace o možnosti zapojení Vašich blízkých do rehabilitace? (kdy v průběhu rehabilitace, od koho a jakým způsobem)
*„Vůbec jsem o této informaci nevěděl, nesledoval jsem to, nějak mi to vypadlo.
Možná, když je to tu někde napsaný, tak mi to možná patron říkal, ale já jsem tu informaci úplně vypustil.“*
3. Myslíte, že byli informace o možnosti spolupráce dostatečné? (jak byste to vylepšili)
„Nevím, ale já to nevěděl, myslím, že by mi to měl říci patron.“

Dále odpovědi na otázky NE

Ne – pokud jste do Vaší rehabilitace nezačlenili své blízké

- a) Z jakého důvodu jste nezapojili Vaše blízké do průběhu pracovní rehabilitace?
„Nenapadlo mi to.“
- b) Myslíte, že se to během rehabilitace změní a že se během rehabilitace spolupráce uskuteční? (kdo bude nejpravděpodobněji iniciátorem)
„Asi to nevyužiji, možná bych mohl jediné s máti, ale nevím. Já bydlím s máti teďka doma, ona to ví, že jsem v Café, podporuje mi,

že by se do toho nějak ještě nějak dál zapojovala, to nevím.“
Vstoupila jsem do hovoru klienta a vysvětlila jsem mu možnou nabídku spolupráce. *„Já jsem sehnal spoustu brožur o nemoci a službách, máti si je přečetla a dál to asi nepotřebuju.“*

- c) Zkuste si se zamyslet nad tím, co by Vám mohla během rehabilitace spolupráce s blízkými přinést, kdyby se uskutečnila?
„Nevím.“
- d) Kdyby se spolupráce měla uskutečnit – čeho by se nejspíše týkala a jak by probíhala?
„Úplně mi něco nenapadá.“

Rozhovor č. 2

Jméno: Ota

Služba, kterou využíváte: pracovní rehabilitace Café na půl cesty

1. Jsou do průběhu Vaší pracovní rehabilitace zapojováni Vaši blízcí?
(blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)
„To je těžký, já to vlastně táhnu sám. Rodina, ta mi zavrhla již při první hospitalizaci, tam je to pasé... Psychiatr, ten se mnou spolupracuje, ten to hodně podporuje, no a spíše jsem měl podporu ve Fokusu, který to tady domluvili, tedy dali mi kontakt, že by to tu mohlo pro mě být dobré, více méně to tak táhnu sám, tak tedy ne.“
2. Dostali jste informace o možnosti zapojení Vašich blízkých do rehabilitace? (kdy v průběhu rehabilitace, od koho a jakým způsobem)
„Více méně jsem tuto informaci nedostal. Spíš mi nabízeli jiné věci, ale tohle ne. Vůbec si to neuvědomuju.“

3. Myslíte, že byli informace o možnosti spolupráce dostatečné? (jak byste to vylepšili)

„Já jsem dostal docela hodně informací o rehabilitaci, ale tohle si nepamatuji. Nevím, vůbec nevím.“

Dále odpovědi na otázky Ne

Ne – pokud jste do Vaší rehabilitace nezačlenili své blízké

- a) Z jakého důvodu jste nezapojili Vaše blízké do průběhu pracovní rehabilitace?

„Připadá mi, že jsem potom ještě méně schopný, vlastně všechno dělat za mě.“

- b) Myslíte, že se to během rehabilitace změní, a že se během rehabilitace spolupráce uskuteční? (kdo bude nejpravděpodobněji iniciátorem)

„Asi ne.“

- c) Zkuste si se zamyslet nad tím, co by Vám mohla během rehabilitace spolupráce s blízkými přinést, kdyby se uskutečnila?

- d) Kdyby se spolupráce měla uskutečnit – čeho by se nejspíše týkala a jak by probíhala?

„Nemám tu potřebu... život mi to naučil, být na všechno sám. Já to nějak neřeším, tyhle ty věci.“

Rozhovor č. 3

Jméno: Jakub

Služba, kterou využíváte: pracovní rehabilitace Chráněné místo V. Kolona

1. Jsou do průběhu Vaší pracovní rehabilitace zapojováni Vaši blízcí? (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)

„Zapojila se maminka a brácha.“

2. Dostali jste informace o možnosti zapojení Vašich blízkých do rehabilitace? (kdy v průběhu rehabilitace, od koho a jakým způsobem)
„Nevím.“
3. Myslíte, že byli informace o možnosti spolupráce dostatečné? (jak byste to vylepšili)
„Asi jo, ale nepamatuji si to.“

Dále odpovědi na otázky ANO

Ano – pokud jste do Vaší rehabilitace začlenili i své blízké

- a) Kdo tuto spolupráci inicioval? (pracovníci, Vy nebo Vaši blízcí)?
„Maminka to iniciovala, kuli penězům, chtěla, aby mi část peněz šla na účet a já všechno neutratil.“
- b) Kdo byl tím blízkým? (rodič, partner, kamarád atd.)
„Maminka a brácha přišli na schůzku s Evičkou.“ Evička je klientova terapeutka a patronka.
- c) Jak tato spolupráce probíhala či probíhá? (kdo, jak, kde, jak často)
- Jakým způsobem probíhá (telefonicky, emailem, osobně)
 - Kdy v průběhu rehabilitace jste spolupracovali a jak často?
- „Nejdřív zavolali, pak přijeli sem do Kolony a měli schůzku s Evičkou. Já u toho nebyl. Bylo to spíš někdy. Pak si ještě hodněkrát telefonovali.“*
- d) Co bylo obsahem spolupráce? Čeho se týkala? Co jste potřebovali – všechny strany?

- Informace o službách
- Edukace o nemoci, léčbě atd.
- Sladění rehabilitačních cílů
- Předcházení krizím . . . (protikrizové plánování)
- Další

„Bylo to kuli těm penězům, protože, já nemám svéprávnost, tak, abych je neutratil. klient vypráví, jak a za co nejraději peníze utrácí... pak asi taky Evička říkala mamince, co tady dělám a jak často.“

- e) Co Vám spolupráce přinesla? (byla Vám užitečná a v čem konkrétně)
 Jestli dokážete říci, co přinesla ostatním (terapeutovi a Vaším blízkým)
„Pro mě to nebylo moc dobré, protože jsem kuli tomu neměl ty peníze. Pro ostatní to asi bylo dobré, ale nevím. Já mám peníze na účtu a nemůžu k nimmluví o tom, že ho štve, že nemůže k těm penězům.“
- f) Změnil byste něco na Vaší spolupráci? Na práci terapeuta?
„Změnil, změnil, ale bylo by mi to prd platné, maminka by si to stejně vyjednala.“

Rozhovor č. 4

Jméno: Pavel

Služba, kterou využíváte: pracovní rehabilitace v Café na půl cesty

Délka RHB: 6 měsíců v RHB

1. Jsou do průběhu Vaší pracovní rehabilitace zapojováni Vaši blízcí?
 (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)
„Pana doktora, tím, že jsem potřeboval od něho doporučení při nástupu. Pana psychiatra. Někoho dalšího jsem nezapojil.“

2. Dostali jste informace o možnosti zapojení Vašich blízkých do rehabilitace? (kdy v průběhu rehabilitace, od koho a jakým způsobem)
*„Myslím, že jo, myslím, že mi to někdo říkal.
Bavil jsem se s Janou, což je můj patron, na schůzce. Věděl jsem o tom, a kdybych potřeboval, tak Od ní jsem to věděl. Asi mi to říkala, když mi přijímala.“*
3. Myslíte, že byli informace o možnosti spolupráce dostatečné? (jak byste to vylepšili)
„Já bych řekl, že jo. Věděl jsem to.“

Dále odpovědi na otázky Ne

Ne – pokud jste do Vaší rehabilitace nezačlenili své blízké

- a) Z jakého důvodu jste nezapojili Vaše blízké do průběhu pracovní rehabilitace?
„Zatím jsem to nepotřeboval.“
- b) Myslíte, že se to během rehabilitace změní a že se během rehabilitace spolupráce uskuteční? (kdo bude nejpravděpodobněji iniciátorem)
„Je to možný, ale zatím to není. Ani nevím, koho bych zapojil, záleží to na situaci. Asi bych mohl zapojit tátu, to možná udělám, to záleží na situaci.“
- c) Zkuste si se zamyslet nad tím, co by Vám mohla během rehabilitace spolupráce s blízkými přinést, kdyby se uskutečnila?
„Jsem i v jiných službách v Esetu a ještě jiných. Nevím, co . . .“
- d) Kdyby se spolupráce měla uskutečnit – čeho by se nejspíše týkala a jak by probíhala?
„Asi by to táta mohl víc pochopit. To co tady vůbec dělám. Nevím, opravdu nevím.“

Rozhovor č. 5

Jméno: Milan

Služba, kterou využíváte: pracovní rehabilitace Café na půl cesty

1 rok v RHB, přechází do jiné služby

1. Jsou do průběhu Vaší pracovní rehabilitace zapojováni Vaši blízcí?

(blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři atd.)

„Zapojil jsem psychiatra, který mi dal doporučení, a bavíme se spolu o téhle rehabilitaci, on se mi na to ptá. A mámu jsem zapojil tak, že jsem u ní přespával, když jsem tady měl ty dlouhé večerní směny, tak abych se nemusel tahat do Hostivaře k sobě, tak jsem u ní přespával. Jinak jsem nikoho nezapojoval. Jo, bylo tady za tu dobu x-lidí a známých nebo i z rodiny, který sem za mnou přišli podívat se, pokecat. Ale s terapeutem v kavárně se bavili jen o blbostech.“

2. Dostali jste informace o možnosti zapojení Vašich blízkých do rehabilitace? (kdy v průběhu rehabilitace, od koho a jakým způsobem)

„Nevím, jestli jsem to vyloženě věděl. Asi jo, ale už si to nepamatuju, upřímně.“

3. Myslíte, že byli informace o možnosti spolupráce dostatečné? (jak byste to vylepšili)

„Jelikož si to nepamatuju, tak nevím.“

Dále odpovědi na otázky Ne

Ne – pokud jste do Vaší rehabilitace nezačlenili své blízké

- a) Z jakého důvodu jste nezapojili Vaše blízké do průběhu pracovní rehabilitace?

„Myslím, že mají svého dost, tak bych je nechtěl ještě obtěžovat. Jestli to není nutné, tak je nezapojuju. Neumím si to představit. Je to můj boj.“

- b) Myslíte, že se to během rehabilitace změní, a že se během rehabilitace spolupráce uskuteční? (kdo bude nejpravděpodobněji iniciátorem)

„Už nikoho nezapojím, protože končím“

- c) Zkuste si se zamyslet nad tím, co by Vám mohla během rehabilitace spolupráce s blízkými přinést, kdyby se uskutečnila?

„Nevím, čím by mi to mohlo pomoci. Mam pocit, že mam teď větší problém s tím fyzickým stavem, jinak se teď cítím dobře.“

Vstupuji do rozhovoru s informacemi z metodiky, k čemu může spolupráce být.

„To co sehrálo velkou roli, máma má za sebou taky léčbu, chodí k psychologovi, tak už ví spoustu informací, zjistila si spoustu informací. Zlomový bylo, když jí to řekl můj psychiatr, protože víte, jak to je, do té doby jí každý říkal, že jsem línej debil a ona až po tom pochopila, že to není úplně mnou, ale tou nemocí. Prostě to nešlo. U toho psychiatra to byl zlomový moment, on jí řekl, má to tak a tak, s těmi úzkostmi to je tak a tak, tak to je s těmi stavy a od té doby je to v pohodě a ona to chápe. Kdyby to tenkrát ten psychiatr neudělal, tak by bylo super, kdyby se to máma dozvěděla tady od terapeutů tady.“

Já měl štěstí na psychiatra, od ostatních lidí tady vím, že ne všichni psychiatři jsou takhle Já už nejsem s rodiči od 18 let, bydlím v garsonce úplně sám a to právě hodně záleží, kdo kde bydlí. Taky záleží, kolikrát byl v léčebně a jestli měl toho správného doktora, který to vysvětlí. Právě na tom záleží, jak to kdo vysvětlí těm blízkým, ať je to manželka, rodič, sourozenec a tak.“

Dále mluvíme o trendu v psychiatrii a službách Ondřejova.

„Upřímně řečeno, ta hospitalizace je hovno, byl jsem tam dva měsíce a vlastně nic, teda aspoň na tom Karově, v Bohnicích nevím. Je tam tedy“

o člověka postaráno, dají mu tam najíst a nasadí prášky“ . . . mluvíme o stabilizování zdravotního stavu a medikaci. “Myslím, že to začalo mít smysl až v tom Ondřejově, kde jsem měl štěstí na doktora, který tam byl taky nový. Pomohly mi ty jejich programy a pak i tady v Café na půl cesty. A teprve pak se to začalo všechno zlepšovat. “

- d) Kdyby se spolupráce měla uskutečnit – čeho by se nejspíše týkala a jak by probíhala?

„Moc nevím, čeho by se týkala. Asi toho, kdyby ještě máma neměla ty informace, tak asi toho.“

Rozhovor č. 6

Jméno: Jana

Služba, kterou využíváte: pracovní rehabilitace V. Kolona

1. Jsou do průběhu Vaší pracovní rehabilitace zapojováni Vaši blízcí? (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)
„Jo, dcera - Káťa byla zapojena.“
2. Dostali jste informace o možnosti zapojení Vašich blízkých do rehabilitace? (kdy v průběhu rehabilitace, od koho a jakým způsobem)
„Jo, jo, myslím, že jste mi to říkali, asi jak vy, tak Míša (patronka). Takže jsem to věděla.“ V té době jsem pracovala jako příjmová terapeutka do pracovní rehabilitace.
3. Myslíte, že byli informace o možnosti spolupráce dostatečné? (jak byste to vylepšili)
„Bylo to i dostatečné, nevím, jak bych to zlepšila.“

Dále odpovědi na otázky ANO

Ano – pokud jste do Vaší rehabilitace začlenili i své blízké

a) Kdo tuto spolupráci inicioval? (pracovníci, Vy nebo Vaši blízcí)?
„Myslím, že Míša (patronka) potřebovala s Káťou (dcerou) mluvit, ale i Káťa s Míšou.“

b) Kdo byl tím blízkým? (rodič, partner, kamarád atd.)
„Dcera Káťa a už nikdo jiný.“

c) Jak tato spolupráce probíhala či probíhá? (kdo, jak, kde, jak často)

- Jakým způsobem probíhá (telefonicky, emailem, osobně)
- Kdy v průběhu rehabilitace jste spolupracovali a jak často?

„Sešly jsme se všechny tady v kavárně nebo v kanclíku. Mluvily jsme o tom, co tady dělám nebo o změnách, když jsem přecházela na jiné místo. Bylo to spíš náhodné a nepravidelné. Někdy si popovídala Míša s Káťou beze mě a mně to vůbec nevadilo.“

d) Co bylo obsahem spolupráce? Čeho se týkala? Co jste potřebovali – všechny strany?

- Informace o službách
- Edukace o nemoci, léčbě atd.
- Sladění rehabilitačních cílů
- Předcházení krizím . . . (protikrizové plánování)
- Další

„Káťa chtěla vědět, jak to tu funguje, co se tu všechno dělá, chtěla mi mít trochu pod kontrolou. Jí zajímalo, jak já pracuju. Mluvily jsme o tom, co si tady plánuju, a nejen tady, ale co pak, až tady rehabilitace skončí. Mluvily jsme i o dalších službách.“

- e) Co Vám spolupráce přinesla? (byla Vám užitečná a v čem konkrétně)
Jestli dokážete říci, co přinesla ostatním (terapeutovi a Vaším blízkým)
„Byla užitečná, aspoň jsme všechny věděly všechno no, né. Káťa aspoň věděla, co se tady dělá a mohly jsme o tom doma více mluvit. A Míše (patronce) to asi taky něco přineslo, asi mě zase znala i z jiné strany, od dcery.“
- f) Změnil byste něco na Vaší spolupráci? Na práci terapeuta?
„Nic bych neměnila, před Káťou nemam žádné tajemství, tak jsem byla ráda, že se o to zajímá. Byla jsem ráda, že se i s Míšou (patronkou) občas sešly.“

Příloha č. 4

Předloha rozhovorů s poskytovateli služeb

Dobrý den,

na základě předchozí emailové či telefonické dohody bych Vás chtěla požádat o zodpovězení následujících otázek. Otázky se týkají spolupráce s blízkými osobami Vašich klientů s onemocněním schizofrenie v rámci pracovní rehabilitace. Cílem mé bakalářské práce je zodpovězení otázky: **Zda a jak se spolupracuje s blízkými osobami klientů se schizofrenií v rámci pracovní rehabilitace v komunitních službách v Praze?** Touto cestou oslovuji odborníky z nejvýznamnějších neziskových organizací (Fokus Praha o. s., Bona o. p. s., O. s. Green Doors, O. s. Eset - help), které se touto problematikou zabývají.

Vaše odpovědi uvedu ve své bakalářské práci. Pokud nebudete chtít být jmenován/a, uvedu pouze Vaše iniciály.

Za Váš čas a energii velice děkuji.

Jméno organizace:

Vaše jméno:

Vaše pracovní pozice:

Jsou do průběhu pracovní rehabilitace ve vaší službě zapojováni blízcí klientů vašich služeb? (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)

Pokud NE

1. Z jakého důvodu nespolupracujete s blízkými vašich klientů?
2. Plánujete jakoukoli změnu v této oblasti? Máte vy jako organizace v této oblasti nějakou potřebu?

Pokud ANO

1. Kdo nejčastěji iniciuje spolupráci s blízkými vašich klientů (pracovníci, klienti nebo blízcí klientů)?
2. Co je cílem této spolupráce? (Edukace? Sladění cílů? Informace o službě? Základní poradenství?)
3. Co je obsahem spolupráce?
4. Za jakých podmínek se spolupráce odehrává? Vyžadujete vždy souhlas klienta? (Pokud ne, z jakého důvodu?)
5. Kdy v průběhu rehabilitace a jak často spolupráce probíhá? (nahodile či je systematická)
6. Jakým způsobem probíhá spolupráce? Telefonicky, emailem, osobně – kde a kdo je přítomen na schůzce (zda vždy i klient, kolik pracovníků)
7. Co spolupráce přináší klientům služby, jejich blízkým, případně Vám?
8. Myslíte si, že jste Vy a Vaši kolegové profesionálně připraveni pro práci s rodinou klienta? Pokud ne, co by Vám v tom mohlo pomoci?
9. Jaké možnosti vidíte ve spolupráci s blízkými vašich klientů? (pokud vycházíte ze současných možností ve vaší organizaci)
10. Jak by podle Vás mohla probíhat ideální spolupráce s blízkými vašich klientů?
11. Plánujete jakoukoli změnu v této oblasti? Máte vy jako organizace v této oblasti nějakou potřebu?

Ještě jednou děkuji

S pozdravem Jana Niklová

Příloha č. 5

Samotné rozhovory s poskytovateli služeb

I. Rozhovor s poskytovateli

Jméno organizace: ESET - HELP, občanské sdružení
Vaše jméno: Jana Podhajská
Vaše pracovní pozice: vedoucí rehabilitace

Jsou do průběhu pracovní rehabilitace ve vaší službě zapojováni blízcí klientů vašich služeb? (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)

ESET-HELP poskytuje čtyři pracovní programy – Tréninkový obchod Galerie Vážka, Tréninková kavárna Dendrit Kafe, Podporované a Přechodné zaměstnávání. Tréninkový obchod a kavárna nabízí rehabilitaci na 4 měsíce, služba Přechodné zaměstnávání na 1/2 roku, ve službě Podporované zaměstnávání není délka časově omezena.

Spolupráce s rodinou (blízkými) je v těchto programech spíše výjimečná. Je to dané krátkou dobou poskytování služby nebo zaměřením cílů spolupráce čistě na oblast práce. ESET – HELP dále pořádá každoročně edukační kurzy pro blízké klientů, z nichž někteří využívají služeb pracovní rehabilitace.

Níže odpovídám na otázky v ranku B, protože spolupráce s blízkými je možná.

1. Pokud ANO

1. Kdo nejčastěji iniciuje spolupráci s blízkými vašich klientů (pracovníci, klienti nebo blízcí klientů)?

„Spolupráce s blízkými je zvažována v rámci úvodního šetření potřeb v oblasti vztahů. Nabídka spolupráce přichází zpravidla od pracovníka. Iniciativa blízkých se objevuje před vstupem klienta do služby, tzn. rodič nebo sourozenec se rozhodne hledat nějakou aktivitu

nebo práci pro svého příbuzného. Pracovníci se v těchto případech snaží komunikovat s tím, kdo by měl skutečně služby využít. Setkáváme se dále s tím, že nás kontaktují blízcí (nejčastěji rodiče) klienta, u kterého došlo ke zhoršení zdravotního stavu a oni jej chtějí omluvit ze schůzky, z práce...“

2. Co je cílem této spolupráce? (Edukace? Sladění cílů? Informace o službě? Základní poradenství?)

„Spolupráce by měla probíhat za účelem naplňování cílů individuálního plánu. Edukace a základní poradenství to nebývá, jde tedy spíše o sladění cílů či poskytnutí informací o službě. Edukace probíhá v rámci výše zmíněných kurzů.“

3. Co je obsahem spolupráce?

4. Za jakých podmínek se spolupráce odehrává? Vyžadujete vždy souhlas klienta? (Pokud ne, z jakého důvodu?)

„Souhlas klienta je vyžadován vždy. V případě, že nás iniciativně kontaktuje blízký klienta, je o tom klient informován.“

5. Kdy v průběhu rehabilitace a jak často spolupráce probíhá? (nahodile či je systematická)

„Pokud je účel spolupráce naplňování cílů individuálního plánu, je spolupráce systematická. V posledních dvou letech v pracovních programech převažuje ale spolupráce nahodilá - za účelem poskytnutí informací o službě nebo, jak zmiňuji výše poskytnutí informace, o zhoršení zdravotního stavu klienta, který se nemůže dostavit na schůzku atp.“

6. Jakým způsobem probíhá spolupráce? Telefonicky, emailem, osobně – kde a kdo je přítomen na schůzce (zda vždy i klient, kolik pracovníků).

„V současné době probíhá spolupráce spíše na telefonické úrovni, výjimečně probíhá osobní setkání za přítomnosti 1 pracovníka, klienta a blízkého klienta.“

7. Co spolupráce přináší klientům služby, jejich blízkým, případně Vám?
„Spolupráce s blízkými přináší využití přirozených zdrojů podpory, případně přispívá ke snížení závislosti na službě.“
8. Myslíte si, že Vy jste a vaši kolegové profesionálně připraveni pro práci s rodinou klienta? Pokud ne, co by Vám v tom mohlo pomoci?
„Většina pracovníků služeb absolvovala dvoudenní kurz „Práce s rodinami osob s duševním onemocněním“. Obecně vnímám, že je třeba získat zkušenosti práce s rodinou klienta i třeba prostřednictvím přehrávání modelových situací. Důležitá je také motivace pracovníků“.
9. Jaké možnosti vidíte ve spolupráci s blízkými vašich klientů? (pokud vycházíte ze současných možností ve vaší organizaci)
„Současně mě nic konkrétního nenapadá, nápady přichází zpravidla na základě konkrétních případů.“
10. Jak by podle Vás mohla probíhat ideální spolupráce s blízkými vašich klientů?
„Nelze to dle mého názoru zobecnit. To, co může být v případě jednoho klienta ideální, může být jinde kontraproduktivní. Ideální ale bude taková, která je chtěná všemi zúčastněnými a přináší očekávané výsledky.“
11. Plánujete jakoukoli změnu v této oblasti? Máte vy jako organizace v této oblasti nějakou potřebu?
„V nejbližší době v této oblasti změnu neplánujeme. Vnímám potřebu tréninku a motivace pracovníků.“

Poznámka:

„Každoročně vyhodnocujeme Dotazníky spokojenosti s péčí, které vyplňují klienti všech programů na konci či v průběhu služby (po ½ roce). Jedna z otázek je zaměřena na spolupráci s rodinou. Konkrétně zní: Je zde možná spolupráce s Vaší rodinou či blízkými (v případě, že byste měl/a zájem)?

Klienti odpověď hodnotí na škále od 1 do 4 (1 = nikdy; 2 = někdy; 3 = často; 4 = vždy)

V roce 2011 byly průměry hodnocení v jednotlivých službách následující:

Tréninkový obchod: 4, Tréninková kavárna: 2,6, Přechodné zaměstnávání: 3, Podporované zaměstnávání: 2,92

Slovní vyjádření pod touto otázkou se objevila tato:

- Nemám rodinu.

- Ano, byla mi nabídnuta, nabídky jsem nevyužila. “

II. Rozhovor s poskytovateli

Jméno organizace: Fokus Praha,o.s.

Vaše jméno: Daniel Kaucký

Vaše pracovní pozice: ředitel pro metodiku služeb

Jsou do průběhu pracovní rehabilitace ve vaší službě zapojováni blízcí klientů vašich služeb? (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)

„Neexistuje systematická spolupráce s blízkými v oblasti pracovní rehabilitace. Blízcí nejsou přímo zapojováni, pokud to situace nějak specificky nevyžaduje.“

B) Pokud NE

1. Z jakého důvodu nespolupracujete s blízkými vašich klientů?

„Proces přípravy na zaměstnání dle naší zkušenosti nevyžaduje přímou spolupráci s blízkými klienta. Rehabilitace v pracovní oblasti souvisí úzce s nabýváním samostatnosti klienta a spolupráce s blízkými by mohla být někdy až kontraproduktivní pro dosažení cílů rehabilitace. Samozřejmě pokud situace klienta vyžaduje kontakt nebo spolupráci s blízkými, tak s jeho souhlasem může nastat. Zapojení blízkých může nastat i nepřímou formou skrze rehabilitační plán klienta, v kterém mají blízcí nějakou dílčí roli, a tu si s nimi klient domluví. Běžné ale v našich službách je, že v oblasti podpory zaměstnávání spolupráce s blízkými plánovaně neprobíhá.“

2. Plánujete jakoukoli změnu v této oblasti? Máte vy jako organizace v této oblasti nějakou potřebu?

„Neplánujeme, leda by jiná zkušenost ukázala potřebu praxi změnit“.

III. Rozhovor s poskytovateli

Jméno organizace: Green Doors

Vaše jméno: Mirka Bubela

Vaše pracovní pozice: metodik

Jsou do průběhu pracovní rehabilitace ve vaší službě zapojováni blízcí klientů vašich služeb? (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)

ANO, snažíme se.

A) Pokud ANO

1. Kdo nejčastěji iniciuje spolupráci s blízkými vašich klientů (pracovníci, klienti nebo blízcí klientů)?

„Pokud se neobrátil blízký pro informaci sám, například přijdou spolu při příjmu, nebo volají pro doptání se na podmínky rehabilitace, schůzku se souhlasem všech nabídnou obvykle pracovní terapeuti, ale může vzejít od kohokoli.“

2. Co je cílem této spolupráce? (Edukace? Sladění cílů? Informace o službě? Základní poradenství?)

„Spolupráce reaguje na potřeby konkrétní situace, většinou se jedná o vyjasnění a vykomunikování, předání informací o povinnostech v rhb, jejího smyslu a účelu.“

3. Co je obsahem spolupráce?

„Většinou se jedná o schůzku anebo i jiné dojednání, schůzka se odehrává kolem nastavení rehabilitace.“

4. Za jakých podmínek se spolupráce odehrává? Vyžadujete vždy souhlas klienta? (Pokud ne, z jakého důvodu?)

„Ano, vždy souhlas, nebo zpětné informování o telefonování, pokud proběhlo ze strany rodiny a nestihlo se dojednat předem.“

5. Kdy v průběhu rehabilitace a jak často spolupráce probíhá? (nahodile či je systematická)

„Optimální limit pro osobní schůzky je 3 krát v průběhu rhb při zahájení spolupráce, v průběhu a ukončení, ale jinak je individuálně dle potřeby a zájmu klienta.“

6. Jakým způsobem probíhá spolupráce? Telefonicky, emailem, osobně – kde a kdo je přítomen na schůzce (zda vždy i klient, kolik pracovníků).

„Nejoptimálnější je osobní schůzka i s klientem. Dle vyhodnocení týmu může si pracovník přizvat kolegu – nejčastěji vedoucí.“

7. Co spolupráce přináší klientům služby, jejich blízkým případně Vám?

„Lepší informovanost, pochopení, dojednání, vzhled do rodinné situace, pochopení vztahů.“

8. Myslíte si, že jste Vy a vaši kolegové profesionálně připravení pro práci s rodinou klienta? Pokud ne, co by Vám v tom mohlo pomoci?

„Více znalostí rodinných systémů, základu rodinné terapie, dovednosti na negociaci a vedení rozhovoru.“

9. Jaké možnosti vidíte ve spolupráci s blízkými vašich klientů? (pokud vycházíte ze současných možností ve vaší organizaci)

„Mít v týmu někoho, kdo by byl odborník přes práci s rodinou.“

10. Jak by podle Vás mohla probíhat ideální spolupráce s blízkými vašich klientů?

„Být součástí nabídky služeb i jako poradenství pro rodinu.“

11. Plánujete jakoukoli změnu v této oblasti? Máte vy jako organizace v této oblasti nějakou potřebu?

„Zahrnout práci s rodinou do kontinuálního vzdělávání v rámci organizace.“

IV. Rozhovor s poskytovateli

Jméno organizace: BONA, o.p.s.

Vaše jméno: Eva Plšková

Vaše pracovní pozice: vedoucí terapeut pro oblast práce

Jsou do průběhu pracovní rehabilitace ve vaší službě zapojováni blízcí klientů vašich služeb? (blízkými myslím rodinní příslušníci, kamarádi, partneři)

„V případě potřeby a přání uživatele ano.“

A) Pokud ANO

1. Kdo nejčastěji iniciuje spolupráci s blízkými vašich klientů (pracovníci, klienti nebo blízcí klientů)?

„Nejčastěji asi pracovníci.“

2. Co je cílem této spolupráce? (Edukace? Sladění cílů? Informace o službě? Základní poradenství?)

„Sladění cílů či informace o službě. Spolupráce při řešení nějaké konkrétní situace.“

3. Co je obsahem spolupráce?

„Nejčastěji konzultace (informování) při zhoršeném stavu uživatele.“

4. Za jakých podmínek se spolupráce odehrává? Vyžadujete vždy souhlas klienta? (Pokud ne, z jakého důvodu?)

„Blízký klienta musí být uveden v souhlasu se zpracováním osobních a citlivých údajů. Pokud tam není, žádné informace by mu neměly být poskytnuty.“

5. Kdy v průběhu rehabilitace a jak často spolupráce probíhá? (nahodile či je systematická)

„Není systematická. Probíhá jen pokud nastane potřeba nebo si to uživatel či blízký přeje.“

6. Jakým způsobem probíhá spolupráce? Telefonicky, emailem, osobně – kde a kdo je přítomen na schůzce (zda vždy i klient, kolik pracovníků).

„Spolupráce probíhá většinou telefonicky. Osobně jen pokud si to obě strany přeje. Zda je na schůzce přítomen i uživatel, záleží na něm a na konkrétní situaci, ale měl by o setkání vždy vědět. Schůzka probíhá na půdě organizace, ale pokud to časová kapacita pracovníků dovolí, není problém sejít se i jinde.“

7. Co spolupráce přináší klientům služby, jejich blízkým, případně Vám?

„Určitě lepší přehled a pochopení celkové situace uživatele. Možná i lepší pochopení všeho, co s sebou onemocnění přináší ze strany blízkých, ale často i uživatele samotného. I možnost uživatelů a jejich blízkých podílet se na rozvoji služby.“

8. Myslíte si, že jste Vy a vaši kolegové profesionálně připravení pro práci s rodinou klienta? Pokud ne, co by Vám v tom mohlo pomoci?

„Bohužel zatím nemáme vytvořenou nějakou jasnou koncepci spolupráce s blízkými uživatelů – ta by určitě pomohla. A jinak jakékoliv další vzdělávání v oblasti vedení rozhovoru, komunikace apod.“

9. Jaké možnosti vidíte ve spolupráci s blízkými vašich klientů? (pokud vycházíte ze současných možností ve vaší organizaci)

„Pravidelná setkávání. Jejich podíl na rozvoji služby“.

10. Jak by podle Vás mohla probíhat ideální spolupráce s blízkými vašich klientů?

„Osobní setkání hned na začátku spolupráce za účelem vysvětlení smyslu a poslání služby. Další společná setkání v pravidelných intervalech. V případě zájmu a potřeby, podpora blízkých při plnění cílů v individuálním plánu uživatele. Spolupráce a podpora uživatele v obdobích krize.“

11. Plánujete jakoukoli změnu v této oblasti? Máte vy jako organizace v této oblasti nějakou potřebu?

„Snad pravidelná společná setkání s blízkými našich uživatelů.“

Příloha č. 6

Metodika práce s rodinou a blízkými klienta v O. s. Green Doors.

MANUÁL PRO TERAPEUTY

Proč spolupracovat s rodinou, blízkými a okolím klienta?

- ⊙ Řada změn, které se s klientem v rehabilitaci odehrávají, ovlivňuje roli klienta v rodině. Podpůrný postoj rodiny k těmto změnám je důležitý nejen pro úspěch klienta v rehabilitaci, ale i v jeho dalším uplatnění se v životě. Spoluprací s rodinou se může zefektivnit proces rehabilitace a vést k rychlejšímu začlenění klienta na trh práce.
- ⊙ Spoluprací se může dosáhnout toho, že se rodina seznámí s cíli a plány klienta a může ho v tom lépe podporovat. Také je to pro klienta příležitost ukázat svoje kompetence v pracovním procesu.
- ⊙ Podle posledních poznatků je efektivnější komplexní přístup ve službách sociální rehabilitace, jejímž obsahem je i práce s rodinou (protože rodina a blízcí tvoří důležitou a silnou součást klientova života).
- ⊙ Důležitost spolupráce potvrdili klienti i jejich blízcí v dotazníkovém šetření, které jsme udělaly v O. s. Green Doors.
- ⊙ Z nahodilé spolupráce, kterou již děláme, nám ze zkušeností vychází, že je užitečné využít motivace ke spolupráci jak se strany klientů, tak jejich rodin a blízkých. Např. spolupráce může sloužit k ujištění rodiny, (která může mít úzkosti z toho, kde klient pracuje, co se s ním děje), že můžou důvěřovat procesu rehabilitace.
- ⊙ Spolupráce s rodinou a blízkými může vést k časnému rozpoznání krize u klienta a přinést včasnou, adekvátní intervenci. Spolupráce může přinést vzájemnou podporu v této těžké situaci jak pro klienta, tak pro rodinu a i pro pracovníky.

Co může práce s tématem rodiny a spolupráce s rodinou a blízkými přinést pracovníkovi:

- ⊙ Může přinášet komplexnější obraz o životě klienta v rodině a pohledy z více stran.
- ⊙ Zjištění o tom, jakou podporu klient od rodiny má, kdo ho v rodině podporuje více, kdo méně, kdo vůbec ne.
- ⊙ Možnost získat rodiny a blízké pro spolupráci, pro podporu klienta v procesu rehabilitace, a tím podpořit kompetence klienta.
- ⊙ Možnost včas rozpoznat počátek krize, možnost adekvátní intervence, lepší koordinace u zvládnání krize (práce s protikrizovým plánem, dle společných dohod).

Co je práce s tématem rodiny a blízkými klienta

Práce s tématem rodiny a blízkými klienta se může odehrávat i bez fyzické přítomnosti rodiny nebo blízkého. Odehrává se v celém procesu rehabilitace a to v rozhovorech s klientem o jeho rodině.

Co je spolupráce s rodinou a blízkými klienta

Spolupráce s rodinou nebo blízkými se odehrává společně s klientem a to buď formou schůzek, kde jsou přítomni členové rodiny nebo blízcí, nebo formou jiného kontaktu (návštěva na směně, telefonický kontakt).

Pojem „**rodina a blízcí**“ používáme v širším slova smyslu, za blízké považujeme např. kamarády, partnery, opatrovníky, case managery, všechny ty, které si klient určí.

Základní představa o spolupráci

- ⊙ **Nezavádíme plošnou a automatickou spolupráci s rodinou každého klienta** - vycházíme z respektu klienta mít možnost být v prostoru kaváren, nebo v návazných službách sám za sebe. Vycházíme z toho,

že chceme podpořit jeho samostatnost a nezávislost, a tím pádem nevtahovat rodinu a blízké standardně do procesu rehabilitace.

- ⊙ **Vycházíme ze souhlasu klienta ke spolupráci** a domlouváme se s klientem na tématech, na kterých se má spolupracovat.
- ⊙ **Sledujeme primárně přání a potřeby** klienta.
- ⊙ **Nepouštíme se do psychoterapie**, držíme se témat vycházejících z rehabilitace. Primárně se snažíme spolupráci využít k podpoře cílů klienta v pracovní oblasti.
- ⊙ Doporučujeme dělat **společné schůzky v účasti všech tří stran** – klient, rodina, patron (případně přizvaný kolega).
- ⊙ V práci a spolupráci s rodinou a blízkými klienta se **zaměřujeme na to, co funguje**, nevytváříme problémy tam, kde je klient, rodina či blízcí nevidí.
- ⊙ Využíváme další návazné služby – pokud bude chtít rodina či blízcí klienta obecné informace o dalších službách, o důchodu atd. – patron doporučí např. Sociální poradnu.
- ⊙ Pracovník drží v rozhovoru hranice „rehabilitace“, vždy témata vztahuje k procesu rehabilitace, ke kontextu, ve kterém pracujeme.

I. Nabídka spolupráce s rodinou a blízkými klienta

Nabízení možnosti spolupráce s rodinou a blízkými klientovi

- ◆ Příjmový pracovník v rámci představování rehabilitačního systému na příjmové či infoschůzce klienta krátce informuje o možnosti spolupráce s rodinou, která by podpořila klienta v jeho rehabilitačních cílech, hlavně v pracovní oblasti.
- ◆ Další nabídku možnosti spolupráce s rodinou dostane klient od patrona na 1. schůzce – patron nabízí a vysvětluje možnost spolupráce s rodinou klienta a krátce zjišťuje zájem klienta o tuto formu spolupráce. (Může mu vysvětlit důvody, pro které si myslí, že je dobré spolupracovat s rodinou, ale třeba i ty,

pro které to nemusí být úplně žádoucí. Nicméně mu dá možnost se svobodně rozhodnout, jestli, kdy a jak spolupracovat s rodinou a blízkými.) Navrhuje klientovi, aby informoval rodiče a blízké o nabídce ke spolupráci.

Nabízení možnosti spolupráce rodinným příslušníkům a blízkým klienta

- ◆ Možnost spolupráce rodině a blízkým nabízíme hlavně přes klienta. On sám rozhodne, jestli získané informace předá či nikoli.
- ◆ V situaci, kdy pracovník považuje za žádoucí spolupráci „rodiny“ v procesu rehabilitace (např. rodina nějakým způsobem „brání“ klientovi v realizaci svých cílů, nebo ho nepodporuje), vnese téma do schůzky a snaží se iniciovat schůzku ve třech a motivovat klienta, aby přizval rodinu na společnou schůzku.
- ◆ V situaci, kdy rodina kontaktuje pracovníka, pracovník je vyslechne a zjistí, co potřebují. Eventuální spolupráci konzultuje s klientem, jestli souhlasí. Nic se neděje za klientovými zády. Takové zakázky pracovník nepřijímá, vysvětlí rodině či blízkým, podle jakých principů v GD pracujeme.

II. Práce s tématem rodiny v rámci rehabilitace

Práce s rodinou klienta začíná ve fázi, kdy se tématem hovoru s klientem stává jeho rodina či blízcí.

- ◎ Pracovník s tímto tématem zachází již v momentu, kdy nabízí možnost spolupráce s rodinou – již tady se může ukázat zájem klienta či nikoli.
- ◎ Další moment, kdy pracovník záměrně vnáší téma rodiny do procesu rehabilitace, je při práci s dotazníkem, který mapuje připravenost klienta k rehabilitaci (v případě že se dotazník nedělá, tak při vstupních mapujících rozhovorech).

V dotazníku je potřeba více rozpracovat otázky a zaměřit se v nich hlavně na témata rodiny a blízkých klienta.

část potřeba změny – Spokojenost lidí kolem mě s mou současnou situací (více se zaměřit na rodinu a blízké)

otázky typu:

Myslíte si, že vaše rodina nebo blízcí jsou spokojeni s vaší současnou situací?

Jak se na vaši situaci dívají lidé z vaší rodiny nebo vaši blízcí?

Mluví o tom, že by se mělo něco ve vašem životě změnit? Co si o tom myslíte vy?

část připravenost na změnu

otázky typu:

Jakou roli sehrála rodina nebo blízcí v rozhodnutí nastoupit do našeho programu?

Co si rodina a blízcí myslí o vašem nástupu do našich služeb?

Kdo z rodiny nebo blízkých Vás nejvíce podporoval v dosahování toho, co jste v životě chtěl? Kdo Vás může nejvíce podpořit teď, když jste u nás v rehabilitaci?

V čem a jak Vás tedy může podpořit? (vztáhnout to ke kontextu rehabilitace)

část sebeuvědomění

otázky typu:

Jakou roli sehrála rodina nebo vaši blízcí ve vašich důležitých rozhodnutích v životě?

Jsou taková rozhodnutí, které za vás rodina či blízcí udělali? Jak jste to tenkrát vnímal? Souhlasil jste ještě s tím? Jak je to teď?

část potřeba podpory

otázky typu:

Jakou podporu již od rodiny (či blízkých) dostáváte? Jak jste s ní spokojený?

Jak byste si představoval podporu rodiny (či blízkých) v rehabilitaci u nás?

Jak podporu rodiny (či blízkých) konkrétně využít pro realizaci svých cílů a plánů?

Zmapováním těchto oblastí, se zaměřením na vliv rodiny a blízkých na klientův život, si můžeme vytvořit představu o tom, jak významnou roli hraje rodina v jeho životě (jestli ho podporuje, jaký má vliv na jeho rozhodování v životě, jestli je klient podporován v samostatnosti atd.

- ◎ Pracovník reflektuje klientovi své postřehy, poukazuje na důležité momenty či situace, které ho v průběhu rozhovoru zaujaly. Poté domlouvá s klientem, jestli se tato témata objeví v procesu plánování v rehabilitaci a

případně kdy a jak (tady se může objevit potřeba spolupracovat s rodinou a blízkými). V této fázi se nastartuje spolupráce s rodinou.

- ⊙ Když klient chce pracovat v rehabilitaci s tématem rodiny, ale nemá zájem o přímou spolupráci s rodinou, pracovník pokračuje v práci s tématem rodiny tím, že záměrně vnáší téma rodiny a blízkých do procesu plánování s klientem během celé rehabilitace. Mapuje tento prostor v souvislosti s jeho cíly v rehabilitaci a mapuje také podporu rodiny a blízkých tak, že se v průběhu plánování zeptá na otázky typu:

Jak se dívá vaše rodina (blízcí) na cíle, které jste si během rehabilitace stanovil?

Co na ně Vaše rodina (blízcí) říkají? Podporují Vás v tom?

Kdo z rodiny (blízkých) Vám nejvíce fandí v tom, co teď děláte?

Může Vám rodina (blízcí) nějak pomoci v tom, co jste si teď naplánoval, a jak?

Je pro Vás užitečné takhle se bavit o rodině (blízkých)? K čemu je to dobré?

Jak toho využijete?

Chcete si doma zařídit to, co jste si teď naplánoval, a jak? Atd.

- ⊙ Pracovník průběžně mapuje, jestli klient chce přizvat nebo zaangažovat rodinu. Pracovník pracuje s tématem rodiny jako s kterýmkoliv jiným tématem, které se objeví v rámci společného setkávání s klientem, a vztahuje ho zejména k pracovní oblasti rehabilitace.
- ⊙ Pokud pracovník vnímá jako důležité přizvat rodinu ke spolupráci, zveřejní tuto svou potřebu klientovi a objasní své důvody. (Proč si myslí, že by bylo potřebné se sejít spolu s rodinou. Např. v případě, když zjistí, že rodina brání klientovi v realizaci jeho cílů v rehabilitaci).
- ⊙ Když klient nechce spolupracovat s rodinou či blízkými ani se bavit na témata rodiny, pracovník toto přání respektuje a domluví s ním, že když bude chtít, ať si sám řekne. Vysvětlí klientovi, že když bude mít sám potřebu toto téma přinést, udělá to, ale vždy bude respektovat jeho rozhodnutí.

III. Spolupráce s rodinou a blízkými v rámci rehabilitace

Kdy?

Spolupráce s rodinou nebo blízkými začíná po dohodě s klientem, vychází především z klientových přání a potřeb spolupracovat. Impulz ke spolupráci může vzejít také s potřeby rodiny a blízkých či pracovníka. Ke spolupráci může dojít vždy jen se souhlasem klienta.

Kdo?

- ⊙ Společné schůzky se standardně účastní – klient, rodina či blízcí a pracovník.
- ⊙ V rámci většího bezpečí a podpory si pracovník může přizvat na schůzku vedoucího kavárny, příjmového terapeuta či jiného terapeuta.
- ⊙ Přizvaný kolega může vnášet nestrannější pohled, reflektovat rozhovor nebo případně moderovat diskuzi.

Kde?

- ⊙ Společné schůzky se odehrávají pouze na pracovištích O. s. Green doors.

Jak často spolupracovat s „rodinou“?

- ⊙ Optimální jsou **2 schůzky** v průběhu rehabilitace (na začátku a na konci).
- ⊙ Maximální počet jsou **4 schůzky** v průběhu rehabilitace, když trvá rok (na začátku, na konci a v průběhu podle potřeby a zakázky).

Formy spolupráce s rodinou:

1) Osobní:

Efektivní spolupráce může probíhat nejlépe ve společném setkání patrona, klienta a rodiny či blízkých. Navrhujeme dělat především společné schůzky, pracovník se standardně nesetkává s rodinou či blízkými bez klienta.

Obsah schůzek:

- ⊙ **Schůzka v začátku rehabilitace může být** více informativní - o službě, o systému rehabilitace, o dlouhodobých cílech v rehabilitaci, o tom co má klient v plánu dělat po ukončení rehabilitace atd.
- ⊙ **Schůzka v závěru rehabilitace může být** rekapitulační, hodnotící – čeho klient v průběhu rehabilitace dosáhl, co se podařilo, jakých cílů dosáhl a jak, co a kdo mu v tom nejvíc pomáhal, co bude klient dělat po ukončení rehabilitace dál. Může zaznít nabídka na návazné služby a programy.
- ⊙ **Schůzka z potřeby klienta, rodiny či pracovníka se může týkat společného rehabilitačního plánování, podpory klienta, podpory rodiny.**

a) Společné setkání pracovníka, klienta a rodiny či blízkých

Před schůzkou:

- ⊙ Klient domluví začátek spolupráce, tzn., že zprostředkovává a domlouvá schůzku.

Pracovník se na schůzku připraví:

- ⊙ Domluví s klientem, kdo všechno bude na schůzku přizván a proč.
- ⊙ Domluví dopředu s klientem účel schůzky, co se má zhruba na schůzce dít a co se bude zhruba probírat.
- ⊙ To samé platí i pro dalšího přizvaného kolegu. Pracovník by měl kolegovi říct, co očekává od jeho přítomnosti na schůzce a domluvit s ním co bude jeho role, aby bylo jasné, co tam má dělat.
- ⊙ Vytvoří bezpečný prostor pro společné setkání, připraví místnost, kde může schůzka nerušeně probíhat, připraví dostatečný počet židlí atd.

Schůzka:

Zahájení:

- ⊙ Pracovník rodinné příslušníky nebo blízké přivítá (podáním ruky, záleží od stylu a zvyku pracovníka), představí se a ocení je za to, že přišli.

- ⊙ Nabídne všem kávu, nebo čaj či vodu.
- ⊙ Může je nechat vybrat si místo, kde chtějí sedět, nebo je usadí podle svých potřeb (když chce např. sám sedět vedle klienta atd.).
- ⊙ Když je to schůzka, které se účastní někdo další s kolegy, tak ho pracovník představí, řekne jeho jméno, jeho pracovní pozici, je dobré vysvětlit všem důvody přizvání kolegy. (buď že je to zvykem se scházet s rodinou ve dvojicích anebo osvětlit přímo účel přizvání kolegy, a co tam bude dělat atd.)
- ⊙ Pracovník, který vede rozhovor na začátku, vymezí časovou kapacitu schůzky (60 min), osvětlí všem připravenou strukturu a obsah schůzky (co se bude dít na schůzce, z čí potřeby a z jakého důvodu schůzka vzešla, co je účelem schůzky).
- ⊙ Ověří si, zda s tímto všichni zúčastnění souhlasí a jestli ještě nechtějí něco doplnit.

Průběh:

- ⊙ Obrací se na rodinu či blízké a zjišťuje, s jakým očekáváním rodina přišla, jaké má potřeby – neznamená to, že se jejich potřeby a očekávání naplní, nebo se na tom bude toto setkání pracovat, ale je dobré vědět, nakolik jsou vzájemné očekávání ve shodě a nakolik ne. Pracovník také na rovinu řekne, čemu z toho, s čím rodina přichází, může být věnován prostor v souvislosti s možnostmi služby, a čemu ne. V případě, že rodina potřebuje něco, co naše služba nenabízí, např. rodinnou terapii, je pracovník odkáže na další dostupné služby.
- ⊙ Pracovník v průběhu rozhovoru drží naplánovanou strukturu, vede/řídí rozhovor, myslí na smysl a účel rozhovoru, snaží se jít podle na začátku domluveného obsahu.
- ⊙ Pracovník se snaží dobrat ke společným dohodám, u společného plánování se snaží dojít k tomu, kdo, co, kdy, kde a jak bude dělat (výsledkem schůzky může být písemný rehabilitační plán nebo psaná dohoda).

- ⊙ Pracovník sleduje čas, reflektuje průběh schůzky, ověřuje si, jestli je schůzka v souladu s tím, co bylo domluvené, jestli všem vyhovuje způsob jeho práce, jestli všichni všemu rozumí.
- ⊙ Podle času se pracovník snaží témata spíš uzavírat a ke konci schůzky už neotvírat nová, na která by nezbyl čas a prostor.

Ukončení:

- ⊙ Ke konci schůzky (tak 10 – 15 min před koncem časového limitu) pracovník společně se všemi shrnuje, k čemu společně došli, zrekapituluje důležité momenty schůzky, zeptá se na užitečnost schůzky (jestli se naplnil účel a smysl schůzky a v čem)
- ⊙ Na závěr pracovník poděkuje všem zúčastněným, může ocenit zájem rodiny a blízkých o spolupráci. Popřípadě se může zeptat, jestli by chtěli spolupracovat dál a jakou formou. Domlouvá pak další společný postup v souladu s možnou nabídkou podle standardního postupu.
- ⊙ Pracovník se se všemi rozloučí (může zase podáním ruky).

Po schůzce:

- ⊙ Pracovník spolu s přizvaným kolegou můžou společně reflektovat průběh setkání a pobavit se o důležitých momentech schůzky.
- ⊙ Pracovník uloží zápis ze schůzky do dokumentace a zapíše důležité informace do vstupního listu.
- ⊙ Pracovník se může na dalším setkání s klientem pobavit o schůzce a ptát se na efekt či užitečnost schůzky. Může domlouvat další postup v práci z klienta dle výstupů ze schůzky atd.

b) K setkání pracovníka s rodinou či blízkými bez účasti klienta může dojít jen ve výjimečných případech:

- ⊙ Že je toto s klientem předem dohodnuto v Souhlasu s poskytnutím osobních a citlivých údajů, a to jen pokud je souhlas rozšířen o daného konkrétního člověka a z jasně vymezených důvodů.

- ⊙ V případě „krize“ klienta, a to podle dohod z protikrizového plánu.
- ⊙ Pracovník se s klientem o obsahu schůzky předem dohodne a po schůzce ho informuje o průběhu setkání. Pokud je výstupem nějaká dohoda, která se klienta týká, tak ho informuje. Pracovník v průběhu této schůzky myslí na prospěch klienta a sděluje pouze informace, na kterých se spolu domluvili.
- ⊙ Obsah schůzek by měl být spíš informativní a měl by se týkat rehabilitace klienta v GD, toho jak podpořit klienta v jeho cílech v RHB. Pracovník by se neměl setkávat bez klienta více jak třikrát.

2) telefonická, mailová

- ⊙ Pracovník musí mít souhlas klienta ke sdělení informací.
- ⊙ Pracovník sděluje jen obecné informace o RHB a vysvětluje důvody případného odmítnutí sdělování informací, nabízí možnost schůzky ve třech, kterou domluví klient.
- ⊙ Pracovník neposkytuje informace o cílech a spolupráci po telefonu.

Dokumentace

- ⊙ Pracovník pořizuje zápis ze společné schůzky, který vkládá do dokumentace klienta.
- ⊙ Ze společné schůzky může vzejít rehabilitační plán, který pracovník také zakládá do dokumentace.
- ⊙ Pracovník zapíše krátký záznam o jakémkoliv kontaktu s rodinou či blízkými klienta do vstupního listu klienta.
- ⊙ Důležité výstupy, které by měli znát ostatní terapeuti, zapíše pracovník (v kavárnách) do zakázkového listu klienta.
- ⊙ Spolupráci s rodinou a blízkými pracovník shrnuje v závěrečné zprávě klienta.

Edukaci rodiny

- ⊙ Pracovníci můžou rodině poskytnout základní informace o nemoci, o rehabilitaci, o jiných návazných programech a službách, tak jak jsou zvyklí je poskytovat klientům.
- ⊙ Dále pracovníci odkazují rodiny a blízké na edukační a jiné podpůrné programy. (PCP -PREDUKA, Ondřejov, Břevnov, Eset-Help atd.)
- ⊙ Na vyžádání můžou pracovníci klientovi, nebo rodině či blízkým poskytnout seznam svépomocných organizací a dalších služeb pro rodiny.
- ⊙ K získání dalších informací pracovníci odesílají rodiče a blízké do sociální poradny k Monice Kohoutové.

Shrnutí:

- ⊙ Nezavádíme plošnou a automatickou spolupráci s rodinou každého klienta.
- ⊙ Sledujeme primárně přání a potřeby klienta.
- ⊙ První zmínku o spolupráci dělá příjmový pracovník, další proces rozpracovává klíčový pracovník.
- ⊙ Spolupráce s rodinou je ideální na začátku a na konci rehabilitace. V průběhu dle potřeby, zakázky (max. čtyři schůzky, v době krize dle individuálních potřeb).
- ⊙ Je nutné vycházet ze souhlasu klienta a dohodnout se na tématech, na kterých se má spolupracovat.
- ⊙ Souhlas o předávání informací po telefonu je třeba mít od klienta dopředu.
- ⊙ Pracovník může kontaktovat rodinu, když je to přínosné pro rehabilitaci klienta, může vnášet návrh na společnou schůzku.
- ⊙ Děláme společné schůzky všech tří stran – klient, rodina, pracovník.
- ⊙ Schůzky zprostředkovávají klienti.
- ⊙ Schůzka trvá jednu hodinu, vše se zapisuje do dokumentace.
- ⊙ Obsah schůzek je spíše informativní (rehabilitace, služby, cíle, plány).
- ⊙ Obsah vztahujeme k procesu rehabilitace, držet hranice, kontext naší služby.

- ⊙ Pokud je předem udělaná dohoda s klientem o možnosti spolupráce s rodinným příslušníkem, je možné udělat individuální schůzku a klienta informovat. Pokud toto domluvené není, můžeme předat pouze obecné informace, předat kontakty, nabídnout jiné služby.
- ⊙ Když je rodina motivovaná a chce, tak toho využijeme, ale vztahujeme spolupráci s nimi k rehabilitaci (korigujeme představy rodiny o spolupráci, odesíláme za dalšími odborníky).
- ⊙ Korigujeme i informace, které nám předává rodinný příslušník pouze na obsah týkající se rehabilitace.
- ⊙ Schůzky vede buď pracovník sám či s kolegou nebo vedoucím kavárny či příjmovým pracovníkem.

Inspirace:

MUDr. Alexandra Beránková – Práce s rodinou – pro vzdělávací potřeby pracovníků GD

CD MATRA III.

Chvála a Trapková – Rodinná terapie

<http://www.psychozaablizci.ic.cz/>

<http://www.sympathea.cz/>

<http://www.stopstigmapsychiatrie.cz/index.php>

<http://www.pcp.lf3.cuni.cz/pcpout/>

<http://www.fokus-cr.cz/>

<http://www.esetfamily.wz.cz/>

<http://www.cmhcd.cz/index.php>