

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Fakulta tělesné výchovy a sportu
Katedra pedagogiky, psychologie a didaktiky

**Chráněné bydlení jako forma komunitní péče o
duševně nemocné**

Vedoucí bakalářské práce:
doc. PhDr. Běla Hátlová, Ph.D.

Zpracovala:
Magdalena Šírová

Srpen 2008

Děkuji Doc. PhDr. Běle Hátlové, Ph.D., organizaci Fokus Mladá Boleslav a týmu chráněného bydlení za podněty a významnou pomoc při tvorbě této bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně pod vedením Doc. PhDr. Běly Hátlové, Ph.D. a uvedla v seznamu literatury všechny použité literární a odborné zdroje.

V Rokytnici nad Jizerou dne 28. srpna 2008

Magdalena Šírová

ABSTRAKT

Název práce

*Chráněné bydlení jako součást komunitní péče o duševně nemocné.
Sheltered home as a part of communitie care for mentally
handicapped.*

Cíle a úkoly práce

Cílem této práce je podat stručné nahlédnutí do života jedince s psychózou. Úkolem je, vymezení teoretických pojmů v oblasti psychiatrie, možností léčby o duševně nemocné a jejím vývojem u nás a ve světě. Seskupit informace v oblasti péče o duševně nemocné a jejich rehabilitace, včetně chráněného bydlení v Mladé Boleslavi, které poskytuje rehabilitaci dlouhodobě duševně nemocných. Všechny tyto informace zpracovat jako pilotní práci pro diplomovou práci.

Metoda

Kvalitativní přehled znalostí v dané oblasti, který byl získán, je zpracován metodou review. Stručný přehled problematiky péče o duševně nemocné v této práci, bude sloužit jako pilotní práce k diplomové práci zkoumající vliv chráněného bydlení na život klientů v chráněném bydlení občanského sdružení Fokus Mladá Boleslav.

Výsledky

Získání informací a poznatků týkající se celé problematiky tohoto oboru, byl uspokojivý a dostupný především v odborných knihovnách a jiných informačních zdrojích. Teoretické informace shrnuté v této práci, budou použity jako základ k diplomové práci. Ovšem za předpokladu, že budou doplněny o nové znalosti, používané v oboru. Zpracovaná anketní šetření budou sloužit k získání informací pro kvalitativní výzkum diplomové práce s předpokládaným názvem: "Vliv chráněného bydlení na život klienta se Schizofrenií."

Klíčová slova: psychóza, schizofrenie, psychoterapie, sociální rehabilitace, hospitalizmus, stigmatizace, syndrom sociálního vyloučení, komunitní péče, chráněné bydlení, podporované bydlení.

ABSTRACT

Title of the thesis

Sheltered home as a part of communitie care for mentally handicapped.

Aims and tasks

The aim of this thesis is a short visit into a life with psychosis. The task is definition of theoretical concepts on the field of psychiatry and curing possibilities of mentally ill with its development here and world wide.

Gathering information on the field of care of mentally ill and their physiotherapy, including protected home in Mladá Boleslav where their physiotherapy is practiced for long term handicapped. And also elaboration of these information as a pilot project in thesis.

Method

Qualitative survey of information on the field of research which was created by a method of a review.

Brief overview on care of mentally ill people will be used for a pilot project on thesis making a research on the influence of sheltered home on life of its clients in sheltered home of civil association Fokus Mladá Boleslav.

Records

Information and evidence on our problem were mainly available in special library and other information sources.

These information can be used as a element base for future diploma thesis only if completed and upgraded of further new knowledge in this field.

The processed data will be used for gathering further information to be used in qualitative research in thesis: „ the influence of sheltered living on life with schizophrenia.“

Keywords: psychosis, schizophrenia, psychotherapy, social rehabilitation, community care, sheltered living, supported living.

OBSAH:

ÚVOD A STANOVENÍ CÍLŮ	9
1 Vymezení základních pojmů	11
1.1 <i>Psychóza</i>	11
1.1.1 <i>Projevy psychóz</i>	12
1.1.2 <i>Diagnostika psychóz</i>	12
1.2 <i>Schizofrenie (F 20)</i>	13
1.2.1 <i>Projevy schizofrenie</i>	14
1.2.2 <i>Formy schizofrenie</i>	16
1.2.3 <i>Průběh onemocnění</i>	16
2 Pohled na duševně nemocné z historického hlediska	19
2.1 <i>Péče o duševně nemocné v historii</i>	19
2.1.1 <i>Péče o duševně nemocné v historii v ČR</i>	22
2.2 <i>Současné formy péče o duševně nemocné</i>	25
2.2.1 <i>Lůžková péče</i>	25
2.2.2 <i>Ambulantní psychiatrická péče</i>	26
2.2.3 <i>Intermediární péče</i>	26
2.3 <i>Přehled používaných forem terapie</i>	27
2.3.1 <i>Psychiatrická farmakoterapie</i>	27
2.3.2 <i>Nefarmakologická biologická léčba</i>	28
2.3.3 <i>Psychoterapie</i>	28
2.3.4 <i>Komunitní terapie</i>	29
2.3.5 <i>Sociální rehabilitace</i>	32
3 Duševně nemocný a jeho problémy	34
3.1 <i>Hospitalizace v psychiatrické léčebně</i>	34
3.2 <i>Stigmatizace</i>	35
3.3 <i>Syndrom sociálního vyloučení</i>	36
4 Poskytovatelé sociálních služeb	37
4.1 <i>O.s. Fokus jako poskytovatel péče o duševně nemocné</i>	38
4.1.1 <i>Vznik organizace</i>	38
4.1.2 <i>Poslání sdružení</i>	39
4.1.3 <i>Cíle sdružení</i>	40
4.1.4 <i>Služby poskytované o.s. Fokus</i>	40

4.2	<i>Vývoj služeb pro duševně nemocné v oblasti bydlení</i>	43
4.2.1	<i>Historie vzniku chráněného a podporovaného bydlení</i>	44
4.2.1.1	Vývoj kontinua návazných zařízení v USA	44
4.2.1.2	Vývoj kontinua návazných zařízení v ČR	45
4.3	<i>Chráněné bydlení</i>	46
4.3.1	<i>Obecná charakteristika chráněného bydlení</i>	46
4.3.2	<i>Obecná charakteristika podporovaného bydlení</i>	48
4.3.3	<i>Problémy v oblasti bydlení pro občany s duševním onemocněním</i>	48
4.3.4	<i>Chráněné bydlení (CHB) v Mladé Boleslavi (o.s. Fokus)</i>	50
4.3.4.1	Poslání služby	51
4.3.4.2	Cílová skupina	51
4.3.4.3	Cíle služby	52
4.3.4.4	Služba chráněného bydlení poskytuje služby:	52
4.3.4.5	Kritéria pro vstup do služby	53
4.3.4.6	Kontraindikace	54
4.3.4.7	Charakter a základní principy služby	55
4.3.4.8	Pravidla služby	55
4.3.4.9	Vstup klienta do služby	55
4.3.4.10	Ukončení služby	57
4.3.4.11	Zabránění „vypadnutí“ klienta ze sítě poskytovatelů služeb	58
4.3.5	<i>Podpora v bydlení</i>	58
5	<i>Předpokládaná metodika budoucí diplomové práce</i>	60
5.1	<i>Cíle a úkoly práce</i>	60
5.2	<i>Metodika výzkumu</i>	60
5.3	<i>Použité metody výzkumu</i>	60
5.4	<i>Charakteristika vybraného souboru a výběr vzorku</i>	61
5.5	<i>Výsledky a metody zpracování dat</i>	61
	<i>Diskuse</i>	62
	<i>Závěr</i>	63
	<i>Seznam literatury</i> :..... <i>Chyba! Záložka není definována.</i>	
	<i>Seznam příloh</i> :.....	68

ÚVOD A STANOVENÍ CÍLŮ

Žijeme ve státě, kde se v zákonech, ve vědomí lidí i v politice prosazuje myšlenka, že sociální podmínky, v nichž lidé žijí, nejsou jen věcí jedinců či rodin, ale i věcí veřejnou. (Potůček, 1995) V důsledku uvědomění si toho a také díky „citlivější“ diagnostice roste v současné době počet onemocnění podmíněných psychickými a psychosociálními faktory.

Psychické poruchy se vyskytují v každé společnosti, proto v každé zemi stoupá zájem o psychiatrii, mizí předsudky, mění se názory, hledají se nové léčebné postupy, zdokonaluje se následná léčba a rehabilitace duševně nemocných. Čím dál víc se také odborníci zabývají otázkami péče o duševní zdraví a prevenci duševních poruch.

Nové směry, reagující na klasickou psychiatrickou (více zdravotní) péči, byly příčinou vzniku mnoha organizací nabízejících služby zdravotní i sociální. Hledají se způsoby jak zlepšit a zlidštit péči o duševně nemocné, která by měla probíhat co nejbližší přirozenému prostředí duševně nemocných. Chráněné bydlení je významnou možností sociálních služeb, které umožňují klientům přechod z ústavů do běžného života.

Pro téma Chráněné bydlení jako součást komunitní péče o duševně nemocné jsem se rozhodla během svého působení v občanském sdružení Fokus Mladá Boleslav, kde pracuji od listopadu 2006 jako asistent chráněného bydlení.

O.s. Fokus zaměřuje svoje služby především na klienty s psychiatrickou diagnózou, kteří prošli opakovanou nebo dlouhodobou hospitalizací v psychiatrické léčebně a ztratili nebo nikdy neměli, a chtějí získat, dovednosti k samostatnému životu. Návuk těchto dovedností zajišťují erudovaní odborníci, stejně tak i ostatní služby, které o.s. Fokus nabízí. Tyto služby sloužící pro zdokonalení samostatnosti více rozvádím v kapitole, která podrobně popisuje působení o.s. Fokus (o. s.) v Mladé Boleslavi.

V první části práce nejprve vymezují základní pojmy, které se k tématu mé práce vztahují. Pokouším se definovat, co je to psychotické onemocnění a co pro člověka znamená. S čím se takto nemocný musí potýkat a jaký může mít toto onemocnění vliv

na jeho rodinný, pracovní i společenský život. Více se budu věnovat diagnóze Schizofrenie, která je z psychotických onemocnění nejčastější a nejzávažnější.

To je, dle mého názoru, důležité proto, aby si čtenář mohl lépe představit, s jakými problémy musí takto nemocný člověk každý den „bojovat“ a jak je pro něj obtížné zařadit se do běžné společnosti.

Velmi zajímavý je historický vývoj psychiatrické péče jak na našem území, tak i ve světě. Proto čtenáře podrobně seznamuji s vývojem psychiatrické péče a léčby od prvopočátku do současnosti a přibližuji tak současný stav (koncepce a organizace) péče o duševně nemocné.

Druhá část se pak již konkrétněji věnuje službě chráněného bydlení, jako součásti psychosociální rehabilitace. V úvodu této kapitoly nejprve nastiňuji význam v poskytování služby chráněného bydlení, který spatřuji zejména v současném příklonu k využívání komunitní péče, jež je založena především na respektu a využívání přirozeného světa člověka s duševním onemocněním.

Poté již vymezuji samotné služby poskytované v oblasti psychosociální rehabilitace pro duševně nemocné, nejprve teoreticky dle Zákona o sociálních službách, a následně analyzuji, jak je prováděna ve Sdružení o.s. Fokus Mladá Boleslav.

Mým velkým přáním je, aby předkládaný text byl přínosný pro všechny, kteří se o situaci lidí s duševním onemocněním zajímají a také, aby byl alespoň trochu nápomocen při budování, stále ještě málo rozvinuté, komunitní péče o občany s duševním onemocněním.

1 Vymezení základních pojmů

V této kapitole bych ráda vymezila některé základní pojmy, které se k tématu mé práce vztahují. Prvním důležitým pojmem je pojem psychóza. Nejprve uvádím stručné vymezení pojmu psychóza obecně, zakončené přehledem základních typů psychóz dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která je v České republice platná od r. 1994. Blíže se pak věnuji diagnóze schizofrenie, která je ze skupiny psychotických duševních poruch nejčastější a také nejzávažnější.

1.1 Psychóza

Pojem psychóza je označením pro skupinu takových patologických stavů, které jsou typické poruchou kontaktu s realitou. Jedná se o závažnou duševní poruchu, která výrazným způsobem zasahuje do duševní existence postiženého člověka, zapříčiňuje ztrátu jeho kontaktu s realitou a postupně způsobuje rozpad struktur jeho osobnosti. (Horáček a kol., 2003)

Důraz na sníženou kvalitu duševního života člověka s psychotickým onemocněním klade ve své definici této duševní poruchy Praško, který jako psychózu označuje: „takové duševní onemocnění, které mění prožívání člověka ve vztahu k okolí a k sobě samému. Během psychotického onemocnění dochází v různé míře ke změně všech základních kvalit duševního života postiženého. Změny v myšlení, vnímání a citech dosahují takové intenzity, že člověk nedokáže odlišit, co je a co není skutečné...“ (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005)

Psychóza tedy způsobuje, že nemocný vnímá skutečnost zcela odlišně, avšak není schopen to vlivem nemoci rozpoznat. Považuje své vnímání, myšlení a cítění za zcela normální a v důsledku toho může mezi ním a okolím docházet k mnoha nedorozuměním či konfliktům. (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005) Podobně pojem psychóza vystihuje také Vokurka, který však také ve své definici uvádí, čím je porucha kontaktu s realitou způsobena: „Tato ztráta kontaktu souvisí s halucinacemi a bludy, pod jejichž vlivem se nemocný může dopouštět pro okolí zcela nepochopitelných činů.“ (Vokurka, 2006).

V literatuře nalézáme mnoho definic zobecňující pojem psychóza a všechny kladou důraz na poruchu vnímání reality.

Psychózy jsou nemoci osobnosti a jejich funkcí, myšlení, vnímání, emocí, představ o sobě, apod. Jde o poruchu, vazeb člověka k prostředí, mezilidských vztahů a náhledu na vlastní jednání, chování a prožívání životních situací.

1.1.1 Projevy psychóz

○ **Poruchy vnímání – halucinace** „vznikají na podkladě zkresleného vnímání reality a jsou to falešné smyslové vjemy, které vznikají bez jasného zevního podnětu. Halucinace se mohou týkat všech smyslů“. (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005).

Mezi nejčastější halucinace patří halucinace sluchové kdy nemocný může slyšet různé zvuky ale i tzv. hlasy, které k němu hovoří. Někdy komentují jeho chování, promlouvají k němu nebo přikazují, ty jsou zvláště nebezpečné, protože pod jejich vlivem může dojít k impulzivnímu chování. (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005).

○ **Poruchy myšlení** – u nemocného je poškozena schopnost vysvětlovat a interpretovat realitu. V tomto smyslu hovoříme o **bludech** (porucha obsahu myšlení). Blud je falešná představa, která nemocnému přijde pravdivá a nelze mu ji vymluvit ani jinak přesvědčit o nepravosti této představy (např. že je sledován, že je sportovní hvězda, že umí komunikovat s mimozemskou civilizací)

1.1.2 Diagnostika psychóz

U vzniku psychóz, stále není zjištěna jediná základní příčina. Nejde totiž jen o jednu příčinu, ale o souhrn většího počtu nepříznivých vlivů jako jsou biologické faktory, dědičné dispozice, rozpolcené založení organismu, poruchy vývoje v raném věku, tísnivá rodinná situace, dlouhodobý nebo opakovaný stres, který člověk nezvládá. (Kalina, 2001)

Nejčastěji se tedy hovoří o tzv. trojdimenzionálním pojetí, tzn. že na vznik onemocnění mají vliv příčiny biologické, psychologické i sociální.

Je však známo, že při schizofrenii je v některých částech mozku nadbytek chemické látky zvané dopamin. Ten slouží k přenosu informací mezi buňkami. Je možné, že při nadbytku dopaminu dochází k objemnému přenosu informací, které pak zahlcený

mozek nedokáže roztrždit na informace důležité a nepodstatné. To pak může vést ke zkreslenému vnímání a špatnému vyhodnocování situací. (Jarolímek, M.,1996)

Psychotické poruchy (F20-F33) mohou být dále rozděleny do několika skupin: (Dle mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10) (www.pcp.lf3.cuni.cz)

F20 Schizofrenie

F21 Schizotypální poruchy

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy

F23 Akutní a přechodné psychotické poruchy

F24 Indukovaná porucha s bludy

F25 Schizoafektivní poruchy

F28 Jiné neorganické psychotické poruchy

F29 Neurčené neorganické psychózy

F30 Manická fáze

F31 Bipolární afektivní porucha

F32 Depresivní fáze

F33 Periodická depresivní poruch

1.2 Schizofrenie (F 20)

Jedním z představitelů psychotického onemocnění je **psychotické onemocnění schizofrenního okruhu**. Do tohoto oblasti patří poruchy zařazené do kategorie F20–F29. Nejtypičtějším příkladem je **schizofrenie**. Ta patří k nejzávažnějším duševním chorobám. Vyznačuje se hlubokým narušením vztahů k realitě. Z důvodu lepšího pochopení vnitřního světa lidí s onemocněním schizofrenie, možností léčby a následné péče, uvádím detailnější popis tohoto onemocnění.

Schizofrenie je onemocnění s výraznou poruchou myšlení, vnímání, citů a chování, postihuje 0,2–1% populace ve všech zeměpisných oblastech světa a všech etnických skupin. Výskyt onemocnění nezávisí na pohlaví, postihuje muže i ženy přibližně stejně často. Schizofrenií trpí asi 1% populace, přičemž vrchol výskytu je zejména v období adolescence mezi 16. - 18. rokem a pak kolem 25. - 30. roku. (Malá, Pavlovský, 2002)

„Je diagnostikována zhruba u 25 % pacientů psychiatricky hospitalizovaných a 50 % pacientů přijatých do psychiatrických zařízení za rok. Onemocnění má sklon k chronickému průběhu a často vede k trvalé invaliditě, celosvětově patří mezi deset nejvýznamnějších příčin úplné invalidity.“(Češková, 2005)

1.2.1 Projevy schizofrenie

Toto onemocnění má také své charakteristické příznaky, které lze rozdělit do čtyř kategorií, příznaky pozitivní, negativní, kognitivní a afektivní.

Pozitivní příznaky - znamenají, že nemocný člověk má oproti člověku zdravému něco navíc. Do pozitivních příznaků řadíme halucinace, bludy a paranoidní myšlenky.(Höschl, 2004)

○ **Halucinace** - představují změny v kvalitě vnímání. Jsou to falešné smyslové vjemy bez jasného zevního podnětu, které vycházejí z nekontrolovatelné fantazie klientů. Tyto halucinace mohou postihnout všechny smysly. „Nejčastější jsou halucinace sluchové, kdy nemocný může slyšet jednoduché zvuky - zvonění, tikání, škrábání - nebo složitější vjemy, jako jsou hlasy.“ (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005) Hlasy komentují jeho chování, hovoří o něm, nebo mu něco přikazují) Hlasy, které něco přikazují jsou zvláště nebezpečné, protože pod jejich vlivem může dojít k impulzivnímu chování. Vjemy jsou většinou silnější než realita, nemocní s nimi komunikují a podle nich se chovají a jednají. To má za následek, pro zdravou veřejnost, nepochopitelné chování.

Toto onemocnění může také vyvolávat halucinace intrapsychické, které jsou velmi časté, nemocní při nich mají pocit, že jim někdo odebírá, nebo naopak vnucuje myšlenky, že své myšlenky slyší např. z televize či rádia, případně mezi lidmi v dopravním prostředku apod. V menší míře se vyskytují halucinace zrakové, čichové, chuťové a tělesné, které se týkají zvláštních tělesných pocitů, jako jsou pocity pálení, dotyků apod.(Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005)

○ **Bludy** - představují změny v kvalitě obsahu myšlení. „Blud je nepravdivá, falešná představa, která ale nemocnému připadá naprosto pravdivá a nelze mu ji vymluvit. Blud má většinou určitý časový vývoj, kdy nejdříve nemocného napadá jen myšlenka, a až

postupně dojde ve vývoji k bludnému přesvědčení, kdy může být vytvořen velmi propracovaný systém bludů.“ (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005)

○ **Paranoidní myšlenky** – mohou být také nazývány jako extrémní podezíravost. Nemocný může mít pocit, že jej někdo pronásleduje, že se proti němu někdo spiknul a pokouší se ho např. otrávit, nakazit nějakou nemocí apod. (Höschl, 2004)

Negativní příznaky - slovo negativní v této spojitosti znamená, že nemocnému chybí něco, co zdravý člověk běžně má. Většinou se vyvíjejí v průběhu onemocnění a nejsou tak nápadné jako příznaky pozitivní. Nejčastěji nemocní se popisují sníženou motivací, nedostatečnou koncentrací, ochuzenou řeč, nedostatek myšlenek ochuzení citového prožívání. (Höschl, 2004) Nemocný nedokáže rozlišovat důležité informace od nedůležitých, nemůže se soustředit, protože jeho mysl je zaplavena velkým množstvím informací, ve kterých se neumí orientovat. Z toho je pak zmatený a nedokáže jasně a stručně přemýšlet. Nemocný tak často má problémy v komunikaci s okolím, koncentrací, pozorností, se ztrátou motivace a vůle. Postupně přestává vidět smysl svého jednání a může dojít až ke ztrátě zájmu o koníčky, záliby apod., jako by mu bylo vše jedno a nic se ho netýkalo. Často tráví čas osaměle nicneděláním nebo koukáním do zdi.(Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005)

Kognitivní příznaky - „Z kognitivních funkcí bývají nejčastěji postiženy pozornost, paměť a učení a tzv. exekutivní (řídící) funkce. Jejich poruchy vedou k tzv. kognitivnímu deficitu.“ (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005)

V důsledku tohoto deficitu pak dochází u člověka k selhávání v běžných činnostech, nastávají problémy v práci, ve studiu nebo v komunikaci a kontaktu s ostatními lidmi. Nemocný má potíže naplánovat si každodenní činnosti, řešit problémy, soustředit se, vyhodnocovat nové informace a dále s nimi pracovat. (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005. s16)

Afektivní příznaky - Pokud se u nemocného vyskytují poruchy nálady, ať už ve formě deprese, úzkosti, pocitů méněcennosti, či naopak mánie, tj. zvýšené aktivity. (povznesená nálada, nadměrné sebevědomí) mluvíme potom o tzv. **afektivních příznacích**.

Hlavním nebezpečím u neléčených depresivních stavů jsou myšlenky na sebevraždu, které mohou vést až k pokusu o sebevraždu. (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005)

1.2.2 Formy schizofrenie

Rozlišujeme čtyři základní **formy schizofrenie**:

○ **Paranoidní schizofrenie (F20.0)** – je popisována jako patologická podezřivost vůči okolí, která bývá zesilována paranoidními bludy (pronásledováním, kontrolováním a ovlivňováním). U nemocných se objevují halucinace, zejména sluchové, ve formě hlasů, které něco přikazují, komentují apod. Často se objevuje porucha vůle (nedovedou se přinutit k potřebné aktivitě). Myšlení je narušené přizpůsobením bludnému výkladu reality. Tato forma schizofrenie vzniká v pozdějším věku, zpravidla do 40 až 45 let.

○ **Hebefrenní schizofrenie (F20.1)** – onemocnění typické pro adolescenci a ranou dospělost. Mívá špatnou prognózu, jelikož zasahuje osobnost v období, kdy by se měla vytvářet a upevňovat nová identita jedince. Typická je porucha myšlení a emočních reakcí. Projevuje se bludy (často bizarní), případně zrakovými halucinacemi. Chování je nepředvídatelné, reakce jsou oploštělé a nepřiměřené. Myšlení je narušené.

○ **Katatonní schizofrenie (F20.2)** – dnes se již vyskytuje vzácně. Projevuje se zejména výraznými poruchami motoriky – buď přílišnou a nepřiměřenou pohybovou aktivitou nebo celkovým zpomalením či útlumem veškeré motorické aktivity.

○ **Simplexní schizofrenie (F20.6)** – charakteristický je časný, plíživý vznik. Nemocný se postupně uzavírá do sebe, ztrácí zájem o svět kolem sebe, není schopen zvládat požadavky společenství, ve kterém žije. Myšlení se postupně zhoršuje až na úroveň demence. (Smolík, 2002)

1.2.3 Průběh onemocnění

Průběh onemocnění může být velmi různorodý, stejně tak i jeho prognóza. Nejčastěji začíná během dospívání a nebo časně dospělosti. Onemocnění, které má náhlý a bouřlivý počátek, mívá lepší prognózu než varianta schizofrenie, která začíná pomalu a plíživě. Je to onemocnění epizodické, což znamená, že asi u 60% se může vracet v nových epizodách, tzv. relapsech. (Jarolímek, 1996)

ataka – psychotická krize

relaps – znovuvzplanutí choroby

Onemocnění také může probíhat chronicky bez výrazného zlepšení.

Začátek onemocnění častěji vzniká plíživě, kdy se postupně rozvíjejí prodromální příznaky, jako jsou poruchy pozornosti, bolesti hlavy, zad, pocit ztráty energie a pocit slabosti. Často jsou tyto symptomy vnímány jako špatně zaléčené somatické onemocnění a dále se léčí u praktického lékaře. Toto období může trvat i několik let, obvykle se přidávají příznaky jako je únava, hloubání nad maličkostmi, změna chování, zhoršení prospěchu, rozladěnost, úzkost, podrážděnost. Nemocný má sklon izolovat se od druhých lidí, stáhne se do sebe a se svými obtížemi trpí a neúspěšně s nimi bojuje. Může být citově otupělý, nebo naopak nadměrně dráždivý, popřípadě jinak nápadný. Může se chovat podivínsky (např. hromadit neúčelné věci), mít nezvyklé pocity a představy. (Vágnerová, 1999) Potíže časem narůstají, až vyústí k propuknutí vlastní schizofrenní psychózy – ataky. Nemocný často přestane vycházet ven i z pokoje, rozbíjí věci a pokud je agresivní a ohrožuje sebe nebo okolí, je nutná hospitalizace, kde většinou stráví několik týdnů.

Schizofrenie je onemocnění, které vyžaduje odborné léčení, jelikož nelze očekávat, že dojde ke samovolnému zlepšení.

Medikace (léčba léky) obecně slouží k uklidnění a úpravě psychických projevů. Pod vlivem léků se projevy choroby zmírňují, i když většinou nezmizí úplně. Někdy zůstávají tzv. zbytkové příznaky (např. nemocný slyší hlasy, ale už mu nevadí, apatie, smutek). Schizofrenie je dnes léčitelná, ale s počtem proběhlých relapsů se šance na vyléčení zmenšují. Vyléčení či zlepšení lze očekávat pouze tehdy, kdy nemocný léčbu akceptuje a užívá léky, které mu lékař předepisuje. (Jarolímek, 1996)

Z hlediska prognózy je podle zkušeností lékařů užíváno tzv. pravidlo třetin:

- třetina nemocných vede běžný způsob života bez relapsu onemocnění.
- třetina stále trpí určitými příznaky onemocnění, ale je schopna žít v normální společnosti.
- třetina je trvale postižena a vyžaduje častou hospitalizaci. Z těchto pacientů asi 10% potřebuje trvalou institucionální péči.

(Smolík, 2002)

Ze sociálního pojetí je schizofrenie stigmatizujícím onemocněním. Chování nemocného

je podivné, obtížně ovlivnitelné a pro většinu společnosti nepochopitelné. Chování a reakce nemocných nelze předvídat, někdy s nimi nelze komunikovat. Některé jejich projevy vyvolávají bezradnost, která je spojena s negativním emočním hodnocením. Proto je tak těžké se do nemocného vcítit a porozumět jeho projevům.

Tento stručný přehled charakteristických příznaků schizofrenie jsem zařadila, aby pomohl čtenáři uvědomit si, jak toto onemocnění ovlivňuje život nemocného, že nemá vliv pouze na vnitřní svět nemocného člověka, ale také nepříznivě ovlivňuje mezilidské vztahy a orientaci ve společnosti. Nejvíce se dopady jejich potíží ukazují ve společenské a sociální oblasti. Toto onemocnění může člověku způsobovat problémy v zaměstnání, ve škole, může vést k bezdomovectví či sebevraždě nemocných.

Tyto negativní jevy mohou samozřejmě způsobovat i jiná duševní onemocnění, z oblasti psychóz, či jiných nemocí jako jsou neurózy, apod. V důsledku onemocnění se tak člověk může velice snadno dostat na okraj společnosti. A právě proto je v dnešní době kladen důraz na resocializaci a reintegraci duševně nemocných. Pro dosažení těchto cílů se pak nejčastěji používá metoda tzv. psychosociální rehabilitace.

2 Pohled na duševně nemocné z historického hlediska

Na osoby s psychickými poruchami je odnepaměti pohlíženo s pohrdáním. Společnost vždy měla problémy s jejich přijetím a respektováním jejich osobnosti. Stále existuje mnoho pověr, které vytvářejí náš názor ještě před tím, než máme možnost se s duševně nemocným člověkem setkat.

Toto postavení společnosti je pochopitelné, psychicky nemocní, se ve většině případů, odlišují, mají jiné vzorce chování a jejich jednání a reagování na situace, které prožívají, jsou jiné, než se očekává. Na zvláštnost těchto lidí často upozorňují také vizuální podněty.

Současné neakceptování psychicky nemocných je výrazně ovlivněno historickým vývojem a proto jeho přiblížení pokládám za důležité. Následující podkapitoly stručně nastíní přístupy a léčbu duševně nemocných v historii.

2.1 Péče o duševně nemocné v historii

Duševní poruchy, které se dříve nazývaly jinak (např. šílenství, posedlost d'áblem), se vyskytovaly odnepaměti ve všech obdobích a kulturách.

Přesto je historie psychiatrie poměrně krátká. Souvisí to s tím, že v minulosti (v některých kulturách i v současnosti) nebyly duševní nemoci považovány většinou za zdravotní problém, ale vázal se k nim jiný výklad.

V dějinách se často setkáváme s lidmi, kteří se chovají podivným způsobem. Jak píše Foucault (1997): „...již v řecké medicíně byla oblast šílenství alespoň do jisté míry zachycena v pojmech patologie a odpovídajících léčebných metodách“.

Západní lékařství se s posedlými snažilo pracovat. Již většina středověkých nemocnic měla lůžka, která byla určena právě pro ně, však lůžka nebyla určena pro všechny jedince trpící šílenstvím, ale byly vybírány nemocní, kteří byli považováni za léčitelné.(Foucault, 1997)

Život psychicky nemocných ve středověku byl nezáviděníhodný, společnost byla krutá a nemocní byli často upalováni a týráni a stávali se oběťmi v čarodějnických procesech. (Foucault, 1997). Z historie známe také případy vypořádání se s psychicky nemocnými tak, že byly vypraveny tzv. lodě bláznů, které potom byly vydány na pospas přírodním

živlům, nebo tzv. pochody bláznů, kdy zástupy nemocných bloudily od města k městu. (Černoušek, 1994)

Lékaři si s duševně nemocnými nevěděli rady. „Nemocný byl sprchován a koupán, aby se osvěžila jeho mysl nebo nervy, vstříkovala se mu nová krev, aby se obnovil jeho oběh, v nemocném byly vyvolávány živé dojmy, aby byl změněn tok jeho imaginace“ (Foucault, 1997).

Dobu, kdy se medicína začala odborně věnovat psychicky nemocným, nelze přesně určit. Podle Chromého (1990) ke změně dochází v 18. století, kdy v západní Evropě vznikají první internační zařízení, kde společně s chudými lidmi byli ubytováni také lidé šílení.

Za zakladatele této azylové péče, osvoboditele bláznů a šílenců z podzemních kobek je pokládán Philippe Pinel (1745-1862) Historické analýzy, ale ukázaly, že se tyto změny týkaly spíše majetných lidí, a že uvěznění bláznů v ponurých místnostech špitálů bylo nadále běžné. (Chromý, 1990)

Prosazení medicíny v této oblasti se datuje od 19. století, a to podle Chromého (1990) v souvislosti s rozvojem nemocniční medicíny.

Přelom 19. a 20. stol. byl érou psychoanalýzy - duševní choroba byla označena jako patologický výsledek konfliktních nitroduševních sil, které odráží i patologii sil společenských.

Období po 2.světové válce můžeme označit za období velké **humanizace** a začátek období psychofarmakologie. Došlo k objevu chlorpromazinu, první, opravdu účinné psychotropní látky. Po třech desetiletích se však začaly projevovat nežádoucí účinky. Nicméně je v dnešní době stále využíván společně s novými léky tzv. druhé generace. (Černoušek, 1994)

Humanizace, znamená činit lidštějším, respektovat a podporovat důstojnost člověka, jakožto svébytné duchovní i tělesné bytosti, a to ve všech dimenzích jeho života. (www.slovník-cizích-slov.cz)

Duševně nemocní byly často ponižováni nacistickou psychiatrií, totalitními režimy, či přetechnizovanou péčí v léčebnách, což se v období humanizace projevilo v mnoha důležitých deklaracích, z nichž vybírám ty, které se týkají lidských práv duševně nemocných:

Všeobecná deklarace lidských práv a svobod (OSN, 1948)

Listiny základních práv a svobod (1993)

Mezinárodní akt o občanských a politických právech (OSN, 1966)

Deklarace lidských práv duševně nemocných (Světová federace duševního zdraví, 1989)

Deklarace lidských práv a duševního zdraví (Mezinárodní federace duševního zdraví, 1989)

Havajská deklarace (Světová psychiatrická asociace, 1983)

Deklarace práv duševně postižených lidí (OSN, 1971)

Zásady ochrany duševně nemocných (OSN, 1991)

Práva pacientů (Kodex vyhlášený v ČR, 1993) (www.capz.cz)

Humanizace psychiatrie se projevovala také ze strany laické veřejnosti. Snažila se o zrovnoprávnění péče o duševně nemocné, začala poukazovat na nevyhovující etické i hmotné podmínky, negativně byla viděna především „institucionalizace“. Začalo se poukazovat na problémy vznikající z omezené medicínské péče (vycházející z biologického pojetí nemoci). Jako důsledek kritiky začala vznikat snaha o poskytování takové péče, která by respektovala duševně nemocné i jejich potřeby. Postupně se zvýrazňovalo biologicko-psychologicko-sociální hledisko duševní poruchy. Významným trendem se stala komunitní péče (komunitní psychiatrie).

Orientačně vývoj psychiatrické instituce shrnuje Černoušek.(1994):

Antická doba

- Individuální lékařská péče
- Asklépia (chrámy)
- Vyobcování šilence

Středověk

- Intuitivní péče malé komunity (příbuzenské struktury)
- Klášterní péče
- Démonologie a exorcismus-vymítání d'ábla
- Bezcílné putování (lykantropie)
-

Renesance

- Svoboda projevu šílenství x lodě bláznů
- Velké uvěznění
- Špitály, věže bláznů, nápravné instituce
- Všeobecná nemocnice

Novověk

- Úsvit psychiatrické léčebny

Současnost

- Postupná diferenciacie ústavní péče
- Psychoterapie
- Psychofarmakologie

Z tohoto stručného přehledu vyplývá, že psychicky narušené osoby byly často vystaveny tvrdým a nelidským perzekucím. O péči z lékařského nebo sociálního hlediska nemohla být po celá staletí vůbec řeč. Naproti tomu, v každém období vedle péče institucionální existovala i péče individuální, v dnešním slova smyslu komunitní. Postupně však převládl směr institucionální péče, který až v poslední krátké době nahrazuje vznik komunitních zařízení.

2.1.1 Péče o duševně nemocné v historii v ČR

V Čechách a Moravě byl vývoj péče o duševně nemocné velmi podobný jako v ostatních částech Evropy. Až do konce 18. století bylo zacházení s duševně chorými na úrovni středověku (Vencovský, 1983). Podle něj bylo běžné trestat duševně nemocné za jejich „zločiny“ proti právu a morálce v plné šíři, neboť byli plně odpovědní za své činy. Lidé trpící šílenstvím se tedy často ocitali ve věznicích, a výjimkou nebyvaly ani hrdelní tresty. Stejně jako v celé Evropě, se bývali duševně nemocní obětmi v čarodějnických procesech.

I na našem území, dávno před vznikem nemocniční péče, existovala zařízení, která jim péči věnovala. Byly to hlavně špitály, které byly zřizovány převážně při kláštrech.

Roku 929 vznikl první špitál v řeholní nemocnici Panny Marie před Týnem (Vencovský 1983).

Jak uvádí Mühlpachr (2001), všichni duševně nemocní na tuto péči nárok neměli. Přijímání byli především ti, kteří za tuto službu mohli platit. Ale o léčbě se nedalo hovořit, nemocní byli ponecháni svému osudu a za branami špitálu byli pouze chráněni před posměšky a šikanováním ostatní společnosti.

„Počátek skutečné péče o duševně nemocné v Čechách můžeme položit do roku 1783, kdy císař Josef II. dvorním dekretem z 19. března 1783 nařídil, aby při nemocnici milosrdných bratří v Praze bylo zřízeno oddělení pro duševně choré kněze, a věnoval tomuto řádu stavební objekty, z jejichž prodeje bylo možno uhradit finanční náklady na výstavbu nového traktu, určeného výhradně pro ošetřování duševně chorých“ (Vencovský, 1983).

Oddělení pro choromyslné mělo dobré vybavení a o nemocné se staral odborný personál a jak Vencovský dále uvádí, počet nemocných v něm často přesahoval naplánovanou kapacitu, byli přijímáni nejen lidé z Prahy, ale i z okolí.

V 19.stol., docházelo v pražské nemocnici v oblasti péče k velkým změnám. Prostory nemocnice se měnily, aby prostředí bylo lidštější a docházelo k naplňování sociálních potřeb nemocných.

Vencovský (1983) uvádí tyto pozitivní prvky v péči o pacienty:

- byl zajištěn dostatečný počet zřízenců, kteří si k nim nemohli dovolit žádné nepřístojnosti, jinak byli postiženi disciplinárním řízením,
- pokoje byly vymalovány jako běžné obytné místnosti,
- jako součást léčebné kúry byla ordinována práce a v souvislosti s tím byly zřizovány pracovní dílny jako např. knihařská a tkalcovská,
- hospitalizovaní s vyšším vzděláním a nadáním měli k dispozici literaturu, ve které se mohli dále vzdělávat, a to i literaturu cizojazyčnou,
- mohly být rozvíjeny i jiné schopnosti pacientů, např. vloh v oblasti malířství a jiných uměleckých odvětví,
- pro obveselení byly v zahradě, která se nacházela v areálu nemocnice, zřízeny kolotoče, kulečnick, střelnice s míčem a dokonce vinice, na které nemocní mohli pěstovat vinnou révu,
- v ústavu probíhaly taneční zábavy, masopustní radovánky a jiné společenské události, jejichž přímými účastníky byli i nemocní,

- pro potřebu nemocných byly zakoupeny hudební nástroje, karetní a jiné hry,
- v ústavní kapli byly pořádány bohoslužby,
- pacienti se mohli zdokonalovat během školního vyučování pořádaném právě pro ně např. v zeměpise, historii nebo literatuře.

Zde je patrná jistá míra humanizace psychiatrické péče. Otázkou však je, jak byly tenkrát tyto činnosti uváděny do praxe, kteří pacienti se jich účastnili, kdo se jim věnoval, zda šlo pouze o vyplnění volného času, nebo zde již byl brán v potaz léčebný účinek těchto činností. Myslím, že v polovině 19. století, nemohl být proces spolupráce natolik propracovaný, neboť, potřebám nemocných nebyl dáván takový význam, jako dnes.

Psychiatrická péče se nadále rozšiřovala a rozvíjela. Vznikaly další nemocnice mimo území Prahy, v letech 1863 až 1928 bylo postaveno šest nových velkých nemocnic s 6300 lůžky (Höschl, 1997), které dodnes slouží svému účelu.

Ve 20. století, byl vývoj psychiatrické péče srovnatelný s vývoj ve světě. Psychiatrie se postupně specializovala a vyhranila jako vědní obor .

V 50. letech však došlo vlivem komunistického režimu k jejímu úpadku. Komunistická ideologie tvrdě potírala inovační myšlenky a bránila jejím autorům v práci a v prezentaci výsledků. Jak uvádí Höschl (1997), v naší zemi se pozitivně rozvíjela hlavně biologická psychiatrie a v jejím rámci vznikla řada nových psychotropních léků světové úrovně.

Během 20.stol. se výrazně rozšířil systém ambulantní péče a v nemocnicích, vznikala další specializovaná oddělení, která se začala zabývat rehabilitací duševně nemocných.

Od 80. let se začaly prosazovat snahy o ochranu a podporu duševního zdraví, které přispěly ke vzniku různých programů a organizací.

- Národní program obnovy a podpory duševního zdraví (MZČR, 1991)
- Národní program duševního zdraví (MZ ČR, 1995)
- Koncepce oboru psychiatrie (MZ ČR, 2000)
- Při MZ ČR byli zřízeni:
- Rada pro duševní zdraví
- Centrum pro rozvoj duševního zdraví

2.2 Současné formy péče o duševně nemocné

2.2.1 Lůžková péče

Má u nás dlouholetou tradici. Od druhé poloviny 19.stol., se v Čechách stavěly velké psychiatrické léčebny mimo velká města s odůvodněním, že duševně nemocní potřebují čistý vzduch a práci v zemědělství. Na Moravě vznikaly psychiatrické léčebny později. Většinou ve větších městech, poblíž všeobecných nemocnic

○ Psychiatrické léčebny (PL)

Jsou různě veliké, od 100 do 1800 lůžek. Mají sloužit především pro dlouhodobé léčení všech typů duševních poruch. PL se obvykle dělí na řadu specializovaných oddělení. (přijímací, rehabilitační, gerontopsychiatrické, pro léčbu závislostí, sexuologické, soudní psychiatrie). (informační leták PL Kosmonosy)

Služby, které psychiatrická léčebna nabízí, jsou především zdravotnická péče, ambulantní péče, psychoterapie, režimová léčba a rehabilitační péče)

○ Psychiatrická oddělení nemocnic

Pro akutní léčbu všech druhů psychických poruch v současné době slouží psychiatrická oddělení nemocnic, protože jde o menší celky. Hospitalizace v těchto odděleních je mnohem kratší než v PL. Zatímco se průměrná délka hospitalizace v PL pohybuje kolem 130 dnů, na těchto odděleních je to něco málo přes 30 dnů. Už to ukazuje, že v nemocničních odděleních jsou hospitalizováni předem pacienti ke krátkodobým pobytům. Obvykle jde o první ataky onemocnění.

Po roce 1990 se nastolil trend redukce psychiatrických lůžek. V současné době je v ČR asi 112 psychiatrických lůžek na 100 000 obyvatel, přičemž 80 % z nich se nachází ve velkých psychiatrických léčebnách (Probstová, Pfeiffer, Pěč, 2000). Autoři k lůžkové péči uvádějí: „Léčebny jsou z počátku století, hygienické podmínky pacientů jsou často dosti nevyhovující. Péče je fyzickým i personálním vybavením značně limitována. Používání restriktivnějších metod je pak ve srovnání s „evropskými“ poměry častější. I z těchto důvodů je péče ve velkých psychiatrických zařízeních stále relativně levná, cca 500–700 Kč na lůžko a den. Úroveň lidských práv není vždy na dostatečné úrovni.“

2.2.2 Ambulantní psychiatrická péče

K ambulantní formě této autoři uvádí: „... velká část ambulancí je privatizovaná, pod tlakem výkonového systému vypadla řada dříve běžných aktivit, psychiatři pracují samostatně, bez sestry a sociální pracovnice ... V řadě případů se péče o složitější pacienty spíše zhoršila“. (Probstová, Pfeiffer, Pěč, 2000)

Ambulantní psychiatrická péče dosáhla v posledních letech velkého rozvoje. Po 2 světové válce v ČR psychiatrické ambulance prakticky neexistovaly, v současné době jich je kolem 750. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004)

Růst počtu psychiatrických ambulancí je dán skutečností, že v současné době žije v ČR zhruba 100 tisíc lidí s diagnózou psychóza (což odpovídá asi 1% výskytu v populaci). S ambulantní péčí souvisejí také psychologické ambulance a poradny, centra duševního zdraví a krizová centra, linky důvěry. Ty klientům s duševním onemocněním nabízí, ambulantní léčbu, psychoterapii, resocializační programy, pomoc v akutní krizi a při akutním vzplanutí nemoci, psychologické a psychiatrické vyšetření.

2.2.3 Intermediární péče

Zakládání tzv. intermediárních zařízení jako jsou, chráněné dílny, bydlení a zaměstnání, domácí péče, asistence, denní sanatoria apod. u nás zaznamenáváme od 80. let. Tedy v době, kdy se věnuje zvýšená pozornost novým modelům péče o duševně nemocné na celosvětové úrovni (WHO – Program péče o duševní zdraví, 1973).

Cílem je vyvést chronicky duševně nemocné (pokud je to možné) z léčeben a jejich následná resocializace. V ČR je hospitalizováno kolem 6000 osob déle než 1 rok. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004)

Intenzivní vývoj těchto zařízení nastal po roce 1989.

Lůžková oddělení a ambulance pracují v převážné míře s psychofarmaky, což je jejich typická léčebná metoda, mimonemocniční organizace naproti tomu více pracují s potřebami nemocného a snaží se o jeho zařazení do společnosti. Poskytují zejména sociální služby, jejichž cílem je v nepříznivé sociální situaci:

- zůstat součástí přirozeného společenství,
- žít běžným způsobem

- zachovat a rozvíjet důstojný život uživatele těchto služeb
 - snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.
- (Čermáková, Johnová, 2002)

Tato zařízení využívají metody psychosociální rehabilitace např. psychoterapie, socioterapie, práce s rodinou psychicky nemocného, případové vedení, psychoedukační programy apod. (Možný 1999, Malá, Pavlovský 2002).

Další vývoj v péči o psychicky nemocné by měl podporovat deinstitutionalizaci, což znamená přesun léčby z institucí (léčeben) do přirozeného prostředí, a využívání podpory zdravotních a sociálních systémů. Současně by se měl snižovat počet lůžek v tradičních institucích a naproti tomu vzniknout nová mimoústavní(komunitní) zařízení. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005) Obecně by měla léčba být vysoce individualizovaná a zacílená. Měli by se na ní podílet nejen psychiatři, ale členy terapeutického týmu by měli také být psycholog, zdravotní sestra, sociální pracovník a pracovní terapeut.

2.3 Přehled používaných forem terapie

2.3.1 Psychiatrická farmakoterapie

Skupinu léků, které potlačují psychotické příznaky nazýváme antipsychotika (neuroleptika), přinášejí nemocnému rychlou úlevu od nepříjemných stavů a zabraňují návratu onemocnění.

Od počátků léčby farmaky se užívá tzv. **klasických antipsychotik**, jejichž užívání sebou nese zvýšený výskyt nežádoucích příznaků. Dnes už se ve větší míře používají tzv. **atypická antipsychotika**(druhá generace). Ta mají zvýšený léčebný účinek, a tolik nezatěžují nemocného nežádoucími příznaky.

Společným účinkem je blokáda dopaminových blokátorů v mozku. Léčbu provází mnohé vedlejší účinky, – extrapiramidové - parkinsonismus – svalová ztuhlost, třes, dystonie – svalové křeče, dyskineze, sedativní - celkový útlum, problémy se sexualitou - pokles libida, poruchy erekce a ejakulace, přibývání na váze, zácpa ospalost apod., které jsou nepříjemné a mohou způsobit odmítání léků. Důležité je, ale vědět, že většina vedlejších příznaků se dá přídatnou medikací, změnou dávky nebo životosprávy eliminovat.

Skupiny dnes používaných léků:

- Klasická antipsychotika(neuroleptika)

Cisordinol, Dogmatil, Haloperidol, Moditen, Tisercin, Chlorprothixen

- Atipická antipsychotika

Leponex, Risperdal, Solian, Zeldox, Zyprexa

- Anxiolytika – léky proti úzkosti a napětí

- antidepresiva – léky proti depresím

- hypnotika . léky proti nespavosti (Praško, Bareš, Horáček a kol., 2005)

2.3.2 Nefarmakologická biologická léčba

Elektrokonvulzivní (elektrošoková) terapie (dnes se jí užívá v malé míře), psychochirurgie, fototerapie, spánková deprivace, akupunktura, léčba přípravky z léčivých bylin (třezalka) atd.

2.3.3 Psychoterapie

Psychoterapie je léčebná metoda(proces sociální interakce), při které se snažíme psychologickými prostředky ovlivňovat nemoc. Má odstranit nebo zmírnit potíže a podle možnosti odstranit i příčinu.

V jejím průběhu dochází ke změnám v prožívání a chování nemocného. Psychoterapii by měla provádět kvalifikovaná osoba.(Kratochvíl, 1998)

Psychoterapie navozuje žádoucí změny, a tak podporuje uzdravu, či znesnadňuje vznik a rozvoj určité poruchy zdraví“ (Vymětal, 2003). Hlavní roli zde hraje komunikace a vztah terapeut-pacient. Jak uvádí Radimský a kol. (2001), podněty mohou být předávány verbální i neverbální formou komunikace, direktivním či nedirektivním přístupem. Může mít formu individuální, skupinovou či rodinnou. Může probíhat krátkodobě či dlouhodobě (Chodura, 1998).

Psychoterapie dosáhla velkého rozkvětu vyvinula se do mnoha přístupů:

- **Psychoedukace** – je součástí komplexní terapie. Cílem je poskytnout nemocným podporu, poskytnout informace o onemocnění a seznámit je se zásadami předcházení dalších relapsů. (Esprit 4/2004)

○ **Kognitivně - behaviorální terapie** – je zaměřena na zevní pozorovatelné projevy a příznaky, které považuje za špatně naučené chování, a které je potřeba se odnaučit. Další technikou je **averzivní terapie**, kdy si pacient spojuje příznak s nepříjemným podnětem. Je často používána při léčbě alkoholismu. **Desenbilizace** se nejčastěji používá k léčbě fobií. Pacient se učí být lhostejný k jemu nepříjemným podnětům. zvládnutí pozůstatků některých příznaků odeznívající psychotické nemoci (reziduálních příznaků).

○ **Racionální psychoterapie** – je založena na logické argumentaci a přesvědčování, ovlivňuje především rozum, soudnost a kritičnost, má navodit pozitivní životní zaměření, zbavit pacienta myšlenek na jeho onemocnění.

○ **Individuální psychoterapie** – jedná se o psychoanalytickou terapii. Klienti zde mohou řešit problémy, které by mohli sloužit jako psychologický spouštěč psychózy, může zlepšit pacientovu kontrolu nad svým chováním. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004)

○ **Skupinová psychoterapie** – pacientům přináší možnost vidět problémy druhých a pochopit, že není sám, a že jeho problémy nejsou ojedinělé. V rámci bezpečného prostředí skupiny, si nemocný může vyzkoušet nově nabytého způsobu chování. Techniky užívané v průběhu skupinové psychoterapie jsou psychodrama, psychogymnastika, muzikoterapie, arteterapie.

○ **Pracovní terapie** – udržuje pacientovo sebevědomí a perspektivu, učí se novým dovednostem. Nemělo by se však jednat pouze o aktivity ve smyslu „vyplnění“ volného času.

2.3.4 Komunitní terapie

Pojetí komunity je v dnešní době chápáno různě, jelikož neexistuje její jednotná definice. Termín komunita (community) je převzat z anglosaské literatury a v češtině znamená společnost, organizaci, sociální systém. Hartl definuje komunitu jako místo, kde člověk může získat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě. (Hartl, 1997)

Terapeutická komunita (TK) je podle Hartla specifickou formou organizace léčebné instituce, založené na komunikaci všech členů, kde se všichni aktivně podílí na svojí léčbě a spolurozhodují o chodu komunity. Významnou složkou léčby je terapeutické

prostředí komunity a vztahy v ní. Život v komunitě, je v mnohém podobný životu „venku“, ale klientovi je zde poskytnut chráněný prostor pro učení a osvojování si správným vzorcům chování. Terapeutická komunita může fungovat buď samostatně či jako jeden z programů psychoterapeutické péče v psychiatrické léčebně. Pobyť v terapeutické komunitě má pomoci klientům obnovit sociální dovednosti, které kvůli nemoci ztratili a připravit je pozvolnému začlenění se do „normální“ společnosti, případně k využití náročnějších stupňů komunitní péče (chráněného bydlení, apod.). Je opakem péče institucionální (péče v ústavu). Komunitní péče je novým systémem, který sice využívá prvky z institucionální péče, avšak určuje jim pozměněnou roli.

Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a uspořádán tak, aby pomohl i lidem s vážnějším psychickým postižením, žít v podmínkách běžného života co nejspokojivějším životem. (Höschl, Libiger, Švestka, 2004)

S ohledem na cílovou skupinu duševně nemocných lze pro vysvětlení komunitní péče užít Hejzlarovu definici: „Komunitní péče je široké spektrum služeb alternativní podpory, individualizované péče a ochrany ve společnosti. Jejím cílem je ušetřit duševně nemocné utrpení z odmítání a izolace a umožnit jim žít plnohodnotný život.“ (Hejzlar, 2002)

V současné době je tedy nežádoucí, aby pacient setrval v psychiatrické léčebně déle, než je nezbytně nutné a usiluje se spíše o to, aby se člověk co nejdříve vrátil do svého původního, přirozeného prostředí. Lidé, kteří jsou dlouhodobě hospitalizováni, se mohou stát na nemocničním prostředí závislími, může u nich dojít k rozvoji tzv. hospitalizačního syndromu – **hospitalismu**. Dlouhodobá hospitalizace také zapříčiňuje izolovanost, může způsobovat obavy z okolního světa a s ním spojený pokles sebevědomí a sociálních dovedností. Po propuštění z dlouhodobé hospitalizace lidé často nemají dostatečně silné vazby na původní komunitu. často jsou bez práce a možnosti bydlení. Avšak ani návrat domů nemusí být jednoduchý. Závažné duševní poruchy, jsou často zátěží pro celou rodinu a ne každá rodina je schopna a chce se o svého duševně nemocného člena starat. Proto je nutné: „...mu zajistit prostředí, které je schopen zvládnout s odpovídající podporou a péčí. Jinak hrozí sociální izolace, bezdomovectví či dlouhodobá hospitalizace.“ (Šupa, 2006)

Hejzlar uvádí principy, jež by měly být pro komunitní péči závazné: „služby mají jasně definovanou cílovou populaci, jsou snadno přístupné, jsou různorodé a doplňují se,

preskripce služeb je individualizovaná, systém péče je flexibilní, funguje komunikace a koordinace mezi různými poskytovateli služeb, funguje kontinuita na úrovni vztahu klient – nositel péče, klient je partnerem v provozu služeb, služby reflektují kulturní realie klientů“ (Hejzlar, 2002)

Komunitní péče by pak měla zahrnovat koordinaci těchto služeb a zařízení: (Šupa, 2006)

- Chráněné bydlení
- Chráněné pracoviště
- Sociální centra – centra denních služeb a denních aktivit
- Poradny
- Krizová centra
- Psychoterapeutická pracoviště
- Terapeutické komunity
- Svépomocné skupiny
- Case management-případové vedení
- Terénní práce
- Domácí péče

Komunitní péče o duševní zdraví je účelný systém, který sdružuje všechny služby, jež napomáhají podpoře a rozvoji duševního zdraví členů komunity.

Největší důraz je kladen na to, aby existovala dokonalá propojenost a návaznost poskytované péče, a existuje rychlý způsob výměny informací mezi všemi komunitními službami. Pracovníci musí znát potřeby obyvatel, což není možné bez aktivního propojení obyvatel se službami. Zpětná vazba o výsledcích jednotlivých programů, způsobů léčby a služeb je samozřejmostí. Bez této vazby není možno účelně plánovat. (Hartl, 1997))

Hejzlar ve své práci dále uvádí, že využívání komunitních služeb má velký vliv v oblasti udržení kvality života duševně nemocného člověka. V některých oblastech pak může dojít dokonce ke zlepšení kvality života, např. v oblasti vzdělání či sociálních kontaktů.

○ **Kvalita života**

Pojem **kvalita života**: „...v nejširším významu označuje soubor podmínek i náplní klientova života, které pro něj představují nejvýznamnější hodnoty (zdraví, materiální

podmínky existence včetně životního prostředí, denní aktivity, mezilidské vztahy aj.)...kvalita života nemůže být posuzována nezávisle na subjektu, kterého se týká.” (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

V současnosti se tak v oblasti sociální práce začíná preferovat zásada začínat vždy od klienta. Tento přístup je reakcí na dřívější přístup ke klientům, jejichž zájmy se často podřizovaly zájmům ústavů, bez ohledu na jeho potřeby. Ústav byl dříve pro klienta jakýmsi umělým prostředím, přičemž však nebyl brán ohled na to, jak může toto prostředí ovlivnit klientův svět. Výsledek této totální náhrady klientova prostředí je dnes popisován jako „hospitalismus”. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

○ Respekt přirozeného světa klienta

V souladu s touto zásadou se jako základ sociální práce objevuje respektování klientova přirozeného světa.(Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

„Cílem péče o osoby s duševními poruchami je co nejvíce podpořit schopnosti pacienta a jeho přirozeného zázemí tak, aby nemocný byl schopen se sám co nejvíce vypořádat se svými obtížemi. Snahou je napomoci osobám s duševní poruchou k dosažení produktivního a subjektivně uspokojivého života v co nejpřirozenějších podmínkách.“ (Koncepte oboru psychiatrie, 2001, str. 2)

V dnešní době již tedy není možné poskytovat kvalitní sociální služby, aniž by byla vyhodnocena klientova situace a jeho potřeby. Podrobné hodnocení je potřebné zejména tehdy, pokud je klientovi nabízen pobyt v ústavu nebo právě v chráněném bydlení, protože využitím těchto služeb se klient ocitá ve zcela novém prostředí, ve kterém se klient může pohybovat a věnovat se svým aktivitám. Péče, která je poskytována prostřednictvím pobytových služeb v některé z institucí totiž výrazně ovlivňují klientův svět.(Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

2.3.5 Sociální rehabilitace

Klienti trpící duševním onemocněním se často potýkají s invalidizací, ztrátou pracovního zařazení, narušením mezilidských vztahů a mnohdy se rozpadá i rodina. Při propuknutí nemoci, je potřeba klienta zklidnit psychofarmaky, a jakmile jeho psychické a tělesné schopnosti dovolí, nastupuje rehabilitace. Klienta se snažíme zapojit do

pracovního, kulturního a tělovýchovného programu. Důležité jsou i návštěvy rodiny a přátel, snažíme se pacienta podporovat v jeho běžných životních zvyklostech (Malá, Pavlovský 2002).

Cílem sociální rehabilitace je, aby se jedinec po prožitém duševním onemocnění, co nejdříve a nejlépe zapojil do běžného života. tzv. resocializace. Někdy se pro tento proces používá termín socioterapie (Radimský a kol. 2001). Resocializace má za úkol vrátit pacientovi jeho dřívější pracovní výkonnost a společenské postavení, příp. zabránit tomu, aby tyto aspekty jeho života byly ohroženy. Proto je velmi důležité pracovní zapojení klienta, zvláště u dlouhodobých nebo trvalých hospitalizací, neboť, jak uvádí Malá, Pavlovský (2002): „...nudící se, bezcílně se potloukající pacienti zvolna degradují na zcela pasivní bytosti, jejichž zájem se omezuje jen na jídlo a kouření.“

Součástí socioterapie je také tzv. chráněné bydlení, kde klienti žijí pod dohledem odborných pracovníků a učí se samostatnému způsobu života. Podobný význam mají také léčebně-výrobní dílny, tzv. chráněné dílny, kde jsou zaměstnáváni klienti ohrožení sociálním vyloučením (Malá, Pavlovský, 2002).

V dalších kapitolách již ve svém výkladu opustím péči o psychicky nemocné, kterou jsem považovala za nutné uvést, aby práce představila téma v jeho celistvosti. V dalším textu se již budu podrobně věnovat klientovi s psychickým onemocněním. Pokusím se nastínit jeho problémy, jeho postavení v rámci společnosti, jeho potřeby.

3 Duševně nemocný a jeho problémy

3.1 Hospitalizace v psychiatrické léčebně

Pobyt v léčebně sebou přináší mnohé důsledky zdravotní, psychologické a sociální. Nejedná se bohužel pouze o pozitiva, ale také o mnohá negativa. Díky nevhodnému prostředí často dochází k poškození v psychosociální oblasti klienta (často označované za příznaky duševních nemocí) a ke ztrátě dovedností k běžnému životu po návratu z léčebny.

Hospitalizace může být buď dobrovolná, nedobrovolná, očekávaná, nebo se děje náhle bez jakékoliv přípravy. V psychiatrické léčebně se vyskytují nemocní, kteří tuto skutečnost zažívají poprvé a také nemocní, kteří jsou v léčebně již poněkolidáté. Záleží na schopnosti pacienta vnímat realitu a svět kolem sebe na základě toho každý z klientů prožívá svoji situaci silně individuálně.

Režim a organizace péče v nemocnicích u nás je poměrně striktně stanovena a jak bude pojednáno v dalším textu, může být jednou z příčin problémů zejména dlouhodobě hospitalizovaných pacientů. Pacienti v psychiatrických léčebnách se v mnohém chovají stejně jako pacienti v jiných zařízeních. Reakce pacienta na hospitalizaci může nabývat nejrůznějších podob. Vymětal (2003) uvádí tyto možné způsoby:

- rezignuje – prožívá se jako bezmocný, závislý, nastává regrese,
- zdánlivě se přizpůsobí, avšak pravidla narušuje (např. tajně kouří, léky užívá nepravidelně či vůbec),
- protestuje a zařadí se mezi „obtížné“ pacienty kritizuje, stěžuje si apod.,
- omezení přijímá jako přechodná a nutná, bez větších problémů se adaptuje, což je případ většiny nemocných.

○ Hospitalismus (institucionalizační syndrom)

Jedním z nejvýznamnějších problémů související s dlouhodobým umístěním jedince v léčebném či jiném zařízení je hospitalismus. Podle Mühlpachra (2001) je to „...stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázené snižující se schopností adaptace na neústavní život.“

Matoušek a kol. (2005) doplňuje, hospitalismus vzniká kombinací vlivů duševního onemocnění a prostředí kde je péče vykonávána, projevuje se ztrátou aktivity a iniciativy, apatií, poddajností, ztrátou zájmů a vyjadřování pocitů.

Nemocný se přizpůsobuje chodu zařízení, odmítá ho opustit, plní pokyny personálu a za tuto „poslušnost“ získává výhody. Během dlouhodobého umístění v ústavu se plně identifikuje se společenstvím nemocných. Výsledkem je snížení pracovních a sociálních dovedností, jehož dovršením je tzv. syndrom sociálního selhání. K prevenci vzniku hospitalismu je nutné přijímat opatření v rámci celého komplexu psychiatrické rehabilitace. „Podkladem pro vznik hospitalismu, který je jen odpovědí na podmínky života, jsou závady v organizaci a režimu, který izoluje od okolního života, nestimuluje, eventuálně i potlačuje aktivitu, dokonce i jedinečnost projevu osobnosti. K tomu zvláště napomáhá pevný a přísný režim, pěstovaný rigidním, autoritativním personálem, především z řad sester“ (Radimský a kol. 2001).

Psychicky nemocní pacienti jsou v té nevýhodě, že se setkávají v životě s velkou řadou omezení, s nepochopením ze strany většinové společnosti, ocitají se v mnohých případech právě na okraji společnosti, reálně jim hrozí tzv. syndrom sociálního vyloučení. O něm více pojednám v následující kapitole.

3.2 Stigmatizace

Stigma nebo-li znamení hanby (www.slovník-cizich-slov.cz)

Označení psychicky nemocného jakýmsi pomyslným cejchem. Sociologové popisují tento jev jako: *stereotyp duševně nemocného*. Duševně nemocný je díky tomuto stereotypu nazýván líným, nespolehlivým, člověkem se kterým raději nekomunikovat, protože je schopný všeho.

Nemocný, který je hospitalizován na psychiatrii a označen za psychiatrický případ má velmi zhoršený návrat do normálního života. Ve svém okolí má častou nálepku „blázna“ a každý jeho projev je hodnocen drobnohledem. Umím si představit, jak se tento člověk začleňuje zpět do zaměstnání i běžného života. Většinou má změněné kognitivní funkce (snížená pozornost, koncentrace, potíže s komunikací), proto by bylo zvláštní, kdyby někdy neselhal. Tato selhání jsou brána zdravou populací

jako projev jeho bláznovství. Nemocní pak mají sami tendenci se podceňovat a vnímají se jako nehodící se do tohoto světa, což vede k depresím. (Esprit 11/2002)

3.3 Syndrom sociálního vyloučení

Jev sociálního vyloučení sužuje poměry v české společnosti stejně jako každou jinou zemi. Existují rizikové skupiny obyvatelstva, které jsou jím bezprostředně ohroženy. V České republice patří mezi skupiny obyvatel nejohroženější sociálním vyloučením zejména:

- romské etnikum,
- migranti,
- osoby se zdravotním postižením,
- jedinci izolovaní.

Mezi jedince izolované jsou řazeni mladí lidé, kteří se ocitli mimo svoji rodinu, jsou na útěku, mladí lidé, kteří v 18 letech opouští dětské domovy, osamělé ženy s malými dětmi a těhotné ženy bez rodiny, osamělí staří lidé, alkoholici, patologičtí hráči, propuštění vězni, lidé HIV pozitivní aj. (Kotýnková, 1999)

K izolovaným jedincům lze dle Kotýnkové (1999) přiřadit také jedince, neschopné si vytvořit interpersonální vztahy, trpící často duševními poruchami.

Jedním z řešení, jak sociální izolaci eliminovat, je vytvoření podpůrné sociální sítě. „Sociální sítě se rozumí soubor všech k danému jedinci zaměřených podpůrných dyadických vztahů v rámci relativně větší skupiny lidí. Příkladem může být vztah celého personálu nemocničního oddělení k pacientovi na oddělení“ (Křivohlavý, 2001). Jak jsem již dříve naznačila, existují dnes již organizace, které se psychicky nemocným aktivně věnují a snaží se právě jejich problémy se začleněním do společnosti řešit.

4 Poskytovatelé sociálních služeb

Mezi poskytovatele sociálních služeb patří zejména obce a kraje, které vytvářejí vhodné podmínky pro rozvoj sociálních služeb a to zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení. Sami zřizují organizace poskytující sociální služby. Dalším typem poskytovatele jsou nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí široké spektrum služeb. Zřizovatelem může být i Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Sociální služby zahrnují dle zákona zejména sociální poradenství, sociální péči a sociální prevenci. Jelikož se ve své bakalářské práci zabývám chráněným bydlením, které je definováno v zákoně o sociálních službách jako služba sociální prevence, zajímá mě především význam sociálních služeb tohoto druhu.

„Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osobám, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života, vedoucí ke konfliktu se společností.“ (Z. o sociálních službách, 2006) Pokud budeme mluvit o druzích sociálních služeb, je třeba je rozeznávat podle různých kritérií. Zákon rozeznává různé druhy zařízení: centra denních služeb, denní, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy pro osoby s chronickou duševní nemocí nebo se závislostí na návykových látkách, chráněné bydlení, azylové domy, domy na půl cesty, zařízení pro krizovou pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, terapeutické komunity, sociální poradny.

Rozlišujeme také sociální služby pobytové, ambulantní a terénní. Pobytové služby jsou spojené s ubytováním v zařízeních poskytující sociální služby. Ambulantní, takové, jejichž součástí není ubytování a klient za těmito službami dochází, je doprovázen nebo je dopravován.

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Kontrola takto poskytovaných služeb se nazývá inspekce poskytování sociálních služeb a jejím předmětem je nejčastěji kontrola plnění povinností poskytovatelů- např. registrace služby, či kvalita poskytování služby. A právě kvalita plnění služby je definována jako soubor standardů. Standardy se zabývají kvalitativní povahou

poskytovaných služeb, tím jak jsou zabezpečeny podmínky ve službě, jak jsou chráněna práva a důstojnost uživatelů a jak jsou naplňovány cíle služby.(Čermáková, 2002)

Uživatelé sociálních služeb jsou obecně lidé v nepříznivé sociální situaci. Jde o situaci, ve které se nacházejí, jestliže pro svůj věk, ztrátu soběstačnosti, pro nemoc, zdravotní postižení, krizovou situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů nejsou schopni uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou jinak zabezpečeny. Tito lidé jsou ohroženi sociálním vyloučením a k tomu, aby zůstali součástí společnosti a mohli se aktivně podílet na jejím životě potřebují podporu. Jednou z organizací, která se poskytováním sociálních služeb zabývá, je Fokus - sdružení pro péči o duševně nemocné.

Ucelený přehled poskytovatelů a dostupných služeb, v rámci péče o duševně postižené, uvádím v **Příloze č. 2.**

4.1 O.s. Fokus jako poskytovatel péče o duševně nemocné

4.1.1 Vznik organizace

„V 60 letech 20. století začaly vznikat první pochybnosti o tradiční medicínském přístupu k duševně nemocným. Přes velké úspěchy, které přinesly objevy nových léků, se ukazovalo, že léčení duševně nemocných v separaci od zdravé společnosti v psychiatrických nemocnicích a léčebnách může být překážkou v jejich návratu do původních sociálních vztahů, z nichž byli vytrženi nejen nemocí, ale i hospitalizací. Být zdravý je pro část duševně nemocných nedosažitelný cíl. Přesto mohou žít jako zdraví lidé. Ale ani cesta k tomuto cíli nebývá zcela snadná a krátká a někdy není bez pomoci ostatních možná.“(www.fokus-mb.cz)

Občanské družství Fokus je asi nejznámější organizace, která poskytuje lidem s duševním onemocněním podporu a pomoc při začleňování se do běžného života. Snaží se svým klientům pomoci k tomu, aby byli schopni fungovat a dosahovat úspěchů v prostředí, které si sami vybrali k životu. Cílem je, aby klienti dosáhli co nejvyšší nezávislosti a využívali trvalou profesionální podporu v co nejmenší míře. Fokus – Sdružení pro péči o duševně nemocné je střešní organizací 8 Fokusů, působících v

České republice – Fokus Praha, Fokus Mladá Boleslav, Fokus Ústí nad Labem, Fokus Vysočina, Fokus Liberec, Fokus Turnov, Fokus Tábor, Fokus Písek

Fokusy byly první organizace na poli péče o duševní zdraví. Dohromady tvoří silnou, úzce spolupracující skupinu, která usiluje především o kvalitu služeb pro duševně nemocné a jejich další rozšíření.

Cílem Fokusu je pomoci dospělým lidem s duševním onemocněním žít plnohodnotný život ve společnosti. Za tímto účelem Fokus rozvíjí široký vějíř služeb sociální a pracovní rehabilitace, které směřují k obnově sebedůvěry a praktických životních dovedností duševně nemocných. Snaží se těmto lidem zpřístupnit služby a připravit je na podmínky běžného života, poskytovat jim podporu a naslouchat jejich potřebám. V péči o duševně nemocné klade důraz na:

- komplexní komunitní péči
- minimalizaci restriktivních opatření
- ochranu práv psychicky nemocných.

Působí také v odbourávání předsudků veřejnosti vůči duševně nemocným a snaží se je v tomto ohledu vzdělávat a informovat. Cílem je, aby každý klient odcházel vyrovnanější, silnější ve svých vlastních schopnostech, lépe vybavený pro praktický život, a aby jeho život v celé jeho přirozené komunitě (rodina, přátelé, bydliště, zaměstnání, apod.) byl více harmonický.

4.1.2 Poslání sdružení

Občanské sdružení Fokus Mladá Boleslav je dobrovolným nepolitickým sdružením psychiatrů, psychologů, sociálních pracovníků, uživatelů služeb a jejich příbuzných a blízkých. Nestátní nezisková organizace humanitárního zaměření poskytující sociální služby dlouhodobě vážně duševně nemocným v regionech. Poskytované služby tvoří celek, který bývá označován jako komplexní psychiatrická rehabilitace. Cílem těchto služeb je zvýšení kvality života klientů, zvýšení jejich nezávislosti a snížení potřeby psychiatrické hospitalizace. Veškeré služby jsou poskytovány na základě dobrovolného rozhodnutí klienta.

4.1.3 Cíle sdružení

Fokus chce umožnit lidem s psychickými potížemi komplexní rehabilitaci, poskytnout jim příležitost k nalezení ztracené sebedůvěry a vrátit jim rovnoprávné postavení ve společnosti.

Za více než deset let vznikla řada rehabilitačních programů, které vycházejí z individuálních potřeb klienta. Při léčení duševně nemocných se někdy používá "nedobrovolná léčba" "Nedobrovolná rehabilitace" neexistuje. Do programů poskytovaných Fokusem vstupují klienti výhradně na základě svého rozhodnutí a mohou z nich také kdykoliv odejít.

Sdružení Fokus nabízí svým klientům tyto služby:

- odborné sociální poradenství
- sociální rehabilitaci
- sociálně terapeutické dílny
- chráněné bydlení
- podporované samostatné bydlení

4.1.4 Služby poskytované o.s. Fokus

V současné době o.s.Fokus poskytuje čtyři chráněné dílny s kapacitou 60 míst (zahradnická, knihařská, šicí a ubytování v Mnichově Hradišti), diagnostickou bazální dílnu, tréninkovou kavárnu v psychiatrické léčebně Kosmonosy, agenturu podporovaného zaměstnávání, chráněné a podporované bydlení a case managementový tým. Součástí poskytovaných služeb je i sociální a právní poradenství, pravidelné rehabilitační pobyty, sportovní a kulturní akce.

○ Zahradnická dílna

Vznikla jako první služba a je tedy nejstarší službou Fokusu. Do náplně její činnosti patří práce na zahradnických zakázkách v Mladé Boleslavi. Dílnu vedou profesionální zahradníci, kteří absolvovali výcviky zaměřené na pracovní rehabilitaci. Klienti zde mají sepsanou pracovní smlouvu a pracují 4 hodiny denně

E-mail: zahradnicka.dilna@fokus-mb.cz

○ Knihařská a šicí dílna

Vznikla v roce 1994 jako druhá chráněná dílna.

Dílna se zabývá úpravami, šitím oděvů a výrobou kostýmů pro půjčovnu masek která v této dílně také funguje. Druhá část dílny pracuje na knihařských výrobcích. Klientům dílna nabízí možnost získat nebo si obnovit pracovní dovednosti v chráněných podmínkách, vylepšit komunikaci s ostatními kolegy a také získat dobrý pocit z vykonané práce. Klienti mají možnost v dílně pracovat 4-6 hodin. Jsou zde vyčleněna 4 místa pro klienty, kteří v dílně pracují na tzv. pracovně rehabilitačních místech.

E-mail: kniharska.dilna@fokus-mb.cz

○ Klášter Mnichovo Hradiště

Dílna sídlící v Kapucínském klášteře byla založena v roce 1995. Její hlavní náplní je péče o zámecký park a rekonstrukce barokního kapucínského kláštera, který má o.s. Fokus dlouhodobě v pronájmu od Památkového ústavu. Jeho prostory jsou také využívány jako turistická ubytovna a prostory pro pořádání psychoterapeutických výcviků a seminářů. V dílně pracuje 12 klientů a 3 terapeuti. Stejně jako v ostatních dílnách zde pracují klienti se zaměstnaneckou smlouvou. Tato dílna nabízí práci v klidném prostředí kde se klienti setkávají s hosty ubytovny a jinými návštěvníky, což jim dává možnost posilovat jejich sociální dovednosti

E.mail: klaster@fokus-mb.cz

○ Terapeutická kavárna v PL Kosmonosy

Kavárna vznikla roku 2005 jako společný projekt Fokusu a PL Kosmonosy. Kavárna slouží především pacientům, jejich rodinným příslušníkům a přátelům, kteří za nimi přijedou na návštěvu. Pacienti mohou kavárnu využít jako hosté, ale i jako účastníci rehabilitačního programu, protože vedle terapeutů obsluhují v kavárně i pacienti.

E-mail: kavarna@fokus-mb.cz

Dílny slouží jednak pro pracovní rehabilitaci, jednak pro dlouhodobou chráněnou práci. Klienti si zde mohou obnovit a zlepšit pracovní dovednosti, schopnost komunikace s ostatními lidmi, posílit si sebevědomí. Část klientů přichází do dílen s cílem připravit se na práci v běžných podmínkách, jiným jde spíše o to nalézt přes tolerantní společenství cestu ze své samoty.

Několikaletá zkušenost ukazuje, že klienti zařazení do chráněné práce vyžadují pouze 20% odborné psychiatrické péče (zejména hospitalizace) ve srovnání s obdobím před svým zařazením do chráněné práce. (www.fokus-mb.cz)

○ Diagnostická bazální dílna

Bazální dílna vznikla v roce 2001. Do dílny vstupují klienti, kteří si nejsou jisti ve výběru chráněné dílny a nebo si nejsou jisti zda by zvládly pracovní podmínky na otevřeném trhu práce. Cílem je umožnit vyzkoušet si základní sociální a pracovní schopnosti a dovednosti na základě kterých se mohou rozhodnout o dalším využívání služeb. Všechna místa jsou pracovním rehabilitační, což znamená, že klienti nemají uzavřenou pracovní smlouvu, ale rehabilitační dohodu. Pracovní program je založen na jednoduchých, ale rozmanitých pracích s keramikou, voskem, papírem a dalších výtvarných technikách.

E-mail: bazalni.dilna@fokus-mb.cz

○ Agentura podporovaného zaměstnávání

Agentura poskytuje služby lidem, kteří si nemohou najít a udržet si práci běžným způsobem a potřebují v této činnosti podporu. Tato služba není zaměřena pouze na duševně nemocné, ale i na ostatní zdravotně znevýhodněné občany. Mezi poskytované služby patří vytváření představy vhodného pracovního místa, trénink dovedností potřebných k získání a udržení pracovního uplatnění, práce s počítačem, mapování trhu práce, podpora při jednání se zaměstnavatelem, podpora při zařizování formalit spojených s nástupem do práce a možnost přímé asistence na pracovišti.

E-mail: zamestnavani@fokus-mb.cz

○ Terénní tým

Pracovníci terénního týmu jsou průvodci se kterými e klienti setkávají jako s prvními. Každý klient, který vstupuje do systému služeb je nejprve kontaktován pracovníkem terénního týmu, který mu představí služby Fokusu. Pracovník zprostředkovává nejen služby Fokusu, ale i jiných poskytovatelů služeb v regionu. Dalším důležitým cílem je program podpory života v komunitě

Tento program je zaměřuje na provázení duševně nemocných klientů v jejich každodenním životě. Pracovníci s klientem vytvoří dlouhodobý rehabilitační plán, který popisuje jakými problémy by se jejich vzájemná spolupráce měla zabývat. Často zahrnuje též pomoc klientovi při jednání s institucemi či jeho zastupování a zprostředkování či zajištění praktické pomoci například při stěhování, malování bytu a podobně. Je poskytován i klientům nezařazeným do jiných programů.

Terénní tým také jednou za měsíc organizuje víkendové výlety za památkami, přírodou a kulturními akcemi v regionu (výstavy, festivaly...).

V cizině se tento způsob práce označuje termínem case management, v ČR se používá termín případové vedení.

E-mail: terenni.tym@fokus-mb.cz

○ **Centra denních služeb**

Denní program včetně pracovní rehabilitace nabízejí centra denních služeb pro ty klienty, pro něž by chráněná práce v dílně byla zatím přílišnou zátěží. V současné době provozujeme dvě centra denních aktivit:

Centra nabízí odpolední aktivity pro klienty Fokusu i PL Kosmonosy., např. filmový, divadelní kroužek, kurz vaření a sportovní aktivity.

E-mail: bazalni.dilna@fokus-mb.cz

○ **Chráněné a podporované bydlení**

Jednou ze služeb je i zmiňované chráněné bydlení. Této službě se budu věnovat samostatně podrobněji v příští kapitole.

Jelikož je chráněné bydlení institucí stále novou, v následující kapitole nastíním možnosti služeb v oblasti bydlení, které tvoří jednu ze součástí širokého systému komunitní péče pro duševně nemocné.

○ **Rehabilitační pobyty**

Sdružení každoročně pořádá několik pobytových akcí v ČR, většinou ve spolupráci s ostatními sdruženími Fokus, které mimo jiné umožňují setkávání klientů z různých regionů a výměnu zkušeností. Pravidelně také ve spolupráci se svépomocným klubem Klubko pořádáme letní rekondiční pobyt v zahraničí. (informační materiály, Fokus 2003)

V následující kapitole se tedy budu již blíže věnovat oblasti bydlení, které tvoří jednu ze součástí širokého systému komunitní péče pro duševně nemocné.

4.2 Vývoj služeb pro duševně nemocné v oblasti bydlení.

Jak jsem již uvedla, přelom 19.a 20. století znamenal éru humanizace a deinstitucionalizace. Velké ústavy činily pokusy o propojení s komunitou, a snažili se pro svoje pacienty najít možnosti, které by jim pomohly k důstojnému životu bez častých hospitalizací. Podpora v bydlení tak vlastně funguje jako prevence hospitalizace a zpřístupnění možností a příležitostí, které jsou běžně přístupné ostatním členům v komunitě.

Klient má tedy možnost rozhodnout o místě kde chce žít a podpůrné služby se snaží mu to umožnit. Poskytovatelem podpůrných služeb je case management, který také zajišťuje pravidelné vedení a poskytuje podporu a trénink v komunitě.

Kromě podpory a nácviků pracuje casemanager s klientem i mimo jeho byt. (Paleček2001)

4.2.1 Historie vzniku chráněného a podporovaného bydlení

Při vzniku nových chráněných bydlení, bytů a služeb podpory se vynořuje mnoho otázek (má být chráněné bydlení v psychiatrické léčebně a nebo mimo ni, má být v jednom domě a nebo na více místech, má být pobyt dočasný, má být přítomnost personálu trvalá nebo dočasná...?)

To vše jsou otázky na které je nutné odpovědět, aby jsme přesně rozuměli tomu, jakou službu chceme poskytovat a jaké to má pro nás i pro klienta pozitiva a negativa.

4.2.1.1 Vývoj kontinua návazných zařízení v USA

Podle Lehmana a Newmana(1996) se vývoji bydlení pro dlouhodobě nemocné vyvíjeli v USA dva směry, a to kontinuum návazných zařízení a podporované bydlení. Tento vývoj probíhal od 50.let 20stol. a vrcholil v 70. letech.

Vznik kontinua návazných zařízení znamenal přesun péče z velkých nemocnic ke komunitě. Klient měl vlastně těmito rezidenčními službami procházet a vyvíjet se tak k větší funkčnosti ve stále méně omezujícím prostředí

Model kontinua popisuje Lehman a Newman(1996)

- **Přechodný dům na půl cesty** – most mezi léčebnou a komunitou, personál je zde 24 hodin, většinou spojen prostory s léčebnou
- **Dlouhodobé skupinové bydlení** – dlouhodobé pokračování domu na půl cesty, pro osoby neschopné žít v komunitě
- **Společný byt** – Skupina klientů žije společně v jednom bytě a pravidelně za nimi dochází sociální pracovníci.
- **Intenzivní péče** – Krizové bydlení – zajišťuje krátkodobé hospitalizace s přítomností klinického personálu.
- **Dům se sesterskou péčí** – dlouhodobá péče s nepřetržitou sesterskou péčí.

○ **Výchovná péče** – klienta pod vedením sociálního pracovníka si rodina nebo přátelé berou na přechodnou dobu domů.

○ **Penziony, Pečovatelské domy** – zajišťují bydlení s malým, ale stálým dohledem.

○ **Venkovské farmy** – klienti se společně starají o chod farmy.

Model kontinua měl svůj význam, ale co se týče deinstitalizace byl to jen malý krůček. lidé sice odcházeli z velkých ústavů, ale byli přijímáni opět do institučních zařízení, která se jen těžko mohla alespoň trochu přizpůsobit klientovi.

Od 70.let dochází k vývoji **Modelu podporovanému bydlení**

„Podporované bydlení se soustřeďuje na normalizaci bydlení a vlastní volbu klienta. Slovo normalizace zde má označovat vykročení z nenormálního (ať už nemocničního či rezidenčního institucionálního režimu) směrem k bohatšímu a spontánněji utvářenému režimu v komunitě“.
(Paleček, 2001)

Podporovaný program je více zaměřen na klienta a jeho potřeby. Cílem je tedy zpřístupnění možností, které jsou běžně dostupné každému jinému členovi komunity.

Součástí podporovaného bydlení je také tzv. case manager, který poskytuje pravidelné vedení a podpůrné služby Je k dispozici i k tréninkům a řešení problémů mimo byt. (Paleček, 2001)

Model podporovaného bydlení klade důraz na to, aby se klientovi podpora poskytovala tam kde jednou bude žít a tyto natrénované věci bude používat.

4.2.1.2 Vývoj kontinua návazných zařízení v ČR

Od počátku 70. let 20. stoléní dochází v Evropě k postupnému rozvoji specializovaných rezidenčních služeb nazývaných jako kontinuum návazných zařízení.

Avšak v ČR začínají první domy na půl cesty, chráněná bydlení a byty vznikat až v 90.letech s pádem komunistického režimu.

Už v 80. letech začalo toto pojetí kontinua být kritizováno a vznikl nový přístup k řešení problematiky bydlení klientů s duševním onemocněním – tzv. podporované bydlení.

Vzniklo zejména s cílem přesunout těžiště podpory ze sociální služby domů, což redukuje problém bezdomovectví a častých hospitalizací a má účinek na redukcii příznaků nemoci, zlepšuje sociální a osobní fungování a fyzické zdraví klienta

Typologie rezidenčních služeb

Rezidenční komunitní programy lze rozdělit do 3 oblastí

○ **Programy jako alternativa hospitalizace**

jsou zacíleny na léčbu, jsou efektivní zvláště u akutních pacientů, kdy je pacient oddělen od domácího prostředí

jejich cílem je zvládnutí krize a minimalizace symptomů onemocnění a v co nejkratší době, klienta vracet domů

léčebné komunity

krátkodobá akutní péče v v krizových centrech

○ **Programy zaměřené na zlepšení fungování klienta**

programy se zaměřují na trénink samostatnosti a schopnosti zvládat běžné situace v komunitě, jsou zaměřeny na klienty s dlouhodobě probíhajícím onemocněním

bydlení na půl cesty

chráněné byty skupinové chráněné bydlení

○ **Programy, které se snaží umožnit kvalitní život lidem, jejichž onemocnění jim neumožňuje žít v běžných podmínkách**

domovy a penzionsy s pečovatelskou službou

chráněná bydlení trvalého charakteru

○ **Typy nejčastěji poskytovaných služeb v ČR**

Chráněná bydlení

Domy na půl cesty

Komunitní (skupinové) bydlení

Podporované bydlení (informační materiály o.s. Fokus)

4.3 Chráněné bydlení

4.3.1 Obecná charakteristika chráněného bydlení

Zákon o Sociálních službách vymezuje chráněné bydlení jako pobytovou službu, která je k dispozici lidem, kteří mají z důvodu zdravotního postižení či chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje pomoc či podporu ze strany jiné osoby. Služba chráněného bydlení může být

poskytována jako bydlení skupinové nebo individuální. (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Ze zákona musí služba chráněného bydlení obsahovat tyto základní činnosti:

- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytnutí ubytování
- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“

(Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 51, str. 25)

Oblast chráněného bydlení pro jedince s duševním onemocněním zmíněna také v Koncepci oboru psychiatrie z roku 2001. Ta chráněné bydlení staví na pomezí sociální a následné zdravotnické péče.

Koncepce také upřesňuje základní cíle služby chráněného bydlení.

○ resocializace duševně nemocného, prostřednictvím služby jej připravit na samostatný a soběstačný způsob života.

○ poskytnutí dlouhodobého pobytu mimo lůžkové psychiatrické či sociální zařízení s větší či menší mírou opory a pomoci, která může mít různou intenzitu, od kolektivního bydlení s 24 hodinovým dohledem, až po bydlení v samostatném bytě s minimem podpory a dohledu ze strany sociálního pracovníka. (Koncepce oboru psychiatrie, 2001)

V současné době se v péči o duševně nemocné směřuje k deinstitucionalizaci, kterou Matoušek definuje jako: „...přesouvání těžiště péče z institucí do přirozených společenství využívajících podporu celostátních, případně regionálních zdravotních a sociálních systémů.“ (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005)

V této souvislosti pak mluvíme o podpoře komunitní péče, která zahrnuje, péči v místním společenství, služby poskytované obcí a péči, která se orientuje na potřeby lidí, kteří by jako uživatelé péče měli být vnímáni v jejím procesu jako klienti. Komunitní péče také musí být založena na určitých, výše zmíněných, principech jako jsou flexibilita, dostupnost nebo kontinuita a kooperace služeb. (Matoušek, Kolářková, Kodymová, 2005)

Avšak i proti této formě péče o duševně nemocné lze objevit řadu argumentů. Nejčastějším z nich je tvrzení, že chráněné bydlení představuje opět jen další miniinstituci, kde lidé často žijí dlouhodobě a opět jsou na někom či něčem závislí. Lidé se zde učí takovým dovednostem, které však často nejsou přenosné z chráněného prostředí do budoucího samostatného domova (např. vymoženosti, které poskytovateli péče daroval sponzor, společné žití se skupinou lidí, proto se v poslední době začíná preferovat tzv. podpora v bydlení.). (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

4.3.2 Obecná charakteristika podporovaného bydlení

Proto se už i u nás upřednostňuje forma **podpory samostatného bydlení**. To znamená, že klient bydlí v přirozených podmínkách a podpora je mu poskytována prostřednictvím pravidelných návštěv sociálního pracovníka. Četnost návštěv sociálního pracovníka závisí na dohodě s klientem, který si sám stanoví, jak velkou míru podpory potřebuje, aby se cítil bezpečně a mohl co nejvíce rozvíjet své dovednosti a schopnosti. Cílem tedy je, aby klient mohl žít ve svých přirozených podmínkách a mohlo tak dojít k vybudování jeho přirozené sociální sítě. (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005)

Oblast podpory samostatného bydlení je taktéž vymezena v Zákoně o sociálních službách.

Služba podpory samostatného bydlení obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 48, str. 21)

4.3.3 Problémy v oblasti bydlení pro občany s duševním onemocněním

V oblasti bydlení pro občany s duševním onemocněním se setkáváme také s řadou problémů.

Za největší problém v oblasti služeb chráněného a podporovaného bydlení považují velmi malou kapacitu a financování těchto služeb.

Co se týče chráněných bytů, kromě kapacity je dalším problémem, že klienti musí po dobu pobytu splácet dva nájemy, což je pro řadu klientů limitující. Např. situace když klient po hospitalizaci potřebuje v rámci sociální rehabilitace ještě nějaký čas na zotavení a znovu osvojení si základních úkonů běžného denního života. Častěji tedy službu využívají mladí klienti, kteří ještě bydlí u rodičů a chtějí si jen vyzkoušet samostatné bydlení. Po ukončení pobytu se však často vracejí zpět, což není zcela ideální, protože často rychle zapomenou nově osvojené dovednosti z oblasti samostatného bydlení. Právě v těchto případech schází sociální byty, protože dochází k situacím, kdy v chráněném bydlení zůstávají lidé schopni samostatného bydlení, kteří nemají kam jít a „blokují“ tak místo, které by mohl využívat další klient.

Také v oblasti podporovaného bydlení lze nalézt problémy. A to hlavně z hlediska pokrytí poptávky po sociální asistenci. Asistentů zatím není tolik, aby zvládli větší množství klientů.

Velkým problémem v oblasti využívání služeb chráněného bydlení jsou také omezené finanční zdroje klientů, kteří jsou většinou závislí na dávkách sociální podpory a velmi často také pobírají částečný nebo plný invalidní důchod.

Oproti dřívějšímu jsou tyto služby finančně náročné

Vzhledem k nízké kapacitě míst se organizace snaží upřednostňovat ty, kteří mají o službu opravdu zájem.

Jak jsem již jednou uvedla, ještě náročnější je pak situace, jestliže si klient musí platit službu chráněného bydlení zároveň se svým trvalým bydlením.

Na tomto místě bych ráda upozornila na jednu velkou změnu, kterou přinesl nový zákon o sociálních službách. Jedná se o zavedení **příspěvku na péči**, který je určen osobám závislým na pomoci jiných osob z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Za ten si klienti mohou přímo nakupovat služby sociální péče, které jim mohou napomoci k zajištění soběstačnosti. O přiznání příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností. (Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., § 7, str. 4)

Výše příspěvku je určována věkem příjemce příspěvku a také stupněm závislosti:

○ „Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc
3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)

- 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
 - 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
 - 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)
 - Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc
 - 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
 - 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
 - 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
 - 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)“
- (Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., § 11.)

Tento příspěvek je určen k tomu, aby pomohl zlepšit finanční situaci zdravotně znevýhodněných lidí. Ovšem lidem s duševními poruchami situaci příliš neulehčil: „Definice sociálních služeb málo vyhovují charakteru péče potřebné pro duševně nemocné. Lidé s duševními poruchami často nedosahují kritérií v posuzování handicapu nutných pro přiznání příspěvků na péči, které jsou předpokladem pro financování řady služeb. Mnoho rezidenčních komunitních služeb nebo center denních aktivit se tak dostává do vážných existenčních problémů.“ (Pěč, Bajer, 2008, str. 3)

Také jsme si všimli, že někteří lidé berou tento příspěvek jako přílepení do rodinného rozpočtu a služby za něj nenakupují. Peníze se tak nedostávají tam, kam mají a dřívější předpoklad, že touto cestou se do sféry sociálních služeb přivede více peněz, se zatím nepotvrdil. (Pěč, Bajer, 2008, str. 3)

4.3.4 Chráněné bydlení (CHB) v Mladé Boleslavi (o.s. Fokus)

Na tomto místě bych ráda uvedla, jak vypadá služba chráněného bydlení v praxi. I přes to, že je tato práce primárně věnována oblasti chráněného bydlení, uvádím zde také službu podpory samostatného bydlení, aby tak čtenář získal ucelený přehled o službách, které občanské sdružení Fokus v oblasti bydlení pro občany s duševním onemocněním v Mladé Boleslavi nabízí. Nejprve tedy stručně představuji službu chráněného bydlení, uvádím, komu své služby poskytuje, jaká je kapacita míst pro zájemce o chráněné bydlení a také, jaká je cena těchto služeb.

V prosinci 2003 se po mnoha letech úsilí podařilo v Mladé Boleslavi otevřít chráněné bydlení. Program je určen zejména pro klienty po dlouhodobých nebo opakovaných hospitalizacích, kdy během dvouletého pobytu v chráněném bydlení mají možnost obnovit si dovednosti potřebné pro samostatný život. (www.fokus-mb.cz) Služba má k dispozici druhé nadzemní patro a podkroví v dvoupatrovém zděném domě. Celková kapacita bydlení je osm obyvatel. Tento počet obyvatel je maximum, neboť kapacitu domu nelze zvýšit, a to ani na přechodnou dobu.

4.3.4.1 Poslání služby

Posláním služby je podpora duševně nemocných lidí, kteří ztratili nebo nikdy neměli, a chtějí získat, dovednosti vedoucích k plnohodnotnému životu podle vlastních představ a možností, žít samostatně mimo zdravotnická a ústavní zařízení.

4.3.4.2 Cílová skupina

○ **Duševně nemocní** (a to především z regionu Mladá Boleslav), starší 18-ti let, kteří mají diagnózu schizofrenie, schizoafektivní porucha, těžká porucha osobnosti, těžká neuróza a potřebují pomoc a podporu v oblasti bydlení, protože neovládají dovednosti k tomu potřebné.

○ **Dlouhodobě** nebo opakovaně hospitalizovaní pacienti psychiatrické léčebny, kteří jsou v psychiatrické léčebně Kosmonosy zejména z důvodů ztráty určitých sociálních dovedností či jiných sociálních důvodů (nemají vlastní byt). Jejich zdravotní stav je stabilizovaný a jejich případné propuštění z psychiatrické léčebny při postupném získávání a upevňování sociálních dovedností může ve většině případů vést ke klientově samostatnosti.

○ **Dlouhodobě duševně nemocní**, kteří nejsou dlouhodobě hospitalizovaní, ale žijí trvale v péči příbuzných (většinou rodičů), kde nemají dostatek příležitostí vytvořit si dovednosti pro samostatné bydlení. A bez těchto dovedností jsou v dlouhodobém výhledu odkázáni na azylovou péči.

4.3.4.3 Cíle služby

- získat dovednosti potřebné k samostatnému bydlení
- umožnit sociální integraci dlouhodobě duševně nemocných do komunity
- snížení počtu dlouhodobých hospitalizací
- možnost volby mezi ústavní a komunitní formou péče
- v tréninkovém programu Chráněného bydlení připravit dlouhodobě duševně nemocné na samostatnou existenci v komunitě
- ve spolupráci s magistrátem Mladá Boleslav zajistit klientům, kteří absolvovali tréninkový program, samostatné bydlení v malometrážních bytech
- zapojit služby chráněného a podporovaného bydlení trvale do regionálního systému sociálních a zdravotních služeb pro duševně nemocné

4.3.4.4 Služba chráněného bydlení poskytuje služby:

- kontaktování klientů
- základní kontraktování služby chráněného bydlení
- mapování potřeb a následné stanovení zakázky pro službu (tvorba rehabilitačního plánu)
- tréninkové aktivity: péče o domácnost
- finance
- nákupy
- další sociální dovednosti
- vyjednávání se sociální sítí a blízkým okolím klienta
- zvládání samoty
- strukturování volného času
- krizová intervence
- podpora bydlení (ve vlastním bytě, ubytovně)

4.3.4.5 Kritéria pro vstup do služby

Žadatel musí mít zájem o služby Chráněného bydlení, musí patřit do cílové skupiny a chce se naučit nebo si zopakovat dovednosti nutné k samostatnému bydlení. Je nutné mít doporučení od psychiatra a s psychiatrem pravidelně spolupracovat.

Klient také musí mít dostatečný finanční příjem, vzhledem k rozdílným velikostem pokojů a bytů je určeno nájemné na jeden metr čtvereční obývané plochy, přičemž je stanovena cena 75,- Kč za jeden metr čtvereční. K výměře pokojů se „připočítává“ 5,25 m² rozlohy společné kuchyně (platí pro obyvatele pokojů). Současně každý obyvatel přispívá částkou 500,- na energie a vodné a stočné. Podle výše nájemného a příspěvku na energie by měl klient, který chce vstoupit do služby, mít příjem nejméně 5.000,- Kč měsíčně.

Tabulka 1. Výše nájemného v jednotlivých bytech Chráněného bydlení

	Rozloha	Nájemné	Energie (příspěvek)	Celková částka
Byt č. 1	12 + 5,25 m ²	900,- + 394,-	500,-	1.794,- Kč
Byt č. 2	14 + 5,25 m ²	1.088,- + 394,-	500,-	1.982,- Kč
Byt č. 3	11,5 + 5,25 m ²	863,- + 394,-	500,-	1.757,- Kč
Byt č. 4	11 + 5,25 m ²	825,- + 394,-	500,-	1.719,- Kč

Byt č. 5	29,5 m2 na jednoho obyvatele	2. 213 ,-	500,-	(2.713 ,- Kč) požadované nájemné je 2.000 ,-
Byt č. 6	22,5 m2 na jednoho obyvatele	1.688 ,-	500,-	2.188 ,- Kč požadované nájemné je 1.950 ,-

4.3.4.6 Kontraindikace

tělesné postižení

Chráněné bydlení není bezbariérové, a proto je tělesné postižení kontraindikací.

nedostatek financí

Podle předpokladu, který vychází z výše poplatků souvisejících s bydlením, je minimální příjem, který by měl klient mít, stanoven na 5.000,- Kč.

žadatel o službu nepatří do cílové skupiny

závislost na alkoholu nebo na nealkoholových návykových látkách

Závislost na alkoholu nebo nealkoholových návykových látkách je jasnou překážkou pro vstup do služby.

agresivní chování

plně využitá kapacita služby

požadavky žadatele se neshodují se službami CHB

4.3.4.7 Charakter a základní principy služby

- dobrovolná, zaměřená na klienta - charakter, tempo a délku poskytování určuje klient v závislosti na zakázce (kontraktu)
 - klient je považován za spojence při společné práci na naplnění zakázky, nikoliv za problém - pokud se klient stává „přítěží“ pracovníka, pak vyjednává (pracovník) v týmu o převzetí klienta kolegou
 - spolupráce probíhá v Chráněném bydlení, nebo v jiném prostředí (po dohodě s klientem)
 - klient může kdykoliv spolupráci přerušit a to i bez udání důvodu a ze služby (Chráněného bydlení) odejít
 - organizace může spolupráci s klientem přerušit jen z jasně stanovených důvodů, které jsou formulovány ve smlouvě o poskytnutí služby
 - pracovníci Chráněného bydlení suplují služby Terénního týmu (case managementového), koordinují služby okolo klienta nejenom v oblasti bydlení.
- pracovník nerespektuje přání klienta, pouze v případě, že je klient nebezpečný sobě (tj. očividně dává najevo snahu se zabít) či okolí (očividná agrese vůči okolí), pracovník může po konzultaci (pokud je možná) s vedoucím CHB nebo vedoucím rehabilitace jednat proti danému „přání“.

4.3.4.8 Pravidla služby

- Pravidla uvedená ve smlouvě o poskytnutí služby (Příloha č.3)
- Pravidla uvedená v Domácím řádu (Příloha č.4)
- Pravidla pro pobyt v Chráněném bydlení (Příloha č.5)

4.3.4.9 Vstup klienta do služby

První kontakt pracovníka CHB se zájemcem o službu probíhá ve spolupráci s case managerem. Zájemce o službu CHB vyhledává jak tým case managementu, tak tým Chráněného bydlení.

Při prvním kontaktu si pracovník CHB s klientem vyjednává způsob oslovování (vykání, tykání, používání příjmení, křestního jména), informuje zájemce o tom, co

služba nabízí, jaké jsou podmínky pro vyjednávání o vstupu do služby, jaká jsou práva a povinnosti uživatele služby.

Na konci schůzky dá pracovník CHB na sebe zájemci kontakt a v případě zájmu ze strany klienta si domluví termín další schůzky.

Pracovníci CHB uplatňují při své práci s klienty metody a postupy psychosociální rehabilitace, vždy je třeba počítat s tím, že rehabilitace je dlouhodobý proces a počítat s limity danými onemocněním.

Jednotlivé fáze procesu psychosociální rehabilitace

- fáze navazování vztahu
- fáze mapování potřeb
- fáze stanovování cílů
- fáze plánování
- fáze naplňování cíle
- fáze hodnocení

Na dalších schůzkách pracuje pracovník s klientem na přípravě vstupu klienta do služby. Součástí této přípravy je mapování, pomocí dotazníků, rozhovorů a pozorování, současné situace klienta, kde se zaměřujeme především na:

- Finance
- Zdravotní stav
- Rodina a rodinné vztahy
- Bydlení
- Zájmy a záliby

Mapování neprobíhá během jedné schůzky, ale je rozloženo do více setkání. Záleží na dohodě se zájemcem, který volí tempo.

Zájemce se stává klientem okamžikem podepsání smlouvy o poskytnutí služby. (Příloha č 3)

Každý klient má svého klíčového pracovníka, který s ním mapuje problémové oblasti. Klient (je možné s podporou pracovníka) z nich stanoví dvě až tři oblasti, které jsou pro něho nejzávažnější a na kterých chce pracovat, a tak vzniká rehabilitační plán. (Příloha č.8).

Schůzky k vytvoření rehabilitačního plánu se účastní klient, klíčový pracovník a popř. další osoby podle dohody pracovníka s klientem.

Hodnotící schůzka rehabilitačního plánu probíhá jednou měsíčně. Na těchto schůzkách se upravují a hodnotí cíle rehabilitačního plánu a mapují se úspěchy klienta.

Jednou z důležitých charakteristik rehabilitace je systematičnost – tzn. že pracovník umí rozpoznat, v jaké fázi procesu klient zrovna je, ví, proč s klientem pracuje a jakého cíle chtějí dosáhnout. Za výsledek rehabilitačního procesu je ovšem zodpovědný jak pracovník, tak klient.

Pracovník se snaží do realizace rehabilitačního plánu zapojit i osoby z klientova blízkého prostředí a profesionálně poskytované služby. Lidé, kteří se na rehabilitačním plánu podílejí, by měli spolupracovat, znát role a cíle ostatních, v optimálním případě by se měli pravidelně setkávat, vyhodnocovat výsledky a tento plán aktualizovat.

Součástí rehabilitačních plánů je i plán protikrizový. (Příloha č.6) Vytváří ho klient a jeho klíčový pracovník.

Protikrizové plány jsou revidovány nejméně jednou za půl roku a po každé krizi.

Klíčoví pracovníci provádějí s klienty nácviky dovedností. Může se jednat o individuální nácviky nebo nácviky skupinové. Nejčastěji se jedná o nácviky:

- Domácí práce :vaření, uklízení, nákupy.praní a žehlení
- Hospodaření s penězi
- Strukturování volného času
- Jednání s institucemi
- Cestování
- Lékový management
- Doprovod klienta
- fáze hodnocení

Každý klient by měl mít mimo chráněné bydlení i jinou aktivitu, např. chodit do chráněných dílen, účastnit se různých odpoledních programů a nebo spolupracovat s agenturou podporovaného zaměstnávání. Jednotlivé služby Fokusu jsou úzce propojené a spolupracují a mohou si tak bezprostředně předávat informace o klientech

4.3.4.10 Ukončení služby

Podle dohody (plánu) pokud dojde k oboustrannému ukončení služby dle dohody. Při tomto ukončení je možné, že cíle bylo dosaženo nebo nikoliv.

Při ukončení služby podle rehabilitačního plánu jde o dlouhodobý proces, který je součástí rehabilitačního procesu. Pracovník s klientem ukončení služby plánují, a také plánují další klientův postup. Při procesu ukončování služby se s klientem vyjednává o dalších možných službách (např. podporované bydlení) nebo o celkovém ukončení spolupráce s Fokusem, případně využití jiných poskytovatelů služeb.

4.3.4.11 Zabránění „vypadnutí“ klienta ze sítě poskytovatelů služeb

„Vypadnutí“ klienta ze sítě poskytovatelů služeb zabraňuje systém case managementu používaný ve Fokusu Mladá Boleslav. Tým case managerů provází každého klienta, který vstoupí do jakékoliv služby ve Fokusu. Každý klient má svého case managera, který s ním vyjednává o vstupu do služby (služeb), o přechodu ze služby do služby, o ukončení spolupráce. Každý klient v konkrétní službě, kterou využívá má svého klíčového pracovníka a ten je ve spojení s case managerem. Jakákoliv změna většího rozsahu (např. přestup ze služby do služby, ukončení atd.) je projednávána na schůzkách, kde jsou přítomni : klient, klíčový pracovník za službu a case manager. Tento systém práce využívá i Chráněné bydlení

4.3.5 Podpora v bydlení

Oblast podpory samostatného bydlení je taktéž vymezena v Zákoně o sociálních službách.

Služba podpory samostatného bydlení obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.)

Jde o systematickou pomoc, podporu a trénink dovedností potřebných k samostatnému bydlení klientům buď v jejich vlastních bytech nebo v garsoniére, kterou na zkušební

dobu (obvykle 1 rok) zapůjčuje klientovi město. Pokud klient během zkušební doby zvládne problémy spojené se samostatným bydlením, je mu byt poskytnut do trvalého užívání. Pomoc a podpora ze strany pracovníků Fokusu však může trvat i nadále, pokud to klient potřebuje.

Podporu v bydlení poskytují dva týmy:

Tým chráněného bydlení

Tým sociální rehabilitace - case management

5 Předpokládaná metodika budoucí diplomové práce

5.1 Cíle a úkoly práce

Diplomová práce s předpokládaným názvem: Vliv chráněného bydlení na život duševně nemocných, by měla využít souhrn teoretických informací této práce, za předpokladu, že budou doplněny novými znalostmi.

Předpokládáme, že součástí práce bude kvalitativní výzkum s cílem zmapovat všeobecné informace o klientech. S každým klientem bude sepsán individuální rehabilitační plán, který bude průběžně sledován a hodnocen. Po absolvování chráněného bydlení bude u klientů provedeno opětovné šetření, zda-li došlo k naplnění cílů rehabilitačního plánu a jaký vliv mají tyto dosažené cíle na život klienta. Konečným cílem je srovnání a analýza vstupních informací získaných před vstupem do chráněného bydlení a výstupních informací získaných po absolvování chráněného bydlení.

5.2 Metodika výzkumu

Předpokládaná diplomová práce by měla být zpracována jako kvalitativní výzkum.

5.3 Použité metody výzkumu

Pro sběr dat empirické části diplomové práce bude použita kvalitativní výzkumná metoda provedení individuálních polostrukturovaných rozhovorů. (Hendl, 2005) Tato metoda bude zvolena proto, že lidé s psychotickým onemocněním tvoří velice individuální skupinu, u které by užití jiných výzkumných metod nejspíš nepřineslo potřebné informace.

Kvantitativní metodou dotazníkového šetření je sice možné oslovit větší počet klientů a získat tak data od většího vzorku uživatelů služby, nevýhodou však může být nepřesné porozumění dotazníkovým položkám, kde hlavní roli může hrát duševního onemocnění. Kvalitativní výzkumnou metodou je možné zachytit potřebná data mnohem přesněji a citlivěji, výzkum je možno lépe cílit na získání potřebných dat, lze jej aktuálně

přizpůsobit situaci, čímž je možné dosáhnout mnohem hlubšího poznání zkoumané problematiky. (Šupa, 2007)

5.4 Charakteristika vybraného souboru a výběr vzorku

Výzkum bude prováděn na dobrovolných respondentech, kteří budou osloveni v chráněném bydlení o.s. Fokus v Mladé Boleslavi.

Cílem bude zmapovat celkový (fyzický, psychický, sociální) stav klientů. Vstupní informace budou zaznamenány před nástupem do chráněného bydlení pomocí polostrukturovaných rozhovorů do rehabilitačního plánu. V průběhu poskytování služby chráněného bydlení budou rehabilitační plány aktualizovány a hodnoceny. Výstupní informace (hodnocení individuálního rehabilitačního plánu) budou získány po absolvování služby chráněného bydlení

Všichni respondenti by měli splňovat následující kritéria: Duševně nemocní, hospitalizováni déle než 1 rok v PL, nebo klienti kteří jsou hospitalizováni dlouhodobě častěji, musí mít zájem o chráněné bydlení

5.5 Výsledky a metody zpracování dat

Na základě vstupních a výstupních informací bude provedeno hodnocení změny v kvalitě života klientů, kteří využijí službu chráněného bydlení. Výsledky budou analyzovány s využitím běžných statistických metod. Předpokládám, že výsledky budou zpracovány a vyhodnoceny ve formě grafů a tabulek. Rozhodujícími argumenty pro potvrzení nebo vyvrácení vyslovených hypotéz budou výsledky získané ze vstupních a výstupních rozhovorů

Diskuse

Záměrem mojí bakalářské práce je nahlédnutí na současný stav komunitních služeb, konkrétně na službu chráněného bydlení pro duševně nemocné v České republice.

Pro dobré pochopení jsem považovala za nutné čtenáře seznámit s psychiatrickými pojmy, vývojem péče o duševně nemocné v historii i současnosti a jejich problémy v každodenním životě.

V posledních letech dochází v péči o duševně nemocné k velkým změnám. Zvláště zřetelný je příklon k využívání komunitní péče, která je v západních zemích upřednostňována již od 60. let minulého století. V České republice došlo vlivem komunistického režimu v oblasti rozvoje sociálních služeb (nejen) pro duševně nemocné k výraznému schodku, neboť směrem tehdejší péče o zdravotně znevýhodněné byla jejich separace a umístování do psychiatrických léčeben a ústavů sociální péče. Tyto instituce nahrazovaly duševně nemocným jejich přirozený svět, výrazně jej formovaly a nebraly ohled na jednotlivce a jeho individuální potřeby. U hospitalizovaných pak často vznikala závislost na prostředí léčebny, nazývána hospitalismus.

Současným směrem je práce s duševně nemocným v jeho přirozeném prostředí s využitím komunity. Snahou je předcházet či zkracovat hospitalizaci duševně nemocných, aby se tak předešlo právě vzniku závislosti na prostředí léčeben.

Problémem ovšem je nedostatek organizací, které by služby pro duševně nemocné poskytovaly, a jejich velmi nízká kapacita.

Nová koncepce oboru psychiatrie zahrnující komunitní prvky je již uskutečňována, ale půjde o dlouhotrvající proces deinstitucionalizace a humanizace péče o duševně nemocné.

Je mi jasné, že řešení těchto problémů není otázkou měsíců, ale spíše let. Je zapotřebí ještě mnoho zkoumání a diskusí mezi odbornou i laickou veřejností. Pevně věřím, že jednoho dne budou mít všichni lidé s duševním onemocněním šanci prožít plnohodnotný a důstojný život ve společnosti stejně jako lidé duševně zdraví.

Závěr

- Sběr literatury a jiných informačních zdrojů plně poskytnul dostatek informací pro shrnutí teoretických poznatků dané problematiky.
- Získaný kvalitativní přehled znalostí v dané oblasti byl zpracován metodou review.
- Předpokládám, že stručný přehled problematiky péče o klienty s duševním onemocněním a chráněného bydlení, bude sloužit jako pilotní práce k diplomové práci zkoumající vliv chráněného bydlení na život klientů s diagnózou schizofrenie.
- Součástí diplomové práce bude kvalitativní výzkum s cílem zjištění vlivu chráněného bydlení na život klientů s diagnózou schizofrenie.
- Pro sběr dat empirické části diplomové práce bude použita kvalitativní výzkumná metoda provedení individuálních polostrukturovaných rozhovorů.
- Za důležité pokládám nadále bojovat proti institualizaci, stigmatizaci a sociální izololaci duševně nemocných.
- V současném pojetí péče o duševně nemocné se ukazuje velký význam chráněného bydlení i jiných součástí komunitní péče.
- V rámci komunitního plánování by se mělo myslet na budování většího počtu míst chráněného bydlení, chráněného bydlení na dobu neurčitou, budování sociálních bytů.
- Klást důraz na zvyšování počtu sociálních asistentů, kteří by zajišťovali tzv. podporu samostatného bydlení.
- Dle mého názoru by všichni nemocní měli mít nárok na rovný přístup nejen k péči zdravotní, ale také sociální. Každý člověk, kterého postihlo duševní onemocnění, by měl mít přístup k informacím o možnostech léčby a o systému sociálních služeb, které mu mohou pomoci v řešení jeho životní situace.
- V rámci komunitního plánování by se mělo myslet na budování většího počtu míst chráněného bydlení, chráněného bydlení na dobu neurčitou, budování sociálních bytů.

- Klást důraz na zvyšování počtu sociálních asistentů, kteří by zajišťovali tzv. podporu samostatného bydlení.
- Je mi jasné, že řešení těchto problémů není otázkou měsíců, ale let. Ale pevně věřím, že jednou budou mít všichni lidé s duševním onemocněním šanci prožít plnohodnotný a důstojný život ve společnosti stejně jako lidé

Seznam literatury:

1. ČERNOUŠEK, M. Šílenství v zrcadle dějin. Praha: Grada Avicenum, 1994. ISBN. 80-7169-086-4
2. ČEŠKOVÁ, E. Schizofrenie a její léčba. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-056-9
3. ESPRIT, zpravodaj České asociace psychického zdraví. Praha, 1998. Vychází měsíčně, ISSN 1214-2123
4. Fokus, Mladá Boleslav, Manuál chráněného bydlení
5. FOUCALT, M. Psychologie a duševní nemoc. Praha: Dauphin, 1997. 113 s. ISBN 80-86019-30-6.
6. HARTL, P. Komunita občanská a komunita terapeutická. 1.vyd. Praha: Slon, 1997. ISBN 80-85850-45-1
7. HEJZLAR, P. Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace. Seminární práce. Pardubice, 2002. 39 s.
8. HENDL, J. Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2
9. HORÁČEK, J. a kol. Psychotické stavy v klinické praxi. Praha: Anepra, 2003. 263 s. ISBN 80-86694-01-1
10. HÖSCHL, C. - LIBIGER, J. - ŠVESTKA, J. Psychiatrie. 2. vyd. Praha: Tigris, 2004. ISBN 80-900130-7-4
11. CHODURA, V. Psychiatrie. České Budějovice: Jihočeská univerzita. 1998. ISBN 807040-285-7
12. CHROMÝ, K. Duševní nemoc. sociologický a sociálně psychologický pohled. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0050-4
13. JAROLÍMEK, M. O lidech, kteří onemocněli schizofrenií. Praha: Pallata, 1996.
14. JOHNOVÁ, M. - ČERMÁKOVÁ, M. Standardy kvality sociálních služeb. Praha: MPSV, 2002. 112 s. ISBN 80-86552-45-4
15. KALINA, K. Jak žít s psychózou. Praha: Portál, 2001. 247 s. ISBN 80-7178-563-6
16. KRATOCHVÍL, S. Základy psychoterapie. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-179-7
17. KŘIVOHLAVÝ, J. Psychologie zdraví. Portál, 2001. 280s ISBN 80-7178-774-4

18. MALÁ, E. - PAVLOVSKÝ, P. Psychiatrie. Praha: Portál, 2002. 144 s. ISBN 80-7178-700-0.
19. MATOUŠEK, O. - KOLÁČKOVÁ, J. - KODYMOVÁ, P. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X
20. MOŽNÝ, P. Když se řekne psychóza. Praha: Galén, 1997. 1999.
21. MÜHLPACHR, P. Vývoj ústavní péče. Brno: MU, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3
22. PALEČEK, J. Podpora bydlení: příručka k programům podporovaného bydlení pro duševně nemocné, Praha: Fokus books, 2001.
23. PL Kosmonosy. – informační leták
24. POTŮČEK, M. Sociální politika. 1.vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995.
25. PRAŠKO, J. - BAREŠ, M. - HORÁČEK, J. Léčíme se s psychózou. Praha: Medical Tribune, 2005. 96 s. ISBN 80-239-5482-2
26. RADIMSKÝ, M. a kol. Psychiatrie 2. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. 217 s. ISBN 80-7013-350-3
27. SMOLÍK, P. Duševní a behaviorální poruchy. 2.rev.vyd. Praha: Maxdorf, 2002. ISBN 80-85800-33-0.
28. ŠUPA, J. Expertíza pro cílovou skupinu „Osoby s duševním postižením“. Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně. Brno, 2006. 24 s.
29. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-214-3
30. VENCOVSKÝ, E. Psychiatrie dávných věků. 1.vyd. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-226-5
31. VOKURKA, M. - HUGO, J. a kol. Velký lékařský slovník. Praha: Maxdorf, 2006. 1017 s. ISBN 80-7345-105-0
32. VYMĚTAL, J. Lékařská psychologie. Praha: Portál, 2003. 400 s. ISBN 80-7178-740-X
33. World wide web
www.capz.cz/
www.cmhd.cz/
www.fokus-praha.cz/
www.fokusvysocina.cz/
www.mpsv.cz/

www.slovník-cizích-slov.cz/

www.fokus-mb.cz/

www.sagit.cz

www.pcp.lf3.cuni.cz

Seznam příloh:

Příloha č.1: Souhlas etické komise

Příloha č.2: Přehled služeb psychiatrické rehabilitace v ČR

Příloha č.3: Smlouva o poskytnutí služby

Příloha č.4: Pravidla pro pobyt v Chráněném bydlení (CHB)

Příloha č.5: Domovní řád

Příloha č.6: Souhlas klienta s vedením osobních a citlivých osobních údajů sdružením Fokus Mladá Boleslav a sdílením těchto údajů s dalšími osobami či institucemi

Příloha č.7: Rehabilitační plán

Příloha č.8: Protikrizový plán

Příloha č.9: Fotografie chráněného bydlení v Mladé Boleslavi



UNIVERZITA KARLOVA
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU
Josef Martího 31, 162 52 Praha 6 – Veleslavín
tel. (02) 2017 1111
<http://www.ftvs.cuni.cz/>

Žádost o vyjádření etické komise UK FTVS

k projektu výzkumné, doktorské, diplomové (bakalářské) práce, zahrnující lidské účastníky

Název: Chráněné bydlení jako součást komunitní péče o duševně nemocné

Forma projektu: bakalářská práce

Autor/ hlavní řešitel/: Magdalena Šírová

Školitel : doc. PhDr. Běla Hátlová, PhD.

Popis projektu: Cíle:

- Objasnění postavení a významu sociálních služeb, konkrétně služeb chráněného bydlení v Mladé Boleslavi.
- Seznámení s důležitými zařízeními poskytující služby pro duševně nemocné. Vývoj, charakter služeb a význam o.s. Fokus.
- Přiblížit se více člověku nemocnému psychózou (schizofrenií) prostřednictvím porozumění povahy nemoci a jejího vlivu na psychosociální situaci tohoto člověka.
- Zjišťování informací bude vedeno s jasným cílem výzkumu a tak, aby nedošlo k poškození klientů (účastníků výzkumu).
- Klienti budou plně informováni: o cílech, důvodech a metodách výzkumu, o nepříjemnostech a rizicích s tím spojených, o odpovědnosti pracovníka výzkumu a o tom, že klient může kdykoliv tuto spolupráci přerušit.
- Při získávání informací nebudou porušovány směrnice č.1, 2, 3, 4, 6.

Informovaný souhlas (přiložen)

V Praze dne: 5.března 2008

Podpis autora.....

Vyjádření etické komise UK FTVS

Složení komise: doc.MUDr.Staša Bartůňková, CSc
Prof.Ing.Václav Bunc, CSc.
Prof.PhDr. Pavel Slepíčka, DrSc
Doc.MUDr.Jan Heller, CSc.

Projekt práce byl schválen Etickou komisí UK FTVS pod jednacím číslem:

.....

dne:.....

Etická komise UK FTVS zhodnotila předložený projekt a **neshledala žádné rozpory** s platnými zásadami, předpisy a mezinárodními směnicemi pro provádění biomedicínského výzkumu, zahrnujícího lidské účastníky.

Řešitel projektu splnil podmínky nutné k získání souhlasu etické komise.

.....
podpis předsedy EK

razítko školy

*ORIGINÁL TĚTO ŽÁDPSTI JE U ETICKÉ KOMISE.
Magdalena Štrougalová*

PŘEHLED SLUŽEB PSYCHIATRICKÉ REHABILITACE V ČR

Zdrojem pro tento stručný přehled služeb psychiatrické RHB v ČR byl **Adresář komunitních služeb** (AKS, rok 2002 – ke stažení na http://mujweb.cz/Institute/asociace_komunitnich_sluzeb/index.htm) a **Katalog mimopražské extramurální péče pro psychiatrické pacienty** (Psychiatrické centrum Praha, 2003). V těchto dokumentech lze nalézt podrobnější info o vybraných organizacích a službách. Většina služeb je poskytována nestátními neziskovými organizacemi a je nutné brát v úvahu, že charakter služeb, kapacita i odborná úroveň se může v jednotlivých organizacích lišit. JM a DW

Praha

Název / Působnost	Poskytované služby PR	www / kontakt
Baobab/Praha 4	Centrum včasné rehabilitace: aktivizační a edukační programy, byty na půli cesty, rekondiční pobyty	o.s.baobab@post.cz
Bona o.p.s./ Praha 8 - Bohnice	Chráněné bydlení a byty na půli cesty, pracovní rehabilitace	www.bona-ops.cz / info@bona-ops.cz
Green Doors / Praha	Chráněné dílny	http://greendoors.webz.cz greendoors@seznam.cz
Eset-Help o.s. / Praha 11 - Jižní Město	Chráněná dílna, přechodné zaměstnávání, byty na půli cesty, centrum denních aktivit, resocializační pobyty	www.esethelp.cz esethelp@volny.cz
Fokus Praha / Praha	Byty na půli cesty, chráněné bydlení, case management, centrum denních aktivit, chráněné dílny, podporované bydlení, podporované zaměstnávání, přechodné zaměstnávání	www.ecn.cz/fokus fokus@ecn.cz

Ústecký kraj

Název / Působnost	Poskytované služby PR	www / kontakt
Altán o.s. / Teplice	Centrum denních aktivit	-/ altan@atlas.cz ,
Agentura Pondělí / Šluknov	Podporované zaměstnávání	info@agenturapondeli.cz
Fokus Ústí n/L / ÚL a okolí	Centrum denních aktivit, chráněné dílny, byty na půli cesty a podporované bydlení, vzdělávací programy, case management	www.fokusul.cz , www.cpb.cz/ fokusul@volny.cz

Sociální Agentura / Ústí nad Labem	Job centrum, vzdělávací programy	www.socialniagentura.cz soc.agentura@volny.cz
------------------------------------	----------------------------------	--

Liberecký kraj

Název / Působnost	Poskytované služby PR	www / kontakt
Fokus Myklub / Liberec	Chráněné dílny, přechodné zaměstnávání, case management, centrum denních aktivit, dům na půli cesty	www.volny.cz/fokus-myklub/ fokus-myklub@volny.cz
Fokus Turnov / Semily, Jablonec n/N.	Centrum denních aktivit	http://fokus.hyperlink.cz fokus.turnov@razdva.cz
Socioterapeutické Centrum / Liberec, Jablonec n/N	Centrum denních aktivit, podporované bydlení, case management	stc_liberec@volny.cz

Vysočina

Název / Působnost	Poskytované služby PR	www / kontakt
Denní stacionář PL Jihlava	Individuální rhb. plánování, case management, nácvik dovedností	www.plj.cz / plj@plj.cz
VOR Jihlava	Centrum denních aktivit	os.vor@seznam.cz
DCHB-OCH Třebíč	Centrum denních aktivit	paprsekl@volny.cz
DCHB OCH Žďár nad Sázavou	Centrum denních aktivit	www.charita.zdarsko.cz kdn-zr@seznam.cz
Fokus Vysočina / Havlíčkův Brod, Pelhřimov	Byty na půli cesty, centrum denních aktivit, chráněné dílny, podporované bydlení	www.pelhrim.cz/fokus fokus.havlbrod@worldonline.cz

Jihomoravský kraj

Název / Působnost	Poskytované služby PR	www / kontakt
Sdružení Práh / Brno	Byty na půli cesty, centrum denních aktivit, chráněné dílny,	http://web.redbox.cz/prah prah@atlas.cz
Charita Blansko - „Pěkná modrá“ / Blansko	Centrum denních aktivit	- / - tel. : 516 411 583

Olomoucký kraj

Název / Působnost	Poskytované služby PR	www/kontakt
-------------------	-----------------------	-------------

Ego Sum / Javorník	Centrum denních aktivit, dům na půli cesty	- / tel.: 584 413 208,
Ester o.s./ Javorník, Zálesí	Podporované a chráněné bydlení, pracovní rehabilitace	vasek.mamula@worldonline.cz / 584 440 057
Charita Olomouc	Chráněné dílny, dům na půli cesty, centrum denních aktivit	- / olomouc@caritas.cz
Chráněné rehabilitační centrum u sv. Vincence /	Chráněné dílny, chráněné bydlení	- sv_vincenc@centrum.cz
Zahrada 2000 / Jeseník	Centrum denních aktivit, chráněné dílny	- /cdz.jesenik@pvtnet.cz

Jihočeský kraj

Název / Působnost	Poskytované služby PR	www / e-kontakt
Fokus Písek	Centrum denních aktivit, chráněné bydlení	- / fokus.pisek@quick.cz
Fokus Tábor	Centrum denních aktivit	- / fokus.tabor@quick.cz
Středisko pro poradenství a sociální rehabilitaci / České Budějovice	Pracovní rehabilitace, centrum denních aktivit	- /- tel. 387 871 111
Polidon / Strakonice	Centrum denních aktivit, individuální PR v rámci Asistenční služby, case management	- / polidon@quick.cz
Městská charita České Budějovice - Domino / Č. Budějovice	Centrum denních aktivit	http://www.c-budejovice.cz domino@c-mail.cz

Středočeský kraj

Název / místo	Poskytované služby PR	www / kontakt
Fokus Mladá Boleslav	Chráněné a podporované bydlení, centrum denních aktivit, chráněné dílny, podporované zaměstnávání, case management	http://www.fw.cz/fokus-mb fokus-mb@dragon.cz

Pardubický kraj

Název / místo	Poskytované služby PR	www / kontakt
Péče o Duševní Zdraví /	Byt na půli cesty, centrum denních aktivit, podporované bydlení, podporované	- / pdz-pce@volny.cz

Pardubice	zaměstnávání, přechodné zaměstnávání	
Středisko křesťanské pomoci - ZSDZ / Pardubice	Centrum denních aktivit, chráněné dílny	www.volny.cz/skp.pce zauctr@pce.cz

Královéhradecký kraj

Název / Působnost	Poskytované služby	www / kontakt
Centrum pro duševní zdraví	Program pro rehabilitaci duševně nemocných, pracovní rehabilitace, individuální konzultace	www.czechia.com/szdp szdphk@volny.cz ;

Moravskoslezský

Název / Působnost	Poskytované služby	www / kontakt
Charita Opava / Opava	Centrum denních aktivit, chráněné bydlení, podporované bydlení, chráněné dílny	www.charita.opava.cz info@charitaopava.cz
Psychosociál ní centrum / Přerov	Centrum denních aktivit, individuální PR	antoniaziova@mens.cz
Mens Sana, o.s./ Ostrava	Centrum denních aktivit, přechodné zaměstnávání, case management	www.menssana.cz menssana@menssana.cz
Anima o.s./ Opava	Podporované zaměstnávání	Tel. 603 879 505, 595 032 125

SMLOUVA O POSKYTNUTÍ SLUŽBY

Pan/paní:

Jméno:

Rodné číslo: /

Číslo OP:

Opatrovník:

Jméno:

Rodné číslo: /

IČO:

Číslo OP:

Adresa:

dále jen „Příjemce služby“

a

Poskytovatel:

FOKUS Mladá Boleslav

Jaselská 1304, Mladá Boleslav

IČO: 48678767

Zastoupený Mgr. Hanou Goldmanovou

dále jen „Poskytovatel“

uzavřeli v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách tuto

Smlouvu o poskytnutí služby Chráněné bydlení podle § 51

I.

Rozsah poskytování sociální služby

Poskytovatel se zavazuje poskytovat Příjemci služby službu chráněné bydlení v tomto rozsahu

- a) ubytování
- b) pomoc při zajištění stravy
- c) úkony péče uvedené v článku III této smlouvy

Tým chráněného bydlení může poskytovat také službu podporovaného bydlení. V tomto případě je služba poskytována v místě bydliště příjemce služby a nevztahují se na ni tyto části smlouvy:

- o II. Ubytování
- o VII. Výše úhrady a způsob jejího placení, část (1) a) režijní náklady (nájemné)
- o VIII. Ujednání o dodržování pravidel stanovených Poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb
- o IX. Výpovědní důvody a výpovědní lhůty, část (2) a) ii) porušení povinností vyplývajících z Pravidel pro pobyt v chráněném bydlení a Domovního řádu
- o IX. Výpovědní důvody a výpovědní lhůty, část (2) b) ukončení nájemní smlouvy objektu ze strany Magistrátu města Mladá Boleslav
- o Přílohy 2-4

II.

Ubytování

(1) Příjemci služby se poskytuje ubytování v bytě č. 1 o rozloze 12 + 5,25 m², který je umístěn:

Tovačovského 163

293 01 Mladá Boleslav

(2) Předávací protokol je přílohou č 2. této smlouvy

(3) Příjemce služby může způsobem obvyklým užívat společně s nájemníkem sousedních bytů také tyto prostory:

Společenská místnost s kuchyní

Sprchy

(4) Ubytování zahrnuje také topení, teplou a studenou vodu, elektrický proud.

(5) Poskytovatel je povinen udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a užívání a zajistit nerušený výkon práv příjemce služby spojených s užíváním těchto prostor.

(6) Příjemce služby je povinen užívat prostory vyhrazené jí k ubytování a k užívání řádně, v prostorách nesmí bez souhlasu Poskytovatele provádět žádné stavební úpravy ani podstatné změny.

(7) Příjemce služby nese zodpovědnost za zařízení bytu a seznam předmětů, které jsou mu svěřeny k užívání a sepsány v Předávacím protokolu.

(8) Příjemce služby odpovídá za způsobenou škodu na bytu a jeho zařízení vzniklou jeho zaviněním. Tyto škody má povinnost odstranit na vlastní náklady. Pokud tak neučiní ve lhůtě s Poskytovatelem dohodnuté, odstraní škodu Poskytovatel na svůj náklad, avšak je oprávněn náhradu takto vynaložených nákladů požadovat na Příjemci služby.

(9) Příjemce služby není oprávněn poskytovat v bytě ubytování jiným osobám.

(10) Příjemce služby není bez písemného souhlasu Poskytovatele oprávněn uvádět místo poskytování služby jako své trvalé bydliště či si zde trvalý pobyt přihlásit.

(11) Klíče od bytu přebírá Příjemce služby při podpisu této smlouvy. Příjemce služby není oprávněn zhotovovat duplikáty klíčů. Půjčovat klíče od bytu dalším osobám a měnit zámky ve dveřích lze pouze se souhlasem Poskytovatele.

(12) Po zániku této smlouvy se Příjemce služby zavazuje byt vyklidit a vyklizený Poskytovateli předat ve stavu, v jakém jej převzal, s přihlédnutím k běžnému opotřebení a to ke dni skončení platnosti této smlouvy, nedohodnou-li se strany jinak. O odevzdání bytu se vyhotoví zápis, v němž se uvedou skutečnosti rozhodné k vyúčtování. Příjemce služby bere na vědomí, že pokud byt nevyklidí a nepředá, je Poskytovatel oprávněn byt vyklidit a věci ve vlastnictví Příjemce služby uskladnit vhodným způsobem. Současně je oprávněn vyměnit příslušné zámky u dveří bytu.

(13) Příjemce služby se zavazuje umožnit Poskytovateli přístup do prostor, ve kterých se poskytuje ubytování.

(14) Po uplynutí stanovené výpovědní lhůty nebo doby platnosti této smlouvy zanikne Příjemci služby právo užívat výše uvedený byt a to bez nároku na náhradní byt nebo náhradní ubytování.

III.

Úkony péče

(1) Poskytovatel se zavazuje poskytovat Příjemci služby, tyto základní činnosti:

- pomoc při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační služby
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

IV.

Fakultativní činnosti

(1) Poskytovatel se zavazuje poskytnout Příjemci služby následující fakultativní činnosti nad rámec základních činností uvedených v čl. II a III:

- Dopravu osoby a jejích věcí do a/nebo z místa, v rámci území Středočeského kraje.
-

V.

Místo a čas poskytování sociální služby

(1) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje v chráněném bytě v Chráněném bydlení, Tovačovského 163, 293 01 Mladá Boleslav nebo v místě bydliště příjemce služby.

(2) Služba sjednaná v čl. I. Smlouvy se poskytuje po dobu platnosti smlouvy v tomto časovém rozsahu:

ubytování: 24 hodin denně

úkony péče: v pracovní dny od 8⁰⁰ – 16⁰⁰ v rozsahu dle individuální dohody s asistentem bydlení

VII.

Výše úhrady a způsob jejího placení

(1) Příjemce služby je povinen zaplatit úhradu, přičemž úhrada se skládá z :

- a) režijní náklady (nájemné): ve výši 1 794 Kč
- b) náklady za poskytované služby dle ceníku, který je přílohou smlouvy

(2) Příjemce služby je povinen zaplatit za poskytování péče podle zákona č. 108/2006 Sb. na základě měsíčního vyúčtování poskytnutých služeb. Maximální výše úhrady za kalendářní měsíc je částka ve výši přiznaného příspěvku na péči.

Jestliže Příjemci služby není přiznán příspěvek na péči, je Příjemce služby povinen zaplatit za úkony péče částku 1,- Kč měsíčně.

(3) Činnosti sjednané v čl. IV. jako fakultativní se poskytují za úhradu nákladů těchto činností. Doprava osob nebo osobních věcí je účtována ve výši určené zákonem o cestovních náhradách.

(4) Poskytovatel je povinen předložit Příjemci služby nebo opatrovníkovi vyúčtování úhrady podle odstavců 1 až 3 za kalendářní měsíc, a to nejpozději do patnáctého dne následujícího měsíce.

(5) Příjemce služby se zavazuje platit úhrady za veškeré služby zpětně, a to do čtrnácti dnů od předložení vyúčtování Poskytovatelem.

(6) Příjemce služby se zavazuje platit úhradu podle tohoto článku v hotovosti v pokladně Poskytovatele nebo na účet Poskytovatele č. . 227 756 8001/2400, vedený u eBanky Mladá Boleslav.

VIII.

Ujednání o dodržování pravidel stanovených Poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb

Příjemce služby prohlašuje, že byl seznámen s Pravidly pro pobyt v chráněném bydlení, v němž se poskytuje sociální služba podle této Smlouvy a s Domovním řádem. Příjemce služby

prohlašuje, že Pravidla pro pobyt v chráněném bydlení a Domovní řád mu byly předány v písemné podobě, že tyto dokumenty přečetl a že jim plně porozuměl. Příjemce služby se zavazuje Pravidla pro pobyt v chráněném bydlení a Domovní řád dodržovat.

IX.

Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

(1) Příjemce služby může Smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď Příjemcem služby činí dvacet dní.

(2) Poskytovatel může Smlouvu vypovědět pouze z těchto důvodů:

a) jestliže Příjemce služby hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze Smlouvy. Za hrubé porušení Smlouvy se považuje zejména:

i) nezaplacení úhrady, byl-li Příjemce služby povinen platit úhradu podle čl. VII. Smlouvy.

ii) jestliže Příjemce služby i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti, které mu vyplývají z Pravidel pro pobyt v chráněném bydlení a Domovního řádu.

b) ukončení nájemní smlouvy objektu ze strany Magistrátu města Mladá Boleslav.

c) v případě zániku sdružení.

(3) Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 písm.

a) až c) tohoto článku činí dvacet dní a počíná běžet prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž byla tato výpověď Příjemci služby doručena.

X.

Doba platnosti smlouvy

(1) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

(2) Doba platnosti a účinnosti smlouvy je uzavírána na dobu určitou do dne

XI.

Další ujednání

- (1) Příjemce služby nemůže práva z této Smlouvy postoupit na jiného.
- (2) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
Nedílnou součástí této smlouvy jsou přílohy č. 1 až 6.
- (3) Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně.
- (4) Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.
- (5) Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

Příloha 1: Ceník poskytovaných služeb

Příloha 2: Předávací protokol (vybavení chráněného bytu a klíčů)

Příloha 3: Pravidla pro pobyt v chráněném bydlení

Příloha 4: Domovní řád

Příloha 5: Kvalifikovaný souhlas se zpracováním osobních údajů

Příloha 6: Formulář pro podání stížnosti

V Mladé Boleslavi dne

.....

.....

(podpis příjemce služby)

(podpis poskytovatele)

.....

(podpis opatrovníka)

Služba	Cena služby za 1 hodinu
pomoc při zajištění chodu domácnosti	160 Kč
výchovné, vzdělávací a aktivizační služby	
zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	
sociálně terapeutické činnosti	
pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	

Rozsah poskytovaných služeb

Stupeň závislosti	Počet hodin měsíčně	Měsíční úhrada
Lehká	6 – 13	960 – 2 000 Kč
Středně těžká	14 – 25	2 240 – 4 000 Kč
Těžká	26 a více	4 160 – 8 000 Kč
Úplná	-	-

Pravidla pro pobyt v Chráněném bydlení (CHB)

I.

Povinnosti vyplívající ze smlouvy o poskytnutí služby

II.

Povinnosti vyplívající z Domovního řádu

III.

Povinnosti a práva obyvatele CHB

1. Povinnosti

a) Obyvatel je povinen pravidelně hradit nájemné, příspěvek na energie a náklady za poskytované služby dle ceníku, který je přílohou smlouvy.

Platba musí být uhrazena zpětně do 14 dnů od předložení vyúčtování (faktury)

Poskytovatelem služby (Fokus MB)

- b) Obyvatel je povinen podat Žádost o příspěvek na péči.
- c) Při pobytu v CHB delším než 2 roky, se každý půl rok pobytu zvyšuje nájemné o 500,- Kč.
- d) Obyvatel CHB je povinen respektovat ostatní obyvatele Domu (soukromí, vztahy, majetek).
- e) Zákaz výroby, přechovávání a užívání drog.
- f) Konzumace alkoholu pouze příležitostně.
- g) Obyvatel CHB je povinen účastnit se společných schůzek obyvatel Domu (1krát týdně).
- h) Obyvatel domu je povinen spolupracovat s klíčovým pracovníkem při rehabilitaci.
- i) Obyvatel CHB je povinen spolupracovat s ambulantním psychiatrem.
- j) Obyvatel CHB je povinen mít aktivity (pravidelně) mimo Chráněné bydlení.
- k) Obyvatel CHB je povinen pravidelně uklízet společné prostory (dle harmonogramu).
- l) Obyvatel CHB je povinen udržovat přiměřený pořádek ve svém bytě, tzn. aby případný nepořádek neobtěžoval jiné obyvatele domu (např. zápach, apod.).
- m) Obyvatel CHB si může pořídit menší zvířátko (viz. Domovní řád) za těchto podmínek:
 - souhlas všech obyvatel CHB
 - souhlas klíčového pracovníkapředpokládané stěhování na ubytovnu apod.)
- n) Obyvatel nesmí v CHB umisťovat a skladovat hořlavé materiály

1. Práva

- a) Obyvatel má právo na pravidelnou podporu týmu socioterapeutů.
- b) Obyvatel má právo užívat zařízení a vybavení CHB.
- c) Obyvatel má právo spolurozhodovat o chodu CHB.
- d) Obyvatel má právo mít své soukromí. Pracovník může do bytu vstoupit mimo dohodnutou schůzku, jen ve výjimečných případech (zhoršení zdravotního stavu, porušení pravidel CHB, havárie), ale i tehdy respektuje plně obyvatelovo soukromí.
- e) Obyvatel má právo, aby pracovník respektoval jeho rozhodnutí, zároveň má právo být pracovníkem seznámen s důsledky tohoto rozhodnutí.
- f) Obyvatel má právo znát obsah složky svých osobních materiálů.
- g) Obyvatel má právo na utajení informací poskytnutých pracovníkovi CHB před třetí osobou.
- h) Obyvatel má právo změnit klíčového pracovníka.
- i) Obyvatel má právo podávat stížnosti.
- j) Obyvatel má právo na odstoupení od dohody o poskytování služeb v rámci programu bez udání důvodu.
- k) Obyvatel má právo na rezervaci místa v případě krátkodobé hospitalizace (2 měsíce).

IV.

Povinnosti a práva klíčového pracovníka

1. Povinnosti

- a) Pracovník CHB má povinnost poskytovat podporu a pomoc – dle dohody s obyvatelem.
- b) Pracovník CHB bude brát ohled na rozhodnutí obyvatele.
- c) Pracovník CHB nebude zasahovat do osobních záležitostí obyvatele bez jeho vědomí a souhlasu, pokud by se nejednalo o výjimečnou situaci (viz. II. Práva 2b) nebo pokud se nejedná o záležitost dotýkající se i ostatních obyvatel.
- d) Pracovník CHB bude poskytovat informace o obyvateli pouze s jeho souhlasem.
- e) Pracovník CHB bude jednat s rodinou a dalšími lidmi pouze s vědomím a souhlasem obyvatele.
- f) Pracovník CHB umožní účastníkovi programu nahlížet do složky s materiály týkající se jeho osoby.
- g) Pracovník CHB vyslechne případné výhrady obyvatele a zaujme k nim stanovisko.
- h) Pracovník CHB má povinnost určit svého zástupce po dobu své nepřítomnosti a seznámit ho s obyvatelem.

2. Práva

- a) Pracovník CHB má právo vyžadovat od obyvatele plnění jeho povinností vyplývajících z těchto pravidel.
- b) Pracovník CHB má právo vstoupit do bytu bez předchozí domluvy v případě zhoršení zdravotního stavu obyvatele, při porušení pravidel CHB obyvatelem nebo v případě havárie (pokud je obyvatel nepřítomen).
- c) Pracovník CHB má právo chránit ostatní obyvatele, zařízení CHB a sebe odpovídajícím způsobem (např. v případě nutnosti zavoláním pohotovostní služby).
- d) Pracovník CHB má právo konzultovat otázky týkající se obyvatelova procesu rehabilitace s týmem Chráněného bydlení, odborným ředitelem sdružení Fokus Mladá Boleslav a supervizorem.

DOMOVNÍ ŘÁD

Chráněného bydlení, Mladá Boleslav, Tovačovského 163

I.

Odpovědnost za užívaný prostor a věci

1. Při ukončení pobytu v CHB vrátit v původním stavu pokoj, ložní prádlo, ručníky, klíče atd., které uživatel dostává při nastěhování do CHB oproti podpisu.
2. Při ztrátě nebo poškození věci do 30 dnů příslušnou věc koupit nebo opravit, případně uhradit způsobenou škodu.
3. Šetřit s energiemi v domě (vypínat elektrické spotřebiče, neplýtvat vodou...)
4. Nepůjčovat nikomu klíč od domu ani nevyrabět kopie bez souhlasu provozovatele.
5. Při odchodu z domu (a zvláště, když někdo odchází poslední) zkontrolovat, zda jsou zavřená okna a dveře společných prostor.
6. Udržovat ve všech prostorách čistotu (pravidelné služby na úklid, ale i obyčejné dbání na pořádek).
7. Nepouštět do domu nežádoucí osoby.

II.

Respekt k osobě, soukromí a majetku druhého

1. Neprojevovat slovní ani fyzickou agresi vůči lidem a věcem.
2. Nerušit se navzájem i během dne hlukem, kouřem, nepořádkem...
3. Nevstupovat do cizího pokoje bez svolení.
4. Nekrást a nepoškozovat cizí věci.
5. Včas nahlásit pobyt mimo CHB (př. návštěva u příbuzných, dovolená apod.)
6. Návštěvy:
 - Musí respektovat ostatní obyvatele a musí dodržovat pravidla domu stanovená smlouvou a řádem domu.
 - Návštěvy nocující v CHB musí být předem odsouhlaseny ostatními obyvateli domu a musí být informován klíčový pracovník klienta, jehož návštěva bude v domě nocovat.

III.

Klid v CHB

1. Obyvatelé jsou povinni užívat dům v souladu s dobrými mravy tak, aby neobtěžovali ostatní nájemce.
2. V době od 22 do 6 hodin jsou obyvatelé povinni dodržovat noční klid.

IV.

Zajištění pořádku a čistoty v domě

1. Odpovídat za pořádek a čistotu ve všech prostorách (pravidelné služby dle rozpisu, ale i běžné dbaní na pořádek).
2. Účastnit se dvakrát ročně velkého úklidu (mytí oken, dveří, praní záclon atd.)

V.

Držení domácích zvířat

1. Držení zvířat v domě je možno jen se souhlasem všech obyvatel a s vědomím pracovníků CHB.
2. Majitel domácího zvířete za něj nese plnou odpovědnost. Současně je povinen dbát, aby nedocházelo k porušování práv ostatních obyvatel domu a byla dodržována čistota v domě a v přilehlém okolí.

VI.

Drogy a alkohol

1. V CHB nelze vyrábět, přechovávat ani užívat drogy. Případné užívání drog nebo alkoholu, znemožňující komunikaci a spolupráci obyvatele se socioterapeutem, může být důvodem k ukončení služby.

VII.

Kouření ve společných prostorech CHB

1. Kouření ve společných prostorech CHB není povoleno.

VIII.

Závěrečná ustanovení

1. Tento řád CHB byl odsouhlasen všemi obyvateli domu.
2. Ustanovení řádu lze měnit pouze se souhlasem všech obyvatel domu a týmu CHB. Změna musí být zaznamenána v písemné podobě řádu CHB.

Příloha 6

Souhlas klienta s vedením osobních a citlivých osobních údajů sdružením Fokus Mladá Boleslav a sdílením těchto údajů s dalšími osobami či institucemi

Souhlasím s poskytnutím svých osobních údajů a jejich statistickým zpracováním sdružením Fokus Mladá Boleslav (dále jen sdružení) v rozsahu potřebném pro mou spolupráci se sdružením.

Jsem seznámen s „Vnitřním předpisem sdružení Fokus Mladá Boleslav o zpracovávání osobních a citlivých osobních údajů“ i se svými právy vyplývající ze Zákona č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

V Mladé Boleslavi dne:

Jméno, příjmení a podpis:

.....

.....

Souhlasím s tím, aby osobní a citlivé údaje (například údaje o mém zdravotním stavu) mohli pracovníci sdružení v případě potřeby poskytnout těmto osobám a institucím:

Jméno osoby Název instituce	Údaje, které lze poskytnout	Datum	Podpis klienta

Souhlasím s tím, aby si pracovníci sdružení mohli v případě potřeby vyžádat mé osobní a citlivé údaje (například údaje o mém zdravotním stavu) od těchto osob či institucí:

Jméno osoby Název instituce	Údaje, které si lze vyžádat	Datum	Podpis klienta

Nepřeji si, aby pracovníci sdružení poskytovali mé osobní údaje těmto osobám či institucím nebo vyžadovali od těchto osob či institucí mé osobní údaje požadovali:

Jméno osoby Název instituce	Údaje, které nelze předávat	Datum	Podpis klienta

**Individuální rehabilitační plán
pro Chráněné bydlení**

Fokus Mladá Boleslav

Tovačovského 163

293 01 Mladá Boleslav

tel: 326 725 120

Pro klienta:

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____

Datum nástupu do CHB: _____

Předpokládané datum ukončení pobytu v CHB: _____

Skutečné datum ukončení pobytu v CHB: _____

Klíčový pracovník:

Individuální rehabilitační plán pro pobyt v Chráněném bydlení, pro pana/paní: _____

Hlavní cíl klienta (čeho chci dosáhnout během pobytu v CHB):

Překážky, které mi brání v dosažení tohoto cíle:

Jak tohoto cíle mohu dosáhnout:

Kdo mi v tom může pomoci a jak (odpovědnost osob za plnění plánu)

Časový plán:

Termín hodnocení:

Příloha 8

PROTIKRIZOVÝ PLÁN

pro pana/paní: _____, r.č. _____

klíčový pracovník: _____

Jak klient vidí krizi:

- Co ho přivádí do krize (zda vůbec o krizi ví)
- Jak vypadá klientova krize (popis)
- Jak pozná klient krizi
- Jak poznají krizi ostatní

Co klientovi v krizi pomáhá

- Jak a čím si klient v krizi může pomoci sám
- Existuje někdo, kdo mu v krizi může pomoci a jakým způsobem

Jaké kroky mají být podniknuty k zvládnutí krize

- Co bude dělat klient
- Co mají dělat ostatní
- Co má dělat klíčový pracovník a tým DPC
- Jsou nějaké kroky, které si zásadně klient nepřeje, aby byly podniknuty

Pracovník DPC nemůže respektovat přání klienta v případě ohrožení jeho života či zdraví ostatních obyvatel.

- Jak bude pracovník řešit vzniklou situaci

V Mladé Boleslavi, dne:

podpis klienta:

podpis klíčového pracovníka

Příloha 9

