

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Katedra sociální práce

Bc. Hana Draganová

**Povědomí klientů Eset-Help a Bona o možnostech
využívání psychosociální sítě**

**Awareness of Eset-Help and Bona clients of possibilities
in using the psycho-social network workplaces**

Diplomová práce

Praha 2011

Vedoucí práce: PhDr. Daniela Vodáčková

Autor práce: Bc. Hana Draganová
Vedoucí práce: PhDr. Daniela Vodáčková
Oponent práce: PhDr. Olga Havránková
Datum obhajoby: 2011

Hodnocení:

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Daniele Vodáčkové za odborné vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za ochotu a čas, který mi věnovali. Děkuji také svému manželovi za podporu.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 31. 7. 2011

Hana Draganová

Bibliografický záznam

DRAGANOVÁ, Hana. *Povědomí klientů Eset-Help a Bona o možnostech využívání pracovišť psychosociální sítě*. Praha: Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, Katedra sociální práce, 2011. 119 s. Vedoucí diplomové práce PhDr. Daniela Vodáčková.

Abstrakt

Diplomová práce „Povědomí klientů Eset-Help a Bona o možnostech využívání pracovišť psychosociální sítě“ se zaměřuje na zmapování potřeb klientů organizací Eset-Help a Bona v oblasti využívání pracovišť psychosociální sítě z pohledu klientů a také sociálních pracovníků obou organizací.

Teoretická část práce popisuje vývoj postojů k duševnímu onemocnění a jeho léčbě z historického hlediska, definuje pojmy z oblasti duševních onemocnění podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Vymezuje strukturu psychosociální sítě a podrobněji se zaměřuje na systém sociálních služeb. Uvádí přehled služeb určených pro duševně nemocné a ostatních služeb psychosociální sítě, rozdělených podle jednotlivých rezortů. Dále se zabývá problematikou informovanosti a bariér, které mohou omezovat klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě.

Praktická část zjišťuje informovanost klientů, bariéry, které komplikují klientům přístup k pomoci a hodnotí, jak současná nabídka pracovišť psychosociální sítě uspokojuje potřeby klientů, v jakých oblastech vnímají dostatek podpory a naplnění svých potřeb a kde naopak pomoc postrádají.

Klíčová slova

Duševní nemoc, psychosociální síť, psychiatrická rehabilitace, sociální služby.

Abstract

The dissertation „Awareness of Eset-Help and Bona clients of possibilities in using the psycho-social network workplaces“ is focused on Eset-Help and Bona clients' needs charting as to making use of psycho-social network workplaces from the clients' and from both these organisations workers' point of view.

Theoretical part of this dissertation describes development of attitudes towards mental diseases and its treatment from historical viewpoint and defines concepts from the field of mental diseases accordingly to the International classification of diseases - its 10th revision. It delimits structure of psycho-social network and is elaborately focused on social services system. It presents summary of services determined for mentally diseased persons and other services in psycho-social network, sorted accordingly to particular resorts. This work also deals with problematic of knowledgeableness and barriers clients could be limited with in making use of psycho-social network workplaces.

Practical part looks into knowledgeableness of clients, barriers complicating the clients their reaching a help and evaluates, how the contemporary offer of psycho-social network workplaces meets the clients requirements, in which fields they can accept enough support and meeting their needs and where – other way around - they are missing any help.

Key words

Mental diseases, psychosocial network, psychiatric rehabilitation, social services.

Obsah

ÚVOD.....	9
1. DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ	11
1.1 POHLED NA DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ Z HLEDISKA HISTORIE, VÝRAZNÉ MEZNÍKY	11
1.2 VYMEZENÍ POJMŮ Z OBLASTI DUŠEVNÍ NEMOCI RELEVANTNÍ PRO TUTO PRÁCI	18
1.2.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29).....	19
1.2.2 Afektivní poruchy (F30 – F39).....	20
1.2.3 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy (F40-F48).....	21
1.2.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69).....	23
2. PSYCHOSOCIÁLNÍ SÍŤ	24
2.1 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	24
2.1.1 Sociální služby	24
2.1.2 Standardy kvality sociálních služeb.....	26
2.2 STRUKTURA PSYCHOSOCIÁLNÍ SÍTĚ A JEJÍ ČLENĚNÍ	26
3. SLUŽBY URČENÉ LIDEM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM.....	28
3.1 O PSYCHIATRICKÉ REHABILITACI	28
3.2 JEDNOTLIVÉ OBLASTI PSYCHIATRICKÉ REHABILITACE.....	29
3.2.1 Oblast bydlení.....	29
3.2.2 Oblast pracovního uplatnění	30
3.2.3 Krizové služby.....	32
3.2.4 Volný čas a socioterapeutické aktivity.....	34
3.2.5 Poradenství a case management.....	35
3.2.6 Další typy služeb.....	36
4. OSTATNÍ SLUŽBY PSYCHOSOCIÁLNÍ SÍTĚ, KTERÉ MOHOU DUŠEVNĚ NEMOCNÍ VYUŽÍVAT	37
4.1 OBLAST SOCIÁLNÍ	37
4.1.1 Správa sociálního pojištění.....	37
4.1.2 Správa zaměstnanosti	39
4.1.3 Správa pomoci v hmotné nouzi, příspěvku na péči a další sociální záležitosti	40
4.1.4 Správa státní sociální podpory	42
4.1.5 Sociální služby	42
4.2 OBLAST ZDRAVOTNICKÁ	46
4.2.1 Poskytovatelé zdravotní péče.....	46
4.2.2 Krajské hygienické stanice.....	49
4.2.3 Zdravotní pojišťovny.....	50
4.3 OBLAST ŠKOLSKÁ.....	50
4.3.1 Současná výchovně vzdělávací soustava	50
4.3.2 Školská zařízení	53
4.3.3 Zřizovatelé škol a školských zařízení.....	57
4.4 OCHRANA PRÁV A POŘÁDKU	57
4.4.1 Policie ČR.....	57
4.5 JUSTIČNÍ OBLAST.....	58
4.5.1 Soudy	58
4.5.2 Státní zastupitelství.....	59
4.5.3 Advokacie.....	59
4.5.4 Notářský úřad	60
4.5.5 Ústavní soud ČR.....	61
4.6 VEŘEJNÁ OCHRANA PRÁV.....	61
4.6.1 Veřejný ochránce práv.....	61
5. VYUŽÍVÁNÍ PRACOVÍŠŤ PSYCHOSOCIÁLNÍ SÍTĚ OSOBAMI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM – ZDROJE INFORMACÍ A BARIÉRY.....	63
6. VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	66

6.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL VÝZKUMU	66
6.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU	67
6.2.1 <i>Osoby s dlouhodobým duševním onemocněním z organizace Bona</i>	67
6.2.2 <i>Osoby s dlouhodobým duševním onemocněním z organizace Eset-Help</i>	69
6.2.3 <i>Sociální pracovníci z organizace Bona</i>	71
6.2.4 <i>Sociální pracovníci z organizace Eset-Help</i>	72
6.3 METODY VÝZKUMU, POPIS VÝZKUMNÉ TECHNIKY	74
6.3.1 <i>Focus group</i>	74
6.3.2 <i>Provedení výzkumu focus group</i>	75
6.4 METODY ZPRACOVÁNÍ A ANALÝZA DAT	76
6.5 VÝSLEDKY ANALÝZY	76
6.5.1 <i>Osoby s dlouhodobým duševním onemocněním z organizace Bona</i>	77
6.5.2 <i>Osoby s dlouhodobým duševním z organizace Eset-Help</i>	83
6.5.3 <i>Sociální pracovníci z organizace Bona</i>	89
6.5.4 <i>Sociální pracovníci z organizace Eset-Help</i>	96
6.6 POROVNÁNÍ ANALÝZ.....	103
6.6.1 <i>Společné jevy v diskusích mezi skupinou klientů a sociálních pracovníků organizace Bona</i>	103
6.6.2 <i>Společné jevy v diskusích mezi skupinou klientů a sociálních pracovníků organizace</i> <i>Eset-Help</i>	104
6.6.3 <i>Společné jevy v diskusích mezi organizacemi Bona a Eset-Help</i>	105
7. DISKUSE DOSAŽENÝCH VÝSLEDKŮ	107
ZÁVĚR.....	110
POUŽITÁ LITERATURA	111
PŘÍLOHY	116

Úvod

Téma své diplomové práce jsem zvolila s ohledem na své pracovní zkušenosti. Působila jsem jako asistentka na chráněném bydlení v Boně, poté v Eset-Helpu jako sociální terapeutka v Centru denních aktivit. Později jsem změnila cílovou skupinu a pracovala v Člověku v tísní jako terénní sociální pracovnice s lidmi ohroženými sociálním vyloučením. Zkušenost s terénní prací mě přivedla k bližšímu seznámení se s nabídkou pracovišť psychosociální sítě v Praze. Poznala jsem, jak nedostatek informací o tom, kde hledat pomoc, přináší lidem mnohdy velké problémy do života. Potíže způsobuje také v některých případech nezáměr a odkládání řešení problémů na později, až se situace zhorší natolik, že již nelze příliš očekávat změnu k lepšímu. Svou roli však hrají i další faktory, které způsobují lidem zábrany ve využívání pracovišť psychosociální sítě služeb a omezují je v přístupu k pomoci. Proto jsem se rozhodla toto téma blíže prozkoumat a zaměřit se na cílovou skupinu osob s duševním onemocněním, klientů organizací Bona a Eset-Help.

V teoretické části práce se budu věnovat v první kapitole pohledu na duševní onemocnění z hlediska historického vývoje, popíšu výrazné mezníky, které ovlivňovaly náhled společnosti na osoby, které projevovaly ve svém chování jisté odlišnosti. Dále definuji pojmy z oblasti duševních onemocnění relevantní pro tuto práci podle Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. revize. Ve druhé kapitole vymezím strukturu psychosociální sítě a blíže se zaměřím na systém sociálních služeb. Třetí kapitola je věnována službám určeným pro duševně nemocné a čtvrtá kapitola pak ostatním službám psychosociální sítě dle jednotlivých rezortů. V této části vycházím hlavně z aktuálních znění zákonů vztahujících se k dané oblasti. Pátá kapitola se zabývá problematikou informovanosti a bariér, které mohou omezovat klienty v přístupu k pomoci.

Praktická část mé diplomové práce je zpracována v šesté kapitole. Budu se v ní zabývat cílem výzkumu, popíši výzkumný soubor, výzkumnou metodu a provedu analýzu výsledků průzkumu. Pojem povědomí vnímám jako široké téma, které se dá zkoumat z různých úhlů pohledu. Já se budu zajímat o povědomí klientů Eset-Helpu a Bony o možnostech využívání pracovišť psychosociální sítě v Praze z hlediska jejich potřeb. Svůj zájem tedy směřuji k oblastem, kde klienti, na základě jejich výpovědí, pomoc potřebovali nebo potřebují a vyhledávají. Dále se zaměřím na zodpovězení otázky, odkud klienti čerpají zdroje informací o pracovištích, jaké vnímají bariéry, které je omezují ve využívání pracovišť psychosociální sítě a také se zajímám o to, jak současná nabídka pracovišť

psychosociální sítě uspokojuje potřeby klientů, v jakých oblastech vnímají dostatek podpory a naplnění svých potřeb a kde naopak pomoc postrádají. Pro získání širšího náhledu na tuto problematiku jsem se rozhodla provést průzkum i se sociálními pracovníky v přímé péči obou organizací, abych získala doplňující informace a možnost srovnání.

Na závěr porovnáám výsledky získané v obou komunitních zařízeních a zaměřím se na společné jevy, které se při diskusích objevovaly.

1. Duševní onemocnění

1.1 Pohled na duševní onemocnění z hlediska historie, výrazné mezníky

Psychiatrie jako lékařský obor snad nejvíce ze všech medicínských specializací zasahuje do nelékařských, humanitních rozměrů lidského poznání. Je to nejen obor medicíny, ale také průsečík humanitních a přírodovědných oborů vědeckého poznání (Černoušek, 1994).

„Celé dějiny psychiatrie lze vyložit jako pohyb kyvadla mezi pólem humanitního poznání na jedné straně a přírodovědeckou na straně druhé“ (Černoušek, 1994, s. 12)

Ve vývoji postojů k duševnímu onemocnění a jeho léčbě lze definovat významné mezníky.

Gregory Zilboorg, ruský psychoanalytik a psychiatr ve svém díle Dějiny lékařské psychologie (1941) použil poprvé pojem psychiatrická revoluce (Gregory Zilboorg, 2011).

„Za body obratu označuje:

a) renesanční výklad šílenství v protikladu k démonologické koncepci duševní nemoci jako důsledku hříchu nebo posedlosti zlými duchy a démony.

b) čas zrození azylů, prvních institucí psychiatrických léčeben na konci 18. století, kdy se z všeobecných špitálů vydělily první ústavy pro léčení duševně chorých, předobrazy psychiatrických zařízení nemocničního typu (Pinel, Esquirol).

c) vznik psychoanalýzy na přelomu 19. a 20. století. Duševní choroba je nazývána jako patologický výsledek konfliktních nitroduševních sil, které zrcadlí i patologii sil společenských. Je to doba zrodu systematické psychoterapie (Freud)“

(Svoboda a kol., 2006, s. 21).

K výše uvedeným mezníkům bývá řazen vznik **hnutí mentální hygieny** (W. Beers) v první čtvrtině 20. století. Psychiatrie vystoupila z nemocnic, ze skrytu společenského strachu z šílenství a formulovala poznatky o tom, jak uchovat duševní zdraví, jak se ubránit psychiatrické dezintegraci. S další revolucí bývá někdy spojován **začátek éry psychofarmakologie** po druhé světové válce a objev chlorpromazinu.

(Svoboda a kol., 2006, Černoušek, 1994)

V dávnověku si lidé vysvětlovali duševní nemoci jako posedlost zlými duchy. Šamanové používali na léčbu těchto poruch nejrůznější ceremoniály, např. obřadní tanec, recitování zaříkávacích formulí apod.

Ve starověkém Egyptě se provádělo tzv. chrámové léčení, a to v chrámech boha Imhotepa. Jako terapeutikum byly používány hypnotické postupy, léčba spánkem, davová sugesce (Svoboda, 2006).

V antickém Řecku byly stavěny cca 1000 let př. n. l. chrámy boha Asklepia. Tyto chrámy byly součástí lázeňských míst uprostřed přírody a nemocní zde byli léčeni dietetickými, klimatologickými, psychoterapeutickými a dalšími prostředky. (Svoboda, 2006).

Před vznikem samostatné psychiatrie lékaři přistupovali k duševně nemocným komplexně, starali se jak o jejich tělesnou schránku, tak o jejich duši.

Antická kultura ovšem rozeznávala i šílenství „kakodaimonomen“, posedlost zlými duchy. Mezi projevy posedlosti patřila dezorientace nemocného a jeho vytržení ze společnosti, ale také jednání, které ohrožovalo okolí a tudíž integritu společnosti. Pokud nemocný propadl přílišné zuřivosti, tak byl spoután a internován doma u příbuzných, v horším případě pak ve vězení. Vyskytovala se také možnost pranýře. Tato opatření patřila k nápravným.

Vedle nich se ovšem pro ty nejobtížněji zvladatelné používal nejkrutější způsob sociální izolace a to vyobcování z lidské společnosti. Tento rituál očišťování obce od zla a hříchu nazývaly „farmakos“. Rituál očisty často končil izolováním a vyobcováním šílence, kterého nechali na pospas svému osudu. Nezřídka také mohl dotyčný skončit ukamenováním (Černoušek, 1994).

Středověk řadil šílenství do hierarchie neřestí. Duševní choroby byly démonizovány. Z šílenců se tehdy stávali tuláci. Nesměli do kostelů, ačkoli přijímat svátost jim církve nezakazovala (Foucault, 1994).

Ve středověku existovala soustavná křesťanská filantropie jako první podoba sociální služby a na druhé straně represivní postoj ze strany státu. Stát uplatňoval vůči šílencům represivní přístup. Nemocní, kteří se vymykali pravidlům a chování většinové společnosti, byli vnímáni jako společenská hrozba. Docházelo k jejich sociálnímu vylučování (Matoušek, 2007).

Městské úřady šílence vyháněly za hradby, nechávaly je svévolně svému osudu. Často byli také předáváni lodníkům a vyplouvali na širé moře. Lodě bláznů zabezpečovaly, že šílenec odcestuje hodně daleko a do města se již nevrátí. Voda představovala symboliku pro vězení na svobodě na otevřeném prostoru. Z lodí nebylo možno úniku. Nikdo nevěděl, kam dopluje, stejně tak nikdo netušil, odkud přichází. Loď bláznů mohla sloužit jako

předpsychiatrická instituce, jejímž prostřednictvím se společnost bránila proti nebezpečí těžkých duševních chorob. Byla plodem středověkého vidění světa a naznačovala kritické rozvolnění hodnot (Foucault, 1994).

Církev měla ve střední Evropě na starosti zdravotní a sociální záležitosti. U některých klášterů a poutních míst byly zakládány osady bláznů, kde se starali o nemocné (Svoboda, 2006).

V rámci katolické církve vznikaly také první řády, které pomáhaly nemocným a chudým (Matoušek, 2007).

Občas byli blázni přijímáni i do špitálů, kde se o ně pečovalo – např. ve španělské Zaragoze byly v 15. století byly otevírány velké domy, určené pro blázny. Stejně tak tomu bylo později i v Itálii. Nebyli tedy vždy vyháněni, ale důvod této volby nebyl znám. Je možné, že se město staralo jen o ty, kdo byli jeho občany a vyhánělo pouze cizince, ovšem na některých místech se blázni soustřeďovali ve větším počtu než jinde (Foucault, 1994).

Období renesance přineslo pozvolna změnu postoje k duševně nemocným. Na jedné straně stále přetrvával přístup k nemocným z období předcházejícího, na straně druhé se lidé začali zajímat o nemoci duše, byli jejich projevem fascinováni (Matoušek, 2001).

V této době se šílenství stává častým námětem pro literární, výtvarnou i divadelní tvorbu. Např. Erasmovo dílo Chvála bláznovství, Cervantesův Don Quijote, Shakespearův Král Lear, divadelní hra Komédie herců od Georgese de Scudéryho, malba od Hieronima Bosche Pokušení. Šílenství se tedy pohybovalo volně, stávalo se součástí společenské scenerie (Foucault, 1994).

Psychiatrie se opět stala záležitostí lékařů. Johan Weyer, který je považován za otce psychiatrie, bojoval proti oficiální démonologii. Felix Platter, další osobnost renesanční psychiatrie nahlížel na vznik duševních poruch v souvislosti s onemocněním mozku, zejména s mozkovými nádory a nemocné léčil masážemi, vodoléčbou, tělesnými cvičeními.

I v této době měla města snahu očistit se od nepřizpůsobivých obyvatel. To vedlo k zakládání nemocnic, mnozí asociální a duševně nemocní byli také vykazováni z města nebo do odlehlých domů. Kdo se jevil jako nebezpečný, byl zavírán do cel nebo věží (Svoboda, 2007).

Éra osvícenství vztah k šílenství zásadním způsobem změnila. Tuto proměnu vyznačují v dějinách šílenství dvě velké události – v r. 1656 vznik Všeobecného špitálu a „velké uvěznění“ chudiny; a v roce 1794 osvobození z pout v Bicentre (pobočka Hospital Général).

Foucault toto období nazývá věkem ne-rozumu. Tato prudká změna přichází od poloviny 17. století. Šílenství bylo v této době poprvé nahlédnuto sociálně, z perspektivy chudoby, neschopnosti pracovat, nemožnosti zapojit se do společnosti, propojilo se s problémy obce. Důležitost byla kladena na pracovní povinnost a mravní hodnoty spojované s prací (Foucault, 1994)

Od 17. století byl vlivem absolutistických ambicí kladen důraz na práci a z ní plynoucí zisk. Stát zavedl všeobecně platné regulativy pro zacházení s nemajetnými a hendikepovanými, zakládal státní instituce. Docházelo ke zrušení církevních institucí (Matoušek, 2001).

V této době vznikaly velké internační budovy, kde se během několika měsíců ocitlo více než jedno procento pařížských obyvatel. Docházelo často k svévolnému uvěznění bez právního zdůvodnění. V roce 1656 vyšel dekret o založení pařížského Hopital Général – Všeobecného špitálu. Ovšem nebylo to léčebné zařízení, ale jakási polosoudní struktura, kam byli přijímáni zdraví i invalidé, chudí, nemocní i lidé v rekonvalescenci. Buď se přihlásili sami, nebo tam byli královskou či soudní mocí posláni. Zařízení jim poskytovalo stravu a nocleh, vykonávalo nad lidmi dohled a nápravu. Správu a dohled vykonávali doživotně jmenovaní správci, kteří měli veškerou řídicí, kontrolní, policejní, nápravnou a trestní moc nade všemi obyvateli špitálu a stejně tak nade všemi lidmi i mimo něj (Foucault, 1994).

Tato instituce si od začátku kladla za úkol „*bránit žebrotě a zahálce jakožto pramenům veškerého neřádu*“ (Foucault, 1994, s. 43).

Smyslem nebylo ani tolik internované zaměstnat, jako potlačit žebrotu. V Anglii byly známé workhouses, které vznikaly ve druhé polovině 17. století. Z těchto institucí vylučovali všechny nakažlivě nemocné. Tyto zařízení vedli a nutili k práci všechny, kdo by se bez ní neobživil. Všichni práce schopní měli pracovat. Pracovní povinnost také hrála roli trestu a morální kontroly (Foucault, 1994).

„*Éra osvícenství užívá internace dvojakým způsobem a přiděluje jí dvojí roli – vstřebávat nezaměstnanost, nebo alespoň zastírat její nejviditelnější sociální důsledky, a regulovat sazby, když hrozí příliš vystoupit*“ (Foucault, 1994, s. 49).

Ovšem jakmile byli lidé umístěni do dílen nucené práce, stoupala nezaměstnanost v sousedních oblastech nebo podobných oborech. Navíc náklady na výrobu produktů byly vyšší než konečná prodejní cena.

Pracovní povinnost zahrnovala i duševně nemocné, ovšem jejich práceschopnost se poněkud od ostatních lišila. A to zejména v neschopnosti podřídit se rytmu kolektivního života. 17. století tedy mísilo šílence s ostatní částí populace.

Internace vůči šíleným byla v té době vysvětlena jako snaha vyhnout se skandálu, což znamenalo velký rozdíl oproti renesanci, která všechny formy ne-rozumu svobodně vyjevovala v plném světle.

Internace sice ne-rozum skrývá, ale zároveň šílenství vystavuje. Šílenci byli vystavováni na odiv, ovšem z bezpečné vzdálenosti a za hradbou mříží.

Vůči zvláště nebezpečným byl praktikován systém násilí, který však nechtěl přímo trestat, ale jen co nejvíce zuřící šílence omezit fyzicky v pohybu. Běžně byli připoutáváni k posteli nebo ke zdi. I když venku panovala tuhá zima, bývali spoře oděni, nebo nazí (Foucault, 1994).

Od poloviny 18. století docházelo k pozvolnému rozkladu nápravných zařízení. Svévolné vězení bylo politicky pranýřováno, lid se děsil internačních budov a požadovalo se zrušení internace. Revoluce z roku 1789 chtěla odstranit internaci jako symbol dřívějšího útisku. Hledaly se nové formy finanční podpory a lékařské péče, aby mohli být chudí léčeni doma a vyhnuli se tak hrůzné představě nemocnice. Ovšem uvědomovali si, že šílenec propuštěný na svobodu se může stát nebezpečným jak své rodině, tak společenské skupině, v níž žije. Proto musí být hlídán. Tento problém byl vyřešen tak, že dřívější internační ústavy byly pozvolna přenechány jen šilencům. Filantropie doby tedy osvobodila všechny kromě šilenců. Internace se stala opatřením s lékařským charakterem (Foucault, 1994).

Psychiatrie jako lékařský obor vznikala v 18. století. Humanizace a péče o duševně nemocné je spojována se jménem Philipa Pinela, zakladatele psychiatrie, který působil v Bicentre. V roce 1794 propustil nejprve 12 duševně chorých z Bicentre a v roce 1795 totéž provedl v Salpêtriére (Svoboda, 2007).

Tento čin byl však motivován nejen humanistickými ideály, ale také potřebou zjednat podmínky pro vědecké pozorování nemocného. Pinel chápal duševní nemoci jako formy odcizení. Velká role v terapii nemocných byla přikládána strachu. Strach

způsoboval samotný provoz léčebného zařízení, personál, rituály léčení, tamější styl života. Pinel zavedl do léčby nemocných nové prvky. Mezi ně patřila potřeba úcty, která vzniká sebeovládáním. Vycházel z myšlenky, že kdo se naučí ovládat své vášně, ten nemusí trávit život v blázinci. Duševní nemoc byla chápána jako nedospělost, odmítání odpovědnosti. Nemocného považovali za dítě a léčba nabízela zvenčí nemocnému šance, jak se stát dospělým. Také se používala pracovní terapie (Černoušek, 1994).

Matoušek (2007) uvádí, že na přelomu 18. a 19. století byla zřizována diferencovaná, státem kontrolovaná zařízení pro osoby trpící duševními nemocemi (blázince), pro nemajetné (chudobince), pro opuštěné děti (sirotčince). Tyto ústavy vznikaly na místech bývalých klášterů, které byly během Josefínských reforem zrušeny. Vznikla tradice ústavní péče jako první a hlavní možnosti při řešení vážných sociálních problémů jednotlivců.

V Čechách a na Moravě vznikala kolem roku 1900 a později soustava psychiatrických léčeben, např. Praha – Bohnice, Kroměříž, Havlíčkův Brod, Jihlava (Zvolský, 1998).

Budování velkých léčebných ústavů pro duševně nemocné pokračovalo zhruba do poloviny 20. století. Docházelo k izolaci, rodina byla vyloučena z péče o své nemocné příbuzné, z profesionálů se na léčbě podíleli pouze lékaři a sestry (Pěč, Probstová a kol., 2009).

Vznik psychoanalýzy je datován do přelomu 19. a 20. století. Duševní choroba je nazírána jako patologický výsledek konfliktních nitroduševních sil, které zrcadlí i patologie sil společenských. Je to doba zrodu systematické psychoterapie (Foucault, 1994).

K velkým postavám psychiatrie 19. století patří Charcot, který se věnoval hlavně hysterii a jejímu vztahu k hypnóze. Sigmund Freud, který se učil u Charcota hypnóze, zdůraznil roli nevědomí při vzniku psychických chorob. Jeho psychoanalytická metoda byla převratným přínosem pro psychoterapii.

20. století přináší objevy nových psychofarmak. Došlo také k vytvoření Mezinárodní klasifikace nemocí Světovou zdravotnickou organizací (WHO). V současné době je používána desátá revize – MKN 10 (Svoboda, 2007).

V meziválečném období byla nejčastější formou služby ústavní péče. V této době také dochází k velkému rozvoji specializovaných služeb, např. poradny pro duševní zdraví, městské sociální poradny. Původně vznikaly jako nestátní nebo církevní instituce, postupně správu některých z nich přebíral stát. Po druhé světové válce docházelo k centralizaci sociální péče, důraz byl kladen na ústavní péči.

Od šedesátých let 20. století se v západní Evropě začala formovat deinstitucionalizace jako trend v péči o potřebné. Původně se jednalo především o psychiatrické kliniky a ústavy pro osoby s mentálním postižením. V této době vznikaly stacionáře pro psychiatrické pacienty, linky důvěry při psychiatrických léčebnách (Matoušek, 2007).

„Základním rysem deinstitucionalizace je prevence neopodstatněných hospitalizací v léčebnách a nemocnicích a změna od azylu, který se rovná instituci, k azylu jako funkci“ (Probstová 2005 in Matoušek a kol., 2005, s. 138).

Docházelo k rušení velkých ústavů, snižování počtu psychiatrických lůžek a jejich přesunu na malá oddělení psychiatrických nemocnic. Na péči o duševně nemocné se začalo podílet více odborníků z různých profesí, jako psychologové, sociální pracovníci. K nemocným se začalo přistupovat individuálně, do péče byla zahrnuta také rodina nemocného a došlo k rozvoji rehabilitace. Rozvíjí se komunitní přístup (Foitová 2009 in Pěč, O., Probstová, V., 2009).

Po roce 1989 dochází k zásadním celospolečenským změnám, narůstá počet nestátních neziskových organizací, které poskytují sociální služby (Matoušek, 2007).

Péče o duševně nemocné začíná být integrovaná, propojuje neformální pečovatele (rodinu, blízké osoby), primární lékařskou péči (praktický lékař) a specializovanou péči (multidisciplinární týmy profesionálů). Klade důraz na kapacitu a možnosti klienta (Foitová 2009 in Pěč, O., Probstová, V., 2009).

1.2 Vymezení pojmů z oblasti duševní nemoci relevantní pro tuto práci

Pro potřeby této diplomové práce definuji pojmy z oblasti duševních poruch a poruch chování. Zaměřím se na oblast schizofrenních onemocnění, afektivních poruch, neurotických a stresových poruch a poruch osobnosti, neboť onemocnění z těchto okruhů se vyskytují u klientů Eset-Help a Bona nejčastěji.

Duševní nemoc (mental illness) – nemoc projevující se poruchami prožívání a mezilidských vztahů. Jednotlivé duševní nemoci se rozlišují podle Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace a podle Diagnostického a statistického manuálu duševních nemocí. Hlavními skupinami duševních nemocí jsou psychózy, poruchy nálady, poruchy osobnosti, organicky podmíněné poruchy a úzkostné poruchy. Za chronickou duševní nemoc se považuje taková duševní nemoc, která se zhoršuje vždy po dobu šesti měsíců (Matoušek, 2003, s. 60).

Jako **psychózy** Praško (2005) označuje duševní onemocnění, které přináší poruchu myšlení, vnímání a prožívání člověka. Změny v oblasti myšlení se projevují především bludy, nepravdivými a falešnými představami, na kterých nemocný ulpívá a o jejichž existenci je nevyvratně přesvědčen. Obsahem bludů mohou být pocity pronásledování, přesvědčení o nadání výjimečnými schopnostmi, pocity vkládání cizích myšlenek do hlavy nemocnému apod. Změny v oblasti vnímání představují halucinace, kdy nemocný slyší, vidí, cítí vjemy, které nejsou určeny jasným zjevným podnětem.

Bludy a halucinace představují tzv. pozitivní příznaky.

V oblasti prožívání dochází u nemocného k oploštění emocí, nezájmu o své okolí, přátele, poklesu až ztrátě motivace. Mohou jej provázet také pocity izolovanosti a osamělosti. Tyto prožitky se řadí mezi tzv. negativní příznaky.

Nemoc s sebou přináší také poruchy kognitivních funkcí a to zejména pozornosti, paměti a učení. Nemocnému tak činí potíže soustředit se a vytrvat při práci, studiu, kontakt s ostatními lidmi mu také činí problémy.

Psychotické poruchy lze rozdělit do několika skupin:

- *schizofrenie*
- *schizotypní poruchy*
- *trvalé duševní poruchy s bludy*
- *akutní a přechodně psychotické poruchy*

- *schizoafektivní poruchy* (Praško, 2005, s. 8)

V následujícím přehledu budu vycházet z Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10). Vymeším nejdůležitější formy duševních onemocnění (MKN-10, 2010).

1.2.1 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29)

Schizofrenie F20

Schizofrenní poruchy přináší deformaci myšlení a vnímání, nepřiměřenost nebo otupělost afektů. Schizofrenie může mít formu trvalého či epizodického průběhu, nebo se může objevit jedna nebo více atak, s úplnou nebo neúplnou remisí.

Schizofrenie může mít různé formy:

Paranooidní schizofrenii F20.0 provází relativně trvalé, často persekční bludy týkající se pocitu pronásledování u nemocného. Také se objevují sluchové halucinace a poruchy vnímání.

Hebefrenní schizofrenie F20.1 se projevuje nápadnými změnami afektivity a emotivity, myšlení je dezorganizované, chování nemocného se stává nepředvídatelné a neodpovědné. Tato forma schizofrenie je typická pro období dospívání a mladé dospělosti.

Katatonní schizofrenii F20.2 charakterizují výrazné psychomotorické poruchy. Pohybují se v rozmezí od hyperkinézy, tedy zvýšené pohyblivosti až ke stuporu, při němž dochází k setrvání ve strnulých polohách.

Reziduální schizofrenie F20.5 představuje chronický stav onemocnění, které provází dlouhodobé negativní příznaky. Objevuje se pokles aktivity, nedostatečná iniciativa, špatná nonverbální komunikace, snížená péče o vlastní osobu a další.

Schizophrenia simplex F20.6 přichází pozvolně a nemocný se jejím vlivem stahuje do sebe, může se chovat podivínsky a celkově dochází k úpadku jeho projevu. Nemoc provází negativní příznaky charakteristické pro reziduální schizofrenii, ovšem bez zřejmých pozitivních psychotických příznaků.

Schizotypální porucha F21 se vyznačuje výstředním, podivínským chováním, poruchami myšlení a afektivity, sociální izolací. Příznaky jsou podobné schizofrenii, ovšem určité symptomy charakteristické pro schizofrenní onemocnění se nevyskytnou v žádném stadiu.

Poruchy s trvalými bludy F22 charakterizuje rozvoj buď jednoho, nebo více vzájemně spolu souvisejících bludů. Tyto bludy často přetrvávají celý život.

Akutní a přechodné psychotické poruchy F23 se ohlašují náhlým výskytem psychotických symptomů, jako jsou poruchy vnímání, bludy a halucinace. Také způsobují prudké změny v chování nemocného.

Schizoafektivní poruchy F25 představují současné působení jak afektivních, tak schizofrenních symptomů, není tedy možné u nemocného určit diagnózu schizofrenie ani afektivní poruchy.

1.2.2 Afektivní poruchy (F30 – F39)

Základním projevem těchto poruch je chorobná nálada, která se ubírá směrem k depresi nebo euforii. Je provázena změnou v celkové aktivitě člověka.

Manická fáze F30 může mít podobu:

Hypomanie F30.0, která je charakteristická přetrvávajícím mírným zvýšením nálady, zvýšenou energií a aktivitou. Nemocný je po fyzické i psychické stránce výkonnější, potřeba spánku se u něj snižuje, je hovorný.

Manie bez psychotických symptomů F30.1 se projevuje zvýšenou náladou, která může ústit až v téměř neovladatelné vzrušení. Pro nemocného je těžké udržet pozornost, bývá roztěkaný. Přehnané sebevědomí a ztráta sociálních zábran vedoucí až k riskantnímu jednání patří mezi další projevy tohoto onemocnění.

Manie s psychotickými symptomy F30.2 provází bludy, které mívají obvykle megalomanickou podobu. Nemocný může trpět také halucinacemi.

Bipolární afektivní porucha F31 se vyznačuje dvěma či více fázemi, při kterých je nálada a aktivita nemocného významně narušena. Na jedné straně se objevuje zvýšená nálada, energie a aktivita typická pro manii a na straně druhé zhoršení nálady, snížení aktivity a energie vyjadřující depresi. Tyto stavy se střídají.

Depresivní fáze F32 se u nemocného projevuje zhoršenou náladou, snížením aktivity a energie. Dochází ke ztrátě zájmů, únavě, snížení schopnosti koncentrace,

poruchám sebehodnocení, objevují se pocity viny a beznaděje. Spánek je narušen a chuť k jídlu bývá snížena. Deprese se nejsilněji ohlašuje v ranních hodinách. Vyskytuje se v lehké, střední a těžké formě. Těžkou formu deprese mohou provázet též psychotické příznaky. Deprese může vygradovat až do suicidálních pokusů.

Periodická depresivní porucha F33 je charakterizovaná opakovanými fázemi deprese.

Perzistentní afektivní poruchy F34 mají relativně mírnou intenzitu, nelze je tedy zařadit mezi manické či depresivní fáze. Trvají mnoho let.

1.2.3 Neurotické, stresové a somatiformní poruchy (F40-F48)

Fobické úzkostné poruchy F40 jsou vyvolány v určitých definovaných situacích, které však nejsou za běžných okolností nebezpečné. Nemocný se jim vyhýbá. Pokud se s nimi setká, prožívá v těchto situacích strach. Při jejich výskytu člověk vnímá pocity na omdlení, často také bývají spojeny s druhotným strachem ze smrti, ztráty sebeovládání nebo zešílení. Myšlenky na prožitek „fobické“ situace vede k anticipační úzkosti, tedy k velkým obavám z nezvládnutí situace. Fobická úzkost a deprese se často vyskytují vedle sebe.

Agorafobie F40.0 představuje soubor fobií, které se projevují strachem z veřejných prostranství, kde by nebyla rychle dostupná pomoc. Nemocný se bojí opustit domov, vstoupit do obchodu, cestovat sám ve vlaku, autobusu nebo jiném dopravním prostředku.

Sociální fobie F40.1 je charakterizována strachem z kontaktů s lidmi. Člověk s touto poruchou se obává, že bude druhými posuzován, proto se styku s lidmi vyhýbá. Těžší sociální fobie se projevuje nízkou sebeúctou a strachem z kritiky.

Specifické (izolované) fobie F40.2 se objevují ve vysoce zvláštních situacích. Může k nim docházet v blízkosti určitých zvířat, ve tmě, v uzavřených prostorách atd. Do této skupiny poruch patří např. *acrofobie* - extrémní nebo neopodstatněný strach z výšek či hloubek, *zoofobie* – chorobný strach před zvířaty, *klaustrofobie* – strach z uzavřených nebo omezených prostorů.

Jiné anxiózní poruchy F41 představují typ poruchy, kdy hlavní příznak tvoří manifestní úzkost, která se neobjevuje ve zvláštní specifické situaci. Mohou se také objevit depresivní a obsedantní příznaky a někdy i prvky fobické úzkosti.

Panická porucha (epizodická záchvatovitá úzkost) F41.0 se vyznačuje atakami těžké úzkosti (paniky). Jsou nepředvídatelné, protože se objevují nezávisle na nějaké zvláštní situaci. Projevují se bolestmi na hrudi, pocity dušení, závratěmi, pocity neskutečnosti.

Generalizovaná úzkostná porucha F41.1 je charakterizována generalizovanou a přetrvávající úzkostí, kterou neprodukují žádné zevní okolnosti a nevyskytuje se ani v závislosti na nich. Příznaky této poruchy jsou pocity nervozity, třes, svalové napětí, pocení, závratě. Často bývá také přítomen strach z onemocnění nebo nehody, která by mohla postihnout člověka trpícího touto poruchou či jeho příbuzné.

Směšaná úzkostná a depresivní porucha F41.2 je stanovena v případě, kdy jsou přítomny příznaky úzkosti i deprese. Zároveň však žádný zřetelně nepřevažuje, a proto by v případě samostatného hodnocení nevedl ke stanovení diagnózy.

Obsedantně-nutkavá porucha F42 se projevuje opakovanými vtíravými myšlenkami a nutkavými činy. Vtíravé myšlenky mají formu nápadů, představ nebo popudů a vstupují do mysli člověka opakovaně a stále ve stejné formě. Člověk trpící touto poruchou se snaží znovuobjevujícím se vtíravým myšlenkám klást odpor, ale to se mu nedaří. Nutkavé činy jsou stereotypní a opětovně se opakující rituály. Nemusí být člověku příjemné a také nemusí vést k vykonání užitečných úkolů. Jejich smyslem je zabránit nějaké objektivně nepravděpodobné události. Přítomna je úzkost, která se zhoršuje v případě, že nutkavý čin není proveden.

Převážně vtíravé myšlenky nebo ruminace F42.1 mohou mít formu nápadů, představ, popudů k činnosti, které zneklidňují člověka.

Převážně nutkavé činy (nutkavé rituály) F42.2 se týkají zvláště čištění (mytí rukou), pořádku, úklidu. Základem je strach z nebezpečí, které může nastat, a smyslem rituálu je toto nebezpečí odvrátit.

1.2.4 Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)

Specifické poruchy osobnosti F60 představují těžká narušení charakterové konstituce člověka, projevují se extrémně vystupňovanými povahovými rysy. Projevují se již v dětství a přetrvávají do dospělosti.

Paranoidní porucha osobnosti F60.0 se projevuje nadměrnou citlivostí k odmítnutí, podezřívavostí, vztahovačností, tendencí zkreslovat zážitky chybnou interpretací v negativním ladění. Nemocný může přemrštěně prosazovat důležitost své osoby.

Schizoidní porucha osobnosti F60.1 se vyznačuje distancováním se od citových, sociálních a jiných kontaktů. Dotyčný upřednostňuje činnosti o samotě, fantazírování. Porucha se také manifestuje neschopností vyjadřovat své city a radovat se.

Disociální porucha osobnosti F60.2 je charakterizována nedostatkem citu pro druhé, bezohledností. Člověk s touto poruchou má nízkou toleranci k frustraci, bývá agresivní, je pro něj těžké dostát společenským normám.

Emočně nestabilní porucha osobnosti F60.3 se projevuje sklonem ke zkratkovitému chování bez rozvahy nad následky tohoto jednání. Nepředvídatelnost nálad, sklon k neuváženým emočním výbuchům a neschopnost ovládat tyto reakce jsou dalším rysem této poruchy. U poruchy lze rozlišit dva typy: *impulzivní*, který se vyznačuje hlavně emoční nestabilitou a typ *hraniční*, který je charakterizovaný i poruchou identity, sklonem k sebepoškozujícímu jednání, suicidálními tendencemi.

2. Psychosociální síť

V této kapitole se budu věnovat systému sociálních služeb a struktuře psychosociální sítě a jejímu členění. Předpokládám, že sociální služby jsou klienty Eset-Helpu i Bony nejvíce využívanou oblastí, proto se jim budu věnovat podrobněji. Vymezím poslání sociálních služeb, jejich definici, druhy a formy a také se dotknu tématu standardů kvality sociálních služeb, konkrétně standardu č. 8 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje.

2.1 Systém sociálních služeb

2.1.1 Sociální služby

Hlavním posláním sociálních služeb je ochrana zájmů lidí, kteří jsou z různých příčin oslabeni v jejich prosazování. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, a to prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči.

„Sociální službou se rozumí činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení, nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3).

Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství takovým způsobem, aby byla schopna na základě poskytnutých informací řešit svou situaci sama. Pokud tyto informace nestačí, nabízí se využití sociálních služeb. Sociální služby mají být individualizované, aktivační, podporující samostatnost klientů a předcházející delšímu trvání nepříznivé sociální situace. Poskytování sociálních služeb má dbát na zachování důstojnosti člověka a dodržování lidských práv a svobod.

Zákon upravuje příspěvek na péči, jehož prostřednictvím si má uživatel vybranou službu uhradit. Mezi poskytovatelem služby a příjemcem služby byl zaveden smluvní princip. Poskytovatel služby a její příjemce jsou podle zákona povinni uzavřít písemnou formou smlouvu o poskytování sociální služby. Sociální služby musí být registrovány.

(Matoušek, 2007).

Sociální služby zahrnují služby sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence. Zákon o sociálních službách rozděluje sociální poradenství na základní a odborné.

„Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek“

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 37).

„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 38).

„Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů “

(Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 53).

Forma poskytování sociálních služeb je dle zákona o sociálních službách pobytová, ambulantní a terénní.

„Pobytovou službou rozumí služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb. Ambulantními službami rozumí takové služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí“ “ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 33).

2.1.2 Standardy kvality sociálních služeb

Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, prostřednictvím kterých je definována úroveň kvality. Poskytovatel sociální služby je povinen standardy vypracovat a dodržovat. Obsah standardů stanovuje vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

V souvislosti s pracovišti psychosociální sítě zmiňují standard č. 8 Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje, kritérium a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat.

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium	Zásadní
a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;	ano
b) Poskytovatel spolupracuje s právníckými a fyzickými osobami, které osoba označí, v zájmu dosahování jejích osobních cílů;	ne
c) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právníckých osob podle jejích individuálně určených potřeb;	ne
d) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím. (kritérium vypuštěno)	ne

2.2 Struktura psychosociální sítě a její členění

Psychosociální síť obvykle nazýváme systém propojení nejrůznějších subjektů – institucí, které pomáhají řešit občanům obtížnou psychosociální situaci tím, že jsou k dispozici v dostatečné hustotě a variabilitě (Vodáčková a kol., 2007, s. 500).

Psychosociální služby lze sestavit podle různých druhů členění. Důležité je znát rozsah pomoci návazných služeb tak, aby byla vytvořena taková síť služeb, kde budou jednotlivé služby navzájem propojené a budou na sebe navazovat.

Vybraná členění struktury psychosociální sítě:

1. Dle sektoru:

- *Státní, veřejný sektor* – především úřady státní správy a samosprávy a jimi zřizované subjekty poskytující státem zaručené sociální služby
- *Soukromý, podnikatelský sektor* – poskytuje služby na komerční bázi
- *Neziskový sektor* – tvoří nestátní neziskové organizace, které jsou právně nezávislé na státě a veškerý dosažený zisk vracejí zpět k dosažení svých cílů. Často poskytují takové služby, které státní sektor z nejrůznějších důvodů nepokrývá

2. Dle rezortu:

- *Oblast sociální* – referáty sociálních věcí a zdravotnictví, státní sociální podpory, MPSV, pečovatelská služba, poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy, azyly, ubytovny a noclehárny, úřady práce, linky důvěry, občanské poradny atd.
- *Oblast zdravotnictví* – home care, ambulance, nemocnice, LDN, hospice, psychoterapeutická pracoviště s provozem hrazeným zdravotními pojišťovnami, Ministerstvo zdravotnictví, hygienické stanice, ambulance pro návykové nemoci atd.
- *Oblast školská* – zahrnuje pedagogicko-psychologické poradny, odbory školství, školní inspekce, MŠMT, diagnostické a výchovné ústavy, střediska výchovné péče, dětské domovy, volnočasové aktivity atd.
- *Ostatní* – Policie ČR, advokátní a právní poradny, soudy, notáři, Ministerstvo vnitra, církve, hasiči, pohřební ústavy, informační služby atd.

Toto členění nejvíce odpovídá dosavadním zvyklostem, i když hranice mezi rezorty, se zejména v nestátním sektoru začíná stírat.

3. Dle míry frekventovanosti spolupráce daného pracoviště s jednotlivými subjekty (Vodáčková, 2007)

Každé pracoviště by na základě svého zaměření mělo mít vytvořenou psychosociální síť, na které bude dále své klienty odkazovat.

Vycházet by přitom mělo z cílové skupiny klientů, na které je zaměřené a z nejčastějších obtížných situací, které potenciální uživatelé řeší.

3. Služby určené lidem s duševním onemocněním

V této kapitole se soustředím na psychiatrickou rehabilitaci a služby určené lidem s duševním onemocněním. Budu vycházet ze zákona o sociálních službách a z přehledu programů, které nabízí neziskové organizace pomáhající duševně nemocným. Některé z činností těchto neziskových organizací nejsou registrovány jako sociální služba. Sociální služby jsou poskytovány bezplatně, nebo za úhradu.

3.1 O psychiatrické rehabilitaci

Průběh duševní nemoci je variabilní, nemocný se může zcela vyléčit, avšak nemoc se také může s meziobdobími vracet. Jelikož je nemoc proces a nikoli trvalý stav, je nutné, aby služby reagovaly na měnící se potřeby nemocného (Matoušek, 2007).

Návrat akutních příznaků, relaps, je rizikem duševního onemocnění. K relapsu dochází tehdy, když na člověka působí silná vnější zátěž. Zranitelnost každého člověka je různá. Kritických je zejména 12 měsíců po poslední hospitalizaci. V této souvislosti se hovoří o míře vyjadřování emocí – *expressed emotion*. V rodinách, kde je míra vyjadřování emocí vysoká, může být u nemocných vyšší riziko relapsu. Tam, kde je tolerance pro chování nemocného nízká a převládá velký stres, lze nalézt vyšší poměr opakovaných hospitalizací. Příznivý vliv na uzdravení duševně nemocného má menší míra vyjadřování emocí a přátelské prostředí. Stejně tak podpurný a akceptující postoj může podporovat zlepšení sociálního fungování (Falloon, 1984).

Systém péče o duševně nemocné by měl být ucelený, přístupný a užitečný všem lidem, kteří se vyskytují v blízkosti duševně nemocných. Tedy zejména rodině nemocného, přátelům, spolupracovníkům, komunitě, v níž nemocný žije. Tito lidé patří do jeho sociálního světa a provázejí jej životem. Poskytované služby by se měly navzájem doplňovat a propojovat. Sociální pracovník je průvodcem nemocného těmito službami, pomáhá mu zvolit službu, která je pro klienta v danou dobu potřebná (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

Proces, který člověku napomáhá v jeho cestě k úzdavě, se nazývá psychiatrická rehabilitace. Úzdava přitom nemusí znamenat úplné vymizení symptomů, ale úspěšné začlenění do života i přes přetrvávající duševní onemocnění. Psychiatrická rehabilitace zahrnuje různé postupy a intervence, které jsou součástí komunitní péče. Jejím cílem je pomoci lidem s duševním onemocněním zlepšit jejich fungování v životě tak, aby dosáhli spokojenosti v prostředí, ve kterém žijí (Pěč, Prostová a kol., 2009).

Rehabilitační programy patří mezi ochranné faktory, které nabízí nemocnému sociální oporu, pomáhají vybudovat a znovuzískat dovednosti potřebné k fungování v životě. Zvládání sociálního učení napomáhá jednotlivcům k uspokojení jejich instrumentální a sociálně-emocionální potřeby při plnění úkolů a řešení problémů každodenního života. Psychiatrická rehabilitace je zaměřena na rozvoj pacientových dovedností. Trénink dovedností jako princip strategie v psychiatrické rehabilitaci vychází z předpokladu, že mnoho pacientů trpí zdravotním postižením přetrvávajícím i přes maximální úsilí farmakoterapie a hospitalizace. Na psychiatrická onemocnění s největší mírou chronicity – jako je schizofrenie, těžké deprese a organické syndromy – je potřeba nejvíce zacílit trénink dovedností. Trénink je považován za efektivní cestu ke zvýšení schopností duševně nemocného (Lieberman, 2003).

Psychiatrická rehabilitace zahrnuje oblasti každodenního života a podporuje nemocného v jeho začlenění se do společnosti.

3.2 Jednotlivé oblasti psychiatrické rehabilitace

V této podkapitole uvedu přehled služeb pro duševně nemocné podle jednotlivých oblastí psychiatrické rehabilitace a konkrétně popíši programy, které nabízí Eset-Help a Bona. V příloze diplomové práce je uvedena charakteristika těchto organizací.

3.2.1 Oblast bydlení

Bydlení představuje pro člověka zázemí, uspokojuje jeho potřebu jistoty, stability, bezpečí. Ovšem duševní nemoc naplňování těchto potřeb často zabraňuje. Pro nemocného je důležité, aby měl možnost se osamostatnit, nezávisle bydlet, podílet se na pravidelné úhradě nákladů s bydlením spojené. Zároveň potřebuje adekvátní podporu, aby byl schopen osvojit si, zlepšit a udržet si dovednosti s bydlením a péčí o domácnost spojené. Za podpory sociálního pracovníka se tak klient v rámci rehabilitace věnuje pravidelné údržbě domácnosti, hospodaření s financemi, péči o sebe, vyřizování administrativních záležitostí. Bydlení by mělo vytvářet alternativu k dlouhodobým hospitalizacím v psychiatrických léčebnách a snižovat počet hospitalizací (Pěč, Probstová a kol., 2009).

Tyto služby jsou klientem hrazené. Uživatelům se nabízí využití služeb v několika formách:

1. ***Chráněné bydlení*** je pobytová sociální služba registrována dle § 51 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Chráněné bydlení má formu *individuálního bydlení*, kdy klient může bydlet sám, popř. s 1 – 2 spolubydlícími. Umožňuje klientům bydlet v bytě v běžné zástavě. Míra podpory od sociálního pracovníka je různá, liší se dle potřeb klienta (Pěč, Probstová a kol., 2009).

Dále existují chráněná *skupinová bydlení*, v tomto případě se jedná o společné bydlení více klientů (cca 10 osob) ve větším bytě či domě. Komunitní skupinové bydlení bývá často alternativou dlouhodobé ústavní péče. Podpora ze strany pracovníka je zde intenzivní (Pěč, Probstová a kol., 2009).

2. **Podporované bydlení** je terénní sociální služba, která je registrována jako podpora samostatného bydlení dle § 43 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Umožňuje klientům bydlet ve vlastním bytě za podpory sociálního pracovníka, který k nim dochází v různých časových intervalech a na kterého se mohou klienti dle potřeby obrátit (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).

3. **Domy a byty na půl cesty** jsou pobytové sociální služby registrovány jako chráněné bydlení dle § 51 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Poskytují bydlení pro osoby opouštějící psychiatrickou léčebnu, nebo pro ty, kteří se osamostatňují od své původní rodiny a zpočátku potřebují podporu ze strany personálu (Pěč, Probstová a kol., 2009).

Eset-Help nabízí službu chráněného bydlení, která je realizována ve dvou chráněných bytech, zvláště pro muže a pro ženy (Eset-Help, občanské sdružení).

Bona, o.p.s. poskytuje službu chráněného bydlení na čtyřech místech – chráněné bydlení „Vila Jitka“, chráněné bydlení „200“, chráněné bydlení „Kocourkov“, chráněné bydlení „180“ a službu podpory samostatného bydlení (Bona, o.p.s.).

3.2.2 Oblast pracovního uplatnění

Práce je pro každého člověka důležitá, protože mu může poskytovat smysluplnou náplň času, vnáší strukturu do jeho života, umožňuje být v kontaktu s dalšími lidmi, a tak rozvíjet sociální dovednosti. Duševní nemoc s sebou přináší různá omezení, která člověku zabraňují v běžném fungování v životě a znemožňují najít a udržet si zaměstnání.

Tyto problémy vyplývají ze samotných následků duševní nemoci. Mezi ně patří poruchy kognitivních funkcí (problémy s pozorností, pamětí, aktivním fungováním), psychické problémy (nedostatek sebedůvěry, strach ze selhání, potíže s komunikací

s druhými lidmi), ostatní klinické symptomy (bludy, halucinace, poruchy vnímání), nepředvídatelnost onemocnění, které se může vracet v epizodách.

Mnohdy mají nemocní nedostatek pracovních zkušeností a nedostatečné vzdělání díky brzkému nástupu nemoci. Nemocní se také mohou obávat ztráty jistého příjmu z dávek sociálního zabezpečení.

Na druhou stranu překážky přichází i ze strany společnosti a zaměstnavatelů. Ty představují předsudky, diskriminace a stigmatizace ze strany zaměstnavatele, nedostatek vhodných pracovních míst, především možnost práce na částečný úvazek, případně flexibilní pracovní doba, neochota zaměstnavatelů přijímat osoby s duševním onemocněním (Farbiaková, 2008).

Pracovní rehabilitace probíhá v následujících formách:

1. **Chráněné dílny** jsou součástí pracovních programů, které nabízí daná organizace. Bývají registrovány jako chráněná pracovní dílna dle § 75 zákona č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti nebo podle § 70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako sociální rehabilitace.
Míra podpory je zde nejvyšší ze všech pracovních programů. Cílem práce v dílnách je obnova nebo zlepšení pracovních dovedností a návyků a příprava pro postup do zaměstnání, které probíhá v méně chráněném prostředí (Pěč, Probstová a kol., 2009).
Finanční ohodnocení je buď symbolické, nebo žádné. Chráněné dílny se zaměřují především na práci se sklem, dřevem, hlinou, papírem, textilem, proutím a vyrábí různé produkty řemeslné práce. Součástí chráněných dílen jsou také tréninkové resocializační kavárny (Mahrová, Venglářová a kol., 2008).
2. **Sociálně terapeutické dílny** bývají registrovány dle § 67 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.
Cílem je nácvik a zdokonalování pracovních návyků a dovedností. Klienti zpravidla za odvedenou práci nepobírají mzdu.
3. **Přechodné zaměstnávání** bývá registrováno jako sociální rehabilitace dle § 70 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Nabízí klientům práci na dobu omezenou (obvykle šest měsíců) na běžném trhu práce mimo vlastní organizaci a na částečný úvazek. Pracovní pozice je nejprve otestována pracovníkem organizace z programu přechodného zaměstnávání a poté nabídnuta klientovi. Tato práce je vykonávána za plat a sociální pracovníci spolupracující s klientem mu poskytují průběžnou podporu. Klient je zastupitelný,

může jej tedy v případě potřeby nahradit jiný klient, nebo pracovník organizace z programu přechodného zaměstnávání (Pěč, Probstová a kol., 2009).

4. **Podporované zaměstnávání** bývá registrováno jako sociální rehabilitace dle § 70 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Probíhá na otevřeném trhu práce v placeném zaměstnání. Cílem služby je dlouhodobá podpora klienta při vyhledání, nástupu do práce a jejím udržení (Pěč, Probstová a kol., 2009).

5. **Job kluby** patří mezi edukační programy, které klienty připravují na budoucí zaměstnání. Učí je vyhledávat si zaměstnání, napsat životopis, připravit se k pohovoru. Seznamují účastníky s právy a povinnostmi, které mají vůči zaměstnavatelům a probírají další témata vztahující se k pracovní problematice (Pěč, Probstová a kol., 2009).
6. **Sociální firma** je podnikatelským subjektem působícím na běžném trhu práce. Nepatří mezi sociální služby. Vytváří pracovní příležitosti pro osoby znevýhodněné na trhu práce a poskytuje jim podporu při jejich práci (Sociální firma – šance pro znevýhodněné na trhu práce).

Dále do oblasti pracovní rehabilitace a zaměstnávání můžeme zařadit **podporované vzdělávání**, které bývá registrováno jako sociální rehabilitace dle § 70 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách a je zaměřeno na podporu v oblasti studia.

Eset-Help umožňuje svým klientům v oblasti pracovní rehabilitace účast v programu přechodného a podporovaného zaměstnávání, práci v tréninkové resocializační kavárně „Dendrit Kafé“ a v tréninkovém obchodě pro osoby se závažnou duševní poruchou „Vážka“ (Eset-Help, občanské sdružení).

Bona, o.p.s. nabízí klientům podporu při sociální rehabilitaci v dílně „Sklářské“, „Textilní“, „Papírenské“ a „Dílně Technické služby“ (Bona, o.p.s.).

3.2.3 Krizové služby

V případě zhoršení psychického stavu nemocného a krize je nutné, aby nemocný věděl, kam se může obrátit o pomoc.

Krizová pomoc by proto měla být dostupná z hlediska informovanosti, bezodkladnosti, poskytována v zařízení i v terénu.

Krizová intervence je odborná metoda práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování (Vodáčková a kol., 2007, s. 60).

Krizová intervence se dále řídí principem individuality, komplexnosti a návaznosti další péče pro klienta v případě jeho potřeby. Krizová pomoc je službou sociální prevence a je provozována *ambulantní formou* přímo v zařízení poskytujícím krizovou pomoc, formou *terénní služby, telefonické krizové intervence* a také v případě nutnosti formou *hospitalizace* v krizovém centru. Do krizového centra lze přijít kdykoli bez objednání a klientovi je poskytnuta krizovým pracovníkem krizová intervence. V případě, že se jedná o zdravotnické zařízení, může být klientovi poskytnuta konzultace s psychologem i psychiatrem, který může klientovi předepsat medikaci. Také lze klientovi nabídnout v závislosti na jeho psychickém stavu hospitalizaci na krizovém lůžku. Některá krizová centra zřizují telefonickou krizovou pomoc. (Vodáčková a kol., 2007).

Typy krizových služeb pro duševně nemocné a odborníci zajišťující pomoc v krizi:

1. **Telefonní krizová pomoc** je registrována dle § 55 nebo § 60 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Tuto službu zajišťují linky důvěry, linky bezpečí, nebo specializované telefonní krizové linky (pro osoby s duševním onemocněním Linka Psychopomoci zřizovaná Českou asociací pro psychické zdraví). Některé linky mají nepřetržitý provoz, jiné omezenou pracovní dobu (ČAPZ – Česká asociace pro psychické zdraví).
2. **Krizová pomoc** je registrována dle § 60 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách. Je to služba terénní, ambulantní i pobytová. V Praze např. mohou lidé využít služeb SOS centra Diakonie, nebo zdravotnického zařízení RIAPS.
3. **Mobilní krizová služba**
Terénní mobilní krizové týmy přichází ke klientovi do jeho domácího prostředí v případě krize. Mohou tak předcházet hospitalizaci a ponechat člověka v jeho přirozeném prostředí. Stejně tak mohou pomoci i rodinným příslušníkům. Cílem práce by měla být stabilizace psychického stavu nemocného, snížení počtu hospitalizací a zkrácení pobytu klienta v nemocničním zařízení (Mahrová a kol., 2008).
4. **Psychiatrické léčebny či psychiatrické oddělení v rámci všeobecné nemocnice**
jsou dle § 15, odst. 3 vyhlášky č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi určeny pro poskytování ústavní péče

osobám duševně nemocným, u kterých je potřeba specializované péče, popř. osobám s uloženým povinným léčením.

5. *Ambulantní psychiatr* může poskytnout nemocnému krizovou intervenci, psychoterapii, předepsat a upravit medikaci.
6. *Domácí péči* zajišťují terénní psychiatrické sestry. Jejich činnost probíhá v přirozeném prostředí nemocného (Mahrová a kol., 2008)

Terénní psychiatrické sestry sestavují s nemocným rehabilitační plán. Podporují jej ve zvládnání řady nároků běžného života, tedy péče o domácnost, vaření, zacházení s financemi, péče o vlastní osobu apod. Kontrolují dodržování pravidelnosti při užívání medikace. Nacvičují s nemocným zvládnání stresových situací. V případě krizového stavu nemocného může psychiatrická sestra přijet za nemocným i mimo termín konzultace a ve spolupráci s psychiatrem pomoci zvládnout krizovou situaci v domácím prostředí a to jak za podpory medikace, tak podpůrným rozhovorem.

Terénní psychiatrická sestra může mít také roli mediátora mezi nemocným a rodinou. V případě konfliktních situací napomáhá zúčastněným lépe se se stresovou situací vypořádat a zjednat nápravu ku prospěchu všech.

Službu terénní psychiatrické sestry nabízí v Praze klinika Eset.
(ESET – psychoterapeutická a psychosomatická klinika).

3.2.4 Volný čas a socioterapeutické aktivity

Duševní nemoc s sebou přináší bariéry, které mohou člověka hluboce ovlinit a znemožnit mu účast na společenském životě.

Vlivem duševní nemoci se člověk uzavírá do sebe, omezuje kontakty se svým okolím a izoluje se (Kalina, 2001).

U nemocného může dojít v důsledku onemocnění ke snížení jeho sociálních dovedností, komunikačních schopností (Pěč, Probstová a kol., 2009).

Služby v oblasti socioterapeutických aktivit jsou zaměřeny na obnovu sociálních kontaktů, nalezení smysluplného trávení volného času prostřednictvím volnočasových aktivit, nácvik sociálních a pracovních dovedností. Programová nabídka bývá široká a variabilní, nemocní se mohou účastnit kurzů vaření, aktivit zaměřených na posílení paměti,

schopnosti koncentrace, technik vedoucích ke zlepšení manuální zručnosti. Nabízí se také sportovní a kulturní aktivity, jazykové kurzy, relaxace a cvičení.

Svépomocné aktivity uživatelů služeb pak vedou člověka k posílení jeho sebedůvěry, sebehodnoty a případně k nasměrování jeho oblasti působnosti do budoucna.

Sociální terapii provozují *Centra denních aktivit, socioterapeutické kluby a svépomocné kluby*. Tyto služby bývají registrovány jako sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením dle § 66 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách nebo jako sociálně terapeutické dílny dle § 67 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

V organizaci Eset-Help mohou klienti navštěvovat Centrum denních aktivit, účastnit se resocializačních pobytů (Eset-Help, občanské sdružení).

Bona, o.p.s. nabízí klientům v rámci Socioterapeutického centra U Kocoura využití Knihovny a Klubu U Kocoura, kde si mohou klienti číst, zahrát si společenské hry, naučit se cizí jazyk (Bona, o.p.s.).

3.2.5 Poradenství a case management

Dle § 37 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách je každá sociální služba povinna klientovi poskytnout **základní sociální poradenství**. V rámci organizace mohou být klientům dále nabídnuty služby právního poradce nebo case managera.

Case management je metoda případové práce s klientem. Tato služba může být registrována jako sociální rehabilitace dle § 70 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Cílem je zplnomocnění klienta a posilování jeho silných stránek a dovedností. Case manager je klíčovou osobou pro klienta a také koordinátorem týmové práce dalších spolupracujících odborníků. Důležitý je vztah klienta a case managera. Case manager by měl mít dobrý přehled o klientově situaci, měl by se zaměřit na zdravé stránky klienta a ty posilovat. Při naplňování klientových potřeb by na prvním místě měly být využity přirozené zdroje klienta. Pozornost má směřovat k hledání zaměstnání, přátel, volnočasových aktivit a teprve v případě neúspěchu poté využití profesionálních služeb.

Jedním z modelů case managementu je asertivní komunitní léčba, která je zaměřena na osoby dlouhodobě duševně nemocné s nejzávažnějšími problémy. Nemocnému je

poskytována intenzivní a komplexní podpora a služba je poskytována multidisciplinárním týmem. U tohoto typu služby není kladen důraz na zprostředkování dalších služeb, tým by měl zprostředkovat vše potřebné vlastními kapacitami (Stuchlík, 2002).

Organizace Eset-Help nabízí svým klientům sociální a právní poradenství a ve spolupráci s klinikou Eset asertivní tým pro dospělé osoby se závažným duševním onemocněním, kde se na péči o nemocného podílejí case manager, terénní psychiatrická sestra a psychiatr (Eset-Help, občanské sdružení a ESET – psychotherapeutická a psychosomatická klinika).

3.2.6 Další typy služeb

1. Denní a týdenní stacionář patří mezi sociální služby dle § 46 a § 47 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Nabízí pravidelný program zaměřený na nácvik sociálních dovedností, zlepšení soustředění, paměti. Ve stacionáři probíhá také psychotherapie.

V Praze mohou nemocní navštěvovat např. Denní psychotherapeutické sanatorium na Ondřejově nebo denní stacionář s psychotherapeutickým programem na klinice Eset (Denní psychotherapeutické sanatorium Ondřejov a ESET – psychotherapeutická a psychosomatická klinika).

2. Therapeutická komunita je sociální služba dle § 68 zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Je určena lidem s duševním onemocněním a jejím cílem je obnova sociálních dovedností nezbytných k samostatnému životu a pozvolné začlenění do společnosti. Pobyt v therapeutické komunitě bývá roční a program je zaměřen především na pracovní a sociální terapii. Klient má zajištěnu psychiatrickou péči během celého pobytu.

Therapeutickou komunitu Mýto, která je určena mladým lidem s duševním onemocněním, především schizofrenií, provozuje občanské sdružení Česká asociace pro psychické zdraví ve spolupráci s Denním psychotherapeutickým sanatoriem Ondřejov (ČAPZ – Česká asociace pro psychické zdraví).

4. Ostatní služby psychosociální sítě, které mohou duševně nemocní využívat

Ostatní služby psychosociální sítě rozdělím podle jejich zřizovatele, tedy na oblast sociální, zdravotnickou, školskou, justiční a veřejnou ochranu práv.

Zároveň sociální služby vymezím dle formy jejich poskytování, tedy na pobytovou, ambulantní a terénní. Některé služby mohou být poskytovány ve více formách.

4.1 Oblast sociální

Ústředním orgánem je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Ve své působnosti má správu státní sociální podpory, sociální péče a pomoci v hmotné nouzi, sociálních služeb, důchodového a nemocenského pojištění, posudkových služeb, služeb zaměstnanosti a trhu práce, bezpečnosti práce a pracovního prostředí, pracovněprávní legislativa a kolektivní vyjednávání

Dále je v jeho kompetenci rodinná politika a sociálně-právní ochrana dětí, migrace a integrace cizinců, příjmová politika, mzdová politika, státní bytová politika z hlediska sociálních aspektů, mezinárodní spolupráce v sociální oblasti, financování z Evropského sociálního fondu a dotační politika (Tomeš a kol., 2009).

4.1.1 Správa sociálního pojištění

ČSSZ

Státní správu v oblasti nemocenského a důchodového pojištění vykonává ČSSZ, která je podřízena MPSV.

Dle § 5 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení provádí ČSSZ následující úkoly:

- rozhoduje o dávkách důchodového pojištění
- rozhoduje o povinnosti občana vrátit dávku důchodového pojištění poskytnutou mu neprávem či v nesprávné výši a vymáhá neprávem vyplacené částky na dávkách důchodového pojištění
- rozhoduje o povinnosti zaměstnavatele nahradit neprávem vyplacené částky na dávce důchodového pojištění
- rozhoduje o odvoláních ve věcech, kde v prvním stupni rozhodla OSSZ

- rozhoduje o převodech důchodových práv
- plní úkoly související s výplatou dávek do ciziny
- řídí a kontroluje činnost OSSZ
- vede registr pojištěnců důchodového pojištění
- vydává tiskopisy předepsané zákony

OSSZ/PSSZ

Okresní správy sociálního zabezpečení jsou zřizovány v územních obvodech shodných s územními obvody okresů. Na území hlavního města Prahy správu OSSZ vykonává Pražská správa sociálního zabezpečení, která zřizuje v jednotlivých městských částech územní pracoviště, na něž přesouvá některé úkoly (Tomeš a kol., 2009).

Dle § 6 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení plní OSSZ/PSSZ následující úkoly:

- rozhodují ve sporných případech o vzniku a zániku důchodového pojištění
- rozhodují v případě sporu mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem o správnosti zápisu v evidenčním listu důchodového pojištění
- vedou evidenci pro účely důchodového pojištění osob samostatně výdělečně činných a občanů dobrovolně účastných důchodového pojištění
- poskytují občanům odbornou pomoc ve věcech sociálního zabezpečení
- sepisují žádosti o dávky důchodového pojištění
- kontrolují plnění povinností občanů a zaměstnavatelů ve vztahu k sociálnímu zabezpečení
- vedou evidenci práce neschopných
- poskytují dávky nemocenského pojištění bývalým zaměstnancům organizací, které zanikly a byly zrušeny

Dalšími úkoly dle § 8 zákona č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení je posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti:

- posuzování zdravotního stavu a pracovní schopnosti u osob plně a částečně invalidních, zdravotně znevýhodněných, těžce zdravotně postižených, dlouhodobě těžce zdravotně postižených, dětí s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem pro účely sociálního zabezpečení a poskytnutí dávek a mimořádných výhod
- provádí kontrolní lékařskou prohlídku

4.1.2 Správa zaměstnanosti

Úřady práce

Dle § 2 odst. 3 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti vykonávají státní správu v oblasti politiky zaměstnanosti MPSV a úřady práce.

Úřady práce:

- sledují a vyhodnocují situaci na trhu práce
 - zpracovávají koncepci vývoje zaměstnanosti ve svém správním obvodu
 - spolupracují s dalšími státními orgány a zaměstnavateli na opatřeních rozvíjejících trh práce
 - provádí zprostředkování zaměstnání uchazečům a zájemcům o zaměstnání
 - zajišťují rekvalifikaci
 - zřizují Informační a poradenská střediska pro volbu povolání
 - vedou evidenci volných pracovních míst, evidenci zájemců a uchazečů o zaměstnání, osob se zdravotním postižením
 - poskytují podporu v nezaměstnanosti
 - podporují zřizování nových pracovních míst
 - pro klienty se zdravotním postižením sestavuje plán pracovní rehabilitace
 - vyplácí příspěvek zaměstnavateli, který zaměstnává více jak 50% zdravotně postižených
 - posuzuje stupeň závislosti fyzické osoby pro účely příspěvku na péči
- (dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)
- posuzuje, zda jde o osobu zdravotně znevýhodněnou dle § 67 odst. 2 písm. c zákona o zaměstnanosti

Úřady práce tvoří odbory *zprostředkování* (evidence nezaměstnaných, výplata dávek), *poradenství* (pracovní, právní a sociální poradenství), *trhu práce* (zabývá se aktivní a pasivní politikou zaměstnanosti), *ekonomické* (financování opatření politiky zaměstnanosti).

Úřady práce uplatňují *aktivní politiku zaměstnanosti* (rekvalifikace, investiční pobídky, veřejně prospěšné práce, společensky účelná místa, překlenovací příspěvek, příspěvek na dopravu zaměstnanců, příspěvek na zapracování, příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program, poradenství a podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením) a *pasivní politiku zaměstnanosti* (zprostředkování vhodného zaměstnání evidovaným uchazečům, výplaty dávek nezaměstnaným)

Agentury zprostředkovávající zaměstnání

Dle § 58 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti agentury mohou zprostředkovávat zaměstnání na území České republiky nebo z území České republiky do zahraničí a ze zahraničí na území České republiky. Zprostředkování může být bezplatné či za úhradu.

4.1.3 Správa pomoci v hmotné nouzi, příspěvku na péči a další sociální záležitosti

Obecní úřady/úřady městských částí

Odbor sociálních věcí

▪ *Oddělení sociální péče*

- rozhoduje o příspěvku na péči, v této věci provádí sociální šetření, kontroluje využití příspěvku k zajištění pomoci, rozhoduje o povinnosti vrátit přeplatek na příspěvku na péči
- zajišťuje pro potřebné občany poskytnutí sociální služby
- rozhoduje o poskytnutí dávek pomoci v hmotné nouzi – příspěvku na bydlení, doplatku na bydlení a mimořádné okamžité pomoci
- vymáhá neprávem poskytnuté dávky
- posuzuje, zda se občan či jeho rodinný příslušník z členského státu Evropské unie, který je hlášen k pobytu v České republice, nestal neodůvodnitelnou zátěží systému příspěvku na péči či systému pomoci v hmotné nouzi
- poskytuje poradenství občanům při řešení jejich nepříznivé životní situace
- zajišťuje individuální péči o staré a invalidní občany v terénu a depistáže u všech osob starších 75 let
- rozhoduje o poskytnutí příspěvků zdravotně postiženým občanům
- působí zde také veřejný opatrovník, který zastupuje osoby, které jsou zbavené nebo omezené ve způsobilosti k právním úkonům

▪ *Oddělení sociální prevence*

Na odboru sociální prevence pracují sociální kurátoři pro děti a mládež a sociální kurátoři pro dospělé.

Sociální kurátoři pro děti a mládež:

- poskytují sociální poradenství dětem, mladistvým, jejich rodičům při výchovných problémech, záškoláctví, šikaně, trestné činnosti, požívání omamných látek apod.

- podílejí se na realizaci preventivních opatření ve spolupráci s rodinou, školou, školskými, zdravotnickými a dalšími zařízeními, na základě sociálního šetření v nutných případech podávají soudu návrh na předběžné opatření.

Sociální kurátoři pro dospělé:

- pracují s osobami společensky znevýhodněnými, mezi jejich klienty patří lidé propuštění z výkonu trestu odnětí svobody, lidé trestně stíhaní, lidé závislí na návykových látkách, lidé propuštění z ústavní péče po dosažení zletilosti

- poskytují poradenství, pomoc při vyřizování dokladů, pomoc při vyřizování bydlení, speciální peněžité dávky (do výše 1000 Kč).

▪ *Oddělení péče o rodinu a děti*

- zabezpečuje sociálně právní ochranu dětí a mládeže, osamělých těhotných žen, rodin s nezletilými dětmi

- zasahuje v případech, že dítěti hrozí v rodině nebezpečí újmy, provede šetření a na jeho základě může podat soudu návrh na zahájení soudního řízení

- vyhledává děti vhodné k osvojení a pěstounské péči a fyzické osoby vhodné stát se osvojiteli či pěstouny a poskytuje jim také poradenství

- přijímá a posuzuje žádosti o zařazení do evidence žadatelů o zprostředkování osvojení či pěstounské péče

- vykonává funkci opatrovníka a poručníka

- poskytuje rodičům poradenství v otázkách výchovy, vzdělávání dětí a péči o zdravotně postižené dítě

- poskytuje sociálně právní poradenství rodičům, dětem, těhotným ženám, zprostředkovává služby dalších odborných pracovišť dle potřeb klientů

- rozhoduje o přiznání příspěvku na péči u rodin s nezletilými dětmi, v této věci provádí sociální šetření, kontroluje využití příspěvku k zajištění pomoci a rozhoduje o povinnosti vrátit přeplatek na příspěvku na péči

- rozhoduje o přiznání dávek pomoci v hmotné nouzi – příspěvku na živobytí, doplatku na bydlení a mimořádné okamžité pomoci

- posuzuje, zda se občan či jeho rodinný příslušník z členského státu Evropské unie, který je hlášen k pobytu v České republice, nestal neodůvodnitelnou zátěží systému příspěvku na péči či systému pomoci v hmotné nouzi

- vymáhá neprávem poskytnuté dávky

- zajišťuje v případě potřeby poskytnutí sociální služby (Praha 8 – Oficiální internetové stránky Městské části Praha 8).

4.1.4 Správa státní sociální podpory

Úřady práce – státní sociální podpora

Orgány státní sociální podpory jsou dle § 2a zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře úřady práce a Úřad práce hlavního města Prahy a krajské úřady a Magistrát hlavního města Prahy. Státní správu vykonává též MPSV.

Dávky státní sociální podpory jsou testované, tedy poskytované v závislosti na příjmu a netestované, poskytované plošně:

- testované opakované: přídavek na dítě, příspěvek na bydlení a testované jednorázové: porodné
- netestované opakované: rodičovský příspěvek, dávky pěstounské péče a netestované jednorázové: pohřebné

Úřad práce:

- zahajuje řízení ve věcech státní sociální podpory na základě doručené žádosti
- rozhoduje o přiznání dávky a oznamuje písemně přiznání dávky jejímu příjemci, nebo vystaví rozhodnutí s důvody o nepřiznání dávky
- provádí výplatu dávek, opakované dávky vyplácí měsíčně pozadu
- vymáhá dávky poskytnuté neprávem
- vyzve oprávněnou osobu a společně posuzované osoby k podrobení se lékařskému vyšetření ve stanovené lhůtě, pokud je přiznání dávky podmíněno zdravotním stavem
- přezkoumává správnost a úplnost podkladů předložených k dávce (Tomeš a kol., 2009).

4.1.5 Sociální služby

Zákon o sociálních službách rozděluje sociální služby dle způsobu poskytování pomoci na služby sociálního poradenství, sociální péče a sociální prevence. Některé ze sociálních služeb jsem vymezila již v kapitole 3 o službách určených lidem s duševním onemocněním. Nyní uvedu zbývající typy sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Blíže popíšu služby, které jsou relevantní pro tuto práci.

Služby sociálního poradenství jsou dle § 37 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách sociální službou poskytovanou ambulantní formou a bez úhrady.

V ČR existuje mnoho specializovaných poraden, např. *občanské poradny, poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy, poradny pro seniory, poradny pro osoby se*

zdravotním postižením, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, poradny pro náhradní rodinnou péči a další.

Popis vybraných poskytovatelů sociálních služeb:

Občanské poradny poskytují sociálně odborné, bezplatné, nestranné, nezávislé a diskrétní poradenství v 18 právních oblastech (sociální dávky, sociální pomoc, pojištění, pracovně právní vztahy a zaměstnanost, bydlení, rodina a mezilidské vztahy, majetkoprávní vztahy a náhrada škody, finanční a rozpočtová problematika, zdravotnictví, školství a vzdělávání, ekologie a právo životního prostředí, ochrana spotřebitele, základy práva ČR, právní systém EU, občanské soudní řízení, veřejná správa, trestní právo, ústavní právo). Poradenství probíhá formou osobní konzultace, telefonickou nebo popř. elektronickou.

V ČR funguje Asociace občanských poraden, která sdružuje 42 občanských poraden, jejich detašovaných pracovišť a kontaktních míst, celkem v 66 místech ČR (Asociace občanských poraden).

Poradny pro manželství, rodinu a mezilidské vztahy poskytují bezplatné poradenství v oblasti mezilidských vztahů. Poskytují psychologickou a sociálně-právní pomoc lidem, kteří se ocitli v obtížné životní situaci. Zřizovateli poraden jsou obecní úřady, městské úřady, v Praze Městské centrum sociálních služeb Praha – MCSSP. Poradny někdy provozují také linky důvěry (Vodáčková a kol., 2007).

Poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí zajišťuje občanské sdružení Bílý kruh bezpečí, který působí v 7 městech České republiky (Praha, Brno, Olomouc, Ostrava, Liberec, Plzeň). Poradna nabízí bezprostřední, bezplatnou, odbornou a diskrétní pomoc obětem formou psychologického a právního poradenství. Poskytuje také nonstop telefonickou krizovou linku DONA pro oběti domácího násilí (Bílý kruh bezpečí).

Služby sociální péče

Osobní asistence je dle § 39 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách sociální služba poskytovaná terénní formou osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení a jejichž situace si žádá pomoc jiné fyzické osoby. Asistent přichází do přirozeného prostředí klienta a pomáhá mu při činnostech, které klient potřebuje. Jedná se o pomoc klientovi s péčí o vlastní osobu, s osobní hygienou, s údržbou domácnosti, se zajištěním stravy. Věnuje se s klientem výchovným a vzdělávacím činnostem, zprostředkovává kontakt se

společenským prostředím a pomáhá při obstarávání osobních záležitostí klienta. Služba je poskytována časově neomezeně a za úhradu.

Pečovatelská služba je dle § 40 terénní nebo ambulantní služba pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění, zdravotního postižení a rodinám s dětmi, kteří potřebují pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb. Pečovatelé pomáhají klientům s péčí o vlastní osobu, s osobní hygienou, se zajištěním stravy, s údržbou domácnosti, zprostředkovávají kontakt se společenským prostředím. Služba je poskytována za úhradu, bezúplatně pak rodinám s nezaopatřenými dětmi na hmotné nouzi, rodinám se současně narozenými třemi a více dětmi, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starších 70 let.

Tísňová péče je dle § 41 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách sociální služba, která probíhá terénní formou.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou poskytovány dle § 42 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách terénní a ambulantní formou.

Odlehčovací služby jsou registrovány dle § 44 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jako terénní, ambulantní nebo pobytové služby.

Centra denních služeb je dle § 45 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ambulantní služba.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou registrovány jako pobytová služba podle § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Domovy pro seniory jsou dle § 49 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytovány pobytovou formou pro seniory, u kterých došlo z důvodu věku ke snížení soběstačnosti, a jsou odkázáni na pravidelnou pomoc druhých osob. Je zde zajištěna komplexní zdravotní a sociální péče. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při péči o vlastní osobu, při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí klientů. Služba je poskytována za úhradu.

Domovy se zvláštním režimem jsou dle § 50 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pobytové služby chronicky nemocným nebo závislým na návykových látkách, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí. Tyto osoby v důsledku snížené soběstačnosti potřebují pravidelnou pomoc druhé osoby. Služba obsahuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti,

aktivizační činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí klientů. Provoz této služby může být součástí domova pro seniory či domova pro osoby se zdravotním postižením. Tato služba je poskytována za úhradu.

Služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou poskytovány dle § 52 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pobytovou formou osobám, které se neobejdou bez pomoci jiné osoby, současně však nemohou být propuštěny ze zdravotnického zařízení, protože jim není možné v danou chvíli zabezpečit péči v domácnosti či v zařízení sociálních služeb. Služba zajišťuje poskytnutí ubytování a stravy, pomoc při zvládání péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při obstarávání osobních záležitostí klientů. Služba je poskytována za úhradu.

Služby sociální prevence

Raná péče je terénní služba, případně doplněná ambulantní formou, registrovaná podle § 54 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Tlumočnické služby jsou dle § 56 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytovány terénní, případně ambulantní formou.

Azylové domy jsou poskytovány dle § 57 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pobytovou formou.

Domy na půl cesty jsou poskytovány dle § 58 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách pobytovou formou.

Kontaktní centra jsou dle § 59 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách poskytovány ambulantní a terénní formou.

Intervenční centra jsou poskytovány dle § 60a zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ambulantní, terénní nebo pobytovou formou.

Nízkoprahová denní centra poskytují dle § 61 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ambulantní, popř. terénní služby.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež jsou dle § 62 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ambulantní, popř. terénní služby.

Noclehárny jsou dle § 63 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ambulantní služby.

Služby následné péče jsou dle § 64 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ambulantní nebo pobytové služby určené osobám trpícím chronickým duševním

onemocněním nebo závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu, ambulantní léčbu, nebo abstinují. Cílem je zvládnutí běžných životních podmínek a prevence recidivy. Služba je poskytována bez úhrady, v případě pobytu si klient hradí ubytování a stravu.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou poskytovány ambulantní a terénní formou dle § 65 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Terénní programy jsou dle § 69 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách terénní služby.

4.2 Oblast zdravotnická

Ústředním orgánem je Ministerstvo zdravotnictví ČR. Toto ministerstvo má na starosti zajišťování adekvátní zdravotní péče celé populace, monitoring a vývoj nemocnosti, realizaci speciálních programů pro zlepšení a posílení zdraví.

Zaměřuje se na ochranu a podporu veřejného zdraví, v této souvislosti zajišťuje péči o životní a pracovní podmínky (dodržování hygienických požadavků na vodu, provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče, provoz školských zařízení, venkovní hrací plochy pro děti, předměty běžného užívání, ochrana zdraví při práci, nakládání s nebezpečnými chemickými látkami atd.), provádí opatření k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění (očkování, ochranná dezinfekce, dezinfekce a deratizace, postupy při zjištění výskytu infekčního onemocnění) prostřednictvím právních předpisů. V případě nedodržování předpisů stanoví opatření k vynucení práva formou dozoru.

Ve své působnosti má poskytování péče o osoby v terminálním stádiu nemoci, paliativní a hospicovou péči. V kompetenci ministerstva je taktéž detekce a péče o rizikové skupiny obyvatel. Zabezpečuje zdravotní péči v zařízeních sociálních služeb a zřizuje dětská zařízení pro děti do věku tří let. Dotuje nestátní neziskové organizace, které poskytují péči občanům se zdravotním postižením, chronicky nemocným a seniorům (Tomeš a kol., 2009).

4.2.1 Poskytovatelé zdravotní péče

Zdravotní péči poskytují zdravotnická zařízení státu, obcí, fyzických a právnických osob, tj. státní nebo nestátní zdravotnická zařízení, v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy (Tomeš, a kol., 2009, s. 239).

▪ **Lůžková zařízení**

Nemocnice poskytují lůžkovou i ambulantní základní a specializovanou diagnostickou léčebnou péči (vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi stanovuje následující druhy lůžkových zařízení).

Odborné léčebné ústavy plní úkoly dle svého odborného zaměření. Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi mezi ně zařazuje léčebny pro dlouhodobě nemocné, léčebny tuberkulózy a respiračních onemocnění, psychiatrické léčebny, rehabilitační ústavy, lázeňské léčebny, ozdravovny a sanatoria.

Lázeňské léčebny poskytují nemocným speciálně zaměřenou ústavní i ambulantní léčebnou péči. K léčbě se užívá především přírodních léčivých zdrojů nebo klimatických podmínek

Ozdravovny jsou určeny pro osoby ohrožené zdravím nebo osobám v rekonvalescenci.

Je jim zde zdravotnickým personálem poskytována léčebná péče s využitím klimatických podmínek a s dodržováním potřebné životosprávy.

Sanatoria poskytují občanům s ohroženým či narušeným zdravím potřebné léčení, ošetřování a dodržování náležité životosprávy mimo pracovní dobu.

Léčebny dlouhodobě nemocných poskytují následnou lůžkovou péči nemocným, u kterých již pominula potřeba poskytování akutní lůžkové péče a jejichž zdravotní stav je stabilizovaný. Umístění do LDN se provádí v závislosti na trvalém bydlišti nemocného, na základě doporučení ošetřujícího lékaře (Informační a diskusní portál Umírání.cz).

Hospicy poskytují paliativní péči nemocným v preterminálním a terminálním stádiu jejich nevyléčitelného onemocnění. Důraz je kladen na individuální potřeby a přání nemocného. Paliativní péče je poskytována v domácích a lůžkových hospicích. V případě využití služeb *domácího hospice* dochází k nemocnému domů lékař a zdravotní sestra, nabízí se možnost využití telefonického kontaktu po dobu 24 hodin denně, zapůjčení speciálních pomůcek, poskytování informací a podpory ostatním členům rodiny. *Lůžkové hospicy* vytváří prostředí, kde by se nemocný cítil co nejvíce doma. Nabízí soukromí jednolůžkových pokojů s možností přistýlky, volnou návštěvní dobu. Zřizovatelem hospice je církev (Informační a diskusní portál Umírání.cz).

- **Ambulantní zařízení**

Ordinace odborných lékařů

Primární zdravotní péči vykonává registrující lékař – praktický lékař pro dospělé nebo praktický lékař pro děti a dorost. Pokud situace nemocného vyžaduje specializované zdravotní péče, praktický lékař na základě doporučení pošle nemocného ke specialistovi (zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů).

Zdravotnická pohotovost je zdravotní péče poskytovaná v akutních případech praktickými a zubními lékaři mimo jejich ordinační hodiny (zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů).

Nemocnice poskytují lůžkovou i ambulantní základní a specializovanou diagnostickou léčebnou péči (vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi).

Ambulance pro návykové nemoci poskytují psychiatrickou léčbu a konzultace problematiky závislostí. Ve specializovaných ambulancích se provádí i substituční léčba.

Lázeňské léčebny poskytují nemocným speciálně zaměřenou ústavní i ambulantní léčebnou péči. K léčbě se užívá především přírodních léčivých zdrojů nebo klimatických podmínek (vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi).

Protialkoholní záchytné stanice jsou zdravotnická zařízení, které slouží k nedobrovolnému přenocování osob, které svou opilostí ohrožují sebe nebo jiné osoby, nebo budí veřejné pohoršení. Dopravu, vyšetření, ošetření a pobyt na záchytné stanici hradí v případě, že se prokáže přítomnost alkoholu, testovaná osoba. V opačném případě má úhradu na starosti osoba, která záchytku zavolala (Vodáčková a kol., 2007).

- **Terénní služby**

Záchranná služba poskytuje dle § 18 odst. b) zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu odbornou před nemocniční neodkladnou péči. Zřizovatelem je kraj, který odpovídá za organizaci a zajištění činnosti záchranné služby na svém územním obvodu.

Agentury domácí péče (home care) poskytují odbornou zdravotnickou péči klientům v jejich domácím prostředí. Je určena pacientům, kteří jsou propouštěni z nemocnice a chronicky nemocným, jejichž zdravotní stav vyžaduje dlouhodobou a pravidelnou péči kvalifikované zdravotní sestry. O péči může požádat nemocný, jeho rodina či zdravotnické zařízení. Doporučení vydává ošetřující lékař, který stanoví rozsah a

délku péče. Ošetřování je hrazeno ze zdravotního pojištění, pouze některé nadstandardní úkony si hradí nemocný. Agentury domácí péče jsou státní, soukromé nebo církevní (Informační a diskusní portál Umírání.cz).

Hospice poskytující paliativní péči formou domácího hospice.

- **Zvláštní dětská zařízení léčebně preventivní péče:**

Dle § 38 zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu se k zařízením léčebně preventivní péče řadí *kojenecké ústavy, dětské domovy a jesle*. Tyto zařízení pečují o všestranný rozvoj dětí ve věku do tří let.

Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi v § 20 stanoví, že *kojenecké ústavy* poskytují ústavní a výchovnou péči dětem zpravidla do jednoho roku věku, jejichž vývoj je ohrožen nevhodným domácím prostředím.

Dětské domovy poskytují ústavní a výchovnou péči dětem od jednoho roku do tří let věku, o něž nemá kdo pečovat, nebo ze sociálních důvodů není možná výchova ve vlastní rodině. Zajišťují případně také náhradní rodinnou péči. Navazují na péči kojeneckého ústavu a dle místních podmínek jsou s kojeneckým ústavem spojeny v jedno zařízení.

Děti jsou přijímány do zařízení na základě žádosti rodičů či rozhodnutí soudu. Jsou zde umístěny děti zdravé i s postižením. Po dovršení tří let věku se děti vracejí zpět do své původní rodiny, nebo jsou umístěny do náhradní rodinné péče. Některé děti jsou přemístěny do dalšího ústavního zařízení, jako je dětský domov nebo ústav sociální péče (Kojenecký ústav s dětským domovem v Plzni).

Jesle pečují o všestranný rozvoj dětí do tří let věku. Navazují na péči o děti v rodině. Zřizovateli jsou nejčastěji obce. Péče je hrazena z rozpočtu zřizovatele, úhradu za pobyt dítěte si tedy stanovuje zřizovatel sám (Ministerstvo práce a sociálních věcí).

4.2.2 Krajské hygienické stanice

Krajské hygienické stanice vydávají rozhodnutí, povolení, osvědčení, a plní další úkoly v ochraně veřejného zdraví. V České republice působí 14 hygienických stanic (Tomeš a kol., 2009).

4.2.3 Zdravotní pojišťovny

Zákonem č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění jsou zdravotně pojištěny všechny osoby, které mají trvalý pobyt na území České republiky i osoby bez trvalého pobytu v České republice, pokud pracují pro zaměstnavatele se sídlem nebo trvalým pobytem na území ČR. Pojištění vzniká narozením a zaniká úmrtím osoby, ve druhém případě nástupem a ukončením zaměstnání, nebo získáním trvalého pobytu a jeho ukončením. Plátcí pojistného jsou pojištěnci, zaměstnavatelé a stát. Stát hradí pojistné za nezaopatřené děti, ženy na mateřské a rodičovské dovolené, uchazeče o zaměstnání, osoby pobírající dávku pomoci v hmotné nouzi, osoby invalidní ve třetím stupni a další osoby uvedené v § 7, odst. 1.

Pojistné za zaměstnance hradí z jedné třetiny zaměstnanec a ze dvou třetin zaměstnavatel. Oznamovací povinnost pojištěnce je stanovena na osm dnů od vzniku oznamovací události. Pojištěnec má právo na výběr zdravotní pojišťovny a jednou za 12 měsíců ji může změnit vždy k prvnímu dni kalendářního čtvrtletí.

Ze zdravotního pojištění je hrazena ambulantní a ústavní péče, pohotovostní a záchranná služba, preventivní péče, lázeňská péče a péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, posudková činnost a další dle § 13, odst. 2.

Pojištěnci jsou povinni hradit regulační poplatky za poskytnutí zdravotní péče dle § 16a.

4.3 Oblast školská

Ústředním orgánem je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Zajišťuje činnost předškolních, školských zařízení, škol všech stupňů a státní péči o děti a mládež. Ministerstvo se zabývá stanovováním kritérií pro vzdělávání, zavádění nových přístupů v organizaci, formě a obsahu vzdělávání, realizací opatření prevence sociálně patologických jevů ve školství.

Zajišťuje také integraci cizinců a azylantů v oblasti vzdělávání, vzdělávání národnostních menšin, multikulturní výchovu v oblasti základního vzdělávání. (Tomeš a kol., 2009).

4.3.1 Současná výchovně vzdělávací soustava

Výchovně vzdělávací soustava v ČR je tvořena školami a školskými zařízeními.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) vymezuje následující typy škol:

Předškolní vzdělávání zajišťují mateřské školy. Je určeno dětem od 3 do 6 let věku.

Školy mohou od rodičů vybírat příspěvek.

Cílem je rozvoj dítěte v oblasti rozumové, tělesné a citové, osvojení základních pravidel chování, životních hodnot.

Základní školy jsou vzdělávacími institucemi, kde plní děti povinnou devítiletou školní docházku.

Děti ze sociokulturně znevýhodňujícího prostředí mohou navštěvovat přípravnou třídu, která je zřizována při základních školách, jeden rok před zahájením povinné školní docházky. Je zde předpoklad, že docházení do přípravné třídy vyrovná jejich vývoj.

Střední školy tvoří gymnázia, střední odborné školy, poskytující čtyřleté studium zakončené maturitní zkouškou a střední odborná učiliště, jejichž absolvent po třech letech studia získává výuční list. Střední školy poskytující střední vzdělání s maturitní zkouškou v daném oboru vzdělání mohou nabízet nástavbové studium. To je určeno pro uchazeče, kteří získali výuční list po absolvování tříletého vzdělávání v příbuzném oboru. Nástavbové vzdělávání trvá dva roky a je ukončeno maturitní zkouškou.

Konzervatoře připravují své absolventy pro výkon uměleckých a umělecko-pedagogických činností v hudebních, tanečních oborech a hudebně-dramatickém umění. Nabízí střední vzdělání s maturitou a vyšší odborné vzdělání, které je zakončené absolutoriem.

Vyšší odborné školy jsou určeny pro studenty se středoškolským vzděláním s maturitou a nabízí vzdělání ve tříletých vzdělávacích oborech. Student zakončuje absolutoriem.

Základní umělecké školy nabízí vzdělání v uměleckých oborech. Realizují přípravné studium, studium I. a II. stupně i studium pro dospělé. Připravují své studenty ke studiu umění na středních a vysokých školách.

Jazyková škola s právem jazykové zkoušky poskytuje jazykové vzdělání v cizích jazycích.

Vysoké školy realizují akreditované studijní programy bakalářské, magisterské a doktorské a programy celoživotního vzdělávání (zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů).

Jsou také zřizovány *alternativní školy*, které jsou nestátními školami. Tyto školy uplatňují partnerský přístup k dětem, respektují jejich individuální potřeby, aktivně je zapojují do výuky a pěstují tak odpovědnost dítěte spoluúčastí na rozhodování. Hodnocení je převážně slovní, motivující. Školy pracují inovativními formami výuky (propojování

předmětů, sepětí školy se životem apod.). V České republice nalezneme vzdělávání v mateřské škole, 1. i 2. stupni základní školy a středoškolské vzdělání na školách *Waldorfských, Daltonských a Zdravé školy*. Škola *Montessori* organizuje vzdělávání v mateřských školách a na 1. a 2. stupni základních škol. Škola *Začít spolu* a *Integrovaná tematická výuka* je zaměřena na předškolní vzdělávání a na 1. stupni základní školy. Dále je možné požádat o možnost *domácího vzdělávání*, a to na 1. stupni základní školy (Vališová, Kasíková a kol., 2007).

V oblasti vzdělávání dětí, žáků a studentů se *speciálními vzdělávacími potřebami* je trendem současné doby upřednostňování jejich zařazení do běžných tříd základních a středních škol {dle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání ve znění pozdějších předpisů}. To napomáhá vytváření přirozených vztahů mezi postiženými a nepostiženými, protože v období dětství a dospívání se to daří snáze a spontánněji. Navíc zkušenosti s handicapovaným jedincem z dětství a dospívání vede k větší míře respektu, tolerance a přijetí v dospělosti (Slowík, 2007).

Dle vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných je speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením zajišťováno *formou individuální integrace* v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení, *formou skupinové integrace* ve třídě zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení, vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením – *speciální školy*. Formy vzdělávání se mohou kombinovat.

Jsou zřizovány:

- *mateřské školy* pro zrakově, sluchově postižené, hluchoslepé, tělesně postižené, logopedická, speciální, při zdravotnickém zařízení pro děti se zdravotním oslabením nebo dlouhodobě nemocné
- *základní školy* pro zrakově, sluchově postižené, hluchoslepé, tělesně postižené, logopedická, praktická, speciální, pro žáky se specifickými poruchami učení a chování, při zdravotnickém zařízení a základní škola speciální při zdravotnickém zařízení
- *střední školy* pro zrakově, sluchově, tělesně postižené (SOU, OU, praktické školy, gymnázia, SOŠ)

- konzervatoře pro zrakově postižené

Vysoké školy v současné době ve většině případů nabízí studentům speciálními vzdělávacími potřebami speciální služby a podporu, které zahrnují poradenství, půjčování speciálních pomůcek apod. – centra pro podporu studentů s handicapem (Slowík, 2007).

V případě potřeby se vypracovává individuální vzdělávací plán. S žákem může spolupracovat asistent pedagoga, který dotyčnému pomáhá v přizpůsobení se školnímu prostředí.

4.3.2 Školská zařízení

Dle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) mezi školní zařízení náleží zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, školská poradenská zařízení, školská zařízení pro zájmové vzdělávání, školská účelová zařízení, školská výchovná a ubytovací zařízení, zařízení školního stravování, školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy a školská zařízení pro preventivně výchovnou péči.

1) *Zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků* poskytují další vzdělávání pracovníkům škol a školských zařízení, dále školám a školským zařízením nabízí poradenství v otázkách metodiky a řízení škol.

2) *Školská poradenská zařízení* zajišťují informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči, poradenství ohledně vhodného vzdělávání, volby povolání pro žáky, studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení.

Realizace těchto činností náleží školám, pedagogicko-psychologickým poradnám a speciálně pedagogickým centrům.

Školy ji naplňují prostřednictvím *výchovného poradce*, příp. *školním metodikem prevence*.

Pedagogicko-psychologické poradny zjišťují pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku, doporučují zákonným zástupcům dítěte a ředitelům umístění žáka do příslušné školy a třídy, poskytují poradenské služby k určení profesních předpokladů a další. Zpracovávají písemné posudky.

Zabývají se především diagnostikou a poradenstvím v oblasti specifických poruch učení a chování, výchovných a vzdělávacích potíží (Slowík, 2007).

Speciálně pedagogická centra vykonávají speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku žákům se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Zjišťují jejich připravenost na povinnou školní docházku, zajišťují jim vzdělávání. Zabývají se poradenstvím těmto žákům a jejich zákonným zástupcům.

Bývají zřizována při některých speciálních školách a věnují pozornost dětem a žákům s příslušným druhem postižení. Obě poradenská zařízení úzce spolupracují se školami a spoluvytváří individuální vzdělávací plány, náplň činnosti asistenta pedagoga apod. (Slowík, 2007).

3) *Školská zařízení pro zájmové vzdělávání* vytváří programy výchovné, vzdělávací, zájmové, tematické rekreační akce, zabývají se osvětovou činností pro žáky, pedagogické pracovníky, případně další osoby. Jsou to školní družiny, školní kluby, střediska volného času.

Školní družiny navštěvují žáci ve věku prvního stupně základní školy v době, kdy jsou jejich rodiče v zaměstnání.

Školní klub nabízí zájmové aktivity žákům 2. stupně a nižším ročníkům víceletých gymnázií.

Střediska volného času tvoří domovy dětí a mládeže a stanice zájmových činností.

4) *Školská účelová zařízení* napomáhají školám a školským zařízením při jejich činnosti zajišťováním materiálně technických služeb, poradenských, informačních a ekonomicko-administrativních služeb. Také nabízí odborné, studijně pracovní, knihovnické a informační služby, výchovu mimo vyučování a praktické vyučování pro žáky a studenty. Tuto činnost vykonávají střediska služeb školám, školní hospodářství, střediska praktického vyučování, školní knihovny, plavecké školy, přípravné stupně základní školy speciální.

Střediska služeb školám zajišťují např. zásobování škol učebnicemi, informační, poradenské a ekonomicko-administrativní služby. *Školní hospodářství* realizují praktické vyučování žáků středních škol v oblasti zemědělství, zahradnictví, lesnictví a rybářství.

Střediska praktického vyučování nabízí vyučování v praxi v dalších oborech.

Školní knihovny poskytují odborné, knihovnické a informační služby pro žáky, studenty, popřípadě zaměstnance.

Plavecké školy vyučují plavání žáky základních škol v rámci povinné tělesné výchovy.

Přípravný stupeň základní školy speciální připravuje na povinné vzdělávání děti se speciálními vzdělávacími potřebami po dobu odkladu povinné školní docházky. Délka přípravy je 1 až 3 roky a nejdéle do školního roku, kdy dítě dosáhne 8 let.

5) *Školská výchovná a ubytovací zařízení* poskytují dětem, žákům a studentům vzdělávací, sportovní a zájmové činnosti v době mimo vyučování, celodenní výchovu, ubytování a stravování, příp. zotavovací pobyty dětí a žáků ve zdravotně příznivém prostředí. Patří sem domovy mládeže, internáty, školy v přírodě.

Domovy mládeže jsou určeny pro žáky středních a vyšších odborných škol. *Internáty* jsou pro děti a žáky škol samostatně zřízených pro osoby se zdravotním postižením.

Tyto zařízení poskytují celodenní výchovu, ubytování a stravování, vzdělávání, sportovní a zájmové činnosti mimo vyučování.

Školy v přírodě zajišťují zotavovací pobyty dětí a žáků ve zdravotně příznivém prostředí dětem mateřských škol a žákům plnícím povinnou školní docházku bez přerušení vzdělávání.

6) *Zařízení školního stravování* zajišťují stravování dětí, žáků a studentů v době jejich pobytu ve škole. Také stravování zaměstnanců škol a školských zařízení i dalších osob, a to za úplatu.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní a ochranné výchovy ve školských zařízeních vymezuje školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči.

1) *Školská zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy*

Účelem školských zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy je poskytovat dětem nezletilým zpravidla ve věku od 3 do 18 let, případně zletilým do 19 let výchovnou péči a to na základě rozhodnutí soudu o ústavní nebo ochranné výchově nebo o předběžném opatření.

Diagnostický ústav provádí komplexní vyšetření, posuzuje zdravotní stav dítěte a na základě zjištěných výsledků umísťuje dítě do dětského domova, dětského domova se školou nebo výchovného ústavu v územně příslušném obvodu. Diagnostický ústav plní úkoly diagnostické, vzdělávací, terapeutické, výchovné a sociální, organizační a koordinační. Pobyt dítěte v diagnostickém ústavu trvá zpravidla 8 týdnů.

Dětský domov pečuje o děti s nařízenou ústavní výchovou, u nichž nejsou závažné poruchy chování. Dětský domov plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Jsou zde umísťovány děti ve věku od 3 do 18 let věku a také nezletilé matky spolu s jejich dětmi.

Dětský domov se školou zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou, které mají závažné poruchy chování, nebo které trpí přechodnou či trvalou duševní poruchou, pro kterou vyžadují výchovně léčebnou péči. Dále jsou zde umísťovány děti s nařízenou ochrannou výchovou a nezletilé matky, které splňují podmínky výše uvedené. Do dětského domova se školou jsou zpravidla umísťovány děti od 6 let věku do ukončení povinné školní docházky. Pokud v průběhu docházky pomínou důvody pro zařazení do školy zřizované při dětském domově, je dítě na základě žádosti ředitele této školy přeřazeno do školy, jež není součástí dětského domova se školou. Pokud dítě není po ukončení povinné školní docházky schopno pokračovat ve vzdělávání na střední škole mimo zařízení či nastoupit do práce, je přeřazeno do výchovného ústavu.

Výchovný ústav vykonává péči o děti starší 15 let věku se závažnými poruchami chování, jimž byla uložena ústavní či ochranná výchova. Pokud je porucha chování dítěte velmi vážná a je mu nařízena ochranná výchova, může být přijato do výchovného ústavu dítě mladší 15 let. Výchovné ústavy jsou zřizovány zvlášť pro děti s nařízenou ústavní a uloženou ochrannou výchovou. Ústav plní úkoly výchovné, vzdělávací a sociální. Jako součást výchovného ústavu je zřizována základní či speciální škola a taktéž může být zřízena i střední škola jako součást výchovného ústavu.

2) Školské zařízení pro preventivně výchovnou péči

Úkolem školských zařízení pro preventivně výchovnou péči je poskytovat speciálně pedagogické a psychologické služby a předcházet tak vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte, zmírňovat nebo odstraňovat důsledky již vzniklých poruch chování. Dětem využívajícím tyto služby nebyla uložena ústavní ani ochranná výchova. Péče může být poskytována také zletilým osobám do ukončení středoškolského vzdělávání. Péče je poskytována střediskem nebo diagnostickým ústavem formou ambulantních služeb na základě žádosti zákonných zástupců klienta nebo žádosti zletilého klienta. Dále je nabízena forma celodenních služeb a internátního pobytu, který trvá zpravidla 8 týdnů. Poslední dva zmiňované typy služeb jsou poskytovány na základě žádosti zákonného zástupce klienta a klient je přijat pouze po doporučení podle výsledků ambulantní péče. Ubytování a stravování je v těchto případech poskytováno za úplatu.

Střediska výchovné péče poskytuje preventivní speciálně pedagogickou a psychologickou péči klientům s rizikem či projevy poruch chování a také klientům

opouštějícím ústavní péči. Pobyt ve středisku je dobrovolný. Středisko poskytuje konzultace, odborné informace zákonným zástupcům dítěte i pedagogickým pracovníkům. Spolupracuje s pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně pedagogickými centry, s orgány zabývajícími se prevencí sociálně patologických jevů a drogových závislostí.

4.3.3 Zřizovatelé škol a školských zařízení

Obec zřizuje mateřské školy, základní školy a školská zařízení.

Krajské úřady zřizují střední odborná učiliště, střední školy, vyšší odborné, vysoké školy, značnou část speciálních škol a školská zařízení.

Některá *ministerstva* (např. vnitra, obrany, spravedlnosti) také mohou být zřizovateli škol.

Výše uvedené školy a školská zařízení lze označit jako „veřejně spravované“, tedy státní.

Dále mohou být zřizovateli škol *právnícké osoby* (církev, nadace, společnosti s.r.o.), *fyzické osoby* mohou být také zřizovateli škol. Tyto školy se řadí mezi církevní nebo nestátní. Většina škol má právní subjektivitu (Vališová, Kasíková a kol., 2007).

4.4 Ochrana práv a pořádku

Ministerstvo vnitra je ústředním orgánem pro veřejný pořádek (správa Policie ČR), jména a příjmení, rodná čísla, evidenci obyvatel, hlášení pobytu, státní občanství, občanské průkazy, matriky, cestovní doklady, povolování pobytu cizinců a postavení uprchlíků (mezinárodní migrace, azyl, ochrana cizinců, uprchlická zařízení) a další.

4.4.1 Policie ČR

Státní policie

Dle zákona č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky je úkolem policie chránit bezpečnost osob a majetku a veřejný pořádek, předcházení trestné činnosti, plnit úkoly podle trestního řádu a další úkoly vyplývající z právního předpisu. Je podřízena Ministerstvu vnitra, které vytváří podmínky pro plnění úkolů policie.

Obecní policie

Zákon č. 553/1991 Sb., o obecní policii stanovuje náplň činnosti obecní policie. Obecní policie zabezpečuje místní záležitosti veřejného pořádku v rámci působnosti obce. Přispívá k ochraně a bezpečnosti osob a majetku, dohlíží na dodržování pravidel občanského soužití, na dodržování obecně závazných vyhlášek a nařízení obce, podílí se na dohledu na bezpečnost a plynulost provozu na pozemních komunikacích, na prevenci kriminality v obci, provádí dohled nad dodržováním čistoty na veřejných prostranstvích v obci, odhaluje přestupky a jiné správní delikty, jejichž projednávání je v působnosti obce a další.

4.5 Justiční oblast

Ministerstvo spravedlnosti má na starosti oblast justiční, tedy soudy, státní zastupitelství, advokacii, vězeňství, probaci a mediaci. Vykonává státní dohled nad činností advokátů, navrhuje nejvyššího státního zástupce.

4.5.1 Soudy

Soudy jsou dle zákona č. 6/2002 Sb., o soudech, soudcích, přísedících a státní správě soudů a o změně některých dalších zákonů (zákon o soudech a soudcích) nezávislé orgány, které vykonávají soudnictví. Soustavu soudů tvoří Nejvyšší správní soud, vrchní soudy, krajské soudy a okresní soudy. V obvodu hlavního města Prahy vykonává působnost krajského soudu Městský soud v Praze a působnost okresních soudů konají okresní soudy.

Nejvyšší správní soud je vrcholný soudní orgán. Rozhoduje o mimořádných opravných prostředcích, o uznání a vykonatelnosti cizozemských soudů, sleduje a vyhodnocuje pravomocná rozhodnutí soudů v občanském soudním řízení a trestním řízení.

Vrchní soudy rozhodují jako soudy druhého stupně ve věcech, v nichž rozhodovaly v prvním stupni krajské soudy, které náleží do jejich obvodu.

Krajské soudy rozhodují jako soudy druhého stupně ve věcech, v nichž rozhodovaly v prvním stupni okresní soudy, které patří do jejich obvodu.

Okresní soudy rozhodují jako soudy prvního stupně.

Pravomoce soudů:

- projednávání a rozhodování sporů a dalších věcí podle zákonů o občanském soudním řízení

- projednávání a rozhodování sporů a dalších věcí podle zákonů o trestním řízení

Vykonavatelé:

- rozhodování v soudních záležitostech je v kompetenci samosoudce nebo senátu

Soudce je veřejným činitelem. Do funkce je jmenován prezidentem republiky, na dobu časově neomezenou. Soudcem se může v České republice stát její občan, který je způsobilý k právním úkonům a bezúhonný, dosáhl věku minimálně 30 let, získal vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu v oblasti práva na vysoké škole v České republice a složil odbornou justiční zkoušku. Soudce nemůže zároveň zastávat funkci prezidenta republiky, člena Parlamentu nebo jinou funkci ve veřejné správě.

4.5.2 Státní zastupitelství

Zákon č. 283/1993 Sb., o státním zastupitelství upravuje postavení, působnost, vnitřní vztahy, organizaci a správu státního zastupitelství.

Státní zastupitelství je soustava úřadů státu, která je tvořena Nejvyšším státním zastupitelstvím, vrchním státním zastupitelstvím, krajským státním zastupitelstvím a okresním státním zastupitelstvím. Je zřízeno za účelem zastupování státu při ochraně veřejného zájmu ve věcech, které jsou mu svěřeny zákonem.

Státní zastupitelství:

- je orgánem veřejné žaloby v trestním řízení

- vykonává dozor nad dodržováním právních předpisů ve výkonu vazby, u trestu odnětí svobody, ochranného léčení, ochranné nebo ústavní výchovy a v dalších místech, kde je dle zákonného oprávnění omezována osobní svoboda

- podílí se na prevenci kriminality a poskytování pomoci obětem trestných činů

4.5.3 Advokacie

Advokacie je upravena zákonem č. 85/1996 Sb., o advokacii.

Výkon advokacie zahrnuje poskytování následujících právních služeb:

- zastupování před soudy a jinými orgány

- obhajoba v trestních věcech

- udělování právních porad

- sepisování listin

- zpracovávání právních rozborů a další formy právní pomoci

Advokátem se může stát osoba způsobilá k právním úkonům a bezúhonná, vysokoškolsky vzdělaná v magisterském studijním programu v oblasti práva, po dobu 3 let vykonávala právní praxi jako advokátní koncipient, složila advokátní zkoušku.

Advokát je zapsán v seznamu advokátů vedeném Českou advokátní komorou.

Odměna za služby advokáta se řídí smlouvou s klientem, pokud ta není sepsána, řídí se ustanoveními vyhlášky č. 177/1996, advokátním tarifem, o mimosmluvní odměně.

Advokátní služby mohou být poskytnuty také bezplatně. Občan může požádat Českou advokátní komoru o určení advokáta, zejména pokud se nachází v tíživé finanční situaci, která mu brání zaplatit si právní pomoc. Pokud neexistují důvody pro odmítnutí stanovené zákonem, advokátní komora ustanoví advokáta, který je povinen klientovi poskytnout služby ve stanoveném rozsahu (Vodáčková, 2007).

4.5.4 Notářský úřad

Notářským úřadem se rozumí dle zákona č. 358/1992 Sb., o notářích a jejich činnosti (notářský řád) soubor pravomocí k notářské a další činnosti stanovené zákonem.

Notářská činnost zahrnuje:

- *sepisování veřejných listin o právních úkonech* - smlouvy, závěti a další listiny veřejné podoby sepisované za přítomnosti minimálně dvou svědků
- *osvědčování právně významných skutečností a prohlášení* – ověřování shody kopie nebo opisu s listinou a také posouzení obsahu listin (tzv. vidimace), ověření pravosti podpisu, jenž je proveden před notářem (tzv. legalizace), osvědčování jiných skutkových dějů (losování, předložení movitých věcí), děje se musí fyzicky zúčastnit, osvědčení o prohlášení osob, které jsou spojeny s právními následky (osvojení dítěte, darování)
- *přijímání listin do úschovy* - závěti, listiny o vydědění a listiny o odvolání těchto úkonů, cenné papíry
- *přijímání peněz a listin do úschovy za účelem jejich vydání dalším osobám*
- *vykonávání správy majetku a zastupování v této souvislosti*
- *vykonávání funkce insolvenčního správce*
- *poskytování právních porad a zastupování v občanském soudním řízení v oblasti nesporného řízení ve vymezených případech* (např. v řízení o dědictví)

Notář vykonává svou činnost za úplatu. Odměnu hradí notáři osoba, v jejíž prospěch nebo na jejíž žádost notář pracuje. Výjimečně může úhradu provést stát, a to v případech předlužení dědictví, odúmrti a zastavení řízení o dědictví.

Notářem se může stát osoba plně způsobilá k právním úkonům a bezúhonná, vysokoškolsky vzdělaná v oblasti práva, která vykonala alespoň pětiletou notářskou praxi a složila notářskou zkoušku.

Notář je jmenován ministrem spravedlnosti na návrh notářské komory.

4.5.5 Ústavní soud ČR

Ústavní soud je soudním orgánem ochrany ústavnosti. Jeho postavení a kompetence jsou zakotveny přímo v Ústavě České republiky podle zákona č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky.

Ústavní soud sídlí v Brně. Je tvořen patnácti soudci, které jmenuje do funkce prezident.

Úkoly Ústavního soudu:

- chránit ústavnost, základní práva a svobody vyplývající z Ústavy, Listiny základních práv a svobod, dalších ústavních zákonů České republiky a garantovat ústavní charakter výkonu státní moci
- rozhodování o zrušení zákonů nebo jiných právních předpisů, pokud jsou v rozporu s ústavním pořádkem
- rozhoduje o ústavní stížnosti orgánů územní samosprávy proti nezákonnému zásahu stát
- rozhoduje o ústavní stížnosti právnických a fyzických osob, proti pravomocnému rozhodnutí a jinému zásahu orgánů veřejné moci do jim ústavně zaručených základních práv a svobod a dalších dle čl. 87 Ústavy

4.6 Veřejná ochrana práv

4.6.1 Veřejný ochránce práv

Činnost veřejného ochránce práv stanovuje zákon č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.

Posláním veřejného ochránce práv je ochrana osob před jednáním úřadů a dalších institucí, pokud je jednání v rozporu s právem, neodpovídá principům demokratického právního státu a dobré správy nebo jsou úřady nečinné. Jeho působnost se vztahuje na ministerstva a jiné správní úřady, obecní úřady, na Policii České republiky, Armádu České republiky, Vězeňskou službu České republiky a další zařízení, kde se vykonává vazba nebo trest odnětí svobody, ochranná nebo ústavní výchova, ochranné léčení, veřejné zdravotní pojišťovny.

Působnost ochránce se nevztahuje na Parlament, prezidenta republiky, vládu, Nejvyšší kontrolní úřad, státní zastupitelství a soudy, zpravodajské služby České republiky.

Ochránce veřejných práv:

- je volen Poslaneckou sněmovnou na dobu šesti let
- musí být volitelný do Senátu
- sídlí v Brně
- svou činnost zahajuje na základě podnětu fyzické nebo právnické osoby
- pokud šetřením zjistí porušení právních předpisů, vyzve úřad ve lhůtě 30 dnů k vyjádření
- navrhuje opatření vedoucí k nápravě
- úřad poté zpětně ochránce informuje o provedených opatřeních

5. Využívání pracovišť psychosociální sítě osobami s duševním onemocněním – zdroje informací a bariéry

V této kapitole se zaměřím na využívání těchto pracovišť psychosociální sítě osobami s duševním onemocněním, které jsem vymezila ve čtvrté kapitole. Popíšu možné zdroje získávání informací o těchto pracovištích a také uvedu některé důvody, jež brání duševně nemocným v jejich využívání.

Tyto důvody rozdělím do dvou kategorií. První budou tvořit vnitřní bariéry způsobené nemocí, psychickými potížemi, postoji nemocného a druhou vnější bariéry, které přichází jako omezení z vnějšího prostředí.

Sociální pracovníci, kteří jsou odborníky na pomoc lidem v nepříznivých životních situacích, by se měli dobře orientovat v širokém spektru sociálních služeb i ostatních složek psychosociální sítě. Jejich dovedností je využití znalosti psychosociální sítě služeb k nalezení optimálního řešení problémové situace.

Osoby se zdravotním handicapem, ať už tělesným, duševním, smyslovým se mohou dobře orientovat v oblasti služeb nabízených pro jejich cílovou skupinu. Může to být díky tomu, že navštěvují organizaci, která se zaměřuje na pomoc osobám s handicapem, kterým dotyční trpí.

A tak získají přehled. Nabídka služeb daných organizací je ovšem ohraničená a spektrum problémů tak široké, že je potřeba pomoc hledat i mezi dalšími službami a zařízeními.

V tomto případě již znalost psychosociální sítě služeb a nalezení služby šité na míru danému problému může být u osob s určitou formou handicapu nižší. Jakým způsobem si informace opatří, jak služby poté využívají a potýkají se případně s nějakými překážkami, které jim brání služeb využít?

Tyto otázky nyní blíže rozeberu. Zaměřím se při tom na skupinu osob s duševním onemocněním, která tvoří převážnou část klientely občanských sdružení Eset-Help a Fokus Praha a stane se respondenty mého výzkumu.

Tyto osoby, jakožto klienti těchto zařízení, využívají minimálně jednu sociální službu (popř. službu registrovanou dle zákona o zaměstnanosti, pokud se jedná o pracovní oblast). Pokud potřebují pomoc z oblasti, kterou organizace nenabízí, odkud čerpají informace, kde službu vyhledat

- od ostatních klientů, s nimiž se v zařízení setkávají
- od sociálních pracovníků daných zařízení (hlavně case manageři, kteří klienty mohou i doprovázet)
- ze zkušeností rodiny, přátel, známých
- z internetu
- z brožurek a adresářů, které jsou k dispozici v zařízeních, případně kterou získali v některém ze zařízení psychosociální sítě služeb

Nyní se zaměřím na situaci, kdy klient potřebuje pomoc v určité oblasti, ale z nějakého důvodu ji nevyužije. V tomto případě působí určité bariéry.

Které to jsou, vymezím v následujícím přehledu.

Bariéry vnější – působí nezávisle na klientově psychickém stavu, přesvědčení, zkušenosti.

K těmto omezením bych zařadila:

- *nedostupnost informací*, kdy chybí klientovi informace o tom, kde najít službu, jakou konkrétní, povědomí o existenci služby jako takové vůbec
- *nedostupnost místní*, která je v závislosti na regionu, městu, vesnici, kde klient bydlí, problém v tomto případě může být v tom, že se v daném regionu služba nevyskytuje, nebo je pro klienta problém při bydlení na vesnici se za službou dopravit, protože je tam špatná dopravní obslužnost apod. (strach některých klientů z využívání prostředků MHD patří do kategorie vnitřních bariér)
- *plná kapacita (dlouhá čekací doba)*
- *stigmatizace, diskriminace, předsudky vůči duševně nemocným* ze strany pracovníků zařízení

Bariéry vnitřní – projevují se v závislosti na klientově psychickém stavu, jeho smýšlení, postojích, obavách apod.

Tyto zábrany vyplývají z různých příčin:

- *poruchy kognitivních funkcí* představují především poruchy paměti, poruchy pozornosti, postižení řídicích funkcí, které spočívá v narušení pochopení, vysvětlení a udržení informace (Praško, 2005)
- *symptomatika onemocnění* – každé psychické onemocnění provází řada symptomů, které svou existencí narušují fungování při každodenních činnostech; u schizofrenií dochází k poruchám myšlení spojených s bludy, poruchám vnímání provázených halucinacemi, poruch chování (neklid, urychlení, někdy agrese, bizarní oblékání),

tyto příznaky se řadí mezi pozitivní, snížení až vymizení motivace, activity, izolace od společnosti představují negativní příznaky; u afektivních poruch jsou to pocity beznaděje, zoufalství, pokleslá nálada provázející depresi, nadměrně veselá nálada, nepřiměřeně vysoké sebevědomí, neobvykle zvýšená aktivita vyskytující se u mánie; u poruch osobnosti to může být v závislosti na typu poruchy nadměrná vztahovačnost, podezřívavost, emoční nestabilita (emoční výbuchy), sebepoškozující jednání (Praško, 2005)

- *psychické potíže* představují další kategorii zábran, kam patří především strachy, vnitřní úzkosti nemocného; může se jednat o strach ze změny, strach z neznámého prostředí, nízká sebedůvěra (Praško, 2005)
- *postoje nemocného* pak představují dle mého názoru významnou bariéru pro odhodlání se k něčemu; domnívám se, že byt' může být aktivita nemocného snižena, kladný vnitřní postoj a pozitivní přesvědčení může být silným hnacím motorem k realizaci neznámého kroku; tyto postoje blokující využití služby mohou vyplývat z pochyb o smysluplnosti služby (znevažování smyslu, účelu pomoci, úvahy „co by mi to dalo, stejně mi to nepomůže“), obavy z přístupu pracovníků (souvisí s diskriminací, stigmatizací) => může zde být nějaká prožitá negativní zkušenost, ať už vlastní, nebo zprostředkovaná

6. Výzkumné šetření

6.1 Výzkumný problém, cíl výzkumu

V tomto šetření se zajímám o to, jaká je znalost pracovišť psychosociální sítě osob s dlouhodobým duševním onemocněním, kteří jsou klienty organizací Bona, o.p.s. a Eset-Helpu. Jakým způsobem využívají nabídku pracovišť z psychosociální sítě v Praze, jakým způsobem jsou o možnostech informováni (kde si informace dohledávají, odkud je získávají). Jaké jsou jejich zkušenosti, ať už pozitivní či negativní. Jak jim využívání služeb pomáhá a prospívá. Co jim případně brání některé služby využívat. Jak současná nabídka pracovišť psychosociální sítě uspokojuje potřeby klientů.

Zdrojem dat je polostrukturovaná řízená skupinová diskuse focus group s osobami s dlouhodobým duševním onemocněním, kteří jsou klienty Bony o.p.s, občanských sdružení Eset-Help a sociálními pracovníky v přímé péči z Bony a Eset-Helpu.

Domnívám se, že pohled sociálních pracovníků na tuto problematiku může přinést zajímavé poznatky prověřené praxí a zkušenostmi a diskuse s nimi povede k získání širšího náhledu a doplňujících informací v této věci.

V každém z uvedených zařízení byla vytvořena jedna diskusní skupina.

Ve výzkumu jsem využila také strukturovaný dotazník, který zjistil základní demografické údaje o účastnících diskuse.

Pro svůj průzkum stanovuji tyto výzkumné otázky:

- Jaké mají klienti zdroje informací o pracovištích psychosociální sítě?
- Jaké bariéry omezují klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě?
- Jak současná nabídka pracovišť psychosociální sítě uspokojuje potřeby klientů, v jakých oblastech vnímají klienti dostatek podpory a naplnění svých potřeb a kde naopak pomoc postrádají?

Cílem výzkumu je zmapovat potřeby klientů v oblasti využívání pracovišť psychosociální sítě. Dále srovnání podobností a rozdílů v postojích, názorech a zkušenostech klientů Bony a Eset-Helpu a sociálních pracovníků z uvedených organizací.

6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Objekty výzkumu tvoří čtyři soubory. Osoby s dlouhodobým duševním onemocněním, kteří jsou klienty Bony o.p.s. a občanského sdružení Eset-Help. Dále sociální pracovníci z Bony o.p.s. a z občanského sdružení Eset-Help. S každou skupinou jsem provedla focus group zvlášť.

Na začátku diskuse jsem požádala respondenty o vyplnění krátkého dotazníku. Při následujícím popisu výzkumných souborů vycházím z vyhodnocených dotazníků.

Nejprve vyhodnotím dotazníky, které vyplňovali klienti obou organizací, poté dotazníky vyplněné pracovníky organizací.

6.2.1 Osoby s dlouhodobým duševním onemocněním z organizace Bona

Respondenty z kategorie osob s dlouhodobým duševním onemocněním z organizace Bona tvoří 2 muži a 5 žen.

Využívají aktuálně některou z komunitních služeb organizace Bona. V případě Bony se jedná o možnost pobytu na chráněném bydlení, podpory samostatného bydlení, sociální rehabilitaci v některé z chráněných dílen nebo využití služby socioterapeutického centra.

Tyto osoby mají diagnostikovanou duševní nemoc z okruhu Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29), Afektivních poruch (F30 – F39) a Poruch osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)

Tabulka č.1 - Pohlaví

Pohlaví	Počet respondentů
MUŽ	2
ŽENA	5

Průzkumu se zúčastnilo 7 respondentů, 2 muži a pět žen.

Tabulka č.2 – Věk

Věk	Počet respondentů
18 – 30	1
31 – 50	3
51 – více	3

Ve věkové struktuře převládali respondenti ve věku 31-50 let (3 osoby) a 51-více let (3 osoby). Jeden respondent byl mladší třiceti let.

Tabulka č.3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů
ZŠ	4
SŠ bez maturity	2
SŠ s maturitou	0
VOŠ	0
VŠ	1

U nejvyššího dosaženého vzdělání převládá ZŠ (4 osoby), dále jsou zastoupeny SŠ bez maturity (2 osoby) a VŠ (1 osoba).

Tabulka č.4 – Stanovená diagnóza

Stanovená diagnóza	Počet respondentů
F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických	0
F10-F19 Poruchy duševní a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek	0
F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	5
F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	0
F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	1
F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých	1

Jako nejčastější diagnóza byla uvedena schizofrenie (5 osob), dále byla označena diagnóza z okruhu neurotických poruch (1 osoba) a diagnóza poruchy osobnosti (1 osoba).

Tabulka č.5 – Komunitní služba využívaná klientem

Komunitní služba, kterou respondent v organizaci využívá	Počet respondentů
Chráněné bydlení	7
Podpora samostatného bydlení	0
Sociální rehabilitace (chráněné dílny)	2

Všichni respondenti využívají službu chráněného bydlení (7 osob), ve dvou případech společně se sociální rehabilitací v chráněných dílnách.

6.2.2 Osoby s dlouhodobým duševním onemocněním z organizace Eset-Help

Respondenty z kategorie osob s dlouhodobým duševním onemocněním z organizace Eset-Help tvoří 3 muži a 5 žen.

Využívají aktuálně některou z komunitních služeb organizace Eset-Help. V případě Eset-Helpu se jedná o možnost pobytu na chráněném bydlení, účasti v programu služeb zaměstnávání, docházení do centra denních aktivit, využívání služeb sociální a právní poradny, asertivního komunitního týmu.

Tyto osoby mají diagnostikovanou duševní nemoc z okruhu Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy (F20 – F29), Afektivních poruch (F30 – F39) a Poruch osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69)

Tabulka č.1 - Pohlaví

Pohlaví	Počet respondentů
MUŽ	3
ŽENA	5

Průzkumu se zúčastnilo 8 respondentů, 3 muži a pět žen.

Tabulka č.2 – Věk

Věk	Počet respondentů
18 – 30	3
31 – 50	4
51 – více	1

Ve věkové struktuře převládali respondenti ve věku 18-30 let (3 osoby) a 31-50 let (4 osoby). Jeden respondent byl ve věku 51-více let.

Tabulka č.3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů
ZŠ	4
SŠ bez maturity	3
SŠ s maturitou	1
VOŠ	0
VŠ	0

U nejvyššího dosaženého vzdělání převládá ZŠ (4 osoby), dále jsou zastoupeny SŠ bez maturity (3 osoby) a SŠ s maturitou (1 osoba).

Tabulka č.4 – Stanovená diagnóza

Stanovená diagnóza	Počet respondentů
F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických	0
F10-F19 Poruchy duševní a poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek	0
F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	7
F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)	2 (v jednom případě společně se schizofrenií)
F40-F49 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy	0
F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých	0

Jako nejčastější diagnóza byla uvedena schizofrenie (7 osob), dále byla označena diagnóza z okruhu afektivních poruch (2 osoby, v jednom případě společně se schizofrenií).

Tabulka č.5 – Komunitní služba využívaná klientem

Komunitní služba, kterou respondent v organizaci využívá	Počet respondentů
Centrum denních aktivit	8
Chráněné bydlení	1
Poradenství (sociální a právní poradna, sociální rehabilitace_ asertivní tým)	6
Pracovní rehabilitace (přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání, tréninkový obchod, tréninková resocializační kavárna)	0

Všichni respondenti navštěvují službu centra denních aktivit (8 osob), zároveň někteří z nich využívají poradenství (6 osob), dále je zastoupeno v dotazníku chráněné bydlení (1 osoba).

6.2.3 Sociální pracovníci z organizace Bona

Respondenty z kategorie sociálních pracovníků z Bony tvoří 1 muž a 3 ženy. Všichni zúčastnění pracují ve službě chráněného bydlení.

Tabulka č.1 - Pohlaví

Pohlaví	Počet respondentů
MUŽ	1
ŽENA	3

Průzkumu se zúčastnili 4 respondenti, 1 muž a 3 ženy.

Tabulka č.2 – Věk

Věk	Počet respondentů
18 – 30	2
31 – 50	2
51 – více	0

Ve věkové struktuře byli zastoupeni respondenti ve věku 18–30 let (2 osoby) a 31-50 let (2 osoby).

Tabulka č.3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů
ZŠ	0
SŠ bez maturity	0
SŠ s maturitou	1
VOŠ	1
VŠ	2

U nejvyššího dosaženého vzdělání převládá VŠ (2 osoby), 1 osoba má VOŠ a v případě SŠ s maturitou respondent uvedl, že si nyní vzdělání doplňuje.

Tabulka č.4 – Zaměstnanec služby

Zaměstnanec služby	Počet respondentů
Chráněné bydlení	4
Podpora samostatného bydlení	0
Sociální rehabilitace (chráněné dílny)	0

Všichni 4 respondenti jsou zaměstnanci služby chráněné bydlení.

6.2.4 Sociální pracovníci z organizace Eset-Help

Respondenty z kategorie sociálních pracovníků z Eset-Helpu tvoří 4 ženy. Zúčastněné pracují ve službě centra denních aktivit nebo pracovní rehabilitace.

Tabulka č.1 - Pohlaví

Pohlaví	Počet respondentů
MUŽ	0
ŽENA	4

Průzkumu se zúčastnili 4 respondenti, pouze ženy.

Tabulka č.2 – Věk

Věk	Počet respondentů
18 - 30	3
31 - 50	1
51 - více	0

Ve věkové struktuře převládali respondenti ve věku 18–30 let (3 osoby), 1 osoba uvedla věkové rozmezí 31-50 let.

Tabulka č.3 – Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvyšší dosažené vzdělání	Počet respondentů
ZŠ	0
SŠ bez maturity	0
SŠ s maturitou	0
VOŠ	2
VŠ	2

U nejvyššího dosaženého vzdělání je zastoupeno VOŠ (2 osoby) a VŠ (2 osoby).

Tabulka č.4 – Zaměstnanec služby

Zaměstnanec služby	Počet respondentů
Centrum denních aktivit	2
Chráněné bydlení	0
Poradenství (sociální a právní poradna, sociální rehabilitace_ asertivní tým)	0
Pracovní rehabilitace (přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání, tréninkový obchod, tréninková resocializační kavárna)	2

V odpovědích respondentů byla ve 2 případech zastoupena služba centra denních aktivit a pracovní rehabilitace také dvakrát.

6.3 Metody výzkumu, popis výzkumné techniky

Pro svůj výzkum jsem si zvolila kvalitativní metodu focus group, která je založena na řízené diskusi a jejím cílem je prozkoumat postoje, názory zúčastněných osob. Tato metoda mi přijde vhodná vzhledem ke zvolenému tématu, neboť se domnívám, že při poslechu názorů, zkušeností druhých si mohou respondenti snáze uvědomit a spontánně vyjádřit své pocity, mínění, nápady. Mohou se navzájem doplňovat. Výzkumný problém bude díky této metodě nahlédnut z více úhlů pohledu a umožňuje získat nové poznatky a najít další problémy, které se k danému tématu váží.

6.3.1 Focus group

Ohniskové skupiny jsou metodou kvalitativního výzkumu, která shromažďuje údaje prostřednictvím skupinové interakce vzniklé v debatě na téma, které určí badatel. Jsou tedy vedeny badatelovým zájmem. Focus group umožňuje sledovat podobnosti a rozdílnosti v názorech a zkušenostech účastníků diskuse (Morgan, 2001).

Ohniskovou skupinu tvoří minimálně 4 účastníci. Takto dochází již ke vzniku základní skupinové interakce. Za optimální je považován počet 6 – 10 účastníků. Při takto velké skupině dostává každý účastník dostatečně velký prostor k vyjádření. Menší počet respondentů přináší větší potřebu účasti každého člena skupiny. S větším počtem

respondentů se zmenšuje prostor pro vyjádření každého z nich a zároveň může dojít k tendenci zrychlovat průběh diskuse (Miovský, 2006).

Focus group je vhodné nahrát na diktafon. Je tomu tak proto, že pro moderátora je náročné vést diskusi, sledovat, kdo zrovna mluví a zároveň provádět písemný záznam. Dalším důvodem pořízení audionahrávky je skutečnost, že výzkumníka zajímá nejen to, co lidé říkají, ale hlavně jakým způsobem o daném tématu hovoří (Morgan, 2001).

6.3.2 Provedení výzkumu focus group

Nejprve jsem se zkontaktovala s vedoucí pro oblast bydlení v Boně a vedoucí rehabilitace v Eset-Helpu, od nichž jsem získala souhlas s provedením průzkumu. Následně jsem napsala email sociálním pracovníkům obou organizací a požádala je o účast na diskusi a také o pomoc při získání respondentů z řad klientů. Přihlásilo se 7 klientů z Bony a 8 klientů z Eset-Helpu, 4 sociální pracovníci z Bony a 4 sociální pracovníce z Eset-Helpu. S každou skupinou respondentů jsem se sešla zvlášť. Průzkum jsem provedla ve čtyřech dnech během měsíce května. Diskuse s klienty a sociálními pracovníky Bony proběhly na chráněném bydlení „Vila Jitka“ na Praze 8, s klienty a sociálními pracovníky Eset-Helpu jsme se sešli v organizaci Eset-Help na Praze 4.

Na úvod jsem představila sebe, výzkum a jeho cíle, vysvětlila pojmy, se kterými se potom respondenti při průzkumu častěji setkávali (psychosociální síť a její pracoviště). Poté jsem požádala účastníky diskuse, aby se také představili. Dále jsem seznámila respondenty se základními pravidly diskuse dle Morgana, 2001. Především potřebu, aby hovořila vždy jedna osoba, aby se všichni zapojovali do diskuse, informaci o tom, že každý má právo říci svůj názor a zároveň právo odmítnout odpovědět, pokud je mu odpověď nepříjemná a zastavit, pokud již nechce pokračovat. Dozvěděli se, že záznam bude nahrán na diktafon, poslouží pouze mým výzkumným účelům a je zajištěna ochrana osobních údajů.

Dále jsem poskytla prostor pro dotazy a požádala o vyplnění krátkého dotazníku. Diskuse byla zahájena otázkou v případě klientů: „Na úvod se, prosím, zamyslete se nad tím, jaké instituce/jaká pracoviště/jaké služby v současné době využíváte.“ A v případě sociálních pracovníků: „Jakým způsobem má vaše pracoviště zpracování psychosociální sítě?“

Pro vedení diskuse jsem se rozhodla použít polostrukturovanou formu ohniskové skupiny. Uvedenou techniku jsem zvolila z toho důvodu, že jsem vnímala potřebu pevnější

struktury, abych naplnila své výzkumné cíle. Připravila jsem si proto předem otázky. Zároveň však nebylo nutné, aby zazněly v přesně stanoveném pořadí. Také jsem do diskuse dle potřeby vstupovala, kladla doplňující otázky.

Otázky pro klienty organizací a sociální pracovníky uvádím v příloze.

Všechny diskuse trvaly 1 – 1,15 hod. Po jejich skončení jsem účastníkům poděkovala a rozdělila drobnou odměnu.

6.4 Metody zpracování a analýza dat

Informace získané během diskusí jsem zpracovala kvalitativní metodou, interpretativní obsahovou analýzou. Tato analýza vypovídá nejen o manifestním, výslovně vyjádřeném obsahu, ale zkoumá i implicitní, nepřímo vyjádřené obsahy (Miovský, 2006).

Nejprve jsem převedla nahrávky diskusí do písemné podoby. Záznam jsem přepsala doslovně, neboť jsem si tak lépe vybavila prostředí a průběh diskusí.

Dále jsem provedla kódování, tedy text relevantní k otázkám jsem přiřazovala do jednotlivých kategorií. Následně jsem popsala a interpretovala jednotlivé kategorie.

Při analýze skupinové diskuse jsem nejprve zpracovala odpovědi na otázky, které jsem pokládala respondentům, a pak jsem vypracovala výsledky analýzy, kde již zpracovávám výzkumné otázky.

Z diskuse jsem vytáhla informace, na kterých se respondenti shodli, nebo které zmínili jednotlivci a vnímala jsem, že na ně kladou důraz a jsou pro ně důležité.

V interpretaci výzkumu uvádím citace, abych vtáhla čtenáře do děje a lépe přiblížila atmosféru skupiny.

Nejprve rozeberu diskusi s klienty Bony a Eset-Helpu, poté s pracovníky Bony a Eset-Helpu.

6.5 Výsledky analýzy

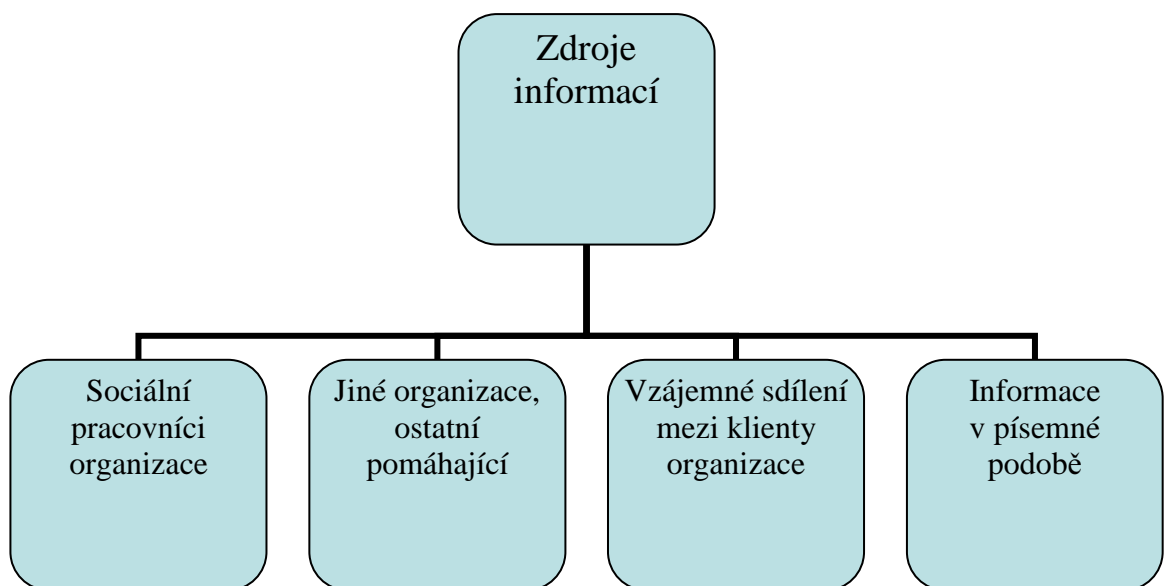
V této části shrnu výsledky analýz jednotlivých skupin respondentů podle výzkumných otázek:

- Jaké mají klienti zdroje informací o pracovištích psychosociální sítě?
- Jaké bariéry omezují klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě?

- Jak současná nabídka pracovišť psychosociální sítě uspokojuje potřeby klientů, v jakých oblastech vnímají klienti dostatek podpory a naplnění svých potřeb a kde naopak pomoc postrádají?

6.5.1 Osoby s dlouhodobým duševním onemocněním z organizace Bona

1) Zdroje informací o pracovištích psychosociální sítě:



Obr. č. 1 – Zdroje informací_klienti Bony

Informace od sociálních pracovníků organizace

Všichni respondenti se shodli na tom, že získávají informace od sociálních pracovníků, konkrétně od terapeutů v Boně:

MUŽ A.: „Přes sociální pracovníci ještě v psychiatrické léčebně. O chráněném bydlení jsem se dozvěděl taky od sociální pracovnice.“

ŽENA D.: „No my se dozvídáme informace hlavně od terapeuta.“

ŽENA A.: „My se poradíme s terapeutkou Jiřinkou, a když třeba je to psychického rázu, jsme nemocný, tak nás odvede k doktorovi, nebo jdeme na hlavní příjem.“

Informace z jiných organizací, od ostatních pomáhajících

Klienti čerpají informace i v dalších organizacích, které navštěvují. Hovořili o Domu u Libuše od Fokusu, programu Mosty od Fokusu, podpoře nezávislého bydlení od Baobabu a Dobroduši – službě následné péče od Diakonie českobratrské církve evangelické.

ŽENA D: *„a jinak ještě využívám služeb Dobroduše. Chodí za mnou dobrovolník.“*

Vzájemné sdílení informací mezi klienty organizace

Při diskusi zazněla také zmínka o sdílení informací klientů mezi sebou. Na to reagovali souhlasem a shodli se na tom, že na bydlení panuje otevřená atmosféra a je zde otevřen prostor pro různá témata a sdílení.

ŽENA E.: *„Je tady přátelský kolektiv.“*

ŽENA B.: *„Je tu dobřej kolektiv.“*

ŽENA C.: *„A jsme tu dobrá parta, pomáháme si, fajn terapeuti.“*

Informace v písemné podobě (letáčky, brožurky apod.)

Jako další zdroj informací klienti uvádějí nástěnky, kde terapeuti chráněných bydlení vyvěšují klientům letáky s informacemi a různé brožurky.

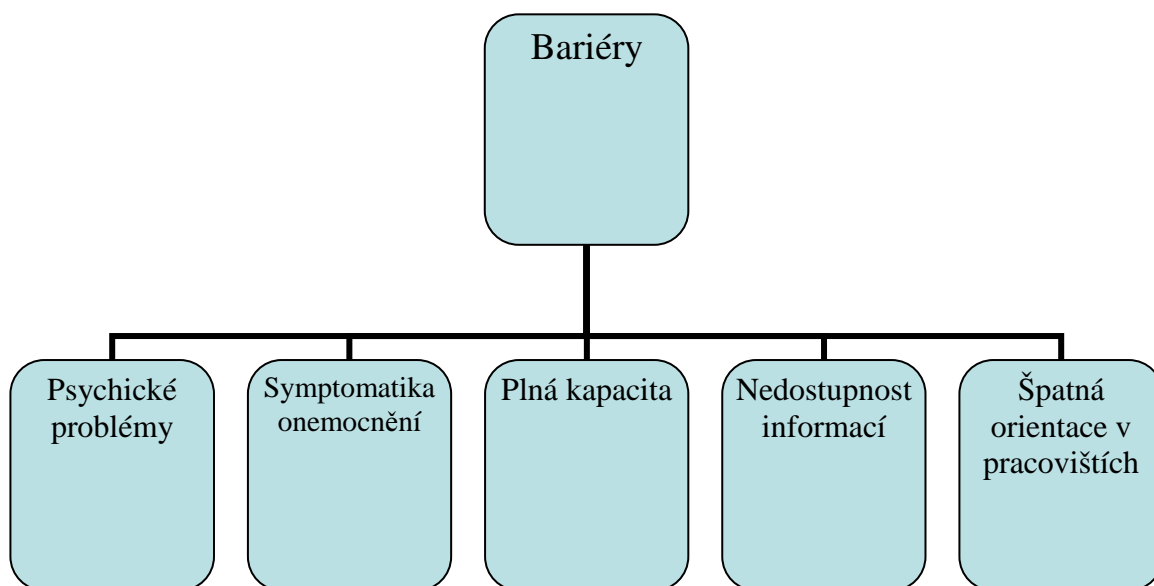
ŽENA B.: *„My teda máme vždycky na nástěnce, když něco přijde, nebo nám terapeut řekne...“*

Jedna klientka umí na počítači a pracuje s internetem, který však používá na psaní emailů a vyhledávání nabídek práce. Ostatní s internetem neumí pracovat a žádají vždy terapeuta o pomoc při vyhledávání:

ŽENA C.: *„Nám vyhledává terapeut na „200“.“*

ŽENA D.: *„No já taky řeknu paní terapeutce, když něco potřebuju, třeba na mapu se podívat, tak mně to ukáže na tom internetu, kde jsou ti lékaři.“*

2) Bariéry omezující klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě:



Obr. č. 2 – Bariéry_klienti Bony

Psychické problémy

Klienti mezi bariéry uvedli psychické problémy týkající se strachu ze selhání v nové situaci, obavy z časové náročnosti, která po ně bude nezvladatelná:

ŽENA B: „*No, třeba já jsem chtěla tady nastoupit do té sklářské dílny, jak je dole na ty čtyři hodiny, a pak jsem se na to necejtila. Že bych to nezvládla.*“

Symptomatika onemocnění

Dále byla zmíněna bariéra vyplývající ze symptomatiky onemocnění, která klientce brání cestovat samotné, bez doprovodu jiné osoby, navíc ji omezuje i ke vstupu do prostředků městské hromadné dopravy.

ŽENA D: „*Je to možný, že mě agorafobie blokuje. Můžu cestovat po Praze autem. Nesmím na dlouhý vzdálenosti, mám tendence z toho auta vystupovat.*“

Plná kapacita, dlouhá čekací doba

Dlouhá čekací doba je podle klientů dalším problémem, který zabraňuje ve využití pracoviště. ŽENA E: „*No tak třeba člověk čeká dlouho na domov důchodců, a tak.*“

Nedostupnost informací

Dále byla zmíněna nedostatečnost v přísunu informací.

ŽENA B: „*My teda máme vždycky na nástěnce, když něco přijde, nebo nám terapeut řekne a jinak jako z dalších nějakých pramenů tak jedině na internetu, ale to musíte vědět cíleně,*

co chcete. Takže si myslím, že spíš problém je v tom, že se k nám nedostane teda dost informací, než že by ty služby nebyly.“

Špatná orientace v pracovištích

V diskusi se objevil problém, kdy klientka chtěla využít pracoviště psychosociální sítě, konkrétně službu krizové intervence, ovšem spletla si pracoviště (adresu) a dostavila se na jiné místo.

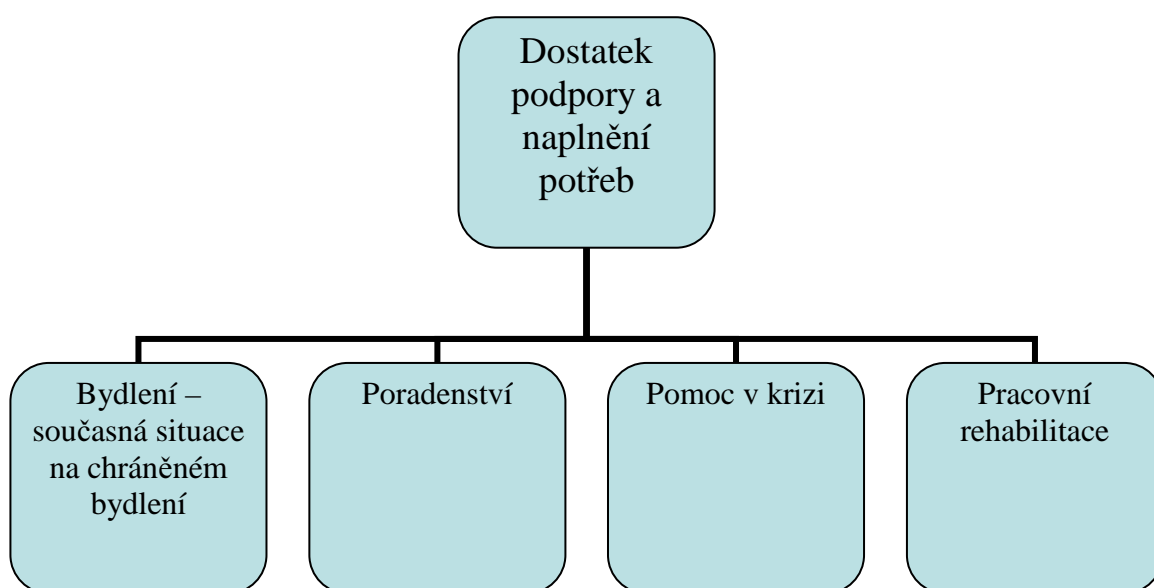
ŽENA C: „Já jsem si vždycky přála dostat se na tu krizi, nikdy se mi to nepodařilo, vždycky jsem se dostala do Bohnic a tam jsem zkejsla hrozně dlouho. Šla jsem na centrální příjem.“

* blíže se tímto problémem zabývám v části věnované diskusi dosažených výsledků

3) Potřeby klientů a jejich naplnění vzhledem k nabídce pracovišť

psychosociální sítě:

V tomto případě jsem si stanovila výzkumný cíl zjistit, jak současná nabídka pracovišť psychosociální sítě uspokojuje potřeby klientů, v jakých oblastech vnímají klienti dostatek podpory a naplnění svých potřeb a kde naopak pomoc postrádají. V této souvislosti uvádím oblasti zmíněné klienty, které považují za důležité. Proto vytvořím diagramy dva, v prvním uvedu, v jakých oblastech klienti vnímají uspokojení svých potřeb a ve druhém, kde je pomoc nedostačující.



Obr. č. 3 – Dostatek podpory a naplnění potřeb_klienti Bony

Oblast bydlení – současná situace na chráněném bydlení

Klienti v diskusi vyjadřovali velkou spokojenost se současným pobytem na chráněném bydlení.

ŽENA A: „*Mně se líbí tady na bydlení.*“

ŽENA E.: „*Je tady přátelský kolektiv.*“

Jako pozitivní hodnotí zázemí, dobrý kolektiv, sociální pracovníky, kteří jsou jim oporou. Někteří zmiňovali také dobrou materiální úroveň bydlení, útulné prostředí.

Z výpovědí je znát, že jim bydlení poskytuje jistotu a bezpečí.

Poradenství

Dále jsem zaznamenala jako oblast, kde klienti vnímají naplnění svých potřeb, poradenství. Problémy sociálního i právního charakteru řeší primárně s terapeuti, kteří jim v této oblasti poskytují značnou podporu. Poskytují klientům i doprovody.

ŽENA B: „*Tady Jiřinka mi pomáhá s tím vyběháváním příspěvku na péči, byla tam i se mnou. Nejdřív mi zamítli, pak jsme se odvolaly, pak jsme šly na komisi, takže byla strašně hodná, že šla se mnou. Šla se mnou i dovnitř k té komisi, takže paráda, že mi to přiznali.*“

Sociální tematiku s klienty řeší také referent z oddělení sociální péče Úřadu městské části Prahy 8.

MUŽ A: „*Za mnou byl na třináctce, ještě když jsem tam byl. Na třináctce mě testoval, jestli jsem schopnej na tohleto chráněný bydlení. Je z Kobylis a dělá tam všeznalce přes tuhleto sociální problematiku. To sám chodil na třináctku k těm pacientům, který tam byli jako já, asi dva roky.*“

Pomoc v krizi, krizová intervence

Pomoc v krizi zařazují také na seznam oblastí, kde klienti vnímají dostatečné naplnění svých potřeb. V případě psychické nepohody se obrací opět k terapeutům. Někdy jim postačí ke zlepšení situace rozhovor s terapeutem, v případě zhoršení je může terapeut doprovodit do Centra krizové intervence v Bohnicích.

S krizovou intervencí tváří v tvář má zkušenost jedna klientka, ostatní buď znají, ale službu nevyužili, nebo chtěli využít, ale nevěděli, kde se nachází.

ŽENA: „*Já třeba jsem šla na tu krizovou intervenci v Bohnicích a voni mi píchli nějakou injekci a dali nějaký prášky, a pak jsem tam ležela.*“

Někteří znají i telefonickou krizovou intervenci, konkrétně byla zmíněna Linka seniorů, ale nikdo zatím přímou zkušenost nemá.

Zmínila jsem mobilní krizovou službu, tu klienti neznali.

Pracovní rehabilitace

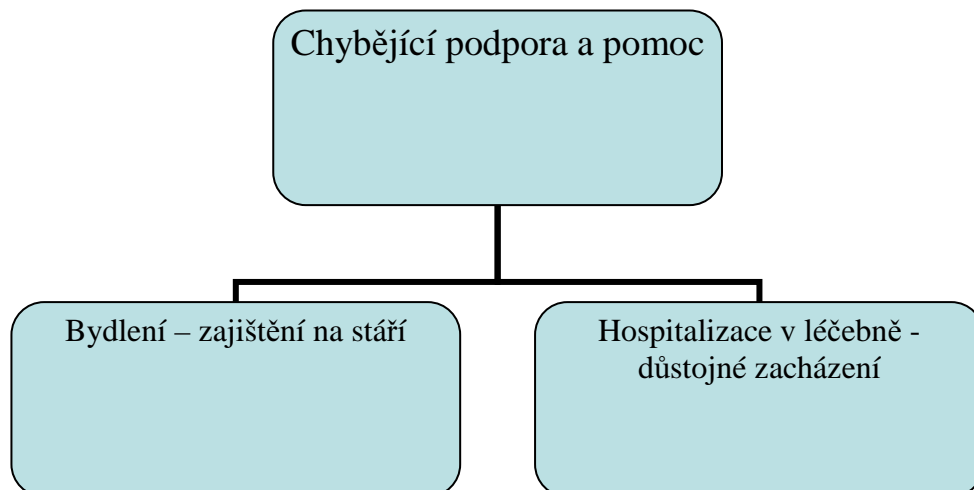
Práce v chráněných dílnách byla v diskusi často zmiňována a kladně hodnocena, proto oblast pracovní rehabilitace uvádím mezi ty, kde klienti cítí naplnění svých potřeb.

MUŽ B.: „Pracovní rehabilitace. V technických službách tady. Co je na tom dobrýho? Jednak že tam člověk zabije čas jako celkově, že se nenudí a špatný, že se unaví brzo.“

Zároveň však byl v diskusi zmíněn stálý problém se zaměstnáváním osob s dlouhodobým duševním onemocněním. V případě, že uchazeč pobírá invalidní důchod a na dotaz zaměstnavatele uvede svou diagnózu, bývá dle zkušeností klientů odmítnut.

ŽENA A: „Oni řekli, my vám zavoláme, ale prostě mě nechtěli.“

Jelikož však tématem mého průzkumu jsou pracoviště psychosociální sítě, toto téma uvádím pouze okrajově.



Obr. č. 4 – Chybějící podpora a pomoc_klienti Bony

Bydlení – zajištění na stáří

Po položení této otázky se otevřela diskuse na téma domovy důchodců pro osoby s duševním onemocněním v Praze. Klienti toto téma vnímají jako palčivé, vzhledem k jejich věkovému složení pro některé hodně aktuální (3 respondenty tvoří osoby nad 51 let věku). Pro osoby s duševním onemocněním jsou určeny domovy se zvláštním režimem, které však v Praze nejsou. Nachází se v Terezíně a v Krásné Lípě. Klienti, pro které je toto téma aktuální, vyjádřili obavy z toho, že by se měli přestěhovat z Prahy, kde dlouhá léta žili, do cizího neznámého prostředí. Na některé působí Terezín negativně v souvislosti s neblahou historií tohoto místa.

MUŽ: „*Já se právě toho bojím, jsem starší, bude mi šedesát... To je bývalý ghetto ten Terežín a ta Krásná Lípa, tak známí povídali, že si tam berou skoro celý důchod a nemůžou si ani koupit jídlo, že tam maj málo.*“

Hospitalizace v léčebně – důstojné zacházení

V diskusi se objevovaly negativní zkušenosti s Psychiatrickou léčebnou v Bohnicích, proto jsem je zařadila do oblasti chybějící podpory a pomoci. Vnímám tu jako problém právě nedostačující podporu ze strany personálu, která je v procesu úzdravy pro pacienty hodně důležitá.

ŽENA B.: „*Ke mně se nechovaly dobře sestřičky na 21.*“

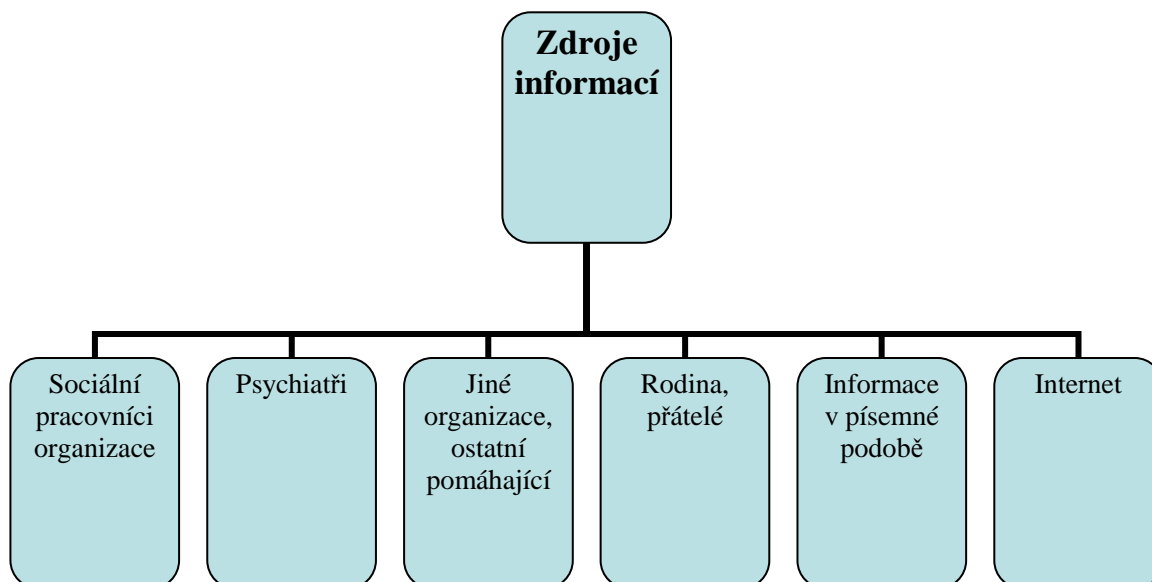
ŽENA A.: „*Taky to tak mám. Byla jsem tam a taky se mi tam nelíbilo.*“

ŽENA B.: „*Trošku šikana, malinko. Takový opovrhování.*“

ŽENA C.: „*Asi jak kde.*“

6.5.2 Osoby s dlouhodobým duševním z organizace Eset-Help

1) Zdroje informací o pracovištích psychosociální sítě:



Obr. č. 5 – Zdroje informací_klienti Eset-Helpu

Informace od sociálních pracovníků organizace

Hlavní zdroj informací získávají klienti Eset-Helpu od sociálních pracovníků. Klienti chodí za sociálními pracovníky, když potřebují s něčím pomoci a taky sociální pracovníci sami klienty informují o různých možnostech, přináší jim aktuální informace.

ŽENA C: „*Já většinou se obracím, když se svěřuju, nebo tak, třeba Aničce, nebo Janě. A Anička a Jana nám tady dávaj různý létáky, takže o tom máme přehled.*“

Informace od psychiatrů

Klienti hovořili o tom, že získávají informace také od svých psychiatrů.

ŽENA A: „*Já možná ještě přes paní psychiatricku, prostě se s ní poradím, nebo mi něco poradí ona sama.*“

Informace z jiných organizací, od ostatních pomáhajících

Tento zdroj informací zahrnuje další organizace, které klienti navštěvují. Konkrétně klienti hovořili o zkušenostech s chráněnou dílnou od Fokusu, kurzu Student od Baobabu, službou terénní psychiatrické sestry od kliniky Eset a skupinové terapii na klinice Eset.

MUŽ B.: „*Pak existuje ještě terénní sestra. S tou mám zkušenosti. Jednou za čas se objeví...*“

Rodina, přátelé

Rodina a přátelé představují pro některé klienty další významné zdroje informací a pomoci.

Informace v písemné podobě (letáčky, brožurky, apod.)

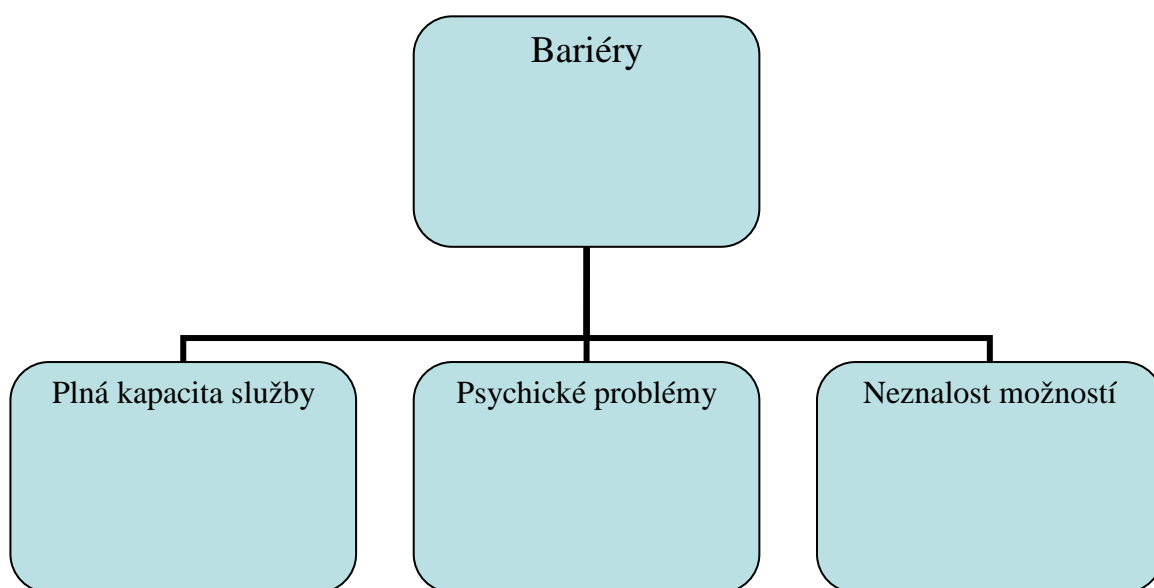
Další informace klienti nalézají na nástěnkách, kam sociální pracovníci vyvěšují různé letáčky, kontakty, aktuální informace. Dále mohou informace nalézt v různých brožurkách.

Internet

Zdrojem informací pro některé klienty je také internet.

ŽENA B: „*Tak já sháním organizace buď přes internet, nebo přes to, co visí u doktorky obvodní psychiatricky na stěně.*“

2) Bariéry omezující klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě:



Obr. č. 6 – Bariéry_klienti Eset-Helpu

Plná kapacita služby

Jako další bariéra byla zmíněna plná kapacita služeb, skutečnost, že člověk musí na některé služby dlouho čekat. Toto bylo v diskusi zmíněno v souvislosti se službami bydlení a zaměstnání v Eset-Helpu.

Psychické problémy

Někteří klienti vnímají u sebe psychické problémy, které je blokují. Zmiňují obavy, které pociťují, když mají přijít do nového prostředí, pro ně zatím neznámého. Také se někdy obávají kontaktu s novými lidmi.

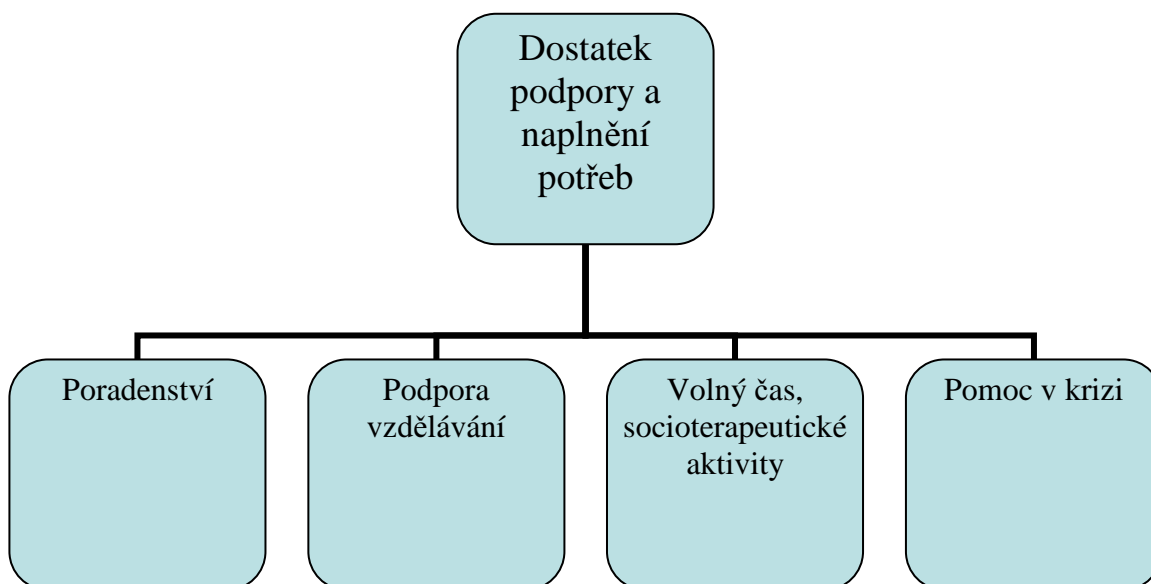
ŽENA A: „Poprvé jsem se bála, když jsem měla přijít sem, ale terapeutky mi pomohly a já jsem to překonala.“

Neznalost možností

Někteří klienti říkají, že by třeba využili služeb nějakého pracoviště, ale neví, že nějaké takové zaměřené na jejich problém existuje. Do té doby, než s tím někdo přijde, je třeba ani nenapadne danou situaci řešit.

Více nápadů k tomuto tématu klienti neposkytli. Je možné, že otázce neporozuměli, nenapadla je žádná jiná možnost atd.

3) Potřeby klientů a jejich naplnění vzhledem k nabídce pracovišť psychosociální sítě:



Obr. č. 7 – Dostatek podpory a naplnění potřeb_klienti Eset-Helpu

Poradenství

Z diskuse mi vyplynulo, že poradenství je jednou z oblastí, kde klienti vnímají dostatek podpory a naplnění svých potřeb. Hodně klientů zmínilo, že využívají služeb sociální poradny. Mají možnost také konzultovat se sociálními pracovníci z Centra denních aktivit.

Při diskusi nad dobrými zkušenostmi se ozývala ocenění směřovaná právě k pracovníkům sociální poradny.

ŽENA E: „Já mám dobrou zkušenost s paní Pěčovou v sociální poradně. Ta mi hrozně moc pomohla. Já jsem původně nechtěla mít invalidní důchod, říkala jsem si, že to zvládnu, že zvládnu pracovat, ale zjistila jsem po nějaké době, že to nejde, tak mě rodiče přemluvili, ať si ten invalidní důchod nechám vystavit. Vystavili, ale jenom tři tisíce měsíčně. Tak mi poradila paní Pěčová, ať se odvolám, tak jsme se odvolali a měly jsme vlastně pravdu. Oni mi ho zvýšili na osm tisíc. Takže jí moc děkuju za to.“

Podpora vzdělávání

Někteří klienti hovořili o svých pozitivních zkušenostech v oblasti podpory vzdělávání. Konkrétně oceňovali program Student pořádaný občanským sdružením Baobab.

Volný čas, socioterapeutické aktivity

Nabídka volnočasových aktivit se klientům jeví jako uspokojivá. Kromě služeb Centra denních aktivit mnozí jezdí na výlety, které pořádá občanské sdružení Baobab. Eset-Help pořádá resocializační vícedenní pobyty, kterých se také někteří klienti účastní. V této oblasti vnímám naplnění potřeb klientů.

Pomoc v krizi

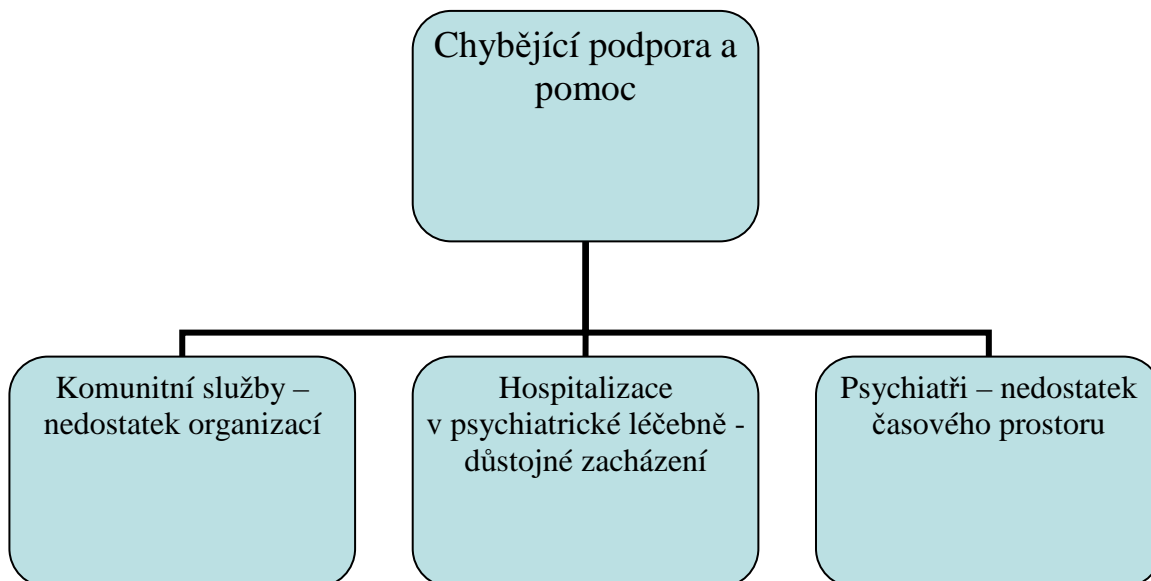
Tématu krizové intervence jsme se také v diskusi s klienty věnovali a jelikož někteří měli zkušenosti a hodnotí tuto oblast pozitivně, uvádím je zde také.

Byla zmíněna zkušenost s krizovou intervencí tváří v tvář v Riapsu a také s telefonickou krizovou intervencí od Prosazu.

MUŽ C: „Já volám na bezplatnou linku důvěry Prosaz. Volám třeba půl hodiny. Pomáhá mi to, že se můžu jako s někým kontaktovat. Jsem třeba sám doma, tak tam zavolám a povídám si s nima.“

Dále byla klienty Eset-Helpu zmíněna pomoc díky programu ITAREPS. Tento program je zaměřený na rozpoznání varovných příznaků relapsu psychotického onemocnění. Slouží k rychlejší komunikaci mezi pacientem a psychiatrem. Pacient vyplní dotazník přes mobil, počítač vyhodnotí zdravotní stav a lékař dostane na email informaci o stavu svého pacienta. Díky tomuto programu by mohlo dojít k předcházení hospitalizace včasnou intervencí lékaře (Itareps).

ŽENA B: „Mělo by to předcházet tomu, abych musela jít na hospitalizaci. Dostane to do rukou jenom ten doktor. Je to proto, aby se předešlo tomu, abych se musela hospitalizovat“.



Obr. č. 8 – Chybějící podpora a pomoc_klienti Eset-Helpu

Komunitní služby – nedostatek organizací

Diskutovaným tématem byla problematika nedostatku organizací poskytujících komunitní služby pro osoby duševně nemocné, v jednotlivých správních obvodech Prahy. Respondenti vnímají nabídku komunitních, svépomocných aktivit jako nedostatečnou. Přejde jim důležité, aby každá městská část měla alespoň jedno občanské sdružení.

MUŽ A: *„V podstatě sociální politika našeho státu moc neumožňuje vznik nových zařízení, to se musí dotovat, psát granty a v podstatě jako ta nabídka Praha je už ucpaná. Ale vím, že třeba Karlovarské kraj je na tom třeba ještě hůř.“*

Hospitalizace v psychiatrické léčebně – důstojné zacházení

Toto téma otevřelo diskusi, když jsem klientům položila otázku, jaké negativní zkušenosti získali. Vzhledem k tomu, že diskuse o léčebně vzbuzovala v klientech silné emoce, zařazuji toto téma do oblasti chybějící podpory a pomoci.

ŽENA C: *„Já má spíš špatný zkušenosti s Bohnicema, hrozný poměry někdy a přijde mi to takový moc velký, no prostě nemám s tím dobrý zkušenosti, jsou tam ty doktoři a sestřičky zlý.“*

ŽENA B: *„Můžu se k tomu přidat, na tý dvojce, co sem byla, tam...“*

ŽENA D: *„Na dvojce sem byla taky...“*

ŽENA B.: *„...tam jsou dost vulgární ty sestry prostě i ty sanitáři. Vopravdu to je šílený.“*

A jedna z klientek doplňuje, jak by se jí situace zamlouvala více:

ŽENA C: „Já bych třeba byla radši, kdyby místo Bohnic, obrovského areálu, byly po Praze víc třeba těch léčeben, ale jako víc jako různě po Praze. A menší. Menší, prostě míň lidí tam, že by to bylo lepší.“

Důstojné zacházení potřebují všichni lidé. V procesu údravy je toto téma ještě aktuálnější, neboť lidé v akutní fázi nemoci jsou ještě více zranitelnější a citlivější na všechny negativní projevy přicházející od druhých.

Psychiatři – nedostatek časového prostoru

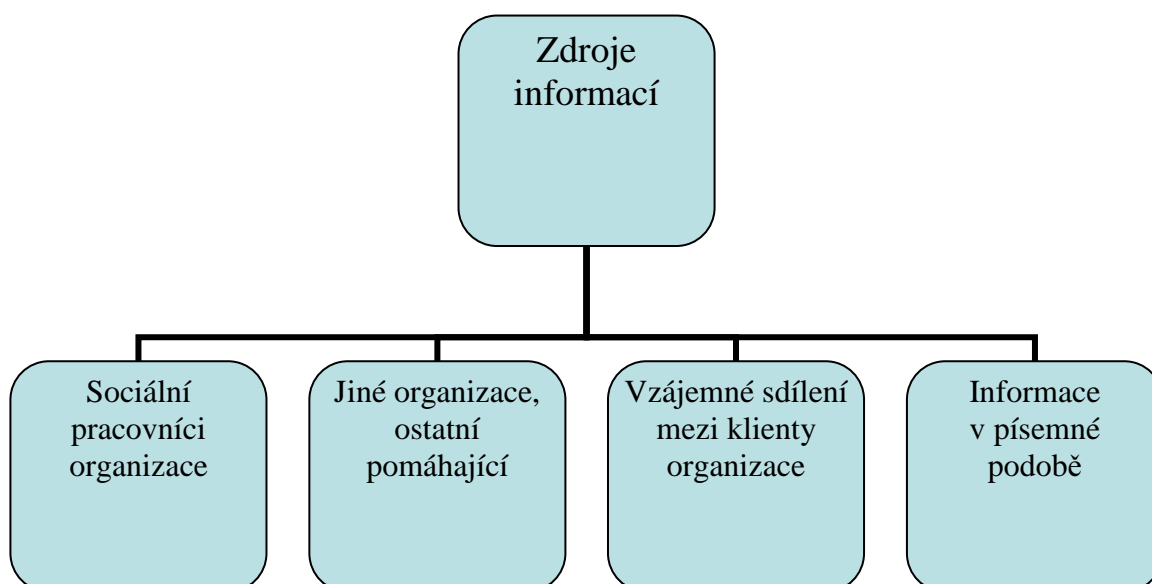
Další téma se týkalo časového prostoru, který poskytují psychiatři/sociální pracovníci svým pacientům/klientům. Ukázalo se, že někteří respondenti vnímají čas, který jim věnuje psychiatr při návštěvě v ordinaci, jako nedostačující. Potřebovali by pohovořit o svých problémech a získat více pozornosti a zájmu o svou osobu.

Co se týče kontaktu se sociálními pracovníky, o tom hovořila pouze jedna klientka. Vyjádřila potřebu efektivnější komunikace mezi pracovníky a klienty, nejlépe formou kratších, ale častějších schůzek.

ŽENA C: „Já bych řekla, že by se mělo víc komunikovat mezi terapeutama a pacientama. Řešit víc problémy asi. Častěji a takovým stylem, aby se opravdu něco vyřešilo. Neříkám ale, že je to tady špatný.“

6.5.3 Sociální pracovníci z organizace Bona

1) Zdroje informací o pracovištích psychosociální sítě z pohledu pracovníků:



Obr. č. 9 – Zdroje informací_sociální pracovníci Bony

Informace od sociálních pracovníků organizace

Sociální pracovníci se shodují, že se klienti v první řadě obrací na ně. Aktuální informace pracovníci probírají s klienty na dopoledních komunitách.

Informace z jiných organizací, od ostatních pomáhajících

Jelikož klienti využívají i služeb jiných organizací, zdroje informací získávají i tam. Respondenti zmínili služby case managerů z občanského sdružení Fokus, služby dobrovolníků z programu Dobroduši – služby následné péče od Diakonie českobratrské církve evangelické a další.

Vzájemné sdílení mezi klienty organizace

Sociální pracovníci podporují své klienty ve vzájemném sdílení informací mezi sebou.

Vzájemné sdílení mezi klienty organizace podle nich funguje.

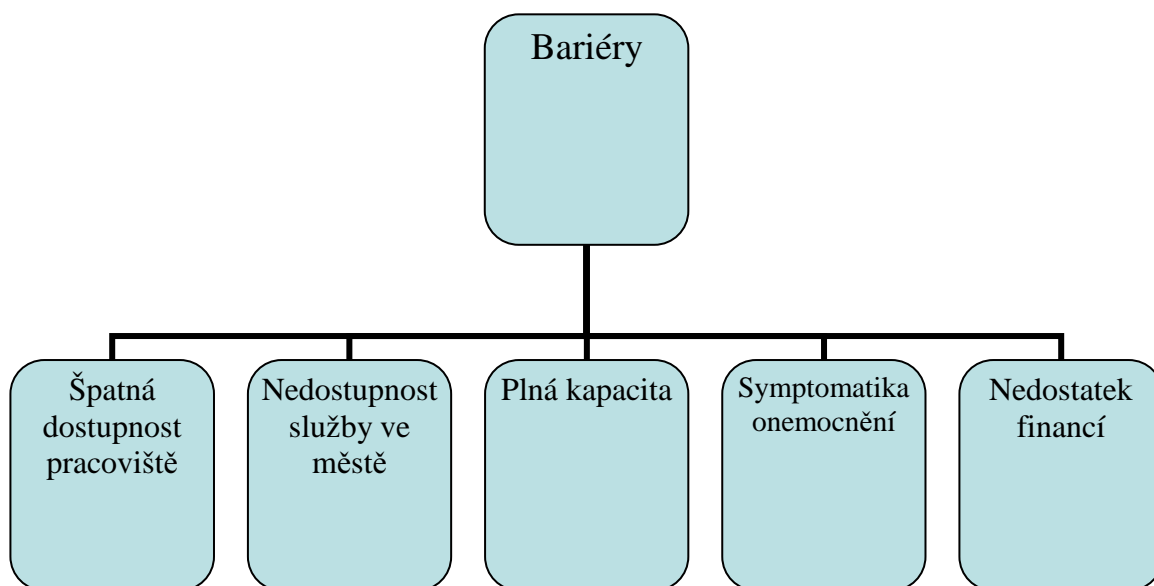
ŽENA A: „Co já jsem si všimla, tak většinou se třeba informují o doktorech, kterej doktor je dobrej a tak, případně o psychologích, že jim třeba pomohl, a tak.“

ŽENA B: „Já jsem se setkala s prací a ještě s lékařskou posudkovou komisí, když maj chodit ty kontroly, což jakoby jsou všichni na tom většinou stejně, to vopravdu hodně řešej. A ještě co řešej je, když maj od nějaký lékařský posudkový komise to omezení, tak jestli si můžou vydělat, do jaký výše, kolik hodin, tak to taky hodně sdílej, protože to je takový stěžejní.“

Informace v písemné podobě (letáčky, brožurky apod.)

Sociální pracovnice klientům vyvěšují na nástěnky různé letáčky, kontakty, aktuální informace.

2) Bariéry omezující klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě:



Obr. č. 10 – Bariéry_sociální pracovníci Bony

Špatná dostupnost pracoviště

Někdy může cesta na pracoviště trvat dlouho, a to klienta odradí. Jedna pracovníce v této souvislosti zmiňuje zkušenost, kdy na dřívějším chráněném bydlení ve Strašnicích klienti odmítali hospitalizaci při zhoršení stavu (odmítali jet do Bohnic) a často musely být přivolávány sanitky. Docházelo tak k nedobrovolným hospitalizacím.

ŽENA A: „Ze statistiky tam bylo nejvíc nedobrovolných hospitalizací. Protože tady klient, když třeba mu není dobře, a už je to fakt na tu hospitalizaci, tak jde do té léčebny ve většině případů jako dobrovolně třeba s náma jako s dobrovodem, že prostě tam dojde. Ale v těch Strašnicích zase to bylo nevýhodné v tom, že oni odmítali jet v tomhle stavu na mhd a tak, takže tam se přivolávaly sanitky.“

Nedostupnost služby ve městě

Další problém může být v nedostupnosti služby ve městě. Tuto bariéru zmiňuji v souvislosti s konkrétně diskutovaným problémem domovů se zvláštním určením, které se na území Prahy nenachází. Pod pražský magistrát spadají dva z celkových čtyř domovů se zvláštním určením v ČR. Tyto se nachází v Tereziňě a Krásné Lípě. Pro klienty, kteří mají psychiatrickou diagnózu a zároveň jsou již v důchodovém věku, od letošního roku není možné přijetí do domova důchodců v Praze. Pokud se zdravotní stav člověka zhorší natolik, že již není schopen se o sebe postarat sám, pak přechází do léčebny, nebo má možnost jít právě do domova se zvláštním určením.

ŽENA B: „Máme všechny klienty s trvalým bydlištěm v Praze, to je naše cílová skupina. Tím, že oni jsou tady narození, mají tady veškeré svoje kontakty, rodinu, tak z Prahy nechtějí většinou a další věc – mají Terezín spojen s koncentrákem. A taky to berou jako definitivní. Půjdeš někam dožít.“

MUŽ: „Taky je to vnímáno jako ústav sociální péče.“

Plná kapacita

V diskusi byla zmíněna jako problém plná kapacita služby.

ŽENA C: „My máme v dílnách asi šedesát pracovních míst. A poradníky jsou třeba půlroční, roční.“

Symptomatika onemocnění

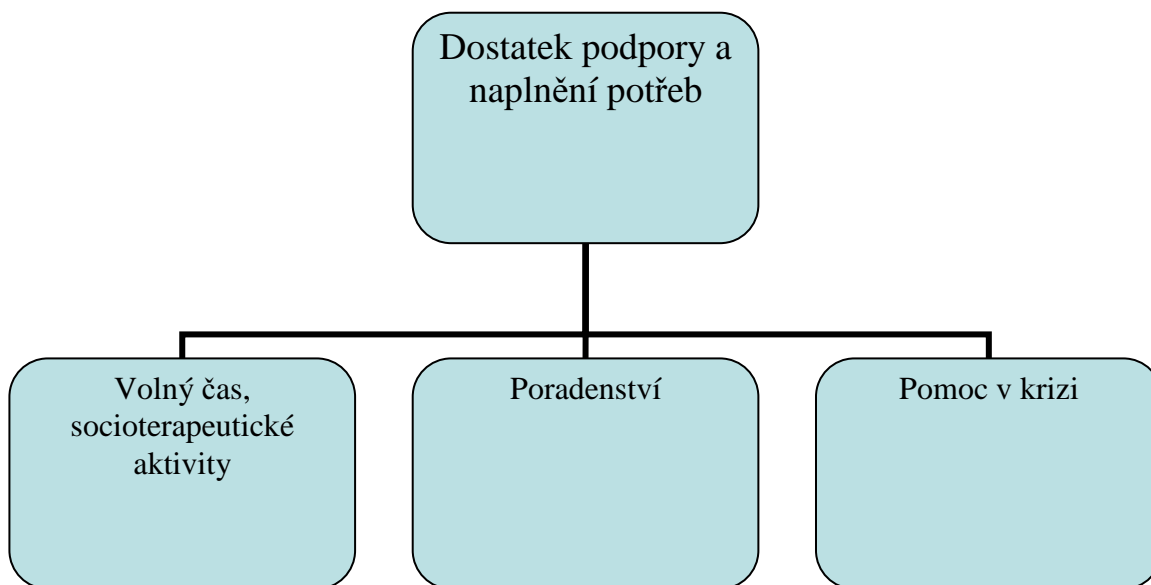
Symptomy onemocnění mohou být další bariérou, která klienty může ve využívání pracovišť psychosociální sítě blokovat. V této souvislosti pracovníci zmínili klientku trpící agorafobií, které její nemoc nedovoluje cestovat v prostředcích městské hromadné dopravy. Kontakt s prostředím jí pomáhá udržet dobrovolník, který za ní dochází a její bratr, který ji vozí autem.

Nedostatek financí

V souvislosti s touto problematikou byl zmíněn i nedostatek financí, který může klienty omezovat v přístupu ke službám poskytovaným za úhradu.

ŽENA A: „Ono dost záleží i na penězích, že třeba nemají peníze, tak nejdou na to cvičení, i když by třeba chtěli. A většinou i v těch neziskovkách (třeba v Baobabu) se platí. Pro ně je to prostě problém.“

3) Potřeby klientů a jejich naplnění vzhledem k nabídce pracovišť psychosociální sítě:



Obr. č. 11 – Dostatek podpory a naplnění potřeb_sociální pracovníci Bony

Volný čas, socioterapeutické aktivity

Nabídka volnočasových aktivit je dle názorů sociálních pracovníků v Praze pro klienty dostačující.

ŽENA B: „*Já si myslím, že volnočasové aktivity jakože stačí. Ten výběr jakoby je, a když chtějí, tak si vyberou.*“

Poradenství

Sociální pracovníci poskytují svým klientům sociální poradenství. Řeší s nimi rozličné problémy, také je doprovází na úřady, pomáhají jim vyřizovat různé záležitosti. Složitější právní záležitosti řeší přes organizaci Pro bono, jejíž služby hodnotí jako úspěšné.

Někteří klienti využívají také služeb case managera od Fokusu.

ŽENA C: „*Můžeme jim pomoci v oblasti zdravotnický, sociální, následného bydlení, nebo s nima prostě hledáme přes internet, takže je to fakt na základě zakázky toho klienta.*“

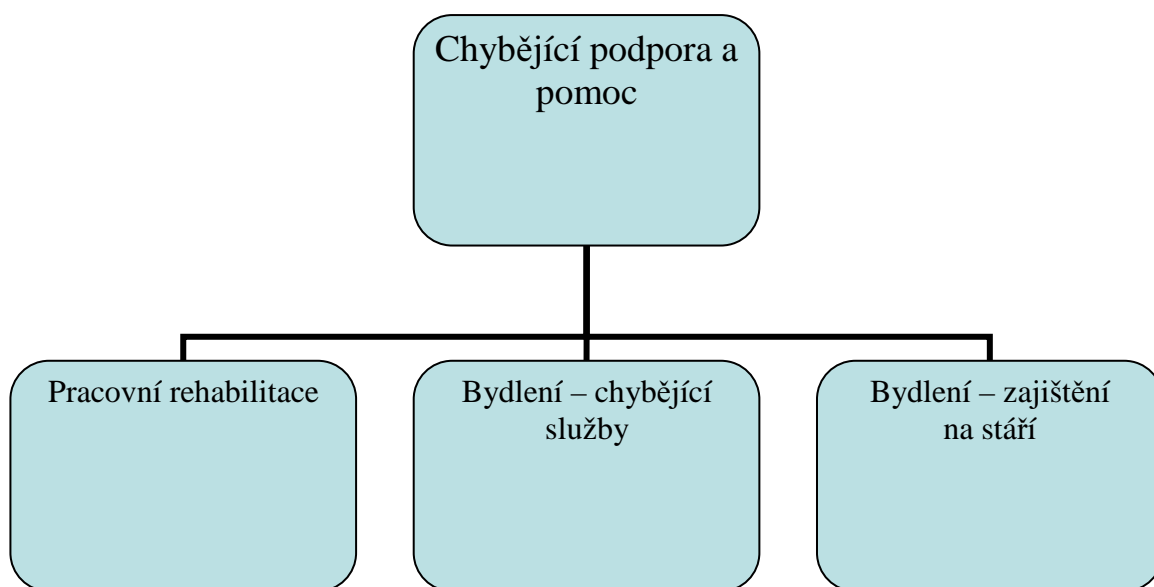
ŽENA A: „*Máme smlouvu jako organizace s organizací Pro bono, to jsou právníci zdarma, a v případě, že ten klient nemá dostatečné finanční zdroje, kterými by si mohl zaplatit vlastního právníka, tak je zastupuje tato organizace. A musím říct, že jsou fakt hodně úspěšní a kvalitní tito právníci. No a jinak dávky a tyto věci s nimi vyřizujeme my.*“

Pomoc v krizi

Pomoc v krizi vnímám dle diskuse s pracovníky na toto téma jako oblast, která klientům poskytuje naplnění jejich potřeb. Když se klienti necítí dobře, přichází si promluvit se sociálními pracovníky. V případě zhoršení zdravotního stavu postupují sociální pracovníci dle krizového plánu, který mají s každým klientem zpracovaný a zkouší různé možnosti. Také mohou klienty doprovodit do Centra krizové intervence.

MUŽ: „Klienti využívají Centrum krizové intervence. Někdy dojdou sami, většinou dojdou sami, nebo řeší krizi přes nás.“

ŽENA B: „Máme sestaven i krizový plán, tak zkusíme, dokud máme možnosti.“



Obr. č. 1 – Chybějící podpora a pomoc_sociální pracovníci Bony

Pracovní rehabilitace

Jako nedostačující vnímají sociální pracovníci oblast pracovní rehabilitace. Konkrétně vidí jako problém plnou kapacitu u chráněných dílen.

Bydlení – chybějící služby

V oblasti bydlení spatřují sociální pracovníci jako nedostatek chybějící službu mezi léčebnou a chráněným bydlením.

ŽENA C: „To je hroznej skok. Není tady vyloženě služba, kde by byly jak sociální, tak zdravotní služby. To prostě úplně chybí. Dovedu si představit, že by to byla sociální služba, ale byla by tam už zdravotnická péče.“

MUŽ: „Třeba nonstopová. Intenzivní, např. chráněné bydlení s ještě větší mírou podpory.“

Dále chybí sociální byty a chráněné byty. Na volném trhu bydlení se ceny za bydlení pohybují vysoko a dle zkušeností pracovníků klienti nemají tak vysoké finanční prostředky. Jedním z řešení této situace je společné bydlení více klientů dohromady, které se již také podařilo terapeutům úspěšně zrealizovat. A dle jejich zkušeností je to pro klienty i přínos, protože si mohou pomáhat navzájem.

ŽENA C: *„Tak i navzájem se trochu kontrolují, trochu se zvedají.“*

Bydlení – zajištění na stáří

Pro osoby s duševním onemocněním jsou určeny domovy se zvláštním režimem. V Praze se nenachází žádný z těchto domovů, pod pražský magistrát spadají domovy se zvláštním režimem v Terezíně a Krásné Lípě. Dříve přijímaly pražské domovy důchodců i žadatele s psychiatrickou diagnózou, od letošního roku však došlo ke změně a již to není možné.

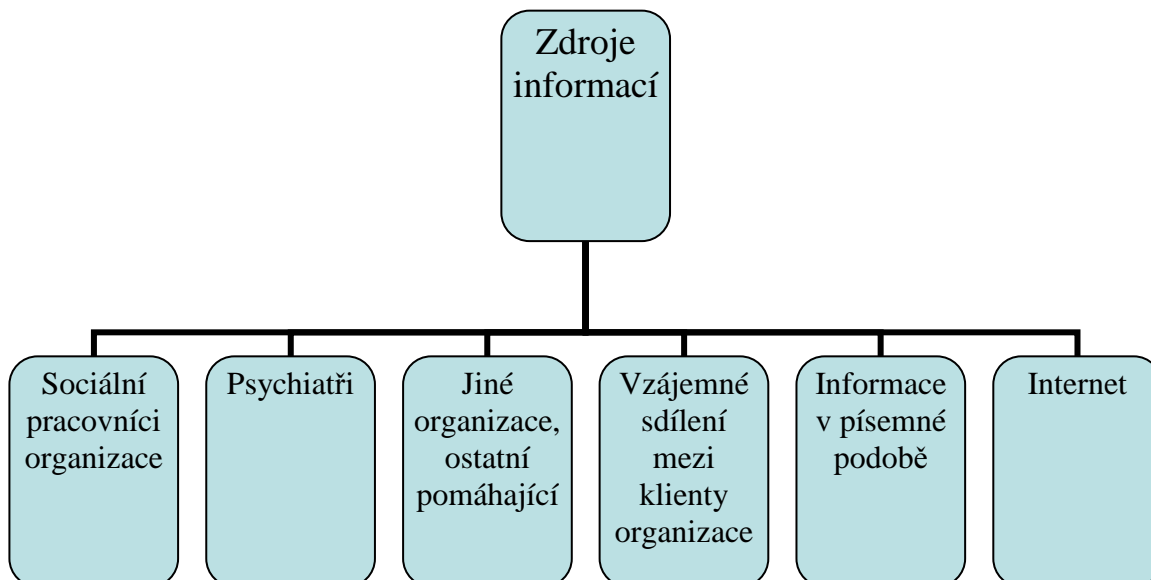
Jak říká žena A: *„V domovech důchodců v Praze nyní změnili cílové skupiny, brání se lidem s psychiatrickou diagnózou. Klientka chtěla podat žádost v prosinci, ale nestihla to a podala ji v lednu, a přestože to v prosinci měla vyjednané, že má psychiatrickou diagnózu, že je stabilizovaná, měla doporučení od psychiatra, že může být v normálním domově důchodců, tak v lednu jí řekli, že prostě ne, že už ji vzít nemůžou. A přitom to jako problém nebyl. Takže oni se fakt brání psychiatrickým diagnózám.“*

Dle výpovědí sociálních pracovníků však klienti nejsou moc nakloněni tomu, že by se měli z Prahy odstěhovat. Jako důvod uvádí sociální pracovnice tento:

„Máme všechny klienty s trvalým bydlištěm v Praze, to je naše cílová skupina. Tím, že oni jsou tady narození, mají tady veškeré svoje kontakty, rodinu, tak z Prahy nechtějí většinou a další věc – mají Terezín spojen s koncentrákem. A taky to berou jako definitivní. Půjdeš někam dožít.“

6.5.4 Sociální pracovníci z organizace Eset-Help

1) Zdroje informací o pracovištích psychosociální sítě z pohledu pracovníků:



Obr. č. 13 – Zdroje informací_sociální pracovníci Eset-Helpu

Informace od sociálních pracovníků organizace

Všechny pracovnice se shodují, že se klienti obracejí v první řadě na ně.

ŽENA B: „Myslím, že naši klienti hlavně na nás. Když chtějí něco jiného než to, co tady užívají.“

ŽENA D: „Mně většinou i přijde, že je to samotné nenapadne, že s tím většinou přijdeme my, že něco ještě někde existuje. Ani třeba netuší, že nějaká možnost je a dozví se to ve chvíli, kdy my je informujeme.“

Sociální pracovníci používají pro orientaci v nabídce pracovišť psychosociální sítě rychlokontakt, který mají vypracovaný a vyvěšený na nástěnce. Tam mají uvedeny kontakty na pracoviště z oblastí, jejichž pomoc jejich klienti nejčastěji vyhledávají (oblast bydlení, práce, vzdělávání, socioterapeutické aktivity, krizové služby, zdravotnické služby psychiatrické). Dále mají v písemné podobě zpracovány podrobnější kontakty podle oblastí a také letáčky z jiných organizací.

Pokud službu, kterou klient potřebuje, nabízí přímo Eset-Help, odkazují klienta tam.

ŽENA A: „Když má někdo dotaz ohledně poradenství, tak já odkazuju na sociální poradnu, která tady probíhá dvakrát za měsíc.“

Pracovníci hledají informace také na internetu, zejména využívají Asociaci komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví.

Informace od psychiatrů

Informace od psychiatrů uvádí sociální pracovníce jako další častý zdroj. Klienti jsou informováni přímo v ordinaci psychiatra, nebo prostřednictvím sociálních pracovníků. Ti získávají informace prostřednictvím emailové komunikace s klinikou Eset, a tak mohou klientům sdělovat různé novinky.

Jiné organizace, ostatní pomáhající

Jelikož někteří klienti navštěvují i jiné organizace, získávají také informace tam.

Vzájemné sdílení mezi klienty organizace

Sociální pracovníce z Centra denních aktivit uvedly, že mezi klienty funguje vzájemné sdílení informací. To souvisí již s výše uvedeným zdrojem – jiné organizace. Zkušenosti a poznatky získané jinde přináší klienti k diskusi a sdílí je s ostatními.

ŽENA A: „Když má někdo dobrou zkušenost s něčím (ať dobrou či špatnou), tak o tom mluví, a pak se o tom dozvědí klienti taky. Mluví o tom nejen na komunitě, ale i když mají volný prostor, tak si o tom říkají. V CDA to tak funguje určitě.“

Informace v písemné podobě (letáčky, brožurky apod.)

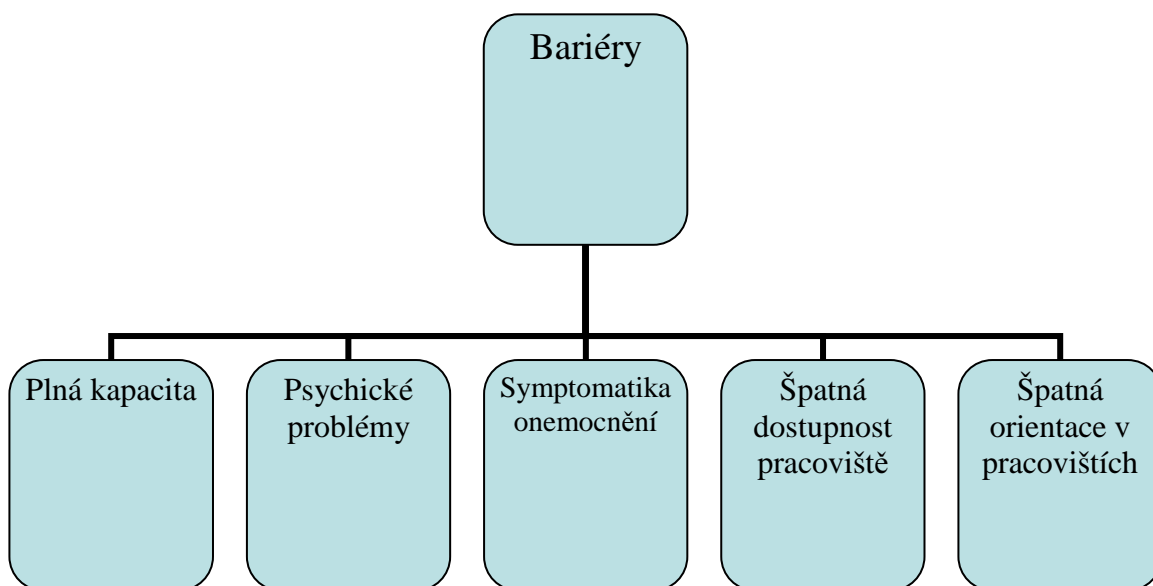
Sociální pracovníce klientům vyvěšují na nástěnky různé letáčky, kontakty, aktuální informace.

Internet

Někteří klienti umí pracovat na internetu a ten využívají také jako další zdroj. Přesto však ze zkušeností sociálních pracovníků jdou nejprve klienti konzultovat svůj problém s nimi.

ŽENA A: „Taky internet, ale myslím, že to stejně nejdříve řeší s námi, než že by si sami začali vyhledávat.“

2) Bariéry omezující klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě:



Obr. č. 14 – Bariéry sociální pracovníci Eset-Helpu

Plná kapacita

Pracovnice vidí jako velký problém v plné kapacitě služby. Služba není volná v případě, že ji klienti potřebují, a to je může odrazovat. Tento problém se týká hlavně pracovní oblasti (služeb přechodného a podporovaného zaměstnání, chráněných dílen) a také oblasti bydlení (chráněného bydlení).

ŽENA A: „Plná kapacita, že to nepokrývá potřeby těch lidí.“

Psychické problémy

Sociální pracovnice vnímají u svých klientů zábrany, když mají navštívit nějaké pracoviště poprvé.

ŽENA C: „Mají obavy, že o tom neví třeba tolik, neřeknou tam úplně přesně, jak to je, nemusí mít úplně přesnou představu, mohou být z toho třeba zmatení. Něco nepochopí a špatně jim třeba něco napíší.“

S tímto problémem mohou klientům sociální pracovnice pomoci a doprovodit je. Tuto možnost klienti občas využívají, zejména pro jednání na úradech.

Psychické problémy jsou zřejmě jedním z hlavních zdrojů bariér. Kromě již výše zmíněné zábrany se u klientů pracovnice setkávají s obavami z neznámých lidí.

ŽENA A: „Ještě další překážka. Oni by třeba chtěli přijít mezi lidi v Centru denních aktivit, ale mají zase obavy z toho, že tam bude skupina nějakých neznámých lidí. A bojí se,

jak se mezi nima budou cítit, jestli to zvládnou mezi nima být, takže to si myslím, že je taky časté. A to je důvod, proč to pak nevyužívají někteří ti klienti.“

Sociální pracovnice se snaží pomáhat klientům se zvládnáním těchto potíží tím, že si s nimi o tom povídají, v případě výraznějších potíží je motivují také k tomu, aby se svěřili svému lékaři.

Symptomatika onemocnění

Symptomy onemocnění jsou další zmíněnou skupinou bariér, které omezují klienty v jejich možnostech. Byly zmíněny potíže s dopravou, které se vyskytují např. u některých druhů fobií. Někteří klienti se bojí cestovat v prostředcích městské hromadné dopravy, a to jim komplikuje možnost navštívit pracoviště.

ŽENA C: „Hodně klientů má nějaké problémy s dopravou třeba. Mohou se bát cestovat.“

Dále byl zmíněn zdravotní stav klienta souvislosti s připraveností k nějaké psychiatrické rehabilitaci. Sociální pracovnice služeb zaměstnávání uvedla jako příklad situaci, kdy klient chce nastoupit na přechodné zaměstnávání, ale ještě na to není vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu připraven (není stabilizován apod.)

Špatná dostupnost pracoviště

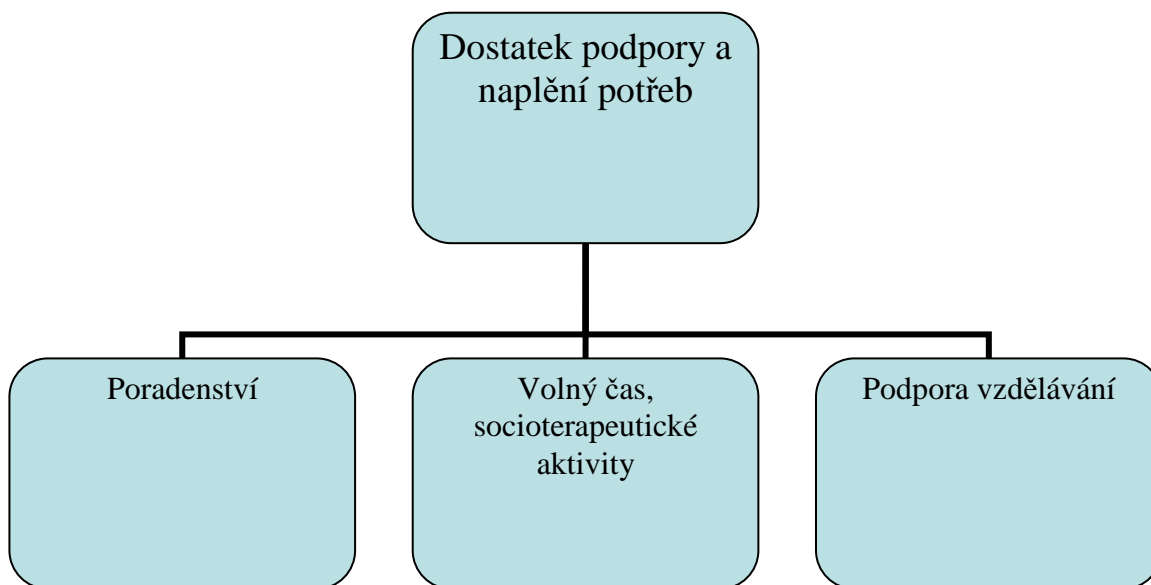
Špatná dostupnost pracoviště byla zmíněna jako další bariéra.

ŽENA C: „Někdy se jim nechce dlouhou dobu cestovat, když nějaké služby nejsou ideálně rozložené.“

Špatná orientace v pracovištích

ŽENA A: „Mě ještě napadá, že oni se někdy neorientují v těch službách, že tomu moc nerozumí, můžou mít obavy z toho, aby přišli na to správné místo a někdo jim pomohl.“

3) Potřeby klientů a jejich naplnění vzhledem k nabídce pracovišť psychosociální sítě:



Obr. č. 15 – Dostatek podpory a naplnění potřeb_sociální pracovníci Eset-Helpu

Poradenství

Službu poradenství využívá podle sociálních pracovníků hodně klientů. V Eset-Helpu probíhá sociální a právní poradna, která pomáhá řešit jejich problémy. S těmito službami jsou klienti spokojeni. Někteří využívají služeb terénní psychiatrické sestry, která jim poskytuje také potřebnou podporu. Z rozhovoru vyplynulo, že služeb terénní psychiatrické sestry využívají klienti Centra denních aktivit. Sociální pracovníci ze služeb zaměstnávání nemají zkušenost s tím, že by jejich klienti tuto službu využívali. Domnívají se, že to může být tím, že jsou více soběstačnější a sestru nepotřebují.

ŽENA A: „Třeba jeden klient začínal s psychiatrickou sestrou, našel si práci, tak spolupráci ukončili.“

Sociální pracovníci nemají zkušenost s tím, že by jejich klienti využívali služeb jiných poraden než těch, co nabízí Eset-Help.

ŽENA C: „Většinou dořeší, až když ten problém hoří, když už to je za hranicí a my je odkážeme u nás na sociální poradnu. Ale že by sami vyhledávali občanské poradny, to ne.“

Volný čas, socioterapeutické aktivity

Nabídku volnočasových aktivit z oblasti sociální hodnotí pracovníci pro klienty jako dostačující. Klienti využívají kromě nabídky programu Centra denních aktivit Eset-

Helpu i služeb dalších organizací (např. jezdí na výlety, které pořádá občanské sdružení Baobab).

Kromě volnočasových aktivit se jim nabízí možnost jezdit i na vícedenní pobyty. Z tohoto důvodu hodnotím volnočasové aktivity jako dostačující.

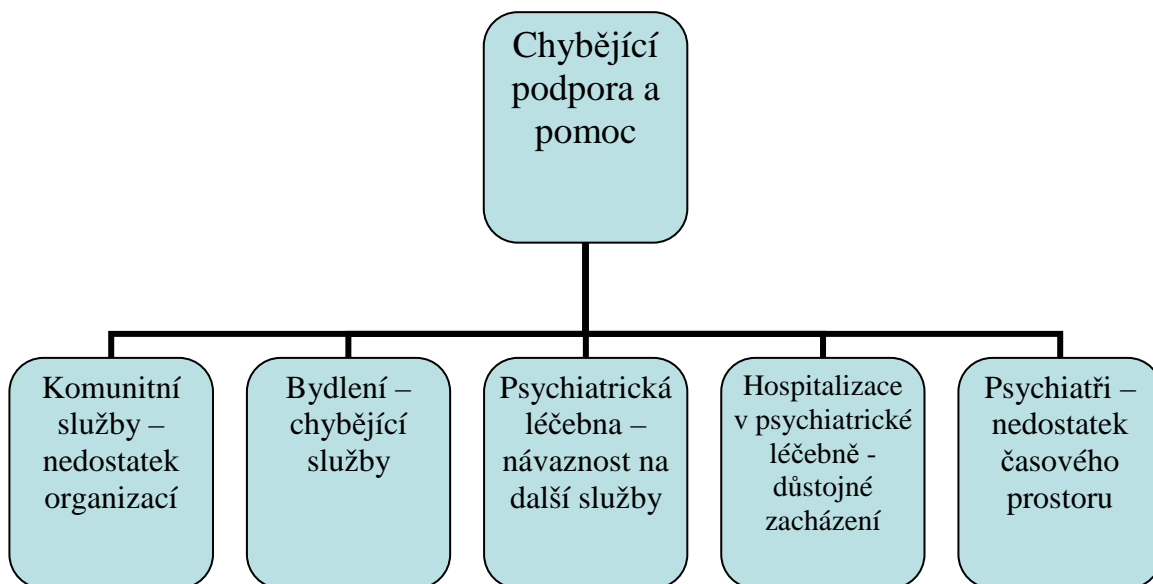
Podpora vzdělávání

Podle sociálních pracovníků se většina klientů nevzdělává. Příčinu vidí pracovníci v poruchách kognitivních funkcí, které s sebou nemoc přináší, jako jsou poruchy paměti, pozornosti apod. Přesto se našli tací, kteří si chtěli doplnit vzdělání. Dotyční navštívili kurz Student od Baobabu, který jim dle jejich hodnocení hodně prospěl.

ŽENA A: „On sám to hodnotí dobře, že mu tam pomohly i takové strategie učení a posílení paměti (jak si toho co nejvíce zapamatovat). A taky vím, že je v tom zakomponovaný taky odpočinek, učili se tam pracovat se stresem, o tom taky hodně mluvil.“

Sociální pracovníci by potenciální zájemce o studium odkazovali také na organizaci Green Doors, která nabízí trénink kognitivních funkcí.

Z diskuse jsem nabyla dojmu, že oblast vzdělávání naplňuje potřeby klientů.



Obr. č. 16 – Chybějící podpora a pomoc_sociální pracovníci Eset-Helpu

Komunitní služby – nedostatek organizací

Sociální pracovníce vnímají jako nedostačující pokrytí organizací komunitního typu nabízející služby pro duševně nemocné v jednotlivých městských částech Prahy.

Domnívají se, že není nutné, aby na každé městské části fungovala nějaká organizace, ale že je potřeba, aby městské části zajistily spolupráci a návaznost služeb.

ŽENA C: *„Myslím si, že komunitní zařízení nemusí být na každé městské části, ale každá městská část by se měla snažit to ošetřit. Že by se to měli snažit zajistit, i když to nebude třeba na jejich městské části, ale spolupracovat třeba s nějakou jinou organizací.“*

ŽENA A: *„Nebo spojit dvě části, ale takhle to určitě nepokrývá.“*

Bydlení – chybějící služby

Dále byla zmíněna oblast bydlení. Sociální pracovníce hodnotí situaci v oblasti bydlení jako nedostačující. Kapacita chráněných bydlení je nízká, po skončení psychiatrické rehabilitace v oblasti bydlení chybí návazné služby.

ŽENA D: *„...co je nepokrytý, je to, co bude po tom bydlení. Projdou tady sice tréninkem v oblasti bydlení, ale stejně pak mají další překážky jako třeba nedostatek financí, není to ošetřené se sociálními byty a tak.“*

ŽENA C: *„Nejen že je malá kapacita, ale ještě to vyjde jakoby naplano, protože pak se vrátí ten klient zpátky tam, kde bydlel předtím, třeba k rodičům...“*

ŽENA A: *„Nemá moc jiných možností. Je to taková díra.“*

Psychiatrická léčebna – návaznost na další služby

Sociální pracovníce také vnímají jako další problém v souvislosti s psychiatrickými léčebnami v nedostatečné spolupráci s návaznými službami. Pacientům díky tomu mohou chybět potřebné informace k tomu, kde získat podporu v procesu uzdravování.

ŽENA A: *„U těch léčeben mně přijde jako problém, že příliš nespolupracují s těmi následnými službami. Jedou si tam tu svou léčbu medicínskou, ale potom spousta těch klientů odejde a vlastně neví moc, co mají dělat dál. Ta spolupráce někde vázne.“*

Hospitalizace v léčebně - důstojné zacházení

Sociální pracovníci pocítují téma přístupu personálu vůči pacientům v léčebně jako palčivé. Často od svých klientů slychají negativní výroky o Psychiatrické léčebně Bohnice.

ŽENA D: *„Na některých těch pavilonech asi budou jako zvláštní podmínky a někde to bude podle mě spojený i s nějakým zhoršením zdravotního stavu, že to pak vnímají hodně subjektivně.“*

Psychiatři – nedostatek časového prostoru

Sociální pracovníce často slyšají od svých klientů nespokojenost v souvislosti s návštěvami psychiatra.

ŽENA A: „A pak hodně mluví o negativních zkušenostech s psychiatry v tom smyslu, že na ně nemají čas. Že se s nima nikdo nebaví. To říká jako spousta těch klientů, že tam jsou pět minut, napíší jim prášky, zeptají se, jak se mají a v rychlosti to je vyřešené.

6.6 Porovnání analýz

V této kapitole se budu věnovat srovnání výsledků analýz mezi jednotlivými skupinami respondentů. Nejprve se zaměřím na porovnání diskusí mezi skupinou klientů a sociálních pracovníků organizace Bona. Dále se podívám stejným způsobem na skupinu klientů a sociálních pracovníků organizace Eset-Help. A na závěr provedu porovnání dosažených výsledků mezi oběma organizacemi.

6.6.1 Společné jevy v diskusích mezi skupinou klientů a sociálních pracovníků organizace Bona

Diskuse s klienty i sociálními pracovníky organizace Bona probíhala plynule, respondenti se navzájem doplňovali ve svých zkušenostech a přicházeli s různými myšlenkami.

První výzkumná otázka se týkala zdrojů informací o pracovištích psychosociální sítě. Při analýze focus group s oběma skupinami respondentů jsem našla shodné výpovědi. Obě skupiny se shodovaly, že hlavním zdrojem pro klienty jsou informace poskytované sociálními pracovníky organizace. Sociální pracovníci sami klienty seznamují s možnostmi, které se nabízí, a také klienti vyhledávají pracovníky v případě, že si potřebují promluvit, neví si rady v nějaké situaci apod. Sociální pracovníci podporují vzájemné sdílení mezi klienty organizace a sami klienti hodnotí vzájemné předávání informací mezi sebou jako další cenný zdroj. Klienti mají pocit, že jim to jde dobře, protože mezi nimi panuje přátelské naladění. Jelikož navštěvují i další organizace mimo Bonu, uvedli toto jako další pramen. Stejně tak sociální pracovníci. Informace v písemné podobě formou letáků, brožurek apod. doplňují výčet zdrojů.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na bariéry omezující klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě. V této oblasti jsem našla shody v diskusích se skupinou klientů a skupinou pracovníků ve dvou případech. Bariéry vyplývající ze symptomatiky

onemocnění a bariéry z důvodu plné kapacity. V prvním případě obě skupiny pro ilustraci uvedly problém klientky trpící agorafobií, která jí způsobuje překážku v cestování prostředky městské hromadné dopravy. Další společně označenou bariérou byla plná kapacita. Klienti uvedli jako problém dlouhou čekací dobu v případě zažádání o ubytování v domově důchodců (nyní pro psychiatrické pacienty domov se zvláštním určením). Sociální pracovníci v této souvislosti vnímali jako bariéru nedostatek pracovních míst v chráněných dílnách a tím způsobenou dlouhou čekací dobu.

Třetí výzkumná otázka byla zaměřena na potřeby klientů v oblasti využívání pracovišť, kde jsou naplněné a kde jsou ještě mezery. Co se týče naplnění potřeb, tak z diskuse v obou skupinách vyplynulo, že oblast poradenství a krizové pomoci je zastoupena dostatečně.

Chybějící podporu a pomoc obě skupiny shodně vnímají v problematice bydlení. Sociální pracovníky byly zmíněny chybějící služby (sociální byty, chráněné byty), jako palčivou obě skupiny uvádějí otázku zajištění bydlení ve stáří. Souvisí to s problémem odmítání osob s psychiatrickou diagnózou pražskými domovy důchodců.

6.6.2 Společné jevy v diskusích mezi skupinou klientů a sociálních pracovníků organizace Eset-Help

Diskuse s klienty Eset-Helpu byla o poznání náročnější. Klienti nebyli příliš sdílní a na některé otázky neznali odpovědi, nebo otázkám neporozuměli, ale už se nedoptali. Přesto jsem z analýz rozhovorů získala data, která jsem přiřadila k výzkumným otázkám a nyní je porovnám s výsledky diskuse se sociálními pracovníky organizace Eset-Help.

V první výzkumné otázce mapující zdroje informací opět došlo ke shodě v tom, že významný zdroj pro klienty představují sociální pracovníci. Dále byly uvedeny shodně v obou diskusích informace získané od psychiatrů, z jiných organizací, které klienti navštěvují a služeb dalších odborníků, které využívají a v písemné podobě formou letáčků, brožurek, různých kontaktů vyvěšených na nástěnce.

Druhá výzkumná otázka se týkala bariér. Zde vnímali stejně klienti i sociální pracovníci problém v plné kapacitě služeb (jako příklad uvedli služby bydlení a zaměstnávání, kde je pořadník a dotyční musí čekat, než přijdou na řadu). Psychické problémy představují další problém, který omezuje klienty ve využívání pracovišť psychosociální sítě.

Třetí výzkumná otázka týkající se potřeb klientů a jejich naplnění, přinesla opět shodu ve výpovědích, a to jak v oblasti naplněných potřeb, tak i v oblasti těch chybějících. Dostatek podpory a naplnění potřeb obě skupiny respondentů spatřují v oblasti poradenství, podpory vzdělávání, v trávení volného času a účasti na různých socioterapeutických aktivitách. Nedostatky vnímají klienti i pracovníci v nedostačujícím pokrytí organizací komunitního typu nabízející služby pro duševně nemocné v jednotlivých městských částech Prahy. Problematika důstojného zacházení při hospitalizaci v psychiatrické léčebně a nedostatek časového prostoru poskytovaný psychiatry byla další témata, které zmínily obě skupiny respondentů.

6.6.3 Společné jevy v diskusích mezi organizacemi Bona a Eset-Help

Při pohledu na obsah diskusí všech skupin respondentů lze najít témata, která se objevovala v určité podobě pokaždé.

U první výzkumné otázky mapující zdroje informací všichni respondenti hovořili o důležité roli sociálních pracovníků. Poznatky získané od jiných odborníků zazněly ve všech focus group, stejně jako v písemné podobě poskytované. Vzájemné sdílení také funguje, což potvrdily tři ze čtyř skupin respondentů.

Druhá výzkumná otázka se týkala bariér. Zde všechny skupiny shodně označily jako překážku ve využívání pracovišť psychosociální sítě plnou kapacitu. Různé psychické potíže a problémy způsobené symptomy onemocnění tvořily další nejčtetnější výpověď. Špatnou dostupnost pracoviště označily obě skupiny sociálních pracovníků. Nesprávná orientace v pracovištích, která může způsobit také omezení, byla uvedena focus group klienty Bony a sociálními pracovníky z Eset-Helpu.

Třetí výzkumná otázka se zaměřila na zjištění, jak současná nabídka pracovišť psychosociální sítě uspokojuje potřeby klientů, v jakých oblastech vnímají klienti dostatek podpory a naplnění svých potřeb a kde naopak pomoc postrádají.

Všechny focus group se shodly na tom, že oblast poradenství naplňuje potřeby klientů. Služby jsou zde dostačující a pomáhají. Dále tři ze čtyř skupin označily také oblast volného času a socioterapeutických aktivit jako naplňující potřeby klientů. Pomoc v krizi vnímali také tři ze čtyř skupin jako dostačující.

Naopak nevyhovující se ukázaly být služby v oblasti bydlení u tří ze čtyř focus groups a také tři ze čtyř focus group nastínily problematiku přístupu k pacientům ze strany personálu v psychiatrických léčebnách. Dále byl zmíněn klienty a sociálními pracovníky

Eset-Helpu nedostatek organizací komunitního typu poskytující služby pro duševně nemocné a málo časového prostoru ze strany psychiatrů.

Na nedůstojné chování ze strany některých zaměstnanců v psychiatrické léčebně si postěžovali klienti obou organizací a tento problém byl zmíněn i sociálními pracovníky Eset-Helpu.

7. Diskuse dosažených výsledků

Na základě porovnání analýz a rozboru společných jevů z jednotlivých diskusí se objevila témata, která zmínila většina diskusních skupin.

Při mapování zdrojů informací se ukázala důležitá role sociálních pracovníků. Je zřejmé, že klienti mají v sociální pracovníky organizací důvěru a obrací se na ně v případě nutnosti. Je tedy potřeba, aby byli pracovníci sami dobře informováni, udržovali si přehled o tom, jaké služby to které pracoviště nabízí a zároveň neustále aktualizovali své poznatky. Domnívám se, že tento požadavek pracovníci naplňují, o čemž svědčí čerstvé informace, které svým klientům pravidelně předkládají jak v ústní, tak v písemné podobě. Jak klienti, tak sociální pracovníci v diskusích zmínili, že toto je další zdroj důležitých informací.

Dále se všechny skupiny vyjádřily k tomu, že informace čerpají také od jiných odborníků. Díky tomu získají širší spektrum možností, ze kterých si mohou vybrat.

Jako pozitivní aspekt vnímám také schopnost vzájemného sdílení klientů mezi sebou.

Předávání zkušeností je důležitá součást budování vztahů klientů mezi sebou a podporuje komunikaci.

Při zjišťování bariér, které omezují klienty v přístupu k pomoci, jsem zaznamenala jako významnou překážku plnou kapacitu služby. Účastníci diskuse při tom hovořili o svých zkušenostech se službami, které buď oni sami, nebo jejich klienti nejčastěji využívají. Týkalo se to především oblasti zaměstnávání v rámci pracovní rehabilitace a oblasti bydlení. Tento problém může odrazovat některé klienty ve využití té dané služby. Psychické problémy a potíže vyplývající ze symptomů onemocnění jsou dalším četným jevem, který se v diskusích objevoval. Zvládnout tyto potíže pomáhají klientům sociální pracovníci individuálními konzultacemi a na pomoci se samozřejmě podílí také další odborníci – psychiatři, psychoterapeuti. Také rodina, přátelé a dobrovolníci jsou zdrojem podpory a pomoci. Někdy také blokuje přístup k pomoci nesprávná orientace v pracovištích. Diskuse s klienty z Bony a sociálními pracovníky z Eset-Helpu tento problém nastínily. V tomto případě klientům může pomoci konzultace a rozbor jejich situace s pracovníkem ještě před tím, než dané pracoviště navštíví. Je možný i telefonát přímo předem na pracoviště.

Při analýze oblastí, kde klienti vnímají dostatek podpory, jsem došla k závěru, že je to oblast poradenství. Hodně klientů využívá poradenství (sociální i právní) a to především v organizaci. V Boně poskytují poradenství klientům sociální pracovníci, doprovází také své klienty a u náročnějších právních případů spolupracují s organizací Pro bono. V Eset-

Helpu využívají klienti služeb sociální a právní poradny a dalších konzultací s odborníky. Výjimečně se v diskusích objevovaly zkušenosti s jinými poradnami.

Krizová pomoc byla zmíněna také jako další oblast, v níž klienti vnímají naplnění svých potřeb. V Boně klienti využívají pomoci v Centru krizové intervence. V Eset-Helpu zazněla v diskusi zkušenost s telefonickou krizovou intervencí od Prosazu a také krizovou intervencí tváří v tvář v Riapsu. Účast v programu Itareps, o které klienti také hovořili, vnímám jako velmi inovativní a důležitý zdroj včasné intervence.

Z rozhovorů vyplynulo, že poradenství a pomoc v krizi je klientům dostupná, pokrytí pracovišť v těchto oblastech na území Prahy je dostačující.

Klienti i pracovníci uvedli, že volnočasové a socioterapeutické aktivity uspokojují také jejich poptávku.

Jako oblast, kde se naplnění potřeb vzhledem k nabídce služeb pracovišť nedostává, byla označena oblast bydlení. Výsledky průzkumu poukázaly na stále přetrvávající problematiku nedostatku bydlení pro nízkopříjmové skupiny obyvatel. Chybí sociální byty, chráněné byty a poptávka v tomto směru značně přesahuje nabídku. Problémem je také dlouhá čekací lhůta. Jako palčivá se jeví problematika zajištění klientů na stáří v době, kdy již nebudou soběstační a budou potřebovat pomoc.

V letošním roce vyvstal problém s odmítáním osob s psychiatrickou diagnózou pražskými domovy důchodců. Lidem, kteří nejsou schopni se o sebe sami postarat, zároveň nemají dostatek finančních prostředků na úhradu nájmu na volném trhu bydlení, zaplacení osobního asistenta nebo pečovatele a rodinu, která by se o ně postarala, se tak nabízí možnost jít bydlet do domovů se zvláštním určením. Ty však nejsou pro osoby s psychiatrickou diagnózou na území hlavního města Prahy, což pro mnohé klienty představuje problém. Nachází se v Terezíně a Krásné Lípě. Pro klienty není snadné opustit Prahu, kde mají rodinu, přátele. Také to někteří vnímají jako konečné stadium, místo, kam půjdou dožít. V současné době v případě, že nejsou schopni již pobytu na chráněném bydlení, odchází do léčebny na oddělení pro chronicky nemocné.

Také jsem do této oblasti zařadila problém, který zmiňovaly obě skupiny klientů a sociální pracovníci Eset-Helpu, a to nedůstojné zacházení s pacienty v Psychiatrické léčebně Bohnice některými ze zaměstnanců. Sociální pracovníci Eset-Helpu o tomto problému hovořili v tom smyslu, že o něm klienti často hovoří, ale přímé osobní zkušenosti nemají, proto tedy nemohou situaci posoudit.

V souvislosti s tématem hospitalizací považuji za důležité zmínit potřebu, aby pobytu v léčebně předcházely určité kroky, které se budou snažit hospitalizaci předejít. Tuto preventivní funkci by měla plnit komunitní péče.

Jak uvádí Foitová (2009 in Pěč, O., Probstová, V., 2009), primární prevenci zajišťují lokální informační programy, zaměřené na ohrožené skupiny obyvatelstva. Krizové služby jsou významným preventivním opatřením v předcházení poruchám, rychlé diagnostice a zabránění dalšímu poškození v důsledku poruchy.

Díky nim se může eliminovat riziko relapsu a zabránit tak hospitalizaci.

Je proto potřeba, aby byli klienti dobře informováni o možnostech, které daná pracoviště nabízí a také aby získali správný kontakt a popis, jak se na dané místo dostanou. Potvrdila to v diskusi i klientka Bony, která se pro nedostatek informací opakovaně dostavovala na centrální příjem do Psychiatrické léčebny Bohnice. Pokud by využila služeb Centra krizové intervence, mohla by předejít hospitalizaci.

Je potřeba, aby služby komunitní péče plnily svou roli a snažili se dle svých možností maximálně klientům pomoci. Zároveň je důležitá spolupráce jednotlivých subjektů proto, aby klient získal takovou pomoc, která ho co nejvíce přiblíží k úspěšnému řešení jeho situace.

Závěr

Ve své diplomové práci jsem se snažila zmapovat, jak klienti využívají pracoviště psychosociální sítě v Praze, v jakých oblastech jsou naplněny jejich potřeby a kde by potřebovali pomoci více. Zjišťovala jsem zdroje informací, odkud klienti čerpají své poznatky a také jsem svůj zájem soustředila na oblast bariér, které klienty omezují v přístupu k pomoci.

V teoretické části jsem se věnovala především popisu jednotlivých pracovišť psychosociální sítě, které jsem rozdělila podle rezortu. Chtěla jsem tak podat ucelený a strukturovaný přehled nabídky současné doby.

V praktické části jsem provedla průzkum metodou focus group mezi klienty Bony a Eset-Helpu a sociálními pracovníky obou organizací. Výsledky mého výzkumu vyplývají z focus groups prováděných s každou skupinou respondentů zvlášť. Výzkum byl prováděn pouze kvalitativně.

Mezi limity výzkumu patří příliš malý vzorek. Pro svoji diplomovou práci jsem zvolila dvě skupiny. Ve výzkumu by měly být uskutečněny alespoň tři diskuse, než by došlo k teoretické saturaci, tedy k okamžiku, kdy další sběr dat již nepřináší porozumění věci z nového úhlu pohledu, jak uvádí Morgan (2001).

Dalším limitem je moje menší zkušenost s výzkumy. V metodě focus group je zkušenost výzkumníka velice důležitá a ceněná.

Domnívám se, že klienti jsou informováni dle svých potřeb o pracovištích psychosociální sítě dostatečně. Za důležité považuji, že vědí, odkud získat potřebné informace. Jelikož jako hlavní zdroj informací uváděli sociální pracovníky, jsou tím na pracovníky kladeny vysoké nároky co se odbornosti a celkového přehledu týče. Proto se domnívám, že by bylo dobré zjistit, jakým způsobem jsou informováni sociální pracovníci o nabídce pracovišť psychosociální sítě, jak funguje spolupráce s dalšími organizacemi státními i nestátními v různých oblastech působnosti, jakým způsobem probíhá kontakt se spolupracujícími organizacemi, exkurze, atd., co pracovníkům chybí v této oblasti, návrhy na zlepšení a další. Tato témata mi přicházela na mysl při analýze rozhovorů s pracovníky. Nebyla součástí diskuse, jelikož ta se týkala klientů organizací a pracovníci popisovali, jak to vnímají u svých klientů, jaké jsou jejich zkušenosti.

Použitá literatura

Publikace:

ČERNOUŠEK, M.: *Šílenství v zrcadle dějin*. 1. vyd. Praha: Grada, 1994.

ISBN 80-7169-086-4.

FALLOON, IRH; BOYD, JL; MCGILL, CW. *Family Care of Schizophrenia*. New York: The Guilford Press, 1984. ISBN 0-89862-923-3.

FARBIAKOVÁ, I. V Bariéry v pracovním uplatnění osob s dlouhodobým duševním onemocněním. *Sociální práce*. 1/2008, s. 77-87, ISSN: 1213-6204.

FOUCAULT, M.: *Dějiny šílenství*. 1. vyd. Praha: Lidové noviny, 1994.

ISBN 80-7106-085-2.

KALINA, K.: *Jak žít s psychózou?* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

LIBERMAN, R.P. (ed.): *Handbook of psychiatric rehabilitation*. California: UCLA School of Medicine, Camarillo, 2003.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol.: *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, O.: *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003.

ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O.: *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O.: *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005.

ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O.: *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001.

ISBN 80-7178-473-7.

MIOVSKÝ, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MORGAN, D. L.: *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. 2. vyd. Boskovice: Albert 2001. ISBN 80-85834-77-4.

PĚČ, O., PROBSTOVÁ, V. a kol.: *Psychózy*. 1. vyd. Praha: Triton, 2009.

ISBN 978-80-7387-253-3.

PRAŠKO, J. a kol. *Léčíme se s psychózou*. 1. vyd. Praha: Medical Tribune CZ, 2005.

ISBN 80-239-5482-2.

SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2007.

ISBN 978-80-247-1733-3.

STUHLÍK, J.: *Asertivní komunitní léčba a case management*. 1. vyd. Praha: Fokus Books, 2002.

SVOBODA, M. a kol: *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006.

ISBN 80-7367-154-9.

TOMEŠ, I a kol.: *Sociální správa*. 2. vyd., Praha: Portál, 2009.

ISBN 978-80-7367-483-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2002.

ISBN 80-7178-678-0.

VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. a kol.: *Pedagogika pro učitele*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1734-0.

VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2/007.

ISBN 978-80-7367-342-0.

ZVOLSKÝ, P. a kol. *Obecná psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998.

ISBN 80-7184-681-3.

Zákony a vyhlášky:

Vyhláška č. 242/1991 Sb., o soustavě zdravotnických zařízení zřizovaných okresními úřady a obcemi lidu [online]. c2003-2011 [cit. 2011-03-16].

Dostupné na www:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=242/1991>.

Vyhláška č. 177/1996 Sb., Advokátní tarif. [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_name=advokátní%20tarif&PC_8411_l=177/1996&PC_8411_ps=10#10821>.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. c2003-2011 [cit. 2011-03-30].

Dostupné na www:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=73%2F2005&number2=&name=&text>.

Vyhláška MPSV ČR č. 505/2006 Sb., In Sociální zabezpečení 2011 podle stavu k 1.1.2011. Ostrava: Sagit, 2011. ISBN 978-80-7208-830-0.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu [online]. c2003-2011 [cit. 2011-03-16].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=20%2F1966+&number2=&name=&text=>.

Zákon č. 553/1991 Sb., o obecní policii [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=553/1991>.

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení [online]. c2003-2011 [cit. 2011-03-17].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=582/1991>.

Zákon č. 1/1993 Sb., Ústava České republiky [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-19].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=1/1993&PC_8411_l=1/1993&PC_8411_ps=10#10821>.

Zákon č. 358/1992 Sb., notářský řád [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_name=o%20notářích&PC_8411_l=358/1992&PC_8411_ps=10#10821>.

Zákon č. 283/1993 Sb., o státním zastupitelství [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=283/1993>.

Zákon č. 86/1996 Sb., o advokacii [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_name=o%20advokacii&PC_8411_l=85/1996&PC_8411_ps=10#10821>.

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů [online]. c2003-2011 [cit. 2011-03-20].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=48/1997>.

Zákon č. 111/1998 Sb., o vysokých školách zákon [online]. c2003-2011 [cit. 2011-03-30].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=111/1998>.

Zákon č. 349/1999 Sb., o Veřejném ochránci práv [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/708/_s.155/701?l=349/1999%20Sb. >.

Zákon č. 6/2002 Sb., o soudech a soudcích [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?number1=6%2F2002&number2=&name=&text=>.

Zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/696/_s.155/701?l=109/2002>.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti [online]. c2003-2011 [cit. 2011-03-15].

Dostupné na www:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=435/2004>.

Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon [online]. c2003-2011 [cit. 2011-03-30].

Dostupné na www:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=561/2004>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In Sociální zabezpečení 2011 podle stavu k 1.1.2011. Ostrava: Sagit, 2011. ISBN 978-80-7208-830-0.

Zákon č. 273/2008 Sb., o Policii České republiky [online]. c2003-2011 [cit. 2011-04-18].

Dostupné na www:

<http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701?kam=zakon&c=273/2008>.

Internetové portály:

Asociace občanských poraden [online]. c2010 [cit. 2011-03-16].

Dostupné na www:

<<http://www.obcanskeporadny.cz/oblasti-obcanskeho-poradenstvi/>>.

Bílý kruh bezpečí [online]. c2009 [cit. 2011-03-30].

Dostupné na www: <<http://www.bkb.cz/o-nas/poslani-a-cinnost/poradenska-cinnost/>>.

Bona, o.p.s. [online]. c2005 [cit. 2011-03-13].

Dostupné na www <<http://www.bona-ops.cz/index.php?cmd=page&id=24>>.

ČAPZ – Česká asociace pro psychické zdraví [online]. c2009-2011 [cit. 2011-03-13].

Dostupné na www: <<http://www.capz.cz/projekty>>.

Denní psychoterapeutické sanatorium Ondřejov [online]. c2008 [cit. 2011-03-14].

Dostupné na www:

<<http://www.ondrejov.cz/oddeleni-pro-lecibu-psychoz/lecebne-programy/>>.

Eset-Help, občanské sdružení [online]. c2009-2011 [cit. 2011-03-13].

Dostupné na www: <<http://www.esethelp.cz/sluzby/nase-sluzby.html>>.

ESET – psychoterapeutická a psychosomatická klinika [online]. c2009 [cit. 2011-03-13].

Dostupné na www: <http://www.klinikaeset.cz/index.php?id=25&usr_id=>.

Gregory Zilboorg [online]. 26.6.2011, [cit. 2011-01-04].

Dostupné na www: <http://en.wikipedia.org/wiki/Gregory_Zilboorg>.

Informační a diskusní portál Umírání.cz [online]. c2011 [cit. 2011-03-16]

Dostupné na www: <<http://www.umirani.cz/definice-paliativni-pece.html>>.

Itareps [online]. c2007 [cit. 2011-07-15]

Dostupné na www: <<https://www.itareps.com/cs/?c=cz>>.

Kojenecký ústav s dětským domovem v Plzni [online]. c2010 [cit. 2011-03-16].

Dostupné na www: <<http://www.kojenecky-ustav.cz/>>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. [cit. 2011-03-16].

Dostupné na www: <<http://www.mpsv.cz/cs/4>>.

Praha 8 – Oficiální internetové stránky Městské části Praha 8 [online]. [cit. 2011-03-20].

<[http://www.praha8.cz/\(its5v3yj22afed45xumkx0mz\)/default.aspx?ido=113&sh=430087867](http://www.praha8.cz/(its5v3yj22afed45xumkx0mz)/default.aspx?ido=113&sh=430087867)>.

Sociální firma – šance pro znevýhodněné na trhu práce. [online]. c2006 [cit. 2011-03-14].

Dostupné na www:

<<http://www.socialnifirmy.cz/index.php?action=main&subject=12&lang=cz>>.

WHO (Světová zdravotnická organizace). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10.revize*, [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. [cit. 2011-01-15].

Dostupné na www: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Přílohy

Příloha A Otázky pro klienty a otázky pro sociální pracovníky

Příloha B Občanské sdružení Eset-Help a Bona, o.p.s. – charakteristika organizací

Příloha A

Otázky pro klienty:

- 1) Jaká pracoviště psychosociální sítě v současné době využíváte?
- 2) Jakým způsobem získáváte informace o pracovištích psychosociální sítě?/Pokud byste potřebovali pomoc, na koho se obrátíte, jak si informaci o dané službě dohledáte?
- 3) S jakou dobrou zkušeností jste se setkali? *Čím to bylo, že ji hodnotíte kladně, v čem vám návštěva pracoviště pomohla?*
- 4) Co se stalo pro vás negativní zkušeností? *Čím to bylo, že ji hodnotíte záporně?*
- 5) Vnímáte u sebe nějaké zábrany, které vás omezují v přístupu k pomoci (k využití pracovišť psychosociální sítě)?
- 6) Jak současná nabídka pracovišť psychosociální sítě uspokojuje vaše potřeby, v jakých oblastech vnímáte dostatek podpory a naplnění svých potřeb a kde naopak pomoc postrádáte?

Otázky pro sociální pracovníky:

- 1) Jakým způsobem má vaše pracoviště zpracovánu psychosociální síť? Jaká pracoviště (z jakých oblastí) jsou do ní zahrnuta?
- 2) Odkud vaši klienti získávají informace o možnostech využívání psychosociální sítě služeb? Na koho se obrací v případě potřeby řešení potíží?
- 3) Jakou dobrou zkušenost jste učinili/co se stalo dobrou zkušeností pro vaše klienty?
- 4) Jakou negativní zkušenost jste učinili/co se stalo negativní zkušeností pro vaše klienty?
- 5) Jaké vnímáte u klientů bariéry ve využívání psychosociální sítě služeb?
- 6) Jak současná nabídka pracovišť psychosociální sítě uspokojuje potřeby vašich klientů, v jakých oblastech vnímáte dostatek podpory a naplnění jejich potřeb a kde naopak podle vás pomoc postrádají?

Příloha B

Eset-Help (Eset-Help, občanské sdružení)

Vznik: v roce 1995

Organizační forma: občanské sdružení

Poslání: Úsilí o zvýšení kvality života lidí trpících psychickými potížemi.

Cílová skupina: Lidé s dlouhodobým duševním onemocněním, osoby závislé nebo ohrožené závislostí na drogách a osoby s tzv. duální diagnózou (kombinací duševní nemoci a závislosti)

Poskytované služby:

- Služby zaměstnávání:
 - Tréninkový obchod pro osoby se závažnou duševní poruchou
 - Tréninková resocializační kavárna Dendrit Kafé
 - Přechodné zaměstnávání
 - Podporované zaměstnávání

- Chráněné bydlení
- Centrum denních aktivit
- Sociální a pracovní začleňování osob s duální diagnózou
- Sociální rehabilitace – asertivní tým
- Sociální a právní poradna
- Terénní program pro uživatele návykových látek
- Ostatní aktivity
 - Resocializační pobyty
 - Anonymní psychologická poradna
 - Edukační kurz pro rodinné příslušníky psychiatrických pacientů

Bona, o.p.s. (Bona, o.p.s.)

Vznik: 29. 1. 1999

Organizační forma: obecně prospěšná společnost

Poslání: BONA, o.p.s. usiluje o opětovné začlenění lidí s duševní poruchou do společnosti a o zkvalitnění jejich života při zachování důstojných životních podmínek.

Cílová skupina: Dospělí lidé s duševní poruchou, která významně ovlivnila způsob jejich života a oddělila je od běžného místního společenství.

Poskytované sociální služby:

- Podpora samostatného bydlení
- Chráněné bydlení
- Sociální rehabilitace

Další aktivity:

- Polyfunkční centrum Dvojí svět
- Socioterapeutické centrum U Kocoura
 - ✓ Klub U Kocoura
 - ✓ Knihovna