

Univerzita Karlova v Praze

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

Monika Dudová

Možnosti zaměstnatelnosti lidí s duševním onemocněním na trhu práce

Turnově a okolí

Possibilities of employability for people with mental illness in the labor market
in Turnov and the neighbourhood

Praha 2015

Vedoucí práce: PhDr. Jaroslava Šťastná, Ph.D.

Poděkování

Na tomto místě bych velmi ráda poděkovala paní PhDr. Jaroslavě Šťastné, PhD., za její odborné a velmi vstřícné vedení, užitečné rady a věcné poznámky k bakalářské práci. Velmi ráda bych poděkovala za vstřícnost všech, kteří se podíleli na výzkumném šetření a v neposlední řadě své rodině za podporu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci zpracovala samostatně a s pomocí pouze uvedených pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v depozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze, dne 10. 5. 2015

.....
Monika Dudová

Anotace

Bakalářská práce vymezuje duševní nemoc a nastiňuje možnosti, které mají lidé s duševním onemocněním na trhu práce ve městě Turnově a jeho okolí. V bakalářské práci bude vymezena oblast duševního zdraví a nemoci, stigmatizace v zaměstnání, nezaměstnanost, legislativa týkající se duševně nemocných na trhu práce a sociální služby, které jsou jim poskytovány. Výzkumná část mapuje zaměstnavatele v Turnově a okolí, kteří zaměstnávají nebo by mohli zaměstnat osoby s duševním onemocněním, a rovněž mapuje celkový přístup firem ke zdravotně znevýhodněným.

Klíčová slova

Duševní nemoc, duševní zdraví, trh práce, nezaměstnanost, legislativa, sociální služby

Annotation

The bachelor thesis outlines the opportunity to find an employment in Turnov and its surroundings for people suffering from mental illness. The area of mental health and illness, stigmatisation in employment, unemployment, legislation concerning mentally handicapped people in a labour market and social services provided to them will be specified in this bachelor thesis. The part of research of this bachelor thesis concerns employers in Turnov and its surroundings, who could possibly employ people with mental handicap. The part of research also surveys an approach of corporations to handicapped people.

Keywords

Mental illness, mental health, labour market, unemployment, legislation, social service

Obsah

Úvod.....	9
Cíle.....	10
1. Nemoc a zdraví.....	11
1.1 Duševní onemocnění.....	11
1.2 Klasifikace duševních onemocnění.....	12
1.3 Duševní zdraví	15
1.4 Duševní hygiena.....	17
2. Trh práce, zaměstnávání OZP	19
2.1 Práce a zaměstnání	19
2.2 Nezaměstnanost.....	20
2.3 Duševně nemocní na trhu práce a jejich stigmatizace	22
2.4 Formy vstupu na pracovní trh	25
3. Legislativa	31
3.1 Geneze práv lidí s duševním onemocněním.....	31
3.2 Právo na práci duševně nemocných v legislativě ČR	33
3.3 Mezinárodní rámec zaměstnávání duševně nemocných	35
4. Služby podporující duševně nemocné	38
4.1 Podpora duševně nemocnému.....	38
4.2 Trendy v oblasti poskytování služeb.....	39
4.3 Pracovní a sociální rehabilitace.....	40
4.4 Návrat na pracovní trh.....	42
5. Teoretická fakta k výzkumné části	43
5.1 Město Turnov	43
5.2 Duševně nemocní na Turnovsku	43
5.3 Informace o organizaci sdružující duševně nemocné	45
FOKUS Turnov, z.s.	45

5.4	Zřizovatelé chráněných pracovních míst	46
6.	Praktická část	47
6.1	Cíl výzkumného šetření.....	47
6.2	Výzkumný předpoklad	47
6.3	Výběr respondentů	47
6.4	Metody sběru dat – rozhovory	47
6.5	Analýza dat.....	50
7.	Cílová skupina výzkumného šetření.....	51
7.1	Zaměstnavatelé ve výrobních firmách nad 500 zaměstnanců.....	51
7.2	Zaměstnavatelé ve výrobních firmách do 500 zaměstnanců.....	53
7.3	Zaměstnavatelé ve veřejném sektoru	55
7.4	Zaměstnavatelé v soukromém sektoru	57
8.	Projekt – Návlek a upevňování pracovních návyků osob se zdravotním postižením na Turnovsku	59
9.	Výsledek výzkumu	62
	Závěr	63
	Zdroje.....	65
	Knižní zdroje.....	65
	Internetové zdroje	66
	Přednášky a konzultace.....	67
	Zákony	67

Seznam použitých zkratek

ČR – Česká republika

ESF – Evropský sociální fond

DN – duševně nemocní

CHPM – chráněná pracovní místa

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky

OPLZZ – Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost

OZP – osoby se zdravotním postižením

PZ – podporované zaměstnávání

TP – trh práce

SF – sociální firma

ÚP – úřad práce

Úvod

Výběr tématu bakalářské práce je založen na znalosti dané komunity, ve které je řada duševně nemocných, jež se potýkají pouze s malou možností nalezení práce na běžném pracovním trhu. Jelikož práce je významným hybatelem pro řadu duševně nemocných lidí, kteří kvůli své nemoci z pracovního trhu museli odejít nebo se kvůli ní na trh ani nedostali, cíl šetření byl nasnadě. K napsání této práce přispělo mnoho důvodů, zejména ale ten, aby práce mohla sloužit jako zdroj informací vedoucí k dalším krokům v realizaci tréninkového centra ve městě Turnov.

Problematika zaměstnávání duševně nemocných na běžném trhu práce je diskutovaným tématem, se kterým se sami takto znevýhodnění lidé potýkají velmi často. Onemocnění značně zasahuje do života člověka a často významným způsobem ovlivňuje celkovou strukturu osobnosti. Navíc v životě je někdy těžké obstát i bez zdravotních obtíží.

Nemoc ovlivňuje nejen samotného člověka, ale nabaluje na sebe i mnohé problémy okolního života, se kterými se takový člověk musí vyrovnávat. Práce je jednou z oblastí, do které nemoc může zasahovat nebo ze které může vzejít. Jelikož se dnešní doba stále potýká s mírou diskriminace a stigmatizace, duševně nemocní nejsou výjimkou. Tento fenomén je významným způsobem ovlivňuje také v oblasti práce. Snaha o rovnost, přestože je mnoha právními akty vymáhána, stále není ve společnosti plně akceptována. Nemocní se tak propadají do kategorie lidí, kteří mohou být ohroženi sociálním vyloučením.

Ve společnosti můžeme najít určité tendence k zapojení této skupiny lidí zpět do běžného života, a to za pomoci chráněného prostoru, který jim dává možnost částečně uspokojit své potřeby, pracovat, nebo nějakým způsobem k zapojení se do společnosti alespoň přispět. Významným krokem by bylo přijetí duševně nemocných mezi běžné zaměstnance, čímž bychom jim umožnili zrehabilitovat se v přirozeném prostředí. V některých případech je tato možnost nereálná, ale věřím, že jsou tací, kterým by se díky novým možnostem zlepšil život a kteří by se mohli stát opět plnohodnotnými členy společnosti i se svým znevýhodněním.

Cíle

Cíle bakalářské práce směřují ke zjištění možností pracovních příležitostí vhodných pro osoby, které jsou duševně nemocné nebo duševní nemoc prodělaly. Cílem je zmapovat otevřený trh práce ve městě Turnov a v jeho okolí a zjistit konkrétní možnosti uplatnění duševně nemocných.

1. Nemoc a zdraví

1.1 Duševní onemocnění

Nemoci jsou nedílnou součástí lidské historie, bezesporu lze říci, že v některých minulých obdobích byly nejvýraznějším hybatelem dějin, například když nemoc zasáhla tisíce lidí a následně na ni nemocní umírali. Nejen civilizační choroby se zapisují do dějin lidstva, ale i mezi významnými historickými aktéry se objevovaly nemoci duše. Někteří za sebou zanechali umělecká díla, která jsou obdivována i v dnešní době, jiní vedli nerozumné války nebo byli vzýváni za božská zření. Novodobé chápání duševní nemoci je sice odlišné, ale stále není chápáno jako rovnocenné s nemocí tělesnou. Přitom nemoc duše bolí stejně jako nemoc těla.

Výklad duševní nemoci je různorodý, neboť sama lidskost je natolik rozmanitá, že přesnou definici konkrétního onemocnění je velmi obtížné vyslovit. Psychologové Hartl, Hartlová (2010, s. 346) vykládají duševní nemoc takto: „*Choroba, duševní nemoc, jejíž podstatou je porucha duševních funkcí ve smyslu hyper-, hypo-, dysfunkce nebo úplné ztráty funkce.*“ Vše, co vybočuje z normálu, můžeme považovat za stav dysfunkce. U zdraví je tato dysfunkce nemocí. Je nutné znát normu, abychom mohli oddělit patologii.

Pokud postavíme duševní onemocnění na roveň těm tělesným, vždy dochází alespoň ke chvilkovému a částečnému oslabení osobnosti, které se promítá do různých oblastí jeho života a rovněž zasahuje do fungování v jeho přirozeném prostředí. Nemoci ovlivňují i okolí, nejen rodinu, ale i další osoby, se kterými je nemocný v každodenním styku. Některé duševní nemoci nejsou rozeznatelné od prvního projevu, některé je možné předvídat. Především u lidí, kteří svým životním stylem spějí k tomu, že jim nemoc propukne. U jiných naopak nemoc předvídat nelze. Nemoci se mohou objevit jen jednou, některé se mohou opakovat nebo mohou mít trvalý charakter, což pak zanechá na osobnosti trvalé následky. Některá onemocnění mají povahu opakovaných atak, které jsou často nepředvídatelné, ale mezi jednotlivými projevy mohou obtíže přetrvávat. Předvídat, jakým způsobem se nemoc bude projevovat, je velmi obtížné, neboť každý člověk je osobností, u které má onemocnění specifický charakter a individuální dopad na jeho život.

1.2 Klasifikace duševních onemocnění

Duševní onemocnění je zásahem do života každého člověka. Důležité je, aby byla nemoc dobře rozpoznána, správně diagnostikována a podle diagnózy také následně léčena. Nejzákladnějším diagnostickým zdrojem je Mezinárodní klasifikace nemocí, označovaná jako MKN-10. Tato škála zahrnuje veškerá lidská onemocnění, od tělesných až k těm duševním. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR uvádí, že se každý rok klasifikace novelizuje a nyní platí MKN-10, která vešla v platnost v České republice dne 1. 1. 2013. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vychází ze Světové zdravotnické organizace (WHO) a funguje od roku 1954, v České republice vešla v platnost v roce 1994. V MKN-10 můžeme duševní nemoci najít pod písmenem F, které nese poruchy duševní a poruchy chování (F-00-F99), jak informuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [2014a].

Dělení duševních onemocnění dle MKN-10 dle ÚZIS [2014b].

F00–F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

Do této kategorie organických a symptomatických onemocnění řadíme různé typy demence, organický amnestický syndrom, který však nebyl vyvolán požitím alkoholu, delirium, jiné duševní poruchy a poruchy chování vyvolané poškozením, dysfunkcí mozku či tělesnou nemocí a neurčitá organická nebo symptomatická duševní porucha.

F10–F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

Sem řadíme veškeré poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek, ať už jde o farmaka předepsaná lékařem nebo jinými látkami ovlivňující funkci mozku. Řadíme sem akutní intoxikaci, škodlivé užití látky ohrožující zdraví, syndrom závislosti, odvykací stavy bez a s deliriem, psychotické poruchy způsobené užíváním nebo užitím psychoaktivních látek, reziduální nebo s pozdním nástupem a jiné.

F20–F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

V této kategorii najdeme schizofrenní poruchy, kterých je rozmanitá škála, od paranoidní, hebefrenní, katatonní a nediferencovanou schizofrenii po postschizofrenní deprese, reziduální schizofrenii a schizofrenia simplex. Dále schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy, akutní a přechodné psychotické poruchy, indukovaná porucha s bludy, schizoafektivní poruchy a jiné neorganické psychotické poruchy.

F30–F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

Vyznačují se poruchami nálad vedoucí k depresi nebo k mánii, zejména pak fáze manická a fáze depresivní, bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha, perzistentní afektivní poruchy a jiné.

F40–F48 Neurotické, stresové a somatoformní poruchy

Řadíme sem široké spektrum fobických poruch a jiné anxiózní poruchy, poruchu obsedantně-nutkavou (známou také pod pojmem obsedantně-kompulzivní porucha), reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení, disociativní poruchy a poruchy somatoformní.

F50–F59 Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Mezi nejznámější poruchy z této kategorie řadíme poruchy příjmu potravy. Zařazujeme sem neorganické poruchy spánku, sexuální poruchy nezpůsobené organickou poruchou nebo nemocí a v neposlední řadě duševní poruchy a poruchy chování související s šestinedělním, které nejsou řazené jinde, psychologické a behaviorální faktory, spojené s chorobami nebo poruchami, zařazenými jinde, abúzus (zneužívání látek nezpůsobujících závislost) a neurčené poruchy chování v souvislosti s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.

F60–F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

V této kategorii nalezneme specifické poruchy osobnosti (například paranoidní, histrionská, anxiózní porucha osobnosti), smíšené a jiné poruchy osobnosti a přetrvávající změny osobnosti, které nelze přisoudit poškození nebo nemoci mozku. Dále sem řadíme nutkavé a impulzivní poruchy (patologické hráčství, pyromanie nebo kleptomanie), poruchy pohlavní identity, sexuální preference nebo poruchy psychické a poruchy chování, které souvisí se sexuálním vývojem a orientací.

F70–F79 Mentální retardace

Jedná se o mentální retardaci, která je výsledkem nedokončeného zastaveného duševního vývoje, který vede z poruchy dovedností v určitém vývojovém stádiu člověka.

Retardace se hodnotí na základě standardizovaných testů inteligence nebo testy jinými. Řadíme sem poruchy způsobené lehkou, střední, těžkou nebo hlubokou mentální retardací.

F80–F89 Poruchy psychického vývoje

Tyto poruchy splňují vždy určitá kritéria. Začátek poruchy je v kojeneckém věku nebo v dětství. Porucha se týká vývoje funkcí, které mají vliv na biologickou vyspělost centrální nervové soustavy, a průběh je zejména trvalý bez relapsů a remisí. Mezi poruchy psychického vývoje patří specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, motorických funkcí, smíšené specifické vývojové poruchy, celostní vývojové poruchy a jiné.

F90–F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

V této kategorii nalezneme hyperkinetické poruchy, smíšené poruchy chování a poruchy emoční se začátkem specifickým pro dětství, dále tiky, poruchy sociálních funkcí a jiné poruchy chování a emocí se začátkem v dětství a dospívání.

F99 Neurčená duševní porucha

Nejedná se o organické poruchy.

Znalost duševních poruch je pro sociální pracovníky důležitá, neboť se setkává se širokou škálou klientů, mezi které často patří rodiny a blízcí nemocného nebo sami duševně nemocní, a je zapotřebí mít povědomí, jakým způsobem se nemocný člověk chová a jaké jsou s jeho onemocněním vázané okolnosti.

Alespoň okrajová znalost duševních poruch a poruch chování je pro sociální pracovníky důležitá také z hlediska rozpoznatelnosti duševní nemoci u klientů, kteří nevyhledali odbornou pomoc, aby jim jejich stav byl diagnostikován. Duševní nemoci mohou být sekundárním problémem, který vychází ze způsobu života klienta nebo z jeho životní situace. Sociální pracovník se znalostí psychických onemocnění vycházející z MKN-10 tak bude připraven snáze řešit konkrétní případ a následně odkázat na příslušného profesionála – psychologa nebo psychiatra.

Jak uvádí Probstová a Pěč (2014, str. 21), pomáhající profese mají k diagnostikování rozdílné přístupy vedoucí k odmítání psychiatrické diagnostiky: *„Přehnaný respekt sociálních pracovníků k diagnostice plyne z pocitů neznalosti a nedostatečné kompetence ve srovnání s psychiatrií a klinickými psychology. Ti mají diagnostiku a znalost mezinárodní klasifikace onemocnění, která zařazuje a popisuje onemocnění podle jednotlivých kritérií, „v popisu*

práce.“ Jak dále popisují, dobrá diagnóza je však základem, neboť se od ní odvíjí další jednání, ať už správně zvolená psychoterapie, nebo další léčebné a rehabilitační postupy.

Pro samotného duševně nemocného může být proces diagnostikování sociálním pracovníkem stigmatizující, neboť by mohl „běžný“ problém vést až k neočekávané diagnóze nemoci, ze které mohou vyplynout sekundární problémy v jeho přirozeném prostředí. Důležitým momentem je podchycení rizikových faktorů vedoucích ke vzniku duševní nemoci.

1.3 Duševní zdraví

Vyložit pojem duševní zdraví je velice složitá záležitost. Pokud nemůžeme na duši sáhnout, ale můžeme ji jen teoreticky zkoumat, můžeme určit, co běžné je a co běžné není. To, co se zkušeným profesionálům nebo celé společnosti zdá abnormální, co vybočuje, nepovažujeme za duševní zdraví. Jakým způsobem ale můžeme zdraví psychiky zkoumat?

Jednou z disciplín zkoumajících zdraví duše je psychologie zdraví. Jak popisuje Křivohlavý (2001), psychologie zdraví zkoumá, jakým způsobem mají aktivity nebo chování a jednání dopad na lidské zdraví, ať už se jedná o pozitivní či negativní vliv. Avšak tato disciplína je spíše zaměřena na zdravější populaci, která se pohybuje v normálu. Popisuje, jak předcházet zdravotním potížím a chová se spíše preventivně. Zůstává ale dobrým příkladem pohledu na lidské duševní zdraví a jeho vývoj.

O člověku se v dnešním světě hovoří jako o bio-psycho-sociálním modelu, který funguje pouze v kooperaci všech jeho složek. Novým trendem je k tomuto modelu přidat složku duchovní, zahrnující víru, nebo také hodnoty jedince, jeho priority a celkový smysl života. Pokud jedna složka v tomto modelu nefunguje, nebude fungovat člověk jako komplexní zdravá bytost, ale začnou se dít změny, které s sebou nesou následky. Vznik duševního onemocnění může mít genetický základ, kdy pravděpodobnost přenesení rizika vzniku onemocnění se děje v genetické informaci a možnost propuknutí nemoci je tak vyšší. Ke vzniku pak může přispět nevhodné prostředí jedince nebo jiné spouštěcí faktory, které společně s genetickou výbavou nejčastěji zapříčiňují vznik duševního onemocnění.

Velmi dobrým příkladem jsou psychosomatictí zastánci, kteří o člověku hovoří jako o souhrě těla a duše. Jinak budou na člověka nazírat lékaři, pro kterého je zdravý člověk ten, u kterého vymizela nemoc nebo její symptomy. Především z toho důvodu, že množství

lidí přicházejících do lékařských ordinací je tak velké, že není možné se věnovat pacientovi po jiné stránce než po té tělesné. Psychosomatický přístup by však mohl být srozumitelný i biologicky orientovaným lékařům. Je totiž známé, že funkce centrálního nervového systému reagují na všechny možné situace, nervy pak vedou signály k orgánovým soustavám a orgánům, a vegetativní nervy posléze ovlivňují psychiku.

Zastávám názor o komplexním chápání člověka jako bio-psycho-sociálního celku, který je v neustálé interakci nejen ve svém vnitřním světě, ale i se světem okolním, který následně může ovlivňovat strukturu jeho osobnosti. V dnešní chaotické době působí na člověka nesčetně různých podnětů, přinášejí mu nejen spousty možností a vymožeností, ale i tlak, rozvraty a nevědomí, které následně přináší stres a zátěž. Právě tyto vlivy mohou vést k počátku tělesné nemoci, která poté zapříčiní nemoc duševní, anebo naopak. Přihlédneme-li ke genetickým predispozicím, může být duše nejohroženějším aspektem.

K pojetí bio-psycho-sociálního modelu se připojuje i Světová organizace zdraví (World health organization – WHO) v rubrice Mental health [2014], která definuje zdraví jako: „*Stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci.*“ WHO je zastáncem podpory pohody, preventivních opatření duševních chorob a jejich léčby a rehabilitace.

Samo zdraví, jak vymezuje Hartl, Hartlová (2000, s. 701) je: „*Souhrn vlastností organismu, které jsou sto vyrovnávat se s měnícími se vlivy vnějšího prostředí, včetně pracovního a interpersonálního, aniž jsou narušeny fyziologicky důležité funkce.*“

Dle Seedhouse (in Křivohlavý, 2001, s. 30) lze zdravého jedince rozdělit na čtyři kategorie na základě hodnocení určitého typu lidí – jinak vnímá zdraví *lékař*, který vnímá zdraví jako absenci nemoci nebo úrazu, *sociolog* pak vykládá pojem zdraví jako jedince, který správně funguje ve všech sociálních rolích, jež mu náleží, *humanista* pak vnímá zdravého jedince jako takového, která zvládá všechny životní situace a *idealista* jej pak popisuje jako osobu, které je dobře ve všech lidských aspektech.

Ve své publikaci Hartl, Hartlová (2000, s. 702) popisují duševní zdraví dle S. Freuda jako: „*...schopnost pracovat, milovat a hrát si.*“ A dále je zde popsána kategorizace duševního zdraví dle M. Jahodové, která jej rozdělila dle šesti kritérií:

- A. „*pozitivní postoj jedince vůči sobě samému,*
- B. *zdraví růst a stupeň sebeaktualizace,*
- C. *vyvinuté ústřední syntetizující funkce*
- D. *autonomie,*
- E. *přiměřené vnímání reality,*
- F. *zvládnání vnějšího prostředí.“*

Klasifikovat zdraví i nemoc můžeme mnoha způsoby. Ve výsledku je důležité, aby se člověk cítil dobře sám se sebou a ve svém přirozeném prostředí a aby jeho činnost nevedla k poškozování zdraví, ať už psychického nebo fyzického, a to jak svého, tak i druhého člověka.

V tomto neustálém lidském koloběhu je velmi důležitý odpočinek a regenerace. Opět je to důležité pro obě složky člověka. V kontextu duševního zdraví hovoříme o duševní hygieně.

1.4 Duševní hygiena

Bezesporu důležitým preventivním aspektem ochrany duševního zdraví je tzv. psychohygiena – duševní hygiena, hygiena duše. Stejným způsobem, jako se staráme o čistotu vlastního těla, bychom se měli starat o očistu duše. K tomu slouží duševní hygiena neboli řada určitých principů a postupů, které slouží k udržení zdravé mysli a psychiky a které předcházejí vzniku onemocnění.

V psychologickém slovníku, Hart, Hartlová (2000, s. 199), je psychohygiena definována jako: „*Obor, který se zabývá rozvojem a podporou duševního zdraví, prevencí duševních poruch a nemocí, pomáhá k tomu soubor opatření a postupů, jak těchto cílů dosáhnout.*“ V neposlední řadě je zde zmíněna důležitost správné životosprávy a předcházení vzniku duševních chorob.

Předcházení a prevence duševních nemocí je v dnešním světě jednou z mála možností, jak s rozvojem nemocí bojovat. Podchycení nemoci v jejím počátku či zabránění jejího vzniku přináší člověku lepší vize do budoucna. Vědomí nemoci je zásadní, neboť vznik a následně rozvíjející se nemoc způsobuje problémy nejen v životě nemocného, ale zátěž se přenáší i na

nejbližší okolí a může vést k problémům v rodině, v pracovním prostředí či v celé komunitě. Dlouhodobé neřešení problémů vede k zátěži mysli, která brání žít naplno a vědomě odbourávat následné problémy běžného života. Prevence je v tomto ohledu nejjednodušším krokem.

Psychohygienu jako obor vymezuje několik oblastí, ve kterých by se člověk měl zaměřit na svoji psychiku, a tím předcházet vzniku duševních chorob. Zejména je dobré uzpůsobit tempo svého života tak, aby měl člověk čas na relaxaci a na duševní rozvoj. Psychika se pak stane odolnější vůči rizikům, jež přináší doba a životní prostředí. Nedílnou součástí psychohygieny je přiměřené chování a vztahy, ve kterých se člověk nachází, neboť právě emoce jsou silným hybatelem psychiky.

Za další pozitivní aspekt v psychohygieně je snaha vyvarovat se špatné životosprávy, a to nejen po stránce nutriční, ale také v oblasti návykových látek, kouření a jiných škodlivých činitelů. Další nedílnou součástí lidského života, ve které by se každý měl zaměřit na psychickou pohodu, je pracovní prostředí. Zde se nachází mnoho ze spouštěčů duševních chorob, např. dlouhodobý stres nebo šikana na pracovišti. Rozvržení svých možností a objektivní posouzení vlastních sil je nedílnou součástí psychohygieny a prevence psychických i fyzických chorob nebo úplného vyhoření.

2. Trh práce, zaměstnávání OZP

2.1 Práce a zaměstnání

Do pracovního koloběhu se můžeme dostat již v brzkém věku a možnosti přivýdělku a následného hospodaření s vydělanými penězi jsou prospěšným ukazatelem, který nás na produktivní věk může připravit. Práce by měla být nedílnou součástí života téměř každého dospělého člověka. Ať už je vykonávána za účelem zisku finančních prostředků, nebo společenského uplatnění, vždy přináší hodnoty do života každého jedince.

Práci, jakožto viditelnou činnost, můžeme pozorovat i mimo zaměstnání, která nepřinášejí zisk financí. Například můžeme pracovat jako dobrovolník, který není oceněn žádnou finanční odměnou, nebo můžeme pracovat na svém pozemku pro vlastní potěšení. Avšak pracovní nasazení se může prokázat právě v zaměstnání.

Zaměstnatelnost, jak ji definuje Kuchař (2007, s. 113), je: „*Schopnost jedince najít takové zaměstnání, které je v souladu jak s jeho individuálními charakteristikami, tak s objektivními požadavky trhu práce.*“ Kuchař dále uvádí, že uplatnění na trhu práce ovlivňuje několik faktorů. Od demografických, které zahrnují věk, pohlaví nebo například národnost, osobnostní charakteristiky, jako je vzdělání, praxe nebo pracovní motivace, přes makrosociální a makroekonomické aspekty, mezi které řadí kulturní podmínky nebo úroveň ekonomiky, k samotnému zaměstnavateli, který disponuje technologickým kapitálem, finančními prostředky nebo pracovními podmínkami.

Bezesporu jsou zaměstnatelnost a trh práce velmi se měnícím prostředím. Některé faktory lze přizpůsobit a ovlivnit, některé jsou však statické a pracovní trh se musí přizpůsobit jim. Problém však nastává u těch, kteří se trhu práce přizpůsobovat nechtějí. Kuchař (2007) hovoří o jedincích, kteří se tímto způsobem postupně stávají nezaměstnatelnými, a riziku jejich sociálního vyloučení. Tito lidé se stahují do sociálních skupin, které si vytváří vlastní hodnoty a vlastní systém norem. Zde je velmi dobře vidět, jakým způsobem je přizpůsobení se požadavkům trhu práce důležitou složkou k vytvoření a udržení si spokojeného života, který přináší do života hodnoty.

V dnešní době rychlého tempa a vysoké konkurence je velmi obtížné odolat všem tlakům společnosti a nabídky, aniž bychom nemuseli nic obětovat. Každý handicap, nejen ten zdravotní, přináší určitou stigmatizaci a následné znevýhodnění při uplatnění na trhu práce.

Duševní nemoc je jedním z aspektů, který často brání možnosti zajímat se o chtěná pracovní místa. Jelikož nemoc přináší určitá omezení, je pravděpodobné, že se pracovní trh nepřizpůsobí nemocnému, ale naopak se bude muset přizpůsobit nemocný.

2.2 Nezaměstnanost

Pracovní trh je místem neustále se měnícího toku lidí, pozic a kapitálu. V této oblasti můžeme sledovat rozdělení na několik typů nezaměstnanosti, které se týkají především těch lidí, jež nejsou zdravotně znevýhodnění a na pracovní trh mají přímější cestu. Nezaměstnanost popisuje řada autorů, rozdělení nezaměstnanosti klasifikují obdobně.

Frikční nezaměstnanost

Například Mareš (1994) frikční nezaměstnanost popisuje jako přesun od jednoho zaměstnání ke druhému, kdy doba nezaměstnanosti je poměrně krátká, pouze dočasná a uchazeč takto jedná dobrovolně. Nezaměstnanost pak tvoří dobu, kdy si uchazeč práci hledá nebo jako absolvent na pracovní trh teprve vchází. Tato mobilita mezi dvěma zaměstnáními nebo mezi školou a zaměstnáním se pak pokládá za nezaměstnanost frikční. Doba frikční nezaměstnanosti dle Mareše pak ovlivňuje náročnost uchazeče na podmínky budoucího pracovního místa a také na podporu ze strany sociálního státu. Za změnu zaměstnání, která je základem frikční nezaměstnanosti, pak nemůžeme považovat nezaměstnanost strukturální.

Strukturální nezaměstnanost

Ztráta zaměstnání, která plyne z rozpadu podniků, pracovních institucí v řadě odvětví, která na pracovním trhu dále nemají uplatnění. Tím přicházejí o zaměstnání kvalifikovaní lidé, pro které není v daném oboru uplatnění. Takto strukturální nezaměstnanost popisuje Mareš (1994). Dále se zmiňuje o faktu, kdy propuštění kvalifikovaní lidé nemusí odpovídat požadavkům volných pracovních pozic, čímž se hůř dostávají zpět na pracovní trh, neboť poptávka je kvalifikačně nebo ekonomicky odlišná. „*Tak se mění struktura poptávky po práci, které se struktura její nabídky jen obtížně přizpůsobuje.*“ Mareš (1994, s. 19). Běžnějším typem oproti nezaměstnanosti strukturální je cyklická nezaměstnanost.

Cyklická nezaměstnanost

Za cyklickou nezaměstnaností, jak už název napovídá, si můžeme představit cyklus období zaměstnanosti a nezaměstnanosti. Mareš (1994) charakterizuje cyklickou nezaměstnanost jako střídání cyklu, kdy poptávka po práci v určitém období je vyšší než je nabídka, obecněji ji vykládá tak, že nezaměstnanost nastává z důvodu nedostačující poptávky po určitém zboží. V praxi tento cyklus můžeme pozorovat například ve stavebnictví, kdy je nízká poptávka v období zimy, nestaví se kvůli přírodním podmínkám, naopak s příznivějším počasím poptávka stoupá a je potřeba zaměstnat více dělníků na uspokojení poptávky. Dle Mareše (1994) můžeme tuto nezaměstnanost označit jako sezónní nezaměstnanost.

Skrytá nezaměstnanost

Mareš (1994) hovoří v této souvislosti o lidech, kteří nejsou vedeni jako nezaměstnaní, ale na trhu práce se nepohybují. V případě, že by se naskytla příležitost k zaměstnání odpovídající jejich požadavkům, tito nezaměstnaní by ji pravděpodobně přijaly. Avšak sám nezaměstnaný si aktivně práci nehledá - jedná se například o ženy v domácnosti nebo studenty, kteří žijí u rodičů. Jedná se o početnou skupinu lidí.

Neúplná zaměstnanost

Za neúplnou zaměstnanost se považuje pracovní poměr na zkrácený nebo částečný úvazek. Dle Mareše (1994) se jedná o zaměstnance, u nichž je úvazek snížený, přestože by rádi pracovali na úvazek plný, nebo v jejich zaměstnání nemůžou plně využít jejich kvalifikaci a ostatní dovednosti. Částečně se tzv. neúplnou zaměstnaností řeší problematika běžné nezaměstnanosti, kdy dostává příležitost více uchazečů o jedno pracovní místo. Přináší s sebou ale snížené finanční ohodnocení, kratší pracovní dobu a také jistou sociální změnu.

Nezaměstnanost DN se může zdát společnosti v pořádku, mohou je hodnotit jako méně výkonné a pro firmy vyžadující vysoké pracovní nasazení jako problém. Zaměstnání a hodnoty, které práce přináší, může naopak pro DN znamenat krok, který napomáhá zlepšit jeho psychický stav. Během své praxe s DN jsem se setkala se střetem zájmů, kdy chronicky duševně nemocní pobírají invalidní důchod, který jim pro zajištění životních nákladů stačí, a k práci nejsou motivovaní.

Vzhledem k jejich stavu soudím, že tito lidé by mohli nastoupit například na chráněné pracovní místo, kde by byli přínosní, a věřím, že by je pracovní nasazení uspokojovalo. Avšak jejich finanční uspokojení je nemotivuje k uplatnění se na pracovním trhu.

2.3 Duševně nemocní na trhu práce a jejich stigmatizace

Trh práce je velmi pohyblivým mechanismem, který si klade v každé společnosti určité nároky. Často může být shledán jako velmi náročný proces, při kterém nemá člověk jistoty a při kterém musí vynaložit mnoho úsilí k jeho získání a udržení. Pokud zaměstnanec onemocní, nemusí to hned znamenat, že je neschopen práce. Může jít o krátkodobou neschopnost, která se brzy vyřeší, a nemocný může ve své činnosti pokračovat. Tento stav chvilkové nepohody může také vyřešit dovolenou nebo krátkým pobytem na nemocenské. Pracovní nasazení, které je ovlivněno nemocí, může být nižší, neboť může vlivem nemoci docházet ke zpomalení některých funkcí, k vyšší unavitelnosti nebo k neshodám v kolektivu. Pokud je ze strany zaměstnavatele možnost úpravy pracovních podmínek pro takto nemocného zaměstnance, který může zůstat na své pozici, byla by taková změna ideálním řešením.

Problém by mohl nastat i při nižší kvalifikaci zaměstnance, kdy by jeho pozice mohla být zastoupena jiným uchazečem, který splňuje potřebná kritéria. Tímto způsobem je riziko ztráty zaměstnání vyšší a faktory k vyloučení z pracovního trhu pro nízko kvalifikovaného zaměstnance vedou k horší uplatnitelnosti.

Pokud se ale jedná o dlouhodobou nemoc, pozice duševně nemocných, obecně lidí s handicapem, je složitá. Jak jsem se nejen při svém studiu dozvěděla, na pracovním trhu dochází k jejich stigmatizaci. Ta může být způsobená i neznalostí ze strany zaměstnavatelů a spolupracujících, kteří o duševní nemoci smýšlí zkresleně nebo ani nevědí, jakým způsobem o nemoci hovořit.

Při přijetí do zaměstnání spadá DN do skupiny zdravotně postiženého člověka, v lepším případě mu jsou vytvořeny specifické pracovní podmínky, i přestože si to nepřeje.

Problém, který by eventuálně mohl u nemocného nastat, se může zaměstnavatelům často zdát jako riziko. Pokud duševně nemocný člověk dostane ataku a nemoc se musí léčit takovým způsobem, že musí být hospitalizovaný na delší dobu, zaměstnavatel je povinen mu platit náhradu za dobu nemoci.

Může nastat situace, že zaměstnavatel po ukončení pracovní neschopnosti skončí pracovní poměr z jakéhokoli možného důvodu, proto bude tento nekonečný kruh končit opět na začátku u přijímacího pohovoru. Faktem je, že jeho pracovní místo během hospitalizace je v inertním stavu a ekonomický obrat stagnuje – nemocný nevytváří ekonomické hodnoty a je pro zaměstnavatele nepřínosný. A to i přes to, že první tři dny nemoci jsou neplacené, zbytek do čtrnáctého dne nemoci zaměstnavatel vyplácí jako náhradu mzdy, od patnáctého dne spadá nemocný do sektoru správy sociálního zabezpečení a dostává nemocenskou dávku. Takto je to u všech zaměstnanců.

Avšak právě práce může být hlavním udržovacím mechanismem pro duševní nemoc. Dle Vágnerové (2008) je duševní onemocnění určitou fyziologickou odlišností, které je posuzované dle určitého kritéria, avšak společností je často vnímána jako sociální problém.

Stále zůstává faktem, že duševní onemocnění je stigmatizováno a určitým způsobem se stalo stereotypem nejen na poli pracovním. Stigmatizace, Hartl, Hartlová (2000, s. 565), je označovaná jako: „...*předsudek vůči někomu, komu jsou pak připisovány záporné vlastnosti, předem dané záporné hodnocení, které je okolím přisouzeno jedinci, skupině, organizaci.*“ V mnoha případech by mohla být další překážkou sebe-stigmatizace, kdy uchazeč s duševní nemocí sice o možnost zařazení na pracovní trh zájem má, avšak předem vyhodnotí, že je získání pracovního místa nemožné. Pokud si je své nemoci vědom, může se obávat reakce okolí.

Dalším příkladem by mohla být situace, kdy se nemocný člověk uchází o pracovní místo a zaměstnavatel dostane informaci, že je uchazeč poživitelem invalidního důchodu. V této situaci může přijít otázka, z jakého zdravotního důvodu důchod pobírá. Nemocný uchazeč může odpovědět způsobem, který ho v možnosti přijetí neomezí, a zvolí raději fyzické potíže namísto psychických. Často by se tento fakt mohl zdát polehčující, neboť by mohl být zaměstnavateli považován jako méně závažný.

Uvádění duševní nemoci není nutné, i když může někdy naopak usnadnit komunikaci a pozdější akceptaci na pracovišti. Zejména v případech, kdy se zaměstnanec v pracovním kolektivu začne chovat neobvykle. Toto chování může u ostatních pracovníků vyvolat strach, nemocnému kolegovi se začnou vyhýbat a při přetrvávání potíží by se nemocný mohl ocitnout v izolaci. I v takovýchto případech dochází k diskriminaci nemocného, neboť je v kolektivu spolupracovníků za toho kolegu, který se chová podivně a nějakým způsobem vybočuje z řady. Ostatní ho i třeba nevědomě začnou diskriminovat a nebudou se k němu chovat stejně jako k ostatním. V případě, že by pracovní tým o duševní nemoci kolegy věděl, nemuselo by dojít k nevědomé diskriminaci, ale v lepším případě k pochopení a pomoci tuto situaci zvládnout.

Tento fakt se dokonce může stát motivací k překonání určitých psychických stavů, neboť často se spoluzaměstnanci stráví jedinec větší část svého aktivního dne. Druhá strana kolegiálnosti je méně pozitivní, a to ta, kdy má kolektiv snahu tlačit jedince do stresujících a velmi vypjatých situací, vedoucích například k přemíře stresu nebo workoholismu, a tím v jedinci psychickou nemoc nastartovat. Pracovní trh se zdá být místem, kde je možnost propuknutí psychické nemoci vysoká.

Integrace lidí s duševním onemocněním na trh práce zůstává neprozkoumanou oblastí. Jen zřídka dokáže porovnat míru efektivity při vstupu na trh. Pravděpodobně by mělo záležet na subjektivních schopnostech a možnostech nemocného, bezesporu by je měl objektivně zhodnotit ošetřující lékař nebo jiný kvalifikovaný profesionál.

Duševní nemoc není vždy překážkou při uplatňování pracovních schopností, může se stát zdrojem lepšího výkonu a vyšší míry efektivity či zdrojem empatie. Mohli bychom brát v úvahu i možnosti vyšší míry angažovanosti okolí nebo odborníků. Pokud je míra zapojení více lidí žádoucí, nemocný jedinec může získat oporu pro další jednání a motivaci k hledání či udržení si práce. Mělo by to být výzvou nejen pro sociální okolí duševně nemocného, ale především proto, aby nedocházelo ke stigmatizaci a následné diskriminaci nemocného.

2.4 Formy vstupu na pracovní trh

Jelikož otevřený pracovní trh přináší vyšší nároky na zaměstnance, setkáváme se v běžném životě s různými formami pracovního uplatnění, které jsou pro DN vhodné a které následně umožňují vstup na otevřený TP.

Podporované zaměstnávání

Výrazným činitelem v oblasti PZ je Česká unie pro podporované zaměstnávání (2010), která uvádí, že cílem tohoto typu zaměstnávání je vyrovnávání pracovních příležitostí pro znevýhodněné jedince, kteří kvůli svému postižení, ať už fyzickému nebo psychickému či jinému znevýhodnění, mají problém vstoupit na běžný pracovní trh, a kteří potřebují dlouhodobou a individuální podporu před i během zaměstnávání. Smyslem služby je pak získání a udržení pracovní pozice na běžném trhu práce, která vede k obstarání finančních prostředků, zapojení do pracovního kolektivu a jiných náležitostí souvisejících s běžným zaměstnáním.

Česká unie pro podporované zaměstnávání (ČUPZ) [2010], definuje několik charakteristik PZ:

- Jedná se o individuální řešení situace člověka a jeho dosazení na určitou pracovní pozici.
- Podpora je poskytována přímo na pracovišti a u konkrétního uchazeče se může opakovat.
- Služba se přizpůsobuje konkrétnímu člověku a zaměřená je na individuální pomoc, od osobních konzultací, doprovod, pracovní asistenci, poradenství nebo návazných služeb.
- Poskytování služby vede uživatele při uplatňování pracovních práv a je poskytována tak, aby vedla k co nejpřirozenějšímu stavu.

Cíle PZ jsou dle Matouška (2013) zisk a udržení pracovního místa na běžném trhu práce, o které má osoba zájem a které odpovídá jeho možnostem, schopnostem a dovednostem. Především by služba měla směřovat k podpoře a rozvinutí schopností, které vedou k dlouhodobému udržení si pracovní pozice a k upevnění pracovních návyků.

V rámci PZ je uplatňována tzv. služba zaměstnavateli, kdy v pracovním procesu působí pracovní konzultant, který napomáhá zaměstnavateli vytvářet individuální a vhodnou pracovní náplň pro zaměstnance a podporuje zaměstnance při vyřizování potřebností k nástupu do zaměstnání. Za jednu z nejpodstatnějších aktivit PZ se považuje podpora zaměstnance se znevýhodněním při zapojení do pracovního kolektivu (Matoušek, 2013).

V roce 2012 bylo provedeno poslední šetření mezi agenturami podporovaného zaměstnávání v ČR. Evidovaných agentur poskytující tuto formu zaměstnávání byl k 31. 12. 2012 počet 54. V tomto roce je využilo necelých 1800 klientů, což oproti roku 2011 je bezmála o 650 uchazečů méně. Roční náklady v rámci podporovaného zaměstnávání jsou na necelých 77 tisíc Kč na jednoho klienta (Vitáková, 2012).

Během uplatňování principů podporovaného zaměstnávání je využita metoda sociální rehabilitace a vede k uplatnění jedince na otevřeném trhu práce (Matoušek, 2013).

Chráněné pracovní místo

V zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, kde je chráněné pracovní místo zakotveno v §75, je definováno, že se jedná se o místo, které je zbudováno za účelem zaměstnávat osobu se zdravotním postižením. Na zřízení tohoto místa dostává zaměstnavatel příspěvek od ÚP s tím, že musí být obsazeno po dobu 3 let a příspěvek slouží k potřebám vybavení pracovního místa. MPSV uvádí, jaké příspěvky od ÚP zřizovatel obdrží.

V případě zaměstnání zdravotně postižené osoby může obdržet částku do výše maximálně osminásobku průměrné mzdy v národním hospodářství a v případě zaměstnání jedince s těžším zdravotním postižením dosáhne na příspěvek až dvanáctinásobku. Výše průměrné mzdy v národním hospodářství se pak vypočítá za 1. až 3. čtvrtletí předchozího roku.

Matoušek (2013) odlišuje chráněné pracovní místo od podporovaného tím, že CHPM je zřizováno osobě zdravotně postižené a na rozdíl od PZ spolupracuje s ÚP. Nahradilo tak chráněné dílny, které byly určeny především pro znevýhodněné lidi.

Sociální firmy (sociální podniky)

Další formou uplatnění znevýhodněných osob na trhu práce je sociální firma. Encyklopedie sociální práce (Matoušek, 2013) ji řadí mezi pracovně-integrační podniky neboli podniky vytvářející pracovní místa pro osoby se znevýhodněním za účelem jejich sociálního a ekonomického zařazení do společnosti. Sociální firma je charakterizována počtem nejméně 30% osob s určitým postižením nebo ztíženým vstupem na trh práce. V tomto druhu zaměstnání jim je pak poskytována sociální a pracovní podpora, chod firmy se pak v tomto případě přizpůsobuje potřebám zaměstnaných osob. V SF působí zdravotní nebo sociální pracovníci jako asistenti, většinou jsou externími pracovníky.

Matoušek (2013) charakterizuje standardy sociálních firem v konkrétních oblastech.

- Podnikání: Nejméně polovina zisku firmy je zajištěna z prodeje zboží nebo služeb podniku, tím dokáže obstát konkurenčnímu prostředí. Další prostředky získané z veřejného rozpočtu, darů apod. jsou doplněním příjmu, čímž dorovnávají finanční schodek plynoucí ze zaměstnávání znevýhodněných osob.
- Zaměstnávání: SF nezaměstnává méně než 25% a více než 55% znevýhodněných osob. Každý zaměstnanec má s firmou pracovní smlouvu, finanční odměna za odvedenou práci je přímo úměrná běžné pracovní pozici v daném regionu.
- Podpora: SF jsou zbudovány tak, aby svou funkcí vedly k pracovní a sociální podpoře znevýhodněných, jejich zapojení do kolektivu v rámci firmy a jejich úspěšnou adaptaci a rozvoj na pracovním poli.

Matoušek (2013, s. 449) uvádí odlišnost mezi sociální firmou a chráněnou pracovní dílnou: „V chráněné pracovní dílně pracuje na základně pracovní smlouvy nejméně 60% zaměstnanců se zdravotním znevýhodněním. Chráněná pracovní dílna je na rozdíl od SF prioritně službou zaměstnávání, nikoli podnikání, je přítomen stálý pracovní terapeut, důraz na výkon je druhotný a motivace k finanční soběstačnosti je relativně slabá.“ V rámci SF je kladen důraz na podnikání, což nevede ke stigmatizaci znevýhodněných, ale slouží jako dobrá motivace k práci a k dalším inovativním výkonům.

Sociálně terapeutická dílna

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, definuje sociálně terapeutické dílny jako ambulantní služby, které jsou vytvořené za účelem pomoci lidem se sníženou soběstačností způsobenou zdravotním postižením, které znemožňují zaměstnání na běžném i chráněném pracovním trhu. Cílem sociálně terapeutických dílen je podpora při pracovních návycích, která je zpravidla dlouhodobá a vykonává se pravidelně skrze sociálně pracovní terapii. Cílem sociálně terapeutických dílen a v nich prováděné sociální rehabilitace, je především podpora soběstačnosti a nezávislosti v běžném životě. Sociálně pracovní terapie je však prováděna za účelem uplatnění na pracovním trhu, kdy v podobě učení se pracovním návykům dochází k posilování dovedností, které klient následně uplatňuje na pracovním trhu, informuje MPSV [2010].

Přechodné zaměstnávání

Dle Probstové (2010) je krátkodobé zaměstnávání: *„Forma krátkodobé pracovní rehabilitace v přirozeném prostředí, která klade velký nárok na profesionalitu asistenta, který klienta zaučuje, je mu mostem, ale také „náhradníkem“ v pracovním procesu.“* Jak dále popisuje, je pro duševně nemocného člověka snazší přechod od méně náročné práce, například v chráněné dílně, k práci, která vyžaduje větší pracovní nasazení, jako je brigáda na otevřeném pracovním trhu.

Jedná se o registrovanou sociální službu ukotvenou v zákoně č.108/2006 Sb. o sociálních službách a zakládá se na sociální rehabilitaci duševně nemocných během krátkodobých pracovních umístění. Cílem je podpořit dlouhodobě duševně nemocné na pracovním trhu, kteří mají zájem získat zkušenosti nebo jejich dovednosti obnovit a prohloubit.

Občanské sdružení ESET-HELP [2010] podává základní charakteristiky přechodného zaměstnávání:

- Zaučení během dvou týdnů nácviku probíhá velmi intenzivně, následně individuální přístup
- Není vázáno pracovní smlouvou, pouze smlouvou o sociální rehabilitaci na dobu 6 měsíců

- Pracovní doba se pohybuje od 3 do 12 hodin týdně, není vyžadována kvalifikace
- Finanční odměnu pracovník nepobírá po dobu prvních dvou týdnů, následně se vyměřuje odměna za práci, důležitým faktorem je zde pobírání invalidního důchodu.

Tréninkové kavárny

Tréninková centra, známá jako tréninkové kavárny, slouží duševně nemocným k jejich pracovní a sociální rehabilitaci, zejména pak k jejich přípravě na zapojení do pracovního procesu. Slouží lidem, kteří mají bez pomoci problém zapojit se do pracovního koloběhu, jelikož nedisponují schopnostmi nebo dovednostmi, které k výkonu práce potřebují nebo si tyto schopnosti a dovednosti z důvodu nemoci netrénovali a postupně ztratili nebo zapomněli. K osvojení těchto návyků slouží tato forma zaměstnávání zdravotně znevýhodněných, kteří spějí k návratu na pracovní trh nebo alespoň k jejich částečné rehabilitaci.

Znevýhodněný člověk nastupuje v tréninkové kavárně na pozici, která je vázaná smlouvou se zaměstnavatelem, a posléze vykonává různé pracovní pozice. Z vlastní zkušenosti vím, že znevýhodnění zaměstnanci se vystřídají u různých druhů práce. Nejprve mají na starost například úklid prostor, poté vykonávají pomocné práce v kuchyni a nakonec jsou číšníci, kteří obsluhují hosty anebo občerstvení připravují.

Tento způsob pracovní rehabilitace pomáhá znevýhodněným osobám navyknout si na pravidelné rozvržení dne, kdy se sleduje jejich dochvilnost, spolupráce v týmu a povinnosti, které jim zaměstnání ukládá. Během tréninkové doby si osvojí rutinní záležitosti, které vytvářejí harmonogram dne, a spolu s vlastním výkonem práce si osvojují dovednosti, které během dalšího zaměstnání mohou využít. Velkým přínosem tohoto typu kaváren je, že sdružuje široké spektrum odborníků, kteří znevýhodněného zaměstnance podporují, pomáhají mu osvojit si pracovní dovednosti a vytvářet potřebné pracovní návyky. Součástí týmu bývají terapeuti, kteří se starají o přicházející klienty a poskytují jim pomoc během práce, ale i zpětnou vazbu, která může být pro celý kolektiv velmi zásadní.

Tréninkové kavárny jsou zajímavým centrem dění, neboť se ve spoustě z nich pořádají koncerty a jiné kulturní akce a lákají lidi na zajímavý sortiment zboží, který je doplněn o zajímavý a milý přístup obsluhujícího personálu.

Job kluby

Jedna ze skupin, kterým mohou tzv. job kluby sloužit, jsou duševně nemocní. Tyto kluby jsou zaměřené na pracovní poradenství a na aktivizaci motivace uchazeče o zaměstnání. Setkávání v klubu je pravidelné po určitou dobu a zacílené na získání různých informací, schopností a dovedností k následnému uplatnění na TP. Tato forma podpory se vyskytuje při úřadech práce, ale ne na všech ÚP je běžná.

3. Legislativa

Legislativní ošetření práv DN nejen na pracovním trhu můžeme pozorovat na úrovni státu mnoho, v nadnárodní sféře je tomu podobně, neboť problematika zaměstnávání zdravotně znevýhodněných osob není zanedbatelnou oblastí. Proto je snaha o její ošetření značná. Pročetla jsem mnoho zákonů, úmluv a jiných paktů vztahujících se k této oblasti, ale ze značného množství těchto dokumentů jsem vybrala pouze několik.

3.1 Geneze práv lidí s duševním onemocněním

Duševní nemoci se v lidské historii vyskytovaly nejspíš vždy, pravděpodobně bylo jejich množství menší a práva osob trpících DN byla odlišná. Tato geneze je velmi spjata s historií psychiatrie, neboť zprvu bylo na nemocné nahlíženo jiným způsobem a teprve posléze, když byly nemoci klasifikovány jako patologie, se začalo pohlížet i na práva, které takto nemocní mají.

V historickém počátku se o nemocných mluvilo jako o blázních, o někom, kdo zešlel nebo na koho padla kletba či koho posedl démon. Někteří své nemoci vděčili za slávu a obdiv okolí, především díky své odlišnosti od zbytku společnosti, někteří byli za šílenství upalováni na hranicích. Někteří jedinci se stali významnými umělci nebo byli vzýváni za to, že s nimi komunikuje nadpřirozená síla. Domnívám se, že za spousty uměleckých počinů nebo slávy může právě psychická nemoc.

Ve středověku bylo obvyklé, že měla města svého „blázna“ nebo že nemoc souvisela s čarodějnictvím. V době, kdy se začaly zřizovat instituce pro opuštěné děti, bezdomovce nebo pro nemocné, vznikaly takzvané blázince. Tam se shlukovali občané, kteří byli označováni jako duševně choří. V tomto období vznikala při kláštorech obydlí, která by se dala označit za předchůdce chráněného bydlení.

Prvním zákonem z této doby je Koldínův zákon, který jako první vyznačuje zaměstnatelné a nezaměstnatelné. Právě duševně nemocní byli považováni za nezaměstnatelné spoluobčany, a těm byly blázince určeny. Před touto dobou, tedy před polovinou 16. století, se nerozlišovalo mezi postiženími. Byla známá pouze filantropie nebo altruismus, později byla solidarita vynucena zákonem a do vztahu mezi občanem a obcí vstupoval stát.

Za další milník v genezi práv lidí s duševní nemocí považujeme takzvané domovské právo, které zabezpečuje například i duševně nemocným, že o ně bude v obci, ke které jsou vázání domovským listem, postaráno, a mají jako příslušníci k dané obci právo na sociální podporu – dávky. Zdravotně znevýhodněným se pak dostávalo pomoci, neboť nemohli pracovat.

V období novověku proběhla první psychiatrická revoluce, která měnila pohled na DN. Tato revoluce přinesla benefity pro DN, neboť se začalo přistupovat k nemocným jako k osobám, které musí být léčeny a kterým by se měla dostat ošetrovatelská péče.

Uznání psychiatrie jako oboru se datuje do konce 18. století, s tím bylo spjaté pojmenování duševních onemocnění a první psychiatrické léčebny u nás. Hlavním hybatelem jsou lidská práva, mezi duševním zdravím a lidskými právy můžeme dle Gostina (2004) najít tři vztahy:

- Politika duševního zdraví ovlivňuje lidská práva
- Porušování lidských práv má vliv na duševní zdraví
- Pozitivní podpora jak duševního zdraví, tak lidských práv se vzájemně posilují

Polovina 20. století, konkrétně rok 1948, znamenala důležitý krok v lidských právech, do kterých zahrnujeme práva lidí se zdravotním znevýhodněním. Tím krokem byla Všeobecná deklarace lidských práv, která je potvrzením, že všichni lidé bez rozdílu mají stejná práva. Druhá polovina století pak znamenala zlom v pohledu na zdravotně znevýhodněné jako na osoby se stejnými právy a hlavně možnostmi. Podepsání Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, o které informuje Vláda České republiky (2006), také poukazuje na právo na práci, která musí být dostupná (kdy stát musí zřizovat speciální služby, které napomáhají při vstupu na TP), přístupná (jedná se zejména o zákaz diskriminace při vstupu na TP a musí být přístupná jak fyzicky, tak informačně), dále je zde podmínka kvality a přijatelnosti. V průběhu století pak přicházela částečná osvěta v oblasti práv lidí se zdravotním postižením, do této sféry můžeme zařadit Úmluvu o právech lidí se zdravotním znevýhodněním, podepsanou jménem České republiky v roce 2008. Hlavním a základním stavebním kamenem všech úmluv a práv, která se týkají zdravotně znevýhodněných osob (duševně nemocných), jsou lidská práva, která stojí nade vším.

3.2 Právo na práci duševně nemocných v legislativě ČR

Prvotní a základní právní rámec zákazu diskriminace na pracovním trhu je určen v Listině základních práv a svobod, která je součástí Ústavy ČR, kde je poukázáno na nárok na práci bez rozdílu mezi lidmi. Mezi další zákony poukazující na zákaz diskriminace lidí nejen na pracovním trhu, patří bezesporu antidiskriminační zákon (č.198/2009 Sb.) a dalším významným pramenem vymezující zaměstnávání lidí s duševní nemocí patří zákon o zaměstnanosti (č.435/2004 Sb.) a zákoník práce 2015. Zaměstnavatel by měl být v první řadě tím, kdo všechna práva dodržuje a kontroluje jejich dodržování. Níže jsou zmíněny zásadní dokumenty ošetřující právo na práci osob s DN.

Listina základních práv a svobod

Jak již bylo zmíněno, základním zdrojem veškerých práv, který je nadřazen všem právům, je Listina základních práv a svobod. Ta je součástí Ústavy ČR. I přestože se její obsah může zdát více než jasný, její dodržování je o to náročnější.

Listina v Hlavě čtvrté, hospodářská, sociální a kulturní práva, poukazuje na svobodnou volbu povolání, ale zákon může omezit vykonávání určitého povolání nebo určité činnosti [2015]. Pokud by duševní nemoc měla být pro zaměstnavatele z jeho hlediska problém, avšak nemocný by byl k výkonu práce vhodným uchazečem, je mu odepřeno základní právo pracovat.

Zákon o zaměstnanosti (č.435/2004 Sb.) a zákoník práce 2015

Duševně nemocné osoby spadají v zákoně o zaměstnanosti do kategorie znevýhodněných osob, neboť jejich onemocnění na pracovním trhu určité znevýhodnění zaměstnavatelům přináší. Je třeba poznamenat, že je těmto osobám poskytnuta zvláštní ochrana na TP.

Pokud vycházíme ze zákona o zaměstnanosti, §81 ukládá povinnost zaměstnavatelům s více než 25 zaměstnanci zaměstnávat osoby se zdravotním postižením.

Povinný podíl těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců činí 4%. Zaměstnavatelé se více či méně snaží tento zákon dodržet, avšak provozní podmínky jim to často nedovolí.

Obzvláště ve výrobních firmách, kde je na výrobu kladen velký nárok i co se ergonomie týká. Tito zaměstnavatelé poté často volí tzv. náhradní plnění, kterým si tento povinný podíl naplní jinak. Za náhradní plnění se pak považuje odebrání výrobků či služeb od takových dodavatelů, kteří sami zaměstnávají alespoň 50% osob, které jsou zdravotně znevýhodněné. Firma si poté podle zákonem stanovených výpočtů promítne přepočtené osoby do náhradního plnění, čímž pokryje povinné procento zdravotně postižených, které fakticky nezaměstnává.

Pro firmy je tato možnost často nevyhnutelná a zároveň motivující tím, že dává práci různým provozovatelům chráněných pracovních míst a podobným zaměstnavatelům, kteří splňují kritéria zaměstnavatele s 50% OZP. Pokud se zaměstnavatelům nepodaří naplnit povinné procento vlastním zaměstnáváním OZP ani náhradním plněním, činí odvod do státního rozpočtu 2,5 násobku průměrné mzdy v národním hospodářství za každou nesplněnou osobu. Prostředky takto získané by měl stát zpátky investovat na podporu zaměstnanosti osob se zdravotním postižením.

V zákoníku práce můžeme nalézt §237, který ukládá zaměstnavatelům povinnosti: „...k zaměstnávání fyzických osob se zdravotním postižením a vytváření pracovních podmínek pro ně...“ a konkrétní kroky vedoucí k naplnění jsou posléze zakotveny v zákonu o zaměstnanosti.

Antidiskriminační zákon (zákon č. 198/2009 Sb.)

Diskriminaci můžeme dělit do několika skupin, avšak velmi často se setkáváme s přímou diskriminací, kterou antidiskriminační zákon (MPSV, 2015) definuje takto: „*Přímou diskriminací se rozumí takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.*“ Na nepřímou diskriminaci zdravotně znevýhodněných poukazuje tento zákon v oblasti přizpůsobení opatření, které tyto osoby pro výkon zaměstnání potřebují.

V případě, že se jedná o přiměřené změny, které jsou v rámci možností zaměstnavatele, a pokud je znevýhodněný uchazeč pro konkrétní pozici vybrán, měly by změny vést k efektivní úpravě pracovní pozice pro znevýhodněnou osobu.

Pokud se zaměříme na diskriminaci na trhu práce, můžeme se s ní konfrontovat již při vstupu do zaměstnání, při výběrovém řízení a samozřejmě posléze v pracovním kolektivu a celkovém pracovním procesu. Proti všem formám diskriminace je uloženo zaměstnavatelům bojovat a tím hájit práva DN (zdravotně znevýhodněných) osob.

Snaha o zabránění diskriminace na TP je značná, avšak s přihlédnutím k faktu, že zdravotně postižení uchazeči o zaměstnání například nesplňují požadavky pro určitou pozici, a to zejména z důvodů, které souvisí s nemocí, nezbyvá než hledat zaměstnání na méně náročných pozicích, kde není nemoc překážkou nebo se jí pracovní pozice přizpůsobí. Diskriminace může být v této oblasti skrytá, kdy zaměstnavatel postupuje podle určitých kritérií, kde zrovna duševní onemocnění nemusí být překážkou k nastoupení na konkrétní pozici. Rozdíl mezi diskriminací a odmítnutím na základě nesplněných kritérií může být velmi nepatrný, avšak ve výsledku velmi důležitý.

3.3 Mezinárodní rámec zaměstnávání duševně nemocných

Evropský sociální fond – Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost

MPSV (2014) informuje, že díky vstupu ČR do Evropské unie v roce 2004 má Česká republika možnost čerpat ze zdrojů Evropského sociálního fondu. V rámci Evropského sociálního fondu (ESF) vznikl Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost (OPLZZ), kdy jeden z cílů tohoto víceúčelového projektu ESF je zaměstnávání sociálně vyloučených skupin zpět do společnosti, kde je zahrnuta skupina DN, kteří se navrací na pracovní trh.

Jedním z cílů OPLZZ je pak pomoc zdravotně znevýhodněným osobám (osobám ohroženým sociálním vyloučením), a to tak, že jim bude poskytnuta efektivní podpora, která směřuje ke zvýšení zaměstnatelnosti těchto osob. Dále OPLZZ uvádí, že pro integraci znevýhodněných budou podpořeny subjekty, které napomáhají těmto osobám vstup nebo návrat na pracovní trh. ESF vytváří operační programy pro určitá kalendářní období. Například pro období 2014-2020 podpoří fondy EU operační fond Zaměstnanosti, který podpoří i oblast sociálního začleňování (2014).

Věřím, že budou naplňovány cíle, které si tento program stanovil, a že se významněji bude podílet na začleňování zdravotně znevýhodněných. Jednotlivé subjekty, které poskytují pomoc znevýhodněným osobám – duševně nemocným, mají možnost zažádat o finanční podporu v rámci OPLZZ.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením

Mezi další, tentokrát nadnárodní pakt, který přijala OSN v roce 2006, pojednávající o duševně nemocných opět řazených do kategorie zdravotně znevýhodněných osob, je Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, o které informuje Vláda ČR [2010].

Uznává, že diskriminace zdravotně postižených osob je porušení základních práv na důstojný život, a tím porušuje hodnoty těchto osob a posléze uznává různorodost těchto spoluobčanů. Nedílnou součástí Úmluvy je vyjádření, že je potřeba lidská práva hájit, neboť zdravotně postižení se potýkají v celém světě s překážkami, které jim neumožňují zapojení do běžného života a od kterých se odvíjejí další potíže.

Po přečtení úmluvy jsem došla k názoru, že nadnárodní instituce otázku nerovnoprávnosti a znevýhodnění na základě zdravotního postižení řeší a uznávají, že tito jedinci mají obtížnější podmínky pro život a především pro zařazení do běžného společenského života. Tato úmluva upozorňuje na problémy, se kterými se nemocní potýkají, například poukazuje na fakt, že většina zdravotně znevýhodněných žije v chudobě, a pokládá za důležité tuto problematiku řešit.

Úmluva dále pojednává o podpoře a ochraně práv lidí se zdravotním znevýhodněním s tím, že se zasadí o dodržování jejich důstojnosti a přispěje k zmenšení velké sociální propasti v jednotlivých oblastech života. Státy, které se smluvně uvázaly k plnění této úmluvy, mají za povinnost přijmout opatření vedoucí k podpoře a realizaci lidských práv a základních svobod. Zároveň mají tyto státy povinnost přijmout legislativní změny vedoucí k jejich dodržování a zrušit zákony, předpisy a jiná nařízení, které mohou vést k diskriminaci osob se zdravotním postižením.

Dle mého názoru je velmi důležitý ten bod, že státy vázané touto úmluvou musí přijmout opatření vedoucí k boji proti předsudkům a stereotypům a také se zasadit o rozšíření povědomí společnosti o možnostech a schopnostech, se kterými zdravotně postižení disponují. A to také na běžném TP.

Tato úmluva uznává právo na rovnocennou práci zdravotně znevýhodněných s ostatními osobami, zejména pak právo na svobodnou volbu povolání a práci na otevřeném trhu práce a další práva týkající se přípravy a zařazení na pracovní trh. Stát by měl v tomto případě zabezpečit realizaci tohoto práva, a to také v případě, když zdravotní postižení vznikne během vykonávání zaměstnání.

Obdobně jako ostatní zákony a úmluvy pojednávající o osobách zdravotně znevýhodněných i v tomto případě jsou vyzdvižena všechna práva, která běžně náleží každé osobě v zaměstnaneckém poměru, a jsou ošetřeny oblasti, ve kterých je nutné předcházet nedodržování práv, o tomto informuje Vláda ČR [2006].

Mezi další nadnárodní prameny nebo jiné závazné dokumenty důležité pro zaměstnávání DN patří například Evropská sociální charta, Deklarace práv zdravotně postižených osob, Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením nebo Evropský akční plán rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

4. Služby podporující duševně nemocné

4.1 Podpora duševně nemocnému

Poskytování sociálních služeb lidem se znevýhodněním je nezbytné pro předcházení rizik, která přinášejí jejich znevýhodnění, ať už se jedná o postižení nebo nemoc, a která by mohla vést až k vyloučení ze společnosti. Poskytování služeb je specifické pro každou skupinu potřebných, neboť každá skupina osob má vlastní potřeby, na které sociální služby reagují. Lidé s duševním onemocněním tvoří vlastní kategorii osob, na které jsou sociální služby cíleny a kterým jejich využívání může umožnit lepší a snazší život ve společnosti.

Je třeba poznamenat, že konfrontace s odborníkem, který služby poskytuje, může pro duševně nemocného znamenat pochopení průběhu nemoci, jejích následků a ve stejné míře může být přínosná rodině nemocného, na kterou spadá zátěž nemoci nemalým způsobem. Jak uvádí Matoušek (2007), službou, která se vyskytuje v našem prostředí bohužel jen okrajově, je terapeutická práce s rodinou. Jak dále uvádí, tato pomoc by měla přijít na řadu ve chvíli, kdy klient přichází z ústavního léčení, jeho onemocnění je v remisi a v rodině nemocného by mělo být nastaveno potřebné klima pro jeho návrat. Jedná se o to, aby péče o něj nebyla přílišná nebo naopak nebyl rodinou opovrhován.

Pokud opomeneme služby lidem s duševní nemocí, které jsou poskytované v rámci ústavní péče v psychiatrických nemocnicích, a nebereme v potaz také péči poskytovanou v rámci denních a týdenních stacionářů, které jsou taktéž zacílené na osoby s psychiatrickou diagnózou, za nejpodstatnější služby, které slouží klientovi na pracovním trhu, jsou podporované bydlení a chráněná pracovní místa. Matoušek (2007) kromě služeb v institucionálních zařízeních zmiňuje i další služby, které pomáhají klientovi se s nemocí konfrontovat, pomáhají nemoc pochopit nebo které posilují jeho znovunavrácení do společnosti. Mezi ně řadí svépomocné skupiny, tzv. pacientské kluby, krizové intervence poskytované ve specializovaných pracovištích anebo telefonicky.

Dnešní situace zvyšujícího se počtu onemocnění duše vede k faktu, že psychiatrické ambulance nemají dostatečnou kapacitu pacienty přijímat a věnovat jim potřebnou dobu. Dle mého názoru chybí v českém prostředí depistáž lidí, u kterých je vysoké riziko onemocnění závažnou duševní nemocí, a těch, u kterých jsou symptomy již znatelné.

Rozvinutí duševní nemoci by se v tomto případě mohlo zabránit při včasné správné diagnóze, nasazení farmakoterapie, psychoterapie nebo jiné spolupráce s odborníky. Velmi dobrou praxí by byla preventivní opatření, kterým by měla být věnována pozornost už od útlého věku dítěte.

4.2 Trendy v oblasti poskytování služeb

Podporu nemocnému nemusí poskytovat pouze instituce nabízející sociální služby, důležitým hybatelem je podpora, která přichází z rodinného prostředí. Pokud nemocný nežije v kontaktu s rodinou nebo ji už nemá, může být dobrým poskytovatelem podpory alespoň osoba blízká nebo komunita, která může být zásadním zdrojem pomoci. Pokud se pomoci nedostává v rámci rodiny nebo komunity, při některých zařízeních pracují tzv. peer konzultanti nebo case manažeři, kteří mohou v procesu uzdravení sehrát důležitou a zásadní roli.

Peer konzultanti

Dnešní různorodost poskytovaných služeb nemusí vždy přinášet efektivní pomoc ve prospěch klienta, avšak jedním z nových trendů, který se objevuje i v naší společnosti, jsou tzv. peer lektoři nebo peer konzultanti.

Peer pracovník, ve volném překladu znamenající vrstevník, je osoba, která má obdobnou zkušenost s nemocí jako člověk, kterému pomáhá, a stává se součástí týmu, který pracuje s duševně nemocnou osobou. Během přednášek od peer lektorů jsem nabyla dojmu, že nejlépe porozumí nemocnému ten, kdo sám nemocí prošel a kdo díky této zkušenosti může pomáhat ve spoustě životních situacích. V praxi jde o spolupráci, která napomáhá znevýhodněným osobám při zvládnání problémů. Dobrou praxi zažívá právě u duševně nemocných a jejich začleňování nebo znovuzачleňování do pracovního procesu.

Jde zatím o nový trend, který se v týmech poskytujících sociální služby uplatňuje sporadicky, avšak peer konzultanti jsou dobře vybaveni znalostmi o duševních nemocech, a tím dokáží individuálně zhodnotit potřebu pomoci a efektivně pomoci se zvládnáním zátěže psychické nemoci.

Case manager

Za další službu, která v našem prostředí nemá dlouhou tradici, poskytovanou znevýhodněným osobám, je tzv. case management. V praxi se jedná o osobu, case manažera, kterým může být pomáhající profesionál, jež vede konkrétní případ a individuálně ho přizpůsobuje potřebám klienta. Tito profesionálové působí v různých organizacích sdružujících duševně nemocné, kterým napomáhají zlepšit jejich stav díky znalosti dostupných služeb, posléze aktivizací rodiny a nejbližšího okolí klienta v rámci procesu navrácení do běžného života. Klientovi napomáhají vytvářet individuální plán, který je pro něj co nejvhodnější a nejefektivnějším způsobem mu pomůže zvládnout současnou situaci. To především za pomoci znalostí služeb a odborníků v jeho okolí, kteří mohou poskytnout klientovi pomoc.

Tyto dvě profese se mi zdají být dobrou volbou pro oblast individuální práce s klientem. Zejména pak z důvodu včasné a efektivní intervence a pomoci, díky které se může nemocný klient nebo klient po vyléčení znovu zapojit do pracovního koloběhu.

4.3 Pracovní a sociální rehabilitace

Smyslem rehabilitace dle Hartla, Hartlové (2001, s. 504), kteří na ni nahlížejí z psychologického hlediska, je: *„Péče o zpětné začlenění člověka do každodenního života, popřípadě do práce po odeznění příznaků duševního onemocnění.“* Rehabilitace by měla probíhat na více úrovních a intervenovat do více oblastí lidského života. Neměla by opomenout širší okolí nemocného, především rodinu nebo síť blízkých osob, na které zátěž spojená s nemocí také dopadá a kteří by se mohli stát zdrojem velmi kvalitní pomoci.

Pracovní rehabilitace

Pokud se ale soustředíme pouze na nemocného nebo osobu, která je v remisi či nemoc prodělala, jedním ze základních principů uplatňujících se při práci s duševně nemocnými při jejich zařazení do zaměstnání je pracovní rehabilitace. Stavím ji na popředí, neboť sociální rehabilitace zasahuje do širší oblasti života a napomáhá zotavení a následnému opětovnému zařazení do běžného života.

Tento druh rehabilitace souvisí nejen s konkrétním výkonem práce, ale zahrnuje i přípravu před vstupem na trh práce. Příprava a ukotvení naučených pracovních návyků je

jedním ze zásadních kroků k udržení spokojenosti v zaměstnání. Jak můžeme pozorovat například při podporovaném zaměstnávání, na chráněných pracovních místech nebo v tréninkových kavárnách, pracovní rehabilitace zahrnuje nácvik, opakování naučených dovedností a posléze podporu na otevřeném trhu práce. Pracovní rehabilitace je uplatňována také v terapeutických dílnách, vyskytujících se například v zařízeních pro duševně nemocné.

Některé ÚP nabízejí rekvalifikace, které slouží k pracovní rehabilitaci těch, jež ve svém oboru nemůžou najít zaměstnání nebo jsou špatně zaměstnatelní pro specifickou svoji vzdělání. K tomuto účelu slouží rekvalifikační kurzy, které v určitých oblastech napomáhají opětovnému začlenění na pracovní trh. Tento typ pracovní rehabilitace zprostředkovaný úřadem práce je vhodnou formou i pro duševně nemocné, kteří z důvodu snížené pracovní schopnosti nemohou nastoupit na předešlou pozici a kteří jsou odkázáni na jinou cestu profesního uplatnění. S pracovní rehabilitací, kterou zahrnuje zákon o zaměstnanosti (zákon č. 435/2004 Sb.) a kterou poskytují již zmíněné ÚP, se setkáme v oblasti podpory při hledání, udržení si adekvátního zaměstnání pro znevýhodněné osoby a v neposlední řadě v oblasti poradenství.

Sociální rehabilitace

Základní cíle sociální rehabilitace vedou k samostatnosti a soběstačnosti člověka, především za pomoci rozvoje schopností a osvojení si dovedností, které napomáhají dosud závislému člověku stát se samostatně fungující osobou ve svém přirozeném prostředí a ve společnosti.

Sociální rehabilitace, která se zaměřuje na člověka komplexněji, dále cílí na obnovu existenčních podmínek, jako jsou zajištění financí, zajištění materiálních a dalších potřebných náležitostí, které jsou pro fungování v běžném životě třeba. (Probstová in Matoušek, 2010).

Nedílnou součástí sociální rehabilitace je proces resocializace, neboť nemoc s sebou nese stažení se ze společenského života i na několik let. Návrat do společnosti může být obtížný. Pracovníci, kteří tvoří síť kolem nemocného a kteří poskytují sociální rehabilitaci, se stávají opěrným bodem pro vstup do komunity a znovunalezení svého místa v ní. Proces resocializace je také nedílnou součástí pracovního začleňování, například během práce v tréninkových kavárnách nebo při podporovaném zaměstnávání.

4.4 Návrat na pracovní trh

Veškeré služby slouží klientům ke zlepšení jejich stavu a zlepšení kvality v různých oblastech života. Proto i návaznost služeb může být klíčová pro duševně nemocné a návrat do pracovního koloběhu může být efektivním způsobem pro zlepšení jejich psychického stavu.

Duševně nemocný člověk je sice svým způsobem znevýhodněný, ale neměl by být v očích společnosti úplně odlišný a neschopný vyrovnat se běžné populaci. Nemocný člověk je stejnou osobností, jakou byl před onemocněním. Jen v jeho životě nastaly změny, které soudržnost osobnosti nebo charakter jeho osobnosti přizpůsobují určité situaci. Návrat do světa práce může být obtížný, nejen z důvodu stigmatizace nebo sebestigmatizace, ale v případě dlouhodobé nemoci z důvodu odvyknutí si pracovnímu procesu, které do doby propuknutí nemoci byl součástí života nemocného.

V rámci návratu na trh práce můžou efektivně intervenovat zainteresovaní odborníci (například již zmínění peer konzultanti nebo case manažeři), kteří sledují potřeby nemocného a kteří mohou odkázat na další osoby, jež by při návratu mohly pomoci. Mohou to být i služby, které během pracovní rehabilitace napomáhají v zácviu na běžný pracovní život. Dobrou praxí bývají organizace, spolky nebo jiná zařízení, které sdružují dlouhodobě nebo chronicky duševně nemocné a které po návratu z ústavní péče klienty resocializují a nacvičují s nimi pracovní dovednosti v terapeutických dílnách nebo při specifických programech, jež jsou součástí péče.

V období, kdy je klient připraven pro vstup na pracovní trh, může být subjektem pomoci úřad práce. Ten eviduje uchazeče s přiznaným invalidním důchodem nebo recenzuje volná místa, o které se klient může ucházet. Koordinace služeb a veřejnoprávního subjektu může být pro nemocného klíčovým a efektivním způsobem vstupu do zaměstnání.

Jelikož jeden z cílů bakalářské práce je zjistit, jaké mají duševně nemocní možnosti uplatnění na trhu práce, více se touto problematikou budu zabývat v následujících kapitolách.

5. Teoretická fakta k výzkumné části

5.1 Město Turnov

Výběr regionu, ve kterém jsem se rozhodla provést šetření, respektive města, byl stanoven z důvodu mého dlouholetého pobytu zde a jeho dobré znalosti. Město Turnov se nachází v severních Čechách, ve středu Českého ráje v Libereckém kraji. Turnov má velmi strategickou polohu, neboť leží mezi dvěma velkými městy, Libercem a Mladou Boleslaví, a z historického pohledu je známé jako křižovatka obchodních cest. Dálniční spojení, které vede přes Turnov do Prahy, umožňuje rychlý přesun zejména za prací, ale i za kulturou nebo většími nákupními možnostmi. Vzhledem k poloze města je díky dobré infrastruktuře a dopravním spojením možné navštěvovat obě nedaleko vzdálená města. Turnov, který v dnešní době sčítá okolo 15 tisíc obyvatel, se zdá být strategicky velmi vhodné místo, které je vyhledáváno nejen pro turisticky zajímavé okolí, ale i jako přívětivé na strategické zdroje a podnikání, zastoupení různých bank nebo obchodních řetězců.

Oblast školství je také bohatá, jelikož mimo řady základních škol zde můžeme najít jak odborné učiliště, tak několik středních škol různého zaměření, gymnázium a také vyšší odbornou školu zaměřenou na uměleckou tvorbu, zejména pak na práci s přírodními zdroji jako je granát, který se v této oblasti vyskytuje. Město je bohaté na kulturní a sportovní vyžití a je vyhledáváno i za účelem rekreačních středisek, která se v jeho okolí nacházejí.

5.2 Duševně nemocní na Turnovsku

Přesný počet duševně nemocných nebo lidí, kteří se právě ze svých nemocí vyléčili, nelze zjistit. Turnovsko má pouze dva ambulantní psychiatry, kteří jsou dostupní přímo v centru města. Nicméně okolní vesnice spadající pod Turnov mají stejnou dostupnost veřejnou dopravou do města Liberce, který je oproti Turnovu podstatně větším městem a nabízí větší množství odborníků a širší škálu služeb, proto je velmi pravděpodobné, že lidé, kteří sice demograficky spadají pod Turnovsko, navštěvují psychiatrické ordinace ve stejně dostupném městě.

Pokud se zaměříme pouze na zkoumanou oblast, tedy na město Turnov a jeho okolí, počty pacientů ambulantní ordinace mají zvyšující se tendenci a diagnostikovaných psychických nemocí a poruch přibývá.

Od zaměstnavatelů zkoumaných v praktické části práce jsem se dozvěděla, že přibývá zaměstnanců, kteří nosí tzv. neschopenky z důvodu krátkodobé hospitalizace na psychiatrii nebo z důvodu psychických potíží, kvůli kterým musí zůstat doma. Jedná se především o délku do jednoho měsíce, kdy zaměstnanci problém řeší ambulantně v psychiatrických nebo psychologických ordinacích a do pracovního koloběhu se po zlepšení stavu vrací. Tento trend má narůstající tendenci v mnoha firmách, ve kterých jsem vedla rozhovory.

Zjistit přesný počet nemocných nelze, je ale pravděpodobné, že lidé, kteří onemocněli, nenavštívili psychiatra nebo psychologa a svoji nemoc neléčí. Ambulantní psychiatrii ve zkoumané oblasti však vedou roční statistiky přicházejících pacientů. Tento počet je pouze orientační, neboť jak již bylo zmíněno, obyvatelé daného území mohou navštěvovat psychiatrické ordinace v nedalekém větším městě. Této domněnce přikládám velkou váhu, neboť město Turnov je maloměstem, ve kterém by si mohl každý člověk s potížemi domnívat, že o jeho návštěvě odborníka ví mnoho lidí z okolí, mohl by se tedy cítit stigmatizován.

Ze statistik, které vede psychiatrická ambulance pro dospělé v Turnově, mi bylo sděleno, že za předchozí rok, tedy od 1. 1. 2014 do 31. 12. 2014, bylo v rámci zmíněné ambulance ošetřeno zhruba 5000 lidí ve věku od 20 let. Výkaz o činnosti dvou psychiatrů, kteří se v ambulanci střídají, poukázal na fakt, že větší část pacientů tvoří ženy. Jeden psychiatr slouží v ambulanci dva dny v týdnu a za uplynulý rok eviduje necelých 670 pravidelných pacientů a druhý, který je v ambulanci k zastížení třikrát týdně, eviduje zhruba 900 pravidelně přicházejících pacientů. Mezi nejčtenější problémy, se kterými lidé přicházejí, patří jak neurotické poruchy, tak afektivní poruchy a organické duševní poruchy. Například diagnostiku schizofrenní duševní poruchy si vyslechlo v loňském roce 64 přicházejících pacientů.

Ze statistik Úřadu práce v Turnově nelze zjistit, kolik uchazečů o zaměstnání je duševně nemocných, jen to, kolik uchazečů má I. a II. stupeň invalidity. Mezi nimi se mohou vyskytovat i osoby s duševním onemocněním.

5.3 Informace o organizaci sdružující duševně nemocné

FOKUS Turnov, z.s.

Nestátní nezisková organizace Fokus Turnov, z.s. (dále jen Fokus) se nachází ve středu města Turnov, má tradici delší než 20 let a je ve zdejší komunitě velmi dobře známá. Fokus sdružuje osoby chronicky duševně nemocné a mentálně postižené občany, kteří dochází do Fokusu každý všední den. Tam jsou jim nabízeny služby obnovy schopností a dovedností, které napomáhají k následnému uplatnění se na TP a k nácviku samostatnosti v běžném životě, schopnosti postarat se o sebe a k integraci ve společnosti.

Služby pro znevýhodněné klienty probíhají v centru denních služeb, kde mají klienti možnost během různých činností trénovat schopnosti, které napomáhají předcházet sociální izolaci. Posláním ambulantní služby v rámci centra denních služeb je posílit pracovní návyky uživatelů služby k jejich lepšímu zařazení do pracovního života. O rozmanitost práce se starají angažované pracovnice Fokusu, které vnášejí do práce s klienty stále nové nápady nejen z oblasti pracovní činnosti. Kromě běžných pracovních aktivit, jako je například práce s papírem, malování dárkových krabiček nebo navlékání korálků, se v turnovském Fokusu můžete setkat s prací s hmotou Fimo, ze které se vytvářejí velmi kreativní šperky, s výrobou šátků za pomoci malby na hedvábí nebo například se tkaním na tkalcovském stavu. Všechny produkty, které klienti během své práce vytvoří, jsou přínosem nejen pro ně, ale sami si výrobky prodávají v Krámku produktů a drobných dáreků, který je součástí budovy organizace, nebo na tradičních trzích ve městě Turnov. Během nich se klienti sami aktivně podílejí na prodeji výrobků a propagaci organizace. Pro duševně nemocné je zde provozována sociálně terapeutická dílna. Ta za pomoci pracovní rehabilitace napomáhá obnovit a upevnit si návyky, které klienti posléze mohou využít na běžném trhu práce, zejména pak činnost v dílně přispívá ke zlepšení jejich stavu. Klienti zde mají také možnost seznámit se s mnoha různými pracovními aktivitami.

Kromě nabízených služeb v budově organizace je dobrou praxí Fokusu podpora samostatného bydlení klientů. Za velmi zajímavou činnost Fokusu, nad rámec standardního poskytování služeb, považují činnost pracovnic, které pro uživatele služeb Fokusu pořádají kulturní akce. Například hudební odpoledne nebo zájezdy do zahraničí, především k moři, a bezesporu zajímavou činností je nácvik divadelních her, které posléze s klienty hrají pro veřejnost.

5.4 Zřizovatelé chráněných pracovních míst

Jelikož cílem mé závěrečné práce nebylo zmapovat počet chráněných pracovních míst, ale spíše můj osobní zájem mě zavedl k zaměstnávání zdravotně znevýhodněných (duševně nemocných) na chráněném trhu práce, je tato podkapitola věnována šetření, které jsem na Turnovsku provedla. Moje osobní zvědavost, která mě dovedla do firem (spolků, organizací apod.), končila uspokojením, neboť jsem si mohla prohlédnout, jak provoz na chráněném TP funguje a jaká je hranice mezi pracovním trhem běžným a chráněným.

Zaměstnavatelů, kteří provozovali dříve tzv. chráněné dílny, je na Turnovsku 7. Tuto informaci jsem si zjistila na místním Úřadu práce, pod kterým jsou nyní chráněná pracovní místa zaštitěna. Během svého šetření jsem kontaktovala 4 ze 7 podniků (do této kategorie řadím spolky, organizace nebo soukromé živnostníky), které zaměstnávají zdravotně znevýhodněné. Zbylé tři zaměstnavatele bylo velmi obtížné kontaktovat.

Všichni zaměstnavatelé mi sdělili přesný počet zdravotně znevýhodněných zaměstnanců, avšak přesný počet DN mi konkrétně vyčíslit nedokázali, neboť přesně nevěděli, zda někteří zaměstnanci duševní nemocí trpí. Avšak všichni mi dokázali sdělit, kolik pracovníků je určitě takto nemocných. Jejich počty byly vždy menší než počty lidí s jiným znevýhodněním (nejčastěji s mentálním nebo fyzickým postižením).

Všichni zaměstnavatelé, se kterými jsem vedla rozhovory, mi sdělili, že neodmítají žádné uchazeče, kteří jsou na tato místa vhodní, ale že dochází mezi zaměstnanými ke střetu zájmu nebo ke konfliktům, z toho důvodu dochází k rozvázání pracovní smlouvy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem. Všichni tito respondenti mě také informovali, že pokud je zaměstnanec nevýkonný, je to také důvod k ukončení pracovního poměru.

Mé otázky směřovaly i k firmám, které odebírají jejich výrobky, a to především, zda jsou mezi hlavními odběrateli firmy na Turnovsku. Všechny dotazované provozovny CHPM dodávají do turnovských firem, neboť jejich výrobky a produkty jsou vhodné pro jejich výrobu nebo pro jejich hlavní činnost.

Z podniků, které poskytují chráněná pracovní místa, odchází každý rok průměrně mezi 2-5 zaměstnanci na běžný trh práce. Provozovatelé CHPM mají stále plné počty, proto je zřejmé, že zdravotně znevýhodněných lidí je na Turnovsku vysoký počet.

6. Praktická část

6.1 Cíl výzkumného šetření

Za cíl své bakalářské práce jsem si kladla především zjistit, jaké mají lidé s duševním onemocněním možnosti uplatitelnosti na trhu práce ve městě Turnov a jeho okolí. Nedílnou součástí je také zmapování počtu osob s DN a zaměstnavatelů, kteří by potenciálně mohli nabídnout pracovní místo DN s tím, že o jejich diagnóze vědí, popřípadě jaké mají důvody k jejich nezaměstnání.

6.2 Výzkumný předpoklad

Šetření vedlo ke zjištění, zda jsou duševně nemocní zaměstnatelní, vlastní předpoklad směřoval k utvrzení mého názoru, že zaměstnavatelé na otevřeném trhu práce se zaměstnávání nemocných brání z mnoha důvodů. Proto je také nezaměstnávají, a DN nemají tudíž tolik možností k uplatnitelnosti mimo chráněná pracovní místa.

6.3 Výběr respondentů

Vzhledem k problematice zkoumané oblasti jsem zvolila všechny možné kategorie zaměstnavatelů, kteří by eventuálně mohli zaměstnat DN. Volila jsem respondenty jak z velkých výrobních firem, sdružujících nad pět set zaměstnanců, kterých je na Turnovsku velký počet, dalšími jsou menší výrobní firmy s kapacitou řádově do pěti set zaměstnanců, a také podniky, které nabízejí služby, ať už v odvětví gastronomie, poskytování vzdělávání nebo v oblasti poskytování zdravotnických služeb. Do výzkumu je zahrnut i sektor veřejné správy, zejména pak taková pracoviště, která mají kapacitu pro zaměstnávání znevýhodněných osob.

6.4 Metody sběru dat – rozhovory

Pro výzkum v oblasti zaměstnávání DN na TP byl zvolen kvalitativní výzkum, neboť hlavním důvodem bylo zjistit, jaké mají lidé trpící duševním onemocněním možnosti uplatnit se na trhu práce, a důvody, které mají zaměstnavatelé k zaměstnávání či nezaměstnávání DN. Rozhovor se stal vhodnou metodou k prozkoumání této oblasti, neboť skrze něj mohli respondenti odpovídat i na otázky, které vedou k výzkumnému zjištění, jakým způsobem se

zaměstnavatelé staví ke zdravotně znevýhodněným, a jakým způsobem plní povinnosti dané legislativou.

Kvalitativní výzkum, který byl využit ke sběru informací, se může zdát ne úplně vhodným ke zjištění faktických informací, které by přinesly konkrétní čísla uvádějící přesný počet pracovních míst, na kterých DN pracují, a také počty firem, které je zaměstnávají nebo nezaměstnávají. Jak jsem již uváděla, zásadnější pro mé zjišťování bylo, zda jsou zaměstnavatelé ochotni takto znevýhodněné osoby zaměstnávat a jaké mají důvody je do zaměstnání přijímat nebo odmítat.

Jak uvádí Hendl (2008), na začátku výzkumu je důležité určit téma a výzkumné otázky, které se mohou během výzkumu a sběru dat pozměňovat, proto je pak tento způsob výzkumu považován za pružný. Během celého výzkumu je třeba, aby výzkumník hledal a posléze analyzoval fakta, která osvětlují stanovené otázky a která přinášejí závěry ověřující možné hypotézy. Dále uvádí, že důležitým faktorem je, aby sběr dat a jejich analýza probíhala zároveň, neboť výzkumník může rozhodnout, zda jsou získané informace potřebné a na které by bylo vhodné se podrobněji zaměřit. Konečná verze kvalitativního výzkumu pak shrnuje nejen popis místa, ve kterém výzkum probíhal, ale i doslovné odpovědi respondentů rozhovoru, také zajímavé poznatky, které badatel během výzkumu získal. Zajišťování potřebných informací vedoucí k poznatkům ve zkoumané oblasti by mělo probíhat po delší dobu a mělo by mít charakter intenzivního zkoumání. Po zjištění potřebných informací může výzkumník stanovit teorii z oblasti, kterou zkoumal.

Kvalitativní výzkum se může stát subjektivním pohledem na určitou věc, neboť při sběru dat mohou být výpovědi a fakta zachycená během zkoumání zbarvena badatelovým pohledem. Za další možná negativa kvalitativního výzkumu považuje Hendl (2008) to, že výzkum probíhá v rámci konkrétního místa s konkrétními jedinci a může vyvstat problém v generalizaci výsledků, a proto získané informace nemusí sloužit k aplikaci na širší populaci v odlišném prostředí. Na druhé straně negativních připomínek k tomuto typu výzkumu je výhodou, že výzkumník získává konkrétní informace, které jsou získané v přirozeném prostředí a které přinášejí fakta, jež posléze dokáží reagovat na lokální podmínky a s tím související situace.

Rozhovor

Pokud potřebujeme zjistit specifické informace, musíme umět správně strukturovat otázky a správně se jimi dotázat. Otázky rozhovoru, které vedly ke zjištění potřebných informací, byly strukturovány tak, aby respondent odpověděl co nejjasněji, ale ne pouze jednoslovně. Využito bylo polostrukturované dotazování, které umožňovalo dotazovaným sdělit více informací k dané otázce, a odpovědi mohly vést k položení dalších otázek. Bylo totiž zapotřebí zajistit potřebné informace, proto měl rozhovor strukturované otázky, které byly vymyšleny co nejvhodněji. (Hendl, 2008)

Výběr respondentů byl vcelku náročný, neboť zaměstnavatelé, kteří se mi zdáli být vhodnými do mého šetření, se odmítli podílet. Ve většině případů mi však byly poskytnuty rozhovory se zaměstnavateli, u kterých je možnost uplatnění duševně nemocných lidí stejně vysoká. Vycházela jsem z informací, které jsou známé veřejností ve městě Turnov. Rozhovory, které jsem během svého šetření s respondenty vedla, jsem nahrávala na mobilní telefon, jelikož se mi tato forma záznamu z důvodu, že nevlastním jiné nahrávací zařízení, zdála nejefektivnější.

Výzkumné šetření jsem rozdělila do několika okruhů, podle nichž jsem strukturovala otázky. Jelikož se jednalo o polostrukturované dotazování, u každého respondenta se otázky mohly lišit.

Výčet užitých otázek:

- 1) Čím se Vaše firma zabývá?
- 2) Zaměstnává lidi se zdravotním postižením, popř. kolik a kolik z nich je duševně nemocných? (Pokud NE, proč nezaměstnává duševně nemocné?)
- 3) Jaké výhody/nevýhody přináší zaměstnávání OZP (OZP-osoby se zdravotním postižením, spadají sem i duševní nemoci)?
- 4) Na jakých pozicích pracují lidé s duševní nemocí?
- 5) Co nebo kdo by pomohl při zaměstnávání lidí s duševní nemocí?
- 6) Mohl by na neobsazená pracovní místa nastoupit člověk s duševní nemocí?
- 7) Jakou roli hraje při přijímacím pohovoru duševní nemoc?
- 8) Jaká rizika by zaměstnávání duševně nemocného mohlo přinést?
- 9) Byla by duševní nemoc aspektem při propouštění zaměstnance?
- 10) Jak se vaše firma celkově staví k osobám zdravotně postiženým (zaměstnáním, koupě výrobků, finanční podpora konkrétní organizace či osoby, jiné)?

6.5 Analýza dat

Získané informace bylo zapotřebí rozdělit do několika kategorií dle respondentů, kteří byli zkoumáni jednotlivě, ale u kterých byly využity stejné otázky. Rozhovory provedené s respondenty jsem nejprve strukturovala podle počtu zaměstnanců a dle jejich zaměření. Poté jsem rozhovory v každé skupině zaměstnavatelů pozorně pročetla, abych získala obecnou představu o celé výzkumné skupině. Jednotlivé otázky jsem v každé skupině zrevidovala s tím, že následné odpovědi jsem si za pomoci krátkých poznámek zaznamenávala na vedlejší arch. Odpovědi, které měly subjektivní povahu každého respondenta, jsem si vyznačila v textu, a odpovědi, které vypovídaly číselná fakta, jsem si poznačila na papír. Od každé skupiny jsem získala informace jak subjektivní povahy, tak odpovídající reálným faktům. Někteří respondenti mi nedokázali některé otázky zodpovědět, neboť odpověď nevěděli ani přesto, že otázky, na které byli dotazováni, dostali s předstihem elektronickou poštou.

Konkrétní informace, které jsem analýzou rozhovorů získala, popisuji v kapitolách níže uvedených. Některé odpovědi se mi zdály být více zajímavé, občas zarážející nebo významné pro výzkumné šetření, z toho důvodu jsou níže citovány doslovně.

7. Cílová skupina výzkumného šetření

7.1 Zaměstnavatelé ve výrobních firmách nad 500 zaměstnanců

Vzhledem k povaze města se na jeho území objevuje několik velkých výrobních firem (pod tímto pojmem mám na mysli podniky, spolky a jiné druhy společností), které jsou především průmyslové povahy a které zaměstnávají velký počet místních obyvatelů. Firmy, které jsem oslovila pro šetření k této práci, se zaměřují například na výrobu a prodej hygienických výrobků, výrobu a prodej automobilových součástí nebo plastových komponentů. V této kategorii jsem vedla rozhovory s 5 respondenty, zejména pak s personalisty firem čítajících 550, 800, 850, 1000 a 1100 zaměstnanců.

První kategorie otázek vedla respondenty do oblasti zaměstnávání, zda zaměstnávají zdravotně znevýhodněné (konkrétně pak duševně nemocné) nebo je nezaměstnávají, na jakých pozicích popřípadě pracují a jaké jim to přináší výhody a nevýhody. Pouze jedna oslovená firma vypověděla, že zaměstnávají zdravotně znevýhodněné osoby, ale konkrétní počty duševně nemocných lidí neznají, jelikož se o něm zaměstnanci nezmínili nebo jej při nástupu zatajili. Důvodů, proč ostatní oslovené firmy nezaměstnávají DN, je řada. Ostatní respondenti odpověděli, že předpokládají, že by tito lidé nezvládli pracovní podmínky, které jsou ve firmách nastavené, a z toho důvodu by je nemohli ani přijmout. Doptala jsem se na výhody a nevýhody, které jim zaměstnávání DN přináší, a pro všechny zaměstnavatele, kteří zaměstnávají, je to splnění povinného odvodu a daňové úlevy, které znevýhodnění zaměstnanci se svým omezením přináší. Pro zbytek oslovených firem by bylo nevýhodou, že by se museli nemocnému přizpůsobit a musela by se mu přizpůsobit náplň celé pracovní pozice, navíc by například museli zaměstnat dalšího člověka na stejnou pozici, aby doplnil zbytek pracovní náplně, kterou DN nevykoná (je například zaměstnán jen na částečný úvazek). Na otázku, zda by na neobsazená pracovní místa mohl nastoupit duševně nemocný člověk, jsem dostala také řadu různých odpovědí. Polovina dotazovaných odpověděla ne, jelikož by znevýhodnění nezvládli třisměnný provoz nebo že by celkově nezvládli chod celé firmy, který vyžaduje maximální nasazení. Druhá část respondentů na tento dotaz odpověděla kladným způsobem, hlavním důvodem, proč by přijali do zaměstnání zájemce s DN a tu možnost by jim poskytli, je ten, že by splnili podmínky, za nichž by zvládli náplň práce, ale nepřijali by je z důvodu, aby se jim firma nemusela přizpůsobovat.

Další otázky v mém šetření vedly k přijímacímu pohovoru, rizikům spojených se zaměstnáváním duševně nemocných lidí a jejich propouštění. Na otázku, jakou roli hraje onemocnění při přijímacím pohovoru, jsem dostala od všech respondentů odpověď, že důležitou, pokud by jim ovšem tuto skutečnost uchazeč sdělil. Setkala jsem se i s odpověďmi, že je to pro ně informace, která by rozhodla k nepřijetí do zaměstnání i přes to, že neznají důvod, proč by to bylo rozhodující. Mezi dalšími odpověďmi bylo to, že předpokládají, že DN přináší rizika a že z toho důvodu raději přijmou jiného zájemce. Mezi rizika, která by nemocný zaměstnanec mohl představovat, řadí respondenti například častou nemocnost, problémy s kolegy, nepochopení ostatních pracovníků a z toho vyplývající problémy na pracovišti, ale také nestabilní výkon anebo riziko, že bude zaměstnanec nedochvilný a neschopný plnit pracovní podmínky. Žádný z respondentů neodpověděl, že by jejich zaměstnávání nemuselo přinést žádná nebo jen minimální rizika. Položila jsem i otázku směřující k vypovězení pracovního poměru z důvodu duševní nemoci. Všichni respondenti byli názoru, že by to důvodem bylo, zejména v případě, kdy by se měli rozhodnout mezi více lidmi, kteří by měli dostat výpověď. Většina respondentů však dodala, že by tak bylo v případě, kdyby byl nemocný zaměstnanec problémový nebo kdyby porušoval pracovní podmínky anebo měl kázeňské přestupky. Dle mého názoru se stejná kritéria dají vztáhnout i na běžné zaměstnance, konkrétně dušení onemocnění by pravděpodobně sám o sobě důvod nebyl. Pokud zaměstnanec odvádí dobrou práci, není důvod, ať už je jakkoli znevýhodněný, ho propouštět.

Poslední okruh otázek vedl k obecnějším otázkám, a to takovým, co nebo kdo by pomohl při zaměstnávání duševně nemocných a jaké postoje jako firma v této oblasti zastávají. První otázka, co nebo kdo by napomohl při zaměstnávání nemocných, byla zodpovězena různorodými odpověďmi. Většina tázaných odpověděla, že nemá ponětí, že netuší nebo že neví, ale také dva respondenti odpověděli, že by jim pomohly „chráněné dílny“, které jsou pro jejich zaměstnávání ideální. Dostala jsem i odpověď od personalistky z výrobní firmy s více než osmi sty zaměstnanci: „*Specializovaný pracovník Úřadu práce, který poznává firmy v okolí, mapuje pracovní prostředí a vhodně pak nabízí zaměstnavatelům uchazeče s postižením. Nebo jakýkoli zainteresovaný pracovník.*“ Jak dále tato respondentka poznamenala, tento vyškolený pracovník by byla možnost, jak zkoordinovat zaměstnání duševně nemocného v jejich firmě. Poslední otázka, jak se dotazovaná firma staví k zaměstnávání zdravotně znevýhodněných (DN), přinesla z 80% odpovědi, že firmy nakupují výrobky, které produkují spolky a jiné podniky zaměstnávající alespoň 50% zdravotně znevýhodněných osob, a tím si plní povinný podíl. Zbýlých 20% osoby s DN

zaměstnává a tímto způsobem povinný podíl zaměstnanců se zdravotním znevýhodněním plní. Tendence všech zaměstnavatelů je brát produkty od takových podniků, které se svými výrobky nebo službami podílejí na chodu firmy, a více než polovina se snaží tyto produkty odebírat od těch, kteří pracují na Turnovsku.

7.2 Zaměstnavatelé ve výrobních firmách do 500 zaměstnanců

Povaha firem do 500 zaměstnanců má obdobný charakter jako podniky zaměstnávající nad 500 osob. Avšak do této skupiny respondentů spadají i podniky, které nejsou zaměřeny pouze na průmysl, ale produkují výrobky jiného charakteru. V této kategorii byl počet respondentů stejný jako v předchozí skupině, tedy 5 osob z řad personalistů a vedoucích pozic. Početně čítaly firmy 11, 41, 100, 250 a 400 zaměstnanců na plný úvazek.

Respondentům jsem opět kladla stejné otázky, následně jsem je rozdělila dle charakteru, kdy první oblast se týkala zaměstnávání zdravotně znevýhodněných (konkrétně jsem se dotazovala na duševně nemocné, ale zprvu jsem je řadila do kategorie zdravotně znevýhodněných). Z celé škály odpovědí od firem s odlišným zaměřením jsem dostala odpověď, že pouze jedna firma zaměstnává jednoho zdravotně znevýhodněného člověka, jde o paní s I. stupněm invalidity, proto moje další otázka směřovala na postižení této osoby, odpovědí mi byla „*chronická duševní nemoc*“. Dokonce jsem se od jedné personalistky firmy s 50 zaměstnanci na otázku, zda zaměstnávají duševně nemocnou osobu, setkala s následující odpovědí: „*Zaměstnáváme osobu s roztroušenou sklerózou, nevím, zda se mezi to počítá*“. U všech respondentů jsem se setkala s podobnými odpověďmi jako u předchozí dotazované skupiny, tedy že nezaměstnávají DN ani jinak zdravotně znevýhodněné osoby. Zajištění trendu v tomto ohledu zůstává stejné, neboť polovina respondentů odpověděla, že fakticky do zaměstnání nepřijímají duševně nemocné, ale že polovina z nich nosí tzv. neschopenky z psychiatrických ordinací, takže se dá předpokládat, že někteří jejich zaměstnanci mohou mít duševní potíže, se kterými se léčí ambulantně. Výhodnost pro zaměstnavatele v této skupině respondentů by se zdálo být zřejmě plnění povinného podílu osob se zdravotním znevýhodněním, avšak pouze jeden respondent tak činí přímým zaměstnáváním zdravotně znevýhodněného. Za nevýhody zaměstnávání osob s DN je pro tento typ zaměstnavatelů především to, že by jim museli zajistit specifické podmínky k práci nebo jinak uzpůsobit pracovní pozici, což se jim zdá náročné jak na prostředky, tak na čas. Všichni dotazovaní však odpověděli, že by DN mohli nastoupit na takové pozice v jejich podniku, na které by jim to umožnil zdravotní stav. Avšak u žádného dotazovaného zaměstnavatele nebylo ani jedno

neobsazené místo, na které by mohl takto znevýhodněný člověk nastoupit. Pokud by nějaké takové místo bylo, tak by tato možnost byla stejná jako pro všechny ostatní uchazeče.

Další skupina otázek, směřující k přijímání DN do zaměstnání, jeho propouštění ze zaměstnání a směřující k rizikům, která by eventuálně mohl takto nemocný zaměstnanec přinášet, mi nastínila, proč je stále duševní onemocnění obavou zaměstnavatelů. Odpovědi na otázku od všech respondentů, jakou roli má DN při přijímání uchazeče do zaměstnání, mi byla, že se ještě s duševně nemocným uchazečem nesetkali. Pokud by ale taková situace nastala, odpovídali obdobně jako první dotazovaná kategorie a to tak, že je to důležitý aspekt osoby, která se hlásí do zaměstnání. Nemocnost: „*Tomuto riziku bychom se jako malá společnost chtěli vyvarovat,*“ odpověděla personalistka podniku čítající dvě desítky zaměstnanců. Oslovení respondenti řadí nemocnost v oblasti rizik, které by DN zaměstnanec mohl přinést, mezi první možná rizika. Dalšími jsou například úrazovost, dlouhodobá nemocnost a riziko, že by nemusel dobře spolupracovat s kolegy. Je možné, že vize tohoto potencionálního rizika nemocnosti může být i aspektem k propouštění DN zaměstnance, neboť jak odpověděl ředitel firmy čítající na dvě stě zaměstnanců: „*Pokud by měl problémy v pracovním a kolegiálním chování, byl by důvod k výpovědi na místě.*“ Dalším příkladem byla výše zmíněná personalistka, která jako jediná odpověděla, že DN by nebyla důvodem k propouštění zaměstnance. Všichni ostatní dotazovaní však odpovídali, že ano, ale že se s tímto dilematem ještě nesetkali. Nicméně z odpovědí, které jsem na otázku ohledně propouštění zaměstnance kvůli duševnímu onemocnění dostala, jsem zjistila, že sice odpovídají „ano“, ale dodatky typu: „*V případě, že by se chování zaměstnance neslučovalo s kodexem naší firmy,*“ platí i pro běžné zaměstnance a nevztahují se na potencionální duševně nemocné zaměstnance.

Závěrečný okruh otázek, co nebo kdo by pomohl při zaměstnávání, a otázka na postoje oslovených firem ke zdravotně znevýhodněným, přinesla řadu obdobných odpovědí jako u předchozí dotazované skupiny. Více než tři čtvrtiny respondentů odpověděli, že nevědí, co nebo kdo by mohl pomoci v oblasti zaměstnávání osob s DN, zbylá čtvrtina odpověděla, že by například mohla pomoci větší finanční dotace na pracovní místa nebo uzpůsobení jejich podmínek anebo zákonná povinnost přímo takového člověka – zdravotně znevýhodněného, zaměstnat, ne pouze od takových osob odebírat výrobky. Setkala jsem se i se zajímavou odpovědí, kdy mi obchodní partner firmy s bezmála třemi sty zaměstnanci odpověděl, že by napomohla větší osvěta v této oblasti. Odběr výrobků je však nejčastější odpověď, více než devadesát procent zaměstnavatelů, kteří plní povinný podíl, odpovědělo, že způsobem,

jak tento podíl naplnit, je právě koupě výrobků nebo jiných služeb od těchto osob (v této kategorii jsem oslovila jednu firmu, která nemá 25 zaměstnanců, tudíž se na ni nevztahuje povinný podíl zaměstnaných OZP). Jak již bylo zmíněno, pouze jeden zaměstnavatel má mezi svými zaměstnanci pouze jednu osobu řadící se do kategorie duševně nemocných.

7.3 Zaměstnavatelé ve veřejném sektoru

Mezi respondenty jsem zařadila například Městský úřad v Turnově, místní nemocnici nebo různé typy vzdělávacích institucí, kterých jsem se dotazovala na stejné otázky jako výrobních firem. Počty respondentů se ani v této oblasti zaměstnavatelů neliší, jedná se tedy o 5 dotazovaných z řad vedoucích pracovníků a personalistů v podnicích s počtem zaměstnanců 7, 24, 42, 112 a 128. Jelikož oslovení respondenti jsou na Turnovsku vždy jedinou specifickou institucí veřejného sektoru, snažila jsem se zde obsáhnout co nejrozumnější škálu těchto zaměstnavatelů.

Jak jsem již zmínila, do této kategorie spadají instituce veřejného sektoru. Jejich odpovědi se lišily i v oblasti zaměstnávání DN. Pouze dvě instituce zaměstnávající zdravotně znevýhodněné osoby, jsou to Městský úřad a místní nemocnice. Jejich počet je nevelký, ale nezanedbatelný, a to pět. V tomto případě je možné, že jsem neoslovila jiné instituce, které by takové osoby zaměstnávaly, proto budu disponovat pouze s odpověďmi od těchto respondentů. Ani v jednom školském zařízení jsem nedostala odpověď, že se mezi zaměstnanci vyskytuje osoba s DN, a také nikdy předtím takovou osobu nezaměstnávali. Důvodů, proč takto nikdy nebylo, jsem obdržela mnoho. Zejména to byla nemožnost flexibility (neshledávám jasně dané, že by osoba duševně nemocná nemohla být flexibilní). Jelikož učitelé zastávají více funkcí, než by měla obsahovat jejich vlastní pracovní náplň, je možnost zaměstnat duševně nemocného člověka o to složitější, neboť dle mínění většiny dotazovaných by bylo velmi těžké skloubit tak hektický život učitele a přitom zvládat zátěž své nemoci. Ostatní instituce veřejného sektoru nemají kapacitu, aby se potýkaly s duševně nemocnými při přijímání do zaměstnání, do této situace se nikdy nedostaly anebo mají obdobný problém jako zaměstnanci školských zařízení, že by pracovní zátěž nebyla vhodná pro takto nemocné. Pouze jedna instituce na otázku, zda by na neobsazená místa mohl nastoupit člověk s DN, neodpověděla „ne“, a to tak, že sice přímo mezi kolegy-učiteli by takto postižená osoba nemohla pracovat, ale v rámci budovy, konkrétně ve školní jídelně, by tato příležitost byla, neboť druh zde vykonávané práce není tak náročný a nepředstavoval by tak velkou pracovní zátěž. Mezi výhody řadí zaměstnavatelé zaměstnávající zdravotně znevýhodněné hlavně odečet plnění povinného podílu osob se zdravotním postižením.

Setkala jsem se i s kladnou odpovědí ředitele středoškolské instituce: „*Ale výhodou by byly jejich zkušenosti v některých předmětech, jako je psychologie nebo možná i biologie, protože by mohli o své nemoci vést přednášku a víc jim přiblížit svět psychicky nemocných. Málo se o tom učíme, to je pravda. Takže by byli vlastně přínosní, ale ne jako zaměstnanci, nejspíš jen jako hosti pro nějakou diskuzi.*“

Vzhledem ke specifičnosti práce ve všech oblastech veřejného sektoru jsem dostala odpovědi ohledně přijímání a propouštění zaměstnance s DN různorodé, to se týkalo i rizik, které by jejich zaměstnávání přinášelo. V oslovených institucích, které zaměstnávají znevýhodněné, je přijímání těchto osob sporadické, neboť tito zaměstnanci pracují na pozicích, na kterých setrvávají po dlouhou dobu. Jedná se o uklízečku, pomocníka v kuchyni nebo pomoc při údržbě veřejného prostranství. V oblasti vzdělávání je onemocnění problémový aspekt z důvodů, které jsem uvedla výše (neschopnost obsáhnout několik různorodých funkcí nebo specifičnost práce). Výjimku tvoří odpověď ředitele školy na otázku přijetí duševně nemocné osoby do zaměstnání, který mi odpověděl, že by nemocného přijali, pokud by však tato osoba na škole již předtím působila. Rizika, která dle veřejných institucí hrozí v případě zaměstnávání nemocných, jsou například neschopnost práce s dětmi nebo s pubertální mládeží, neschopnost zvládnout nátlak práce a z toho vyplývající syndrom vyhoření nebo například ztráta motivace a schopností, které se kvůli nemoci ztratily.

Zajímavé postoje zaujímali respondenti v oblasti pomoci uplatnit DN na TP. Opět se vracím k rozhovoru s ředitelem střední školy, který sdělil: „*Asi v některých firmách by to neměl být problém. Ty lidi nejsou nakažlivý a někdy to není ani poznat, takže si myslím, že to je jen o přístupu každého zaměstnavatele. Kdyby tomu dal šanci, ty lidi jsou normálně uplatnitelný.*“ Stejný názor, že jsou lidé s DN uplatnitelní, zastává více institucí, ale sami tuto možnost neposkytnou. Znovu jsem se setkala s odpověďmi, že respondenti nevědí, kdo nebo co by pomohlo při zaměstnávání DN. Všichni respondenti odpověděli, že se snaží pomoci znevýhodněným především jako lidé, ne kvůli povinnému plnění, i když to je také jeden z hybatelů. Školská zařízení pomáhají skrze žáky, které vyšlou prodávat produkty určitých nadací, a to považují za pomoc znevýhodněným občanům.

Očekávala jsem, že tyto instituce půjdou příkladem ostatním zaměstnavatelům tím, že se vynasnaží zaměstnat povinný podíl těchto osob namísto koupě výrobků. Veřejné instituce jsou buď tak specificky zaměřené, že přijmout nemocného člověka je nemožné, jelikož mezi nimi panuje domněnka, že by náplň práce z jakéhokoli důvodu nezvládl nebo že by brzy vyhořel. Psychická zátěž sice může být rozhodujícím pro nepřijetí nemocného mezi

pracovníky veřejné instituce, ale měla by alespoň nějakým způsobem motivovat ostatní zaměstnavatele k jejich přijímání, neboť pokud tak nebude činit stát, nebude to dělat ani jedinec.

7.4 Zaměstnavatelé v soukromém sektoru

Drobných podnikatelů a provozovatelů služeb je na Turnovsku nespočet, vybrala jsem proto respondenty z co nejvíce možných oblastí poskytování služeb, mezi něž jsem zařadila nejvíce transparentní podniky ve městě. Do této kategorie přispělo 5 respondentů o počtu zaměstnanců 5, 9, 15, 25 a 26.

První okruh otázek vede k faktickému zaměstnání osob se zdravotním znevýhodněním (opět bych ráda podotkla, že do této skupiny řadím duševně nemocné a v otázkách se doptávám konkrétně na ně). Při přijímacím pohovoru by tři čtvrtiny uchazečů duševně nemocného odmítly, nutno poznamenat, že ani jeden z dotazovaných na svém pracovišti nemá člověka s DN, neboť jak mi bylo sděleno, náplň práce jim jejich zaměstnání nedovoluje. Důvody jsou různorodé, zejména je to komunikace se zákazníky nebo klienty služeb. Příkladem může být odpověď sociální pracovnice ve zdravotních službách, která se vyjádřila takto: *„Pracujeme s lidmi, proto je nutné správné předávání informace, to by u duševně nemocných mohl být problém.“* Pro další zaměstnavatele v této oblasti je přijetí DN do týmu nemožné, zejména protože je nutné velmi rychle reagovat a rychle jednat (z odpovědí je zřejmé, že se respondenti domnívají, že tuto schopnost duševně nemocný neovládá), to by také vadilo všem respondentům pracujících s lidmi. Jedinou výhodou, kterou by jejich přijetí do pracovního kolektivu bylo, je daňová sleva. Například personální cateringové společnosti po zkušenosti se zaměstnáváním DN ve svém podniku poznamenala: *„Pro nás to byla spíše nevýhoda, měli jsme schizofrenika a domluva s ním nebyla vůbec jednoduchá. Dokonce jsme o jeho nemoci nevěděli, i když nemocný byl, už když k nám nastupoval, ale kdyby o téhle skutečnosti informoval, bylo by to pro všechny snazší.“* Těžká domluva je hlavním zdrojem nezájmu při zaměstnávání DN. Některé podniky poskytují služby po dobu delší než 12 hodin, jedná se především o gastronomická zařízení, ve kterých je otevírací doba důležitým obchodním aspektem a kdy je pracovní směna nastavena různým způsobem. Tento fakt je pro řadu těchto podniků značným důvodem, proč takového člověka nepřijmout. Převážně proto, že je tato práce náročná nejen fyzicky, ale často i psychicky, jelikož je tato služba poskytována zákazníkovi, se kterým je nutno komunikovat a často čelit jeho rozmanitým požadavkům.

Zde je nutné podotknout, že pokud se nemocná osoba léčí, je výskyt vyšší únavnosti, menšího zájmu komunikovat nebo celkový útlum vlivem léčby nasnadě. Dva respondenti poznamenali, že pokud by přijímali nemocného do práce, v některých případech by mohl nastoupit za specifických podmínek. Jak poznamenala ředitelka spolku poskytující ambulanci služby: „*Nutné je při přijímání duševně nemocného stanovit pravidla chování při zaměstnání a vytvořit s ním krizový plán.*“ Personální úřednice z cateringové společnosti k přijímání zaměstnanců s DN dodala: „*Mám zkušenost, že lidé většinou svoji nemoc nepřiznají. Takže ve výsledku těžko říct. Ale hrála by určitě značnou, kvůli náplni práce.*“ Ostatní respondenti odpověděli, že pokud by měli volné místo, nemocného člověka by přijali, pokud by mu to jeho možnosti dovolily. U všech dotazovaných by také DN byla aspektem k propuštění zaměstnance, neboť rizika, která přináší, by mohla být důvodem k ukončení pracovního poměru. Kromě již zmíněné možnosti komunikačních problémů se zákaznicky nebo útlumu kvůli léčbě označují respondenti za další rizika častou pracovní neschopnost, nesoustředěnost, nemožnost nést plnou zodpovědnost nebo také obavy z přecitlivělosti a známek agrese.

Respondentům jsem také položila otázku, co nebo kdo by pomohl při zaměstnávání lidí s duševní nemocí. Tři z pěti dotazovaných nevěděli ani co, ani kdo by mohl napomoci. Na druhou stranu od jedné respondentky jsem se setkala zajímavou odpovědí: „*Ambulantní psychiatři, zaměstnavatelé, poskytovatelé sociálních služeb, politici na všech úrovních, EU – dobře nastavené výzvy OPLLZ,*“ poznamenala k mé otázce ředitelka spolku poskytující služby. Vedoucí sociální pracovnice ve zdravotnických službách mi stejnou otázku zodpověděla takto: „*Možná nějaký specializovaný pracovník, který by jim dělal dohled, ale asi nejspíš firma, ve které by měli vlastní pracovní podmínky.*“ Jejich odpovědi mě velmi potěšily, neboť doposud jsem se převážně setkala s odpověďmi, které značí neznalost této problematiky (pravděpodobně spíše nezájem o tuto oblast). Poslední položená otázka, zachycující postoje k DN, přinesla obdobné odpovědi jako u předchozích kategorií dotazovaných. Avšak tato skupina respondentů zahrnovala především zaměstnavatele, kteří nesčítají ani 25 zaměstnanců, z tohoto důvodu nemají povinnost plnit zákonný podíl postižených osob. Všichni oslovení zaměstnavatelé v soukromém sektoru mají snahu podpořit různé akce, na kterých se mohou podílet jako sponzoři.

8. Projekt – Nácvik a upevňování pracovních návyků osob se zdravotním postižením na Turnovsku

Projekt vznikl v rámci organizace FOKUS Turnov, z.s. (dále jen Fokus), která sdružuje duševně nemocné a mentálně postižené lidi. Fokus je nestátní neziskovou organizací, která napomáhá těmto spoluobčanům k začleňování do společnosti. Jak jsem již uvedla, na území města Turnov a okolí je to jediná organizace sdružující zdravotně znevýhodněné jedince, její historie je více než dvacetiletá a na Turnovsku má velmi dobrou tradici a jméno.

Jak již název projektu napovídá, jeho působení spadá do pracovní oblasti. Je cílen především na motivaci duševně nemocných (a mentálně postižených) k nalezení zaměstnání a posléze setrvání v něm, také na návrat dlouhodobě duševně nemocných (a mentálně postižených) na trh práce. Dále se budu zaměřovat pouze na DN, i přestože tento projekt směřuje i k zaměstnávání mentálně postižených občanů.

Jelikož z dlouholetých zkušeností Fokusu je známé, že jejich klienti nemají naučené návyky k práci a u některých nemocných dochází ke ztrátě motivace začít nebo znovu začít pracovat, myslím si, že realizace tohoto projektu byla zapotřebí. Z praxe zaměstnanci této organizace vědí, že placená práce hraje pro tuto skupinu lidí v životě velkou roli. Napomáhá strukturovat jejich život a přináší do jejich života zásadní změnu. Na druhou stranu z praxe vyplývá, že je velkou překážkou nezáměr zaměstnavatelů tuto cílovou skupinu zaměstnávat, proto se rozhodli tento projekt napsat.

Bylo nezbytné naplnit základní lidskou potřebu pracovat, neboť jinak by se duševně nemocní postupně odsunovali na okraj společnosti, nebo by z ní byli postupně úplně vyřazeni. Další nezbytností je podpora motivace těchto jedinců, protože v důsledku dlouhodobé nezaměstnanosti motivace pracovat mizí a mizí i chuť vrátit se zpět do pracovního procesu. Jak je z praxe Fokusu známo, nezáměr zaměstnavatelů přijímat tuto cílovou skupinu do zaměstnání je velký, proto je nezbytné motivovat i zaměstnavatele, například finanční podporou míst pro tyto lidi. Za nejefektivnější způsob řešení této situace je podporované zaměstnávání.

Fokus sdružuje osoby, které jsou i přes své onemocnění schopné pracovat, potřebují jen upravené podmínky nebo zkrácený pracovní úvazek. Jsou díky službám, které jsou

v organizaci poskytovány, schopni naučit se základním schopnostem a dovednostem, které jim umožňují vstup na trh práce.

Způsob zapojení cílové skupiny do projektu

Výběr vhodného kandidáta pro zapojení v rámci tohoto projektu je na základě spolupráce ÚP a Fokusu, a to tak, že uchazeč bude vybrán z evidence ÚP nebo mezi klienty služeb Fokusu. V rámci této spolupráce budou vyhledáni vhodní uchazeči o zaměstnání na konkrétní pracovní místo. Tito uchazeči se společně setkají a při této příležitosti je zainteresovaný sociální pracovník seznámí s projektem a možnostmi, které díky němu mají. Sociální pracovník pak individuálně provede rozhovor a zjistí, který uchazeč je vhodný. V další fázi projektu spolupracuje klient s odborným asistentem, který je v rámci projektu také zainteresován, a společně pak budou v rámci nástupu a během práce v pravidelném kontaktu. Práce odborníků zapojených v projektu bude užívat stejné postupy jako v případě běžného uchazeče o zaměstnání.

Odborný asistent pomáhá klientovi v počátečním stádiu zaměstnání. Poskytuje pracovní poradenství od přípravy na přijímací pohovor, vytvoření životopisu, po poskytnutí informací potřebných k nástupu do zaměstnání. Asistent nejprve zajistí první kontakt klienta se zaměstnavatelem a nového zaměstnance pak doprovází během prvních tří docházek do zaměstnání. Posléze už bude s klientem v každodenním kontaktu dle potřeby klienta.

Snaha o motivaci klienta k práci je klíčová v mnoha aspektech jeho života. Začlenění do projektu může znamenat pro DN začátek resocializace a práce je jedním z kroků, které k opětovnému vrácení do společnosti patří.

Byla stanovena určitá rizika, která by celý proces začleňování DN na TP mohla ohrozit:

1. Nezájem cílové skupiny v zapojení se do projektu. Tomuto riziku se Fokus snažil zabránit již během realizace projektu, neboť díky znalosti cílové skupiny věděl, kolik zdravotně znevýhodněných osob by se chtělo nebo mohlo zapojit a kolik z nich by mělo zájem o práci.
2. Nízká motivace klientů k nalezení a udržení zaměstnání. Tomuto problému bylo věnováno hodně času, především v rámci individuální práce s klientem, která mapovala zájem o pracovní uplatnění.

3. Zaměstnavatelé nemají zájem o zaměstnávání DN. Toto riziko se dá eliminovat finanční podporou, která bude zaměstnavatelům v rámci projektu nabídnuta.
4. Fluktuace klientů ucházející se o pracovní místo. Vytváří se individuální analýza možností a potřeb klientů, která usnadní výběr vhodného pracovního místa pro konkrétního klienta. Tomu přispívá každodenní kontakt pracovníka s klientem, který sleduje jeho činnost v sociálně terapeutické dílně ve Fokusu a jeho chování mezi ostatními na pracovišti během zaměstnání.
5. Možným rizikem je změna realizačního týmu. Vedení projektu a jeho řízení je rozděleno mezi hlavního a finančního manažera, kteří jsou v úzké spolupráci.
6. Dojde k prodloužení platby dotace. Toto riziko je nutno řešit operativně.

Hodnocení a výsledek projektu

Projekty v rámci OPLZZ se posuzují vždy formálně, a to zejména zda odpovídá potřebným regulím. Poté přechází do rukou hodnotitelů, kdy se ke každému projektu vyjadřují dva hodnotitelé. Pokud se jejich hodnocení kompletně liší, je přizván další, nezávislý hodnotitel. Na základě bodového ohodnocení pak dochází ke schválení či zamítnutí projektu. Žádost o finanční podporu v rámci OPLZZ na tento grantový projekt byla zamítnuta z důvodu nedosažení potřebných bodů – a to 65. Tento projekt dostal pouze 55,33 bodů, které nestačily na jeho realizaci.

9. Výsledek výzkumu

Skupiny respondentů, se kterými jsem vedla rozhovory, měly odlišné názory, které se však v určitých oblastech shodovaly. Zejména se pak jednalo o rizika, která by DN mohli v pracovním procesu přinášet. Výsledkem byl výčet těchto rizik, která by mohla přinášet značné problémy na pracovišti. Výrobní firmy, kde počet zaměstnanců není významným aspektem, nahlízejí na možné zaměstnávání DN jako na rizikový faktor, který by firmě přinesl jen zvýšenou angažovanost v úpravě pracovní pozice nebo riziko možného střetu zájmů. Z odpovědí některých respondentů jsem nabyla dojmu, že hlavní obava leží v nízkém povědomí o dané problematice a nízké znalosti duševních nemocí. Proto společenská stigmatizace DN znemožňuje vstup takto znevýhodněným lidem na běžný pracovní trh. Pohled, jakým se hledí na zaměstnance, je spíše objektivní. V tomto případě není snadné pohlížet na potencionální zaměstnance s DN jako na jednotlivce, kterému práce přináší subjektivní uspokojení, a jako na osobu, která může být i přes handicap stejně přínosná jako běžný uchazeč. Oblast veřejného sektoru je uzavřenější k zaměstnávání DN z toho důvodu, že díky specifčnosti a náročnosti práce si nemůže dovolit zaměstnat takto znevýhodněného. Je otázkou, do jaké míry je uzavřenost vůči těmto uchazečům na místě, neboť i v tomto případě je možné nalézt kompromisy, které by napomohly k jejich uplatnění v této oblasti. Beru v potaz, že většina DN je vlivem léčby částečně omezena ve svém výkonu, avšak nemyslím, že po úspěšné léčbě, kdy v životopise uchazeče zaměstnavatel najde několikaletou mezeru (doba pobytu v psychiatrické nemocnici nebo jiný typ léčby znemožňující být zaměstnán), by to měl být často nepřekonatelný problém. Otevřenost vůči DN a jejich případnému návratu na pracovní trh, se kterým jsem se setkala například ve školském zařízení a ve službách, mi naznačila, že někteří zaměstnavatelé mají snahu pohlížet na nemocné jako na osoby se zkušeností, kterou je dobré předat nebo díky ní pomoci ostatním. Zůstává však faktem, že kladné postoje všech zaměstnavatelů k přijímání DN do zaměstnání jsou stále uzavřenou oblastí. Relativně malý počet probandů nedokáže pojmut většinový pracovní trh ve městě Turnov a jeho okolí, nicméně tvoří reprezentativní vzorek, který celý TP v Turnově dobře reflektuje. Výsledky výzkumného šetření jsou z tohoto důvodu adekvátní. Výzkumný předpoklad se neliší se získanými fakty, což potvrzuje moji vlastní znalost TP na Turnovsku. Zaměstnávání DN na běžném TP na Turnovsku shledávám proto jako téměř nemožné.

Závěr

V teoretické části bakalářské práce byla popsána oblast duševního onemocnění, a to za pomoci Mezinárodní klasifikace nemocí, kde duševní onemocnění a poruchy chování spadají pod písmeno F. V této části je popsáno nejen vnímání duševních abnormalit, ale také duševního zdraví a faktorů, které přispívají k udržení zdraví. Další popsanou oblastí teoretické části je zaměstnanost a nezaměstnanost, kde je popsána významnost práce pro každého jedince a hlavní druhy nezaměstnanosti. Na pracovním poli se duševně nemocní setkávají se stigmatizací, která může být výrazným hybatelem pro průběh duševní nemoci, může ale také znamenat další problémy, které se k duševnímu onemocnění vážou. Důležitou roli v zaměstnávání zdravotně znevýhodněných hrají chráněný pracovní trh a specifické formy vstupu na pracovní trh, které napomáhají k nalezení, udržení a setrvání v zaměstnání. Následující kapitola bakalářské práce mapuje legislativu týkající se nejen zaměstnávání zdravotně znevýhodněných, ale také práv a povinností, které jsou uloženy firmám v případě zaměstnávání nemocných. Základním zdrojem nejen v běžném životě, ale i na trhu práce jsou lidská práva, která stojí nade všemi ostatními právy fyzických a právnických osob. Poslední kapitola teoretické části práce mapuje služby, jež napomáhají při vstupu na pracovní trh, k nalezení práce, udržení si zaměstnání a služby, které slouží duševně nemocným.

Hlavní cíl bakalářské práce, který se týká možnosti uplatnitelnosti lidí s duševním onemocněním na běžném trhu práce, byl zmapován v praktické části. Uplatnitelnost DN na běžném TP na Turnovsku je velmi malá, neboť ze strany zaměstnavatelů se zaměstnávání osob s duševním onemocněním zdá být skoro nemožné. Z rozhovorů, které jsem vedla s pracovníky podniků, jsem zjistila, že postavení k duševně nemocným je spíše negativní a plné obav, a to zejména v oblasti přijímání do zaměstnaneckého poměru. Valná většina, ať už větších či menších podniků, se staví k zaměstnávání zdravotně znevýhodněných s despektem. Obávají se rizik, která by eventuálně DN mohli přinést, ale také změn, které by kvůli jejich přijetí museli vytvořit. Vzhledem k počtu DN na Turnovsku, nezájmu a obav zaměstnavatelů přijímat uchazeče s onemocněním do zaměstnání, by bylo vhodným řešením vybudování tréninkového centra přímo ve městě Turnov, kde by zdravotně znevýhodnění spoluobčané mohli za pomoci pracovní a sociální rehabilitace vstoupit na TP skrze toto zařízení. Dalším vhodným řešením, jak napomoci nemocným zapojit se do pracovního života, by bylo vyčlenění specializovaného pracovníka, který by se s klientem v rámci jeho působení v tréninkovém centru podílel na hledání zaměstnání na běžném trhu práce a napomáhal

klientovi při odchodu z centra na běžný trh práce. Výzkumné šetření proto poslouží jako zdroj informací k vybudování tréninkového prostoru (pravděpodobně tréninkové kavárny), který by zaměstnával zmíněnou cílovou skupinu a za jehož pomoci by DN měli snazší a přímější vstup na běžný trh práce.

Zdroje

Knižní zdroje

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, 774 s. ISBN 80-7178-303-x.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

KUCHAŘ, Pavel. *Trh práce: sociologická analýza*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2007, 183 s. ISBN 978-80-246-1383-3.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 279 s. ISBN 80-7178-551-2.

MAHROVÁ, Gabriela. VEGNLÁŘOVÁ, Martina. A kol. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2008, 168s. ISBN 978-80-247-2138-5.

MAREŠ, Petr. *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 151 s. ISBN 80-901424-9-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, Oldřich. *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013, 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2002, 113 s. ISBN 80-7254-216-8.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014, 246 s. ISBN 978-80-262-0731-3.

PROBSTOVÁ, Václava, 2010, Sociální práce s duševně nemocnými, s. 133-16. In: Oldřich MATOUŠEK, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010, 351 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010, 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.

VÁGNEROVÁ, Hana. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-262-0225-7.

Internetové zdroje

Česká unie pro podporované zaměstnávání (ČUPZ), [2010]. Co je ZP? In: *unie-pz.cz* [online]. [cit. 2015-14-02]. Dostupné z: <http://www.unie-pz.cz/3-podporovane-zamestnavani/14-co-je-pz.html>

Evropský sociální fond (ESF), (2011). Operační program Lidské zdroje a zaměstnávání (OPLZZ), In: *esfcr.cz* [online]. [cit. 2015-14-03]. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/07-13/oplzz/dokumenty-1>

GOSTIN, Lawrence O., (2004). The Human rights of Persons with Mental Disabilities: A Global Perspective on the Application of Human Rights Principles to Mental Health. In: *scholarship.law.georgetown.edu* [online]. [cit. 2015-28-04]. Dostupné z: <http://scholarship.law.georgetown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1088&context=facpub>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), [2010]. Není důvod bát se zaměstnat zdravotně postiženého. In: *mpsv.cz* [online]. [cit. 2015-28-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/16926>

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV), [2010]. Sociálně terapeutické dílny. In: *mpsv.cz* [online]. [cit. 2015-26-02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/13929>

OP Zaměstnanost 2014 – 2020, (2014). In: *esfcr.cz* [online]. [cit. 2015-07-03]. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/op-zamestnanost-2014-2020>

Poslanecká sněmovna Parlamentu České republiky, [2015]. Hlava čtvrtá: Hospodářská, sociální a kulturní práva. In: *psp.cz* [online]. [cit. 2015-28-02]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

Přechodné zaměstnávání, [2010]. In: *eset-help.cz* [online]. [cit. 2015-28-02]. Dostupné z: <http://www.esethelp.cz/sluzby/prechod-zamestnavani.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [2015a]. Základní informace. In: *uzis.cz* [online]. [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, [2015b]. Poruchy duševní a poruchy chování F00-F99. In: *uzis.cz* [online]. [cit. 2015-03-02]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F00-F99.html>

VITÁKOVÁ, Petra, (2012). Údaje o podporovaném zaměstnání v ČR v roce 2012. In: *unie-pz.cz* [online]. [cit. 2015-14-02]. Dostupné z: http://unie.alanium.com/files/files/Statistika_PZ_2012_CUPZ_FIN.pdf

Vláda ČR, (2006). Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech. In: *vlada.cz* [online]. [cit. 2015-03-31]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/cz/pracovni-a-poradni-organy-vlady/rlp/dokumenty/mezinarodni-pakt-o-obcanskyh-a-politickyh-pravech-a-mezinarodni-pakt-o-hospodarskyh--socialnich-a-kulturnich-pravech-19852/>

Vláda ČR, [2010]. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. In: *vlada.cz* [online]. [cit. 2015-03-31]. Dostupné z: <http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>

World health organization (WHO), [2014]. Mental health. In: *who.int* [online]. [cit. 2015-09-02]. Dostupné z: http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Přednášky a konzultace

TOMEŠ, Igor, 3. 3. 2015. Informace k bakalářské práci [konzultace]. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Katedra sociální práce.

Zákony

Zákoník práce 2015

Zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon