

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra sociální práce

Diplomová práce

Bc. Michaela Henáčová

Rizika při poskytování služeb chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním

The risks in the provision of the service sheltered housing for people with
mental illness

Praha 2017

Vedoucí práce: PhDr. Eva Dragomirecká, PhD.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

V Praze, dne 6. srpna 2017

.....
Jméno a příjmení

Klíčová slova

Chráněné bydlení, duševní onemocnění, rizika v sociálních službách, zneužívání sociálních služeb, psychiatrická reforma, komunitní péče

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá riziky, která plynou z využívání služby chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním. Dlouhodobé duševní onemocnění negativně ovlivňuje člověka v několika oblastech jeho života. Soužití s nemocným za běžných podmínek a bez podpory okolí je velmi náročné, z důsledku čehož se oslabuje sociální síť člověka a snižuje se počet jeho sociálních kontaktů. Cílem diplomové práce je zjistit, jaká jsou potencionální rizika, která plynou z využívání sociální služby chráněného bydlení a jaká mohou vzniknout doporučení pro sociální službu a uživatele, kteří jsou potencionálně ohroženi sociálním vyloučením. První část práce obsahuje přehled o duševních onemocněních, se kterými se uživatelé chráněných bydlení potýkají. Dále je zaměřena na reformu péče o duševně nemocné a současnou situaci komunitní péče v České republice a v okolních státech, které s Českou republikou sousedí. Poslední kapitola popisuje skupinové chráněné bydlení pro lidi s duševním onemocněním a rizika, která z využívání této sociální služby plynou. Druhá část práce je věnována vlastnímu výzkumu, který byl uskutečněn ve vybraných šesti chráněných bydleních na území hl. m. Prahy a Moravskoslezského kraje. Výzkum byl uskutečněn za použití metod analýzy dokumentů a polostrukturovaných rozhovorů. Při výzkumném šetření bylo zjištěno několik rizik, která mohou být inspirací pro zakomponování do vnitřních pravidel organizace či úpravě koncepce a práce s uživateli. Dále byla zjištěna obecná doporučení z odhadů odborníků v oblasti počtů specialistů, deinstitucionalizace, vzdělávání, meziresortní spolupráce a v legislativě. V závěru této práce je zmíněno kritické zhodnocení výzkumné strategie.

Keywords

Sheltered housing, mental illness, risks in social services, abuse of social services, psychiatric reform, community care psychiatry

Abstract

This master thesis deals with the risks that arise from the usage of sheltered housing services for people diagnosed with mental illness. People are negatively affected by long term mental illness in several aspects of their lives. Under normal conditions, cohabitation with such individual is thus very difficult without additional help. As a result, his human social network is weakened and the number of his social contacts decreases. The aim of this master thesis is to find out what are the potential risks that are inherent in the use of the social service of sheltered housing and what can be the recommendations for the social service and the users who are potentially at risk of being socially excluded. The thesis is structured as follows. First part of the thesis includes an overview of mental illnesses, the users of sheltered housing can face. Further, the focus is on the reform of the care for the mentally ill and on the current state of the community care in the Czech Republic and the neighbouring states. Next, group sheltered housing for mentally ill people and the resulting risks are described. Second part of the thesis is devoted to own research which was conducted in selected six sheltered houses in the capital city of Prague and in the Moravia-Silesian region. Research was carried out using document analysis methods and semi-structured interviews. During research, several risks were pointed out that could be implemented into internal rules of the organization or for the modification of the concept or for work with the users. Furthermore, general recommendations from expert's estimates were derived regarding the number of specialists, deinstitutionalization, education, interdepartmental cooperation and legislation. Lastly, I mention critical assessment of the research strategy.

OBSAH

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | ÚVOD | 1 |
| 2 | VYMEZENÍ POUŽÍVANÝCH POJMŮ | 2 |
| 2.1 | DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ | 2 |
| 2.2 | KOMUNITNÍ PÉČE | 2 |
| 2.3 | PSYCHIATRICKÁ REHABILITACE | 3 |
| 2.4 | ZOTAVENÍ..... | 3 |
| 2.5 | BALANCED CARE | 3 |
| 2.6 | CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ | 3 |
| 3 | DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ | 5 |
| 3.1 | DLOUHODOBÉ DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ | 5 |
| 3.1.1 | <i>F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy</i> | 6 |
| 3.1.2 | <i>F30-F39 Afektivní poruchy – poruchy nálady</i> | 7 |
| 3.1.3 | <i>F60.0.- 60.2. Poruchy osobnosti</i> | 8 |
| 3.1.4 | <i>Duální diagnózy</i> | 9 |
| 4 | REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ | 10 |
| 4.1 | ZAHRANIČÍ | 10 |
| 4.2 | EVROPSKÉ DOKUMENTY | 14 |
| 5 | STÁVAJÍCÍ SYSTÉM PSYCHIATRICKÉ PÉČE V ČR | 17 |
| 5.1 | KOMUNITNÍ PSYCHIATRICKÁ PÉČE | 18 |
| 5.2 | CASE MANAGEMENT | 19 |
| 5.3 | STÁVAJÍCÍ LEGISLATIVNÍ ÚPRAVA | 20 |
| 6 | KOMUNITNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICCE | 21 |
| 6.1 | ŽIVOT V KOMUNITĚ | 21 |
| 6.2 | PSYCHOSOCIÁLNÍ REHABILITACE | 22 |
| 6.3 | KOMUNITNÍ PSYCHIATRIE | 23 |
| 7 | CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM | 29 |

| | | |
|-------|--|-----|
| 7.1 | CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ SKUPINOVÉ..... | 30 |
| 7.2 | PŘEHLED CHRÁNĚNÝCH BYDLENÍ V ČR..... | 34 |
| 7.3 | RIZIKA PLYNOUCÍ Z VYUŽÍVÁNÍ CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ..... | 36 |
| 8 | VÝZKUMNÁ ČÁST | 45 |
| 8.1 | UVEDENÍ DO VÝZKUMU | 45 |
| 8.2 | DÍLČÍ CÍLE A PŘEDMĚT VÝZKUMU | 46 |
| 8.3 | METODY | 47 |
| 8.4 | TECHNIKY SBĚRU DAT..... | 49 |
| 9 | VÝSLEDKY VÝZKUMU | 52 |
| 9.1 | HLAVNÍ MĚSTO PRAHA | 53 |
| 9.2 | MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ | 59 |
| 9.3 | ROZHOVORY | 67 |
| 9.3.1 | <i>Sociální rizika</i> | 69 |
| 9.3.2 | <i>Ekonomická rizika</i> | 74 |
| 9.3.3 | <i>Rizika vycházející z komunity</i> | 78 |
| 9.4 | ROZHOVORY S ODBORNÍKY Z MINISTERSTVA PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ | 80 |
| 10 | HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ A DOPORUČENÍ | 84 |
| 11 | DISKUZE | 90 |
| 12 | ZÁVĚR..... | 93 |
| 13 | SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY: | 96 |
| 14 | SEZNAM OBRÁZKŮ: | 99 |
| 15 | SEZNAM GRAFŮ: | 99 |
| 16 | SEZNAM ZKRATEK: | 100 |
| | PŘÍLOHA 1. ROZHOVORY CHB | I |
| | PŘÍLOHA 2. ROZHOVORY S MPSV | II |

Předmluva

K výběru tohoto tématu mě inspirovala vlastní pracovní zkušenost ve skupinovém chráněném bydlení pro lidi s duševním onemocněním. Během své praxe s uživateli jsem se setkávala se situacemi, ke kterým neexistoval návod ani metodika k řešení, vždy se situace následně řešila na intervizích týmů a byl sepsán záznam řešení pro další situace podobného typu. Začala jsem se těmito rizikovými situacemi zabývat detailněji a při úpravě vnitřních pravidel organizace mě napadlo zpracovat téma Rizika při využívání služeb chráněného bydlení odborně v této práci.

Práce se zabývá chráněnými bydleními v České republice ve dvou regionech. Porovnává skupinová chráněná bydlení v hl. m. Praze a v Moravskoslezském kraji. Následně pomocí polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci těchto konkrétních zařízení vznikl seznam potencionálních rizik a obecných doporučení, která vyšla z polostrukturovaných rozhovorů s odborníky z Ministerstva práce a sociálních věcí.

V teoretické části se věnuji popisu vybraných dlouhodobých duševních onemocnění a životu s duševním onemocněním v komunitě. Popisují současnou situaci komunitní péče a sociální rehabilitace v České republice a okrajově se zabývám psychiatrickou reformou v naší zemi a ve vybraných zahraničních státech. Teoretickou část zakončuji tématem skupinového chráněného bydlení a riziky, která se mohou v této sociální službě vyskytovat.

Ve výzkumné části práce se zabývám zjištěním potencionálních rizik ve vybraných zařízeních, jejich popisem, možnými příčinami, prevencí a následnými doporučeními pro praxi.

Použitá literatura je v kombinaci s českými a anglickými píšícími autory.

Citační normu jsem používala ČSN ISO 690.

I Úvod

Téma práce se zabývá chráněným bydlením pro lidi s duševním onemocněním a riziky, která se mohou v rámci využívání sociálních služeb vyskytnout. Dlouhodobé duševní onemocnění negativně ovlivňuje fungování člověka v běžném životě. Příčinou jsou nejen příznaky duševního onemocnění, ale také narušené funkce a dovednosti člověka fungovat ve společnosti. Chráněné bydlení je jednou z alternativ, jak těmto klientům pomoci obnovit a nabýt zpátky jejich ztracené dovednosti a schopnosti a pomoci jim žít plnohodnotný život, včetně navrácení zpět do jejich přirozeného prostředí.

Teoretická část této práce se zabývá konkrétními duševními onemocněními, se kterými se uživatelé v chráněných bydleních potýkají. Dále se zaměřuji na život v komunitě a na výhody, které toto komunitní soužití poskytuje.

Popisuji současný stav komunitní péče v České republice včetně počtů jednotlivých zařízení. Také zmiňuji psychiatrickou reformu, která se zabývá procesem deinstitucionalizace psychiatrické péče a transformací sociálních služeb. Uvádím příklady dobré praxe ze zahraničí, a to z okolních států České republiky, Velké Británie a Švédska. V rámci podkapitoly zmiňuji evropské dokumenty, které považuji za důležitou součást při řešení tohoto tématu.

Za stěžejní kapitolu teoretické části považuji skupinové chráněné bydlení, kde popisuji současné počty skupinových chráněných bydlení, principy a cíle sociální služby. V podkapitole se dále zabývám vybranými riziky, která jsou pro chráněné bydlení relevantní.

Na teoretickou část navazuji výzkumem, kde jsem si za hlavní cíl stanovila zjištění potencionálních rizik, jejich detailní popis, možný vznik a prevenci vzniku rizikových situací. Výzkum doplňuji srovnáním vybraných skupinových chráněných bydlení ve dvou regionech České republiky. Konkrétně se jedná o tři zařízení v hl. m. Praze a tři zařízení v Moravskoslezském kraji. Ve městech Ostrava, Opava a Třinec. Poslední část se týká obecných doporučení od odborníků na problematiku duševního onemocnění z Ministerstva práce a sociálních věcí.

V diskuzi a závěru práce zmiňuji své vlastní postřehy a doporučení pro praxi.

2 Vymezení používaných pojmů

2.1 Duševní onemocnění

Vážné duševní onemocnění je charakterizováno dobou trvání onemocnění a mírou narušení běžného fungování v životě. Délka onemocnění se málokdy shoduje s dobou, kdy bylo onemocnění diagnostikováno. Délka souvisí s prognózou onemocnění. Čím delší je doba neléčené nemoci, tím je horší prognóza. V akutní psychotické atace může docházet i k poškození nervových buněk.

Duševní onemocnění ovlivňuje a funkčně narušuje oblasti jako bydlení, vzdělání, práci, sociální zázemí aj. Ukazatele fungování jsou např. délka pobytu v nemocnici nebo doba, kdy klient není hospitalizován.

Skupina lidí s dlouhodobým duševním onemocněním, které dle Foitové trvá déle než dva roky, je více zranitelná v oblasti sociální, psychické a právní. Neumí dostatečně hájit svá práva a hlásit se o své nároky. Zároveň má velké potřeby a jsou náročnými klienty, rodinnými příslušníky a občany. Někdy matou své okolí svými podivnými projevy chování, případně nepřijatelným chováním. Pro okolí klienta je náročné jeho chování, kdy v jednom období funguje dobře a samostatně a v jiném selhává a nepřipouští si své onemocnění a nepečuje o své zdraví.

Bez potřebné a kvalitní podpory a léčby lidé s duševním onemocněním strádají a jejich zdravotní stav se dlouhodobě zhoršuje. (Foitová, 2011)

2.2 Komunitní péče

Definice komunitní péče je v odborné literatuře mnoho. Liší se od sebe časovým vývojem nahlížení na péči o lidi s duševním onemocněním.

„Komunitní péče je síť služeb, které nabízejí kontinuální léčbu, ubytování, zaměstnání a sociální podporu a které společně pomáhají lidem s duševními problémy znovu získávat jejich normální sociální role.“ (Strathdee, Thornicroft, 1997)

„Komunitně založená služba duševního zdraví je taková, která zajišťuje veškerý rozsah efektivní péče o duševní zdraví pro vymezenou populaci a která se ve spolupráci s dalšími místními činiteli věnuje léčení a pomoci lidem s duševními poruchami úměrně jejich utrpení nebo potížím.“ (Thornicroft, Tansella, 1999)

Dle Peče se model komunitní péče uplatňuje v posledních 20 letech v ekonomicky vyspělých zemích a znamená přesun těžiště z velkých psychiatrických nemocnic do

intermediárních, sociálně rehabilitačních a ambulantních služeb co nejbližše přirozeným podmínkám klienta.

2.3 Psychiatrická rehabilitace

Psychiatrická rehabilitace je přístup, který zahrnuje různé typy a postupy intervencí, které mají společné charakteristiky. Cílem psychiatrické rehabilitace je pomoci lidem s duševním onemocněním fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojení ve svém prostředí, které si pro svůj život sami vybrali, a to s co nejmenší mírou podpory.

Rehabilitace velmi napomáhá člověku v jeho procesu zotavení neboli údravy. (Peč, 2011)

2.4 Zotavení

Proces údravy je popisován jako velmi osobní záležitost. Je to unikátní proces změny hodnot, přístupu, cílů, pocitů, schopností a rolí člověka. Navzdory omezením způsobeným nemocí jde o žití přínosného a spokojeného života.

Zotavení zahrnuje zvládnutí nemoci a vývoj nového smyslu a účelu života. Není to tedy vymizení symptomů, ale úspěšná adaptace i přes přetrvávající symptomy. (Peč, 2011)

2.5 Balanced care

V tomto nejnovějším konceptu jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické ambulance a týmy. Dále psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic, krizové služby a denní stacionáře. Rezidenční péče v komunitě a psychiatrická rehabilitace.

Mezi principy balanced care patří mobilita a propojenost služeb. Péče, která je vykonávána ve vlastním prostředí klientů a kladení důrazu na lidská práva a potřeby klientů. (Raboch, Wenigová, 2012)

2.6 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytová služba, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění. Jejich situace vyžaduje podporu a pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového a individuálního bydlení.

Sociální služba poskytuje ubytování, zajišťuje stravu, pomoc s přípravou stravy a chodem domácnosti. Dále poskytuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Zprostředkovává kontakt se společenským prostředím, nabízí sociálně terapeutické činnosti a pomáhá klientům při uplatňování práv a hájí oprávněné zájmy uživatelů. Sociální služba poskytuje své služby za úhradu. (www.mpsv.cz)

3 Duševní onemocnění

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) se duševní onemocnění dělí do několika skupin podle charakteru daného onemocnění. Pro své účely v diplomové práci jsem si vybrala pouze několik onemocnění, která se vztahují k chráněnému bydlení. Dále popisují zásady komunitní péče a život v komunitě.

3.1 Dlouhodobé duševní onemocnění

WHO definuje duševní zdraví jako „stav duševní pohody, kdy člověk dokáže využívat své schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžnými stresy, je schopen podílet se na životě v komunitě a produktivně pracovat“.

Duševní onemocnění zahrnují psychickou zátěž. Narušené fungování, které souvisí s příznaky duševního onemocnění. Duševní stav ovlivňuje řada faktorů – biologické faktory zahrnují genetiku a pohlaví, individuální faktory jsou např. osobní zkušenosti, do rodinných a sociálních faktorů můžeme zahrnout sociální podporu a ekonomické i environmentální faktory zahrnují společenské postavení a životní podmínky. (Zelená kniha – zlepšení duševního zdraví obyvatelstva, 2005)

Dlouhodobé duševní onemocnění negativně ovlivňuje člověka v několika oblastech. Z důvodu dlouhodobého trvání onemocnění mají výrazně narušené psychické, sociální a pracovní schopnosti. V České republice se s dlouhodobým duševním onemocněním potýkají více než tři procenta obyvatel.

U osob s duševním onemocněním může docházet ke stavům, kdy kvůli nemoci nejsou schopny rozpoznávat důsledky svého jednání. Lidé s duševním onemocněním často nejsou schopni hájit svá práva a zájmy. Vážné a dlouhodobé duševní onemocnění s sebou přináší negativní systémové vlivy, nedostatek specializovaných služeb, nedostatek zájmů ze strany politiků, z čehož vyplývají problémy pro lidi s duševním onemocněním, např. omezené finanční možnosti a také riziko stigmatizace. (Probstová, 2005)

Soužití s nemocným za běžných podmínek a bez podpory je velmi náročné. Často pak nastávají situace opakovaných hospitalizací, z důsledku čehož se oslabuje sociální síť člověka a snižuje se počet jeho sociálních kontaktů. Člověk s duševním onemocněním je tak díky dlouhodobé hospitalizaci vytěšňován z rodiny a ze svého přirozeného prostředí. Přestože podpora rodiny je jedním z hlavních zdrojů úspěšného zotavení.

Dlouhodobé duševní onemocnění také negativně ovlivňuje ekonomickou soběstačnost člověka. Jedna z příčin může být vznik duševního onemocnění, které se

nejčastěji rozvíjí v období osamostatňování se, což je zásadní pro vývoj profesního rozvoje. Tím může dojít k sociální izolaci a zneschopnění člověka.

Mladí lidé s duševním onemocněním mívají v několika případech diagnostikovánu závislost na drogách, alkoholu, hře na automatech nebo jejich stav nemusí být označen jako závislost. Zneužívání alkoholu a drog významně ovlivňuje sociální izolaci a nedostatek sociálních kompetencí, nestabilní bydlení, rodinné konflikty a opakované relapsy. (Kremláčková, Šupa, Práh)

3.1.1 F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

V této kapitole definuji určité typy duševního onemocnění. Výběr jsem zvolila na základě četnosti zastoupení duševního onemocnění v chráněných bydleních v České republice. Jedná se o skupinu lidí s dlouhodobým duševním onemocněním. Z diagnostického hlediska se jedná o lidi s onemocněním z okruhu psychotických poruch. Jde o schizofrenní poruchy, afektivní poruchy, vybrané onemocnění z okruhu poruch osobnosti a duálních diagnóz. (Hejzlar, 2010)

Schizofrenní poruchy se dají charakterizovat poruchami myšlení, vnímání a afektivitou, která může být otupělá nebo nepřiměřená. Myšlení je nepřesné a slovní vyjádření je nepochopitelné. Nejdůležitější projevy nemoci zahrnují ozvučování myšlenek, vkládání nebo vysílání myšlenek, bludné vnímání, pasivita nebo ovlivňování, sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují ve třetí osobě. (MKN-10)

Onemocnění propuká zpravidla v období dospívání. Jde o dobu kulturního osamostatnění, oddělení a odloučení od rodiny. Začátek onemocnění může být náhlý, ale také stejně nenápadně pozvolný. Onemocnění probíhá epizodicky v mezidobí ústupu příznaků a v období propuknutí nemoci.

U schizofrenie je důležitý klientův náhled na nemoc, na následky nemoci a potřeby léčby. Nedostatek náhledu může způsobovat problémy v zapojení klientů do spolupráce, léčby a rehabilitace. Neumožňuje spolupráci mezi klientem a lékařem, terapeutem či sociálním pracovníkem. Kolísavost ve vztazích se může projevovat mezi žádosťivostí mít intenzivní vztah s jednou osobou a zároveň s podezíravostí a se snahou stáhnout se z kontaktu s ostatními. Snížené volné kapacity jsou častou součástí nemoci a vedou k pasivitě v oblasti činností, zaměstnání nebo zájmů.

Paranoidní schizofrenie

Paranoidní schizofrenie bývá charakterizována trvalými bludy, které jsou provázeny sluchovými halucinacemi a poruchami vnímání. Součástí bývá symbolické nebo magické myšlení. Negativní příznaky se vyskytují zřídka, ovšem ataky mohou být velmi silně afektivně nabity.

Nediferencovaná schizofrenie

U tohoto druhu schizofrenie jsou splněna kritéria schizofrenie, především psychotické stavy. Zahrnuje smíšené příznaky několika typů.

Související onemocnění:

Schizoafektivní poruchy

U tohoto onemocnění se projevují jak symptomy schizofrenie, tak i mánie nebo deprese. V případě mánie se projevuje člověk dobrou povznesenou náladou a zvýšeným sebehodnocením, někdy s projevy agrese. U deprese se objevuje hlavně úzkost, nízké sebehodnocení a ztráta veškerého zájmu.

Trvalé duševní poruchy s bludy

U této nemoci jsou hlavní charakteristikou bludy. Falešné představy o skutečnosti mohou zahrnovat pocity pronásledování, obtěžování, našeptávání, negativní narážky na vlastní osobu či podvádění. V případě období bez těchto představ může život nemocného probíhat zcela normálně.

3.1.2 F30-F39 Afektivní poruchy – poruchy nálady

Bipolární porucha

Je charakterizována dvěma nebo více fázemi, při kterých je nálada a aktivita člověka dost narušena. A to tak, že za určitých okolností je nálada a energie klienta zvýšená a jindy je zase nálada a energie snižena. (MKN-10)

Manické poruchy

Tyto poruchy se projevují dobrou náladou, zvýšeným sebevědomím a energičností, za těmito projevy je skrytá nejistota, strach, bezmoc. Člověk svým jednáním přesvědčuje

své okolí o tom, že je vše v pořádku. Deprese je pod tímto chováním schovaná. Výskyt pouze manických epizod je vzácný.

Epizody se projevují v několika fázích: mírná manická fáze, středně těžká a těžká manická fáze. Fáze se liší v intenzitě příznaků. Po odeznění epizody mohou být důsledky nevalné a to jak pro jedince, tak i jeho okolí.

Depresivní poruchy

Depresivní fáze může probíhat v lehké, střední nebo těžké formě. Nemocný má sníženou energii, náladu a aktivitu. Dále také schopnost koncentrace a smysl pro zábavu. I po malé námaze se projevuje únava. Je ovšem narušen spánek a zhoršená chuť k jídlu. Sebehodnocení a pocity viny jsou narušeny i u lehčích případů. (MNK-10)

Deprese může mít vznik jasný, a to po nějaké tragické události, nebo může vzniknout bez jasného důvodu.

Jen u 20 % případů lidé v důsledku depresivního onemocnění trpí dlouhodobým zneschopněním a to jak sociálním, tak pracovním. Negativní dopad mají tyto symptomy na sociální fungování člověka. Nechuť pouštět se do nových věcí s nutnou dávkou energie ovlivňuje rozvoj a udržování vztahů a mohou se odrážet v nesplnění očekávání ve vztahu. Depresivní člověk, který se necítí dobře a je sám sobě nepřítelem směřuje k sebe-destructivním a sebevražedným myšlenkám. (Probstová, Peč, 2014)

3.1.3 F60.0.- 60.2. Poruchy osobnosti

Schizoidní porucha osobnosti

U lidí, kteří trpí touto poruchou je typický nezáměr o lidi, plachost, chladnost a zároveň zranitelnost. Je přítomna neschopnost vyjadřovat city a radost. Toto bývá spojeno s vnímavostí a citlivostí k přetvářce, lhaní a nedostatku autentičnosti. Stažení se ze vztahů se vysvětluje jako velké zklamání v raných vztazích. Konflikt ve vztazích lze vysvětlit jako konflikt mezi blízkostí a strachem ze samoty. Pokud se tedy člověk trpící touto poruchou cítí ohrožen, stáhne se do vnitřního světa. (Probstová, Peč, 2014)

Schizotypální porucha osobnosti

Porucha je charakteristická výstředním chováním, poruchami myšlení a afektu. Je podobná schizofrenii, ale charakteristické symptomy se nevyskytují v žádném ze stádií. Tyto symptomy zahrnují podivínské a nápadné chování, tendence k izolaci od společnosti

a paranoidní chování, ale ne pravé bludy, jen jim podobné myšlenky. Přesný začátek není znám a vývoj je podobný jako u poruch osobnosti. (MKN-10)

3.1.4 Duální diagnózy

Nejčastěji se duální diagnózou označuje stav, kdy má klient diagnostikované zároveň duševní onemocnění a souběžně závislost na alkoholu, drogách nebo patologické hráčství.

Někdy lze odlišit, zda bylo prvně duševní onemocnění a pak vznikla závislost nebo obráceně. Prokázána je souvislost mezi užíváním marihuany a vznikem schizofrenie. Jde tedy o osoby, které ve velkém množství užívají marihuanu a dojde u nich k příznakům schizofrenie, které trvají i při abstinenci. Prokázal se také častější výskyt depresivních poruch.

U schizofrenie je časté druhotné zneužívání návykových látek. Lidé se svými psychotickými prožitky se cítí nepochopeni. Mají obavy z toho, co cítí, co jim našeptávají hlasy, že je někdo sleduje a své nepříjemné stavy a úzkosti tlumí alkoholem nebo drogami. Toto unikání k návykovým látkám zhoršuje jejich duševní stav a komplikuje proces úzdravy. (www.bohnicebezhranic.cz)

V situaci, kdy klient využívá službu a zároveň užil drogu nebo se vrátil ke hráčství, je potřeba rozlišit, zda se jedná o jednorázové užití nebo jestli je to pravidelná činnost. Dle toho zjištění by měl být použit další postup podle interních pravidel organizací. Může dojít ke spolupráci s adiktologickou službou, domluvě na pravidelném testování, podpůrným schůzkám atd.

4 Reforma péče o duševní zdraví

Základním cílem strategie reformy je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním. Kvalita života, prostředí, sociální procesy a samotný přístup k životu mají velký vliv na duševní zdraví člověka, což ovlivňuje všechny aspekty kvality jeho života. V České republice byl vývoj péče o duševně nemocné vzhledem k historickým souvislostem zpomalen. Díky totalitní éře se otázky lidských práv začaly řešit o několik desítek let později než v nekomunistických zemích. Principy demokratizace péče o duševně nemocné se pojí s posledními 20 lety v souvislosti s rozvojem komunitní péče. Po roce 1989 došlo k rychlé redukci psychiatrických lůžek a nastal rozvoj nestátních neziskových organizací, ze kterých se některé staly alternativami ústavní péče. Vznikala zařízení pro dlouhodobě duševně nemocné ve formě denních stacionářů a chráněných služeb, kam můžeme zařadit chráněná bydlení. (Probstová, 2005)

Národní program reforem pro rok 2012 je spojen s plněním strategie mezinárodní konkurenceschopnosti ČR 2012–2020. Samotná strategie psychiatrické péče je organizačně v kompetenci Ministerstva zdravotnictví ČR, vyžaduje však zapojení více aktérů a orgánů státní správy, zejména resortů a územních samospráv.

Strategie reformy byla tvořena v souladu s evropskými a národními dokumenty zabývajícími se koncepcí psychiatrické péče. Tyto dokumenty podporují rozvoj komunitní péče. Zabývají se transformací psychiatrických nemocnic a vzděláním odborných pracovníků. Součástí reformního snažení České republiky je posun k poskytování léčby a podpory v co největší míře, která je poskytována v přirozené komunitě.

4.1 Zahraničí

Kapitola je věnována mezinárodním aspektům problematiky duševního zdraví. Zejména u států, které jsou svou geografickou polohou blízko České republice nebo které mají zkušenost s transformací psychiatrické péče.

V rámci Evropské léčby a rehabilitace existuje široká škála služeb. Jen několik z nich je však založeno na modelu *balanced care*, který propojuje jak nemocniční, tak i komunitní prvky.

V zemích s vysokými příjmy mají lidé s duševním onemocněním velký výběr komunitních služeb a většina lidí je léčena mimo psychiatrické léčebny. Psychiatrická lůžka bývají obvykle v akutních odděleních všeobecných nemocnic a doba hospitalizace je co nejkratší.

V zemích Evropy se středními a nízkými příjmy je přístup ke komunitní péči omezenější. Velké komplexy psychiatrických nemocnic bývají oporou systému a doba hospitalizací bývá dlouhá. Komunitní služby bývají realizovány neziskovými organizacemi.

Země, které vstoupily do Evropské Unie po roce 2004 se nachází někde mezi těmito dvěma kategoriemi. (Semrau, Barley, Law, Thornicroft, 2011)

Tempo rozvoje transformace péče na služby komunitní se různí. Např. ve Velké Británii byly velké psychiatrické nemocnice nahrazeny komunitní péčí, naopak např. v Albánii je velký počet psychiatrických nemocnic a lůžek způsoben špatným financováním a chybějícími službami, které by poskytovaly péči o duševní zdraví. Belgie, Německo, Nizozemsko a Francie naopak kombinují psychiatrické nemocnice a komunitní služby dohromady. Celkově je však v Evropě trend deinstitucionalizace a počet psychiatrických lůžek celkově klesá. (Semrau, Barley, Law, Thornicroft, 2011)

Cílem je popsat evropské zkušenosti vybraných států Evropy. Zejména států, které jsou svou geografickou polohou blízko České republice nebo které mají zkušenost s transformací psychiatrické péče.

Maďarsko

Maďarsko v posledních dvaceti letech zažilo snižování rozpočtu bez významných strukturálních změn. Komunitní sociální služby pro lidi s duševním onemocněním se začaly rozvíjet po roce 2000. Tento systém neměl skoro žádný zákonný vztah se systémem zdravotní péče, což znemožňovalo mnohým pacientům dosáhnout na podporu z tohoto systému. Národní institut psychiatrie a neurologie připravili alternativní plány vývoje psychiatrické péče, které zahrnovaly dvě změny: deinstitucionalizaci a rozpočtové otázky. Vláda naproti tomu navrhla návrh pro rychlou privatizaci zdravotnické péče, ale tento záměr zůstal nedokončen. Důsledkem nemocničního zákona z roku 2006 bylo uzavření Národního institutu a snížení psychiatrických lůžek o 25 %. V roce 2012 zahajuje Maďarsko hlavní restrukturalizaci zdravotního systému. Od současné reformy přišlo ustanovení nového efektivního systému péče o duševně nemocné a financování péče, výzkumu a transferu technologií. Dále je mezi hlavními prioritami koordinace rezidenčních služeb s komunitním sociálním systémem a prevence rehospitalizace pacientů. (Winkler a kol., 2013)

Německo

Německo začalo směřovat ke komunitní péči o duševní zdraví stejně jako další západoevropské státy od sedmdesátých let. Zdravotnická péče, do které spadá péče o duševní zdraví, je v Německu poskytována veřejným a soukromým sektorem. V Německu neexistuje komplexní plán péče o duševní zdraví, plánování konkrétní péče je v rukou jednotlivých států. Existuje striktní formální separace mezi psychiatrickou péčí v nemocnicích a ordinacích na jedné straně a mezi službami sociální rehabilitace na straně druhé. Tento stav je dán odděleným financováním obou systémů péče. Toto vede k vytvoření komplikované sítě různých poskytovatelů služeb, velkého množství pravidel, nařízení a institucí, které nejsou přehledné. Německý systém péče o duševní zdraví postrádá nadřazenou koordinaci. Psychiatrická péče je součástí zdravotnické péče a je hrazena z veřejných či soukromých pojišťovacích fondů. Služby sociální rehabilitace jsou hrazeny částečně z Německého penzijního fondu a některých specializovaných fondů. Dále federální pracovní úřad hradí některé náklady a poskytuje specializované programy pracovní rehabilitace. Systém péče o duševní zdraví v Německu zahrnuje následující služby: lůžkovou, ambulantní a rehabilitační péči. Ambulantní zahrnuje psychiatrické a neurologické ordinace, specialisty na psychosomatickou medicínu a psychology. Ambulantní služby jsou často součástí lůžkových zařízení, která většinou poskytují služby pro vážně nebo chronicky nemocné pacienty. Chráněné bydlení v roce 2000 nabízelo 63 427 lůžek (7,71 na 10 000 obyvatel). Čekací doby jsou velkým problémem německého zdravotnictví. Průměrně pacient čeká na úvodní psychoterapeutickou konzultaci 12,5 týdne. Naproti tomu služby péče o duševní zdraví v Německu mají výbornou dosažitelnost, je zde husté pokrytí lůžkovou i ambulantní péčí. (Winkler a kol., 2013)

Rakousko

V roce 2005 se rakouská vláda rozhodla na základě doporučení WHO ustanovit poradní orgán pro duševní zdraví v rámci ministerstva zdravotnictví. Hlavním principem plánu byl posun služeb z psychiatrických nemocnic směrem ke komunitním zařízením. Odpovědnost za organizaci služeb je v odpovědnosti jednotlivých spolkových zemí, proto se mnoho plánů a strategií v jednotlivých zemích různí. Národní vláda je zodpovědná za veřejné programy péče o duševní zdraví. Financování se skládá ze státního pojištění a komplikovaného systému plateb pacientů. Psychiatrické služby zahrnují jak lůžkovou,

tak komunitní péči. Vláda má k dispozici plán pro duševní zdraví, protože právní zakotvení psychiatrické péče není ošetřeno v jiných zákonech. (Winkler, 2013)

Švédsko

Reformní kroky ve Švédsku začaly v sedmdesátých letech a pokračovaly přijetím zákona o sociálních službách v roce 1982, který zahrnoval povinnost samospráv poskytovat služby zahrnující ubytování a podporu zaměstnání i pro dlouhodobě duševně nemocné. V roce 1993 parlamentní komise shledala, že snahy sociálních služeb v komunitě nejsou dostatečné a nastartovala další reformní kroky. Reforma v roce 1995 se zaměřila na redukování institucionální a lůžkové péče a přesměrování pacientů do ambulantních zařízení a do stávajících psychosociálních služeb. Problémem byla nepřipravenost personálu na příliv nových pacientů. Významným tématem švédské psychiatrie je sebevražednost a bezpečnost pacientů. Každá osoba s duševním problémem může vstoupit do péče prostřednictvím praktického lékaře, specializovaného zařízení nebo krizové péče. (Winkler, 2013)

Spojené království

Reforma psychiatrické péče ve Velké Británii se odvíjí od změn národní zdravotnické služby. V rámci tohoto systému jsou služby poskytovány zdarma. Je to systém zdravotnické péče založený ve Velké Británii již v poválečném období. Cílem strategického dokumentu Bílá kniha „Working for patients“ publikovaného v roce 1989 byl posun z nemocniční ke komunitní péči. V roce 2002 byl přijat plán pro 10 let, požadující více zdravotníků, více nemocnic a lůžek, národní standardy a čekací doby, koordinaci a spolupráci mezi službami a rozšíření role zdravotních sester. Z počátku ustavení systému existovaly pouze psychiatrické léčebny, které sloužily nejen jako místo léčby, ale i jako ubytování a stravování. Po vytvoření systému sociálních a ubytovacích služeb, důchodového systému a sociálního zabezpečení se začaly měnit i funkce léčeben, což bylo podnětem k vybudování komunitní péče. Od padesátých let dochází ke snižování počtu lůžek na minimum. Všechny služby podporovaného bydlení jsou poskytovány v komunitách, které jsou rozděleny podle geografických oblastí a každou má na starosti multidisciplinární tým. Mnohé služby rehabilitace a dlouhodobé péče jsou poskytovány charitativními organizacemi. (Winkler, 2013)

Zkušenosti s reformou systému psychiatrické péče v Evropě mají stejný cíl a směřování, jehož podstatou je zkvalitnění péče a zlepšení kvality života a společenské integrace pacienta. Probíhají postupně a různou rychlostí a jsou spoluurčeny historickou zkušeností, sociokulturním prostředím, ekonomickými možnostmi a výchozími podmínkami. Nikdy nejde o jednorázový zásah, ale o dynamicky se vyvíjející proces. (Raboch, Wenigová, 2012)

Dle evropských zkušeností lze základy života uživatelů v chráněných bydleních charakterizovat následovně.

U chráněného bydlení je důležité dodržovat nízký počet klientů v jednom bydlení či bytě. Klienti by měli bydlet v běžné zástavbě. Zároveň by se měli realizovat v běžných denních aktivitách jako je práce, chráněná dílna, volnočasové kluby, svépomocné či terapeutické skupiny atd. Pozornost by měla být věnována kvalitě denního života klientů. Pozitivně je také vnímáno využívání dalších veřejných služeb.

Zkušenosti s reformou systému psychiatrické péče v Evropě, mají stejný cíl a směřování, jehož podstatou je zkvalitnění péče a zlepšení kvality života a společenské integrace pacienta. Probíhají postupně a různou rychlostí a jsou spoluurčeny historickou zkušeností, sociokulturním prostředím, ekonomickými možnostmi a výchozími podmínkami. Nikdy nejde o jednorázový zásah, ale o dynamicky se vyvíjející proces. (Raboch, Wenigová, 2012)

Dle evropských zkušeností lze základy života uživatelů v chráněných bydleních charakterizovat následovně.

U chráněného bydlení je důležité dodržovat nízký počet klientů v jednom bydlení či bytě. Klienti by měli bydlet v běžné zástavbě. Zároveň by se měli realizovat v běžných denních aktivitách, jako je práce, chráněná dílna, volnočasové kluby, svépomocné či terapeutické skupiny atd. Pozornost by měla být věnována kvalitě denního života klientů, co se týče respektu spoluobčanů a vlastní klientova ekonomická nezávislost. Pozitivně je také vnímáno využívání dalších veřejných služeb.

4.2 Evropské dokumenty

Mezinárodním aspektům problematiky duševního zdraví a srovnání situace v oblasti duševního zdraví v České republice se věnují evropské dokumenty.

Přesun těžiště poskytování péče ve velkých psychiatrických institucích na péči převážně komunitního typu je trendem Evropského společenství a je vyjádřen v dokumentech, ke kterým se Česká republika připojila: Deklarace o duševním zdraví a

Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005) a Zelená kniha Komise evropských společenství (2005).

Podpora, prevence a terapie s péčí duševního zdraví se pro Světovou zdravotnickou organizaci, Evropskou unii a Radu Evropy stávají prioritou, což dokládají rezoluce, které byly přijaty výborem Světové zdravotní organizace a Radou Evropy. Rezoluce slouží k tomu, aby členské státy podnikly kroky, které povedou ke zlepšení duševního zdraví.

Ministři zdravotnictví členských států Evropské Unie podepsali Deklaraci duševního zdraví a zavázali se k realizaci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu. Cílem bylo zlepšit legislativu, která pomůže ke zlepšení duševní pohody v celé populaci a lepšímu začlenění do společnosti jako schopného jedince. Akční plán poukazuje na to, že evropský region prochází procesem transformace. Politika a služby se snaží dosáhnout sociálního zařazení a rovnosti, zaměřené na populaci jako celek a na ohrožené jedince s psychickými problémy. Služby se poskytují v rámci komunitních služeb a ne jen v izolovaných komplexech. (Raboch, Wenigová, 2012)

Zelená kniha

Je strategický dokument pro duševní zdraví v EU. V roce 2005 reagovala evropská Komise na přetrvávající stigmatizaci a diskriminaci duševně nemocných a vydala Zelenou knihu, která obsahuje strategie duševního zdraví pro Evropskou unii. V té době již Česká republika byla připojena k Akčnímu plánu a Deklaraci duševního zdraví, které obsahují podobné strategie. Podle Zelené knihy by se na řešení nepříznivé situace měli podílet komplexně organizace pacientů a občanská společnost. Členské státy se ve zdravotnických podmínkách a také v podílu finančních prostředků velmi liší. Zelená kniha vybízí ke vzájemné výměně zkušeností mezi státy a doporučuje řešení v oblasti prevence duševního zdraví. Zabývá se zařazením duševně nemocných do společnosti a ochranou jejich práv. Dále také prevencí deprese, alkoholismu, drog a prevencí sebevražd. Doporučuje deinstitucionalizaci služeb, aby velké psychiatrické nemocnice nezpůsobovaly stigma. (Raboch, Wenigová, 2012)

Evropský pakt duševního zdraví a spokojenosti (well-being)

Byl přijat na konferenci v Bruselu v roce 2008. Je kladen důraz na lidská práva a zaměření na duševní zdraví a well-being, který by se měl stát prioritou v mnoha oblastech jako je zdravotnictví, ale také školství, sociální péče či justice. Tento pakt vytváří

podporu a zdroj dobré praxe, informací, společných výzev a doporučení. (Raboch, Wenigová, 2012)

Centra duševního zdraví

V rámci reformy péče o duševní zdraví vznikají nové služby, které pracují na pomezí obou resortů, sociálního i zdravotního. Centra duševního zdraví nemají nahradit lůžkovou péči, ale propojit a koordinovat stávající síť služeb tak, aby klient, který je propuštěn z psychiatrické nemocnice nevypadl ze systému péče či nebyl odkázán jen na svého ambulantního psychiatra. Cílem je, aby klient dostal komplexní podporu a byl schopen fungovat ve svém prostředí.

Chráněná bydlení spolupracují nebo časem by měla spolupracovat s centry duševního zdraví. Reforma psychiatrie přináší nový prvek do systému psychiatrické péče.

Centra duševního zdraví jsou a budou ve své budoucí podobě samostatná pracoviště v běžném prostředí, kde společně pracuje tým psychiatrů, psychologů, psychiatrických sester a sociálních pracovníků. Jejich úkolem je poskytnout oporu a odbornou péči duševně nemocným ve fázích onemocnění předcházející hospitalizaci. Primárním posláním CDZ je poskytování psychiatrických zdravotnických a přímo navazujících sociálních služeb s cílem začlenění klientů do jejich sociálního a přirozeného prostředí.

Tým pracovníků zná klienty z chráněných bydlení a psychiatrická sestra chodí za klientem na pravidelné schůzky. V případě zhoršeného stavu klienta pracovník chráněného bydlení kontaktuje pracovníka z CDZ a domlouvají další postup dle situace. Cílem center je udržet pacienty v jejich přirozeném prostředí tak, aby se vůbec do nemocnic nedostali. Základem práce center je práce v týmu, znalost problémů klientů a společné řešení jejich zdravotních i sociálních problémů. (analýza vlivu reformy)

5 Stávající systém psychiatrické péče v ČR

Česká republika dlouho neměla vládní program péče o duševní zdraví. V roce 2003 vláda schválila aktualizovanou verzi Národního programu reformy 2003, jehož součástí je také Reforma psychiatrické péče v rámci kapitoly Udržitelný systém zdravotní a sociální péče. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, nerovnoměrné rozmístění ambulantních služeb, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče. Toto zanedbání se projevuje ve všech složkách a to jak ambulantních a komunitních, tak i v lůžkové. V posledních letech se počet nemocných léčených v ambulantních i ústavní sféře neustále zvyšuje. (Peč, 2007)

Bez kvalitní spolupráce parlamentu a vlády je transformace systému psychiatrické péče neuskutečnitelná. Transformace musí vést k vytvoření provázaného systému zdravotnických a sociálních služeb, ale také ministerstva spravedlnosti, což se týká práv lidí s duševním onemocněním a ministerstva vnitra, které kontroluje povinnosti krajů a obcí k duševně nemocným lidem.

Základními prvky této sítě jsou psychiatrické ambulance, psychologické ambulance, lůžková zařízení a zařízení systému komunitní péče. Díky kombinaci těchto prvků psychiatrie proniká do oblasti sociálních služeb. Jsou to základní kameny v přístupu k prevenci, terapii a rehabilitaci duševních onemocnění.

Chybí však systémové propojení těchto zařízení. Tento fakt, že chybí kapacita rezidenčních zařízení sociální péče způsobuje koncentrování péče o dlouhodobě duševně nemocné do psychiatrických nemocnic. Psychiatrická lůžková zařízení zajišťují akutní i následnou psychiatrickou léčbu a rehabilitaci psychicky nemocných.

Komunitní služby mají potenciál být efektivnější a nejsou vždy dražší než ústavní péče. V rámci komunitních služeb je dle Medeirose (2008) snazší prosazovat a chránit základní lidská práva pacientů.

V současnosti se v psychiatrických ambulancích odehrává většina psychiatrické péče. Hospitalizace zachycují významnou část onemocnění, kontakt i vztah nemocného s ambulantním psychiatrem je dlouhodobý a zahrnuje kontinuitu psychiatrické problematiky. Významným faktorem je obeznamenost ambulantního psychiatra se sociálním a vztahovým prostředím nemocného a možnost kontaktu s ním a intervence v něm.

Všechna data jsem čerpala ze zdravotnické statistiky z Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR. Data jsou aktuální k 31.12. 2015. Novější údaje nejsou dostupné.

5.1 Komunitní psychiatrická péče

V České republice se dosud nepodařilo komunitní psychiatrickou péči systémově rozvinout a tak má psychiatrická péče z velké části institucionální charakter. Nadějnými složkami komunitní péče je hustá síť psychiatrických a psychologických ambulancí. Světové trendy se mění a v posledních letech již není tolik zdůrazňována deinstitucionalizace, ale zaměřuje se na *balanced care*. Česká péče je tradičně zaměřena na institucionální a ambulantní péči a potřebuje tedy posílení v oblasti komunitní.

Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče, včetně lůžkové péče, mají však pozměněnou roli.

Psychiatrické nemocnice

Geografické rozložení psychiatrických nemocnic neodpovídá trendům doporučeným Světovou zdravotnickou zprávou z roku 2001, která preferuje malé lůžkové zařízení s dobrým napojením na komunitu. V České republice je deset psychiatrických nemocnic, které mají kapacitu vyšší než 600 lůžek. Spádová oblast velkých psychiatrických nemocnic je cca. 1 milion obyvatel a největší vzdálenost z okrajových částí spádové oblasti je přibližně 200 km. Tato skutečnost může omezovat kontakt rodiny a blízkých s pacienty na hospitalizaci. V roce 2015 byla kapacita lůžek lůžkového následující: 58 % na oddělení všeobecné psychiatrie, z celkového počtu 8 583 lůžek. V roce 2015 bylo zaznamenáno v psychiatrických lůžkových zařízeních celkem 60 106 hospitalizací. Kapacita psychiatrických nemocnic je využívána z 87 %. Průměrná délka hospitalizace v psychiatrických nemocnicích dle UZIS z roku 2015 je 58,4 dne a na psychiatrických odděleních nemocnic 17,3. Více než 100 dní vyžadovala hospitalizace pro schizofrenie a schizotypální poruchy a poruchy s bludy. Asi jedna čtvrtina pacientů je v psychiatrických nemocnicích hospitalizována déle než rok.

Pro většinu pacientů, 49 %, propuštěných z psychiatrické nemocnice byla nutná ambulantní péče trvalá. Nejčastěji ji potřebovali ti pacienti, kteří trpí schizofrenií, schizotypální poruchou a poruchou s bludy. Celkem to bylo 66 % z počtu hospitalizací s tímto onemocněním. V 8 % byla nutná další ústavní léčba a 5 % pacientů po propuštění nepotřebovalo žádnou péči.

Psychiatrická oddělení

Lůžka psychiatrických oddělení jsou užívána pro krátkodobé akutní hospitalizace. Jsou poskytována bezprostředně po vzniku nebo zhoršení duševního onemocnění vyžadující hospitalizaci nemocného. Kapacita psychiatrických oddělení je v průměru využívána ze 79 %. Průměrná délka hospitalizace činí 17,3 dní. Ve 30 psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic je celkem 1 308 lůžek. Průměrná kapacita psychiatrického oddělení je 50 lůžek.

Ambulance psychiatrů, klinických psychologů

V roce 2015 bylo u nás registrováno 1 137 ambulantních pracovišť. Stejně jako v lůžkové péči chybí závazné standardy služeb. Práce mimo ambulanci jako jsou například domácí návštěvy není prakticky vůbec provozována.

5.2 Case management

S pojmem case management se často můžeme setkat v odborné literatuře jako s případovým vedením či asertivní komunitní léčbou. První pokusy zavést metodu case managementu do České republiky byly již v roce 1995 v rámci projektu řízeného Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví. Cílem byla a je spolupráce mezi jednotlivými službami a asertivní nabídky služeb pro nespolupracující klienty. Důležité je zajištění komplexní a dlouhodobé péče s kvalitním vyhledáváním klientů, kteří pomoc nezbytně potřebují.

V současné době jsou všechny týmy, které poskytují case management provozovány nestátními neziskovými organizacemi.

Model case managementu, který je u nás užíván je dvojitý. První je založen na silných stránkách klienta a klade důraz na rehabilitační přístup, který je zaměřen na silné stránky klienta, jeho přirozené zdroje podpory v komunitě, které se snaží case manager zapojit v nejvyšší možné míře. Sociální služby podpory jsou až na druhém místě.

Druhý model je Asertivní komunitní léčba, která je určena pro dlouhodobě duševně nemocné. Cílem péče je zabránit psychiatrické hospitalizaci a zajistit dostatečně kvalitní život v komunitě. Potřebná je intenzivní a komplexní podpora klienta, která je poskytována multiprofesionálními týmy, kde je kladen důraz na vzájemnou spolupráci a nepřetržitou dostupnost služby.

Funkci case managera může zastávat jakýkoliv odborník z oblasti služeb péče o lidi s duševním onemocněním. Klíčový pracovník může zvolit metodu práce buď individuální nebo týmovou. (Říčan, Stuchlík, 2005)

Pohyb uživatelů v komunitních službách je v praxi často nekoordinovaný a ztrácí návaznost, která je důležitá např. po propuštění z nemocničního zařízení nebo při přechodu na jiný typ služby.

System péče tedy musí být schopen aktivně vyhledávat nemocné, kteří si sami nejsou schopni zajistit adekvátní pomoc a kteří jsou v riziku zhoršení zdravotního stavu nebo sociální nouze a motivovat je ke spolupráci. Důležitou úlohou case managementu ve stávajícím systému je koordinace služeb tak, aby klient nevypadl ze systému pomoci a zároveň se zabránilo duplicitnímu čerpání služeb. (Říčan, Stuchlík, 2005)

5.3 Stávající legislativní úprava

Péče a ochrana osob s duševním onemocněním je téma, které zasahuje do mnoha oblastí práva. Ochrana osob s duševním onemocněním je upravena jak na mezinárodní úrovni, tak ve vnitrostátním právu v rámci doporučení Rady Evropy a OSN. Taktéž najdeme témata o způsobilosti k právním úkonům v judikatuře Ústavního soudu či Evropského soudu pro lidská práva.

Významné okruhy se týkají informovaného souhlasu, zdravotnické dokumentace, způsobilosti k právním úkonům a opatrovnictví a nedobrovolné hospitalizace.

6 Komunitní péče v České republice

Model komunitní péče se v psychiatrii vyskytuje v posledních desítkách let ve vyspělých ekonomických státech. Znamená především zaměření na přesun péče z velkých psychiatrických nemocnic do přirozeného prostředí klienta. Cílem je pomoci lidem s duševním onemocněním žít co nejlépe v podmínkách běžného života a to lze jen díky úzkému propojení zdravotní a sociální oblasti.

Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby také podpora sociálních rolí v oblasti bydlení, práce, sociálních kontaktů a podpora vztahu s rodinnými blízkými, kamarády a přáteli.

Cílovou skupinou jsou nejen lidé, kteří trpí duševním onemocněním, ale také členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytnout.

6.1 Život v komunitě

Dominance psychiatrické lůžkové péče je jako hlavní způsob pomoci lidem s duševním onemocněním kritizována. To, co bylo dosud považováno jako projevy nemoci (nekomunikativnost, apatie, emoční vyhaslost, zhoršení hygieny atp.) může být právě důsledkem dlouhodobého pobytu v psychiatrických nemocnicích. Návazné služby jsou pro člověka, který trpí duševním onemocněním nápomocné získat a využít dovednosti, které jsou nezbytné k běžnému životu.

Od 50. let 20. století vznikalo v Evropě několik alternativ institucionální péče. Objevovali se postupně denní stacionáře, domy na půl cesty, komunitní chráněná bydlení a krizová centra. Zároveň vznikaly nové léčebné postupy, např. asertivní léčba, případové vedení a pracovní rehabilitace. Vše vznikalo ve snaze poskytovat co nejkomplexnější péči, která by respektovala klientova práva, potřeby a pomáhala ve fungování v běžných podmínkách života.

Začínal se klást důraz na rodinu a okolí klienta a širší společenský rámec, tedy na komunitu, která má velký vliv na život klienta. Na životě v komunitě je pozitivní, že lidé mohou dále žít ve svých domovech. Ovšem potřebují v rámci své komunity dostatečnou podporu, která se týká ubytování, rehabilitace, aktivního trávení volného času nebo návratu do práce. Nezbytností by také mělo být pochopení a respekt lidí trpících duševním onemocněním, který by jim měli všichni lidé v komunitě poskytnout.

Péče se začíná orientovat na základní a přirozené zdroje a ne jen na příznaky nemoci. Hlavní myšlenkou komunitní péče je podpora klienta a jeho schopnost žít

samostatně. Na psychiatrickou lůžkovou péči nazírá jako na nouzové řešení a na co nejkratší možnou dobu. Psychiatrické nemocnice mají své místo v komunitě, ovšem se změnou rolí.

Komunitní péči v dnešní době vnímáme jako nové paradigma psychiatrického systému, přesah systému zdravotního a sociálního. Péče má charakter týmový a multidisciplinární. Vztahy mezi klientem a profesionálem jsou partnerské a profesionálové nepracují pouze s klientem, ale snaží se mapovat a zapojovat přirozené zdroje klienta. (Probstová, 2005)

Komunitní péče je nejen v České republice, ale v řadě vyspělých zemí spojena s redukcí velkých psychiatrických nemocnic a jejich přeměnou na služby komunitní. Týmy, které vznikají, působí v komunitě klienta, snaží se být co nejbližší klientovu přirozenému prostředí a slouží tak jako alternativa hospitalizace. V našich podmínkách jsou do tohoto konceptu zapojeni praktičtí lékaři, ambulantní psychiatrické a psychologické služby, akutní lůžková péče, denní stacionáře, krizové služby, rezidenční rehabilitační služby a služby psychiatrické rehabilitace. (Hejzlar, 2009)

6.2 Psychosociální rehabilitace

Zastánci psychosociální rehabilitace zdůrazňovali, že duševní onemocnění krom zdravotních symptomů způsobuje také funkční omezení a znevýhodnění. Obor psychosociální rehabilitace klade důraz na práci s následky nemoci a na práci, která je v souladu s klientovým přáním a potřebou zlepšení kvality života a naplňování sociálních rolí. (Wilken, Hollander, 1999)

Sociální rehabilitace je cílem zdravotnických a sociálních intervencí u lidí s duševním onemocněním. Aby lidé žili v běžných společenských podmínkách, vykonávali obvyklé sociální a osobní role a fungovali pokud možno co nejvíce samostatně. Integrace veškeré široké péče o duševně nemocné je z dlouhodobého hlediska nejvýhodnější, když se nachází v komunitě.

Základními přístupy, které se liší svým zaměřením na jedince či prostředí se v praxi často kombinují. Jsou to tyto tři přístupy:

- Na problém zaměřený přístup
- Vývojově zaměřený přístup
- Enviromentálně zaměřený přístup

(Říčan, Stuchlík, 2007)

Důležité místo v psychosociální rehabilitaci zaujímá koncept zotavení. Jedná se o prožívání uspokojivého života i s omezeními, které nemoc přináší. Proces uzdravy mají v rukou samotní lidé s duševním onemocněním, profesionálové mohou podpořit klientovo přirozené prostředí podpory a vytvořit aktivity organizací vně systému. (Anthony, 1993)

6.3 Komunitní psychiatrie

Lidé s duševním onemocněním jsou jednou z cílových skupin, které se vyskytují ve více resortech. Rozvoj komunitní péče v obsahu léčebné péče, tak institucionálním zabezpečení je potřeba podle Národního psychiatrického programu z roku 2013. Ten má za hlavní cíl podporu hospodářského růstu, posílení konkurenceschopnosti a přispění k tvorbě pracovních míst.

Samotné uzavření a přeměna ústavů je možná, je-li dostatečně dobře vytvořena síť alternativních služeb v komunitě. K tomuto vede cesta přes podporu služeb chráněného bydlení nebo podporovaného bydlení s možností využití běžné sociální infrastruktury.

Z výše uvedeného textu vyplývá, že komunitní péče je postavena na úzkém propojení zdravotní a sociální oblasti. Mezi postupy komunitní péče patří kromě léčby i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení a sociálních kontaktů, a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. (analýza vlivu reformy)

Léčebné možnosti u nás v republice jsou srovnatelné s vyspělými zeměmi, ovšem v kontrastu s tím u nás stále přetrvává tradiční systém, který nemůže splňovat parametry komunitní psychiatrie. Systém péče je rozdělen mezi zdravotnický a sociální sektor. Psychiatrická zařízení a služby jsou zřizovány státem, kraji či soukromými subjekty.

V České republice dle Hejzlara (2010) tedy nemáme komunitní psychiatrii, ale řadu poskytovatelů komunitních služeb, které usilují o komunitní přístup. Jejich služby jsou komunitní, protože jsou integrované v komunitě a kopírují veřejná zařízení, např. chráněná bydlení nebo vstupují do vztahů nemocného s prostředím komunity a pomáhají nemocnému obstát v náročných životních situacích. Většinou se jedná o nestátní neziskové organizace, které spadají do systému sociálního a řídí se zákonem č. 108/2006 Sb., O sociálních službách a podle zákona č. 435/2004 Sb., O zaměstnanosti. (Hejzlar, Halíč, Fiala, 2010)

Navázání spolupráce s lékařskými zařízeními je pouze jedním z předpokladů realizace kvalitních služeb. Poskytovatelé služeb se musí zasítovat do systému sociálních služeb a využívat přirozené zdroje. (Hejzlar, Halíč, Fiala, 2010)

Intermediární služby neboli zdravotnické komunitní služby pracují na pomezí mezi lůžkovou a ambulantní péčí. Tyto služby spadají do resortu zdravotnictví.

Krizová psychiatrická centra

Krizová centra, která spolupracují s chráněnými bydleními poskytují neodkladnou, bezbariérovou a nestigmatizující psychiatrickou péči formou krizové intervence a neodkladného psychiatrického vyšetření.

Zaměstnanci chráněného bydlení využívají krizovou intervenci u neodkladných psychických krizí klientů, kteří potřebují akutní psychiatrickou nebo psychologickou pomoc. Cílem těchto intervencí je předejít hospitalizaci v lůžkovém psychiatrickém zařízení.

Potřebná je nepřetržitá dostupnost psychiatra. Centra zahrnují trvalou možnost telefonického kontaktu a možnost osobního kontaktu. Nedostatky krizových center jsou omezené hodiny, kdy krizoví interventi mohou vyjet za klientem, především ve večerních hodinách a ke klientům s omezeným pohybovým aparátem. Součástí může být mobilní krizový tým, který by problémy mohl vyřešit.

V ČR pracují v současnosti 3 krizová psychiatrická centra: RIAPS Praha, Centrum krizové intervence Psychiatrické léčebny v Bohnicích a Krizové centrum Psychiatrické kliniky při Fakultní nemocnici Brno Bohunice.

V současnosti pracují pouze dva mobilní krizové týmy (Denní sanatorium Nad Ondřejovem, Fokus Praha), avšak po omezenou dobu během týdne. (Raboch a Wenigová, 2012)

Komunitní psychiatrické sestry

Psychiatrické sestry působí v přirozeném prostředí pacientů a mezi jejich činnosti patří krizová intervence, posouzení stavu pacienta v jeho přirozeném prostředí, zpracování rehabilitačního a krizového plánu, týmové konzultace případu, postupy na zvládnání stresu nebo krize. Chráněné bydlení využívá služeb psychiatrických sester především v rámci jiných služeb (krizová centra, CDZ). Psychiatrické sestry pomáhají s případovým vedením klienta a podporují jeho rehabilitaci. Nejvíce chráněné bydlení využívá psychiatrické sestry při péči o somatický stav klienta, psychoedukaci klienta v rámci vlastní medikace, která se během pobytu často mění a na konzultaci účinků medikace a jejich negativních účinků.

Stav v České republice

Existují čtyři pracoviště **komunitních psychiatrických sester**: Dům duševního zdraví Ostrava, Denní sanatorium Nad Ondřejovem, Klinika ESET Praha a Centrum duševního zdraví Bohnice. Jeden mobilní tým pracuje v Praze a tři **krizová psychiatrická centra** v Praze a v Brně.

Denní stacionáře

Tato sanatoria slouží pro denní léčbu osob s duševním onemocněním. Základním prvkem je psychoterapeutický program, který je kombinován s léčbou a rehabilitací dle povahy onemocnění. Činnost je hrazená zdravotními pojišťovkami.

V ČR existuje přes dvacet stacionářů a polovina je kombinována s lůžkovými zařízeními nebo rehabilitačními službami. (Raboch a Wenigová, 2012)

Mobilní krizové týmy

Tento tým tvoří odborný tým, který je složen z psychiatra, klinického psychologa a psychiatrické sestry. Poskytují krizovou intervenci a neodkladné vyšetření, farmakoterapii a emergentní psychoterapii přímo v místě krizové situace.

V současnosti jsou dva týmy v hl. m. Praze.

Další služby

Psychiatrická nemocnice Bohnice poskytuje službu Komunitní terénní centrum, které má cca 50 klientů v asertivní péči. Poskytuje také programy pro prevenci relapsu a hlavním cílem je snížit počet hospitalizací v psychiatrickém zařízení. (Raboch a Wenigová, 2012)

Meziresortní služby, kam spadá sociální rehabilitace duševně nemocných, se zaměřují především na pomoc lidem s psychiatrickým onemocněním, aby byli schopni zvýšit své sociální fungování a byli úspěšní a spokojení v prostředí, ve kterém žijí, s co nejmenší profesionální podporou. Zahrnují širokou škálu služeb včetně psychiatrické rehabilitace, poradenství a vlastních aktivit duševně nemocných nebo jejich rodinných příslušníků. Rehabilitace napomáhá lidem s duševním onemocněním k procesu zotavení. Úzdrava zahrnuje vývoj nového smyslu života a úspěšnou adaptaci na přetrvávající symptomy nemoci. Na rehabilitaci lidí s duševním onemocněním se z hlavní části podílí neziskové organizace začleněné do oblastí sociálních služeb. Financování je zpravidla závislé na

dotacích a grantech z dotačních programů ministerstevch a grantových programu obcí a krajů.

Meziresortní týmy pro léčbu duálních diagnóz

Týmy se skládají z psychiatra se specializací na závislosti, psychiatrické sestry a sociálního pracovníka. Tým se zaměřuje na komplexní léčbu a dosažení abstinence a posléze poskytnutí zdravotních, rehabilitačních a sociálních služeb dle potřeb klienta.

Těmito týmy disponuje nestátní nezisková organizace Eset v Praze.

Služby pro podporu práce a zaměstnání

Cílem je obnovení, zlepšení a udržení pracovních návyků a dovedností a zároveň také sociálních vztahů. Zaměstnanci spolupracují s terapeutem z chráněného bydlení. Společně pracují na podpoře klienta a jeho lepší výkonnosti, zvýšení sebedůvěry a psychického stavu klienta. V rámci spolupráce s CHB jsou pracovní požadavky upraveny na míru klienta tak, aby vyhovovaly jeho potřebám a on se mohl připravit na práci v běžných podmínkách.

Zahrnují sociálně terapeutické a chráněné dílny, sociální firmy a družstva, přechodné zaměstnávání, podporované zaměstnávání a vzdělávání a podpůrné edukativní programy při pracovní rehabilitaci. (Peč, 2012)

Služby pro podporu v oblasti bydlení

Rehabilitační služby na podporu bydlení umožňují duševně nemocným i přes individuální omezení samostatně či skupinově bydlet. Získat a udržet si dovednosti a sebedůvěru potřebnou ke kvalitnímu životu v přirozené komunitě. Cílem je také snaha vytvořit domov a umožnit osamostatnění se od primární rodiny či vytvářet alternativu dlouhodobým hospitalizacím v psychiatrických nemocnicích a snižovat jejich počet. Jedná se o komunitní neboli skupinová bydlení, chráněná bydlení, domy a byty na půl cesty a podporované bydlení.

V roce 2011 bylo na území České republiky 20 chráněných bydlení. Tyto rezidenční komunitní služby jsou oblastí, která je nedostatečně rozvinutá pro potřeby transformace služeb. Je potřeba navýšit kapacitu služeb, aby mohla ve větší míře zajišťovat přechod pacientů z dlouhodobých hospitalizací. (Peč, 2012)

Rehabilitační a podporované zaměstnávání

Zaměstnávání je zaměřeno na výrobní programy a zkrácenou pracovní dobu. Dílny, které spolupracují s chráněným bydlením, jsou určeny pro klienty, kteří mají sníženou schopnost uplatnit se na trhu práce. Dbá se na přátelské prostředí, plný pracovní výkon není nutně vyžadován. Terapeuti dílen spolupracují s terapeutem CHB a podílí se na individuálním plánu, motivaci a hodnocení klienta. Terapeut klientovi pomáhá zvládnout nároky nového místa. Patří zde tréninkové kavárny, obchody, sklářské dílny.

Služby pro podporu v oblasti volného času a sociálních kontaktů

Jde o centra denních aktivit, svépomocné aktivity uživatelů či jejich rodinných příslušníků.

Centra denních aktivit jsou zařízení, kam může klient volně docházet. Mohou být prvním kontaktem a vstupem do dalších či nových služeb. Tato centra poskytují aktivní trávení volného času nebo emoční podporu, navazování společenských vztahů, trénink praktických společenských dovedností.

Svépomocné aktivity a hnutí se zaměřují na prosazování práv lidí s duševním onemocněním. Poskytují v této oblasti rady klientům a organizují klubové a rekreační aktivity. (Peč, 2012)

Poradenství

Poradenství je poskytováno buď sociálními pracovníky a právníky jako odborné sociální či právní poradenství, anebo jde o poradenství zprostředkované samotnými klienty o existujících službách.

Poradna poskytuje informace klientům o jejich právech, povinnostech a oprávněných zájmech, nabízí různé možnosti řešení problému či těžké životní situace a pomáhá vybranou možnost klientovi realizovat. Taktéž poradny informují klienty o dalších službách, léčebných a rehabilitačních programech. Nabízejí vzdělávací informace v oblasti sociální problematiky, sociální poradenství. Pomáhají v orientaci v sociálním zabezpečení a poskytují základní právní poradenství. (Peč, 2012)

Peer konzultant

V oblasti duševního zdraví lze slovem peer definovat osobu, která má vlastní zkušenost s duševním onemocněním. V rámci následné péče některá chráněná bydlení

využívání služby, které může peer konzultant nabídnout. Jeho přínos je především poskytovat vzájemnou oporu a čelit stigmatizaci, která je spojená s duševním onemocněním. Peer konzultant sdílí svou zkušenost se zotavováním. Podporuje klienta v motivaci k úzdavě, podporuje ho v nezávislosti a podporuje k vlastní zodpovědnosti na cestě k zotavení. Peer konzultant také může vést svépomocné skupiny s klienty chráněného bydlení, které přinášejí zlepšení psychiatrických symptomů klienta a obecně vedou ke snížení hospitalizací.

Zaměstnancům chráněného bydlení peer konzultant přináší pohled z druhé strany a poskytuje zpětnou vazbu. (centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014)

Služby sociální rehabilitace pro cílovou skupinu osob s duševním onemocněním jsou nerovnoměrně rozmístěny. Pokud by mělo dojít k nápravě, je důležité, aby byl tento rozvoj zahrnut do rozvojových plánů sociálních služeb v jednotlivých krajích a vycházel z reálných regionálních potřeb. Je tedy nezbytné intenzivní plánování sítě služeb pro duševně nemocné a zapojení obcí a krajů.

7 Chráněné bydlení pro osoby s duševním onemocněním

Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná na předem dohodnutou dobu či individuálně podle schopností a dovedností uživatele. Cílem je klientům pomoci nabýt a obnovit schopnosti a dovednosti nutné pro běžný život a to především v oblasti péče o domácnost, sebe-péče, navazování a udržování sociálních kontaktů.

V péči o bydlení pro duševně nemocné došlo ve světě ke dvěma změnám paradigmat:

První velká změna byl přechod z velkých léčeben do komunity, kdy profesionálové uvažující pod vlivem lineárního paradigmatu chtěli budovat kontinuum chráněného bydlení s různou mírou podpory a restrikce, kterými by klienti postupně procházeli na cestě k větší samostatnosti. Vznikající zařízení se od sebe lišily délkou pobytu, mírou přítomnosti personálu, intenzitou léčebných a rehabilitačních aktivit a počtem klientů. Mnohá chráněná bydlení v tomto lineárním paradigma představují další instituci, kde žijí terminálně závislí klienti. Lidé ve skupinovém sociálním bydlení se učí dovednostem, které nemusí být vždy přenosné do jejich budoucích domácností. Toto paradigma vrcholilo ve světě v 70. a 80. letech.

Druhé paradigma podporovaného bydlení považuje za nejvíce optimální takové bydlení, které odpovídá co nejvíce klientově volbě. V praxi je to podpora klienta pracovníkem v jeho přirozeném bydlišti či v dlouhodobém pobytu dle jeho potřeb. V zařízeních chráněných bydlení tedy dochází k několika změnám. Klienti zůstávají dlouhodobě v jednom bydlení i v případě, že v něm žijí lidé s různou mírou funkční kapacity. Dává se šance výběru bydlení a respektuje se předchozí místo bydliště, aby byli klienti co nejbližší běžným podmínkám a svému přirozenému okolí. Tento proces ve světě vyvrcholil v 90. letech.

V České republice lidé s duševním onemocněním dlouhodobě žijí na dvou místech, buď v domácím prostředí nebo v psychiatrických nemocnicích.

Řada klientů s chronickým duševním onemocněním je schopna fungovat ve svých vlastních bytech s určitou mírou profesionální podpory. Pokud přišli o vlastní bydlení, dokážou fungovat v chráněných bytech nebo v chráněném bydlení. Nedostatek těchto zařízení však vede k syndromu otáčivých dveří, kdy se u pacienta propuštěného z lůžkového psychiatrického zařízení pod vlivem sociálního stresu znovu dostavuje psychická krize a to i po několika měsících či týdnech a je opět hospitalizován.

Psychiatrická rehabilitace v oblasti bydlení má pomoci lidem s duševním onemocněním samostatně bydlet a zlepšit k tomu potřebné dovednosti. V průběhu transformace psychiatrické péče a potřeby zabezpečit nové podmínky bydlení pro propuštěné klienty vznikl model návazných zařízení, který se skládá z několika zařízení. Jedním z prvních, kam klient s dlouhodobým chronickým duševním onemocněním z nemocnice putuje je chráněné bydlení. Klient postupuje podle pořádku od služby s nejvyšší mírou podpory ke službám, které nabízejí méně intenzivní podporu. (Probstová, 2014)

Chráněná bydlení jsou individuální, klient bydlí sám nebo s jedním až dvěma spolubydlícími nebo skupinová, přibližně deset klientů bydlí společně ve větším bytě nebo domě.

Chráněné bydlení usiluje o opětovné začlenění lidí s duševním onemocněním do společnosti a o zkvalitnění jejich života při zachování důstojných životních podmínek.

Cílovou skupinou chráněných bydlení jsou dospělí lidé trpící chronickým duševním onemocněním, onemocněním z okruhu psychóz, které významně ovlivnilo způsob jejich života a oddělilo je od běžného místního společenství. Chráněné bydlení je určeno pro lidi od zletilosti po 64 let.

Podmínky pro odmítnutí služby jsou takoví zájemci, kteří nepatří do cílové skupiny, ať diagnózou, věkem či speciální potřebou. Týká se osob, které mají výrazně sníženou mobilitu nebo smyslový handicap. Dále pak osob s těžkým somatickým onemocněním, kdy lékař službu nedoporučí. V některých skupinových chráněných bydleních odmítají klienty s akutní formou závislosti a infekčními chorobami. (standardy kvality)

7.1 Chráněné bydlení skupinové

Komunitní bydlení je zvláštní formou kolektivního bydlení s intenzivní podporou. Často jde o alternativu dlouhodobé institucionální péče. Rehabilitační služby na podporu bydlení si kladou za cíl umožnit lidem s duševním onemocněním samostatně bydlet, získat nebo udržet dovednosti potřebné k samostatnému a nezávislému bydlení v běžném prostředí či v blízkosti psychiatrických nemocnic. Pomáhají posílit klientovu sebedůvěru k vytvoření stálého domova a vytvořit alternativu dlouhodobým hospitalizacím v psychiatrických léčebnách. Snižovat počet hospitalizací a podpořit využívání běžně dostupných služeb.

Chráněné bydlení je komplex služeb, který poskytuje klientům podporu podle jejich individuálních potřeb.

Důležitými principy poskytovaných služeb je, že jsou pro uživatele dobrovolné. V centru zájmu je uživatel, který má svá práva a povinnosti. Zejména se dbá na právo žít ve společnosti, právo na informace a na vlastní volbu. Klade se důraz na individuální potřeby uživatele a odlišnosti mezi uživateli jsou také akceptovány. Ovšem poskytování služeb je zaměřeno na celek a souvislosti. Personál je vzdělaný v oboru a je školen v práci s cílovou skupinou.

Chráněné bydlení poskytuje službu lidem s duševním onemocněním za účelem získání, obnovení nebo udržení schopností a dovedností spojených s péčí o domácnost a vlastní osobu. Obecným cílem je dosáhnout takové úrovně soběstačnosti v oblastech péče o domácnost, o vlastní osobu, nakládání s financemi, využívání veřejných institucí, volného času, kdy klient nebude potřebovat podporu terapeutického týmu v takové míře a podobě, jako je poskytováno ve službě chráněné bydlení. (standarty kvality)

Vymezení služby dle par. 51 zákona č. 108/2006 Sb. O sociálních službách je chráněné bydlení pobytová služba, která je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- 1) Poskytnutí ubytování – ubytování, které má znaky bydlení v domácnosti
- 2) Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- 3) Pomoc při zajištění chodu domácnosti
- 4) Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- 5) Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- 6) Sociálně terapeutické činnosti
- 7) Pomoc při uplatňování práv, zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Služba je poskytována za úhradu.

Cíle chráněného bydlení jsou orientovány na uživatele ve zvýšení soběstačnosti při vedení domácnosti. Motivaci v aktivním trávení volného času. Podpora uživatele při využívání běžně dostupných míst a služeb a zvýšení samostatnosti v rozhodování a sebevědomí uživatele.

Cíle orientované na služby jsou poskytovat psychosociální službu, která vychází z potřeb uživatelů. Rozvíjení, upravování a naplňování standardů služby a pravidelné vzdělávání svých pracovníků.

Cíle orientované na společnost jsou snížení potřebnosti ústavní péče. Zajištění sociální pomoci osobám s duševním onemocněním. Prevence sociálně-patologických a dalších nežádoucích jevů. Např. sebevraždy, bezdomovectví, agresivita, zadluženost. Ovlivňování postojů veřejnosti vůči osobám s duševním onemocněním. Spolupráce s úřady a samosprávou a dalšími poskytovateli sociálních a zdravotních služeb. (Focus Vysočina)

Cíl chráněného bydlení je poskytnutí ubytování, které umožní začlenění do společnosti. Zlepšení, obnovení nebo udržení návyků a dovedností souvisejících s péčí o vlastní osobu a svěřené prostory, tj. domácnost (medikace a spolupráce s ošetřujícím lékařem, úklid, hygiena, praní, hospodaření s penězi, spolupráce s dalšími osobami, denní režim). Aktivizace uživatele, podpora zisku a udržování jeho kontaktů se společností a využívání běžných zdrojů, včetně sociálních služeb.

Skupinové chráněné bydlení je zvláštní formou bydlení s intenzivní podporou. Často skupinové bydlení bývá alternativou dlouhodobé institucionální péče. Služba probíhá v domech nebo bytech v blízkosti léčeben či v běžné zástavbě. Podpora klientů je zaměřena na individuální potřeby klientů a na jejich činnosti v každodenním životě. Existuje více či méně intenzivní škála podpory, v kolektivním bydlení převážně s 24 hodinovým dohledem. (Peč, 2007)

V rámci fungování služby terapeut musí s uživatelem vypracovat individuální plán, který bude zaměřen na podporu a dosažení jednotlivých cílů uživatele, které si sám uživatel zvolí. Vedoucí terapeut chráněného skupinového bydlení vytváří podmínky pro tolerantní soužití všech uživatelů a nabízí podporu při řešení společných i individuálních potíží. Poskytovatel a zaměstnanci zařízení respektují uživatele a jeho práva.

Vedoucí terapeut chráněného bydlení zajišťuje spolupráci s uživatelem, a zároveň s terapeutem ze služby sociální rehabilitace. Spolupráce tak probíhá mezi všemi zúčastněnými stranami. Terapeut spolu s klientem vytváří individuální plán, který je sestaven dle cílů uživatele. Plán je sestaven nejpozději do dvou měsíců od té doby, kdy klient vstoupil do služby a byla zahájena spolupráce. Individuální plán se odvíjí od hlavní zakázky, která byla formulována na vstupním pohovoru. Za účelem spolupráce spolu terapeut a klient domlouvají pravidelné schůzky, kde hodnotí naplňování individuálního plánu, ale také terapeut může poskytovat podporu v řešení osobních záležitostí uživatele.

Uživatelé mají právo na podporu terapeutického týmu při naplňování individuálního plánu. Má právo být vyslechnut pracovníkem terapeutického týmu. O svém hospodaření s financemi má právo na veškeré informace a vyúčtování je předkládáno jednou za měsíc. Denní plán si volí uživatel sám, na výběr má činnosti v rámci plnění svého individuálního plánu, s podmínkou splnění všech jeho povinností na chráněném bydlení. Jídelníček bývá sestaven uživateli týden předem. Poskytovatel zajišťuje snídani, oběd a večeři. Uživatel není povinen se stravovat na chráněném bydlení.

Odpovědnost uživatele je vázána smlouvou o poskytnutí služby sociální péče v chráněném skupinovém bydlení. Dále je uživatel zodpovědný za hospodaření s financemi podle svého finančního plánu, který sestaví s vedoucím terapeutem. Dále je zodpovědný za pravidelné navštěvování svých ošetřujících lékařů a dodržování léčebných pokynů a přesné, pravidelné užívání předepsané medikace. Uživatel je dále povinen dodržovat zásady společného soužití s ostatními obyvateli. Plnit své povinnosti na CHB. Chránit si svůj majetek, za který je zodpovědný. Nahlásit nepřítomnost na CHB. Účastnit se pravidelných schůzek s terapeutem. Dodržovat hygienické návyky a hradit částku nájmu.

V případě podezření na užívání alkoholu má personál možnost vyzvat uživatele k podrobení se dechové zkoušky a uživatel je povinen zkoušku podstoupit. V případě pozitivního nálezu je sepsáno mimořádné hlášení a uživatel je na určitou dobu z CHB vykázán.

V chráněném bydlení je zákaz užívání návykových látek a alkoholu. Kouření je dovoleno jen na vyhrazených místech. Uživateli může být ukončena smlouva z důvodu dlouhodobého nevyužívání služby (3–4 měsíce). Uživatel se nesmí projevovat slovní ani fyzickou agresí vůči ostatním.

V případě nedodržení sjednaných podmínek uživatelem je uplatňován následující postup:

Napomenutí – pohovor s terapeutem a projednání na komunitě. Terapeut sepíše záznam do databáze a vytisknutý dokument pak uživatel podepíše. Terapeut informuje opatrovníka. Napomenutí platí po dobu tří měsíců.

Písemná výtka – je projednána vedením organizace a uveden termín nápravy, který je v rozsahu 1–3 měsíců dle závažnosti a intenzity přestupku.

Ukončení služby – pakliže není uživatel motivován k řešení situace nebo nedodržel termín nápravy, je poskytování služby ukončeno.

V případě závažných a opakovaných přestupků jako jsou např. alkohol, drogy, neplacení nájmu, agresivní jednání, je možné službu ukončit bez předchozího postupu. (standardy kvality)

7.2 Přehled chráněných bydlení v ČR

Celkový počet chráněných bydlení pro lidi s duševním onemocněním je v České republice 22. Každý kraj se počty chráněných bydlení liší a v některých se dokonce chráněné bydlení nevyskytuje žádné. Celkový počet 22 chráněných bydlení zahrnuje chráněné bydlení skupinové, tedy komunitní, kde uživatelé žijí pospolu v jednom komplexu a využívají společné prostory jako je například kuchyně či společenská místnost. Taktéž se účastní společných aktivit v rámci bydlení i mimo něj, včetně volnočasových zájmů. V péči o domácnost se dělí dle přidělených služeb, tedy společně pečují o sdílené prostory. Druhý typ chráněného bydlení je zaměřen na podporu uživatelů, kteří chtějí bydlet samostatně. Uživatelé bydlí v bytech, které jsou vybaveny nezbytným zařízením potřebným k zajištění života dle vlastních potřeb. Uživatel sám hospodaří, sám pečuje o vlastní osobu a svou domácnost. V budově, kde se byty nachází je zajištěna podpora terapeuta, který poskytuje potřebnou míru podpory.

Většina chráněných bydlení, ať se jedná o kterýkoliv druh, poskytuje služby klientům, kteří mají trvalý pobyt v regionu, kde se sociální služba nachází. Výjimečně služby nabízejí bydlení pro potencionální zájemce z jiné části České republiky, a to v případě, pokud kapacita služby není naplněna.

V jihočeském kraji poskytuje sociální službu chráněné bydlení organizace FOKUS Tábor a České Budějovice. Jihočeský kraj tedy nabízí chráněné bydlení jak skupinové tak i v bytech.

Jihomoravský kraj nabízí tři chráněná bydlení od organizací Diakonie ČCE, Psychocentrum Domeček Hodonín a Sdružení Práh. Jedno z chráněných bydlení je skupinové a zbývající dvě jsou individuální a umožňují uživateli nastěhovat si do bytu vlastní drobnější nábytek a své osobní věci.

V Libereckém kraji funguje jedna organizace FOKUS, která vede dvě služby skupinového chráněného bydlení v Liberci a v České Lípě.

V Moravskoslezském kraji existují tři chráněná bydlení a všechna skupinového typu, přičemž organizace Archa v Třinci poskytuje několik bytů, které fungují samostatně a následně umožňují samostatně bydlet v přirozeném prostředí či následných službách samostatného bydlení. Organizace Charita funguje v Ostravě a v Opavě. Poskytuje

především následné služby, než služby jaké jsou schopny poskytnout psychiatrické nemocnice.

Plzeňský kraj nabízí jednu službu chráněného bydlení se čtyřmi byty v běžné zástavbě. V každém bytě bydlí 4 uživatelé a služba je časově omezena.

V hl. m. Praze je největší spektrum organizací, které poskytují chráněná bydlení. Jsou to organizace Baobab, Bona, Fokus a Eset. Skupinová chráněná bydlení jsou tři a další tři jsou v bytech formou tréninkového bydlení.

Středočeský kraj disponuje třemi chráněnými bydleními, které poskytuje organizace Fokus. Jedno z chráněného bydlení v Mladé Boleslavi je především pro klienty, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni v psychiatrické nemocnici Kosmonosy. Další dvě chráněná bydlení mají za cíl umožnit uživatelům žít v co nejběžnějších neústavních podmínkách.

Ústecký kraj má jedno chráněné bydlení poskytované organizací Fokus Labe, které nabízí skupinové chráněné bydlení a následně vlastní samostatné bydlení pro své uživatele.

V kraji Vysočina se nachází dvě chráněná bydlení poskytovaná VOR Jihlava a Fokus Vysočina. Služby jsou poskytované jako tréninkové bydlení na dobu určitou.

Chráněné bydlení se nevyskytuje v krajích jako jsou Karlovarský, Královehradecký, Pardubický, Olomoucký, kde se místo chráněných bydlení vyskytují bydlení samostatného typu a ve Zlínském kraji funguje pět organizací Domovů se zvláštním režimem, které se specializují na lidi s duševním onemocněním nejen v důchodovém věku. (VIDA, 2015)



Obr. 1. mapa chráněných bydlení

7.3 *Rizika plynoucí z využívání chráněného bydlení*

V této podkapitole se budu zabývat riziky, která mohou vzniknout během využívání služby jak mezi uživatelem a poskytovatelem služby, tak i riziky, která mohou vzniknout ze strany systému, komunity či psychosociální sítě, která uživatele i službu ovlivňuje.

Riziko můžeme definovat jako „odchýlení se skutečných výsledků od očekávaných výsledků“. (Škrla, Škrlová, 2008)

Další definice rizika uvádí, že jde o předpokládaný stav, u kterého nevíme, zda a v jakém rozsahu doopravdy nastane. Jedná se tedy o určitou predikci vzniku rizika.

Vztah k riziku se v sociálních službách mění. Nyní je pohled na rizikové situace jiný, než tomu bylo několik desítek let zpátky a to jak u nás, tak v zahraničí. Posun souvisí s vývojem sociálních služeb, který neustále probíhá.

S rizikem se setkává každá organizace při své každodenní práci. Riziko je úzce spojeno s nejistotou s budoucím rozhodováním jak se v rizikové situaci zachovat nebo jak jí předcházet. To, zda riziková událost nastane, lze ovlivnit jen v malé míře. Následek rizikové situace lze nazývat dopad rizika. Pokud jsou rizika definována a popsána, je možné rizikům předcházet díky preventivnímu plánu neboli proaktivnímu přístupu k řízení rizika.

Vznik rizikových situací nelze ze života vyloučit. Je tedy potřebné vytvořit takové podmínky a přijmout taková opatření, aby k rizikovým situacím docházelo co nejméně, nebo aby následky nebyly moc velké. Totéž platí při poskytování sociálních služeb, tedy i chráněného bydlení a klienta.

Klienti, kteří odcházejí z psychiatrické nemocnice, odcházejí z relativně bezpečného prostředí. Schování v izolovaném prostředí jsou chráněni před negativními vnějšími vlivy a méně vystaveni negativním reakcím ze společnosti a také jsou zbaveni většiny své vlastní odpovědnosti. Během přechodu do chráněného bydlení je třeba počítat s možnými nepříjemnostmi. Pro přípravu je vhodný popis rizikových situací, chování a jejich zvládnání.

Jako prevence těchto rizikových situací, které mohou vzniknout u klienta, slouží vytvoření rizikového plánu. Pro prevenci u vzniku rizik ze strany systému slouží analýza rizik pro celou organizaci.

Pro předcházení rizik byl MPSV vytvořen Registr rizik, který obsahuje možná rizika, která mohou vzniknout v procesu transformace. Registr slouží jako základní seznam rizik a některá z nich mohou být adekvátní v rámci dopadu rizik pro jednotlivce a

organizace. Registr je k dispozici všem organizacím, kterých se proces transformace dotýká. Pro vytvoření vlastního managementu rizik si musí každá organizace určit ta rizika, která jsou pro ni relevantní a najít nová, která mohou vycházet ze specifických situací. Je možné použít brainstorming, SWOT analýzu, analýzu dokumentace procesu transformace, rozhovory, dotazníky atd. (analýza rizik, mpsv)

Mapování rizik v rámci jednotlivých rizikových oblastí je důležité proto, aby poskytovatel chráněného bydlení věděl, kdy hrozí uživateli riziko. Tak může poskytovatel v případě škody doložit, že měl situaci dobře zmapovanou a odborně posouzenou.

Dopad rizika charakterizuje, jaké dopady organizaci ohrožují, jestliže riziko nastane. Dopad rizika je možné filtrovat na uživatele, komunitu, poskytovatele, zřizovatele, kraj, veřejnost, zaměstnance a MPSV.

Eliminace rizika popisuje postupy k odstranění daného rizika, včetně náročnosti a možných opatření, tedy způsoby, kterými se dá na vzniklé riziko reagovat.

Celkově bylo identifikováno a zapsáno 82 rizik. Pro výzkumnou část mé práce je stěžejních několik níže uvedených rizik.

Riziko: Postupné zhoršování zdravotního stavu a zvyšování věku uživatelů nových služeb.

Příčina tohoto rizika tkví v tom, že služby nejsou dostatečně pružné a více reagují na aktuální potřeby uživatelů a nesoustředí se na potřeby, které lze u uživatelů očekávat do budoucna. Dalším důvodem je nedostatek specializovaných a návazných služeb.

Dopady tohoto rizika jsou dlouhodobé setrvání ve službě, která není dostatečně personálně a bezpečnostně přizpůsobená uživatelům. Nebo jsou uživatelé nuceni ke stěhování při změně zdravotního stavu.

Prevence je spatřována ve spolupráci pracovních týmů a definování budoucí podoby služeb včetně flexibilitnosti služby a v komunitním plánování a návaznosti služeb.

Riziko: Nejsou vytvořeny mechanismy zabraňující přijímání nových uživatelů do ústavních zařízení ani mechanismy zabraňující jejich vzniku.

Příčiny jsou spatřovány v nejasném nastavení strategie, jak těmto situacím předcházet. Dále není vytvořena dostatečná síť služeb komunitního typu a nedostatečná informovanost veřejnosti.

Dopady tohoto rizika mohou ovlivňovat transformaci, která je prováděná formálně a proces je degradován. Jsou omezené možnosti výběru služeb pro osoby s duševním onemocněním a život strávený v institucionálních zařízeních.

Prevence tkví v lepším nastavení finančních toků na podporu transformace a ukončení finančních toků do ústavních zařízení. Nastavení strategií na podporu komunitních služeb včetně úpravy legislativy. Lepší propagace komunitních služeb a možnost jejich využití.

Riziko: Nedostatek peněz pro zařízení služeb (např. investice na vybavení služby)

Investiční dotace a granty ze státního rozpočtu a územního celku jsou nenárokové, což je jedna z hlavních příčin nedostatku financí. Priority kraje jsou nejasné a v oblasti duševní problematiky minimální. Ve střednědobém plánování rozvoje sociálních služeb nedochází k cílené redistribuci finančních prostředků. Některé kraje ze svých rozpočtů nepodporují poskytování sociálních služeb. Problémem je také nedostatečná kontrola efektivity a provozu zaregistrovaných sociálních služeb.

Dopady rizika jsou především zvýšené náklady na straně zřizovatele sociální služby a zpomalení transformace v kraji.

Prevence tkví v opakované konzultaci s poskytovatelem dotací při přípravě žádostí a znalost podmínek.

Riziko: Nedostatečné finanční zdroje/příjmy k nově zvolenému způsobu života uživatelů

Rozdíl ve způsobu placení za službu v chráněném bydlení ze strany uživatele. Není zde povinný 15% zůstatek, jelikož úhrada za péči je podle skutečně využitě péče. Jako příčina se také jeví malá motivace uživatelů pracovat a nízká dovednost uživatelů.

Dopad tohoto rizika může způsobit zhoršení kvality života uživatele a návrat uživatele do ústavního zařízení. Ostatní důvody jsou obdobné jako u dlouhodobé nezaměstnanosti. Případné setrvání ve službě, která klienta nerozvíjí a poskytuje neadekvátní podporu.

Jako vhodná prevence se jeví kvalitní finanční plánování v rámci individuálního plánování, včetně zjišťování potřeb a finančních možností uživatele. Jako další možnost se nabízí využití dávkových systémů sociálního zabezpečení a vyhledávání dalších potencionálních zdrojů, které by měly za cíl zlevnit poskytovanou sociální službu pro uživatele. Důležitá je také motivace uživatelů k práci, aby se nespokojili pouze

s přidělenými dávkami. Zapojení uživatelů do praktických tréninků a zajištění chybějících služeb na rozvoj pracovních dovedností.

Riziko: Odmítnutí uživatelů účastnit se procesu transformace

Hlavní příčinou se zdá být podcenění způsobu komunikace, který je adekvátní postojům uživatele a jeho životní historii, tedy konkrétních specifík uživatele. Ovlivňovat proces transformace může také vyšší věk, kdy adaptace na nový způsob života s věkem klesá a se změnou lokality se pojí obava ze ztráty pohodlí. Taktéž špatná míra podpory může v budoucnu způsobovat komplikace. Špatná míra podpory může pramenit z nedůvěry zaměstnanců ve schopnosti uživatelů a eliminace kontaktů s běžným prostředím. Špatné a následně nefunkční individuální plánování v průběhu poskytování služby a nedostatečná komunikace zaměstnanců s uživateli o procesu transformace.

Tyto příčiny mohou mít dopady, které zapříčiní ztrátu motivace uživatele a zaměstnanců. Uživatel se může vrátit zpět do ústavního zařízení z důvodu nezískání nových kompetencí a neschopnosti či nemožnosti žít jinak. Zvyšující se závislost na službě, demotivovanost zaměstnanců, upevnění paternalistických přístupů a posílení hyperprotektivity.

Pomoc by mohla přijít ze strany expertního auditu či supervize, které by poskytl externí pohled na poskytování sociální služby a přípravu na transformaci. Dále přizpůsobení přístupu k věku uživatelů, přičemž by poskytovatel využíval více forem práce. Např. práce se skupinou, jednotlivci, s životní historií jedince a plánování zaměřené na člověka. Rozvoj dovedností a návyků pro samostatný život v průběhu poskytování sociální služby a zvyšování kontaktu uživatelů s běžným prostředím. Snaha přiblížit se normálnímu způsobu života.

Riziko: Zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům

Někteří opatrovníci mají obavy z důsledků, které přinese navrácení způsobilosti k právním úkonům. Příčiny těchto obav pramení z neznalosti stávajících právních předpisů a případně z neznalosti svých práv jako opatrovníků a neznalosti povinností a kompetencí. Obava také může pramenit ze ztráty vlivu na uživatele nebo negativní zkušenosti opatrovníka. Oblast způsobilosti k právním úkonům a opatrovnictví není legislativně dostatečně upravená, což může způsobovat oprávněné obavy. Formální výkon opatrovnické povinnosti na obcích je odlišný od rodinných příslušníků.

Opatrovníci mohou rozhodnutí uživatele ovlivňovat v procesu osamostatňování a demotivovat uživatele na základě nejasnosti a zmatečných informací.

Řešení by se nabízelo v intenzivní komunikaci s opatrovníky již při přípravě chystajících se změn a následně po celou dobu s pravidelnými informačními schůzkami s plánováním dalšího postupu. Taktéž zaměření se na vyjednávání s opatrovníky o jejich kompetencích a kompetencích poskytovatelů služby. Posílení schopnosti uživatelů v prosazování svých vlastních oprávněných zájmů a vyjasnění legislativy.

Riziko: Někteří opatrovníci nemají zájem o větší autonomii uživatelů

Obavy opatrovníků vyplývají ze strachu a obav o uživatele, že něco nezvládnou, či že uživateli nebude zajištěna dostatečná péče. Taktéž jsou obavy opatrovníků z toho, že budou mít více práce a více odpovědnosti za uživatele, které pramení z neznalosti právních předpisů. Další příčinou je neochota a nezájem opatrovníků spolupracovat s organizací.

Tyto obavy a z nich vzniklé riziko vede k zneschopňování uživatele a jeho neschopnosti projít procesem změny. Poskytovatel může jen s obtížemi uzavírat nové smlouvy o poskytování sociální služby.

Pravidelné a včasné oslovování a informování opatrovníků musí přijít primárně od poskytovatele sociální služby. Taktéž je důležité průběžné sdělování plánovaných kroků ohledně posunu či změny uživatele. Dále pak vyjasnění a seznámení se s příslušným právním rámcem, který vymezuje kompetence opatrovníka.

Riziko: Konflikty s veřejností

Do tohoto rizika se zahrnuje neobvyklé a obtěžující chování na veřejnosti, jímž je nejčastěji míněna hlučnost, nevhodné projevy a znečišťování okolí. Příčinou tohoto chování je izolace uživatelů od běžné společnosti a komunity a nedostatečná příprava uživatelů na soužití v komunitě. Ne jen zaměření na fungování v domácnosti a nedostatečné zhodnocení potencionálních rizik, která mohou nastat při přechodu z chráněného prostředí. Tolerance klientova chování veřejností je odlišná od tolerance uživatelů v chráněném bydlení. Toto může také způsobovat iracionální odpor nebo vedlejší zájmy komunity. Uživatelé se chovají a projevují takovým způsobem, že je obyvatelé nebudou přijímat.

Tyto konflikty mohou vyústit v odmítnutí klientů či uživatelů místní komunitou, čímž dojde ke zpomalení procesu transformace. Negativní dopad bude taktéž na veřejné

mínění a medializace případů. Pro uživatele má toto nepřijetí negativní dopad na psychiku, prožívá zklamání a demotivaci.

Prevence se zdá být účinná v dobré praktické přípravě a plánování přechodu uživatelů. Zvýšená podpora uživatele v novém prostředí a reflektování rozdílů života v chráněném bydlení a přirozené komunitě. Podpora by měla být zaměřena na změnu individuálního plánu, nácviky a potřebné informace. Taktéž jako prevence slouží včasná komunikace s komunitou, včetně pozvánek na akce, den otevřených dveří organizace. Komunikace se samosprávou obce a setkání s budoucími spoluobčany. Dostatečné informování spoluobčanů a vzájemné seznámení.

Riziko: Nedostatek pracovních příležitostí pro uživatele služby

Nedostatek informací zaměstnavatelů a nezkušenost zaměstnavatelů se zaměstnáváním osob s duševním onemocněním způsobuje riziko snížených příležitostí k pracovním nabídkám na otevřeném trhu. Dalším problémem je nedostatek pracovních nabídek v dané lokalitě a nedostatečná podpora státu v dané oblasti.

Toto má negativní vliv na kvalitu života uživatelů v chráněných bydleních. Je totiž ztěžována cesta k samostatnosti uživatelů. Z toho plyne nedostatek vlastních finančních prostředků na své zájmy, což vede k apatii a rezignování na svou stávající situaci a snahu ji nějak změnit. Finance tedy velmi ovlivňují motivaci uživatelů.

Analýza pracovního trhu v nových oblastech by mohla fungovat preventivně. Dále spolupráce se službami, které nabízejí podporu v oblasti zaměstnávání a taktéž spolupráce s úřady práce a zaměstnavateli včetně oslovení nových potencionálních zaměstnavatelů. Také spolupráce s agenturami práce a agenturami podporovaného zaměstnávání. Vytvoření nových potřebných dílen zaměřených na místní komunitu a navýšení kapacity stávajících.

Riziko: Nesouhlas rodin některých uživatelů s jejich větším osamostatněním uživatelů.

Do tohoto rizika můžeme zahrnout krom obavy z většího osamostatnění uživatele také přesun do nové služby s menší mírou podpory nebo do samostatného bydlení. Obavy rodinných příslušníků mohou být z toho, že náročnou situaci uživatel nezvládne, že mu nebude zajištěna potřebná péče. Pramení to z nedostatku informací nebo zkušeností. Chybí příklady dobré praxe a sdílení zkušeností.

Je ohrožen proces posunout uživatele a uskutečnit proces transformace. Rodinní blízcí velmi ovlivňují rozhodnutí uživatele, což může způsobovat zmatek v klientově situaci a přinášet zbytečné obavy.

Jako vhodná prevence se může jevit propagační a informační kampaň dobré práce s předáváním zkušeností, fotek, videa. Cílem je informovat jednotlivě rodinné příslušníky či všeobecně o přínosu služby pro uživatele a nabídnout návštěvu v místě praxe. Taktéž je vhodné zapojit rodinu do plánování osamostatnění uživatele. (analýza rizik)

Rizika z Registru jsou rozdělena do dvou úrovní:

- **kategorií**, kam patří kategorie *sociální, ekonomická a procesní*
- **tříd**, které vychází z kategorií a jsou to třídy *Rodinní příslušníci a blízké osoby, opatrovníci, uživatelé, zaměstnanci, vazby na stát, vazby na region a vazby na místní komunitu.*

Možné rizikové oblasti:

Kde by se potencionálně mohla rizika vyskytovat.

Opatrovníci

- Někteří opatrovníci nemají zájem o větší autonomii klientů.

Uživatelé

- Postupné zhoršování zdravotního stavu.
- Nedostatek finančních zdrojů.
- Zbavení a omezení způsobilosti k právním úkonům.

Zaměstnanci

- Obavy zaměstnanců z „nového“.
- Zaměstnanci nevědí, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů, neznalost právních norem ve vztahu k jejich práci – odpovědnost klienta, za škodu.
- Odpor některého personálu vůči změnám.

Ekonomická

- Nedostatek peněz pro provoz služby.
- Nepravidelnost plateb.
- Neočekávaně drahý provoz nové služby.

Procesní

- Nejsou vytvořeny mechanismy zabraňující přijímání nových uživatelů do ústavních zařízení ani mechanismy zabraňující jejich vzniku.
- Nedostatečné personální zajištění služeb.

Komunita

- Nedostatek pracovních příležitostí pro klienty.

Vazby na stát

- Nevyhovující právní předpisy.

Vazby na region

- Konflikty s veřejností.
- Absence spolupráce sociálních služeb v regionu.
- Nepochopení procesu deinstitucionalizace ze strany institucí a odborné veřejnosti.
(analýza rizik)

Riziko zneužívání péče

Dle autora Sekota (2009) bývá zejména psychiatrická péče ze strany pacientů a klientů využívána nadbytečně.

O zneužívání služeb existuje jen minimum literárních pramenů. Následky ale bývají nepříjemné zejména pro důvěru klientů v léčbu, zaměstnance a celou komunitu. Dle Sekota je problémem definice zneuživatele. Podle něj je uživatel každý, kdo užívá psychiatrickou péči a řada klientů se podle něj dá považovat za zneuživatele. Jedná se o klienty, kteří užívají péči nadměrně a iracionálně. Mnoho z těchto klientů může trpět poruchou osobnosti nebo předstíranou poruchou. Ta je dle MKN-10 definována jako nemoc, kdy jedinec trvale předstírá příznaky nebo se sám poškozují, aby si přivodil příznaky nemoci.

Nadužívání péče je poměrně častá situace. Zneužívání péče je jev o mnoho vzácnější, avšak dá se s ním v praxi setkat. O zneužívání péče neexistují žádné prameny a odhalit zneuživatele a zajistit přitom potřebné objektivní důkazy je velmi těžké. Přesto tento problém spatřuji jako riziko, které může bez včasného odhalení způsobit v chodu komunitního bydlení velké škody.

Sekot (2009) k popisu zneuživatele dodává, že je velmi schopný manipulace a obchází více zdravotnických zařízení či sociálních služeb. Spolupráce mezi jednotlivými sektory se jeví jako velmi nezbytná. Jako zdroj spolupráce mohou být objektivní údaje zjištěné od klientů, se kterými zneuživatel přichází do kontaktu a propojená síť sociálních a zdravotnických služeb.

Systémová rizika

Rizikem systému je skrytá, ale vysoká nemocnost, která eventuálně zvýší tlak na kvantitu péče na úkor její kvality.

Dalším rizikem je trend případné redukce lůžek ve velkých psychiatrických nemocnicích a následný přesun péče do ambulancí, které nejsou dostatečně posíleny a taktéž není dostatečně rozvinutá intermediární péče. Krom velkých měst v menších regionech chybí dostatečně velká nabídka kvalitní a odborné psychoterapie, která je poskytována psychiatry a klinickými psychology. Taktéž se jeví nedostatek sociálněpsychiatrických služeb. Péče tak stojí na poskytování psychofarmakologie, která je sice v dnešní době na vyspělé úrovni, je však pouze na biologické úrovni a ne na bio-psycho-sociální úrovni, jak by měla stávající psychiatrická péče dle standardů vypadat.

Dalším rizikem, které souvisí s nedostatečně rozvinutými specializovanými ambulancemi je nedostupná krizová psychiatrická pomoc v terénu. Provázanost péče není dostatečná nejen mezi sociálními službami, ale také mezi ambulancemi, lůžkovými zařízeními. Chybí kooperace s praktickými lékaři a klinickými psychology či terapeuty. (www.reformapsychiatrie.cz)

8 Výzkumná část

8.1 Uvedení do výzkumu

Výzkumná část mé práce vychází z primárního cíle, který je definován v názvu práce: Rizika při využívání služeb chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním. K naplnění cíle jsem zvolila kvalitativní typ výzkumu a analýzu dokumentů, jehož úkoly jsou interpretovat situaci v chráněných bydleních pro lidi s duševním onemocněním a porovnat situaci v hl. m. Praze a v Moravskoslezském kraji. Výzkum se zabývá zjištěním, jaká rizika plynou z poskytování sociální služby chráněného bydlení a využívání sociální služby chráněného bydlení a jaká rizika hrozí ze strany systému, uživatelů, opatrovníků, zaměstnanců, komunity či kraje a obce. Z tohoto cíle vystupuje otázka dosavadních rizik, která vedou z procesu deinstitutionalizace a mají dopady na chod chráněných bydlení. Tímto tématem se však autorka ve svém výzkumu zabývá jen okrajově.

Dle mé pracovní zkušenosti v chráněném bydlení Bona o.p.s. mě k tomuto výzkumu inspirovalo vlastní pozorování obměňující se struktury uživatelů a služby, která neumí dostatečně rychle reagovat na měnící se potřeby a cíle klientů. Abych upřesnila myšlenku. Několik let zpátky do chráněných bydlení přicházeli především klienti středního věku z psychiatrické nemocnice, kde strávili několik let a chráněné bydlení klienty podporovalo především v osamostatňování se a znovunabytí ztracených dovedností. Nyní se situace mění a většina klientů chráněného bydlení Bona o.p.s. je mladších ročníků, kteří mají zkušenost s užíváním návykových látek více, než dlouhodobým pobytem v psychiatrické nemocnici. Služba tedy více reaguje na vytvoření plánů pro uživatele s duální diagnózou a řešení situací, kdy klient podlehne závislosti.

Hlavním impulzem věnovat se tomuto tématu byla konzultace s vedoucím chráněného bydlení Bona o.p.s. nad klienty, kteří neustále vypadávají ze služby chráněného bydlení a vracejí se do velkých nemocnic či na ulici, jelikož nedokážou dodržet podmínky čistého bydlení. Tedy bydlení bez alkoholu a návykových látek. Dalším impulzem, který přispěl k myšlence tohoto výzkumu, bylo celoroční hodnocení služby a inovace standardů kvality s vnitřními pravidly služby, které neodpovídají dostatečně rychle měnící se struktuře a potřebám klientů.

Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Při definování cíle tohoto výzkumu přistupuji k tématu optikou zjištění aktuální situace chráněných bydlení ve vybraných oblastech České republiky. Následné srovnání vybraných chráněných bydlení a vydedukování potencionálních rizik, která mohou být společná pro chráněná bydlení pro lidi s duševním onemocněním.

Hlavním cílem je zmapovat a popsat odborné veřejnosti a zaměstnancům chráněných bydlení potencionální rizika, která se vyskytují při využívání sociální služby, a která mohou ovlivnit fungování služby do budoucna.

Výsledky výzkumu mohou vymezit potencionální dopad rizik v rámci jednotlivých rizikových oblastí. Nová opatření mohou být prakticky využity v jednotlivých chráněných bydleních a začleněny do vnitřních pravidel služeb v rámci rizikového plánu. Tak může poskytovatel služby v případě škody doložit, že měl situaci zmapovanou a může tak předcházet a lépe reagovat na vznik rizikové situace.

Hlavní výzkumná otázka této práce je definovaná takto: *Jaká jsou stávající rizika chodu chráněných bydlení?* Odpověď na tuto otázku může pomoci reflexi reálného stavu hodnocení rizik chráněných bydlení pro lidi s duševním onemocněním. Může také nastartovat zájem o zpracování analýz pro jednání s obcemi či kraji pro tvorbu návrhů systémových změn souvisejících s oblastí rozvoje sociálních služeb na základě identifikovaných rizik.

8.2 Dílčí cíle a předmět výzkumu

Aby bylo možné získat informace, které budou sloužit k vytvoření souhrnu potencionálních rizik. Stanovila jsem si následující dílčí cíle, jejichž výstupy vytvoří podklad pro popis aktuálního stavu vybraných sociálních služeb chráněného bydlení a následnou analýzu možných rizik a sestavení obecných doporučení.

Dílčí cíl 1

- Vyhodnocení služeb za posledních pět let ve využití kapacity služeb a srovnání situace v jednotlivých krajích.
- Zjištění nejčastějších důvodů propouštění uživatelů ze zařízení.
- Zjištění nejčastějších doporučení k přijetí nových uživatelů do zařízení.

Dílčí cíl 2

- Vyhodnotit potencionální rizika a nejčastější problémové či zatěžující situace.

Dílčí cíl 3

- Sestavení obecných doporučení na základě rozhovorů s odborníky.

Dílčí cíl 4

- Vytvořit seznam nejčtenějších rizik a navrhnout potřebná opatření.

Předmět výzkumu

Vedle zjištění aktuálních rizik, které hrozí při využívání služby chráněného bydlení, je také předmětem výzkumu zjištění problémů které jsou spojeny s poskytováním sociální služby.

Pro adekvátní uchopení takto definovaného předmětu zkoumání je nutné definovat formy chráněných bydlení pro cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním. Za vhodné bydlení pro účely tohoto výzkumu je považováno pouze:

Chráněné bydlení skupinové nebo-li které poskytují celoroční pobytovou sociální službu dle § 51 zákona 108/2006 SB., o sociálních službách. Tedy pobytová služba, která je poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu duševního onemocnění a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby.

8.3 Metody

Realizace výzkumu, metody výzkumu, výzkumný vzorek

Pro realizaci výzkumu byla zvolena metoda *kvalitativního* charakteru. Tato metoda nám umožňuje popsat zkoumanou oblast. Konkrétní znění otázek je obsahem přílohy. Otázky byly zejména směřovány na vedoucí terapeutů a asistenty terapeutů. Výzkum byl doplněn o rozhovory s pracovníky MPSV a analýzu dokumentů.

Teoretický základ specifik spojených s lidmi s duševním onemocněním a jejich fungováním ve společnosti je popsán v první části práce.

Empirická část se zaměřuje na reálná data, která umožní dosáhnout cíle této práce.

Polostrukturovaný rozhovor jako výzkumná metoda byl doplněný o analýzu dokumentů. Otázky k rozhovorům a vzniklé tabulky s grafy jsou přiloženy v příloze práce.

Výsledek analýzy dokumentů ukazuje situaci využití v konkrétních chráněných bydleních a porovnává jednotlivá zařízení. Ukazuje na možná rizika, která mohou plynout z poskytování služeb za posledních pět let. Zdrojem dat pro tuto analýzu byly výroční zprávy a standardy kvality jednotlivých organizací.

Hlavní sběr dat byl realizován v období od května do července roku 2017. Jednotlivé respondenty jsem vybírala účelově s ohledem na dílčí cíle.

Rozhovory jsem prováděla se zaměstnanci chráněných bydlení v daných regionech. Záměrný výběr jsem si zvolila u volby zaměstnanců chráněných bydlení. Vždy se jednalo o vedoucí zaměstnance konkrétního bydlení, tedy vedoucí terapeutů a jejich asistenty terapeutů. Tento výběr jsem zvolila na základě kvalifikace, kterou tito pracovníci musí splňovat dle zákona o sociálních službách.

U výběru zaměstnanců z MPSV jsem zvolila metodu sněhové koule, kdy jsem prvně kontaktovala dva zaměstnance z projektu Analýzy rizik u sociálních služeb a ti mi následně doporučili další odborníky zabývající se danou problematikou u lidí s duševním onemocněním.

Emailem a poté telefonicky jsem oslovila všechny respondenty výzkumu v hl. městě Praze a v Moravskoslezském kraji. S vedoucími pracovníky chráněných bydlení jsme si domluvili termíny schůzek a v organizacích daného pracoviště provedli rozhovory.

Rozhovory se zaměstnanci MPSV probíhaly na půdě ministerstva, taktéž po oslovení emailem dvou vedoucími pracovníky projektu Analýzy rizik v sociálních službách. Na jejich doporučení jsem oslovila další tři respondenty se kterými byl proveden rozhovor.

Konkrétní zapojené organizace v *Praze*: Bona o.p.s. s chráněným bydlením Kocourkov, Vila Jitka, dům 200 a 180. Dále chráněné bydlení ESET a FOKUS Praha o.s.

V *Moravskoslezském kraji* byly osloveny organizace Charita Sv. Alexandra Ostrava, Charita Opava a ARCHA Třinec – slezská diakonie.

Výzkumné etapy

Výzkumné postupy zahrnují jednotlivé kroky postupu.

Krok 1

- Zjistit z veřejně dostupných zdrojů dostupné sociální služby v oblasti chráněného bydlení pro konkrétní cílovou skupinu v hlavním městě Praze a Moravskoslezském kraji.
- Vybrat vhodnou službu chráněného bydlení, která odpovídá popisu chráněného bydlení komunitního typu.

Krok 2

- Z výročních zpráv od roku 2012 do roku 2016 sestavit tabulky s konkrétními údaji. Kapacitou služby, využitelnosti služby, počtem přijatých klientů a počtem klientů, kteří službu za daný rok opustili.
- Sestavení návazných tabulek s grafy. U přijatých klientů doplnění informací odkud klienti konkrétně přišli a u klientů, kteří službu opustili, doplnění kam konkrétně odešli.

Krok 3

- Sestavení diagramu, který se bude skládat z jednotlivých úrovní na základě kterých bude provedena analýza.

Krok 3

- Provedení výběru zaměstnanců chráněných bydlení a kontaktování.
- Uskutečnění polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci, s terapeuti a zástupci terapeutů, v konkrétních chráněných bydlení v hl. městě Praze a v Moravskoslezském kraji.

Krok 4

- Kontaktování zaměstnanců z Ministerstva práce a sociálních věcí, kteří se zabývají projekty Analýzy rizik v sociálních službách, sociálního bydlení a tvorbou metodických pokynů pro obce a kraje v oblasti lidí s duševním onemocněním.
- Sestavení otázek pro zaměstnance MPSV z vyhodnocení rozhovorů se zaměstnanci chráněných bydlení.
- Provedení prvních dvou rozhovorů a návazných rozhovorů s odborníky na základě doporučení odborníků z prvních dvou rozhovorů.

8.4 Techniky sběru dat

Analýza dokumentů

Analýza dokumentů vychází z výročních zpráv organizací. Schématem pro zaznamenávání informací je vytvořená tabulka A pro zapsání konkrétních dat kapacity sociální služby, využití sociální služby, počet přijatých a propuštěných klientů za konkrétních pět let. Od roku 2012 po rok 2016. Doplněná další tabulkou B s informacemi, odkud jednotliví klienti do služby přišli nebo kam se ze služby odešli. Jednotlivé tabulky jsou doplněny o grafické znázornění.

Stav organizací za posledních pět let je z tabulek a grafů popsán, následně porovnán mezi hl. m. Prahou a Moravskoslezským krajem.

Polostrukturované rozhovory

Rozhovor s vedoucím terapeutem a asistentem terapeuta

Rozhovor s vedoucími pracovníky sledoval zejména následující oblasti: oblast sociálních rizik, kam jsem zahrнула tématiku rodiny, opatrovníků a uživatelů. Dále kategorii ekonomických rizik, kde jsem směřovala otázky na zaměstnance organizace a chod organizace samotné. Poslední kategorií jsou rizika, která plynou z oblasti komunity, kterou jsem pojala velmi široce a to v oblasti vazby na obec a kraj a samotné vazby na komunitu, která je klientům či organizaci blízká. Podrobné znění otázek je uvedeno v příloze.

Rozhovor s pracovníkem MPSV

Otázkami byla v těchto případech zjišťována doporučení a názory odborníků z MPSV, které na danou problematiku mají. Otázky byly zaměřeny na oblasti bezdomovectví u lidí s duševním onemocněním, na sociální bydlení a vznik nových bytových prostor. Školení pracovníků a opatrovníků, destigmatizaci, meziresortní spolupráci a personální zajištění.

Charakteristika výzkumného vzorku, respondentů a zařízení

Respondenti výzkumu byli vedoucí terapeuti a asistenti chráněných bydlení, kteří splňovali podmínky dané zákonem o sociálních službách a zaměstnanci MPSV, jenž se orientovali v dané problematice duševně nemocných lidí a pracovali na projektech, které tuto cílovou skupinu zahrnovaly.

Celkový počet oslovených činil dvacet tři osob. Z toho bylo osmnáct vedoucích pracovníků z organizací a pět zaměstnanců Ministerstva práce a sociálních věcí. Rozhovor absolvovalo dvacet dva lidí z oslovených. Nepodařilo se získat rozhovor u asistenta terapeuta chráněného bydlení Archa Třinec, který rozhovor přislíbil, ale následně se schůzky nezúčastnil. Otázky zaměstnankyni byly zaslány pomocí emailu, ale ani tak se asistentka výzkumu nezúčastnila.

Z celkového počtu chráněných bydlení na území České republiky jsem volila záměrný výběr, který cílil na skupinová bydlení ve vybraných oblastech. Do výzkumu byla vybrána ta chráněná bydlení, která splňují charakteristiku skupinového nebo-li komunitního bydlení. Tedy bydlení v jednom objektu v lůžkových pokojích se společnou společenskou místností a kuchyní s jídelnou. Zvolila jsem srovnání v rámci dvou krajů z jiné části České republiky z důvodu porovnání eventuálních vzniklých rizik, která se v daném kraji mohou vyskytovat.

V hl. m. Praze se jedná o poskytovatele Bona o.p.s., Eset – Help o.s. a Fokus Praha

Hl. m. Praha



obr. 2. hl. m. Praha

V Moravskoslezském kraji jde o poskytovatele Charita Ostrava a Opava a Archa Třinec – Slezská diakonie

Moravskoslezský kraj



obr. 3. Moravskoslezský kraj

Oblasti, které v popisu dat a v grafech uvádím, jsou souhrnné kategorie, které zahrnují několik podkategorií, které jsem rozdělila následovně.

Kapacita služby není právními předpisy nijak stanovena. Vyplyvá z personálního a materiálně technického zabezpečení služby. U pobytových služeb se kapacita služby vyjadřuje počtem lůžek.

Využívání sociální služby zahrnuje možnosti a míru využívání nabízené podpory.

9 Výsledky výzkumu

V této kapitole budou prezentovány výsledky dat a jejich následná interpretace podle jednotlivých témat, která byla šetřením sledována.

Za hlavní téma výzkumu, lze označit zjištění potencionálních rizik, která se mohou vyskytnout při využívání služeb a taktéž při poskytování služeb chráněného bydlení se kterými se pracovníci setkávají.

Prezentace dat se týká tří organizací skupinového chráněného bydlení v hl. m. Praze a tří skupinových chráněných bydlení v Moravskoslezském kraji, které v závěru této kategorie porovnávám a interpretuji.

Oblast přijatých klientů do služby obsahuje:

Kategorie *jiná služba* zahrnuje: předchozí služby s nižší či vyšší mírou podpory; služby z psychosociální sítě, se kterými organizace spolupracuje; a cizí službu, která se zabývá jinými primárními cíly, než prací s lidmi s duševním onemocněním.

Kategorie *rodinní příslušníci* zahrnují: rodinného příslušníka, který doporučil svému příbuznému službu; ten, který službu kontaktoval s klientem nebo za klienta.

Kategorie *ambulantní psychiatr* zahrnuje: praktického lékaře, ambulantního psychiatra, jiného odborného lékaře.

Kategorie *psychiatrická nemocnice* zahrnuje: doporučení z posledního pavilonu v nemocnici; doporučení zdravotně sociálního pracovníka či jiného zaměstnance nemocnice.

Oblast propuštěných klientů ze služby obsahuje tyto kategorie

Kategorie *hospitalizace* zahrnuje: dobrovolnou či nedobrovolnou hospitalizaci po ukončení smlouvy a hospitalizaci během využívání služby a následné ukončení smlouvy z důvodu špatného stavu klienta.

Kategorie *podpora samostatného bydlení* zahrnuje: přesun do bytu, který spadá pod organizaci a je zajištěna klientovi podpora, ale v menší míře. Dále přesun do bytu, který sdílí více lidí, kde je zajištěna podpora klíčovým pracovníkem.

Kategorie *vlastní bydlení* zahrnuje: přesun do vlastního bytu či do nového bytu / podnájmu s neurčitou podporou.

Kategorie *jiná služba* zahrnuje: přesun do návazných služeb organizace, přesun do jiné organizace pokud klient dovršil důchodového věku a služby, které nabízí jinou formu podpory.

Kategorie *rodinní příslušníci* zahrnují: návrat do rodinného prostředí, k rodičům, sourozencům a příbuzným.

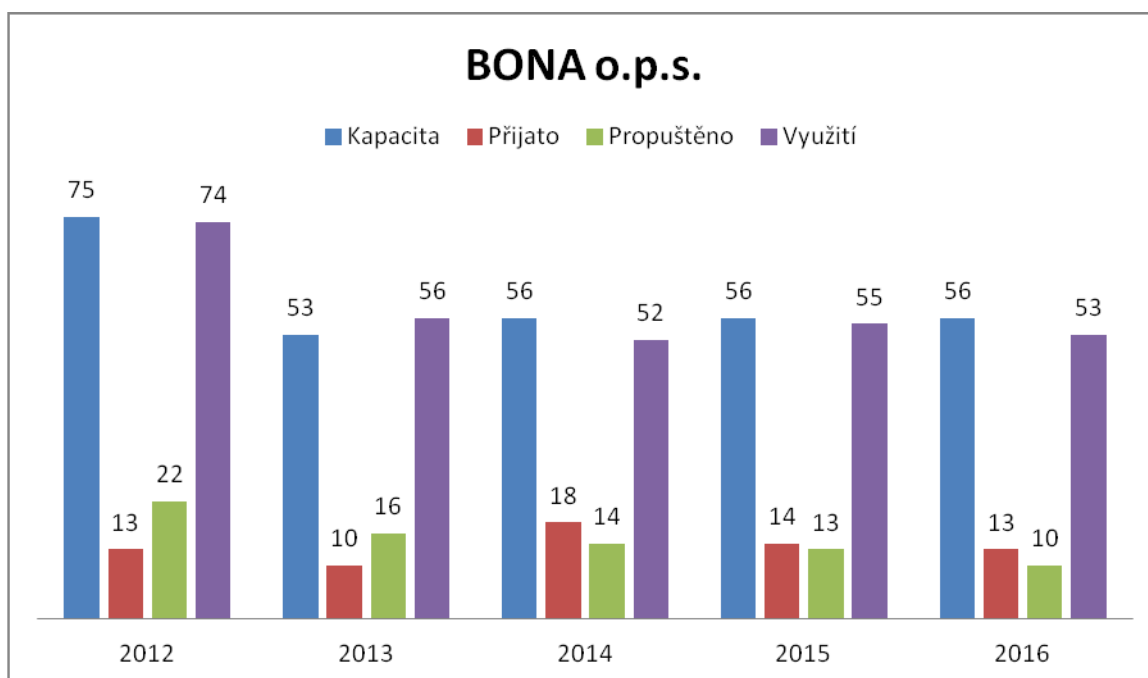
Kategorie *porušení pravidel* zahrnuje postup jednání s klientem a ukládání sankcí klientovi, který opakovaně poruší pravidla organizace. Na základě porušování smlouvy je pobyt v sociální službě ukončen.

9.1 Hlavní město Praha

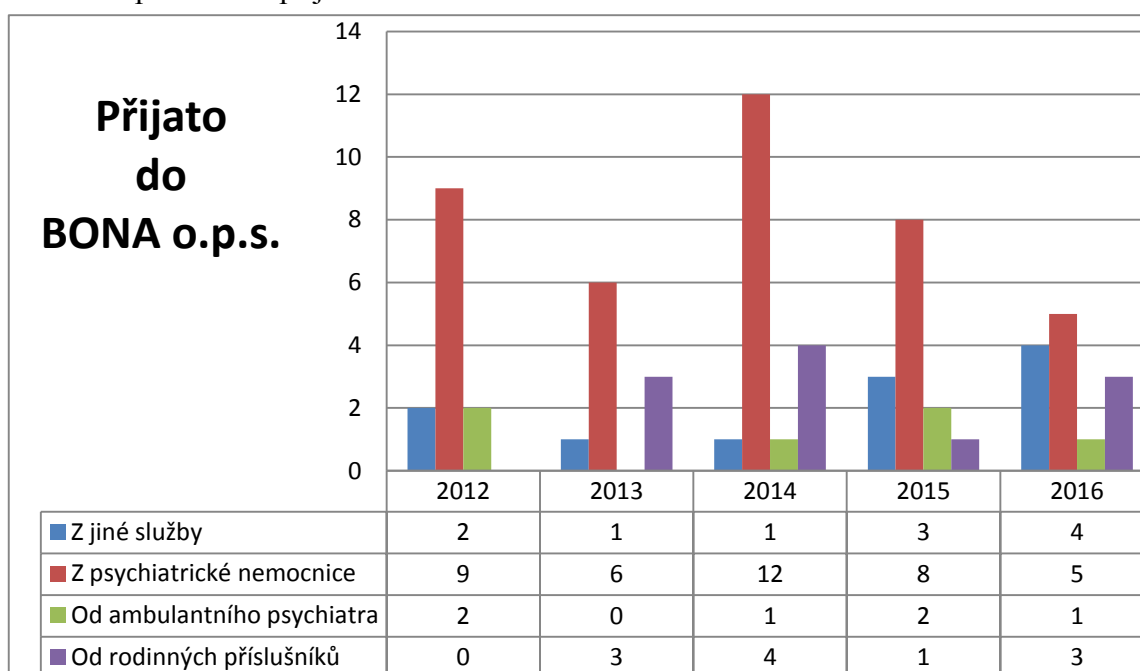
Využití u služby **Bona o.p.s.** dle grafu č. 1 vidíme, že je značně vyšší, než počty přijatých a propuštěných klientů, zatímco s celkovou kapacitou služby je sloupec, až na nepatrné rozdíly vyrovnaný a celkově je využití služby vysoké. Z přiložených grafů s tabulkami přijato a propuštěno z Bona o.p.s. lze vyčíst, že nejvíce klientů přichází z psychiatrické nemocnice a poté od rodinných příslušníků a z jiných služeb, kde je počet klientů za posledních pět let vyrovnaný.

Naopak nejvíce lidí ze služby odchází do podporovaného samostatného bydlení, který je součástí organizace. Na druhém místě je hospitalizace v nemocnici, vlastní byt a jiná služba s návaznou větší či menší mírou podpory.

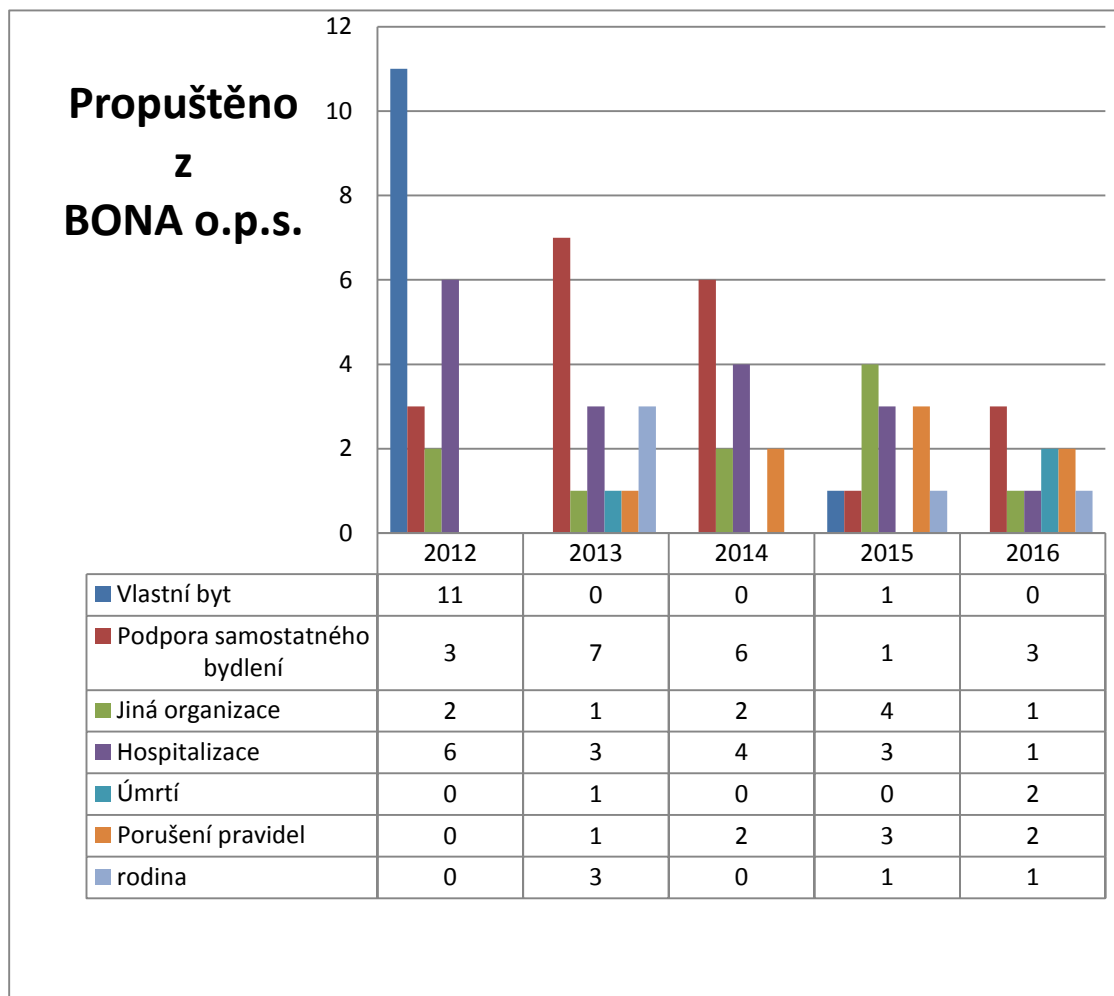
Graf 1. Přehled využití kapacity služby Bona 2012 - 2016



Graf 2. Doporučení k přijetí v zařízení Bona v letech 2012 - 2016



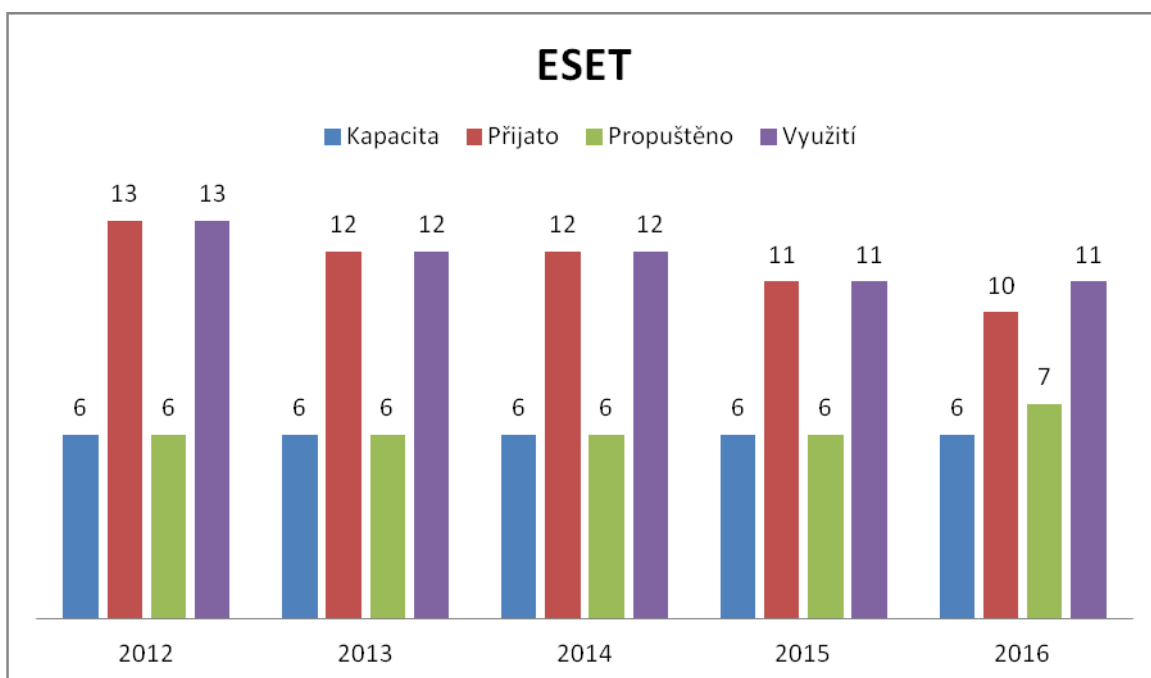
Graf 3. Důvody propuštění klientů v zařízení Bona v letech 2012 - 2016



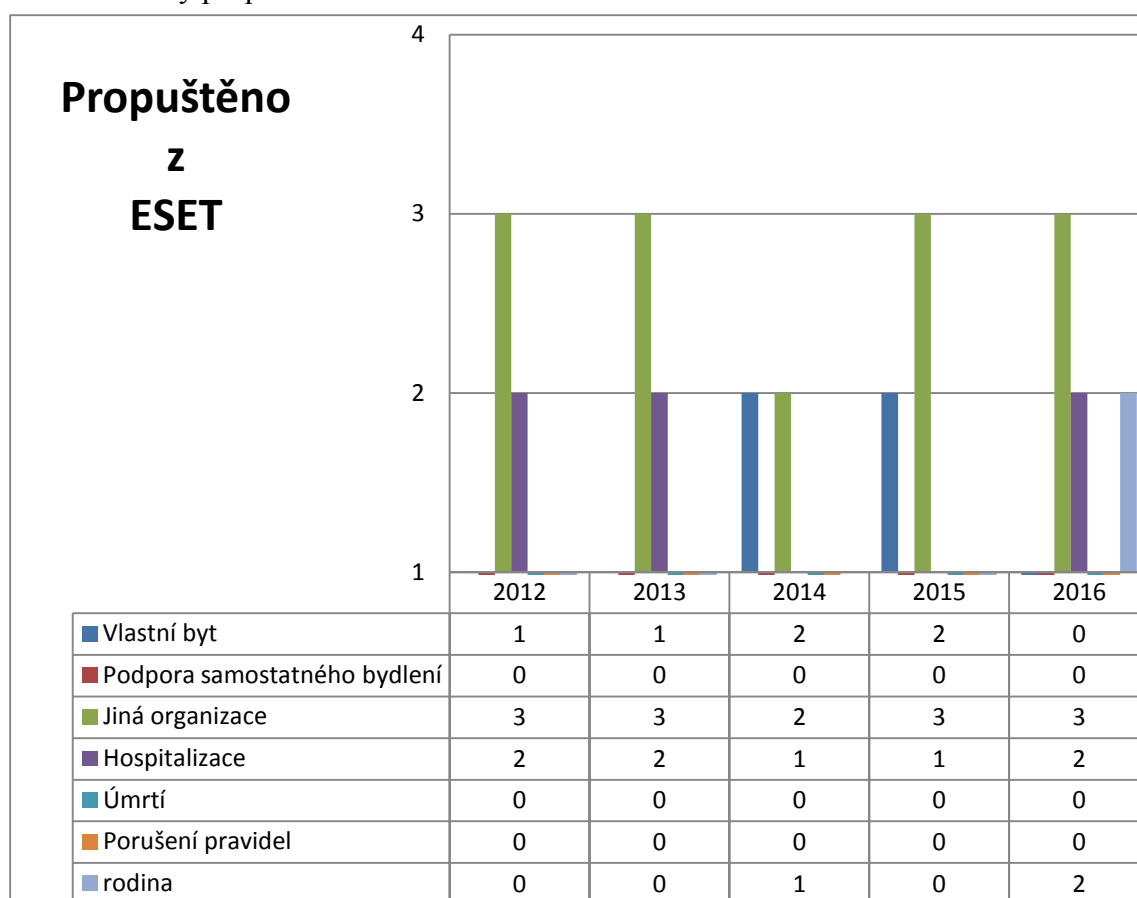
U další pražské organizace **Eset** je využití služby zcela vyrovnané s kapacitou. Dále můžeme vyčíst, že nejvíce klientů přichází taktéž z psychiatrické nemocnice a poté od rodinných příslušníků a jiné služby. Naopak se za posledních pět let nesetkali s klientem, který by přicházel na doporučení ambulantního psychiatra či jiného lékaře.

Nejvíce lidí po opuštění služby odchází do jiné organizace či jsou hospitalizováni v nemocnicích. Třetí nejčastější volbou je odchod do vlastního bydlení či návrat k rodině.

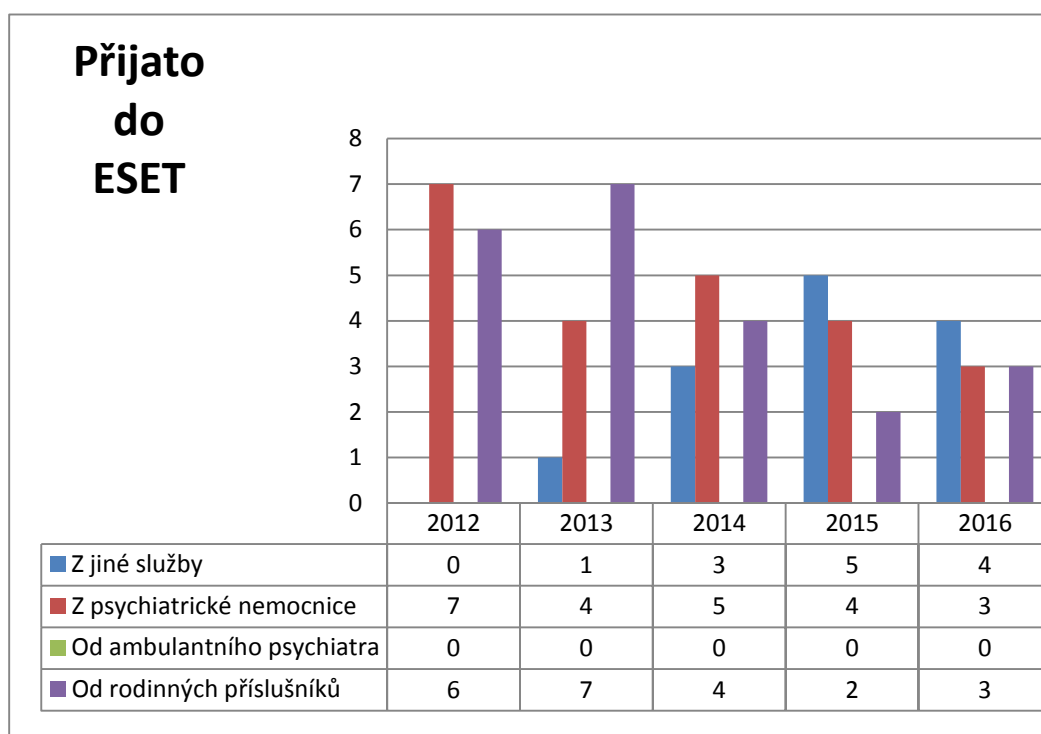
Graf 4. Přehled využití kapacity služby Eset 2012 - 2016



Graf 5. Důvody propuštění klientů v zařízení Eset v letech 2012 - 2016



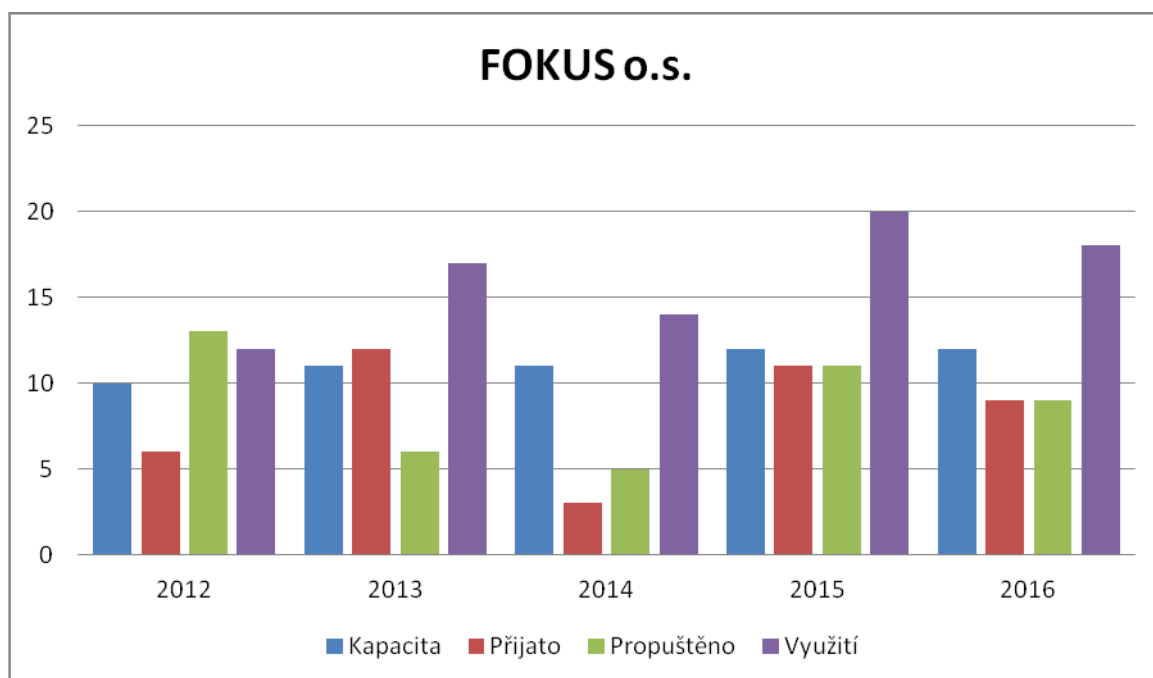
Graf 6. Doporučení k přijetí v zařízení Bona v letech 2012 - 2016



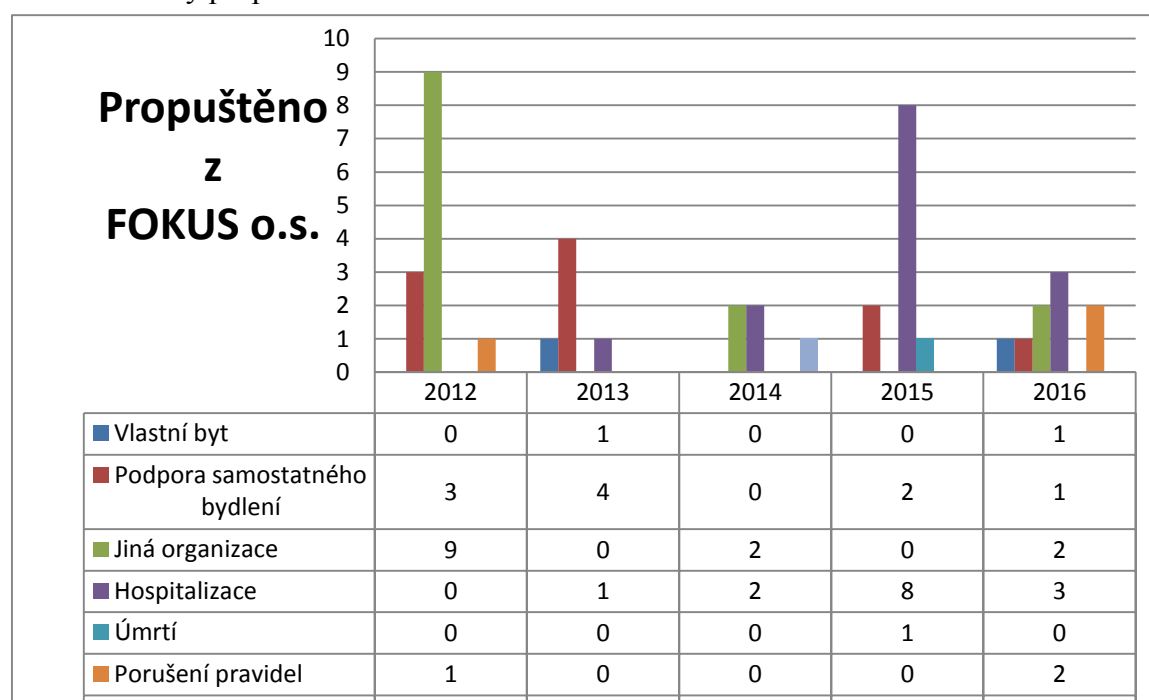
Třetí pražskou organizací je **Fokus o.s.**, zde se graf č. 3 poměrně liší od předchozích. Graf se taky rok od roku mění a využití dominuje převážně v letech od 2013 do 2016. Nejvíce lidí do služby přichází z psychiatrické nemocnice, až na rok 2016, kdy nejvíce klientů přišlo na doporučení rodinných příslušníků či z jiné služby, která hraje v letech 2013 a 2016 významnou roli. Z grafu lze také vyčíst, že se doporučení rok od roku proměňují. V letech 2012, 2014 a 2015 hrají v neposlední řadě roli doporučení od ambulantních psychiatrů, kdežto v roce 2013 nebylo doporučení žádné.

Ze služby klienti nejvíce odcházejí do návazných organizací. V roce 2015 můžeme vidět výrazný skok, kdy většina klientů byla hospitalizovaná. Rok 2016 byl také významný v porušení pravidel a tedy ukončení smlouvy.

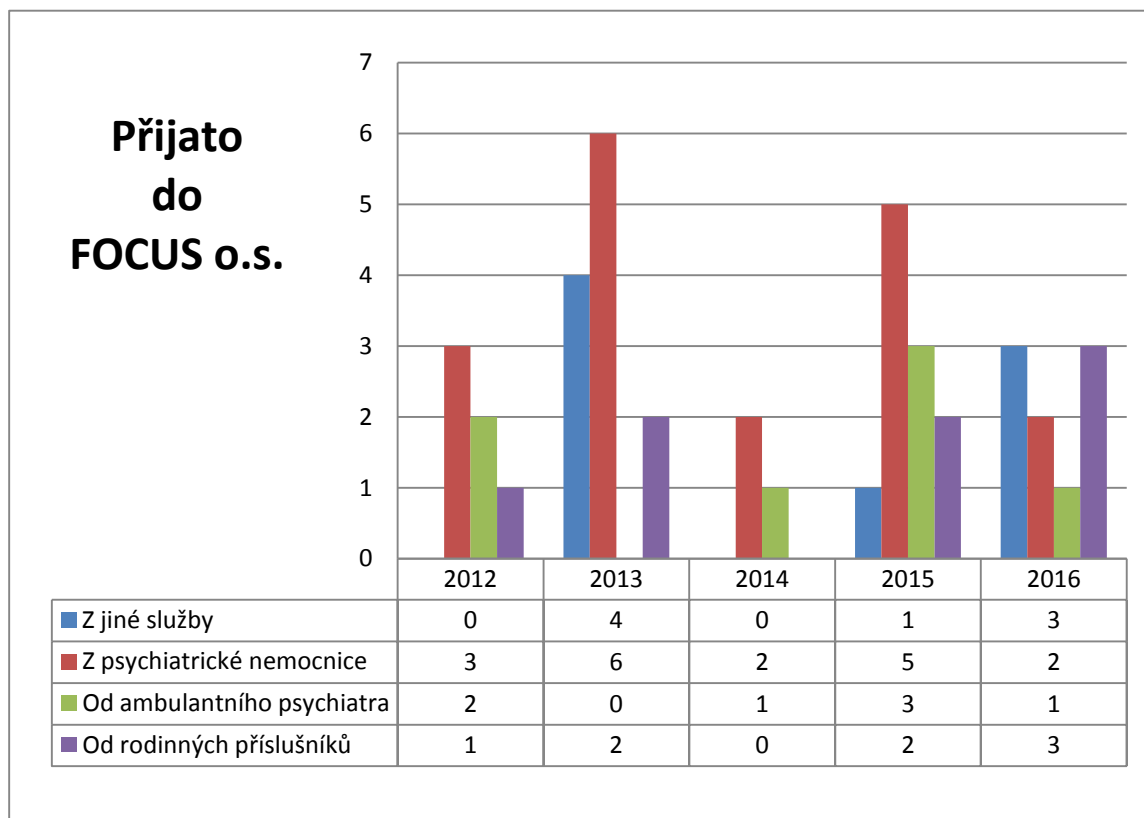
Graf 7. Přehled využití kapacity služby Fokus 2012 - 2016



Graf 8. Důvody propuštění klientů v zařízení Fokus v letech 2012 - 2016



Graf 9. Doporučení k přijetí v zařízení Fokus v letech 2012 - 2016

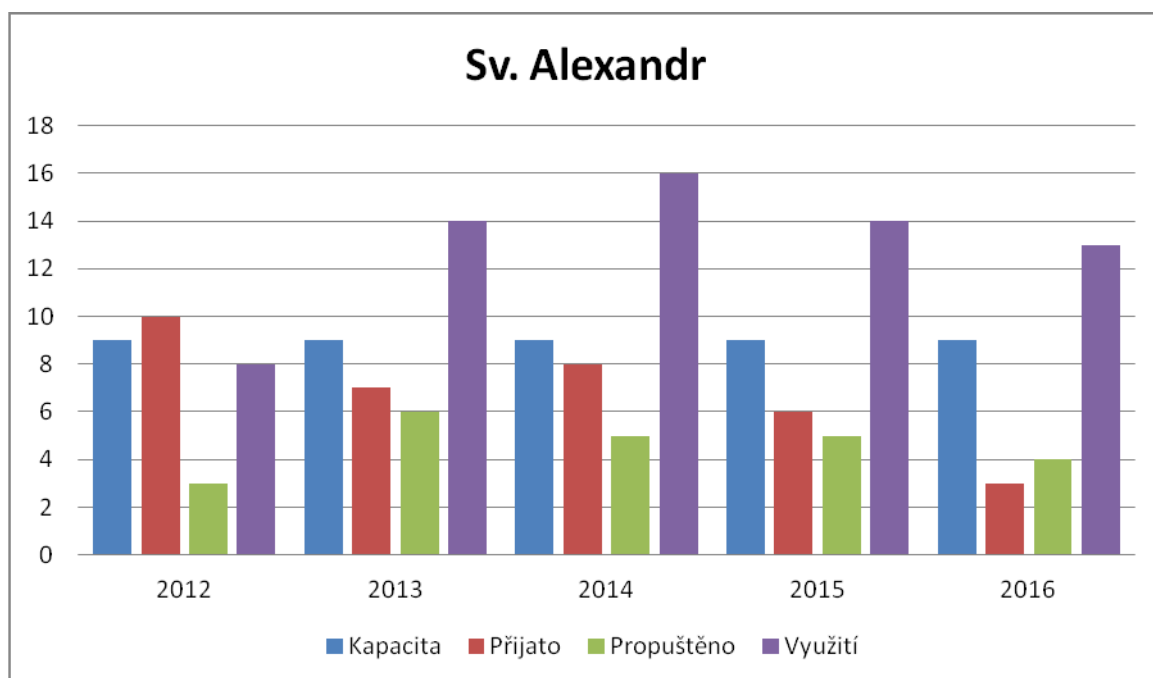


9.2 Moravskoslezský kraj

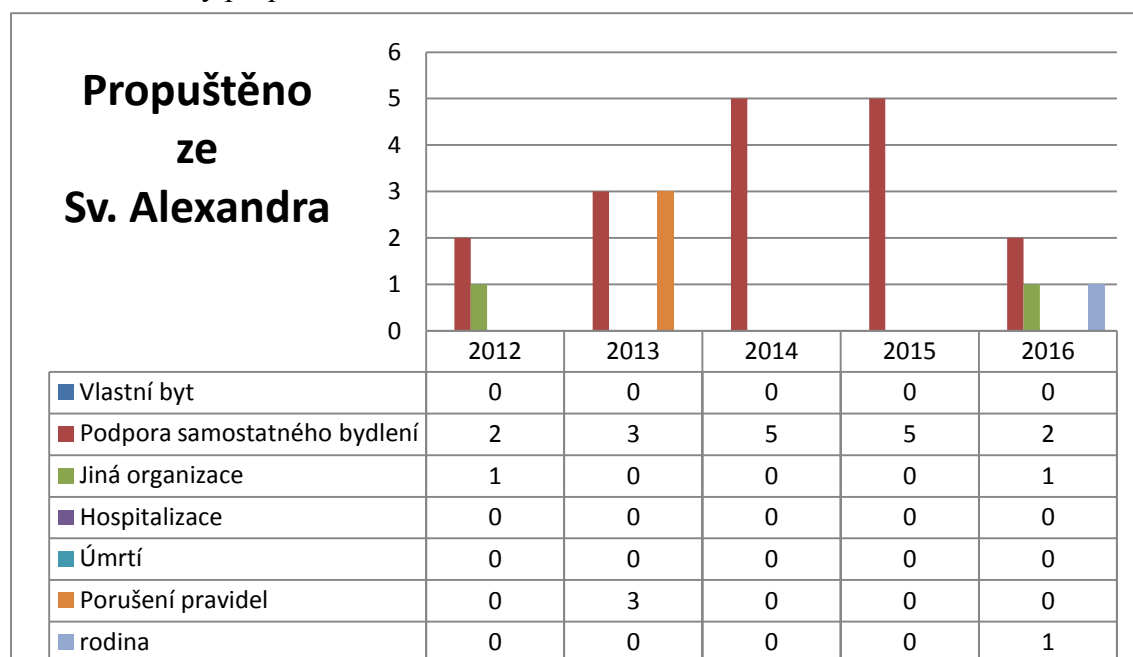
U služeb v Moravskoslezském kraji v organizaci **Charita Ostrava - sv. Alexandr** využití ve většině dominuje tabulce více než o polovinu. Přijato do služby bylo nejvíce klientů za posledních pět let z psychiatrické nemocnice, až na rok 2016, kdy počet klientů výrazně kles a vyrovnal se s počty klientů, kteří přicházeli z jiné služby a od rodinných příslušníků. Tyto tři proměnné hrají hlavní roli v tom, odkud klienti do služby v průběhu let přicházeli.

Klientům se daří ze služby nejvíce postupovat do podporovaného samostatného bydlení v menší míře poté do jiných organizací či zpátky k rodině. V roce 2013 byl výrazně vyšší než v minulých letech počet klientů, kteří porušili pravidla organizace, a na základě porušení byla s klienty ukončena smlouva.

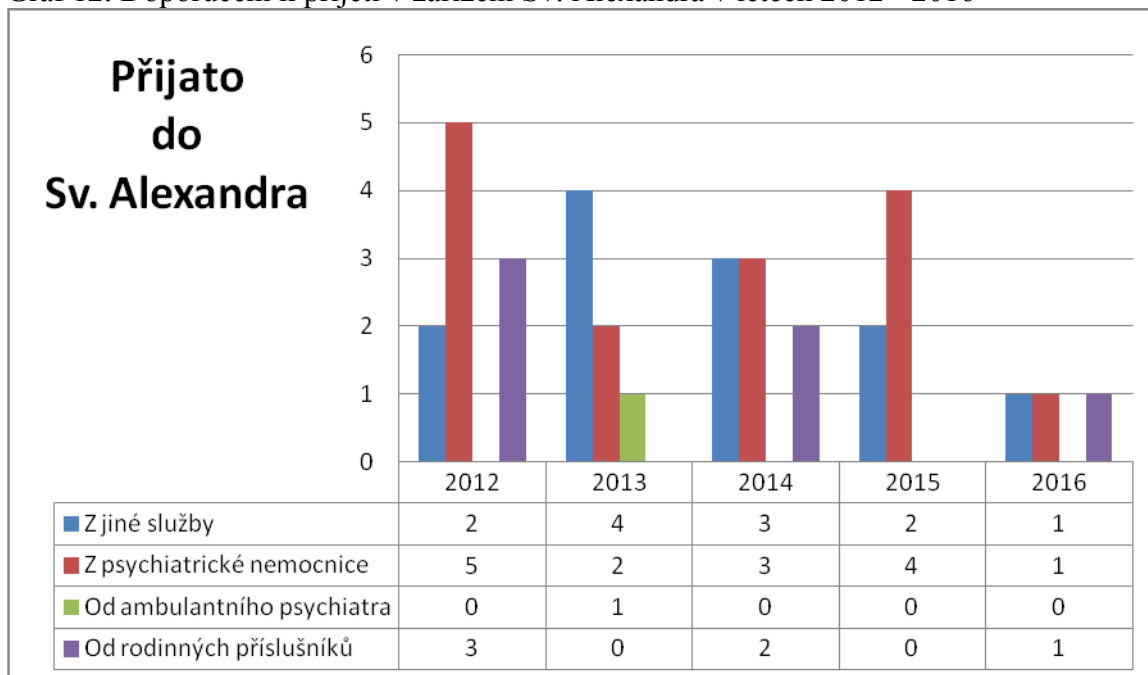
Graf 10. Přehled využití kapacity služby Sv. Alexandr 2012 - 2016



Graf. 11. Důvody propuštění klientů v zařízení Sv. Alexandr v letech 2012 - 2016



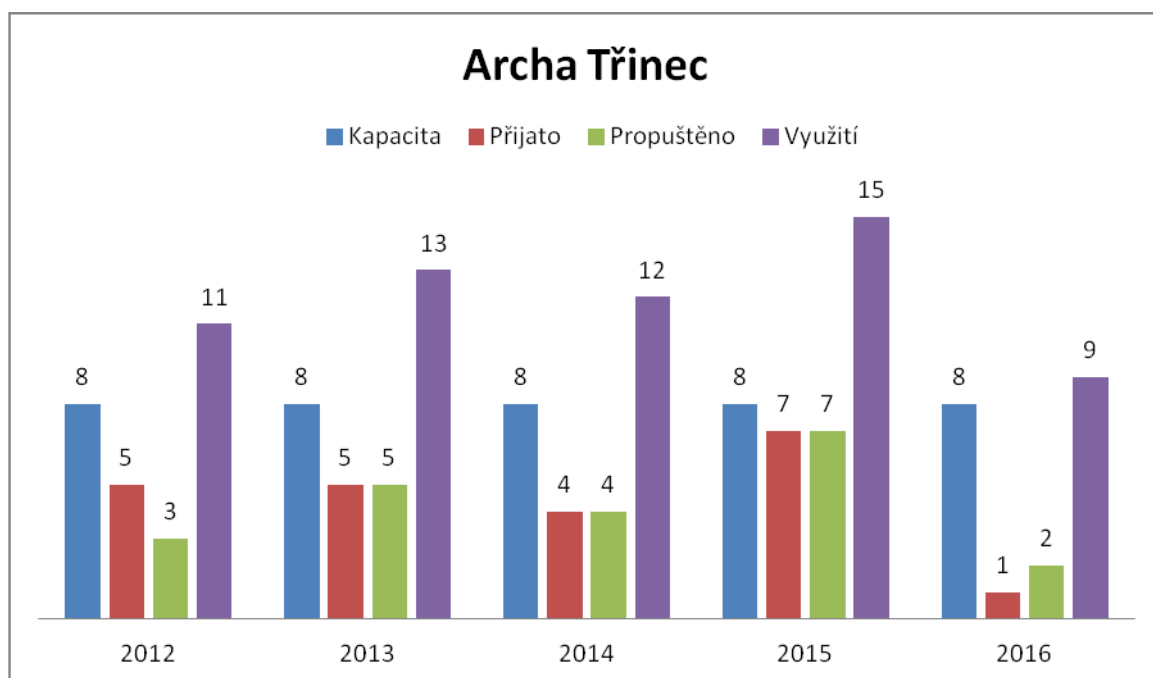
Graf 12. Doporučení k přijetí v zařízení Sv. Alexandra v letech 2012 - 2016



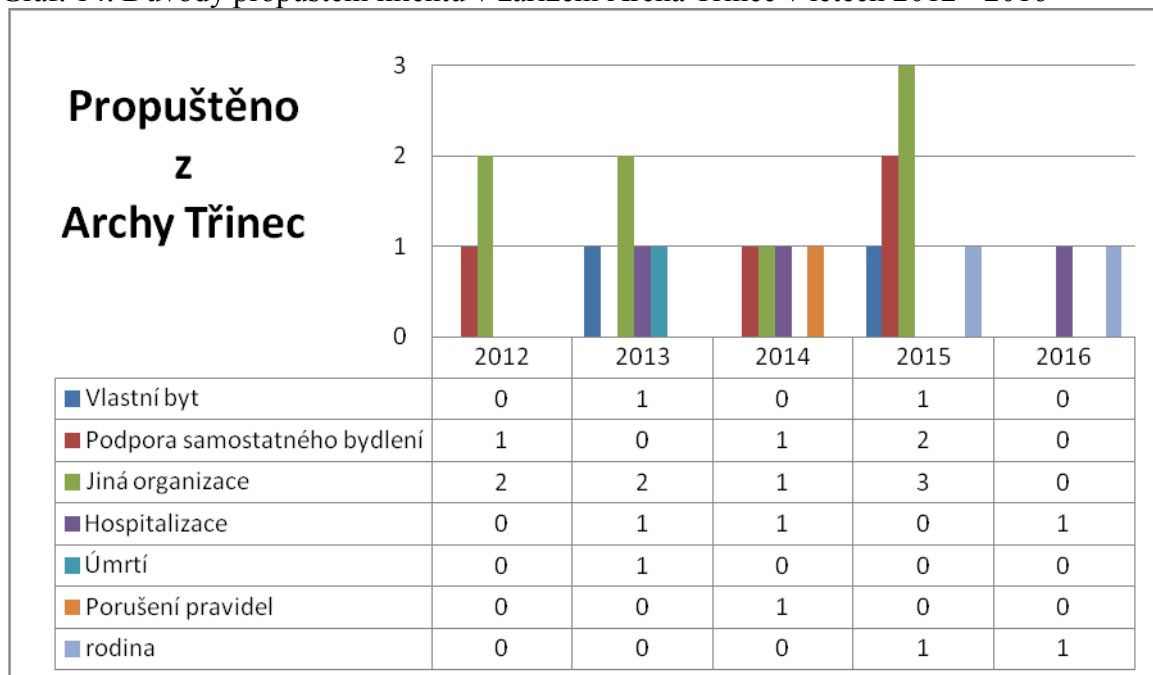
U organizace **Archa** graf č. 5 se podobá grafům organizací Bona o.p.s. a Eset. Využití služby je nejvyšší, hned za kapacitou služby. Do služby přichází nejvíce lidí z psychiatrické nemocnice a od rodinných příslušníků. Doporučení ambulantního psychiatra také hraje významnou roli v každém období.

Službu opouští nejvíce klientů, kteří přechází do jiných organizací s následnou péčí. Jako druhá nejčastější možnost se jeví podpora samostatného bydlení a poté vlastní byt, hospitalizace a návrat do rodiny.

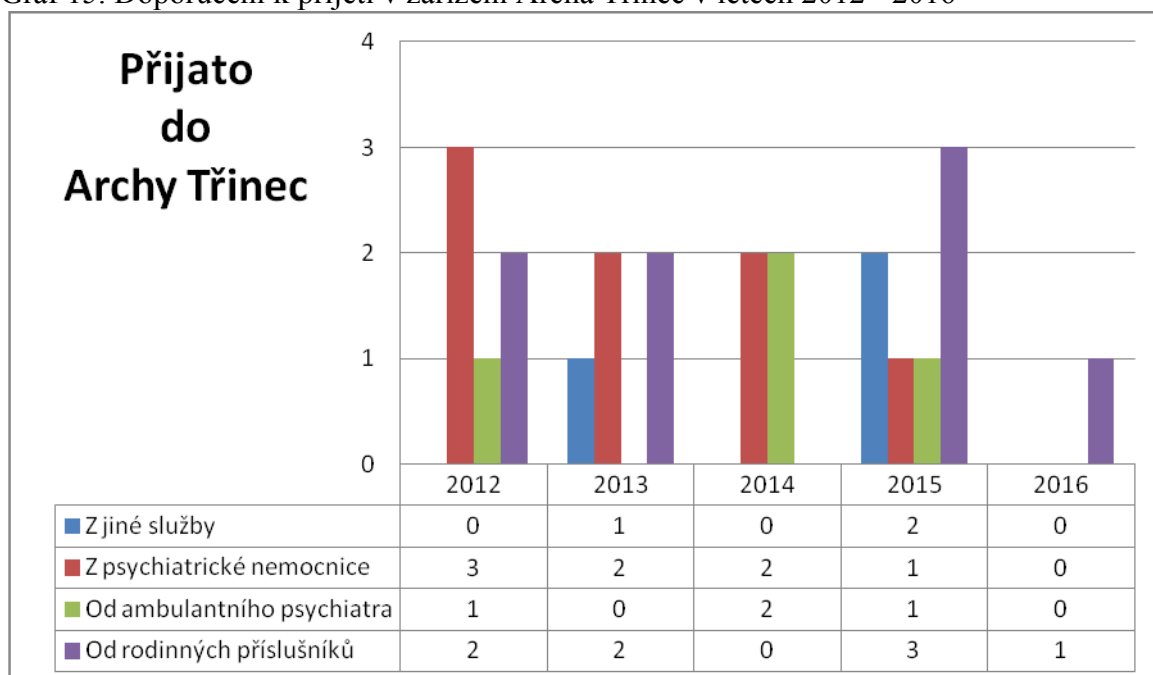
Graf 13. Přehled využití kapacity služby Archa Třinec 2012 - 2016



Graf. 14. Důvody propuštění klientů v zařízení Archa Třinec v letech 2012 - 2016



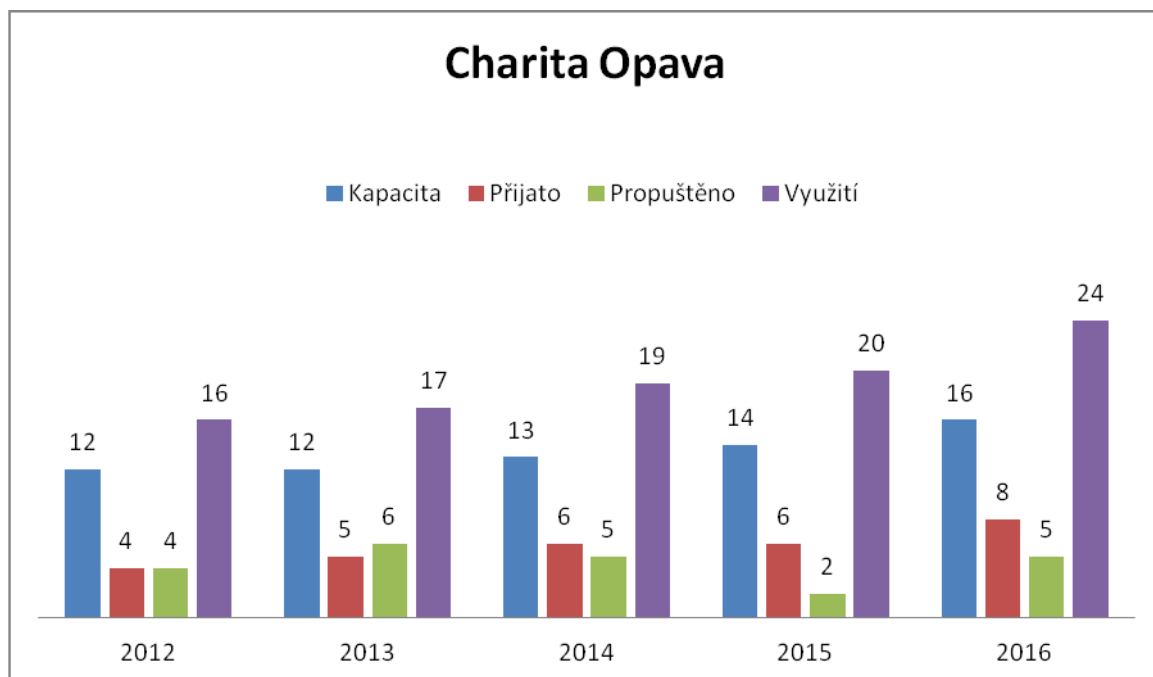
Graf 15. Doporučení k přijetí v zařízení Archa Třinec v letech 2012 - 2016



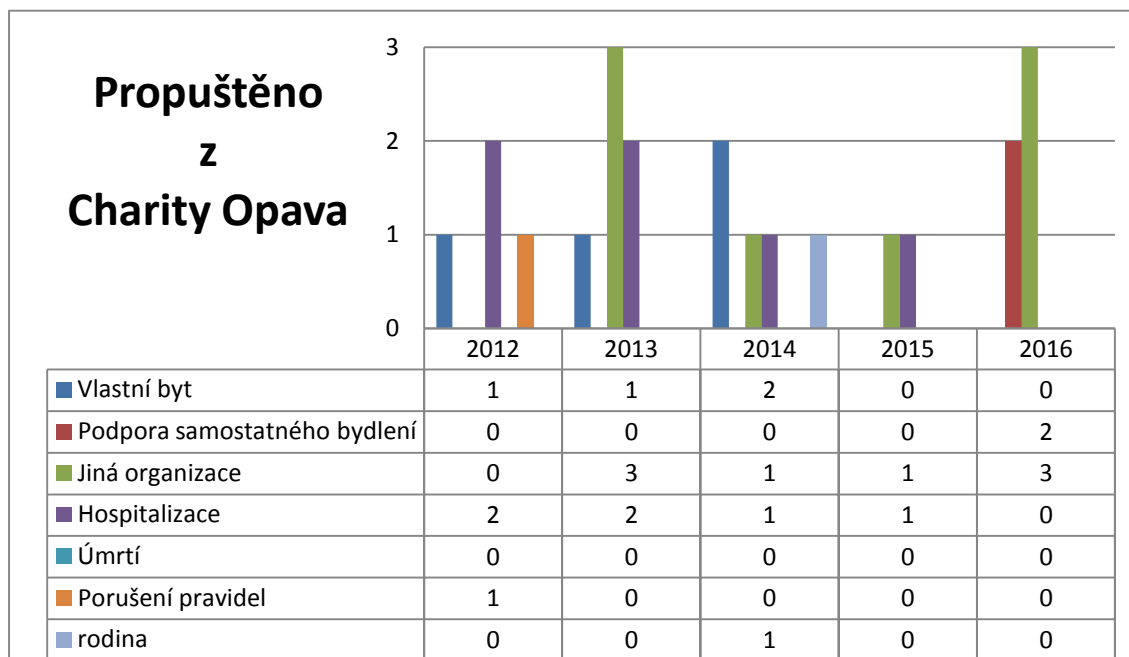
V organizaci **Charita Opava** využitelnost služby rok od roku roste, je to způsobeno také tím, že organizace navyšuje místa a počty přijatých a propuštěných se po dobu pěti let pohybují v podobných číslech. Nejvíce klientů každoročně přichází z psychiatrické nemocnice. Na druhém místě jsou pak rodinní příslušníci a v posledních letech se zapojují také ambulantní psychiatři.

V letech 2012 a 2013 se klienti nejčastěji vraceli do psychiatrické nemocnice, to v dalších letech výrazně ubývá a v roce 2016 se do nemocnice nedostal žádný z klientů. Naopak v posledních letech klienti volí jinou alternativu služeb. Nejčastěji volí služby s odlišnou mírou podpory či domovy se zvláštním režimem. V roce 2016 se významným přechodem stalo také podporované samostatné bydlení.

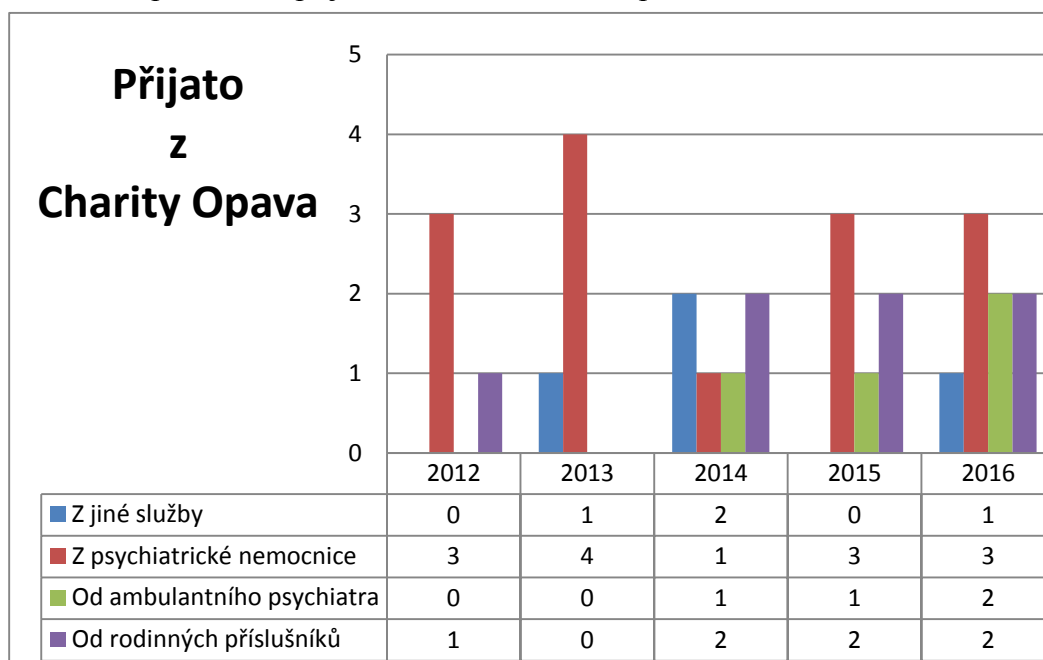
Graf 16. Přehled využití kapacity služby Charita Opava 2012 - 2016



Graf 17. Důvody propuštění klientů v zařízení Charita Opava v letech 2012 - 2016



Graf 18. Doporučení k přijetí v zařízení Charita Opava v letech 2012 - 2016



Při srovnání obou oblastí jednoznačně vychází, že klienti nejčastěji přichází do chráněných bydlení z psychiatrických nemocnic. Na druhém místě to jsou rodinní příslušníci a poté jiné služby a poslední jsou lékaři a ambulantní psychiatři. Obě oblasti se v tomto pořadí shodují.

Při propuštění ze služby v obou krajích zaznamenávám, že klienti nejvíce odcházejí do jiných služeb s návaznými službami s větší či menší podporou personálu. V dalších oblastech se již oblasti liší.

V hlavním městě Praze klienti na druhém místě volí hospitalizaci v nemocnicích a poté podporované samostatné bydlení a vlastní byt. Na posledních místech je návrat do svého rodinného prostředí a vyloučení ze služby z důvodu porušení pravidel, kdy není známo, kam klienti odešli.

V Moravskoslezském kraji na druhém místě klienti nejčastěji volí podporované samostatné bydlení, vlastní byt a poté v menší míře hospitalizaci v nemocnici. Jako poslední možností je taktéž jak v hl. městě Praze návrat do rodinného prostředí a vyloučení z důvodu porušení pravidel.

Informovanost rodinných příslušníků si vysvětlují zájmem o svého nemocného člena rodiny, aby měl zajištěnou kvalitní péči. Riziko u rodinných příslušníků v tomto případě spatřuji v nezájmu a nezajištění potřebné péče.

Nejmenší podíl propuštěných klientů tvořili uživatelé, kteří porušili pravidla, a byla s nimi ukončena smlouva. Toto pořadí si vysvětluji na základě toho, že sociální služba chráněného bydlení je dobrovolná a klienti jsou předem, než nastoupí do služby seznámení s chodem a řádem organizace. Riziko hrozí u klientů, kteří jsou dlouhou dobu hospitalizováni v nemocnicích a musí si zvykat na nový řád, který jim může způsobovat problémy. Taktéž u klientů, kteří trpí duální diagnózou či občas uijí návykovou látku. Toto riziko především spatřuji u klientů, kteří podstoupili úspěšné léčení závislosti a mohou se tedy v průběhu využívání služby setkat s občasným užitím.

Interpretaci zjištěných dat u klientů, kteří nejčastěji přicházejí do sociální služby z psychiatrické nemocnice, si vysvětluji tak, že všechny organizace sídlí v blízkosti velkých psychiatrických nemocnic, se kterými mají organizace navázanou spolupráci a tudíž lékaři a pracovníci v nemocnici mohou klienty odkazovat na tyto sociální služby. Taktéž častá hospitalizace v průběhu a po skončení služby může směřovat k hospitalismu či levné volbě dočasného bydlení. Což se může jevit jako eventuální riziko, které může hrozit především pro ty klienty, kteří se nedostanou do podporovaného samostatného bydlení či nemají dostatek financí na přechod do vlastního bytu. V této oblasti spatřuji riziko nedostatku sociálních bytů a podporovaných bytů zřizované městem a nadacemi a nezájem obcí tyto byty zřizovat či uvolňovat. Často klienti po ukončení služby chráněného bydlení přecházeli do jiných služeb s jinou mírou podpory. Pozitivem může být dobrá

provázanost různých typů bydlení s různou mírou podpory, která se přizpůsobí klientovi na míru. Rizikem, které může v této situaci hrozit je přechod klientů z jedné služby do druhé, vždy na základě vypršení smlouvy. Tedy zacyklení se ve službách podobného typu a využívání služeb jako alternativu levného bydlení.

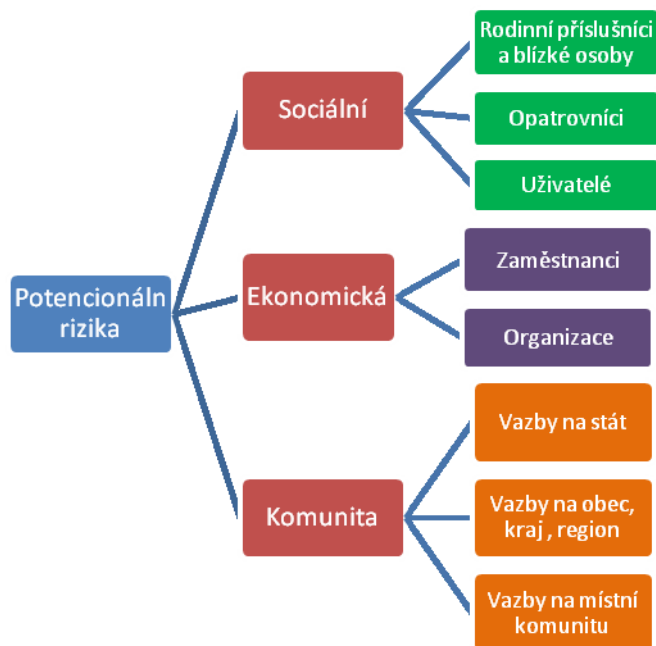
V roce 2011 bylo na území České republiky 20 chráněných bydlení, kapacita byla 325 lůžek a využívalo jej 303 klientů. Tyto rezidenční komunitní služby jsou oblastí, která je nedostatečně rozvinutá pro potřeby transformace služeb. Je potřeba navýšit kapacitu služeb, aby mohla ve větší míře zajišťovat přechod pacientů z dlouhodobých hospitalizací. Rozšíření služeb s sebou ponese další potřebu a to zajištění dostatečného počtu odborného personálu. Je důležité vzdělání zdravotních sester a sociálních pracovníků v psychiatrické péči. Taktéž vytvoření nových vzdělávacích programů pro personál přecházející z psychiatrických nemocnic do komunitních služeb.

9.3 Rozhovory

Rozhovory se zaměstnanci chráněných bydlení v hl. m. Praze a v Moravskoslezském kraji

Prezentace dat z polostrukturovaných rozhovorů se zaměstnanci chráněných bydlení, konkrétně vedoucích terapeutů a asistentů terapeuta. Jednotlivá rizika, která z rozhovorů vzešla níže popíši včetně jejich možných příčin a následně zmíním potencionální dopad rizika a způsob jeho eliminace, který zaměstnanci navrhovali.

Pro lepší orientaci a větší přehlednost při práci s jednotlivými riziky, jsem jednotlivá rizika rozdělila do dvou základních úrovní a to do *kategorií* a *podkategorií* (viz. obrázek 4). Tyto úrovně jsem si předem stanovila jako strukturu, podle které provádím analýzu.



Obr. 4. kategorie

Úroveň *kategorie* obsahuje:

- Sociální
- Ekonomická
- Komunita

Úroveň *podkategorie* je v rámci kategorií.

Kategorie Sociální obsahuje podkategorie:

- Rodinní příslušníci a blízké osoby
- Opatrovníci
- Uživatelé

Kategorie Ekonomická obsahuje podkategorie:

- Zaměstnanci
- Organizace (provoz)

Kategorie Komunita obsahuje podkategorie:

- Vazby na stát
- Vazby na obec, kraj, region
- Vazby na místní komunitu

Každá podkategorie obsahuje informace a popis daných rizik, které respondenti považovali za stěžejní při jejich práci. Zahrnuje také specifický dopad oblasti rizik, která nás mohou ohrožovat, pokud riziko nastane, případně koho se budou dopady týkat.

Poslední část je eliminace rizika, která popisuje postupy k odstranění daného rizika a charakterizuje jejich náročnost.

9.3.1 Sociální rizika

Rodinní příslušníci a blízké osoby

Problémoví rodinní příslušníci a blízké osoby uživatelů.

Respondenti v hl. m. Praze jako nejčastější rizika spatřovali:

patologické chování u příbuzných osob uživatele, který může kazit proces údravy a rehabilitace. Respondenti se dále shodují, že takový rodinný příslušník není oporou pro uživatele při jeho osamostatňování se. Jsou to patologické vztahy, které si klient do služby přináší a zaměstnanci chráněného bydlení musí pracovat i s těmito lidmi, kteří zabírají někdy daleko více práce než samotný uživatel.

Negativní vliv tito rizikovní příbuzní mohou mít jak na samotného uživatele, tak i na ostatní uživatele chráněného bydlení. Tak přináší také negativní vliv na samotné zaměstnance sociální služby, které tím zatěžuje nad rámec jejich povinností, a oni tím musí omezit čas, který by věnovali jiným uživatelům služby.

Respondenti v Moravskoslezském kraji se shodovali s rizikem

- *patologického chování u příbuzných osob uživatele* – tolerance neodpovídajícího způsobu chování v zařízení. Nedostatečné zhodnocení potencionálních rizik.

Další rizika spatřovali v:

- *nespolupráce a nepochopení nemoci* - čímž nazývali vědomé odstříhnutí se od problematiky rodinných příslušníků. Nekomunikace s nemocným členem a organizací.
- *Nepřiměřené pouto* - zde můžeme zahrnout přehnanou péči blízkých osob, neschopnost ponechání nějakých kompetencí. Jednání se záměrem, aby se klient nemohl „postavit na vlastní nohy“ a žít samostatný život.
- *Finanční zneužívání* - držení klientova důchodu a dávek. Neposkytnutí financí klientovi na jeho zájmy, které rodinný příslušník nepovažuje za důležité.

Dopady těchto rizik zasahují především samotné uživatele služeb, ke kterým se rizikovní členové vztahují a taktéž zaměstnance organizace, kteří se snaží s rodinou klienta navázat vztahy a začít s kvalitní spoluprací. Také odmítnutí uživatelů s problémovým příbuzným komunitou. Zpomalení procesu osamostatnění.

K eliminaci rizik u patologického chování může pomoci striktní dodržování pravidel a norem organizace. Pracovat s ne-klienty, ale ne na úkor ostatních uživatelů. Navázání kontaktu a spolupráce s rodinou a vymezení rolí včetně podpory i financí. Případně stanovení opatrovníka.

Zkušenosti s rodinnými příslušníky v oblasti osamostatnění se uživateli.

Respondenti v hl. m. Praze jako nejčastější rizika spatřovali:

- *Nesoulad shody v pokroku klienta* – rodinní příslušníci u svého příbuzného nespátřují takový pokrok, jaký vidí zaměstnanci organizace.

Respondenti v Moravskoslezském kraji se shodovali na rizicích

- *Obava rodinných příslušníků ze samostatnosti, vzdálenosti* – že nebude klientovi zajištěna dostatečná péče. Nedostatek informací a zkušeností, že to jde – příklady dobré praxe.
- *Nespolupráce* – rodina klienta nejeví zájem o klienta a nechťejí spolupracovat s organizací.
- *Riziko špatného hospodaření s financemi klienta*, u rodinných příslušníků, kteří jsou s uživatelem v kontaktu z důvodu, že mají v moci finance klienta. Pokud organizace pomáhá klientovi s vedením vlastního účetnictví v rámci podpory nácviku hospodaření, mohou tito rodinní příslušníci způsobovat brzdění v osamostatňování se klienta.

Dopady těchto rizik nejvíce postihují samotného uživatele organizace, tedy rodinného příslušníka, kterého se oblasti týkají. Taktéž organizaci, která se snaží s rodinou spolupracovat v souladu se zájmem klienta. Někteří rodinní příslušníci a blízké osoby ovlivňují rozhodnutí uživatele a mohou na něj přenášet obavy.

K eliminaci rizik dle respondentů pomůže důkladné mapování rodinných zdrojů a klientova zázemí. Navázání spolupráce s rodinou klienta a seznámení rodiny s cíli organizace. Informovanost rodiny, nabídka návštěvy, dobré praxe, zkušeností. Zapojení rodiny do plánování a osamostatňování klienta. Ohledně financí stanovení opatrovníka či převzetí finanční odpovědnosti za klienta převezme organizace, která pomáhá klientovi s nácvikem hospodaření s financemi.

Opatrovníci

Zkušenosti se střetem zájmů u opatrovníků, kteří jsou zároveň rodinní příslušníci klienta.

Respondenti v hl. m. Praze i v Moravskoslezském kraji, jako nejčastější rizika spatřovali:

- *Riziko zneužívání své funkce opatrovníka* – v každé organizace se zaměstnanci setkali se zneužitím role opatrovníka, který svého opatrovance využíval. Situace byla buď v zadržování financí, nespolupráci, odkoupení majetku. Obava o snížení vlivu na uživatele.
- *Nespolupráce opatrovníka s organizací* – nereagování na výzvy organizace, neplnění termínu a dohod.
- *Nespolupráce opatrovníka s opatrovancem* – nepravidelné schůzky. Neúčastnění se dohodnutých schůzek. Neposkytnutí financí.
- *Střet a souběh rolí* – opatrovníka a zároveň rodinného příslušníka.
- *Nezkušenost s prací opatrovníka jako úřední osoby* – Neznalost stávajících předpisů. Opatrovníci neznají svá práva, povinnosti a kompetence.

Dopad těchto rizik postihují hlavně uživatelé, které toto chování opatrovníků zneschopňuje. Uživatelé velmi strádají, jak finančně, tak emočně. Jelikož mají k rodinnému členu navázaný vztah, je daleko těžší právně či jinak zakročit nebo se proti nezákonnému chování ze strany uživatele ohradit. Dopad mají tato rizika také na samotné zaměstnance organizace, která musí hledat jiné finanční zdroje a potýkat se s nespoluprací opatrovníků. Zaměstnanci mohou velmi těžko uskutečnit proces osamostatnění se uživatele – nemohou uzavřít nové smlouvy.

K eliminaci těchto rizik může posloužit povinné vzdělávání opatrovníků. Stejně podmínky jaké mají opatrovníci obecních úřadů. Lepší motivace k vykonávání opatrovníka a přísnější kontrola rodinných opatrovníků. Vyjasnění a seznámení s příslušným právním rámcem, který vymezuje kompetence opatrovníků. V případě nespolupráce se obrátit na opatrovnícký soud s žádostí o změnu opatrovníka či sestavení opatrovnícké rady.

Uživatelé

Postupné zhoršování fyzického stavu klienta?

- *Nezkušenost zaměstnanců s nemocí a postupem* – špatný odhad zaměstnanců a posouzení nemoci. Nemožnost vydání léků na ztlumení příznaků.
- *Hospitalizace* – přivolání záchranné služby a následná hospitalizace. Nedostatek návazných a specializovaných služeb.
- *Změna služby* – podmínky služby již neodpovídají péči, kterou uživatel z důvodu své somatické nemoci vyžaduje. Organizace nemá bezbariérové prostory a nedisponuje zdravotnickým personálem.
- *Nedodržování léčebného plánu* – pokud klient nedodrží svůj předepsaný léčebný režim, může se stav nadále zhoršovat. Personál chráněného bydlení na léčebný režim dohlíží, ale nemůže klienta nutit. Následné nedodržování léčebného režimu a zhoršení zdravotního stavu může vést k ukončení služby.
- *Nevyhovující podmínky služby* – absence bezbariérového přístupu. Nedostatek místa na rehabilitaci. Sdílené pokoje. Služba je přizpůsobena aktuálním potřebám uživatelů a ne potřebám, které lze očekávat také do budoucna.

Dopady se vztahují jak na samotného nemocného uživatele, který nemá dostatečný komfort a podmínky k úzdavě, pak taktéž na ostatních uživatelů sociální služby, které mohou projevy onemocnění obtěžovat, či mohou mít strach z nákazy. Dopady rizika zahrnují také zaměstnance služby na které jsou kladeny zvýšené nároky na zvládnutí péče o somaticky nemocného klienta. Uživatelé jsou nuceni ke stěhování při změně nezbytné míry podpory. Setrvání ve službách, které nejsou přizpůsobeny potřebám uživatele.

Eliminace rizika – Dodržování léčebného plánu jak ze strany klienta, tak i zaměstnance. Vytvoření léčebných podmínek. Kontaktování jiné sociální služby s terénními zdravotními sestrami, které by docházely píchat injekce a dohlížely na zdravotní stav klienta. Navázání vztahu s ošetřujícím lékařem a domluva na sdílení informací či konzultacích v případě zhoršení klienta. Sestavení s lékařem a uživatelem krizový plán postupu. Komunitní plánování. Vydefinování budoucí podoby služeb.

Rizikové somatické onemocnění.

Respondenti v hl. m. Praze jako nejčastější rizika spatřovali:

- *Diabetes* – typu I., II. gestační a MODY. Toto onemocnění vyžaduje pokročilou znalost zaměstnance v příznacích nemoci a rozpoznání zhoršování stavu. Hrozí riziko zhoršení stavu a hospitalizace klienta.
- *Nemoci pohybového ústrojí* – kdy klient není schopen vykonávat běžné povinnosti na bydlení z důvodu dlouhodobého pohybového omezení.
- *Žloutenka* – A, B, C, D. Špatná hygiena klienta a riziko nákazy ostatních uživatelů a zaměstnanců.
- *Dýchací problémy* – astma, dýchací problémy způsobené kouřením
- *Urologické problémy*

Respondenti v Moravskoslezském kraji se shodovali na rizicích

- Diabetes
- Žloutenka
- Urologické problémy
- Gynekologické problémy
- Zanedbaný chrup

Rizika postihují jak samotné klienty postižené nemocí, tak také ostatní klienty, které mohou negativní projevy nemocí omezovat a obtěžovat. Klienti i zaměstnanci se mohou cítit ohroženi.

Eliminace rizika – je třeba zajistit dostatečnou a pravidelnou lékařskou péči a stav onemocnění monitorovat a stabilizovat. Zajistit očkování pro zaměstnance a hygienické podmínky, aby se zaměstnanci cítili komfortně.

Pracovní příležitosti pro uživatele služeb.

Respondenti v hl. m. Praze jako nejčastější rizika spatřovali:

- *Nemotivovanost klienta* – negativní účinky léků, po nichž člověk cítí ospalý, unavený a těžko se mu ráno vstává. Náviková rehabilitace – neplacené místo.
- *Malý plat* – klientům, kteří mají dluhy, se mnohdy nevyplatí jít pracovat za minimální mzdu, protože exekutoři stahují určité procento ze mzdy a klienti mají méně peněz, než když pobírali invalidní důchod či dávky v hmotné nouzi.
- *Malá nabídka* – nabídka míst neodpovídá schopnostem uživatele. Většinou se jedná o manuální práci, kde je vyžadovaná zručnost. Nízké dovednosti uživatelů.

- *Nedostatek míst* – o placená pracovní místa je velký zájem. Je vyvíjen velký tlak na výkon klientů.

Respondenti v Moravskoslezském kraji se shodovali na rizicích

- *Chráněný trh* – Většina klientů si netroufá jít na otevřený trh. Chráněný trh tak může být přehlcený.
- *Předsudky zaměstnavatelů* – někteří budoucí zaměstnavatelé reagují podle vzhledu a prvního dojmu (tíky, nesoustředění, způsob komunikace) u těchto klientů je zařazení na volný pracovní trh obtížnější. Nedostatek informací zaměstnavatelů ohledně práce osob s duševním onemocněním. Nízká míra podpory ze strany zaměstnanců k získání a udržení pracovních návyků a dovedností.

Důsledky nespokojenosti v práci klienta. Časté pozdní příchody a tolerance zaměstnavatele. Nedostatek financí i přes pracovní vytíženost. Dopady jsou stejné jako u klasické nezaměstnanosti, trauma. Setrvání uživatele ve službě, která uživatele nerozvíjí nebo ve službě s neadekvátní podporou.

Eliminace rizik – spolupráce zaměstnavatele se zaměstnanci organizace. Předávání informací a posunů v práci. Zaměstnavatel zná klienta i jeho zdravotní stav i rizika, která u klienta hrozí. Lepší informovanost veřejnosti o duševním onemocnění a informovanost zaměstnavatelů o výhodách zaměstnávání lidí se zdravotním znevýhodněním. Motivace uživatelů k práci a trénink dovedností. Napojení na služby v oblasti zaměstnanosti a na agentury práce.

9.3.2 Ekonomická rizika

Podkategorie organizace

Spolupráce služeb u klientů, kteří se blíží důchodovému věku.

- *Nedostatek služeb specializovaných na seniory s psychózou* – nejčastěji klienti odchází do domovů se zvláštním režimem, které jsou ale vzdálené jejich přirozenému prostředí. Domovy se zvláštním režimem jsou mimo hl. m. Prahu. Klienti nedisponují dostatečnými financemi na zaplacení domova pro seniory.
- *Nedostatek služeb v regionu*
- *Nedostatek komunitních týmů* – pro duševně nemocné seniory žijící v domácím prostředí. Zajištění jak zdravotní tak i psychiatrické péče v domácím prostředí.

Samotní uživatelé špatně nesou změnu místa bydliště a prostředí. Návazné služby jsou mimo hl. m. Prahu a klienti tak nechtějí opustit město, ve kterém mají zázemí.

Zaměstnanci se shodují na zvýšení počtu specializovaných služeb pro lidi v seniorském věku trpící dlouhodobým duševním onemocněním a na vzniku specializovaných terénních služeb, které by byly jak zdravotnické, tak i psychiatrické a docházeli by za klientem do domácího prostředí.

Rizikové chování klientů po užití návykové látky.

Respondenti v hl. m. Praze jako nejčastější rizika spatřovali:

- *Vyloučení ze služby*
- *Bezdomovectví*
- *Rostoucí počty klientů s duální diagnózou*

Respondenti v Moravskoslezském kraji se shodovali na rizicích

- *Neexistence služby pro osoby s duální diagnózou* – nedostatečné plánování nebo informace
- *Hospitalizace-stresová zátěž* způsobená zvýšenými nároky ve službě, rychlou změnou přechodu, nepochopením situace

Dopady – poškození uživatele a stagnace jeho rozvoje. Zpomalení procesu osamostatňování.

Eliminace rizika – pravidelná komunikace s uživateli. Sledování zdravotního a psychického stavu. Přizpůsobení tempu, osobním možnostem a potřebám klientů. Nabídka spolupráce s dalšími odborníky. Intervize a porady týmů o situacích uživatelů.

Hospitalismus

Respondenti v hl. m. Praze se shodovali:

V prevenci zhoršování psychického stavu u uživatelů. Především se shodli na sestavení krizového plánu společně s klientem a na základních krocích, které uživatel s pracovníkem podniknou v případě ataky či zhoršení stavu. Dále také shoda panovala na kontaktování odborníků, kteří klienta znají a konzultace s ambulantním psychiatrem. Riziko spatřují hlavně u klientů, kteří službu využívají a v případě povinností nebo nepříjemné situace se nechávají hospitalizovat.

Tomuto riziku nelze nikdy úplně předejít. Duševní onemocnění je nemoc, která se projevuje relapsy, které mohou klient s pracovníkem společně řešit formou podpůrných rozhovorů, krizové medikace, ale v některých akutních krizích je hospitalizace nejlepší volnou. Organizace by měla mít s každým klientem sestavený krizový plán, jak v případě zhoršení duševního stavu postupovat. Mít vytvořeny mechanismy proti hospitalismu. V případě časté hospitalizace je na zvážení přehodnotit vhodnost služby pro klienta.

Respondenti v Moravskoslezském kraji se shodovali na rizicích

- *Nezkušenost personálu* – řešit krizové situace. Používání krizové intervence.
- *Nespolupráce s odborníky* – neexistují návazné služby na které by se mohl zaměstnanec obrátit. Jako je krizové centrum, mobilní psychiatrické sestry, konzultace s ambulantním psychiatrem.

Jedna organizace se s tímto rizikem vůbec nesetkává. Služba je časově omezena na několik měsíců, tudíž k časté hospitalizaci u uživatelů nedochází.

Lepší provázanost zdravotních a sociálních služeb a sdílení informací pomůže zbytečné hospitalizaci klienta. Znalost zaměstnance v problematice duševních onemocnění, účinků léků a krizové intervence může taktéž pomoci v řešení klientovy situace.

Při využívání služby uživatelem je možné riziko, kdy cíle klienta a cíle služby nebudou v souladu.

Na tuto otázku všichni respondenti reagovali obdobným způsobem. Shodli se na tom, že toto riziko se vyskytuje v každé organizaci a u každého klienta. Každý má jiné očekávání a chráněné bydlení není vždy schopno klientovi v jeho nepříznivě situaci vyhovět. Nereálné cíle bývají často spojeny s financemi. Klient má malé příjmy a jeho požadavky, často neodpovídají možnostem.

Největší riziko, které z tohoto vyplývá, je pak *Zneužívání služby jako levného ubytování.*

Dopad tohoto rizika postihuje především organizaci a zaměstnance chráněného bydlení. Takovýto klient nevyužívá nabídku a podporu služby, kterou běžně uživatelům poskytuje.

Eliminace rizika: Při plánování individuálního plánu se pracovníci snaží nereálné cíle nahradit nebo odstranit. Pokud klient dlouhodobě služby chráněného bydlení nevyužívá, je s klientem pozměněn individuální plán a případně navrhnutá jiná vhodnější sociální služba s menší mírou podpory ze strany zaměstnanců.

Zaměstnanci

Střídáním personálu

Respondenti v hl. m. Praze:

Se střídáním personálu se setkávali a nejčastější rizika spatřovali v.

- *Nízkých dotacích na pracovní místa* – neatraktivnost financování této oblasti.
- *Neatraktivitě práce* – práce je nelehká. Vyžaduje všeobecné znalosti z různých oborů. Zátěž je také na psychiku pracovníka.
- *Nízkých financích* – s platem sociálního pracovníka v neziskové organizaci pro lidi s duševním onemocněním se zaměstnanec těžko uживí v hl. m. Praze, zvláště, pokud má děti a rodinu nebo je samoživitel.

Respondenti v Moravskoslezském kraji se naopak se střídáním personálu setkaly jen výjimečně. Většina respondentů kvitovala stálý, trvalý tým pracovníků. Největší rizika v této personální oblasti spatřují především v:

- *Neatraktivita práce*
- *Nevhodní adepti* – znalosti z oblasti účetnictví, psychologie, krizové intervence, psychiatrie a sociální práce.
- *Špatná lokalita organizace* – organizace se většinou vyskytují na okrajích měst nebo v blízkosti velkých psychiatrických léčeben.

Důsledky: Klienti každou změnu nesou těžce. Pokud mají navázaný vztah se svým klíčovým pracovníkem, je těžké se s ním rozloučit a zvykat si na nového pracovníka. Důsledky také postihují organizaci a zaměstnance v neustálém zaučování nových zaměstnanců a ve výběrových řízeních, která narušují chod organizace.

Eliminace rizika dle zaměstnanců tkví v dobrých personálních podmínkách, finančních benefitech či jiných výhodách a v dobrém pracovním kolektivu a pravidelné supervizi.

9.3.3 Rizika vycházející z komunity

- Vazby na stát
- Vazby na obec, kraj, region
- Vazby na místní komunitu

Finančních zdrojů organizace.

Respondenti v hl. m. Praze jako nejčastější rizika spatřovali:

- *Nestátní sektor* – podhodnocená kategorie financování. Náročný provoz, personál je přítomen 24 hodin.
- *Nezájem veřejnosti a politiků a cílovou skupinu* – nezajímavá a stigmatizovaná cílová skupina pro granty a dotace.
- *Klienti na pokraji sociálního vyloučení* – klienti většinou nedisponují finančními zdroji a jsou odkázáni na invalidní důchod a sociální dávky.

Respondenti v Moravskoslezském kraji se shodovali na rizicích

- *Nestátní sektor*- špatně podané projekty
- *Málo peněz v rozpočtu města* – magistrát poskytuje finance podle vykázané přímé péče s klienty. Výkazy se pohybují v minutách za každý měsíc. Podle toho magistrát poskytuje dotace.
- *Špatné rozdělování prostředků organizace*- investování do závazků, které nejsou prioritní.

Dopady těchto rizik jsou globální. Podepíší se jak na vybavení organizace, hospodaření organizace, platech zaměstnanců, tak na běžném chodu chráněného bydlení.

Eliminace rizik mohou být ve správném účetnictví jednotlivých organizací a vedení sociální služby. Sestavení co nejpřesnějšího rozpočtu na další rok. Motivace donátorů investovat do sociální služby. Využití fundraisera.

Metodika pro kraje a obce

U těchto odpovědí nerozlišuji rozdílnost v regionech. Jelikož otázka cílila obecně na obce a kraje a ne pouze na konkrétní oblast, kde organizace své služby poskytuje.

- *V oblasti výzkumu by bylo vhodné zaměřit se kvalitativní kritéria. Respektovat specifickou sociálních služeb a porovnávat pouze obdobné služby pro stejnou*

cílovou skupinu. Porovnávání stejných sociálních služeb, ale pro jinou cílovou skupinu například srovnávání chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním a mentálním postižením může zkreslovat výsledky, které pak neodpovídají realitě.

- *Zaměření se na péči o lidi mimo státní zařízení. Komunitní péče šetří státu finanční zdroje a péče je lépe zaměřena na potřeby klientů.*
- *Vytvoření nových organizací pro klienty, kteří trpí duální diagnózou*
- *Vytvoření více organizací či přeměna organizací, které budou zaměřeny na klienty s duševním onemocněním, kteří se blíží důchodovému věku.*
- *Vznik sociálního bydlení pro lidi s duševním onemocněním. Vznik nových bytů v přirozeném prostředí klienta a ne v okolí velkých nemocnic a na okrajích měst.*
- *Vznik chráněných bydlení, které budou přizpůsobeny potřebám klienta a nebudou jej tlačit časovým limitem sociální služby, aby se po vypršení smlouvy posunul do další sociální službě.*
- *Zapojení problematiku duševního onemocnění do komunitních plánů.*
- *Více projektů proti stigmatizaci a sousedská výpomoc*
- *Zvýšení platů sociálním pracovníkům*
- *Větší finanční podpora organizacím*

Další rizika, která plynou z využívání služby chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním.

- *U organizací, které nemají vytvořené plány pro práci s klienty, kteří překonali závislost na návykové látce, spatřují největší riziko v návratu klienta ke své závislosti.*
- *Druhým rizikem, které může ze služby chráněného bydlení vyplynout, je riziko špatného pracovníka, který řadí své zájmy a zájmy organizace nad zájmy klienta. Patří zde syndrom vyhoření, nezkušenost a nezdělanost pracovníka či medializace a propagace organizace pracovníkem. Zvýšená zátěž a stres u pracovníka. Zaměstnanci špatně odhadnou možnosti uživatelů. Zaměstnanci nevědí, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů.*
- *Chráněné prostředí organizace a vyloučenost. Uzavřenost uživatelů mezi nemocnými v blízkosti velkých nemocnic či ve vyloučených lokalitách na konci*

města. Není to reálný svět, kde by se klienti setkávali s běžnými lidmi a žili normální život.

- *Nedostatek navazujících samostatných bytů v běžné zástavbě.* Kam by klienti mohli z chráněného bydlení pokračovat a netrávit zbytečně čas navíc v chráněném bydlení, které je již pro klienta nevyhovující a nevyužívá služby podpory.

9.4 Rozhovory s odborníky z ministerstva práce a sociálních věcí

Dle rozhovorů se zaměstnanci z MPSV řadí psychiatrickou péči i poskytovatele sociálních služeb mezi významné uživatele psychiatrické reformy. Komunitní služby hodnotí, tak, že chybí návazné služby podporující klienty v jejich přirozeném prostředí. Tyto sociální služby by měli být doplněny o odborné zdravotnické pracovníky pracující v terénu. MPSV v rámci svého projektu předpokládá s rozšiřováním komunitních sociálních služeb a pozitivní dopady zmiňují také u výše vyplácených invalidních důchodů, vyšší schopnosti integrace na pracovní trh a snížení pracovní neschopnosti. Co se týče rozšíření komunitních sociálních služeb pro cílovou skupinu duševně nemocných nad 64 let věku se doporučuje řešit všechny cílové skupiny, tedy i lidi vyššího a důchodového věku. Ovšem zatím žádné doporučení ani konzultace se přímo k této cílové skupině nevztahují.

Z popisu vzdělávání opatrovníků se MPSV v projektech zaměřených na transformaci intenzivně věnují novým transformačním oblastem. Dlouhodobě je pozornost zaměřena na veřejné opatrovníky v obcích, kde se usiluje o vyjasnění kompetencí a povinností vůči opatrovanci. Zároveň je snaha o osvětu výhod nového občanského zákoníku, která se objevila po novelizaci.

Opatrovníky z řad rodinných příslušníků neoslovují, ale mohou být také účastní seminářů, které jsou připravovány pro opatrovníky veřejně. Semináře jsou nyní realizovány na základě žádostí obcí a krajů.

Edukativní programy jsou pořádány také pro odbornou i laickou veřejnost s cílem zvýšení spokojenosti uživatelů a jejich rodin s poskytovanou péčí. Z tohoto popisu nelze odvodit žádný konkrétní dopad do sociálních služeb chráněného bydlení za současného fungování, dokud se služby na těchto aktivitách sami nepodílejí.

Vzhledem k závažnosti otázky „Zvýšení úspěšnosti plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti“ zejména v oblasti zaměstnanosti, vzdělávání a bydlení, je této otázce věnována malá pozornost a nejsou popsány způsoby, jak by mělo

být těchto cílů dosaženo. Přesto si je MPSV vědomo závažnosti této problematiky, která přesahuje hranice resortu zdravotnictví.

Co se týče *vniku tréninkového bydlení*, tak není podporováno. Předpokládá se, že nácvik dovedností probíhá v původních zařízeních a pokračovat má v novém bydlení podle daných prostor a umístění.

Co se týče *bydlení*, neustálé stěhování uživatele z původního zařízení do tréninkového bydlení a poté do dalšího bydlení a poté do stálého bydlení, je vnímáno jako větší komplikace než aby měl uživatel z přesunů prospěch. Doporučuje se tedy navýšení počtu a úvazků pracovníků v přímé péči, kteří se lidem v novém bydlení budou více věnovat a trénovat nové dovednosti.

Na *riziko bezdomovectví* se snaží MPSV reagovat způsobem, aby u každého člověka, který opouští zařízení, byla dle jeho přání a možností naplánována a poskytována dostatečná podpora. Pokud si uživatel život na ulici zvolí, postupuje se stejně, jak u lidí, kteří bez domova na ulici žijí dlouhodobě. Ke zhoršené situaci může také přispět připravovaná koncepce Zákona sociálního bydlení.

Plánování sociálního bydlení pro lidi s duševním onemocněním je v rámci plánovaného nového Zákona o sociálním bydlení zahrnuto. V rámci projektu MPSV úzce spolupracuje s určitými obcemi, kterým je poskytována podpora při vytváření lokálních koncepcí sociálního bydlení. Konkrétně se jedná o obce, které jsou stěžejní pro práci: Ostrava, Praha 7 a Praha 14. Plánované sociální bydlení se podle nové koncepce bude dělit na tři stupně, přičemž každá zahrne cílovou skupinu duševně nemocných. Aby krizové bydlení pro lidi, kteří potřebují ubytování a sociální pomoc ihned, mohlo pomoci v řešení bezdomovectví. Také druhý stupeň, který je z bytového fondu obce a je určen k trvalému bydlení s povinnou spoluprací se sociálním pracovníkem. Třetí stupeň je dostupný byt z bytového fondu obce, který je určen k trvalému bydlení se smlouvou na dobu určitou.

Doporučená role obcí v této oblasti *sociálního bydlení* by měla zajistit dostatečnou velikost fondu sociálního bydlení. Obce by měly spolupracovat s NNO a jejich bytovým fondem a také pronájmem bytů od soukromých vlastníků. Dávka, která je určená na bydlení pro osobu v sociálním či dostupném bytě by měla jít na účet obce. Doporučuje se investiční podpora státu, která by pomohla obnově stávajících bytů či výstavbě nového bytového fondu.

MPSV nyní vede rejstřík sociálních a dostupných bytů a bude zajišťovat komunikaci mezi obcemi, úřady práce. Plánují do komunikace zapojit také NNO.

V oblasti zlepšení provázanosti zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb neplyne konkrétní doporučení. Shoda panuje na obecné proklamaci typu „je třeba zajistit spolupráci“ bez toho, aby bylo naznačeno, jak toho bude dosaženo. Shoda také panuje v tom, že v současné době je velmi málo organizací, které jsou schopny poskytovat jak zdravotní, tak sociální služby.

Co se týče *snižování počtu následných a dlouhodobých lůžek* v psychiatrických nemocnicích, vede k vyšším nárokům na kapacitu a kvalitu komunitních sociálních služeb. Dopady takovýchto kroků ve zdravotním systému budou velmi významné pro sociální systém a především pro jeho náklady.

Dopady plynoucí z diskuzí s odborníky, byly identifikovány zejména takové podmínky, kdy současný zákon o sociálních službách nezná asertivní přístup a ani proces získávání klienta. Klientem a uživatelem služby se stává osoba až při podpisu smlouvy a čas, který získávání klienta není nikterak finančně zhodnocen.

Přísná pravidla o ochraně osobních údajů nejsou schopny sociální služby dostatečně sdílet a získávat informace o potencionálních, hospitalizovaných a propuštěných pacientech a jejich cestě v rámci zotavení.

Obecná doporučení

Kapitola obecná doporučení zahrnuje odhady odborníků z MPSV.

V rámci doporučení MPSV je *zajištění sociálních pracovníků* v počtu 10 na 100 tisíc obyvatel. Dále se navrhuje rozvoj následné sociálně zdravotní péče a výzva k vyřešení financování multidisciplinárního týmu center duševního zdraví. Je nezbytné, aby se na zpracování doporučení, která mají dopad do sociálního systému podíleli zástupci MPSV a poskytovatelů sociálních služeb.

Doporučená *kapacita chráněných bydlení* dle MPSV je minimálně 25 lůžek na 100 tisíc obyvatel. Počty lůžek vyplývají z analýzy dat, která byla zpracována v roce 2013. Tento normativ však není nyní v žádném kraji nyní dosažen. Aktuální kapacita se pohybuje okolo 18% optimální kapacity. Ovšem v některých krajích není tato sociální služba dostupná vůbec.

Doporučení *v rozvoji psychiatrické péče* se zaměřuje na přípravu na budování celorepublikové sítě Center duševního zdraví a budování sítě lůžkových zařízení poskytující akutní péči, následné vyhodnocení a budování sítě odpovídající místním

potřebám. V návaznosti na služby sociální péče je návrh rozvinout následnou sociálně zdravotní péči.

V oblasti *osvěty a destigmatizace* je doporučena koordinace aktivit plošného systematického pokrytí po celé České republice a inspirace destigmatizačních aktivit v zahraničí. Pokud budou tyto aktivity podpořeny, poskytovatelé sociálních služeb se mohou efektivně zapojit.

Co se týče *vzdělávání* je doporučeno vytvoření vzdělávání nezdravotnických pracovníků, pracovníků v oblasti veřejné správy a všem, kteří v rámci své profese přicházejí do styku se skupinou lidí s duševním onemocněním. Např. osoby pracující v sociálních službách, policie, pedagogové a další.

V oblasti *meziresortní spolupráce* se radí udržovat spolupráci s jinými resorty a vytvoření plánu pro koordinaci změn, sledování invalidity a stupně závislosti osob s duševním onemocněním, podpora zaměstnanosti a zvýšení počtu chráněných pracovních míst. *Chráněná bydlení*, zde konkrétní doporučení ze strany ministerstva není definováno. Transformace pobytových služeb, konkrétně domovy se zvláštním režimem.

Doporučení v oblasti legislativy návrhy směřují k novému Zákonu o sociálním bydlení a úpravě pravidel omezování osobní svobody a zákona o duševním zdraví.

10 Hlavní zjištění a doporučení

V této kapitole se pokusím shrnout nejdůležitější poznatky, které jsem během sběru a analýzy dat získala a považuji je za přínosné pro sociální služby chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním. Poznatky se týkají potencionálních rizik, která vznikají v procesu využívání a poskytování sociální služby, tak i rizik, která plynou od zaměstnanců, organizace, státu, komunity a obce. Týkají se jak jednotlivých rizik, která mohou nastat v procesu, tak i v potencionálních rizikových situacích.

Kapitola je doplněna souhrnnou tabulkou potencionálních rizik.

Problémové oblasti a možné doporučení pro zvládnutí situace nebo doporučení pro předcházení dané situace.

Návazné bydlení

Většina zaměstnanců při své práci naráží na problém návazného bydlení pro uživatele. Některé chráněné bydlení fungují na lineárním principu. Sociální služba je časově omezená a po vypršení smlouvy. Klienta tedy na základě jeho schopností posílají do návazného bydlení s nižší mírou personální podpory. Problém nastává ve chvíli, kdy je těchto návazných služeb nedostatek, avšak klientů, se schopnostmi opustit chráněné bydlení, více. Platí to nejen pro návazné sociální služby, ale také pro sociální byty či tréninkové bydlení. Některé chráněné bydlení naopak netlačí klienty ukončením smlouvy, ale nechávají klienta v jednom bydlení a snaží se vytvářet uživateli individuální podmínky na základě jeho zvyšování dovedností. Klient tak v jedné službě zůstane i několik let a následně je mu hledáno samostatné bydlení či sociální byt. I tady se ale zaměstnanci setkávají s letitými čekacími lhůtami, což je pro uživatele značně demotivující.

Řešení této situace a doporučení je v oblasti nové legislativy v sociálním bydlení. Obce by měly spolupracovat s nestátními neziskovými organizacemi a s vlastníky bytu vytvářet společně bytový fond pro potřebné cílové skupiny obyvatel. Bytový fond by měl tvořit tři druhy bydlení. Prvním typem by mělo být akutní poskytnutí bydlení osobě, která se ocitla v nouzi. Druhým typem je bydlení ve skromně vybaveném samostatném či sdíleném bytě. Posledním typem sociálního bydlení je plně vybavený byt, kde člověk může zůstat po dobu časově omezenou nájemní smlouvou. Smlouva je možná prodloužit na

základě spokojenosti nájemníka a doložením dokumentů, které potvrzují životně náročnou situaci, která znemožňuje klasické bydlení.

Osvěta a vzdělávání

Toto téma zaměstnanci nejčastěji zmiňovali u tematiky spojené s rodinnými opatrovníky klientů a osvětou veřejnosti. Zaměstnanci se u spolupráce s rodinnými opatrovníky setkávali s pozitivními zkušenostmi, ale také s těmi negativními, které mařili snahu uživatele o osamostatnění. Opatrovníci nejčastěji zneužívali své role v zadržování financí a odkupování majetku, nespolupráce s organizací a svým opatrovancem.

Dopad tohoto negativního chování má katastrofický dopad na samotného uživatele, který je finančně omezen a navíc neexistuje cesta k dalšímu posunu.

Řešení se nabízí v aktivní účasti na seminářích a v povinném vzdělávání opatrovníků. Ve vyjasnění a v seznámení s příslušným právním rámcem, který vymezuje kompetence opatrovníků. Spolupráce s opatrovnickým soudem a sestavení opatrovnické rady. Dále pravidelné a včasné oslovování a informování opatrovníku. Průběžné sdělování kroků v procesu osamostatňování klienta. Větší zapojení opatrovníků do spolupráce na přechodu uživatelů do jiné služby či samostatného bydlení apod. Setkávání managementu zařízení s opatrovníky.

V oblasti osvěty je doporučena koordinace aktivit po celé České republice a inspirování se programy, které fungují v zahraničí.

V oblasti vzdělávání je doporučeno nezdravotnických pracovníků, kteří pracují ve veřejné správě a ostatním pracovníkům, kteří se v rámci své profese setkávají s lidmi s duševním onemocněním. Sociálními pracovníky pracujícími v chráněném bydlení a poté podrobnější vzdělávání v oblastech duševního onemocnění, krizové intervenci, práci se vztekem a agresí a v dalších oblastech týkajících se duševního onemocnění.

Rodinní příslušníci a blízké osoby

Zkreslená nebo nejasná představa o poskytované službě či špatná představa, že sociální služba znamená komplexní péči, může vyvolávat nezapojení rodinných příslušníků do aktivit služby či ke vzájemným konfliktům a nedorozuměním. Kvalitní komunikace o plánovaných službách a seznámení rodiny s nimi. Seznámení s přínosem chráněného bydlení pro uživatele, ale také s případnými riziky a způsobem, jakým budou tato rizika

ošetřována. Zapojení rodin a blízkých osob do procesu motivování a podpory, pomoci uživateli při přechodu do nové služby, převoz uživatele k lékaři, pokud má klient zájem.

Uživatelé

Služby jsou přizpůsobovány aktuálním potřebám uživatelů, nejsou však dostatečně pružné a neodpovídají potřebám, které lze očekávat také do budoucna, např. z důvodu zhoršení zdravotního či psychického stavu. Taktéž není dostatek návazných a specializovaných služeb. Nepřípravenost uživatele na chod v chráněném bydlení. Chybí mu sociální zkušenosti a kompetence z běžného života, sociální izolace z důvodu dlouhodobého pobytu v ústavní péči. Dále se u uživatelů zaměstnanci setkávali s malou motivací klientů k práci, nízké dovednosti uživatelů a s nedostatkem informací zaměstnavatelů ohledně práce osob s duševním onemocněním.

Důsledky tedy mohou být dlouhodobé setrvání ve službě, která není přizpůsobena potřebám klienta. Nebo jsou naopak nuceni ke stěhování při změně podpory. Dopady na klienta nezaměstnanosti či návrat k institucionální péči.

K prevenci může sloužit vydefinování budoucí podoby služby, která bude reagovat i na budoucí potřeby klientů. Komunitní plánování v kraji a obci a zavedení potřebných návazných a specializovaných služeb a zapojení odborníků. Motivace uživatelů k práci a trénink dovedností a návyků. Napojení na místní služby v oblasti zaměstnanosti a spolupráce s agenturami podporovaného zaměstnání.

Zaměstnanci

Zaměstnanci v určitých situacích nevědí, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů. Nemají dostatečnou znalost právních norem ve vztahu k jejich práci. Riziko také hrozí u zaměstnanců, kteří špatně odhadnou schopnosti uživatelů. Mohou je podceňovat nebo naopak přeceňovat. Další rizika byla spatřována v neatraktivitě práce s lidmi s duševním onemocněním a v nízkém finančním ohodnocení. Taktéž střídání personálu.

Důvody mohou být v nedostatečných kompetencích zaměstnance. Mohou mít o uživatele strach. Chybějící supervize či týmové porady. Nejistota zaměstnanců může působit na uživatele negativně. To se může projevat ve zvýšené nervozitě a konfliktech jak u uživatele, tak i u zaměstnance.

Jako doporučení byla navrhována systematická edukativní činnost včetně supervize. Sledování stresové zátěže a nálad zaměstnanců. Individuální pohovory či změna

pozice v týmu. Vytvoření vhodných nástrojů motivace a pochvaly zaměstnancům. Jasně a srozumitelní požadavky na pracovní výkon. Dávání prostoru osobním iniciativám.

Finance

Hrozí riziko nedostatku financí na adekvátní poskytování služby, které by vyhovovalo jednotlivým potřebám klientů. Nedostatečné platové ohodnocení zaměstnance. Časově omezené finanční prostředky a omezený objem finančních prostředků. Dopady rizika mohou způsobovat omezené možnosti výběru služeb pro osoby s duševním onemocněním.

Preventivně může působit kvalitně zpracovaný projektový záměr. Dobře zpracovaný rozpočet do dalších let a vhodné načasování projektu pro poskytovatele dotace.

Vazby na komunitu

Nepřijetí uživatelů komunitou může způsobovat obraz cílové skupiny v médiích a ve společnosti. Předsudky veřejnosti k cílové skupině, které pramení z neinformovanosti. Veřejnost neumí jednat s lidmi s duševním onemocněním a nepřijímají je.

Toto jednání způsobuje izolaci uživatelů a nezapojení do běžného prostředí. Doporučení se pohybují v oblasti pozitivní propagace a zkušeností. Komunikace s místní komunitou a příprava uživatelů na přechod do komunity.

Souhrn aktuálních rizik

Souhrn rizik shromažďuje aktuální rizika, která hrozí při využívání služeb chráněného bydlení a problémy, které jsou s poskytováním této služby spojeny.

| Kategorie | Podkategorie | Rizika |
|-----------|------------------------------------|---|
| Sociální | Rodinní příslušníci a blízké osoby | Patologické chování příbuzných osob |
| | | Nespolupráce a nepochopení nemoci |
| | | Nepřiměřené pouto |
| | | Finanční zneužívání |
| | | Nesoulad shody v pokroku |
| | | Obava ze samostatnosti, vzdálenosti |
| | | Nespolupráce |
| | Opatrovníci | Opatrovník a zároveň rodinný příslušník |
| | | Zneužívání fce. opatrovníka |

| | | |
|----------------------------|------------|---|
| | | Nespolupráce opatrovníka s organizací |
| | | Nespolupráce opatrovníka s opatrovancem |
| | | Střet a souběh rolí |
| | | Nezkušenost s prací opatrovníka |
| | Uživatelé | Nezkušenost zaměstnanců s nemocí a postupem |
| | | Postupné zhoršování fyzického stavu |
| | | Hospitalizace |
| | | Změna služby |
| | | Nedodržování léčebného plánu |
| | | Nevyhovující podmínky služby |
| | | Diabetes |
| | | Nemoci pohybového ústrojí |
| | | Žloutenka |
| | | Dýchací problémy |
| | | Urologické problémy |
| | | Gynekologické problémy |
| | | Zanedbaný chrup |
| | | Nemotivovanost klienta k práci |
| | | Malý plat |
| | | Malá nabídka práce |
| Nedostatek pracovních míst | | |
| Chráněný trh | | |
| Předsudky zaměstnavatelů | | |
| Ekonomická | Organizace | Nedostatek služeb pro seniory |
| | | Nedostatek služeb v regionu |
| | | Nedostatek komunitních týmů |
| | | Vyloučení ze služby |
| | | Bezdomovectví |
| | | Rizikové chování pod vlivem návykové látky |
| | | Duální diagnózy |
| | | Hospitalizace |

| | | |
|----------|--|--|
| | | Hospitalismus |
| | | Nezkušený personál |
| | | Nespolupráce odborníků |
| | | Cíle služby a klientů nejsou v souladu |
| | | Zneužívání služby uživatelem |
| | Zaměstnanci | Střídání personálu |
| | Nízké finance | |
| Komunita | Vazby na stát, obec a kraj, komunitu | Nízké finance |
| | | Špatné přerozdělování financí |

Obr. 5 souhrn rizik

11 Diskuze

V diplomové práci jsem zjistila několik překvapivých zjištění. V této kapitole je představím.

První zjištění, které mě u rozhovorů provázelo, se týkalo tematiky transformace sociálních služeb. Ačkoliv jsem tuto tematiku do svých otázek nezahrnula, cítila jsem, že odpovědi ukazují tímto směrem. Chráněné bydlení funguje na principu nepsané spolupráce s velkými psychiatrickými léčebnami. Služby, které centra duševního zdraví nabízí zejména v hl. m. Praze, chráněné bydlení využívají především služby terénních psychiatrických sester. Většina pacientů má své ambulantní lékaře v psychiatrických nemocnicích a zaměstnanci chráněného bydlení s nimi spolupracují. Klienti jsou také podle analýzy dokumentů často hospitalizováni nebo volí alternativu hospitalizace v případě krize. Napadá mě otázka, zda se dokáží sociální služby dostatečně rychle transformovat a převzít funkci velkých psychiatrických nemocnic v takové míře, aby komunitně fungovaly?

Překvapující zjištění v oblasti možných rizik v porovnání s teoretickou částí je zjištění vyplývající z rozhovorů se zaměstnanci zařízení. Žádná organizace nemá sestavenou analýzu rizik ani rizikový plán. MPSV sestavilo přehledný návod, jak si vlastní analýzu rizik vytvořit a sestavit plán, který by nabízel orientační postup v rizikových situacích a také pomáhal těmto případům přecházet a řešit jejich důsledky.

Dalším zajímavým zjištěním byla oblast střídání personálu, která se v analýze rizik od MPSV jevila jako častý jev. Překvapivě se s tímto problémem setkávaly více organizace v Praze než v Moravskoslezském kraji. Jedna organizace z Moravskoslezského kraje se dokonce s tímto problémem nesečkala vůbec a má stabilní tým zaměstnanců již několik let. Naopak organizace v Praze tento problém považuje jako zásadní a vytváří opatření a novou strukturu organizace, aby častému odchodu zaměstnanců zabránila.

V oblasti bydlení a návaznosti služeb panují poměrně rozporuplné názory. Některé organizace striktně dodržují lhůtu poskytnutí bydlení, kterou má uživatel ve smlouvě a spolupracuje s návaznými službami, kam uživatele po vypršení smlouvy posílá. Všechny organizace uzavírají smlouvu na 2 až 3 roky, ovšem po vypršení ji prodlouží tolikrát, kolikrát je potřeba. Většinou do chvíle, než se najde vhodné bydlení, kam by se mohl uživatel přestěhovat a zabydlet natrvalo. Překvapilo mě tedy, že ačkoliv je služba koncipována jen na pár let a tak ji také zařízení na webových stránkách prezentuje, uživatel

může zůstat i několik let. Dle teoretické části by se dalo předpokládat, že systém funguje lineárně a po vypršení smlouvy uživatel plynule postupuje dál. Z výzkumu ovšem vyplývá, že tomu tak není.

Všechny organizace se shodují na podmínkách přijetí klienta do služby. Záleží na druhu onemocnění a na tom, zda klient pravidelně navštěvuje svého ambulantního psychiatra. Dále záleží na věku uživatele, trvalém pobytu budoucího uživatele a fyzickém zdravotním stavu s pozitivní motivací klienta jít do služby chráněného bydlení. Krom jednoho zařízení, které sídlí v Praze, žádné chráněné bydlení nepracuje s osobami, které trpí závislostmi. Závislost je hlavním důvodem nepřijetí klienta do služby a také propuštění uživatele ze služby.

Konflikty s veřejností se nejevily jako závažný problém. Zmínka padla na téma osvěty a destigmatizace duševního onemocnění, ale samotné konflikty komunity s uživateli zmiňovány nebyly, oproti zjištění MPSV, které uvádím v teoretické části.

Respondenti se shodují na rizicích, která vyplývají ze zhoršování zdravotního stavu uživatelů a nedostatku návazných služeb pro tyto klienty a klienty blízcí se seniorskému věku, kteří mají rozdílné potřeby. Taktéž panovala shoda v oblasti financí jak pro zařízení a fungování služby, tak i na způsob života uživatelů.

Podobné názory respondentů se týkaly také tématu opatrovníků uživatelů, a to především těch, kteří jsou z řad rodinných příslušníků. Většina tento fakt považovala za nedostatečně zajištěný, s velkým prostorem na změny. Což byla zajímavá informace pro odborníky z MPSV, kteří se zaměřují pouze na opatrovníky městských částí.

Se zneužíváním péče, které uvádím v teoretické části a zneužívání daného zařízení chráněného bydlení uživateli se setkává každé zařízení. Většina zaměstnanců bere toto riziko jako fakt, který se může vyskytnout a opatření jak proti tomuto riziku bojovat je striktní nastavení pravidel a výběru nových uživatelů.

Neshody v oblastech s fakty z teoretické části panují v oblasti pracovních příležitostí pro klienty. Některé organizace se s problémem zaměstnávání uživatelů potýkají v subjektivně velké míře a některé organizace naopak tento problém vůbec nezaznamenávají.

Všechny sociální služby krom dvou služeb v hl. m. Praze poskytují své služby na dobu určitou. Smlouvu prodlužují maximálně jednou a předpokládají posun klienta do další sociální služby, která je návazná. Z vlastní zkušenosti se domnívám, že časté změny nejsou pro klienty vhodné. Klienti těžko snášejí změny. Vyžaduje dostatek času, aby se

klient na tak velkou změnu, jakou je stěhování psychicky připravil. Tato změna může vyvolat krátkodobou hospitalizaci. Klient navíc není ve svém, ale neustále v nových prostorách, kde si musí zvykat a následně se opět připravovat na další přesun. Z mého pohledu je lepší služba, která klienta netlačí, ale podporuje jej v jeho tempu zotavení se. Chráněné bydlení by mělo poskytovat individuální péči a přizpůsobovat podmínky uživatelům. Následně by se pak klient mohl přesunout již do svého bytu, do svého přirozeného či zvoleného prostředí, kde by nadále pokračoval v nabývání dovedností za pomoci komunitních terénních týmů.

Z rozhovorů s odborníky z ministerstva práce a sociálních věcí transformace probíhá a také jsou do ní zahrnuty osoby s duševním onemocněním, ovšem v rámci osob se zdravotním znevýhodněním. Během procesu transformace sociálních služeb je posuzováno chráněné bydlení a následně vytvořeny metodické pokyny a doporučení pro obce a kraje. Na chráněná bydlení je nahlíženo stejně, ať se jedná o sociální službu pro lidi s duševním onemocněním nebo pro osoby se zdravotním znevýhodněním. Podle mého názoru by tyto dvě skupiny lidí neměly být posuzovány dohromady. Může to zkreslit výsledky, rizika a požadovaný kvalitní výsledek nebude ani na jedné straně.

Zkreslení výzkumného vzorku jistě přichází v úvahu. Dotazovanými osobami byli zaměstnanci dané organizace, tudíž přímí účastníci dané problematiky. Mohou tak být v určitých tématech osobně zainteresováni. Dále je důležité zmínit, že rizika vyplývají z praktických zkušeností s konkrétními procesy v zařízeních a tak nemohla být identifikována veškerá možná rizika. Některá se například ještě nevyskytla nebo se během rozhovoru nezmínila. Celkový počet dotázaných osob není dostačující a výsledky výzkumu tak mohou být zkreslené.

12 Závěr

V této diplomové práci je zpracováno téma Rizika, která se mohou objevit při využívání služby chráněného bydlení pro lidi s duševním onemocněním. Teoretická část nabídla vstupní informace o dlouhodobých duševních onemocněních, se kterými se uživatelé v sociální službě chráněného bydlení nejčastěji potýkají. Dále byla popsána současná situace komunitní péče v České republice a požadovaný stav na základě inspirace okolními zahraničními zeměmi, Velkou Británií a Skandinávií. Zmiňuji také politické dokumenty, které považuji za nezbytné k porozumění problematice duševního onemocnění a následný posun péče. Za stěžejní část této práce považuji kapitolu o chráněném bydlení a jeho rizicích. Tato kapitola popisuje současný stav a principy chráněných bydlení pro lidi s duševním onemocněním. Sociální služby se shodují především v cílové skupině osob s dlouhodobým duševním onemocněním a principech poskytování služby. Dále potom v cílech služeb a způsobu úhrady služeb. Zařízení se liší materiálním vybavením služby a počty klientů. Teoretická část práce ukazuje možná rizika, která se mohou ve službě chráněného bydlení vyskytovat. Poukazuje na důležitost sestavení rizikového plánu, který pomáhá zvyšovat efektivitu sociální služby, jejímž cílem je zvýšení kvality života uživatele služby. Což by mělo být cílem sociální práce. Sociální práce s touto cílovou skupinou vyžaduje odborné vzdělání a má zde velký přínos interdisciplinární spolupráce pomáhajících a zdravotnických profesí.

Na teoretickou část navazuje část výzkumná, dílčím cílem této části bylo vytvořit přehled využití kapacity služeb a zjištění nejčastějších důvodů propouštění uživatelů a nejčastější doporučení k přijetí do zařízení.

Mezi důvody propouštění klientů ze služby za posledních pět let patřily hospitalizace, přechod do návazného zařízení s menší mírou podpory, odchod do vlastního bydlení či zpátky k rodině. Méně časté příčiny byly porušení pravidel s důsledkem vypovězení smlouvy a úmrtí uživatele.

Doporučení k přijetí do služby přicházelo nejčastěji z psychiatrické nemocnice, od rodinných příslušníků, z jiné služby a ambulantního psychiatra.

Základní myšlenkou výzkumné části bylo zjistit, jaká jsou aktuální rizika, která hrozí při využívání služeb chráněného bydlení. A zároveň to, jaké problémy jsou spojeny s poskytováním této služby.

Na tyto otázky hledal výzkum odpověď u zaměstnanců chráněných bydlení. Konkrétně u vedoucích terapeutů a asistentů terapeuta.

U aktuálních rizik, která hrozí z využívání služby chráněného bydlení se respondenti shodovali na velkém množství potenciálních hrozeb. Skupinu rizik jsem rozdělila do několika tematických oblastí. Konkrétně se jedná o okruhy rodinných příslušníků, opatrovníků, uživatelů, o oblast organizace, zaměstnanců a vazby na stát, kraj, obec a komunitu.

Do okruhu rodinných příslušníků a blízkých osob uživatelů spadají rizika a potenciální problémy jako je patologické chování příbuzných osob uživatele. Nespolupráce rodinných příslušníků s uživatelem a organizací, přičemž nejčastější příčinou bylo nepochopení nemoci uživatele a nedůvěra v organizaci. Také zde patří finanční zneužívání uživatele jeho blízkými.

Do oblasti opatrovníků spadají takoví opatrovníci, kteří jsou zároveň rodinnými příslušníky. Nejčastější obavy respondentů pramenily ze zkušeností s opatrovníkem, který nespolupracoval jak se svým opatrovatelem a organizací, neplnil svou profesní roli, a často se střetávali role rodinného příslušníka a opatrovníka. Nezkušenost s prací opatrovníka a nedostatečná znalost právních norem.

Jako nejčastější rizika a rizikové situace u klientů byly vyhodnoceny časté hospitalizace a nedodržování léčebného plánu, postupné zhoršování fyzického stavu a zdravotní problémy. Horší uplatnění na trhu práce, s čímž se pojí malá nabídka práce, špatná připravenost klientů a nízká motivace k práci.

Mezi rizikové situace, které se pojí k organizaci patří nedostatek specializovaných služeb v regionu se zaměřením na seniory, dále s potřebnou zdravotní péčí a nedostatek služeb, které by byly zaměřeny na dlouhodobé potřeby klientů než pouze na aktuální. Dále zde patří riziko bezdomovectví a vypadávání ze služeb, z důvodu rizikového chování pod vlivem návykové látky. Nemožnost nastoupit do zařízení, jelikož klient trpí duální diagnózou. Dalším rizikovým faktorem je nespolupráce odborníků a zneužívání služby uživateli, kteří nejčastěji volí chráněné bydlení jako levnou alternativu bydlení.

Další oblastí jsou zaměstnanci zařízení, u kterých hrozí riziko střídání personálu a nízké finance.

U vazeb na stát, kraj, obec a komunitu byly zmiňovány problémové záležitosti, jako je špatné přerozdělování financí a nízké finance na chod zařízení.

Dále bylo dílčím cílem sestavit seznam potencionálních rizik, která plynou z využívání služby chráněného bydlení. Na základě tohoto seznamu rizik sepsat u jednotlivých oblastí možný vznik a prevenci, jak těmto rizikům předejít.

Riziky, která jsem pomocí rozhovorů a analýzy dat nastínila, se zabývá většina dotázaných profesionálů. U některých rizik mají organizace vytvořeny mechanismy, ale jednotný vlastní registr rizik s postupy řešení vytvořen nemají. MPSV se touto problematikou také zabývala a doporučila jednotlivým organizacím sestavení vlastních rizikových plánů, aby byla zahrnuta rizika, která vycházejí z praktických zkušeností s konkrétními procesy ve vlastním zařízení a navrhují zahrnout tyto plány do vnitřních pravidel organizace. Doporučují také pravidelné mapování nových rizik a obnovování rizikových plánů. Pro tuto práci MPSV poskytlo obecná doporučení, která mohou být pro mnohé organizace inspirující a nápomocná v inovování vnitřních pravidel a k lepšímu využívání služby.

Je zřejmé, že touto problematikou se organizace budou muset časem zabývat, už jen z pohledu připravované transformace sociálních služeb a deinstitucionalizace. I přes možnost zkreslení výsledných dat věřím, že tato zjištění a doporučení mohou v rozvoji sociálních služeb pomoci.

13 Seznam použité literatury:

Analýza vlivu reformy psychiatrické péče na oblast sociálních služeb v ČR. [online]. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2015 [cit. 2017-02-06].

ANTHONY, W.A.: Zotavení z duševní nemoci: vůdčí vize systému služeb péče o duševní zdraví v devadesátých letech, 1993. In: Paleček, J., ed.: To co potřebujeme, není ochrana. Nezávislý život duševně nemocných. Fokus Ústí nad Labem. In: Komunitní psychiatrie v praxi, CMHCD, Praha 2005.

HEIDER, D., BERNERT, S., König, H. H., Matschinger, H., Hough, T., Brugha, T. S., ... Toumi, M. (2009). Direct medical mental health care costs of schizophrenia in France, Germany and the United Kingdom – Findings from the European Schizophrenia Cohort (EuroSC). *European Psychiatry*, 24(4): 216–224.

HEJZLAR, Petr. Sociální rehabilitace duševně nemocných v současných podmínkách. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2009, 10(5), 226 - 230 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/05/07.pdf>

HEJZLAR, Petr, ed. *Na cestě ke komunitní psychiatrii--: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Občanské sdružení Péče o duševní zdraví ve spolupráci s nakl. Theo, c2010. ISBN 9788090400962.

Chráněné bydlení Havlíčkův Brod. *Fokus Vysočina* [online]. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.fokusvysočina.cz/chrane-bydleni-havlickuv-brod>

KNAPP, M., McDaid, D., MOSSIALOS, E., & THORNICROFT, G. (2007). Mental health policy and practice across Europe: an overview. In Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. *Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care*. Maidenhead: Open University Press.

KNAPP, M., & McDaid, D. (2007). Financing and funding mental health care services. In Knapp, M., McDaid, D., Mossialos, E., Thornicroft, G. Mental health policy and practice across Europe: The future direction of mental health care. Maidenhead: Open University Press.

Malý průvodce reformou psychiatrické péče [online]. Praha: Galén, spol., 2017 [cit. 2017-07-27]. Dostupné z: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2017/04/MZ_psychiatrie_pruvodce_final.pdf

MEDEIROS, H., McDaid, D., KNAPP, M., & The MHEEN Group. (2008). Shifting care from hospital to the community in Europe: Economic challenges and opportunities. London: London School of Economics

MKN - 10. *Uzis* [online]. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

PEČ, Ondřej. Komunitní péče o duševně nemocné: Návrh novelizace textu Koncepce oboru psychiatrie. *Rpkk* [online]. [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: <http://www.rpkk.cz/download/model-zdroje/006-komunitni-pece.pdf>

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

PROBSTOVÁ, Václava. *Komunitní psychiatrie v praxi: Mantra III - projekt na podporu vzdělávání* [online]. In: . s. 1-2 [cit. 2017-04-09]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/psycho/konference/matra_1_.pdf

RABOCH, Jiří a Barbora WENIGOVÁ. *Mapování stavu psychiatrické péče: a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Praha, 2012. Dostupné také z: file:///C:/Users/Acer/Documents/DIPL/Nová%20složka/OZ_zkr_komplet.pdf

ŘÍČAN, P., STUHLÍK, J.: Program asertivní komunitní léčby. Materiál použitý v rámci semináře Vedení případu (case management) v práci s duševně nemocnými. Katedra sociální práce FFUK, Praha 16.3. 2007.

ŘÍČAN P., STUHLÍK J.: Teorie case managementu. Materiál použitý v rámci semináře Vedení případu (case management) v práci s duševně nemocnými. Katedra sociální práce FFUK, Praha 16.3. 2007.

SEKOT M., Česká a slovenská Psychiatrie, 105, 2009, No. 3, pp. 126–128.

SEMRAU, M., BARLEY, E. A., LAW, A., & THORNICROFT, G. (2011). Lessons learned in developing community mental health care in Europe. *World Psychiatry*, 10: 217–225.

Studijní texty k modulu Psychiatrická rehabilitace. In: Komunitní psychiatrie v praxi, CMHCD, Praha 2005

THORNICROFT, G., & TANSELLA, M. (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services*. Cambridge: Cambridge University Press.

THORNICROFT, G., & TANSELLA, M. (2009). *Better Mental Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.

WINKLER, Petr, Filip ŠPANIEL, Ladislav CSÉMY, Miroslava JANOUŠKOVÁ a Linda KREJNÍKOVÁ. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení*. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013. ISBN 978-80-87142-21-9.

[\(http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/\)](http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/)

[\(http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/\)](http://www.bohnicebezhranic.cz/cs/pribehy-nemoci/dualni-diagnoza/popis-nemoci/)

14 Seznam obrázků:

- Obrázek 1 mapa chráněných bydlení
- Obrázek 2 hl. m. Praha
- Obrázek 3 Moravskoslezský kraj
- Obrázek 4 kategorie
- Obrázek 5 souhrn rizik

15 Seznam grafů:

- Graf 1 Přehled využití kapacity služby Bona 2012 - 2016
- Graf 2 Důvody propuštění klientů v zařízení Bona v letech 2012 – 2016
- Graf 3 Doporučení k přijetí v zařízení Bona v letech 2012 – 2016

- Graf 4 Přehled využití kapacity služby Eset 2012 - 2016
- Graf 5 Důvody propuštění klientů v zařízení Eset v letech 2012 - 2016
- Graf 6 Doporučení k přijetí v zařízení Eset v letech 2012 – 2016

- Graf 7 Přehled využití kapacity služby Fokus 2012 - 2016
- Graf 8 Důvody propuštění klientů v zařízení Fokus v letech 2012 - 2016
- Graf 9 Doporučení k přijetí v zařízení Fokus v letech 2012 – 2016

- Graf 10 Přehled využití kapacity služby Sv. Alexandra 2012 - 2016
- Graf 11 Důvody propuštění klientů v zařízení Sv. Alexandr v letech 2012 - 2016
- Graf 12 Doporučení k přijetí v zařízení Sv. Alexandr v letech 2012 – 2016

- Graf 13 Přehled využití kapacity služby Archa Třinec 2012 - 2016
- Graf 14 Důvody propuštění klientů v zařízení Archa Třinec v letech 2012 - 2016
- Graf 15 Doporučení k přijetí v zařízení Archa Třinec v letech 2012 – 2016

- Graf 16 Přehled využití kapacity služby Charita Opava 2012 - 2016
- Graf 17 Důvody propuštění klientů v zařízení Charita Opava v letech 2012 – 2016
- Graf 18 Doporučení k přijetí v zařízení Charita Opava v letech 2012 - 2016

16 Seznam zkratk:

| | |
|----------|--|
| CDZ | Centrum duševního zdraví |
| ČR | Česká republika |
| MPSV | Ministerstvo práce a sociálních věcí |
| MODY | Maturity Onset Diabetes of the Young |
| MKN - 10 | Mezinárodní klasifikace nemocí |
| SWOT | Vnitřní silné a slabé stránky organizace a příležitosti a hrozby z vnějšího prostředí. |
| CHB | Chráněné bydlení |
| WHO | Světová zdravotnická organizace |

Příloha 1. Rozhovory CHB

Otázky rozhovoru:

1. Jaké riziko spatřujete u rizikových členů rodinných příslušníků nebo blízkých osob uživatelů?
2. Jaké máte zkušenosti se spoluprací s rodinnými příslušníky v oblasti osamostatnění uživatelů?
3. Máte zkušenosti se střetem zájmů u opatrovníků, kteří jsou zároveň rodinní příslušníci klienta?
4. Jaká rizika hrozí u postupného zhoršování fyzického stavu klienta?
5. Rizikové somatické onemocnění, které způsobují problémy?
6. Jaká rizika v pracovních příležitostech pro uživatele služeb?
7. S jakými službami spolupracujete u klientů, kteří se blíží důchodovému věku?
8. Jak organizace pracuje s rizikovým chováním klientů po užití návykové látky? (alkohol a drogy)
9. Jak vnímáte riziko hospitalismu?
10. Při využívání služby uživatelem je možné riziko, kdy cíle klienta a cíle služby nebudou v souladu. Setkáváte se s tímto rizikem nebo obdobným?
11. Potýkáte se střídáním personálu?
12. Jaké rizika spatřujete u finančních zdrojů organizace?
13. Co byste doporučil v metodice krajům a obcím?
14. Napadají vás nějaké další rizika plynoucí z využívání služby chráněného bydlení?

Příloha 2. Rozhovory s MPSV

Schéma pro otázky k rozhovoru:

1. Jaké změny se chystají v oblasti sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním?
2. Chystáte edukativní programy pro opatrovníky/ rodinné příslušníky? Jaké?
3. Jaké změny plánujete v oblasti bydlení?
4. Jak vnímáte riziko bezdomovectví v návaznosti na psychiatrickou reformu?
5. Jaké změny se chystají v oblasti sociálního bydlení?
6. Co byste doporučil chráněným bydlením v oblasti zlepšení kvality poskytované péče?
7. Co můžete doporučit, aby odborníci z různých profesí vzájemně lépe spolupracovali?
8. Jaké chystající se legislativní změny mohou ovlivnit lidi s duševním onemocněním?
9. Jaké doporučení máte pro zlepšení osvěty a destigmatizačních programů, kterých se mohou sociální služby účastnit?