

sp

sociální práce sociálna práca

3/2016 Příloha



Foto: Ludvík Hradílek, Aktuálně.cz

Na vlastní kůži. Zapojení lidí se zkušeností do rozhodování o podobě služeb pro duševně nemocné


norway
grants


MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Součástí projektu „Na vlastní kůži – Destigmatizace psychiatricky nemocných pomocí předávání zkušeností“ (reg. č.: CZ.11/MGS/048) v rámci výzvy pro Malá grantová schémata Programu Iniciativy v oblasti veřejného zdraví, financovaného z Norských fondů.

Projekt byl realizovaný Centrem podpory transformace, o.p.s. a Ligou lidských práv.

Úvodní slovo Terezie Hradilkové, odborné garantky projektu Na vlastní kůži	2
Lidé se zkušeností, kteří mají chuť se zapojit do změny	3
Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR	6
Doporučení k síti, rozsahu a podobě komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním	12
Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a v posilování uživatelů	14
Tři příběhy ambasadorek	16
Charakteristika role peer konzultantů	21
Rozhovor: Nejednejme za zavřenými dveřmi, zapojme širší veřejnost	23
Transformace sociálních služeb	25

Úvodní slovo

V současné době probíhají v České republice změny v pojetí a praxi péče o duševní zdraví, které se projevují v reformě psychiatrické péče, kterou má v gesci Ministerstvo zdravotnictví ČR. Na stránkách <http://www.reformapsychiatrie.cz/> je zveřejněno odůvodnění reformy:

... Protože psychiatrické nemocnice jsou materiálně i technicky zastaralé. Péče o duševně nemocné je podfinancovaná, síť služeb je rozložena nerovnoměrně s nestejnými podmínkami výkonu péče, ambulantní psychiatrie přetížena, komunitní péče slabá a systémově nepodporovaná...

... Přejeme si, aby duševně nemocní pacienti nemuseli dojíždět stovky kilometrů za svým lékařem, dokázali se orientovat v systému podpor, byli schopni zvládat svá zaměstnání i rodinný život...

... Rádi bychom dosáhli vzájemné provázanosti zdravotních a sociálních služeb, protože jen tak zamezíme propadu klientů na sociální dno...

... Vnímáme, jak moc je potřebné zajistit větší možnost sociální integrace potlačováním stigmatizace duševně nemocných ve společnosti. ...¹

Psychiatrická péče je v naší zemi na počátku de-institucionalizačních, transformačních procesů. To s sebou přináší zvýšenou potřebu věnovat se osvětě o situaci lidí s duševním onemocněním – informovat veřejnost i je samé o jejich právech a potřebách. A zároveň posilovat schopnost odborné veřejnosti vnímat potřeby duševně nemocných v ústavních zařízeních a poskytovat ochranu jejich právům.

Jako organizace Centrum podpory transformace, o. p. s.,² která má podporu transformace a de-institucionalizace v hlavní činnosti, jsme využili výzvy MZČR z Norských fondů



v oblasti destigmatizace k realizaci a řešení projektu „Na vlastní kůži – Destigmatizace psychiatricky nemocných pomocí předávání zkušeností“. Projekt vychází z preambule Strategie: Záměrem celé Strategie reformy psychiatrické péče je naplňovat lidská práva duševně nemocných v nejširším možném výkladu obecně. Partnerem projektu byla organizace Liga lidských práv³, která se dlouhodobě a soustavně věnuje dodržování práv lidí s duševním onemocněním a osvětě. Následující materiál je sestaven z výsledků a výstupů projektu.

Z širokého tématu destigmatizace jsme si vybrali oblast, s kterou máme zkušenosti a která je stále v procesu de-institucionalizace nedoceňována: zapojování lidí s vlastní zkušeností (zde pacientů) do změn, rozhodování a osvětě. Vycházeli jsme z toho, že pokud má být změna systému účinná a věst ke zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním, musí se na změnách podílet právě oni, kterých se osobně týká. Jejich zkušenosti a potřeby by měly být pro odborníky a úředníky určující součástí zadání reformy. Proto hlavní aktivitou projektu byla podpora lidí se zkušeností – **ambasadorů**, jejich školení, vzájemná podpora a vedení při

¹ http://www.reformapsychiatrie.cz/proc_reformujeme/#.Vzow9TWLTIU

² <http://www.podporatransformace.cz/>

³ <http://llp.cz/>

prezentaci a sebeobhajobě. (Viz ukázky jejich příběhů v tomto textu.)

Další aktivity byly směřované na informování odborné veřejnosti – **semináře** pro pracovníky státní správy a samosprávy, policisty, dále **konference** věnující se zapojování lidí se zkušeností do rozhodování (viz ukázky prezentací v tomto textu) a osvětu – zážitkové **semináře LARP** pro studenty a **setkání s novináři**.

Všechny výstupy a materiály z projektu jsou k dispozici na webu projektu.⁴

Terezie Hradilková,
metodička,

*odborná garantka projektu Na vlastní kůži,
Centrum podpory transformace, o. p. s.*

⁴ <http://www.deinstitucionalizace.cz/navlastnikuzi/index.php>

Lidé se zkušeností, kteří mají chuť se zapojit do změny

Východiska pro volbu metod podpory ambasadorů

Ambasador (vyslanec) je člověk, který má chuť a zájem se zapojit do změny v nahlížení na osoby s duševním onemocněním nebo osoby, které využívají psychiatrické služby a reformy péče o duševní zdraví. A to tím, že dá k dispozici svůj vlastní příběh ke sdílení odborníkům i laikům a účastní se osvěty a vzdělávání veřejnosti.

Specifické úkoly ambasadora:

- Sepsat svůj příběh pro účely zveřejnění: ambasadoři v projektu v tomto všichni uspěli a navíc si poskytovali účinnou podporu vzájemně, aby jejich příběhy a příspěvky na konferenci byly srozumitelné, oslovující, inspirativní a aby zaujaly.
- Absolvovat školení (zkoušeli si prezentace a rozhovory s novináři před kamerou, získali informace a podklady k nejčastěji opomíjeným právním lidí s duševním onemocněním, učili se sestavovat osobní profil...).
- Pomáhat při přípravě a realizaci školení pro policii a státní správu a snídaně s novináři: na seminářích pro pracovníky místní správy prezentovali ambasadoři své příběhy

a účastnili se diskuse, která se většinou věnovala reformě psychiatrické péče nebo dostupnosti sociálních služeb. Možnost zapojit se do přípravy LARPů: dva ambasadoři byli v organizačním týmu zážitkových seminářů a účastnili se zpětné vazby a diskuse s účastníky zážitku „jako v léčebně“ a mohli se jich zeptat, jaké je to „na vlastní kůži“.

- Účastnit se aktivně přípravy a průběhu závěrečné konference: všichni ambasadoři se konference účastnili s aktivním příspěvkem a sestavili otázky a zadání pro část konference, která se odehrávala formou workshopů.

Proč vlastní příklad, vlastní příběh?

Stigmatizace psychiatricky nemocných je jedním z klíčových předpokladů úspěchu reformy – ať ve smyslu vhodných podmínek pro vytváření nových služeb pro psychiatricky nemocné nebo ve smyslu přijetí psychiatricky nemocných do fungování společnosti.

Přitom jedním z významných problémů současné situace v oblasti veřejného vnímání psychiatricky nemocných je, že veřejnost nemá přístup ke srozumitelným, konkrétním příkladům, které by přibližovaly situaci z lidského hlediska.



Foto: Ludvík Hradilek, Aktuálně.cz

Projekt je proto postaven na **zprostředkování osobní zkušenosti** ambasadorů (lidí se zkušeností), kteří svým příběhem a příkladem, zkušeností mohou laické veřejnosti i profesionálům přiblížit:

- své konkrétní příběhy
- zkušenosti s psychiatrickou diagnózou a s léčbou a vlivem na osobní život
- že psychiatrické onemocnění se nerovná nebezpečí pro společnost
- že při dostupnosti vhodných forem pomoci může psychiatricky nemocný žít ve společnosti a být jejím plnohodnotným členem

Dílčí úkol, který jsme si dali, bylo **školení a informování ambasadorů**. Lidé s vlastní zkušeností jsou stejně často málo informováni o svých právech jako většina lidí. Navíc je neumí v situaci vlastního oslabení nemocí a stigmatizace uplatnit a často se jejich vlivem ocitají i v těžké sociální situaci. A dále je oslabuje, zbraňuje sebevědomí a kontroly nad sebou:

- neznají role jednotlivých aktérů
- neinformovanost, nesrozumitelnost profesionálů a procesů v institucích

- rutinně prováděné profesní postupy bez konkrétního odůvodnění a účelu
- oddělení od blízkých a každodenní rutiny
- pobyt v institucionálním, nemocničním prostředí, které se chová podle pravidel, která neznají

Další oblastí projektu byla podpora zapojení do rozhodování. Je-li systém rozhodování a tvorby strategií nastaven jen přísně expertně, přestože jsou lidé se zkušeností nebo zástupci patientských organizací přizváni k jednáním, jaké mají šance se zapojit, být slyšeni a podílet se na rozhodování? Při prosazování svých zájmů a uplatňování práv a potřeb mají oproti profesionálům nevýhodu, že se v systému péče, zdravotnictví a právních úprav a výjimek a v povinnostech policie ve chvíli onemocnění neorientují. Kladli jsme si otázku, jak zvýšit šance ambasadorů vedle profesionálů na jednáních vedených v expertním jazyce a na úrovni profesionálních znalostí legislativy, finančních toků, odborných směrů léčby, která probíhají nejspíše v pracovní době a v omezeném čase, navíc v prostředí, kde jsou experti na domácí půdě.

Výběr vhodných účastníků projektu, adeptů na ambasadory

Lidé často po zážitku bezmoci spojeném s hospitalizací (někdy navíc nedobrovolnou) chtějí zapomenout, potřebují se věnovat zabezpečení sebe či rodiny, udržení či znovunavázání vztahů... Přesto se najdou aktivní lidé, kteří nerezignují, chtějí být informováni, rozhodovat o sobě, svém zdraví, vážit vlastní rizika, nebýt závislí na odbornících, podílet se na změně systému k lepšímu. A to ať již kvůli sobě nebo ostatním v podobné situaci. A právě takové lidi jsme s partnery projektu vyhledali a oslovili. Ty, kteří se již angažovali v sebeobhajobě či ambasadorství (obhajobě ostatních), byli dobrovolníci, peer konzultanti v zařízeních péče o duševní zdraví nebo se zapojili do svépomocné činnosti. Právě oni mají za sebou často silný příběh.

Podpora ambasadorek obsahovala:

- školení v právech „vím, co je správně, jak to má být“
- pomoc při sestavení a prezentaci vlastního příběhu jako ukázky konkrétního problému nebo řešení „zažil jsem to, mám zkušenost, vím, kde jsou problémy a kde možnosti“
- školení v prezentačních dovednostech „umím to sdělit ostatním, zaujmout pro naši věc“
- podpora dovedností v sebeobhajobě a ambasadorství „moje zkušenosti a to, co jsem se dozvěděl/a, ti může být užitečné“
- vzájemnou bezpečnou podporu ambasadorek jako zkušenost a cvičení se v podpoře a obhajování lidí se zkušeností (zde s duševním onemocněním, psychiatrickou léčbou a sociálními službami) „společně toho zvládneme víc, můžeme si pomoci navzájem“, „učím se ti pomáhat jen s tím, o co si řekneš“

Pro zajištění udržitelnosti výsledků projektu a podpory dalšího pokračování ambasadorek v aktivitách i po ukončení projektu vznikly 2 podpůrné materiály:

- Analýza situace právního postavení lidí s duševním onemocněním Nedobrovolná hospitalizace¹

- Podpůrný materiál pro ambasadory (následují dvě ilustrace):

„... Práva pacienta:

Právo na poskytování zdravotních služeb na náležité odborné úrovni a v nejméně omezujícím prostředí.

Právo na úctu, důstojné zacházení, na obleduplnost a respektování soukromí při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.

Právo zvolit si poskytovatele.

Právo vyžádat si konzultační služby od jiného poskytovatele, popřípadě zdravotnického pracovníka, než který mu poskytuje zdravotní služby.

Právo být seznámen s vnitřním řádem zdravotnického zařízení.

Právo na nepřetržitou přítomnost opatrovníka, osoby blízké nebo osoby zvolené pacientem, nenaruší-li přítomnost těchto osob poskytnutí zdravotních služeb.

Právo přijímat návštěvy s ohledem na svůj zdravotní stav a v souladu s vnitřním řádem a způsobem, který neporušuje práva ostatních pacientů.

Právo dorozumívat se způsobem pro něj srozumitelným a dorozumívacími prostředky, které si sám zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou, a právo na doprovod a přítomnost vodícího psa.

Právo dát souhlas, resp. nesouhlas k lékařskému zákroku, příp. podepsat revers.

Právo klást doplňující otázky.

Právo kdykoliv souhlas odvolat.

Právo vzdát se poskytnutí informace o zdravotním stavu.

Právo určit osoby, kterým budou informace o zdravotním stavu podávány a které mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace, jiným osobám nemůže poskytovatel informace poskytnout.

Právo na dříve vyslovená přání, pro případ, kdy se dostanou do stavu, kdy nebudou moci své přání na poskytování zdravotní péče projevit přímo např. z důvodu ztráty vědomí.

Právo na vysvětlení zákroku, pokud člověk nebyl v čase zákroku ve stavu posoudit, co se s ním děje, a dát souhlas.

Povinnosti zdravotníka:

Zajistit, aby byl pacient srozumitelným způsobem v dostatečném rozsahu informován o svém

¹ Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů, Liga lidských práv, 2015, ISBN 978-80-87414-25-5

zdravotním stavu a o navrženém individuálním léčebném postupu a všech jeho změnách (dále jen „informace o zdravotním stavu“).

Zajistit písemnou verzi informovaného souhlasu, pokud to zákon vyžaduje.

Umožnit pacientovi nebo osobě určené pacientem klást doplňující otázky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhovaným zdravotním službám, které musí být srozumitelně zodpovězeny.

Informovat pacienta o možnosti vzdát se informace o zdravotním stavu a o možnosti určit, kterým osobám se informace budou poskytovat.

Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je poskytovatel oprávněn sdělit osobám, které budou o pacienta osobně pečovat, informace, které jsou nezbytné k zajištění této péče nebo pro ochranu jejich zdraví. ...“

„... Právo nebýt podroben nelidskému a ponižujícímu zacházení.

Najdeme ho v LZPS (čl. 7/2), EÚLP (čl. 3), CRPD (čl. 15, 16), trestním zákoníku (§ 149, 198, 199), zákoně o zdravotních službách (§ 39).

Jedná se o absolutní právo, neexistují z něj výjimky.

Podle české legislativy nelze používat omezující prostředky, mimo ty, které jsou taxativně vyjmenované v zákoně...“

„... Právo na život v komunitě

Najdeme ho upraveno v LZPS (čl. 10/2), EÚLP (čl. 8/1), CRPD (čl. 19), zákoně o zdravotních službách (§ 28/3/k), zákoně o sociálních službách (§ 38), zákoně o zvláštních řízeních soudních (§ 84).

Jde o právo na život v běžné komunitě a právo nebyť nucen žít ve specifickém prostředí.

Je to nejhůře vymahatelné právo, protože pro jeho realizaci je nutná alokace zdrojů a vznik nových služeb.

Minimálním obsahem však je povinnost vybrat alternativu, která je nejméně omezující...“

Podpůrným materiálem pro ambasadorů jsou i jimi sestavené příběhy. Mohou jim sloužit jako inspirace, vzor, ukázka k řešení tématu při diskusích. Ukázky příběhů ambasadorů najdete v jedné z kapitol tohoto materiálu.

Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR

Výběr z analýzy Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR, vydala Liga lidských práv 2015, plné znění na: www.deinstitutionalizace.cz/navlastnikuzi/index.php

Lidé s duševním onemocněním jsou jednou z nejvíce vyloučených skupin v naší společnosti. Přitom podle Světové zdravotnické organizace až jeden ze čtyř lidí může být postižen nějakým druhem duševního nebo neurologického onemocnění v průběhu svého života. Duševní nemoci jsou jednou z nejčastějších příčin špatného zdraví a zdravotního postižení. Duševní

onemocnění a psychiatrie nese s sebou velké stigma, které často brání lidem, aby vyhledali psychiatrickou pomoc v případě, kdy si nevědí rady, nebo mají problém, což může způsobit další zhoršení jejich zdraví.

V průměru téměř dvě třetiny lidí s duševním onemocněním nikdy nevyhledají lékařskou pomoc. I tak v ČR ročně navštíví ambulantního psychiatra více než 600 tisíc lidí a asi desetina z tohoto čísla je na psychiatrii hospitalizována. Z 60 tisíc hospitalizovaných lidí je však až 40 tisíc z nich hospitalizováno proti své vůli. Tito lidé musí snášet nucenou léčbu a významná

omezení svého soukromí a rodinného života. Navíc, samotná hospitalizace může ještě prohloubit stigma, které si tito lidé s sebou nesou. Soudní řízení, které je má chránit před neoprávněnými zásahy, je v praxi neefektivní, téměř ve všech případech soud pouze schválí rozhodnutí zdravotnického zařízení o nutnosti zásahu do osobní svobody bez podrobného zkoumání okolností převzetí. Navíc, pokud je člověk jednou v psychiatrickém zařízení hospitalizován, je mnohem jednodušší, aby byl hospitalizován znovu.

K tomu, aby se změnila situace stovek tisíců lidí, je zejména potřeba radikálně změnit pohled na poskytování psychiatrické péče. Je potřeba, aby na prvním místě byla důstojnost pacientů a jejich práva. Pacienti musí být v systému zdravotních služeb partnery, kteří spolurozhodují o léčbě. Je nezbytné opustit systém ústavní psychiatrické péče a vytvořit síť ambulantních a komunitních služeb, které by kromě zdravotní péče také poskytovaly sociální péči, bydlení a další podporu pro život člověka.

1. Podmínky pro převzetí a držení v psychiatrickém zařízení

Jak v LZPS, tak v EÚLP najdeme taxativně vymezené důvody pro zásah do osobní svobody. Listina mluví o převzetí a držení v ústavní zdravotnické péči, avšak explicitně neváže tyto důvody na existenci zdravotního postižení či duševní poruchy. Pro další kritéria a postup při přezkumu odkazuje listina na zákonnou úpravu, určuje však minimální rámec, kterým je povinnost zdravotnického zařízení oznámit do 24 hodin soudu každé takové omezení osobní svobody a povinnost soudu do 7 dnů přezkoumat, zda k převzetí došlo ze zákonných důvodů. Naopak EÚLP zmiňuje „zákonné držení osob duševně nemocných“¹, konkrétní podmínky (včetně doby přezkumu) však také ponechává na vnitrostátní úpravě. V průběhu doby však Evropský soud v judikatuře stanovil základní rámec, který představuje určité vodítko i pro interpretaci naší zákonné úpravy.

Podrobnější podmínky pro převzetí člověka do léčebny bez souhlasu jsou upraveny v § 38 odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách (dále jen „ZoZS“). Podle tohoto ustanovení lze pacienta hospitalizovat bez souhlasu při kumulativním naplnění těchto podmínek: (a) pacient ohrožuje bezprostředně a závažným způsobem sebe nebo své okolí, (b) pacient jeví známky duševní poruchy, touto poruchou trpí nebo je pod vlivem návykové látky, (c) hrozbu ze strany pacienta nelze odstranit jinak. Na každou z těchto podmínek se nyní blíže zaměříme.

Hrozba

Je potřeba mít vždy na paměti, že se jedná o závažný zásah do autonomie a svobody pacienta, právní úpravu je tedy nutné vykládat v souladu s článkem 4 odst. 3 LZPS co možno nejvíce restriktivně. Pacienta lze hospitalizovat bez souhlasu jen tehdy, když je to vzhledem k okolnostem nezbytné², např. vzhledem k ochraně umístěného člověka nebo jiných osob.³ Právo informovaně se rozhodnout o své hospitalizaci nelze přelomit například proto, že je to z pohledu lékaře nebo jiných vhodné, nebo by to bylo v nejlepším zájmu pacienta. Hrozba musí být **bezprostřední**, tedy musí akutně existovat, přičemž tato podmínka musí být naplněna jak v čase převzetí do ústavu zdravotní péče, tak v průběhu celé doby hospitalizace. Jakmile bezprostřední ohrožení odezní, je nutné pacienta neprodleně propustit. Dále musí jít o **závažnou** hrozbu. Musí se jednat o hrozbu na zdraví nebo životě, nikoliv například hrozbu na majetku hospitalizovaného člověka, například z obavy, že by se člověk mohl zadlužit nebo prodat svůj dům.⁴ Pacient musí ohrožovat **sebe** nebo **své okolí**. V případě ohrožení pacienta samotného

² Rozhodnutí ESLP Varbanov proti Bulharsku, § 45.

³ Rozhodnutí ESLP Hutchison Reid proti Velké Británii, § 52.

⁴ V těchto případech lze využít jiné instituty soukromého práva, například zpětné zneplatnění právního úkonu z důvodu duševní poruchy dle § 581 občanského zákoníku nebo uplatněním podpůrných opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat dle § 38 a násl. občanského zákoníku.

¹ Jde o poněkud nepřesný překlad, anglické znění používá slovní spojení „a person of unsound mind“, které by šlo přeložit jako „člověk s nezdavou myslí“.

půjde zejména o situace, kdy má pacient suikidální tendence, nebo pokud například z důvodu poruch příjmu potravy hrozí selhání organismu. Zákon neobsahuje definici „okolí“ pacienta, ale vzhledem k ostatním podmínkám by mělo jít zpravidla o další fyzické osoby, jež by měly být ohroženy na zdraví nebo životě. Je otázkou, jestli by se dalo toto ustanovení aplikovat také na ohrožení věcí v okolí pacienta (například kdy pacient ničí nábytek), v tomto případě bychom se vzhledem k šetření podstaty a smyslu právní úpravy přiklonili k řešení jinými prostředky trestního nebo správního práva.

Duševní porucha

Další podmínkou je existence domnělé nebo skutečné duševní poruchy. Podle zákona lze pacienta hospitalizovat proti jeho vůli, pokud jeví známky duševní poruchy nebo touto poruchou trpí. V kontextu české praxe jde o nejméně problematickou podmínku, naopak soudy mají tendenci svoje rozhodnutí vázat pouze na medicínské hodnocení bez posouzení naplnění ostatních podmínek. Jak však připomíná opakovaně Ústavní soud, takový posudek je pouze jedním z důkazních prostředků, který musí soud podrobit kritickému zhodnocení.⁵

⁵ Nález Ústavního soudu ze dne 23. 3. 2015, spis. zn.: I. ÚS 1974/14, odst. 57.

Nedobrovolná hospitalizace jako opatření ultima ratio

Novinkou, kterou přinesl zákon o zdravotních službách, je výslovné zakotvení povinnosti zkoumat možnost využití jiných, méně omezujících prostředků před nařízením nedobrovolné hospitalizace. I když z ústavněprávního vymezení práva na osobní svobodu tento princip vyplývá, v minulosti psychiatrická zařízení často přistupovala k nařizování nedobrovolné léčby rutinně a ani soudy zvláště nezkoumaly její naplnění.⁶

Člověka lze převzít do zařízení zdravotnických služeb, pokud hrozbu pro pacienta nebo jeho okolí nelze odvrátit jinak. A naopak, pokud existují jiné možnosti, jak hrozbu odvrátit, nemůže se jednat o zákonné zbavení osobní svobody. Pro posouzení existence jiných, méně omezujících opatření je potřeba posoudit, jestli tato opatření byla **dostupná** konkrétnímu člověku v dané situaci a zda mohla **odvrátit hrozící újmu**.

Počty lidí v ústavní péči

V současné době žije více než 100 000 dospělých lidí v zařízeních ústavního typu a ročně je

⁶ Potvrzují to například statistiky rozhodování soudů ohledně detencí, které každý rok sbírá Liga lidských práv. Jen v méně než 1 % případů rozhodnou soudy, že převzetí člověka do zdravotního ústavu proti jeho vůli bylo v rozporu se zákonem.

Tab. 1: *Počet hospitalizací, lůžek a uživatelů v pobytovcích zařízeních*
(Statistika nerozlišuje dobrovolné a nedobrovolné umístění v pobytovcích zařízeních.)

druh zařízení	počet hospitalizací / lůžek
psychiatrická zařízení – dospělí (hospitalizace) ⁷	39 615
psychiatrická zařízení – děti (hospitalizace) ⁸	1 040
léčebny dlouhodobě nemocných (lůžka) ⁹	7 171
domovy se zvláštním režimem (uživatelé) ¹⁰	11 784
domovy pro osoby se zdravotním postižením (uživatelé) ¹¹	12 785
domovy pro seniory (uživatelé) ¹²	36 050

⁷ Počet hospitalizací za rok 2012. Strategie reformy psychiatrické péče, str. 18. http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf, cit. 2. 10. 2015.

⁸ Dtto.

⁹ Síť zdravotnických zařízení 2013, <http://uzis.cz/system/files/sitzz2013.pdf>, cit. 2. 10. 2015.

¹⁰ Statistická ročenka v oblasti práce a sociálních věcí 2014, str. 75. http://www.mpsv.cz/files/clanky/22668/rocenka_prace_2014.pdf, cit. 2. 10. 2015.

¹¹ Dtto.

¹² Dtto.

hospitalizováno asi 1000 dětí v psychiatrických nemocnicích či psychiatrických odděleních nemocnic (viz tab. 1). Institucionalizace, zejména pokud je nedobrovolná, může být závažným základem pro práva těchto osob, která byla popsána výše, a může také mít dalekosáhlý vliv na život člověka, od ztráty sociálních vazeb a sociálních dovedností až po rozvinutí syndromu hospitalismu. V ústavních zařízeních je kvůli velké koncentraci lidí vyšší riziko šíření přenosných nemocí a také častěji dochází k sexuálnímu zneužívání či jiným typům násilí. Z těchto důvodů je žádoucí, aby dlouhodobě klesal počet lidí pobývajících v ústavních zařízeních, zejména zdůrazněním prevence před institucionalizací a zároveň snižováním počtu lůžek v ústavech a jejich nahrazením péčí poskytovanou v komunitě.

Pozn.: Nelze tvrdit, že všichni uživatelé LDN nebo pobytových sociálních služeb jsou duševně nemocní. Podíl uživatelů s duševním onemocněním je však významný. Podrobné statistiky přitom neexistují.

Důvody institucionalizace a překážky odchodu z dlouhodobé ústavní péče

Na základě dlouhodobých zkušeností s fungováním sociálních služeb v Česku a z analýz, rozhovorů s pracovníky služeb a sociálními pracovníky i s lidmi s duševním onemocněním můžeme identifikovat několik základních okruhů, které shrnují důvody, proč lidé setrvávají v dlouhodobých pobytech v ústavní péči, i když pro ni pominul zdravotní nebo rehabilitační důvod.

Nedostatečná prevence krizových situací a ztráty bydlení

Systém pomoci není schopen poskytnout dostatečnou podporu člověka tak, aby se předešlo krizovým situacím v jeho sociálním fungování, které často vyústí ve ztrátu bydlení.

Situace dojde do stavu, kdy je narušeno soužití s dalšími obyvateli (sousedy), poškozený byt a jeho vybavení, příp. dluhy na nájemném a dalších nákladech spojených s bydlením.

Sociální vazby člověka jsou natolik narušené, že okolí jako jedinou intervenci a „naději“ vidí jeho odstranění z prostředí: umístění v pobytovém zařízení (hospitalizace, umístění v pobytové sociální službě). Návrat je nejen obtížný, ale očima zúčastněných často i nežádoucí.

Pracovníci pobytové sociální služby pro duševně nemocné popisují i případ, kdy do zařízení přišla žádost o umístění. Při sociálním šetření se zjistilo, že ji ale neodeslal sám potenciální uživatel, jak byla žádost formulována. A že jeho podpis je zfalšovaný. Ve skutečnosti ji odeslal někdo z jeho okolí, kdo se chtěl takto onoho člověka zbavit.¹³

Nedostupnost bydlení

Mezi klíčové důvody, proč lidé setrvávají v dlouhodobých pobytech déle, než je nezbytně nutné pro řešení jejich zdravotního nebo sociálního stavu, patří nedostupné bydlení a podpora bydlení. Lidé se často nemají ze zdravotních či sociálních zařízení kam vrátit: v důsledku svého zdravotního stavu přišli o bydlení, mají dluhy na nájemném, rodina je nechce přijmout zpět do bytu apod.

Důvody nedostupného bydlení:

- špatná finanční situace člověka – lidé s duševní nemocí často mají potíže zajistit si bydlení, neboť nemají žádné příjmy (nemohou nalézt práci, nedostávají invalidní důchod). Dalším faktorem je zatížení člověka nevýhodnými smlouvami, půjčkami apod., kde svou roli hraje také neefektivní ochrana, řešení exekucí apod.;
- byty zvláštního určení, kterými disponují města, mají v podmínkách uvedeno, že nesmí být přiděleny člověku s duševním onemocněním (bez ohledu na stav tohoto onemocnění a jeho vliv na sociální fungování člověka). (Podmínkou bývá také absence dluhu vůči městu, což je také problematické – viz výše.)

Příklad pravidel přidělování bytů zvláštního určení: „Žadatelé, se kterými nelze uzavřít nájemní smlouvu na byt v Harmonii I., byt pro důchodce a dále nelze doporučit k uzavření podnájemní smlouvy do penzionu pro důchodce: b) se závazným psychiatrickým onemocněním.“¹⁴

¹³ Kazuistika z projektu Dostupnější služby pro duševně nemocné v Královéhradeckém kraji.

¹⁴ Konkrétně je tato situace popsána v Hradci Králové, ovšem platí pro velké množství dalších měst. (Zdroj: Směrnice o pravidlech pro pronájem bytů zvláštního určení, bytů v penzionu pro důchodce a bytů pro důchodce, <http://www.hradeckralove.org/file/6604/>, cit. 2. 10. 2015.)

Nedostatek podpory při přechodu ze zařízení do běžného prostředí

Dalším důvodem je nedostatečnost podpory, kterou systém nabízí lidem při odchodu ze zdravotnických nebo sociálních zařízení dlouhodobého pobytu.

Obecnou příčinou tohoto stavu je, že celý systém péče o duševně nemocné je nastaven směrem do institucí. Má ovšem minimum prostředků pro podporu odchodu z instituce a adaptaci v běžném prostředí. (Člověk byl do zařízení umístěn „jednou provždy“, s jeho návratem se příliš nepočítalo.)

Malá kapacita sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních. S ohledem na počty sociálních pracovníků a počet klientů, kterým mají pomáhat, je možnost skutečné podpůrné intervence velice limitovaná. Při veškerém úsilí, které do práce vkládají, není v jejich silách zajistit o moc více než vyhledání a zprostředkování nějakého dalšího zařízení (pobytové sociální služby, léčebny dlouhodobě nemocných), do kterého může člověk z psychiatrické nemocnice přejít. Prostor pro znalost a využitelnost komunitních služeb, příp. pro práci s rodinou, vyhledávání možností bydlení v obcích, téměř neexistuje.¹⁵

Zařízení jsou většinou umístěna v těžko dostupných lokalitách. V případech pobytových sociálních služeb často ve venkovských, příhraničních oblastech. Psychiatrické nemocnice mají velkou geografickou působnost a dojezdnost do nich je otázkou hodin.¹⁶ To má za následek, že pobytem v těchto zařízeních je člověk vytržen ze svého přirozeného prostředí – a je velice obtížné pracovat na jeho začlenění zpět. Pokud mu je zařízení schopné zajistit podporu v integraci do běžného prostředí, děje se tak v blízkosti zařízení – sociální vazby, znalost prostředí a další

takto vytvořené benefity jsou pro návrat do původního bydliště nepoužitelné.

Zařízení sociálních služeb nezajišťují odbornou pomoc duševně nemocným. Klienti pobytových sociálních služeb mají velmi omezený přístup k odborné psychiatrické péči (typicky omezené na krátkou návštěvu v měsíčních či několikaměsíčních intervalech, zaměřenou na předepsání léčiv). Sociální personál není veden k vytváření odborných znalostí a kompetencí na míru potřebám duševně nemocných. Pobyt duševně nemocných v těchto zařízeních je pak redukován na řešení incidentů, jejich stav se spíše stále zhoršuje, možnosti návratu do běžné společnosti klesají.

Předsudky, stigma a stereotypy

Stigmatizace duševně nemocných je častokrát popsáný a silný důvod zhoršeného přístupu k léčbě i nedostatečných možností integrace. Stigmatizace se přitom odehrává na mnoha úrovních, je součástí každodenního života lidí s duševním onemocněním – a je také popsána v množství odborné literatury.¹⁷ Zde se proto zaměříme na jeden vybraný aspekt – to, jak stigmatizaci posilují instituce, které by naopak měly duševně nemocným pomáhat.

Sociální služby nálepkují duševně nemocné jako agresivní a problematické a segregují je mimo běžné cílové skupiny. Běžnou praxí je, že lidé s duševním onemocněním mají omezený přístup k sociálním službám. Duševní onemocnění bývá uvedeno jako kontraindikace poskytnutí služby (opět zcela bez ohledu na skutečný stav člověka či nemoci, jeho sociální fungování¹⁸). Duševně nemocní bývají ze sociálních služeb přesouváni do „specializovaných“ zařízení (domovy se zvláštním režimem).¹⁹

¹⁵ V roce 2013 bylo v psychiatrických léčebnách 108,51 zdravotně sociálních pracovníků, přičemž z nich bylo propuštěno 40 543 pacientů. To je 374 osob na 1 pracovníka (práce s lidmi propuštěnými z léčby přitom není jediná jeho agenda). Zdroj: Psychiatrická péče 2013, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. <http://uzis.cz/publikace/psychiatricka-pece-2013>, cit. 2. 10. 2015.

¹⁶ Psychiatrická nemocnice pro Královéhradecký kraj je v Havlíčkově Brodě. Běžné spojení hromadnou dopravou např. mezi Rychnovem nad Kněžnou a Havlíčkovým Brodem trvá nejméně 4 hodiny a zahrnuje 4 přestupy.

¹⁷ Viz např. G. Trhoroicroft: Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011).

¹⁸ Viz např. Analýzu veřejných závazků vybraných sociálních služeb ve Zlínském kraji (Centrum podpory transformace, dosud nepublikováno).

¹⁹ Viz Analýzu poptávky po službách pro osoby s postižením v Královéhradeckém kraji spojených se zajištěním ubytování či podporou samostatného bydlení, http://socialnisluzby.kr-kralovehradecky.cz/assets/poskytovatele/analzticke-dokumenty/pruzkumy/KrajKralovehradecky_AnalyzaZajemcu_final.pdf, cit. 2. 10. 2015.



Foto: Ludvík Hradílek, Aktuálně.cz

To celé vede k posilování negativních stereotypů a stigmatizace duševně nemocných: „Je tam zavřený, protože je nebezpečný.“

2. Strategické dokumenty k psychiatrii a dostupnému bydlení

Strategie reformy psychiatrické péče

Hlavní význam dokumentu spočívá v tom, že posiluje roli terénních a ambulantních služeb, které mají intervenovat včas a zabránit zhoršení zdravotního stavu člověka a tím i předcházet negativním dopadům na jeho sociální fungování.

Klíčová otázka – tedy role lůžkových zařízení, resp. redukce jejich kapacity související s výše uvedeným bodem – není v dokumentu přímo řešena. Měla by být podrobena analýze a rozhodnutí po zavedení právě terénních a ambulantních služeb (center duševního zdraví).

Podrobné znění strategie reformy a další informace: www.reformapsychiatrie.cz.

Koncepce sociálního bydlení

„Sociální práce v rámci sociálních služeb bude mít v rámci sociálního bydlení klíčovou roli. Materie sociálního bydlení je ovšem mnohem širší a celý systém zahrnuje různé poskytovatele

sociální práce, nejen sociální služby spojené s oblastí bydlení. Níže je uváděn přehled adresných a komplexních nástrojů sociální práce související s problematikou bydlení:

- *programy koordinované inter-organizační spolupráce a podpory v bydlení vysoce zranitelných skupin*, zejm. při depistáži (aktivní vyhledávání ohrožených osob a nabízení spolupráce), stabilizaci, ucelené rehabilitaci a zmírňování rizik duševních onemocnění či závislosti na návykových látkách²⁰

„Mezi obecné nástroje prevence ztráty bydlení jsou řazeny zejm. sociální služby sociální prevence a odborné sociální poradenství, sociální práce aplikovaná na obecní úrovni, systém dávkové podpory a sociálního pojištění. Nicméně, jak bylo uvedeno v předchozích kapitolách, jedná se o multifaktoriální jev, a proto v rozšířené formě za prvky prevence musíme považovat i segment školství (např. vzdělávání v oblasti finančního řízení a dluhového poradenství), zdravotnictví (např. léčba a péče o osoby se zdravotním postižením, s duševním onemocněním), bytová politika státu (např. deregulace nájemného), daňová politika státu a míra inflace a mnoho dalších.

²⁰ Koncepce sociálního bydlení ČR 2015–2025, str. 106.

Všechny tyto politiky státu mají přímý nebo nepřímý vliv na dostupnost bydlení.²¹

3. Doporučení vyplývající z analýzy

Obecná doporučení:

Je potřeba řádně implementovat koncepci Re-formy péče o duševní zdraví s hlavním cílem nahradit péči v ústavním prostředí péčí a podporou lidí s duševním onemocněním v komunitě. Je nutné rozšířit řadu sociálních komunitních služeb, včetně multidisciplinárních týmů, pro duševně nemocné pro potřeby lidí, kteří opouštějí ústavní péči. Je nutné neprodleně přestat s dalším umísťováním lidí s duševním onemocněním do velkých ústavních zařízení a postupně snižovat počet lůžek v nich.

Je nezbytné zajistit lidem s duševním onemocněním dostupnost bydlení a sociální podpory v komunitě. Podmínky pro přístup k sociálnímu bydlení či sociálním službám musí být nastaveny tak, aby nevylučovaly lidi s duševním onemocněním. Každá koncepce v oblasti duševního zdraví musí být postavena na principech důstojné péče a života lidí s duševním

nemocněním a na pečlivém dodržování jejich lidských práv.

Je potřeba revidovat právní úpravu týkající se nedobrovolné hospitalizace a léčby lidí s duševním onemocněním, aby odpovídala současným lidskoprávním standardům a aby efektivně chránila každého člověka před nedůvodným zásahem do lidských práv.

Je nutné zajistit pravidelnou a efektivní kontrolu míst, kde jsou lidé s duševním onemocněním hospitalizováni proti své vůli, aby se předešlo dalším závažným porušením jejich práv. Přijetí jakýchkoliv opatření, právní úpravy, politiky či koncepcí v oblasti duševního zdraví musí být vedeno s cílem chránit práva lidí s duševním onemocněním a s plným zapojením uživatelů, jejich rodinných příslušníků a organizací chránících jejich práva.

Plné znění analýzy na www.podporatransformace.cz

Nedobrovolná hospitalizace psychiatrických pacientů v ČR

Liga lidských práv, Centrum podpory transformace

Vydala Liga lidských práv v roce 2015.

ISBN 978-80-87414-25-5

²¹ Koncepce sociálního bydlení ČR 2015–2025, str. 126.

Doporučení k síti, rozsahu a podobě komunitních služeb pro osoby s duševním onemocněním

Základní principy péče¹

Péče musí být orientována na podporu zotavení a vyznačovat se plným respektem k lidským právům klienta. Musí být kladen důraz na jeho silné stránky a na obnovení jeho smysluplných sociálních rolí. Dominantní část péče by měla být prováděna a poskytována v přirozeném

prostředí klientů. Systém péče musí mít pravomoc a kompetence zapojovat do péče i obtížně dostupné klienty a klienty odmítající léčbu. Tento asertivní přístup musí však být vždy v souladu s právy klienta a jeho nejlepším zájmem. Systém péče musí být flexibilní, schopný poskytovat pomoc a podporu dle aktuálních potřeb klienta. Musí být také schopen v případě zhoršení zdravotního stavu poskytovat intenzivní podporu včetně krizové intervence

¹ Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním. MPSV, 2013, str. 16–18.

dostupné 24 hodin denně. Systém péče musí zapojovat formální i neformální zdroje podpory klienta do péče. Klade důraz na přirozené zdroje podpory a veřejně dostupné služby. Systém musí zajišťovat kontinuitu péče napříč službami. Klíčový pracovník klienta by s ním měl být v kontaktu i během krize a případně hospitalizace.

Složení služeb

1. Multidisciplinární komunitní tým musí být základní službou. Přímo zajišťuje výraznou část potřeb klienta a zprostředkovává služby ostatní. Je třeba, aby byl tým multiprofesní a multiresortní (minimálně zdravotně sociální). Tým působí v definované spádové oblasti (optimálně jeden tým pro každé území velikosti okresu – tedy cca 100 000 obyvatel) a má jasně stanovenou odpovědnost.

Složení týmu: psychiatři, psychologové, terénní psychiatrické sestry, sociální pracovníci, pracovní konzultanti, pracovní s [vlastní] zkušeností s duševní nemocí (peer-specialista), specialista na závislosti.

Kapacita týmu: podle zahraničních zkušeností předpokládáme, že tým zodpovědný za region 100 000 obyvatel obsazený **30 úvazky** by mohl mít kapacitu okolo **500 osob** ročně.

Financování: tým musí být financován jak ze zdrojů na sociální služby, tak ze zdrojů na zdravotní služby (ze zdravotního pojištění).

V některých zemích, jako je Velká Británie, Itálie nebo Finsko, se v posledních letech prosazuje právě takovéto uspořádání péče, kde maximum intervencí je integrováno do jednoho case managementového týmu. Má to řadu výhod oproti budování separátních a specializovaných sociálních a zdravotních služeb. Výhodou je především kontinuita pro klienty – v období krizí se pouze zintenzivní péče a nedochází ke změně pečujícího personálu. Může se tak rozvinout funkční pracovní aliance mezi členy týmu a jejich klienty.

Výhoda pro profesionály spočívá i v tom, že se minimalizují energie a náklady spojené s přesunováním klientů mezi jednotlivými službami (předávání informací, opětovné navazování pracovních vztahů, agenda spojená s mapováním rizik, přání a potřeb, přijímání a propouštění ze služeb).

Multidisciplinární týmy také představují adekvátní odpověď na souběžný výskyt problémů u řady klientů, jako je například souběžný výskyt psychózy a závislosti na návykových látkách.

2. Síť praktických lékařů a ambulantních psychiatrů² zůstane samozřejmě zachována, tuto péči budou klienti s duševním onemocněním nadále využívat. Pokud nebudou potřebovat intenzivnější míru podpory, těžiště péče zůstane na této úrovni. Zároveň se mohou klienti, u nichž dojde k výraznému zlepšení, na tuto základní úroveň vracet (když přestanou potřebovat péči multidisciplinárního týmu).

3. Komunitně orientované rehabilitační služby jsou definovány Konceptí oboru psychiatrie aktualizované v roce 2008. Zařízení mohou být účinná pro dosahování rehabilitačních cílů. Jde zejména o chráněné a podporované bydlení, různé programy pracovní rehabilitace, především podporované zaměstnávání, podporované vzdělávání, denní centra aj. Mají význam pro rozvoj motivace, získání potřebných dovedností a sebevědomí a v důsledku vedou k zastávání běžných sociálních rolí.

4. Akutní lůžka v malých odděleních integrovaných do všeobecné zdravotní lůžkové péče musí být integrální částí sítě. Paralelně je však důležité rozvíjet alternativy akutní lůžkové péče, které co nejméně vytrhávají klienty z podmínek běžného života a zároveň zajišťují jejich potřebné bezpečí.

Souhrn doporučení k síti

- Doporučujeme integrovat co nejvíce účinných intervencí do námi navrhovaného páteřního multidisciplinárního týmu financovaného ze zdrojů na zdravotní i sociální služby.
- Je žádoucí zajistit celé spektrum sociálních služeb tak, aby byly pokryty potřeby klientů, kteří budou opouštět ústavní služby. V rámci procesu deinstitutionalizace bude v ČR zapotřebí vytvořit cílené sociální služby pro 5000–6000 osob s duševním onemocněním, které jsou nyní umístěny v nějakém z druhů ústavní péče.

² Obdobně také psychologů, pozn. aut.

- Do všech regionů bude nutné rozšířit řadu sociálních komunitních služeb pro duševně nemocné. Jedná se především o tyto služby:
 - Případové vedení (case management), obvykle registrováno jako *sociální rehabilitace § 70*, případně jako *služby následné péče § 64*
 - Skupinové chráněné bydlení, obvykle registrováno jako *chráněné bydlení § 51* nebo *sociální rehabilitace § 70 pobytová forma*
 - Individuální chráněné bydlení, obvykle registrováno jako *chráněné bydlení § 51* nebo *sociální rehabilitace § 70 pobytová forma*
 - Podporované bydlení, obvykle registrováno jako *podpora samostatného bydlení § 43* nebo *sociální rehabilitace § 70*
 - Sociálně terapeutické dílny, obvykle registrovány jako *sociálně terapeutické dílny § 67*
 - Podporované zaměstnávání, obvykle registrováno jako *sociální rehabilitace § 70*
 - Denní centrum (centrum denních služeb), obvykle registrováno jako *sociální rehabilitace § 70* nebo *sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením § 66*
 - Podporované vzdělávání, obvykle registrováno jako *sociální rehabilitace § 70*

Doporučení k aktuálním rizikům³

Transformace psychiatrické péče (předpoklad snižování kapacit psychiatrických léčen a lůžek zdravotní následné péče) vyvolá tlak na kapacitní navýšení ubytovacích možností spojených s profesionální sociální podporou. Jednou z možností, které se nabízejí, je vytvořit tyto kapacity prostřednictvím služby chráněné bydlení. I když je toto řešení pro část cílové skupiny rozumnou alternativou, masivní budování chráněných bydlení by přineslo nároky na klienty opakovaně měnit místo bydliště v okamžiku, kdy dojde ke zvýšení jejich sebedůvěry a zlepšení jejich sociálních dovedností.

Doporučujeme ve spolupráci s dalšími resorty zásadním způsobem zvýšit dostupnost sociálních bytů, které by byly cenově dostupné a umožňovaly osobám s duševním onemocněním pokud možno trvalé bydlení v běžném prostředí komunity. Podpůrné sociální, popřípadě i zdravotní služby by měly jít za klientem a nezvyšovat jeho sociální zátěž nutností stěhování při uplynutí sjednané doby chráněného bydlení.

³ Doporučení k transformaci služeb pro osoby s duševním onemocněním. MPSV, 2013, str. 20.

Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu a v posilování uživatelů

Jakou roli zastává sociální pracovník v multidisciplinárním týmu při práci s duševně nemocnými?

V našem týmu Centra duševního zdraví pro Prahu 8 pracují sociální pracovníci převážně metodou case managementu, tudíž podporují klienty v různých oblastech života podle konkrétních potřeb jednotlivých klientů. S klientem mapujeme, jak se vyrovnává s onemocněním a jeho důsledky, a pak společně hledáme možnosti

opory využitím silných stránek klientů a v jejich okolí a dalších službách. Ve spolupráci s klientem komunikujeme též se zdravotníky, rodinou, úřady a pracovníky dalších služeb. Zapojujeme se také do spolupráce s ostatními kolegy z týmu v případě akutního zhoršení zdravotního stavu, kde je třeba více lidí ve spolupráci pro intenzivnější podporu. Poskytujeme krizovou intervenci a sociální poradenství, zaměřujeme se též na oblast bydlení, práce, volného času a vztahů.

Patří mezi činnosti sociálního pracovníka také posilovat roli uživatele v rozhodování o podobě dostupných služeb? Jak konkrétně se to děje?

Co se týká naší služby, snažíme se ji vždy „šít na míru“ každému klientovi, tudíž podobu naší podpory konzultujeme s klientem a přizpůsobujeme jeho potřebám a přáním. Zajímá nás zpětná vazba našich klientů a reagujeme vždy na podněty a připomínky. Zároveň vyjednáváme v zájmu klienta také s dalšími subjekty, poskytujeme doprovod a podporu tam, kde se klient necítí na samostatné jednání momentálně dost silný nebo když si nepřipadá adekvátně vyslyšen. Navštěvujeme klienty v době hospitalizace a komunikujeme s lékaři, organizujeme a účastníme se koordinačních schůzek klienta s ostatními spolupracujícími odborníky.

Očekáváte, že reforma psychiatrie přinese v tomto směru nějaké změny?

Ano, věříme, že služby budou méně institucionální a více individualizované a reflektující konkrétní potřeby jednotlivých uživatelů.

Mgr. Lenka Škvorová, vedoucí týmu sociálních pracovníků v Centru duševního zdraví pro Prahu 8; pracovní historie: vedoucí služeb v oblasti bydlení Fokus Praha, víceletá praxe v terapii závislosti

Souvislosti

V dubnu 2016 byl publikován Standard péče poskytované v Centrech duševního zdraví (CDZ). Významnou součástí pracovního týmu CDZ jsou sociální pracovníci. (Výtah) Centrum duševního zdraví je mezičlánkem mezi primární péčí včetně ambulantní psychiatrické péče a lůžkovou – akutní i specializovanou – péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity. Za tímto účelem Centrum duševního zdraví jednak vytváří potřebné programy, jednak zajišťuje v rámci své spádové oblasti funkční propojení ambulantní a lůžkové péče. Tým Centra duševního zdraví pracuje formou case managementu a poskytuje flexibilní, individualizovanou

službu všem potřebným klientům/pacientům ze spádové oblasti bez čekací doby.

K zajištění hlavního cíle, maximální společenské integrace a klinického i sociálního (recovery) zotavení klientů/pacientů, spolupracuje CDZ ve svém regionu s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit aj.

Jednotlivé prvky péče poskytované CDZ jsou odvozeny od takzvané praxe založené na důkazech (evidence based practice). Patří k nim krizová intervence s prokazatelným zlepšením klinického stavu, větší spokojeností s léčbou, snížení zátěže rodin, snížení opakovaného přijetí k hospitalizaci a vypadávání z léčby oproti standardní léčbě (Murphy et al., 2012), dále asertivní komunitní léčba prokazatelně snižující frekvence relapsu onemocnění, potřebu hospitalizace, vedoucí ke stabilizaci v oblasti bydlení, zaměstnání a zvyšující spokojenost pacientů (Marshall et al., 2011). Dalším postupem je podporované zaměstnání, u něhož je ověřeno zvyšování zaměstnanosti duševně nemocných (Kinoshita et al., 2013). V CDZ se propojují zdravotní a sociální služby.

Veškeré služby CDZ jsou poskytovány multidisciplinárním týmem. Všichni členové týmu pracují ambulantně i v terénu, sdílí klienty/pacienty, průběžně si předávají důležité informace a většinu svých intervencí provádějí v přirozeném prostředí klientů/pacientů.

Poskytované služby:

- **mobilní služby:** Služby jsou poskytovány prostřednictvím mobilních multidisciplinárních týmů v přirozeném prostředí klientů/pacientů, a po vzájemné dohodě také v institucích, kde jsou klienti/pacienti aktuálně, za účelem jejich přípravy na propuštění. Mají charakter dlouhodobé péče formou psychiatrické a sociální rehabilitace. Hlavním cílem mobilních služeb je poskytování péče v přirozeném prostředí pacientů a předcházení stavům, které by vyžadovaly hospitalizaci;
- **denní služby:** orientované na jejich podporu a sociální rehabilitaci. Denní služby jsou

dostupné nejméně 10 hodin denně a zahrnují jak strukturované aktivity, tak prostor pro trávení volného času;

- krizové služby: telefonické, ambulantní, odlehčovací lůžko;
- další služby.

Personální kritéria

CDZ je personálně a technicky vybavené zdravotně-sociální zařízení zajišťující služby pro cílovou skupinu SMI ve spádovém regionu se 60–140 tisíci obyvateli, což dle předpokládané prevalence odpovídá 120–280 registrovaným klientům/pacientům.

Referenční hodnotou je spádový region se 100 000 obyvateli a 200 registrovanými klienty/pacienty.

Personální zajištění:

zdravotní, 11,5 úvazku: psychiatr, klinický psycholog, všeobecná zdravotní sestra
sociální, 9,0 úvazku: sociální pracovník, pracovník v sociálních službách

Zdroj:

Věstník MZČR 6/2016 http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vestnik-c5/2016_11835_11.html

Tři příběhy ambasadorů

Jedním z účinných nástrojů destigmatizace psychiatrického onemocnění a osvěty veřejnosti v oblasti péče o duševní zdraví je vyprávění příběhů lidí, kteří sami (na vlastní kůži) psychiatrickou léčbu zažili a mají zkušenosti jak se stigmatizací, tak i se systémem péče o duševní zdraví, zdravotními a sociálními službami. Vybrali jsme pro vás tři takové příběhy, v kterých vypráví o své zkušenosti tři z těch, kteří se školili na ambasadorů v projektu „Na vlastní kůži – Destigmatizace psychiatricky nemocných pomocí předávání zkušeností“.

1. Nedá se

Příběh ambasadora Milana Sýkory

Milan Sýkora zná situace, které si většinou ani nedovedeme představit. Protiprávní zbavení způsobilosti k právním úkonům, nedobrovolné uvěznění na psychiatrii, násilné podávání psychofarmak injekcemi, nevratné poškození zdraví. Milan se však domohl spravedlnosti a uznání svých lidských práv.

Česká republika je v mezinárodním ohledu na špičce v počtu lidí bez způsobilosti k právním úkonům v porovnání s celkovým počtem obyvatel. Člověk, kterému byla odebrána způsobilost k právním úkonům, nemůže rozhodovat sám za sebe, a jeho osud je tak v rukou jeho opatrovníka, kterým se klidně může stát i neznámý úředník. Jedním z 26 tisíc lidí zbavených způsobilosti k právním úkonům v Česku se stal i Milan Sýkora, jehož vyprávění převážně připomíná zlý sen.

Nevědomky zbaven „svěprávnosti“

Milan Sýkora byl v posledních letech soudem dvakrát zbaven způsobilosti k právním úkonům, a to na základě stejného znaleckého posudku. Psychiatricka Holanová se kvůli vypracování posudku nepotřebovala setkat s panem Sýkorou a navíc doporučila, že o zahájení řízení ani rozhodnutí nemusí být Milan Sýkora vůbec informován. Tak se jeho opatrovníkem stal brněnský magistrát. „Nic jsem nevěděl, ničemu jsem

nebyl přítomen, nic jsem ani nemohl ovlivnit, oni mne naprosto pominuli," vzpomíná Milan, jak se o zbavení své způsobilosti náhodou dozvěděl od svých známých. O spravedlivém procesu nemohla být vůbec řeč.

Obě rozhodnutí o zbavení způsobilosti k právním úkonům však Milan Sýkora zvrátil odvoláním se ke krajskému soudu, který mu dal za pravdu. Naneštěstí byl však v průběhu protiprávního zbavení způsobilosti proti své vůli hospitalizován v psychiatrické léčebně. Milan s uvězněním nesouhlasil, jeho soudem ustanovený opatrovník, brněnský magistrát, však souhlas ihned dodal.

Hrůzné zacházení v léčebně

V léčebně Milanovi podávali psychofarmaka, která mu však poškozovala a nakonec i nevratně poškodila zrak a sluch. „Když jsem léky odmítl, přivázali mne na postel a léky mi podávali násilím injekčně," popisuje Milan pozici sebe jako pacienta v brněnské léčebně. V důsledku „léčby" psychofarmaky musel nakonec Milan podstoupit trojnásobný chirurgický zákrok. „Lékaři, kteří jej prováděli, kroutili hlavou, jak je něco takového vůbec možné," dodává Milan. „Lidem zbaveným způsobilosti málokdo věří, co říkají, a kde se pacientům nevěří, tam se vše snadno ututlá," upozorňuje Milan. „Mocenská složka je tam tolik drtivá, že se pacienti vůbec neodvažují zařízení kritizovat," mluví Milan o strachu, který léčebna ve svých klientech může vyvolávat.

Rozhodl se bránit a uspěl

S praktikami soudu a léčebny se však Milan Sýkora nechtěl smířit. „Když do toho nebude nikdo vrtat, bude jim to pořád procházet," říká Milan. Od roku 2005 se snažil skrze české soudy upozorňovat na porušování práv českých obyvatel. Pokud se opatrovník o člověka mu svěřeného nezajímá tak, jak se to přihodilo Milanovi, pak je tento člověk zcela zbaven možnosti ovlivnit svůj osud a nikdo na jeho názor nehledí, ať už se jedná o soud, nebo psychiatrickou léčebnu.

Spravedlnosti se Milan domohl až u Evropského soudu pro lidská práva ve Štrasburku, který konstatoval, že byla pošlapána jeho základní lidská práva. „Člověk se nesmí nechat odradit

a musí vydržet, to je začátek nápravy věci," vítá nalezení spravedlnosti Milan. „Lidé se nemusí bát, protože dosáhnout spravedlnosti je možné," dodává i Milanova žena Zdeňka.

Rozsudek štrasburského soudu je důležitý, Milan však nehodlá usnout na vavřínech. „Většina lidí si řekne, že se to týká nějakých blbečků a že není třeba se tím zabývat," upozorňuje na předsudky vůči lidem zbaveným způsobilosti k právním úkonům. „Jestli bude člověk nakonec úspěšný, nebo nebude, těžko říct. Důležitější je ale vůle stát na správné straně, snažit se o správnou věc," uzavírá Milan.

Převzato z webových stránek Ligy lidských práv: <http://llp.cz>

Více k případu pana Sýkory: <http://llp.cz/2012/11/strasbursky-soud-i-clovek-pod-opatrovnictvim-muze-nesouhlasit-se-svou-hospitalizaci/>

2. Moje cesta z ústavu do života

Jana Bednářová, ambasádorka

Běžné dětství v rodině

Jako většina dětí jsem strávila dětství spolu s rodiči a se svými sourozenci, bydleli jsme v panelovém domě.

Navštěvovala jsem základní školu, kde jsem velmi dobře prospívala. Tak jako v každé běžné rodině, tak i já jsem se svojí matkou jezdila na výlety do přírody a na dovolenou, většinou do Jeseníků, kde jsem s mamkou chodila na pěší túry a kochaly jsme se krásou přírody a čerstvým horským vzduchem. Otec musel chodit do práce, takže s námi nemohl jezdit, stejně tak bratr se sestrou, takže jsem jezdila jen já se svojí matkou.

Těžká rána

Ale pak přišla rána osudu. Mamka těžce onemocněla, snažila se se svojí nemocí bojovat, ale přišel den, kdy nemoci podlehla. Byla to pro mne i pro otce tragická událost. Otec jako samoživitel tuto situaci nezvládl. V rodině nastaly finanční problémy a já jako studentka střední školy jsem musela ukončit studium z důvodu šikany mezi spolužáky i z důvodů rodinných problémů, které nastaly po smrti mé matky. Samozřejmě to není vše, přišel rok 2002 a nás vystěhovali z bytu.

Otec musel jít na ubytovnu, bratr rovněž, o sestře jsem bohužel nic nevěděla. Z důvodu vystěhování z bytu, a protože jsem neměla kam jít, musela jsem strávit nějakou dobu v psychiatrické léčebně v Kroměříži. Poté jsem byla přijata do Ústavu sociální péče ve Starém Městě (dřívější název), dnes Domov pro osoby se zdravotním postižením.

V DOZP

Nástup do ústavu byl velmi těžký, zpočátku jsem byla smutná, že již nemohu žít s otcem. Byla jsem apatická, nic mě nebavilo, neustále jsem seděla. Ale to jsem nevěděla v té době, co mě všechno čeká.

Byla jsem nucena pomáhat na odděleních, jako poslušná holka jsem dělala to, co mi nařídili.

Budili mě ve čtyři hodiny ráno, abych pomáhala s hygienou a oblékáním klientů, odnášela jsem špinavé prádlo, prostě ze mě dělali otroka.

Každé ráno vstávání, nucena pomáhat, kde mi řekli, u stolu k jídlu být přesně, kdy reknou.

Vše nachystané, a když odmítnu pomoc, tak je zle a z poslušné holky se rázem stávám tou zlou.

To jsem zpočátku považovala za normální a chtěla jsem zde zůstat celý život.

To je přece špatně, přece každý člověk má nárok na důstojné zacházení a běžný život.

Někomu na mně zase záleží

Pak přišel rok 2011, který byl pro mě velkým zlomem. Do DOZP nastoupila nová pracovníce Renata, která mi dala hodně síly a energie do života. I díky její pomoci mohu žít běžný život. Ukázala mi, že existuje i jiná cesta, než se stále podřizovat režimu v ústavu a žít život odděleně od ostatních.

Co je normální?

Chci říci, že pro mě, když se ještě vrátím k větě „život v ústavu – nyní DOZP“, není v ústavu normální život. Je to prostě něco, co odtrhne člověka od běžného života, co žil předtím. Hlídaná personálem, kde se mnou jednají jako s malým děckem, bez možnosti se bránit a dělat si svobodně, co chci a potřebuji. Oslovují tě „Janičko“, což je dětinské, ale představte si, že dříve se mi to oslovení Janičko líbilo: nenáviděla jsem, když mě oslovili Jano (myslela jsem, že se na mne zlobí).

Žiji běžný, nový život

Nyní žiji novým životem, který znamená startovní čáru, která znamená volnost, svobodu a začlenění do běžného života. Studuji na střední škole nyní již druhý obor. Mám svobodu pohybu, mohu trávit volný čas, jak, kde a s kým chci. Mohu se učit být samostatná, bydlím v chráněném bydlení.

Jsem svéprávná

A to není ještě vše. Ještě navíc mi byla navrácena svéprávnost. To, co se v ústavu zdálo, že vůbec nepřipadá v úvahu.

A rovněž s mojí svéprávností mám i podpůrkyni. Stala se jí Renata, kterou jsem již zmínila v příběhu a ke které mám důvěru. Pomáhá mi ve složitých situacích, ve kterých bych si bez její pomoci nevěděla rady.

Právě to je ta role toho podpůrce, aby mi poradil, podpořil mne, i když jsem svéprávná. Sice se rychle učím běžnému životu, ale ještě si zcela nevím rady v některých složitějších situacích.

Stala jsem se ambasadorem

A ještě abych nezapomněla jednu ze zásadních věcí, proč jsem dnes tady! Stala jsem se ambasadorem!

Ambasador je člověk, který má zkušenosti s nějakou potíží, s ústavní péčí, s ústavem a svým pobytem v něm, také s psychiatrickou léčbou. Prostě lidi, kteří se s potížemi vypořádali, měli možnost projít změnou a žijí nyní v lepších podmínkách, než žili doposud. Můžeme ukázat ostatním, jak se domoci svých práv a jak chytit svoji šanci.

A ještě jedna věta na závěr: **jako ambasadoři chceme poukázat na to, že je zde stále hodně lidí, kteří možnost změny ještě nedostali.**

3. „I nemocná máma je lepší než žádná“

B. L., ambasadorka, 43 let

Ráda bych svým příkladem poukázala na těžkosti, které vznikají v rodině, když je duševně nemocný jeden z rodičů. Považuji za důležité, aby se pomocí těchto rodinám společnost zabývala.

Již se řeší otázky, když je duševně nemocné dítě zdravých rodičů, v České republice již existují

skupiny rodičů, které potřeby svých dětí a sebe jako rodičů umí formulovat a hájit před odbornou i laickou veřejností a jsou partnery pro instituce.

Na druhou stranu problémy nás, rodičů s duševním onemocněním, jsou na pokraji zájmu společnosti i odborníků a zatím nejsou žádná systémové opatření, která by nám rodičovskou úlohu a zodpovědnost pomáhala zvládat a pomohla našim dětem zůstat v rodině, kterou jsme založili a kterou milujeme.

To je samozřejmě velmi složitá otázka, protože se v takové rodině kombinují potřeby, zájmy rodičů a dětí. Potřebujeme tak komplexní podporu týkající se nejen léčby jednotlivců v rodině, ale rodiny jako systému. Pokud se rodině nedostane pomoci včas, končí to odebráním dětí z péče. Já si myslím, že by v mnoha případech k tomu nemuselo dojít a že je to příliš vysoká cena.

Rodina a jiné blízké osoby

Onemocněla jsem ve svých 28 letech po studiu druhé vysoké školy duševní chorobou, kterou nazývají schizoafektivní porucha. Celá nemoc spočívá v tom, že se u mě střídá manická a depresivní složka spolu s poruchou myšlení. V akutní fázi onemocnění mě trápí hlasy a mám sluchové halucinace. Já si zpočátku myslela, že to bylo obyčejné přepracování, že to zahojí čas. Měla jsem v té době dvě malé děti ve věku 4 a 6 let. Velmi těžce jsem prožívala odloučení od nich, v té době mě však v péči o ně zastupovala má matka. Učila jsem ještě po první atace na středním odborném učilišti zdravotní a psychologii. Můj tehdejší manžel dlouho mé opakující se ataky nevydržel, a tak jsme se po 2 letech po zjištění nemoci rozvedli. Onemocněla jsem znovu a musela práce ve školství zanechat.

Zůstala jsem tak s dětmi sama řadu let. Sama na výchovu, máma-táta pro všechno.

Během samotného života s dětmi jsem byla 14x hospitalizovaná pro špatný zdravotní stav na klinice, vždy 3–6 týdnů. Málo kdo pochopí, že ještě dlouho po hospitalizaci je člověku hodně špatně, než se mu stav trochu ustálí. Po celou tu dobu při mně stála má matka a mí dva bratři. Jsme soudržná a spolupracující rodina.

I naše máma byla často nemocná a hospita-

lizovaná, vše za ni zastal náš táta a pomáhala babička, přesto k nám přišla paní, co hrozila pro nás děti dětským domovem. Ale není to již dnes zastaralá a vůči dětem bezohledná praxe?

Jak řetězec problémů duševně nemocné matky vzniká, že může skončit až odebráním dětí?

1. Onemocnění a finanční problémy

Je asi na místě říci, že každá opuštěná matka nebo otec s dětmi má i přes fyzickou pomoc problémy s financemi. Zpočátku jsem měla i já jako samoživitelka málo peněz (výživné a invalidní důchod), a tak jsem se donutila jít do práce: uklízela jsem v akvaristice, v bytech bohatých lidí, dělala pečovatelku a trenérku paměti pro lidi s Alzheimerovou chorobou, pečovala jsem o seniora spolu se svými přítelkyněmi, stala se členem občanského hnutí KOLUMBUS a dělala patientskou důvěrníci, kde pomáhám dosud lidem se sociálními nebo právními otázkami.

(Když teď hodnotím danou situaci, zdá se mi, že v životě nedělám nic jiného, než že stále o někoho pečuji i v práci.)

Vůli překonat nemoc, fáze apatie, pasivity v době aktivní nemoci, mám zřejmě z rodiny, stejně jako odhodlání pečovat o děti i v době, kdy je mi nejhůř. Ale co když to někomu chybí? A co když některé maminky potřebují energii a vůli podpořit?

Stát mi také nevycházel moc vstříc. Jelikož jsem měla o jeden tisíc více, než bylo životní minimum pro tři lidi, nedostávala jsem přídatky na děti. Dlouho jsem se s bývalým manželem soudila o zvýšení alimentů, které se mi nakonec podařilo získat. Naše finanční situace bývala těžká. Bylo potřeba, abych dětem během dalších deseti let koupila nové matrace, novou postel, zvelebila osobní prostor, koupila jim oblečení, zaplatila kroužky apod. Nakonec mě to dohnalo do náruče dluhové pasti. Byla jsem nucena si vzít půjčku a splácet za nakoupené zboží. To se mi podařilo, i když jsem nemohla dětem dát to všechno, co by chtěly, ve srovnání se svými vrstevníky. A opět: stálo mě to obrovské úsilí a sebezapření, co ty maminky, které toho v období akutní nemoci nejsou schopné a bez pomoci se z dluhů nedostanou?

Je obtížné psát o tom, jaké těžkosti jsem zažívala, a nezmínit se o tom, že jako každý člověk potřebuje lásku, tak i já jsem potřebovala být s nějakým svým novým protějškem a tvořit pár. Jenže. Ono se to lehce říká, ale hůře prožívá. Kdo bude chtít žít a milovat člověka s dvěma dětmi, a ještě když jste vážně nemocný? Ale i přes nepřízeň osudu jsem našla nakonec člověka, který mě má rád. Tím, že jsem ráda mezi lidmi, stále aktivně komunikuji s lidmi v různých skupin, zajímají mne jejich osudy a ráda jim pomáhám, setkala jsem se tak i s mým současným partnerem. Dnes tak vím, že láska může být krásná i ve čtyřiceti.

Stále ale potkávám duševně nemocné lidi, kteří nemají dobrou rodinu jako já, nenašli k sobě partnera, nemoc a stigmatizace z ní plynoucí je naopak izoluje. Mnoho lidí nedokáže bez podpory a pomocné ruky vyjít z izolace, vystavovat se stigma společnosti, překonat samotu.

Dnes se dívám zpět do minulosti a říkám si, jak jsem to mohla všechno zvládnout. Měla bych na to ještě dnes? Také jsem udělala spoustu chyb... Měla bych se také zmínit o tom, že přece jen člověk vydrží hodně. I přes svůj handicap jsem stále ještě obdivuhodně vitální.

Ráda lidí by to již dávno vzdala a třeba by jim nakonec stát jejich děti vzal a dal je do dětského domova, protože byl člověk v jejich dětství tak nemocný. A vím nyní, že se to některým nemocným matkám stalo, že jim ze sociálního úřadu děti odebrali. Jsou buď v dětském domově, nebo v pěstounské péči.

Je to ta správná pomoc dětem i rodičům ze strany státu? Víím, že v mnoha případech by stačilo v pravou chvíli matce/rodičům účinně a rychle pomoci, aby mohli o své děti po čase zase pečovat.

Co rodiče s duševním onemocněním potřebují pro to, aby byli svým dětem nejen milujícími, ale i zodpovědnými rodiči?

a) Rychlá pomoc, informace, služby pro rodiče, ale i pro děti/rodinu: S pomocí by se mělo začít již na začátku onemocnění, už v nemocnici při hospitalizaci by člověk měl být informovaný, kdo mu pomůže s vlastní léčbou a rehabilitací, ale také, kdo mu pomůže zvládnout rodičovské povinnosti.

b) Služby pro celou rodinu: Určitou šancí je, aby si člověk mohl služby na pomoc svým dětem uhradit třeba z příspěvku na péči, nebo by byl zřízen úplně jiný příspěvek přímo na podporu dětí v rodině (na nákup služeb hlídání dětí, péči o ně formou odlehčovacích služeb, doučování, doprovod apod.).

c) Zohlednění rodičovské role během léčby a hospitalizace (například možnost sejít se v rámci kliniky a pobytu na uzavřeném oddělení s dětmi v nějaké místnosti, herně, kde bychom měli soukromí a vhodné prostředí pro děti, které by je nešokovalo a neubližovalo jim; nebo kojící matky: měly by mít možnost kontaktu s dítětem, ...).

d) Finanční poradenství: duševní onemocnění a z něj plynoucí stavy vedou často ke ztrátě zaměstnání, snížení příjmů, k chudobě nebo i ztrátě bydlení. Myslím, že každý rodič s duševním onemocněním by měl mít možnost bezplatného poradenství k tomu, jak se potýkat s opakovaným nedostatkem financí zejména s ohledem na prevenci potíží dětí v rodině a uspokojování jejich potřeb.

Duševní onemocnění z nás nedělá méně milující rodiče. Děti do 15 let nesmí rodiče na uzavřeném oddělení psychiatrických klinik navštěvovat. Musím říci, že prostředí tam je stále tak smutné a deprimující, že bych to ani nechtěla. Přesto tím **odloučením dětí trpí.** Nevědí, že za mnou nemohou, protože je chci před prostředím kliniky uchránit. Proto za mnou synové přišli, až když jsem byla jednou hospitalizována v jejich dospělosti. Přesto setkání po cestě za mnou s několika lidmi žebrajícími o cigarety a vykazujícími patologické chování, na chodbě a v nehostinných prostorách bez soukromí, na ně zapůsobilo nesmírně depresivně a již tam vícekrát nechtěli jít.

Moje děti už jsou dospělí muži. Studují na vysoké škole a mají své zájmy a kamarády... Ale jakmile začnu mluvit o tom, že mi není dobře, tak hned se ptají, zda to není od nervů. Víím, jak je to stresuje, bojí se o mě, a když náhodou jedou kolem psychiatrické kliniky, říkají, že prý mají divný pocit kolem žaludku.

Moje děti už jsou dospělí muži. Studují na vysoké škole a mají své zájmy a kamarády...

Moje děti už jsou dospělí muži. Studují na vysoké škole a mají své zájmy a kamarády... Ale jakmile začnu mluvit o tom, že mi není dobře, tak hned se ptají, zda to není od nervů. Víím, jak je to stresuje, bojí se o mě, a když náhodou jedou kolem psychiatrické kliniky, říkají, že prý mají divný pocit kolem žaludku.

Charakteristika role peer konzultantů

Kdo je to PEER konzultant

Peer je anglické slovo, které nelze jednoduše převést do jednoho českého slova. Doslova se překládá jako „osoba stejného stavu“ nebo jednoduše „druh“. Označuje osobu, kterou spojují s druhou osobou (více osobami) určité shodné charakteristiky v některé významné oblasti: ve školském prostředí např. věk (vrstevníci), v komunitní oblasti bydliště ve stejné čtvrti (bližší a vzdálenější sousedé), v rodinné situaci stejný stav (např. matky malých dětí), ve zdravotní oblasti stejný handicap nebo nemoc (např. lidé s amputovanou končetinou nebo lidé po prodělané chemoterapii). **V oblasti duševního zdraví lze slovem peer označit osoby se zkušeností s duševním onemocněním.**

Pokud se člověk v určité životní situaci rozhodne využít svoji zkušenost ve prospěch dalších osob v podobné situaci, stane se zdrojem cenné podpory, sdílení a obohacení: např. maminky scházející se v mateřském centru se střídají ve vedení různých programů, vyměňují si tak zkušenosti a poskytují vzájemnou podporu; středoškolské studenty, kteří mají při studiu obtíže, doučují ve školním peer-programu jejich starší spolužáci apod.

Ve zdravotní oblasti se výhody peer podpory s úspěchem využívají např. v léčbě závislosti (Anonymní alkoholici aj.) a v péči o duševní zdraví. Pokud člověk s takovou zkušeností absoluuje odpovídající školení, může se stát tzv. peer pracovníkem (anglicky peer worker, peer support worker, peer specialist): svoji zkušenost s nemocí využívá v pracovní roli.

Peer pracovníci jsou lidé s žitou zkušeností duševního onemocnění, kteří používají tuto zkušenost k podpoře dalších klientů a posilování jejich naděje.

Podle toho, kterým směrem je jejich práce zaměřena, můžeme podrobněji rozlišovat např. tyto role:

- Peer konzultant: pracovník ve službách systému péče o duševní zdraví
- Peer lektor: pracovník, který na základě své osobní zkušenosti vzdělává budoucí profesionály (lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky)

Peer podpora se považuje za klíčový prvek v přístupu orientovaném na zotavení a v programech vedených peer pracovníky (dřívějšími uživateli služeb). Kromě toho zakládají peer pracovníci i svépomocné skupiny (či přímo organizace), jejichž cílem je poskytovat vzájemnou oporu a čelit stigmatizaci spojené s duševním onemocněním. Výzkumy ukazují, že svépomocné skupiny vedené peer pracovníky přinášejí zlepšení psychiatrických symptomů a vedou ke snížení hospitalizací, rozšíření podpůrné sociální sítě, posílení sebevědomí a zlepšení sociálního fungování (Peer support research).

Role peer konzultanta

V našich podmínkách peer konzultant prozatím poskytuje svou podporu v nestátních neziskových organizacích nabízejících sociální služby duševně nemocným. Je tedy součástí tzv. následné péče. Může své klienty kontaktovat v psychiatrických nemocnicích, ale hlavní část práce je spjata se sociálními službami. V sociálních službách zaměřených na péči o duševně nemocné zaujímá peer konzultant trojí roli podle toho, zda jde o vztah:

- peer konzultant – klient,
- peer konzultant – rodina (popř. širší sociální okolí klienta),
- peer konzultant – tým.

Při práci s klientem sdílí peer konzultant svou zkušenost se zotavováním; využitím vlastního příběhu či osobních příběhů jiných zotavujících se lidí dodává klientovi naději, motivaci a podporu, snaží se spolu s klientem hledat a zdůrazňovat klientovy silné stránky, podporuje ho v nezávislosti a v samostatném rozhodování, podněcuje ho v přijetí vlastní zodpovědnosti na cestě k zotavení.

Při práci s rodinnými příslušníky, popř. se širším sociálním okolím motivuje ke spolupráci, vysvětluje zkušenosti s nemocí z pohledu nemocného, podporuje komunikaci o nemoci, posiluje naději a víru, že zlepšení je možné.

Do práce týmu vnáší peer konzultant pohled z druhé strany, poskytuje zpětnou vazbu s využitím vlastní zkušenosti s nemocí a očekává zpětnou vazbu od členů týmu ke své práci. Přináší podněty, názory, pohled uživatelů péče, aktivně se účastní porad a supervizí, pro kolegy v týmu je on sám důkazem, že zotavení je možné, a že tedy práce v týmu je smysluplná.

Náplň práce peer konzultanta

I když hlavním posláním peer konzultanta je sdílení jeho osobního příběhu a povzbuzení naděje, samotná jeho práce se liší podle charakteru, struktury a zaměření organizace, v níž peer pracuje.

Obecně můžeme říci, že peer konzultant může pracovat jak na půdě organizace, tak i v přirozeném prostředí klienta nebo např. v prostředí psychiatrické nemocnice; kromě toho má i možnost přednášet před laickou či odbornou veřejností. Jde o práci individuální (pohovor s klientem, rodinným příslušníkem, členem týmu, s odborníkem...) nebo skupinovou (se skupinou klientů, přednášky na veřejnosti...). Pracuje sám nebo společně s jiným členem (jinými členy) týmu. Peer konzultant se zapojuje do skupinových aktivit v rámci denního programu v organizaci, doprovází klienta např. při návštěvě psychiatra nebo úřadu, představuje-li tato návštěva pro klienta velkou stresovou zátěž. S klientem, popř. s jeho blízkými pracuje v domácím prostředí.

Peer konzultant má možnost navštěvovat klienta (klienty) v psychiatrické nemocnici. Má možnost se podílet na organizování svépomocné skupiny uživatelů služeb; zapojit se

do destigmatizačních kampaní např. poskytnutím rozhovorů do médií či vystoupením na veřejných akcích organizace. Do náplně práce peer konzultanta patří i vedení dokumentace, účast na poradách, intervizích a supervizích, na dalším vzdělávání (pravidla si nastavují organizace samy). Je možno ho zapojit do vytváření protikrizových plánů klientů a do tvorby metodik, koncepcí a směrnic organizace.

K tomu dodejme, že se nedoporučuje, aby se peer konzultant sám účastnil krizové intervence, do náplně jeho práce nepatří například vytváření individuálních plánů nebo uzavírání smlouvy na služby. Peer konzultant není náplní své práce sociální pracovník.

Zotavení (recovery)

RECOVERY – česky zotavení, též úzdrava či obnovení, je pojem, o kterém se v souvislosti s vážným duševním onemocněním (mezi něž patří zejména schizofrenie, bipolární porucha, ale také obsedantně-kompulzivní porucha, panická porucha, posttraumatická porucha či hraniční porucha osobnosti) hovoří stále častěji i u nás. Na pojem zotavení lze nahlížet z několika stran. Tzv. klinické zotavení chápeme jako stav či výsledek (používá se hlavně v psychiatrii) a zahrnuje oslabení symptomů, znovuoobnovení sociálního fungování, též návrat k normálu. Naproti tomu osobní zotavení je chápáno jako „hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob prožívání uspokojivého, nadějeplného a přínosného života i s omezeními způsobenými nemocí“ (Anthony, 1993). Osobní zotavení je pojem používaný a významný v nepsychiatrických profesích a v uživatelském hnutí, a právě tento koncept je důležitý v případě peer pracovníků.

U klinického zotavení, které je měřitelné, se u pacienta posuzuje přítomnost následujících znaků:

- je bez symptomů,
- je bez medikace,
- samostatně bydlí v komunitě,
- pracuje,
- sociální vztahy má na uspokojivé úrovni,
- je bez sociálně rušivého chování (Harding, 2003).

Za zotavení je považována přítomnost alespoň pěti znaků z šesti.

Naproti tomu osobní zotavení je cesta, životní postoj, přesvědčení, víra, je to objevování životní pohody a lásky k životu i se symptomy a občasným zhoršením stavu. Rehabilitační a další služby zotavení pouze pomáhají, jeho aktérem je však samotný uživatel. U takto chápaného zotavení nelze očekávat konkrétní výsledek, neboť ten je vždy individuální a u každého účastníka procesu zotavení jedinečný.

Základními atributy osobního zotavení jsou:

- naděje, tedy důvěra, že bude lépe, je třeba se na něco těšit, mít vizi,
- zplnomocnění (zmocnění) – zvládnou to sám, rozhodnu se sám,
- zodpovědnost – nesení rizik, učení se z chyb, mám život ve svých rukou,
- smysluplná životní role – normální životní role nesouvisející s nemocí.

Význam zotavení pro peer konzultanta

Pro peer pracovníka má schopnost zotavení velký význam. On sám se nejprve musí zotavit, aby mohl dopomoci k zotavení jiným. Představme si to jako veliké schody, po kterých stoupá člověk nahoru přes překážky. Nejprve je pasivní a nechce nic slyšet, později si nechá pomoci od někoho jiného, např. využije nabídky některé

ze sociálních služeb pro duševně nemocné, ještě později začne brát svůj život do svých rukou, stává se zodpovědnějším a samostatnějším – právě touto fází by měl peer při svém vlastním zotavení projít a sám by měl svým klientům napomoci k těmto. Ale i samotnému peerovi se někdy může udělat nevolno tak, že klesne o nějaký ten schod níže, může se stát, že v určité konkrétní oblasti na tom není tak dobře jako klient, se kterým pracuje.

Zotavování se z duševní nemoci za podpory peera lze přirovnat k obrazu zahradníka, který pečuje o květiny, zalévá je a květiny rostou samy. Podobným způsobem by měl klient růst pod rukama peer konzultanta – sám. V procesu uzdravování je proto důležité člověku naslouchat, neradit mu příliš, do něčeho ho netlačit. Často pomůže, když se peer konzultantovi podaří zopakovat jinými slovy to, co právě od klienta slyšel. Jednak tím dává najevo, že poslouchá, a jednak často dokáže dovést klienta k vlastnímu rozhodnutí.

Výtah z:

Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví

Kolektiv autorů

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2014

Celý manuál na www.cmhcd.cz v sekci Dokumenty

Rozhovor se Ctiborem Lacinou:

Nejednejme za zavřenými dveřmi, zapojme širší veřejnost

Jakou roli mají lidé se zkušeností v reformě psychiatrie?

Hlavně z doslechu mám pocit, že role lidí s psychiatrickou diagnózou je spíše okrajová, někteří jsou sice zváni k účasti na setkávání tzv. skupin na Ministerstvu zdravotnictví, jejich názory mají však zřejmě malou váhu.

Jste nějak zapojen Vy osobně?

V zapojení do strukturální změny systému nevidím svoji úlohu. Mám dojem, že změny jsou celkově cíleny na rozvoj komunitních služeb. To je v pořádku. Je to ale žalostně málo. Je potřeba dát důraz na úzdravu – recovery. I lidé s tzv. závažným duševním onemocněním

se totiž mohou ve většině případů uzdravit, svědčí o tom např. výsledky přístupu finského Otevřeného dialogu, který se šíří dál do Anglie, Itálie aj. Na to se snažím neustále upozorňovat.

Je současné zapojení lidí se zkušeností do reformy dostatečné, nebo vidíte nějaké nedostatky?

Myslím, že lidé s psychiatrickou diagnózou v zapojení do reformy většinou nevidí moc naději. Chtělo by to nejednat za zavřenými dveřmi, ale zapojit do dění širší veřejnost, upozornit na to, že problém se týká prakticky všech. Za tímto účelem vznikl i „Otevřený dopis ČT – chceme pořad o duševním zdraví“ (<http://fokus-praha.cz/index.php/563-otevreny-dopis-ct-chceme-porad-o-dusevnim-zdravi>).

Jste jedním z ambasadorek projektu Na vlastní kůži. Co Vás k tomuto kroku přivedlo?

Pohnulo mě k tomu to, jak neutěšený až ubohý je současný stav systému. Místo péče o duši se člověk zpravidla dočká toho, že do něj cpou hořem dolem psychofarmaka. Schází možnost si popovídat, řešit své životní problémy. Myslím, že je stále potřeba upozorňovat na nedostatky. Obávám se, že reforma se zastaví někde na tom, čeho dosáhli ve vyspělých zemích v sedmdesátých, osmdesátých letech minulého století. Obor péče o duševní zdraví se však neustále vyvíjí. Nedávné vědecké studie ze zahraničí např. dokládají, že psychofarmaka někdy spíše úzdravě překážejí, tudíž žalostně chybí dostupnost psychoterapie, je stále málo svépomocných



skupin... Je potřeba zapojovat síť – tzv. „network therapy“. Reforma není konečný proces. Věřím, že bude ustavičně co zlepšovat.

Bylo to těžké rozhodnutí, začít veřejně vystupovat?

Asi je to vzácná příležitost, jak se brát za zájmy nás, lidí s diagnózou.

Jaká podpora byla pro Vás důležitá, abyste to rozhodnutí učinil a vydržel v něm?

Důležitá pro mě byla podpora všech blízkých – kolegů, přátel i manželky. Rovněž bych rád poděkoval Centru podpory transformace za oporu a pomoc při společném usilování o lepší svět.

Ctibor Lacina pracuje osm let jako vedoucí Klubu Mosty Fokusu Praha.

Transformace sociálních služeb

S podporou sociálních služeb mohou lidé s postižením žít v běžných domácnostech, převzít odpovědnost za svůj život a zvládat péči o sebe a domácnost tak, jak to dělají ti, kdo v ústavech nežijí. Mohou chodit do práce či stacionáře, vybírat si přátele, pěstovat své záliby nebo se stýkat se sousedy. Není důvod, aby svůj život trávili ve velkokapacitní instituci, která je v těchto činnostech omezuje.

Transformace je změna velkokapacitní ústavní služby (ústavy, léčebny, domovy se zvláštním režimem apod.) na bydlení, služby a podporu v běžném prostředí. Lidé díky transformaci odchází z velkých ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je obvyklý pro jejich vrstevníky a sousedy, s podporou šitou na míru.

Znamená transformace zrušení služeb pro lidi s postižením?

NE, nejedná se o rušení služeb, ale o změnu jejich poskytování. Většina lidí s postižením se z ústavů stěhuje do běžných bytů či rodinných domů, kde jim je zajištěna potřebná podpora např. formou asistence, chráněného bydlení, podporovaného bydlení nebo zaměstnávání. Využívají také denní stacionáře, místní služby a pomoc sousedů a přátel.

Odcházejí někteří lidé z ústavů a pobytových služeb úplně?

ANO, část současných klientů velkých ústavů se vrací ke svým rodinám nebo se stěhuje do domácnosti s přáteli – a pobytovou sociální službu již nepotřebují. Jsou to ti, kteří mají takové schopnosti a dovednosti, které jim umožňují vést samostatný život. Do ústavu se dostali pro nedostatek jiných možností. Ti, kteří potřebují sociální služby s bydlením, odchází do podporovaného vlastního nebo chráněného bydlení, do DOZP komunitního typu.



Pokud žil člověk v ústavu dlouhá léta a je tam zvyklý, zvládne změny a stěhování?

ANO, i když stěhování a životní změny jsou zátěž pro všechny. Pro člověka, který strávil část svého života v ústavním zařízení, jsou změny náročnější. Proto jim předchází důkladná příprava, která obnáší vyhodnocení potřeb člověka, naplánování kroků a průběhu změny a transformace. Součástí přípravy je výběr místa budoucího bydliště, návštěvy a navazování vztahů s okolím a rozvoj potřebných dovedností. Zkušenosti ukazují, že přes počáteční stres dochází u lidí po přestěhování ke zlepšení psychické pohody a navázání dobrých vztahů s okolím.



INSTITUTE?

- Dlouhé chodby, nejasně oddělená oblast bydlení od prostorů pro personál.
- Orientace na provozní potřeby ústavu.
- Již zvenku se budova odlišuje od běžných staveb pro bydlení.
- Členění budovy na „provoz“: ústavní kuchyně, ústavní prádelna, údržba apod.
- Specifické názvosloví: denní místnost, herna, sesterňa, lůžková část apod.
- Personál vnímá celou budovu, včetně osobního prostoru uživatele (pokoj) jako své pracoviště.
- Vybavení obvyklých prostor stejným nábytkem, stejnými závěsy apod.
- Členění na lůžkovou část, na denní část (zde všichni ji, tráví volný čas atd.).
- Bytveatel nemá žádný pokoj, který by byl jen jeho.

DOMÁCNOST!

- Jasně definované pokoje jednotlivých obyvatel (polohou, mírou soukromí).
- Orientace na člověka a běžný život.
- Stavba se zvenku neliší od okolních staveb pro bydlení.
- Kuchyně, komora, práčka apod. jsou součástí každé domácnosti.
- Běžné názvosloví: obývací pokoj, ložnice, kuchyně, jídelna, předstíř.
- Uživatel je ve svém bytě doma, pracovník si je vědom, že vstupuje do soukromí.
- Vybavení nábytkem a doplňky dle vkusu uživatele.
- Důsledné členění na menší bytové jednotky, jasně definované pokoje.
- Obyvatel má svůj pokoj nebo byt a má své soukromí.

Nabídka pro pobytové služby v transformaci

Desítky ústavních zařízení v Česku procházejí transformací. Mají zpracované nebo dokončují transformační plány. Vytvářejí nové služby pro uživatele. Nabízíme vám podporu **odborníků, kteří transformaci provedli více než 40 zařízení**, od transformačního plánu po vytvoření nových služeb a přechod uživatelů do běžného prostředí.

PODPORUJEME VEDENÍ TRANSFORMUJÍCÍCH ORGANIZACÍ:

- Vytvoření a realizace transformačního plánu, metodické vedení transformačního týmu, konzultace a připomínkování dokumentů
- Supervize pro vedoucí pracovníky
- Podpora vyjednávání změny s opatrovníky, pracovníky, zadavateli, obcemi...
- Akreditované kurzy: Komunikace s veřejností při transformaci, Efektivní vedení výběrových pohovorů, Řízení transformace, Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách
- Konzultace a workshopy na míru podle potřeb organizace

POSILUJEME PRACOVNÍKY PŘÍMÉ PÉČE:

- Zavádění metod práce (konzultace, tvorba metodik, školení pracovníků)
- Supervize
- Akreditované kurzy: Kurz pro pracovníky v přímé péči podporující začlenění do běžného života, Vyhodnocování potřeb dospělých uživatelů, Vyhodnocování potřeb dětských uživatelů v praxi, Úvod do transformace pro pracovníky v přímé péči, Standardy kvality v praxi transformace
- Konzultace a workshopy na míru podle potřeb pracovníků

POMÁHÁME ODSTRAŇOVAT ZÁVISLOST KLIENTŮ NA ÚSTAVNÍ SLUŽBĚ:

- Účast při individuálním plánování a vyhodnocování změny: nezávislá osoba hájící zájmy klienta
- Konzultace k podpoře rozhodování, řešení rizikových oblastí a rozvoji sociálních dovedností

- Vedení případových konferencí

CPT – ZKUŠENÍ A OCEŇOVÁNÍ ODBORNÍKŮ

Tým CPT má od roku 2010 zkušenosti s podporou transformace více než 50 ústavních zařízení v Česku i v zahraničí.

Jsmo zakládající člen Jednoty pro deinstitucionalizaci JDI.

Milan Šveřepa – Projektový manažer roku 2013 za realizaci Národního centra podpory transformace sociálních služeb. „Výrazný člen nastupující generace, [která se bude] významně podílet na dalším formování sociální práce v ČR.“ (Sociální práce 3/2014)

Terezie Hradilková – stipendistka Ashoky, nominována na cenu Mosty 2014 za rozvoj komunitní služby

www.podporatransformace.cz

www.facebook.com/podporatransformace

Jednota pro deinstitucionalizaci

Vize

Směřujeme k systémové společenské změně v oblasti sociálních služeb, ke společenské soudržnosti a k vyrovnání příležitostí a lidských práv pro lidi s postižením – chceme se aktivně zasazovat o deinstitucionalizaci sociálních služeb.

Usilujeme o to, aby:

- byl opuštěn koncept pobytových ústavních služeb jako neprofesionální a nevyhovující,
- každý člověk s postižením měl příležitost nežít v ústavu a dostával přiměřenou podporu v přirozeném prostředí,
- fungovaly kvalitní komunitní služby a odborná i společenská kontrola jakosti služeb,
- sociální pracovníci poskytovali a rozvíjeli kvalitní a účinné služby na základě individuálních potřeb konkrétních lidí,
- existovala společenská poptávka po sociálním začleňování lidí s postižením,
- rodiče, pečující osoby a lidé s postižením byli účastníky rozhodování.

Cíle

1. Podpora v komunitě

- 1.1. Zajistit, aby lidé dostávali potřebnou podporu kvalitních komunitních sociálních služeb v domácím prostředí, koordinovanou sociálními pracovníky na obcích.
- 1.2. Řešit oddělené bydlení a poskytování péče a zajistit cenově dostupné bydlení pro osoby s postižením.
- 1.3. Veřejné prostředky určené na sociální služby rozdělovat podle potřeb jednotlivých lidí s postižením, nikoli podle zdravotních diagnóz.
- 1.4. Zajistit dostupnost efektivních služeb zaměstnanosti, rovnost v přístupu ke zdravotní péči a dostupnost kompenzačních pomůcek a dětem a mladým lidem s postižením dostupnost vzdělávání v hlavním proudu.

2. Stop ústavům

- 2.1. Zastavit přijímání dospělých i dětí se zdravotním postižením do existujících ústavních zařízení a kvalifikovat žádost rodiny o umístění dítěte s postižením do pobytové sociální služby jako situaci ohrožující dítě.
- 2.2. Nevytvářet nová ústavní zařízení ústavní péče.
- 2.3. Transformovat stávající ústavní zařízení pro lidi se zdravotním postižením, ústavní zařízení pro děti a ústavní zařízení pro lidi s duševní nemocí do komunitních služeb poskytovaných v domácím a přirozeném prostředí.
- 2.4. Vytvořit, schválit a naplňovat státní strategii transformace/deinstitucionalizace.

3. Spolupráce

- 3.1. Vytvořit síť odborníků, představitelů správy a samosprávy a pečujících osob, kteří usilují o péči o lidi s postižením v přirozeném prostředí.
- 3.2. Zapojit lidi s postižením do rozhodování.
- 3.3. Získat podporu veřejnosti pro proces deinstitucionalizace a její cílový stav (lidé s postižením žijí a jsou uživateli služeb v přirozeném prostředí).

Principy deinstitucionalizace

Aby proces deinstitucionalizace proběhl úspěšně, jeho výsledky byly trvalé a nebyl jím nikdo poškozen, je třeba se při všech krocích a rozhodnutích učiněných během transformace řídit následujícími principy:

• **V každém okamžiku v průběhu deinstitucionalizace je nutné sledovat, zda změny směřují k začleňování uživatelů sociálních služeb do běžného života společnosti.** (Např. zda v nově vytvořené domácnosti sociální služby nedochází k tomu, že zde uživatelé sice žijí v lepších podmínkách, ale izolováni od okolí bez dalších vztahů mimo kontakty s pracovníky služby; zda služba, kterou uživatel využívá namísto původní ústavní služby, neposkytuje málo, nebo naopak příliš podpory, která uživatele brzdí v rozvoji či opuštění sociální služby apod.)

• **V každém okamžiku v průběhu deinstitucionalizace je nutné sledovat, zda jsou naplňována práva uživatelů sociálních služeb.** (Proces deinstitucionalizace s sebou přináší mimo jiné nutnost, aby řada lidí udělala řadu velkých rozhodnutí. Je důležité, aby tato rozhodnutí nepoškodila uživatele sociálních služeb a nebyla v rozporu s jejich potřebami a zájmy.)

• **Změny v průběhu deinstitucionalizace se týkají všech lidí, kteří jsou či budou uživateli sociálních služeb.** (Nelze je vztahovat např. pouze na lidi, kteří potřebují nižší míru podpory.)

• **Rozhodování o deinstitucionalizaci se účastní všichni, jichž se týká, zejména pak uživatelé služeb.** (Součástí procesu deinstitucionalizace je také práce na tom, aby lidé se zdravotním postižením měli dostatek kompetencí, dovedností a podpory k tomu, aby dokázali vyjádřit svůj názor.)

• **V průběhu deinstitucionalizace je zajištěno bezpečí uživatelů sociálních služeb, zejm. při rušení ústavních služeb.** (A to i po odchodu z ústavu. Nejvíce ohrožené je třeba nejvíce chránit. Nejvíce ohroženy jsou děti a také lidé, u kterých si nejsme jejich přáním jisti, lidé, kteří nekomunikují běžným způsobem.)

- **Součástí deinstitucionalizace je zvyšování povědomí veřejnosti.** *(Především o otázkách spojených se zdravotním postižením, lidskými právy, začleňováním do společnosti, využíváním sociálních služeb a deinstitucionalizací.)*
- **Deinstitucionalizace je řízený proces, který je pravidelně vyhodnocován.** *(Deinstitucionalizace je rozsáhlá změna, která nemůže probíhat náhodně nebo nahodile. Jinak je ohroženo bezpečí jejích účastníků.)*
- **Deinstitucionalizace se týká všech oblastí života uživatelů sociálních služeb.** *(Neomezuje se jen na sociální služby, zahrnuje např. i oblast vzdělávání, zaměstnávání, zdravotní péče, právního postavení uživatelů, bariérovosti prostředí.)*

www.facebook.com/5minutpo12

www.podporatransformace.cz

•

www.facebook.com/podporatransformace