



Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY

**Projekt „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“  
reg. č. CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0007038**

# **Zahraniční analýza bydlení pro osoby s duševním onemocněním**

## **Zpracovatelský tým:**

MUDr. Jan Pfeiffer

Mgr. Pamela Sanders, DiS

Jan Louženský



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ  
Strategie reformy psychiatrické péče

## **Obsah**

- I. ÚVOD – ZAHRANIČNÍ ANALÝZA: BYDLENÍ PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**
- II. HISTORIE VÝVOJE V OBLASTI BYDLENÍ**
- III. ORIENTAČNÍ PŘEHLED VÝZKUMŮ EFEKTIVITY JEDNOTLIVÝCH TYPŮ BYDLENÍ**
- IV. STÁVAJÍCÍ VÝVOJ**
- V. RECOVERY HOUSING MODEL**
- VI. STRATEGIE PRO TRANSFORMATIVNÍ ZMĚNU**
- VII. ZÁVĚR**
- VIII. LITERATURA**

## **I. ÚVOD – ZAHRANIČNÍ ANALÝZA: BYDLENÍ PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

I díky aktuálně končícím projektům zaměřeným na reformu péče o duševně nemocné, včetně projektu multidisciplinarity, se v posledních letech daří výrazně posílit spolupráci mezi lůžkovými a komunitními službami. Řada osob s duševním onemocněním, i těch, kteří byli v psychiatrických nemocnicích hospitalizováni mnoho let, dnes žije v běžnějších, normálnějších podmínkách, než jsou a mohou být v psychiatrických nemocnicích. Nicméně stále dochází k tomu, že někteří dlouhodobě hospitalizovaní v psychiatrických zařízení přecházejí do sociálních pobytových zařízení. V takovém případě těžko můžeme mluvit o deinstitucionalizaci, spíše se jedná o tzv. transinstitucionalizaci. Rovněž řada existujících komunitních skupinových bydlení má do značné míry rysy institucionální péče, a tak není schopna plnohodnotně posilovat proces zotavení svých rezidentů.

Běžné bydlení s adekvátní, individualizovanou a na zotavení orientovanou podporou, respektive jeho nedostatek, se nyní ukazuje jako jeden z nejkritičtějších článků dalšího pokračování reformy.

Následující text je snahou shrnout na relativně malé ploše více než půl století mezinárodního hledání cest na poli bydlení od ústavní péče k péči co nejvíce podporující zotavení osob i se závažným duševním onemocněním, včetně nalezení jejich plnohodnotné role v běžné komunitě.

## II. HISTORIE VÝVOJE V OBLASTI BYDLENÍ

Na mezinárodním poli se první transformace psychiatrických nemocnic začaly realizovat v 50. a 60. letech 20. století. V řadě zemí v této době dochází k poměrně rychlému a výraznému poklesu lůžek. Například v Kanadě došlo od roku 1965 (69 000 pacientů) do roku 1981 (20 000) k 70% poklesu lůžkové populace provinčních psychiatrických léčeben (Nelson, 2006). K podobnému snížení počtu pacientů v psychiatrických léčebnách došlo i v USA (Bachrach, 1976) a ve Velké Británii (Scull, 1977). Podpora, které se propuštěným pacientům dostávalo v počátcích deinstitucionalizace (a v mnoha případech dodnes), obvykle sestávala pouze z léků (Harris, Hilton, & Rice, 1993). Tento nedostatek podpory vedl k mnoha výzvám. Například Georing a kol. zjistili ve studii následné psychiatrické péče v Torontu, že šest měsíců po propuštění z psychiatrických zařízení v Torontu byla jedna třetina klientů znovu přijata do nemocnice, pouze 38 % bylo zaměstnáno, 68 % uvádělo středně těžké až vážné potíže v sociálním fungování a 20 % žilo v nevyhovujícím bydlení. V Dánsku Munk-Jorgenson (1999) jako důsledek deinstitucionalizace zjistil zvýšený počet sebevražd, umístění propuštěných klientů do věznění a nárůst rehospitalizací v psychiatrických lůžkových zařízeních.

Studie i samotná praxe jasně ukazovaly, že paralelně s redukcí lůžek v psychiatrických nemocnicích je zapotřebí budovat služby v běžné komunitě. Jako jedna z hlavních služeb se ukazovala potřeba bydlení. Začaly vznikat různé typy bydlení. Řada z nich však kopírovala klíčové rysy psychiatrických ústavů – byla zaměřena spíše na pečovatelské služby (léky a stravování) než na rehabilitaci. Pacienti měli nadále malou kontrolu nad svým životním prostředím. Zaměstnanci si ponechávali většinu, ne-li veškerou moc, čímž udržovali pacienty v závislé pozici.

V reakci na výše uvedená omezení pečovatelských zařízení začali odborníci na duševní zdraví vyvíjet bydlení, které poskytovalo programy aktivní rehabilitace se zaměřením na podporu životních a sociálních dovedností, nezávislosti a práce. Různé typy chráněného bydlení jako rehabilitační bydlení, domy na půli cesty, skupinové domy jsou příklady tohoto přístupu (Nelson, Aubry, & Hutchison, 2009). Tato zařízení integrovala léčbu a ubytování pod jednou střechou. Často vznikalo určité kontinuum složené z několika prostředí, která se lišila v intenzitě poskytovaných rehabilitačních služeb a míře poskytované autonomie (Ridgway & Zippel, 1990). Když se úroveň fungování obyvatel zlepšila, očekávalo se, že se přesunou do méně omezujícího prostředí (např. z domu na půli cesty do domu na čtvrt cesty). Avšak poměrně brzy se ukázaly problémy s tímto konceptem. Jen málo míst bylo schopno vyvinout plné kontinuum bydlení. Rezidenti si v bydlení, kam byli umístěni jako v prvním v řadě

předpokládané cesty, vytvořili vztahy s dalšími klienty i pracovníky služby a nechtěli se již dále „přesouvat“.

Chráněné bydlení je jednoznačně zlepšením oproti ústavnímu nebo opatrovnickému bydlení v komunitě, ale základní postavení pacienta jako příjemce služby do značné míry v tomto konceptu zůstává. Obyvatelé těchto zařízení získávají pouze částečnou kontrolu nad svým životním prostředím. I když je bydlení takzvaně v komunitě, stále zůstává prostředím segregovaným. Bývalí pacienti mají malou kontrolu nad tím, kde a s kým žijí, a je od nich požadováno, aby se účastnili rehabilitačních aktivit poskytovaných personálem v těchto „nenormalizujících“ prostředích.

Jedním z prvních, kdo přišel s myšlenkou samostatného, podporovaného bydlení byl Paul Carling (1995). Podstatou tohoto přístupu bylo, že osoby s duševním onemocněním si „vyberou, získají a udrží“ bydlení, které preferují. Podpůrný personál jim pomáhá najít trvalé bydlení, nikoli specializované programy bydlení. Důležitou složkou tohoto přístupu byly příplatky za nájemné, poskytované programem Sekce 8 amerického ministerstva bydlení.

Držitelé osvědčení podle § 8 platili na nájemném maximálně 30 % svých příjmů; zůstatek byl hrazen vládou. Neexistovaly žádné požadavky, aby zájemce o tento program byl v léčbě, střízlivý či bez symptomů duševního onemocnění atd. Základním principem tohoto přístupu byl „Housing First“, od čehož pak tento koncept získal i své jméno. Důležitým rysem programu bylo oddělení podpory a bydlení. Tyto dvě oblasti byly vzájemně propojené, ale zároveň na sobě nezávislé.

Dalším příkladem tohoto konceptu byl program „Pathways to Supported Housing“ v New Yorku (Tsemberis & Eisenberg, 2000). Program byl založen na přesvědčení, že bydlení je základním lidským právem pro všechny jednotlivce bez ohledu na zdravotní postižení, a poskytoval klientům bydlení dříve, než jim byly nabízeny ostatní služby. Nabízel všem klientům okamžitý přístup do stálých samostatných vlastních bytů (Tsemberis & Eisenberg, 2000, p. 488). Program Pathways kombinoval podporované bydlení s asertivní komunitní léčbou (ACT) a řadou dalších podpůrných služeb, které pomáhají klientům fungovat nezávisle a integrovat se v rámci komunity. Původní program Pathways úspěšně pracoval i s velmi náročnou populací lidí s vážným duševním onemocněním, řada z nich měla za sebou historii bezdomovectví.

### III. ORIENTAČNÍ PŘEHLED VÝZKUMŮ EFEKTIVITY JEDNOTLIVÝCH TYPŮ BYDLENÍ

#### Pečovatelské typy bydlení

Murphy et al. (1976) v jedné z prvních studií porovnávajících pěstounskou rodinnou péči s kontrolní skupinou pacientů, kteří zůstali v psychiatrické léčebně, nezjistili žádné rozdíly mezi těmito dvěma skupinami v několika ukazatelích výsledků během 18měsíčního období sledování. Segal a Kotler (1993) v 10letém sledování rezidentů pečovatelského domu v Kalifornii zjistili, že chráněná péče je spojena s omezením samostatného sociálního fungování a nárůstem pasivního sociálního fungování. Jinými slovy, obyvatelé se postupem času stali závislejšími na opatrovnickém bydlení. A při srovnávacím hodnocení různých typů bydlení v jihozápadním Ontariu obyvatelé domovů s pečovatelskou službou nevykazovali stejné pokroky v osobním růstu, zapojení do komunity a nezávislosti jako ti, kteří bydleli v podpůrných skupinových domovech nebo podpůrných bytech (Nelson, Hall, & Walsh-Bowers, 1997).

Celkově lze konstatovat, že výzkum nepodporuje pečovatelské typy bydlení (například domovy se zvláštním režimem) jako účinný přístup pro osoby s vážným duševním onemocněním (Parkinson et al., 1999).

#### Chráněné bydlení

O účinnosti chráněného bydlení existuje více důkazů. Časným a dobře kontrolovaným 40měsíčním longitudinálním průzkumem podpůrného bydlení byla randomizovaná studie Fairweathera a jeho kolektivu (1969) skupiny Lodge, ve které dříve hospitalizovaní pacienti žili ve společném zařízení v komunitě. Studie zjistila, že ve srovnání s pacienty, kteří „dostávali léčbu jako obvykle“, členové skupiny Lodge vykazovali v průběhu času významná zlepšení, pokud jde o snížení počtu hospitalizací a zvýšení konkurenční práce.

I když řada studií zabývajících se efektivitou chráněného bydlení trpí metodologickými problémy, většina autorů těchto studií (Leff et al., 2009; Nelson, Aubry, & Lafrance, 2007; Parkinson et al., 1999) dochází k závěrům, že chráněné bydlení je pro lidi s vážným duševním onemocněním spojeno s mnoha pozitivními výsledky.

#### Podporované bydlení – Housing First model

V současné literatuře lze najít poměrně velké množství studií zabývajících se následujícími tématy:

- Preference typu bydlení z pohledu osob se závažným duševním onemocněním.
- Význam svobody ve výběru a kontrole v oblasti bydlení.

- Vlastní realizace a podoba podporovaného bydlení.
- Výsledky efektivity podporovaného bydlení.

### **Preference typu bydlení z pohledu osob se závažným duševním onemocněním**

Z výsledků studií jasně vyplývá, že klíčovým je ptát se lidí s problémy v oblasti duševního zdraví, kde by chtěli bydlet, spíše než předpokládat, že odborníci vědí nejlépe, kde by daní klienti měli bydlet. V přehledu literatury o preferencích pro bydlení Tanzman (1993) zjistil, že většina osob s duševním onemocněním chce nezávislé bydlení (vlastní domy nebo byty); chtějí žít s přítelem či partnerem, nikoli s dalšími osobami s duševním onemocněním. Výzkum jako hlavní překážku k získání kvalitního, samostatného bydlení identifikoval nízké příjmy. Z přehledu literatury dále vyplývá, že většina osob s duševním onemocněním chce mít k dispozici odbornou pomoc 24/7, ale nechtějí kvůli tomu žít v kolektivním zařízení s permanentní přítomností profesionálních zaměstnanců.

V průzkumu mezi 300 lidmi s vážným duševním onemocněním v jihozápadním Ontariu Nelson a kolektiv (2003) zjistili, že 79 % sledovaných osob chtělo bydlet v bytě nebo ve vlastním domě, ale pouze 38 % osob žilo v typu bydlení, který preferovali. Podobně ve studii v Montrealu upřednostňovalo 77 % osob s duševním onemocněním bydlení ve vlastním bytě.

### **Význam výběru a kontroly v podporovaném bydlení**

Studie zabývající se možností volby a kontroly nad bydlením ukazují, že výběr a kontrola bydliště souvisí s nezávislým fungováním (Nelson, Hall a Walsh-Bowers, 1998), spokojeností s bydlením, stabilitou bydlení a psychickou stabilitou (Srebnik, Livingston, Gordon a King, 1995) a zvládnutím a snížením psychiatrických symptomů (Greenwood, Schaefer-McDonald, Winkel, & Tsemberis, 2005). Ve studii bezdomovců s duševním onemocněním ve třech městech Ontaria zjistili Nelson a kolektiv (2007), že v průřezových i longitudinálních analýzách možnost volby a kontroly nad vlastním bydlením pozitivně souvisela s kvalitou života, kvalitou bydlení a mírou zařazení do běžné komunity. Podobně v již zmíněném průzkumu preferencí osob s duševním onemocněním Nelson a kol. (2003) zjistili, že ti, kteří žili v typu bydlení, který preferovali, měli výrazně lepší kvalitu života než ti, kteří bydleli v bydlení, které nepreferovali.

Výsledky řady studií ukazují, že samostatné (podporované) bydlení, možnost volby a kontroly nad bydlením představují optimální cestu pro zotavení osob s duševním onemocněním. Výsledky studií zpochybňují někdy stále přetrvávající představu, že odborníci vědí lépe než jejich „pacienti/klienti“, co potřebují a co je pro ně nejlepší.

## IV. STÁVAJÍCÍ VÝVOJ

Zatímco chráněné bydlení a podporované bydlení byly kdysi v ostrém kontrastu, postupem času se začaly principy samostatného bydlení integrovat i do některých typů skupinového chráněného bydlení (např. trvalost bydlení, individualizovaná podpora, orientace na zotavení).

Rog a Randolph (2002) hodnotili dle hlavních dimenzí podporovaného bydlení (např. výběr bydlení, oddělení bydlení a služeb, výběr služeb) 43 programů chráněného bydlení se 129 různými programy. Spíše než jasné rozlišení mezi tím, co podporované bydlení je a co není, výsledky naznačovaly, že existuje kontinuita v programech bydlení. Wong, Filoromo a Tennille (2007) identifikovali následující hlavní domény podporovaného bydlení:

- Možnost výběru, kde bude dotyčný bydlet.
- Bydlení je v běžné komunitě.
- Osoba/„nájemník“ má velkou kontrolu nad svým životem.
- Podpora je individualizovaná a flexibilní.

Vyvinuli také sadu indikátorů pro každou doménu a shromáždili data z archivních zdrojů a z průzkumu mezi poskytovateli i klienty z 27 programů nezávislého života. Podobně jako Rog a Randolph (2002) zjistili značnou variabilitu v míře, do jaké se programy přibližovaly ideálním kvalitám podporovaného bydlení.

Hodnoty a moc jsou důležité v transformačních snahách, které usilují o zásadní změnu ve strukturách sociálních systémů (Nelson, Lord, & Ochocka, 2001; Nelson & Prilleltensky, 2005). V novém paradigmatu v oblasti duševního zdraví je osoba s duševním onemocněním vnímána jako „nájemník“ bydlení, osoba s právy a potenciálem přispívat společnosti, nikoli jako pacient nebo klient, který má být pod dohledem nebo řízen. Je zde také zaměření na silné stránky a potenciál k uzdravení, nikoli na deficity nebo nemoci dané osoby. Navíc v transformovaném systému duševního zdraví se klienti stávají aktivními účastníky plánování služeb a výzkumu se skutečnou mocí, hlasem, možností volby a kontroly. Hlavní překážkou pro implementaci této hodnoty je sankcionování profesionálů společností jako odborníků, kteří mají moc diagnostikovat a léčit duševní choroby. Dalším důležitým předpokladem pro nové paradigma v oblasti duševního zdraví je sociální začleňování. Lidé s problémy s duševním zdravím by neměli v komunitě pouze existovat, ale měli by být jejími váženými členy. Konečně je zde potřeba sociální spravedlnosti a spravedlivějšího přidělování zdrojů. Je třeba zavést takovou politiku a podporu, aby bylo možné překonat chudobu, ve které žije mnoho klientů s duševním onemocněním.



Podporované bydlení je příkladem transformativní změny v přístupu k bydlení pro lidi s vážným duševním onemocněním. Na individuální úrovni dochází k transformaci z pacientů či klientů bydlení na nájemníky s právy; na úrovni vztahů se pomáhající vztahy transformují z dohledu nad personálem na místě na individualizovanou podporu zaměřenou na klienta; na organizační úrovni jsou bydlení a podpora odděleny, čímž se odborníci na duševní zdraví dostávají z role pronajímatele; na komunitní úrovni dochází k transformaci od stigmatu a vyloučení ve specializovaném, segregovaném bydlení k integraci do normálního bydlení a komunit; a na společenské úrovni doplatky na nájemné umožňují lidem lepší přístup a kontrolu nad financemi a bydlením (Carling, 1995).

## V. RECOVERY HOUSE

Ačkoliv z výše uvedeného vyplývá, že modely „klasického chráněného bydlení“ jsou více a více nahrazovány modely „housing first“, pro některé osoby s duševním onemocněním a pro některé specifické cíle jsou stále platné, a to o to více, pokud procházejí inovací směrem k principům zotavení. Recovery houses (domy zotavení) začaly nejprve vznikat pro osoby s problematikou závislosti. Posléze se některé z jejich principů začaly aplikovat i pro osoby se závažným duševním onemocněním.

V současné době existuje několik inovovaných zařízení typu recovery house především v zemích, jako je Itálie, Skotsko, Anglie, Irsko, Dánsko, Nový Zéland a jiné. Zde proces deinstitucionalizace péče o duševní zdraví již proběhl a došlo k rozvoji sítě komunitních služeb, 24hodinových komunitních služeb, k uzavření ústavů a zřízení míst pro následné pokračování v zotavení.

V Itálii v důsledku reformních procesů v systému péče o duševní zdraví vznikl nový model, tzv. Terstský model péče o duševní zdraví, který vychází především z deinstitucionalizace péče o duševní zdraví, kterou inicioval italský psychiatr Franco Basaglia. Právě Terstský model se nyní považuje za jeden z hlavních mezinárodních modelů v deinstitucionalizační praxi. Pro zlepšení kvality a dobré praxe oddělení pro duševní zdraví v Terstu neustále investuje do inovativních postupů a strategií. Jedním z nejnovějších příkladů bylo zřízení Recovery House, tj. zařízení, které podporuje procesy zotavení a smysluplné změny v životech mladých lidí, kteří již využívají služeb duševního zdraví. V roce 2015 se stal Recovery House v Terstu i školicím centrem Světové zdravotnické organizace (angl. WHO Collaborating Centre for Research and Training). Toto centrum se staví proti sociální diskriminaci, stigmatu a naopak propaguje tzv. aktivní občanství a svéprávnost, a to tím, že aktivně spolupracuje s místní komunitou. Centrum zvolilo přístup „bottom-up“ (od uživatele služeb a jeho rodiny vzhůru). Při vytváření centra Recovery House dbali na to, aby se sešli s budoucími uživateli, aby mohli společně navrhnout samotný koncept.

Zásadním krokem/posunem tímto směrem bylo pochopení pojmu „recovery“, který zde byl chápán jako „hluboký a jedinečný proces, ve kterém osoba s vážnými duševními problémy (znovu) převezme vlastnictví svého života“. (IMHCN)

Jinými slovy, v průběhu tohoto procesu dojde k aktivnímu převzetí odpovědnosti za překonávání existenčních, sociálních a psychologických problémů. Silvie Bon, která „díky“ vlastní zkušenosti přispěla k pochopení potřeb lidí s duševním onemocněním, uvádí důležitost

poznatek, že nejdůležitější je „uznání hodnoty uzdravení, možnosti dosáhnout lepšího blahobytu“.

Terstský model je založen právě na této myšlence. Zjednodušeně řečeno, pokud se lidé s vážným duševním onemocněním mohou uzdravit, což je dokázané jak vědecky, tak to vyplývá i z příběhů lidí s vlastní prožitou zkušeností, pak zůstává už jen jedna otázka: Co pomáhá k tomu, aby tito lidé mohli vést plnohodnotný život?

Na základě uvedeného předpokladu vznikl roku 2015 pilotní projekt v rámci Recovery Learning Community prostřednictvím zařízení Recovery House. Cílem tohoto projektu bylo podpořit procesy zotavení a další navazující významné změny v životě mladých lidí, kteří již využívali služeb duševního zdraví, ale nepocíťovali uspokojivou kvalitu života, protože se stále cítili „chyceni“ ve svém utrpení.

Následující popis vychází ze studie, která vznikla na základě výstupů skupiny mladých lidí žijících v Recovery House v Terstu po dobu 6 měsíců. Tato kvalitativní studie pozorovala účastníky při jejich každodenních setkáních a na základě získaných a zaznamenaných dat/zkušeností, které byly podrobeny kvalitativní kritice, vznikly následující závěry.

První osazenstvo domu zotavení v Terstu tvořila skupina 6 osob (4 muži a 2 ženy) ve věku 18–35 let. Doba pobytu činila 6 měsíců (4/2015 – 10/2015).

- Cíl:**
- 1) Podpořit zotavovací procesy a změny těch, kteří služeb duševního zdraví využívali.
  - 2) Založit a rozvíjet komunitu, která se učí zotavovat.
  - 3) Diskutovat o způsobu, jakým služby duševního zdraví budou podporovat, jaké budou jejich role a postupy.
  - 4) Podpořit vnímání sebe sama a sebeurčení.

**Metody:** The Hearing Voices Approach, Open Dialog a Individual Placement and Support.

**Postup:** Personál centra péče o duševní zdraví identifikoval šest lidí s rodinnými příslušníky a vyzval je k účasti. Proběhlo otevřené shromáždění spojené s návštěvou domu, na němž se mohli setkat všichni potenciální účastníci. Délka pobytu byla schválena na šest měsíců, mohla se však lišit podle osobních potřeb a projektu daného člověka. Po tuto dobu dostal každý jedinec prostor a čas, aby mohl reflektovat sám sebe i své osobní příběhy a aby mohl hledat nové významy, aniž by ztratil styk se svou sociální nebo pracovní/studijní situací mimo dům. Záměrem práce v Recovery House bylo přenést pozornost k osobní zkušenosti jedince i jeho rodiny tak, že hlavní roli hrály celkové potřeby a přání klienta. Tento přístup kladl především

důraz na kvalitu vztahů v oblasti duševního zdraví, a to mezi lékaři, dobrovolníky a dalšími osobami.

**Výsledek:** Tato studie primárně poskytuje vhled do procesů v rámci vybrané skupiny účastníků, zejména do prohlubování sdílených zážitků, osobních příběhů, různých strategií na zvládnání situací. Mezi nejdůležitější nástroje patřilo navazování vztahů založených na důvěře a dialogu, zasluhujících zvláštní pozornost při rozdělování rolí, pravomocí a volbu jazyka.

### **Jak vypadal první „recovery house“ v Terstu**

Pro tento projekt byl vybrán velký dům se zahradou, který poskytla asociace Associazione San Martino al Campo (tato asociace spolu se skupinou center duševního zdraví spolupracuje na poskytování služeb v oblasti duševního zdraví). Lidé, kteří se od začátku podíleli na rozvoji projektu:

- konzultanti (školitelé) z mezinárodní sítě International Mental Health Collaborating Network, kteří jednak školili první personál, jednak se podíleli i na zavádění přístupu založeného na zotavení;
- pracovníci a případoví manažeři (z center péče o duševní zdraví, angl. Community Mental Health Centres), kteří se ujali řídicí a operační role.

Důležitá byla pravidelná setkání uživatelů (klientů) s poskytovateli – tzv. ranní setkání, která sehrála důležitou roli v tomto projektu. Účast na setkáních, která se konala v pravidelnou dobu a trvala 1,5 hodiny, byla dobrovolná (ale doporučená). Těchto ranních setkání se účastnilo 12 lidí (6 uživatelů, lékaři a dobrovolníci). Na schůzkách probíhal dialog, během něhož docházelo k výměně a sdílení zkušeností, naslouchání a zároveň klienti měli prostor se vyjádřit. Téma nebylo předem dané/připravené, vycházelo z potřeb účastníků projektu. Záležitosti, které se zde probíraly, byly jak praktické a organizační (např. pobyt v Recovery House), tak zde byl prostor i pro diskusi na jakémkoliv téma (např. subjektivní osobní záležitosti).

Další setkání, např. skupinová setkání a ostatní aktivity (jóga, výtvarné aktivity, hudební aktivity atd.), probíhala paralelně. Během těchto setkání se rovněž probíraly jak praktické záležitosti ohledně společného soužití (organizační apod.), tak i osobní témata, subjektivní záležitosti.

Jako hlavní metoda byla uplatňována strategie pozorování účastníka (popis a analýza jeho chování, pozorování řečového projevu v reálném prostředí). K vyhodnocení výsledků byla použita kombinovaná a participační metoda (zahrnující strukturované rozhovory, pozorování účastníků a dotazníky).

Některé principy tohoto přístupu se týkaly spíše zaměření na vyprávění a příběhy dané osoby a významných osob (rodina, přátelé, příbuzní, operátoři atd.) než na diagnózu a klinický příběh. Větší pozornost byla věnována užívání léků a konzultaci s předepisujícími lékaři v rámci sdíleného rozhodovacího procesu.

Tato pilotní zkušenost potvrdila prostřednictvím každodenního sdíleného prostoru a času důležitost uvedených setkání při uzdravování a také důležitost „sdíleného jazyka“. Za neméně důležité bylo považováno hlavně vyhýbání se technickým a patologickým termínům. Větší pozornost se proto věnovala příběhům, pocitům a zážitkům. Dále se kladl důraz na budování pozitivních vztahů mezi uživateli, praktiky, rodinami a dalšími zainteresovanými stranami.

Od samého začátku byla hlavní součástí programu úzká a intenzivní spolupráce s rodinami a s Recovery Learning Community. Dále bylo třeba vytvořit prostor pro naslouchání potřebám a příběhům klientů, pro něž bylo důležité být ve skupině, neboť mohli být součástí vytvořeného sdíleného zážitku, kde se cení přátelství, uznávají úspěchy a lidé se podporují tak, aby dosáhli plnohodnotného života.

### **Principy a klíčové prvky Recovery House (Domu zotavení):**

- Od začátku být součástí jiné filozofie v péči o duševní zdraví.
- Zotavení prostřednictvím osobní a kolektivní cesty (sdílená odpovědnost za chod domu, ale i prostor pro osobní cestu skrze ranní schůzky a další aktivity).
- Skupina se stává prvkem, který podporuje změnu.
- Klient je vždy zapojen do rozhodovacích procesů (všichni jsou experti).
- Zaměstnanci nikdy nekomunikují, ani mezi sebou, o klientech bez jejich přítomnosti.
- Nová schopnost překonávat rozpory – projekt ve všech svých aspektech může být každým okamžikem upravován a revidován všemi lidmi, to pomůže těm, kdo bydlí v domě, lépe definovat, co potřebují.
- Používat jazyk, který je blízký všem, je třeba respektovat osobu a její pravdu.
- Důležitá přítomnost peer pracovníků.
- Rozvoj trvalého procesu vzájemného učení.

### **Popis 6 měsíců v Recovery House v Terstu**

Jednotlivé měsíce reflektovaly potřeby, zkušenosti a záležitosti, na kterých se účastníci podíleli.

#### 1. měsíc:

- První rozhovory se týkaly jazyka, způsobu komunikace a každodenního života v domově, např. kdo bude vařit, kdo bude mít klíče, jaké bude mít skupina denní činnosti (např. basketbal, lekce jazyka, pěstování zeleniny apod.).
- Označení účastníků – lidé si zvolili termín „hosté“.
- Důležité bylo respektovat jedince a jeho zkušenost (bolestivé).
- Řízení vlastní medikace.
- Vyzněly otázky typu: Je dialog s úřady vůbec možný? Jak najít způsob, abychom všichni společně fungovali bez prvku instituce?

#### 2. měsíc:

- Druhý měsíc byl především o tom, jaké **prostředky a nástroje** by měly být používány.
- Zavedení osobního deníku.
- PATH (angl. Planning Alternative Tomorrows with Hope) – plánování alternativní budoucnosti s nadějí – náhrada lékařských klinických poznámek.
- Diskuse o penězích a medikaci (skupina rozhodla, že toto bude upraveno každému hostu dle jeho potřeb po dohodě s lékařem, rodinou a hostem samým).
- Medikace – nejnižší možné dávky.
- Konec druhého měsíce – došlo k prohloubení sdílení osobní zkušenosti (vztah se členy rodiny, vzorce závislosti v rodině a jejich dopady), pojem odolnosti.
- Vyzněly otázky typu: Jak dát vlastní existenci smysl? Jak posílit podíl operátorů MHC?

#### 3. měsíc:

- Zaměření na **význam času a prostoru** potřebného pro cestu za zotavením.
- Vystaly spory, pochybnosti a změny rolí, což vyžadovalo neustálou reflexi.
- Debata na téma „hlasy v hlavě“.
- Na konci třetího měsíce dva hosté prožili „krizový moment“.
- Návrh na vytvoření „videoprojektu“, který by pokrýval poslední 3 měsíce v domě.

#### 4. měsíc:

- Flexibilita projektu – jeden z hostů se po společné dohodě rozhodl, že přestane pobývat v domě a bude do domu jen docházet na denní činnosti – host nebyl nikdy vyloučen z rozhodovacího procesu.
- Důraz se kladl na toleranci nejistoty a překonání vlastních vzorců chování.

- V průběhu této doby zazněly otázky jako: Jaký mám závazek na své cestě za zotavením?
- Délka pobytu byla častějším tématem (Stačí všem jen 6 měsíců?), některé hosty zajímalo, zda je možné zůstat i déle.
- Během 4. měsíce byla vytvořena nová skupina s názvem Gruppo Voci (skupina, která slyší hlasy).

#### 5. měsíc:

- V tomto měsíci se hosté zabývali především aktivitami, které byly spojené s vnějším životem (práce, studium, ubytování apod.).
- Příprava na život po projektu = setkání se nekonala tak často jako na začátku, pokud ano, tak hosté sdíleli své pocity ze změny, dále také obavy a touhy.
- Odkaz – poznámky pro další skupinu hostů – co by mohlo pomoci?
- Návrhy: teambuilding aktivity hned na úvod, víc práce s peer asistenty, peer asistenti ideálně členy personálu.

#### 6. měsíc:

- Příprava na opuštění „Domu zotavení“.
- Rekapitulace pobytu: důležitá a hluboká zkušenost. Jeden z hostů poznamenal: „Vědomí, že si s sebou ponesu vše, co jsem zde mohl prožít.“

Ranní setkání byla nastavena jako prostor pro společnou debatu, místo pro setkávání, sdílení a spolupráci. Díky těmto setkáním se ukázalo, jak jsou vztahové procesy pro osobní cestu ke zotavení důležité.

### SHRNUTÍ PĚTI ZOTAVOVACÍCH PROCESŮ V PRŮBĚHU ŠESTI MĚSÍCŮ V DOMĚ ZOTAVENÍ:

- 1. Znovunabytí vlády nad svým životem**
- 2. Opětovné vybudování osobní a sociální identity**
- 3. Propojení vztahů**
- 4. Naděje do budoucnosti**
- 5. Nalezení smyslu a účelu života**

## VI. STRATEGIE PRO TRANSFORMATIVNÍ ZMĚNU

Zatímco o model podporovaného bydlení Housing First je v současnosti značný zájem, mnoho lidí s vážným duševním onemocněním stále žije ve výkonu trestu odnětí svobody, v nevyhovujícím soukromém nájemním bydlení bez finančních doplatků na nájemné, v azylových domech nebo na ulici. Například v roce 2002 bylo ve státu Ontario v USA ve vazbě celkem 4 864 osob s duševním onemocněním, tedy 44 % z celkového počtu vládou financovaných pobytových služeb pro lidi s duševním onemocněním (Centrum pro závislost a duševní zdraví, 2002).

Nelson a kol. (2009) navrhli strategii změny, která stojí na třech základních pilířích:

### 1. Budování vize a hodnot

Je zapotřebí budovat a rozšiřovat vizi a hodnoty, které jsou v souladu s přístupem Housing First. I dnes existuje mnoho mýtů a mylných představ o duševních chorobách, včetně názorů, že lidé s duševním onemocněním jsou nebezpeční, nepředvídatelní, neschopní činit vlastní rozhodnutí a potřebují péči. Takováto přesvědčení nejsou jen mezi laickou veřejností, ale někdy je možné je najít i mezi pracovníky v oblasti péče o duševní zdraví. Tato stigmatizující přesvědčení často velmi blokují možnosti integrace osob s duševním onemocněním do běžné komunity (Foster-Fishman, Nowell, & Yang, 2007).

Aby došlo k transformaci, musí být stigmatizační přesvědčení konfrontována a nahrazena alternativní vizí konceptu zotavení a souborem hodnot (občanství, holistické zdraví, moc, sociální začlenění a sociální spravedlnost), které k této vizi vedou (Sylvestre, Nelson, Sabloff a Peddle, 2007).

Příkladem, jak posunout myšlení v oblasti péče o osoby s duševním onemocněním na politické i praktické rovině, mohou být aktivity kanadského senátora Kirbyho, jenž vypracoval zprávu o duševním zdraví v Kanadě (Kirby & Keon, 2006) s názvem „Out of the Shadows at Last“. Tato zpráva poskytuje solidní základ, ze kterého lze budovat pozitivnější názory na lidi s duševním onemocněním, jejich potenciál pro uzdravení a jejich potřeby. Ve zprávě se hovoří o právu na příjem, bydlení a podporu. Na základě této zprávy vznikla Kanadská komise pro duševní zdraví (MHCC). Komise mimo jiné financovala kampaň proti stigmatizaci nazvanou Opening Minds, která byla v prvním roce zaměřena na mládež a odborníky ve zdravotnictví (Kanada pro duševní zdraví, n. d., Otevírání mysli).



V kvalitativní studii tří organizací pro duševní zdraví v regionu Waterloo v Ontariu zjistili Nelson a kol. (2001), že budování nové vize a hodnot bylo důležitým výchozím bodem pro transformační změny, jimiž každá ze tří organizací prošla.

## 2. Vzdělávání a advokacie

K překonání mýtů, mylných představ, neznalosti a setrvačnosti ohledně naléhavého sociálního problému bydlení lidí s vážným duševním onemocněním je zapotřebí vzdělání a advokacie. Je také potřeba hnutí, které by tlačilo na vlády, aby financovaly bydlení pro tuto populaci.

Jedna z iniciativ výše zmiňované komise MHCC, která vzešla z práce senátora Kirbyho, je dobrým příkladem transformačních změn v bydlení a duševním zdraví. MHCC financovalo výzkumný demonstrační projekt v pěti městech At Home/Chez Soi (Vancouver, Winnipeg, Toronto, Montreal, Moncton) na téma Housing First pro lidi bez domova s vážným duševním onemocněním (MHCC, n. d., At Home). Více než 1 300 Kanadčanů s vážným duševním onemocněním, kteří byli bez domova, bylo v rámci této iniciativy umístěno do bydlení dle vlastního výběru. Výsledky tohoto projektu byly velmi povzbudivé.

Podobné iniciativy probíhaly i v Evropě (Dun, 2008) či Austrálii (Edwards, Fisher, Tannous a Robinson, 2009). Následně pak tyto iniciativy vytvářely veřejný tlak na vlády k podpoře přístupu Housing First pro lidi s vážným duševním onemocněním.

## 3. Konzultace

Po fázi „nátlaku“ je zapotřebí dostat se do fáze konzultací s vládami, metodiky a tvůrci politik a odborníky z praxe, aby se formy pečovatelského bydlení změnila na podporované nebo podpůrné bydlení. Například ve zprávě Parkinsona a jeho kolektivu (1998) je dobře popsán proces konzultace v regionu Niagara. V regionu žilo 74 osob v pečovatelském domě, 28 osob v chráněném bydlení. Neexistoval zde koncept Housing First. Výstupem konzultačního procesu bylo využití nových finančních prostředků z II. fáze iniciativy pro duševní zdraví pro bezdomovectví k vytvoření 86 jednotek samostatného bydlení s externí podporou. Po následné konzultaci s Ministerstvem zdravotnictví a dlouhodobé péče Ontaria byl doporučen posun směrem k přístupu Housing First (Sylvestre et al., 2007).



## VII. ZÁVĚR

Z přehledu vývoje ze zemí, v nichž transformace péče o duševně nemocné probíhá či proběhla, zřetelně vyplývá, že zajištění bydlení a adekvátní individualizované podpory v běžných životních podmínkách i osobám s vážným duševním onemocněním je jedním z klíčových aspektů úspěšného procesu deinstitucionalizace.

Z analýzy zahraničních zkušeností můžeme sledovat, jak se koncept bydlení pro osoby s duševním onemocněním od šedesátých let minulého století do dnešních dob proměňuje. Jednou z hlavních proměnných je míra kontroly ze strany zaměstnanců a orientace péče od poskytování základních potřeb po posilování procesu zotavení.

Souhrn charakteristik základních přístupů v oblasti bydlení osob s duševním onemocněním může být následující:

### MÍRA KONTROLY ZAMĚSTNANCI:

ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKY	PEČOVATELSKÉ BYDLENÍ	CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ	RECOVERY HOUSING	HOUSING FIRST
<b>Základní rysy</b>	Rezidenční pečovatelské prostředí: pečovatelské domy, domovy se zvláštním režimem, pěstounské rodiny	Skupinové domy chráněného bydlení, domy na půli cesty, ubytování více klientů v jednom bytě	Skupinové bydlení (max. 4 až 6 osob)	Běžné ubytování (nájemné byty atd.)
<b>Postavení umístěné osoby</b>	Pacient	Klient	Obyvatel	Nájemník
<b>Role zaměstnanců</b>	Poskytovatelé péče	Poskytovatelé rehabilitace	Kouč zotavení	Kouč zotavení
<b>Míra kontroly</b>	Kontrola obyvatel zařízení je jedním z hlavních poslání této služby	Umístěné osoby mají jen malou míru kontroly nad tím, s kým a kde budou žít a jaký typ péče jim bude poskytnut, mají však jistou míru kontroly nad chodem bydlení	Demokratické rozhodování o všech společných záležitostech	Kontrola všech základních oblastí je v rukou té které konkrétní osoby





<b>Podstata intervencí</b>	Poskytování základní péče (ubytování, hygiena, strava...) uvnitř zařízení	Zaměstnanci, povětšinou v rámci chodu zařízení, poskytují rehabilitační intervence (návčik vaření, zacházení s penězi atd.)	Terapeutická komunita s cílem posílení zplnomocnění, naděje do budoucnosti, vybudování osobní a sociální identity, nalezení smyslu a účelu života obyvatel	Členové podpůrného týmu poskytují podporu externě; podpora je vždy individuální a je určována danou osobou, jejími aktuálními přáními a potřebami
----------------------------	---	---	--	---

U nás je stále velká část lidských i finančních kapacit vázaná v sociálních pobytových zařízeních (DOZP, DZR), zcela odporujících Úmluvě o právech lidí se zdravotním postižením. I když některá tato zařízení byla transformována, výsledným stavem jsou různé typy skupinového chráněného bydlení. Avšak ani ty nenaplnují článek 19 Úmluvy o právech lidí se zdravotním postižením: Možnost žít v běžné komunitě a možnost vybrat si kde a s kým žít. Kolektivní chráněná bydlení mohou být řešením pro velmi specifické skupiny osob s duševním onemocněním, ale neměla by být do budoucna řešením dominantním.

Modelem, který může být u nás velmi inspirativním pro modernizaci existujících chráněných bydlení, možná i některých stávajících lůžkových kapacit, je model domů zotavení, tzv. recovery house. V partnerském, rovném vztahu rezidentů a zaměstnanců si obyvatelé/hosté procházejí cestou znovunabytí vlády nad svým životem, opětovného vybudování osobní a sociální identity. Pracují na rozvoji naděje a nalezení smyslu a účelu svého života.

Nicméně zřetelným trendem budoucnosti je oddělení bydlení a podpory. Tomuto nejlépe vyhovuje model „Housing First“. Tento model je již i v našich podmínkách pilotován, ale povětšinou pro jiné skupiny obyvatel než pro osoby se závažným duševním onemocněním.

Vedle dostatečného, kvalitního a moderního vzdělávání a tréningu pro profesionály v oblasti bydlení (včetně pobytových zařízení) je zapotřebí silného společenského tlaku, intenzivního zapojení veřejné i politické sféry. Jedině tak mohou ze sítě našich služeb mizet ghetta, kde jsou osoby s duševním onemocněním izolovány a segregovány.





## VIII. POUŽITÁ LITERATURA

Deinstitutionalization in Italian psychiatry – the course and consequences Part I. The course of deinstitutionalization – the activity of Basaglia's group, *Psychiatr Pol.* 2015 Mar-Apr; 49(2): 403–12.

Maj M. *Brief history of Italian psychiatric legislation from 1904 to the 1978 reform act.* *Acta Psychiatr. Scand.* 1985; 316: 15–25.

Plato de G, Minguzzi G. *A short history of psychiatric renewal in Italy.* *Psychiatry Soc. Sci.* 1981; 1: 71–77.

Recovery House v Terstu: Na začátku nové cesty k zotavení (orig. The Recovery House of Trieste: Beginning a Recovery Journey in an Innovative Experience), <https://imhcn.org/trieste-recovery-house-and-learning-community-18-months-later/>

Tranchina P, Archi G, Ferrara M. *The new legislation in Italian psychiatry.* *Int. J. Law Psychiatry* 1981; 4: 181–190.

The Top Ten Concerns About Recovery Encountered in Mental Health System Transformation

What does Rec. mean in practice

WHO\_Guidance on community mental health services\_2021

