

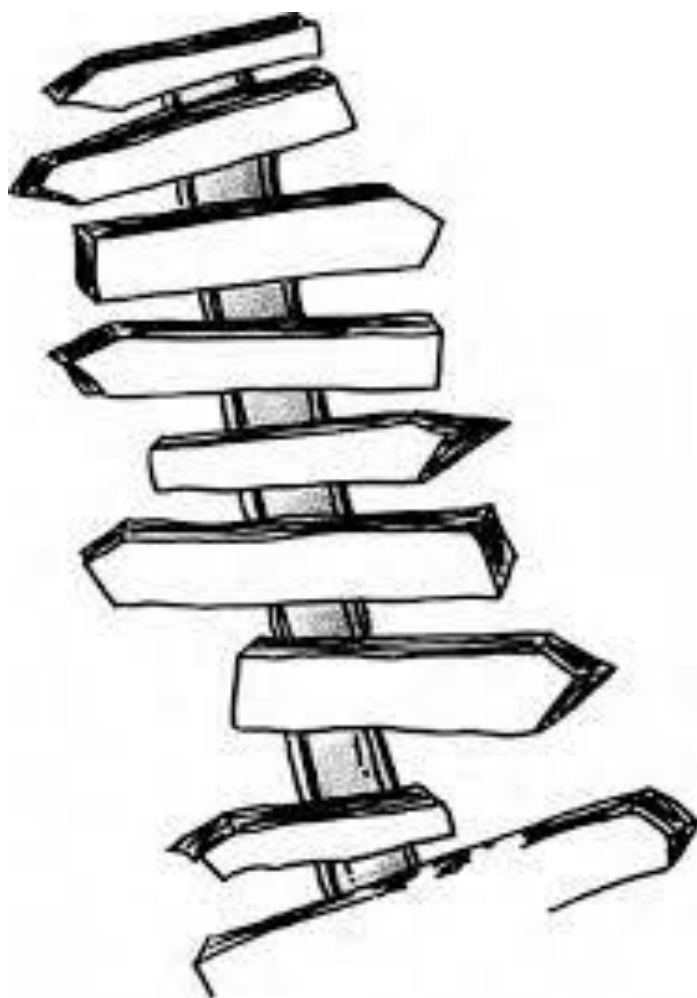


# Metodika dobré praxe č. 9: Zotavovací dům – Recovery house

MOTTO:

„Cokoli dokážeš nebo o čemkoli sníš – pusť se do toho. Odvaha má v sobě génia, moc a kouzlo.“

Johann Wolfgang Goethe



*Tento dokument byl zpracován v rámci projektu „Podpora zavedení multidisciplinárního přístupu k duševně nemocným“, registrační číslo CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_039/0007038, který je realizován Ministerstvem zdravotnictví v rámci Operačního programu Zaměstnanost spolufinancovaného z Evropského sociálního fondu.*





## **ZPRACOVATELSKÝ A REALIZAČNÍ TÝM**

PhDr. Lenka KRBCOVÁ MAŠÍNOVÁ  
MUDr. Johan PFEIFFER  
Tomáš KREJČÍ

Příklady dobré praxe:

Bc. Andrea SAHULOVÁ  
Hana KONOPKOVÁ, DiS.  
Magdaléna POMARESOVÁ  
Mgr. Aleš LANG

## OBSAH

Úvod .....	3
Příklad dobré praxe z italského Terstu .....	4
Recovery housing v Chomutově .....	20
Služba bydlení / následné péče Psychiatrické nemocnice v Opavě s potenciálem růstu k domu zotavení .....	29
Příklad dobré praxe největšího poskytovatele bydlení pro lidi s vážným duševním onemocněním: Chráněné bydlení Bona .....	37
Souhrn metodických doporučení .....	41





## Úvod

Recovery house (česky „zotavovací dům“) je místo, ve kterém probíhá **komplexní, tj. tělesné, psychické a sociální, zotavení člověka s duševním onemocněním**. V Itálii, kde neexistují psychiatrické nemocnice (léčebny), je hlavním způsobem podpora člověka s duševní nemocí v jeho komunitě. To znamená, že odborníci pracující jako case manažeři – lékaři, psychologové, zdravotní sestry, sociální pracovníci, peer konzultanti docházejí za člověkem do jeho přirozeného prostředí, případně on za nimi. U těch lidí s duševním onemocněním, kde je tento způsob dočasně nedostačující a je potřeba pobytu mimo přirozené prostředí, přichází jako jedno z možných řešení místo na zotavení v RECOVERY HOUSE.

Během realizace projektu zavádění multidisciplinární spolupráce jsme pracovali i s týmy z pobytových sociálních služeb typu chráněného bydlení či pobytové sociální rehabilitace. Opakovaně jsme řešili téma, jak má být vymezena služba „domu zotavení“.

Během projektu jsme opakovaně naráželi na „nastavená pravidla“ v pobytových službách. Zdálo se, že jsou nastavována v některých případech až příliš přísně a lidem s duševním onemocněním neumožňují, aby ve službě, kterou potřebují, mohli setrvat. „Porušování nastavených pravidel“ vedlo častokrát k „vyloučení“ člověka s duševním onemocněním ze sociální služby. Druhým opakem pak byly situace, kdy práce tzv. bez pravidel vedla k „nekonformitě a nejistotám pracujících týmů“.

Pro systém péče je tedy velmi podstatné zabývat se nastavením domů orientovaných na zotavení. V následujícím textu popisujeme zkušenosti z italského Terstu ústy Paula Bakera a rodící se nové myšlenkové a přístupové koncepty v České republice, kde je řada poskytovatelů, kteří si uvědomují potřebu změny současného nastavení pobytových služeb v ČR.

To, co je konceptům společné, je princip, který je možný nazvat depatologizací, tj. odstranění škodlivých návyků a přístupů, jako jsou institucionální prvky v životě lidí s duševním onemocněním. V recovery house platí hlavní zásada, že **člověk s duševní nemocí je na prvním místě**. Nic se neřeší bez jeho aktivní účasti, bez ohledu na jeho práva, protože zdraví je především každého vlastní zodpovědnost. Jde o paradigmatický posun od „NIC O NÁS BEZ NÁS“, o změnu a posun promítnutý do role uživatele, pečovatele, organizace i systému.

*PhDr. Lenka Krbcová Mašínová  
a MUDr. Jan Pfeiffer,  
gestoři projektu*





## Příklad dobré praxe z italského Terstu

Začínáme příkladem dobré praxe z italského Terstu, slovy pana Paula Bakera, doplněnými o výstupy z článku „The Recovery House of Trieste: Beginning a Recovery Journey in an Innovative Experience“, publikovaného v Journal of Recovery in Mental Health, 2018.



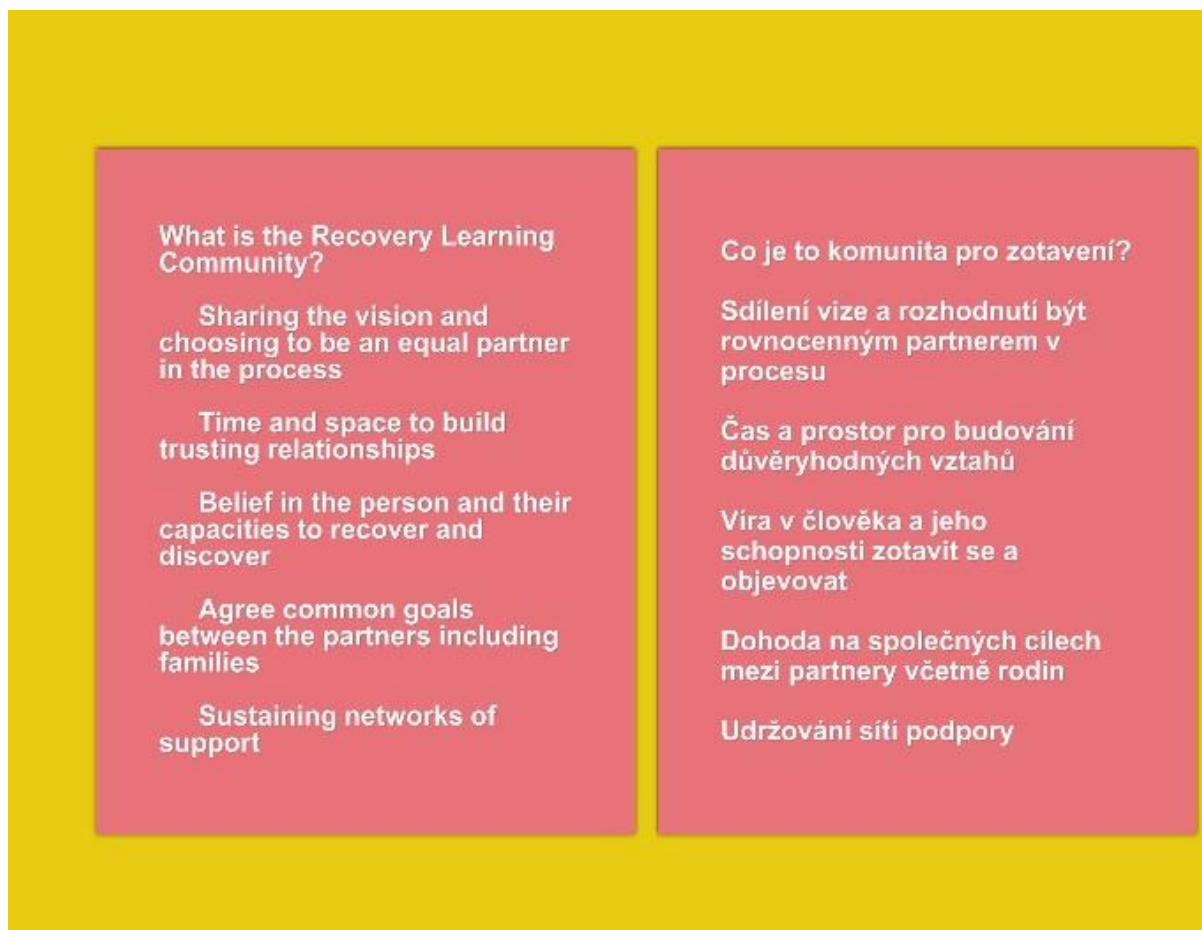
Terstský model péče o duševní zdraví je výsledkem procesu změn, které v Itálii proběhly v 70. letech 20. století z iniciativy psychiatra Franca Basaglii. Tato změna vedla k uzavření psychiatrických léčeben a vytvoření sítě 24hodinových komunitních služeb.

Jedním z nejnovějších příkladů je právě zřízení „domu zotavení“, zařízení podporujícího procesy zotavení a smysluplné změny v životě nejen mladých lidí, kteří již využívají služeb v oblasti duševního zdraví.

### Recovery house jako prostor pro duševní zdraví

Na dům zotavení se obracejí především lidé s neobvyklými zážitky spojenými s duševním onemocněním (například lidé slyšící hlasy nebo mající bludná přesvědčení), kteří dosud nenašli řešení svých potíží.

Teoretický rámec je silně inspirován poznatky lidí, kteří sami prošli procesem zotavení a založili hnutí vedené uživateli. Záměrem je poučit se z jejich zkušeností a pokusit se vyvinout přístup, který je na těchto prvcích založen.



Jednou z nejkonzistentnějších otázek je **důležitost zapojení se do neobvyklých zkušeností namísto snahy o jejich potlačení**. Být v „bezpečném“ vztahu s neobvyklými znepokojivými zážitky může člověku pomoci získat nad nimi moc, zejména pokud jsou tísnivé a rušivé.

V důsledku toho lidé s vlastní zkušeností, tzv. odborníci s vlastní zkušeností, na svém životním příkladu ukazují možnost zotavit se z chronického onemocnění, jako je např. schizofrenie, a pokročit ve svém životě, i když „příznaky“ duševního onemocnění nemusely nutně zmizet z jejich života.

Vycházejíc z tohoto předpokladu se v dubnu 2015 rozhodlo Spolupracující centrum WHO pro výzkum a vzdělávání v italském Terstu (WHO CCRT Trieste) vytvořit komunitu pro zotavení (Recovery Learning Community), jejímž centrem by byl „Recovery house“ (dům zotavení). Ten byl navržen jako inovativní zkušenost v rámci sítě služeb, které oddělení duševního zdraví poskytuje občanům.

Z posledních dvou desetiletí jsou již k dispozici praktické poznatky, jak je důležité pro služby v oblasti duševního zdraví zavádět postupy orientované na zotavení. První náznaky této potřeby přinesla hnutí uživatelů služeb, která obhajovala práva pacientů na seburčení a na plnohodnotný život i s přítomností neobvyklých zkušeností (např. Národní centrum pro zplnomocnění, Intervoice).

Přístup zotavení byl poté přijat službami duševního zdraví a zahrnut do politik služeb.



### Who?

- People who had been in long term contact with services who hear voices
- Their families and members of social networks
- Mental Health Department, cooperatives, Peer supporters, Support Staff, External facilitators



### Kdo?

- Lidé, kteří byli dlouhodobě v kontaktu se službami a slyší hlasy
- Jejich rodiny a členové sociálních sítí
- Oddělení duševního zdraví, spolupracovníci, peer podporovatelé, podpůrný personál, externí facilitatoři



Během procesů deinstitucionalizace se v mnoha zemích vyvinuly nové zkušenosti a způsoby práce. To, co se jim zdá být společné, je vytváření kontextů, které podporují možnost vyjádření subjektivity zkušenosti lidí (uživatelů a profesionálů) v sociálním prostředí.

Metody jako „přístup slyšení hlasů“, „otevřený dialog“ a „individuální umístění a podpora“ jsou některými příklady nových strategií, projektů, programů a přístupů v oblasti duševního zdraví orientovaného na zotavení.

Dům zotavení je zařízení, které je založeno na této perspektivě.

### Terst's Recovery House

Dům zotavení, který se nachází uvnitř sítě služeb pro duševně nemocné, byl zamýšlen jako inovativní zařízení pro uživatele služeb a jako příležitost k podpoře procesů zdola nahoru, jako je zapojení uživatelů služeb a rodin. Ti byli skutečně od samého počátku přizváni k aktivní účasti na přípravě samotného projektu. Stalo se tak v prostředí otevřeného shromáždění (Recovery Learning Community), na němž skupina začala spoluvytvářet projekt tím, že odpověděla na následující otázku: „Jak bychom chtěli, aby dům zotavení vypadal?“

Kromě toho byl dům zotavení vnímán jako příležitost pro odborníky, aby se podíleli na bezpečné a upřímné reflexi toho, jak by mohly být služby poskytovány jinak, aby byly účinnější při dosahování společného cíle v podpoře lidí a jejich sítí při zotavování.

Z úvodního setkání k otevřenému plánování domu zotavení (Recovery Learning Community) vyplynulo, že dům zotavení by se měl snažit nabídnout prostředí, ve kterém je možné:





### Changing the Culture through:

**A Personal approach: the needs of the individual over the institution**

**Understanding and addressing family relationships and history**

**The central importance of self determination and hope**

**Creating spaces to tell our own whole life stories**

**Finding our personal strengths and goals**

**Identifying assets and allies**

### Změna kultury prostřednictvím:

**Osobní přístup: potřeby jednotlivce nadřazené potřebám instituce**

**Pochopení a řešení rodinných vztahů a historie**

**Ústřední význam sebeurčení a naděje**

**Vytvoření prostoru pro vyprávění vlastních celých životních příběhů**

**Nalezení našich osobních silných stránek a cílů**

**Identifikace předností a spojenců**

- spolupracovat s jedním nebo více odborníky na duševní zdraví, které si dotyčný vybere jako svého partnera, při společném zkoumání osobních příběhů, vyprávění, obav a nadějí;
- od samého počátku zapojit rodinné příslušníky, podporovatele a další důležité osoby/agentury, které mohou hrát klíčovou roli na cestě člověka;
- vytvářet a posilovat odolnost tím, že pomáhá člověku s duševním onemocněním bezpečně se vypořádat s životními obtížemi a obavami způsobenými onemocněním;
- posílit sociální síť osoby s cílem získat větší pocit sounáležitosti, vzájemné důvěry a vzájemné podpory.

Dům zotavení byl určen pro mladé lidi, kteří nejméně tři roky využívali služby v oblasti duševního zdraví ve městě Terst a dosud nenašli sílu k tomu, aby získali plnou zodpovědnost za svůj život. Cílem bylo podpořit je v objevování úspěšné cesty k jejich cílům.

Zrod služby byl odrazem široké spolupráce. Oddělení duševního zdraví v Terstu ve spolupráci s Mezinárodní sítí pro spolupráci v oblasti duševního zdraví (IMHCN) a místními organizacemi, jako je Associazione San Martino al Campo, Sociální družstvo Germano, a rodinnými příslušníky vdechlo život této inovativní zkušenosti, která se stala plnohodnotnou součástí celé sítě služeb duševního zdraví.





## Creating My Discovery Journey

Emphasis on gaining control, good relationships and personal fulfilment

Creating a sense of belonging

Sharing, understanding, and learning to live well with my experiences such as paranoia and hearing voices

Person regains hope, acquires a new sense of self and purpose

Takes control of their life and makes decisions about what to do

What help to call upon should this be needed

Making connections between individuals, families, groups, institutions and services

## Vytvoření mé cesty objevování

Důraz na získání kontroly, dobré vztahy a osobní naplnění

Vytváření pocitu sounáležitosti

Sdílení, pochopení a učení se dobře žít se svými zkušenostmi, jako je paranoia a slyšení hlasů

Člověk znovu získává naději, získává nový smysl pro sebe sama a smysl života

Přebírá kontrolu nad svým životem a rozhoduje o tom, co bude dělat

Jakou pomoc přivolat v případě potřeby

Navázání kontaktů mezi jednotlivci, rodinami, skupinami, institucemi a službami





Jako místo pro zřízení domu zotavení byl vybrán dům Brandesia. Je to velký dům s velkou zahradou. Dům poskytlo Associazione San Martino al Campo, sociální družstvo, které od roku 2012 spolupracuje s Oddělením duševního zdraví při poskytování služeb v oblasti duševního zdraví prostřednictvím využívání individuálních osobních zdravotních rozpočtů.

Od začátku projektu poskytovali podporu při rozvoji dva konzultanti z Mezinárodní sítě pro spolupráci v oblasti duševního zdraví. Školili podpůrný personál domu zotavení a usnadňovali aplikaci přístupu orientovaného na zotavení pro celou komunitu Recovery Learning Community. Na manažerské a provozní úrovni se aktivně podíleli také pracovníci a vedoucí případů ze čtyř terstských komunitních center duševního zdraví (CMHC).

Účast v domově zotavení byla dobrovolná. Šest osob a jejich rodinných příslušníků bylo vytipováno pracovníky CMHC a vyzváno k účasti. Bylo uspořádáno otevřené shromáždění a osobní návštěva, což poskytlo příležitost setkat se se všemi potenciálními účastníky.

Délka pobytu byla stanovena v průměru na šest měsíců, nicméně se může lišit podle osobních potřeb a projektů dané osoby. Během této doby měl každý člověk možnost využít prostor a čas k zamyšlení nad sebou samým a nad svým osobním příběhem a k hledání nových významů, aniž by ztratil kontakt se svými společenskými a pracovními/studijními zkušenostmi mimo dům.

Important Lessons	Důležité lekce
<ul style="list-style-type: none"><li>· Having fun together</li><li>· Relationships are most important</li><li>· Ensuring choice</li><li>· The importance of language</li><li>· Adopting the values through a consistent approach</li><li>· Ensuring Families are full partners in the process</li><li>· Developing and sustaining Community Resilience</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Užívání a zneužívání léků</li><li>· Usnadnění vedení vrstevníků</li><li>· Depatologizace zkušeností osob prostřednictvím celoživotních příběhů</li><li>· Umožnění sebeurčení a význam sdílené odpovědnosti</li><li>· Podstupování uvážených rizik</li><li>· Nic o nás bez nás</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>· The use and abuse of medication</li><li>· Facilitating Peer Leadership</li><li>· Depathologising the persons experience through whole life stories</li><li>· Enabling self determination and the importance of shared responsibility</li><li>· Take considered risks</li><li>· Nothing about the person without the person</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>· Společná zábava</li><li>· Vztahy jsou nejdůležitější</li><li>· Zajištění možnosti volby</li><li>· Důležitost jazyka</li><li>· Přijetí hodnot prostřednictvím důsledného přístupu</li><li>· Zajištění toho, aby rodiny byly plnohodnotnými partnery v procesu</li><li>· Rozvoj a udržování odolnosti komunity</li></ul>

Těžiště práce v domě zotavení spočívalo v přesunu pozornosti od patologie k osobnímu prožívání člověka a rodiny tím, že se oceňovaly všechny jejich potřeby a přání. Tento přístup kladl důraz na kvalitu vztahů mezi odborníky na duševní zdraví, dobrovolníky a ostatními zapojenými občany.

### Otevřená komunikace jako základ

V souladu s předpoklady byly podporovány příležitosti k diskusi a reflexi na skupinové i individuální úrovni. Skupinové schůzky probíhaly každý den od pondělí do pátku a trvaly přibližně 1,5 hodiny. Nazývaly se „ranní setkání“ a měly dialogický charakter, představovaly časoprostorovou dimenzi, v níž každý mohl svobodně naslouchat a vyjadřovat se v rámci perspektivy výměny a sdílení. Účast na setkáních nebyla povinná, ale velmi doporučovaná jako možný zdroj, díky němuž byl člověk vyzván, aby poskytl nebo přijal příspěvek.

Organizace skupinových setkání a výběr aktivit se neřídily předem stanovenou pevnou strukturou, ale byly vytvářeny a spoluvytvářeny podle potřeb lidí zapojených do projektu.

Kromě dopoledních setkání probíhaly v prvních měsících i další skupinové aktivity, které organizovali sami uživatelé a pracovníci, např. sportovní aktivity, wellness aktivity (např. jóga, výtvarné aktivity, tělesné aktivity), hudební aktivity a skupina slyšících hlasy.

**S důrazem na dialogickou praxi a sdílené rozhodování,** které jsou základem praxe orientované na



zotavení, jsme předpokládali, že ranní setkání jsou klíčovým prostředím, kde lze rozvíjet vztahy důvěry, a tím zlepšovat proces zotavení účastníků projektu.

Prioritou je porozumění zkušenostem lidí s duševním onemocněním a jejich interpretaci jevů spojených s duševním onemocněním. Možné společné interpretace jsou upřednostňovány před kauzálními vysvětleními.

Ranní setkání se obvykle konala v 9:00 a jejich cílem bylo zamyslet se nad důležitými otázkami pro komunitu, které souvisejí se společným životem; diskutovat o případných problémech, které by se mohly vyskytnout. Problémy, které měly vliv na pobyt v domově; organizační a praktické aspekty, jako jsou subjektivní otázky. Témata vždy navrhovali lidé zde žijící, což posilovalo pocit sounáležitosti a soudržnosti z pohledu „komunity, která se stará sama o sebe“.

Jako výsledky pozorování účastníků dopoledních setkání uvádíme témata, která se objevila v každém z šesti měsíců projektu. Chronologie je důležitá pro pochopení procesu změn v průběhu této šestiměsíční zkušenosti.

### **První měsíc: Co budeme dělat a jak to budeme dělat?**

Začátek zkušenosti byl charakterizován dialogem o organizačních otázkách jako zkušenost, kterou je třeba vytvořit se zúčastněnými sociálními aktéry. První rozhovory se týkaly praktických aspektů každodenního života v domě: rozdělení činností, jako je vaření, jaký druh jídla si pořídit, kdo dostane každé ráno chleba, jak spravovat bránu domu: otevřená nebo zavřená? A kdo má klíče?

Dalším tématem, které se objevilo, byla organizace každodenních činností uvnitř skupiny: jak naložit s časem uvnitř domu, pokud jde o praktické a reflexivní činnosti? Skupina si zvolila některé způsoby aktivit, jako jsou lekce angličtiny s anglickým konzultantem, basketbalový kroužek, divadelní aktivity, bioenergetika a pěstování zeleniny na zahradě domu. Byl vytvořen týdenní rozvrh s aktivitami navrženými účastníky.

Vyvstala také otázka jazyka, počínaje volbou jiného označení pro lidi projektu. Místo „uživatelů“ se skupina rozhodla pro „hosty“, což je slovo, které v sobě nese pocit pohostinnosti.

Druh používaného jazyka se vztahuje ke komunikačnímu procesu a kvalitě vztahů. Zde byly položeny dvě důležité otázky: Jak mohu v této zkušenosti mluvit o sobě? Jak lze jazyk použít ke komunikaci ve smyslu spolupráce a produkce?

V oblasti jazyka a vztahů bylo poselstvím vyhnout se patologizaci zkušeností účastníků, včetně zkušenosti se slyšením hlasů, a považovat je naopak za lidské zkušenosti.

Předpokladem tedy nebylo „řekni mi, co je na tobě špatného“, ale „řekni mi, co se ti stalo“. Proto bylo od počátku projektu nezbytné hledat **jazyk blízký zkušenostem osob, jak je samy definovaly, a vyhnout se používání odborného a klinického jazyka.**

Za důležité bylo považováno respektovat osoby a jejich vyprávění, považovat jejich bolestné zážitky za smysluplný fenomén, kterému je třeba porozumět, a ne za součást symptomů, které je třeba potlačit.



Během tohoto prvního měsíce začala skupina hovořit o lécích: o možnostech samosprávy léků v domácnosti; např. o možnosti mít individuální skříňky na pokojích, které by hostům umožnily větší samostatnost při nakládání s vlastními léky.

Vyvstaly následující otázky: Kdo by za to byl zodpovědný? Jak se vypořádat s rolemi, institucemi a občanskou odpovědností odborníků?

Na základě těchto diskusí skupina prohloubila své úvahy a zvažila:

- Jak vybudovat bezpečnost, aniž by byla ohrožena autonomie?
- Je možný dialog s institucemi?
- Jak se vypořádat s rozpory přítomnými ve všech typech institucí?
- Jak je možné vytvořit způsob kolektivního fungování (prostřednictvím partnerství v rámci domu), jehož středobodem je člověk (respekt, naslouchání, důvěra, sdílená odpovědnost), aniž by došlo k jeho institucionalizaci?

### Druhý měsíc: Od moci ke vztahům důvěry

Druhý měsíc projektu začal diskusemi o tom, jaké nástroje a pomůcky by mohly být v domě zotavení použity. Například vedení osobního deníku a využití nástrojů zotavení, jako je PATH (plánování alternativních zítřků s nadějí), byly některé z možností, které se zvažovaly jako náhrada klinických poznámek o osobě, které si psali odborníci pracující v domě.

Otázka komunikace a vztahů v domě byla podstatnou součástí procesu a byla stálým tématem, které ukazuje, jak skupina postupně vytvářela prostředí, ve kterém bylo možné jít po cestě vzájemnosti, zkoumat osobní příběhy a vyprávění o životě, výzvách a nadějích.

Jak uvedl pracovník zapojený do domu zotavení, jedním z problémů bylo: „**Odcházíme od mocenských vztahů ke vztahům důvěry.**“

Důvěrné a bezpečné prostředí umožnilo skupině mluvit o důležitých aspektech života, jako jsou peníze a léky. Skupina se rozhodla, že správa těchto dvou aspektů každodenního života v domě bude individualizována pro každého hosta v dialogu s danou osobou, rodinou a odborníky. Společným cílem však bylo snížit medikaci na minimum u všech hostů, a to ve spolupráci s referenčním psychiatrem z center duševního zdraví.

Objevily se některé otázky týkající se zapojení hostů do aktivit, které přinesly témata, jako je individualita a kolektivita jako dimenze v procesu zotavení, motivace a angažovanost každého člena ve společných aktivitách a úvahy o rozdílech mezi individualitou a individualismem.

Na konci druhého měsíce se prohloubilo sdílení osobních zkušeností: vztahy s rodinnými příslušníky, závislost a nezávislost v rodině a možné dopady v čase. V souvislosti s tím skupina diskutovala o konceptu odolnosti: významu mít alespoň jednu pozitivní postavu s blízkou důvěrou (přítele, člena rodiny, praktického lékaře), která aktivuje osobní zdroje.



Skupina také hovořila o dětství, dospělosti a síle volby: „Myslím, že když se staneme dospělými, musíme si uvědomit, že se neustále rozhodujeme.“ (host 2) „I když si nevybírám, vybírám si, že si nevybírám.“ (host 5)

Dalším prohlubujícím se tématem bylo hledání smyslu: Jak dát smysl vlastní existenci? Skupina zkoumala některé činnosti, jako je umění, sport, pobyt s lidmi, práce, hospodaření s časem, spiritualita, religiozita, osobní pocit identity, individuální volby, které při sdílení se skupinou zvyšovaly smysluplnost.

Praktickým aspektem, o němž se diskutovalo, byla potřeba většího zapojení praktických lékařů a lékařů psychiatrů center duševního zdraví. Otázkou se proto stalo: Jak podpořit větší zapojení provozovatelů MHC v rámci projektu?

### **Třetí měsíc: Nepřetržitý proces změny**

Na konci třetího měsíce prožili dva z hostů krizový okamžik. Pracovníci domu zotavení aktivovali síť kolem těchto hostů a zorganizovali intenzivní setkání s pracovníky komunitních center duševního zdraví a s rodinnými příslušníky.

Během dopoledních setkání tento krizový moment vyvolal důležité úvahy pro celou skupinu, která se nacházela uprostřed projektu. „Zotavení není lineární proces, stejně jako není lineární život.“ (host 3)

Objevily se požadavky týkající se individuálního jednání a schůzek, které by vycházely z potřeb dané osoby, prohloubení sdílení osobních příběhů na skupině a příjemných aktivit, které by se daly dělat společně se všemi hosty domu zotavení. To byly některé z požadavků skupiny.

Jeden z hostů navrhl „videoprojekt“, který by společně vytvořili během posledních tří měsíců pobytu v domě. Spočíval v sestavení videa o předsudcích, utrpení ze stresujících zážitků a strategiích zvládnání. Skupině se tento nápad líbil a začala plánovat aktivity pro tento projekt.

### **Čtvrtý měsíc: Překračování rozporů a personalizace cest zotavení**

Na začátku tohoto měsíce se jeden z hostů po individuální práci s provozovatelem a rodinou rozhodl pokračovat v projektu v jiném režimu, docházel na každodenní aktivity, ale v domě již nespál.

To svědčí o flexibilitě projektu: jednotlivé cesty byly projednány s hostem **v souladu s principem zplnomocnění a sdíleného rozhodování „nic o mně beze mne“.**

Host (v tomto případě žena) byl vždy zahrnut do rozhodovacích procesů: být protagonistou svých přání a potřeb se stává cestou k vyjednávání, rozvoji a zplnomocnění.

Prostorové a časové dimenze, které jsou přítomny v kontextu domu zotavení, vybízejí hosta k vytváření a plánování akcí k definování cesty, která respektuje jeho potřeby a umožňuje osobní konfiguraci těchto oblastí/dimenzí.

Dům zotavení byl v této fázi viděn jako příležitost ke změně institucionálních vztahů s hostem, rodinou, zařízením, centry duševního zdraví a komunitou. Obecně tato jeho role byla opakovaným tématem v diskusích. Byla vyzdvihována možnost postupného hlubšího soustředění se hosta na své zkušenosti



a prožitky s duševním onemocněním a následnou možností realizovat spirálovitý vývoj při zpracování některých důležitých prvků, jako například získání nové schopnosti řešit rozpory a konflikty.

Bylo oceněno, že projekt může být ve všech svých aspektech kdykoli upraven a revidován všemi lidmi, včetně těch, kteří pomáhají, a těch, kteří v domě žijí, aby lépe definovali své potřeby. Pro pracovníky to znamenalo naučit se tolerovat nejistoty a porušit své obvyklé vzorce chování, pro rodiny nově definovat svůj čas, své potřeby a snížit kontrolu nad svými „dětmi“. Z tohoto pohledu jsme všichni odborníky dynamického procesu, který se přizpůsobuje lidem, a nikoli naopak.

Na druhé straně skupina diskutovala o závazku jednotlivých hostů k cílům projektu domu zotavení. Jaký je můj závazek s mou cestou k zotavení? Souvisí mé cíle s osobní a subjektivní prací, nebo jen s trávením času? „Závazek je výchozím bodem.“ (host 4)

Byla sdílena některá zážitková témata, jako například: být součástí procesu změny, být schopen být pochopen druhými (říkat a naslouchat), být vyslechnut v domě, porozumět druhým, zažít pohodu, zvýšit si sebevědomí.

Během tohoto měsíce hosté vytvořili novou skupinu s názvem „Gruppo Voci“ (skupina slyšících hlasů) pro lidi, kteří slyší hlasy, a lidi, kteří se o toto téma zajímají. Skupina začala fungovat jednou týdně v odpoledních hodinách, kdy se jí účastnili někteří hosté a praktikující.

Zhruba na konci tohoto měsíce začala skupina mluvit o ukončení svého pobytu v projektu. Někteří hosté se ptali, zda je možné zůstat déle než šest měsíců:

„Stačí každému šest měsíců?“

„Proces zahájený v tomto půlroce musí pokračovat i mimo něj.“

„Projednat s provozovateli RH a MHC způsoby pokračování.“

„Nezapomeňte oslavovat kroky, které jsme udělali.“

### **Pátý měsíc: Daleko, ale tak blízko**

V pátém měsíci se hosté více věnovali vnějším aktivitám, jako je studium, práce a hledání nového bydlení. V důsledku toho byly schůzky méně časté, protože hosté trávili více času zvažováním svých možností a dalších kroků po skončení pobytu v projektu.

Současně se jednalo o intenzivní setkání s tématy plnými emocí. Skupina hlouběji sdílela své osobní příběhy a hovořila o „důvěře“ ve skupině. Sdíleli také své pocity ohledně změny situace a vzorců jednání s rodinou a přáteli, například změnu vzorce obět versus trýznitel, včetně převzetí odpovědnosti, zvýšení sebedůvěry a sebeúcty.

Je důležité zdůraznit, že když mluvíme o sdílení zkušeností, byli do něj zahrnuti všichni účastníci, nikoli pouze hosté. Kterýkoli provozovatel, dobrovolník nebo další účastníci diskutovali nejen o problémech, které přinesli hosté, ale diskutovali o svých vlastních problémech jako o aktivní součásti procesu – sdílení zkušeností a reflexí. To skutečně konfigurovalo dům zotavení jako osobní a kolektivně-společnou cestu.

Úvahy o příští skupině, která vstoupí do domu: Co by mohlo být užitečné pro zahájení druhé skupiny





domu zotavení? Objevilo se několik návrhů, jako například provést několik počátečních aktivit, které by skupinu sblížily a více motivovaly; a více pracovat s peer podporovateli, zapojit je jako součást personálu.

Hosté hovořili o nových vizích a přáních a záchraně starých, které se týkají domova, práce, studia a pohody. Uvnitř tohoto tématu byly obavy a touhy považovány za důležité prvky, které se týkají toho, že obavy jsou vždy přítomny, ale nemohou být větší než touhy.

### **Šestý měsíc: Vědět, že si s sebou přinesu všechno, co jsem tu mohl prožít**

V posledním měsíci jsme měli několik příležitostných setkání na začátku měsíce. Za součást procesu můžeme považovat i to, že energie účastníků, zejména hostů, se soustředila mimo dům, když se připravovali na odchod z domu zotavení.

Během posledních setkání skupina diskutovala o tématu dokončení procesu jako o hluboké a důležité zkušenosti. Hovořili o některých minulých zkušenostech, jak něco ukončit a uzavřít, jak se rozloučit se situacemi a osobami. Co jim v tom pomáhá nebo co jim to usnadňuje? „Pocit kontinuity prožitku uvnitř (nás) a vně (domu).“ (host 1) „Vědomí, že si s sebou odnesu všechno, co jsem tu mohl prožít.“ (host 4)

### **Závěry a doporučení**

Popisná data nám ukázala, že ranní setkání byla nastavena jako místo a prostor pro sdílení a spolupráci, což dokládá význam tohoto nástroje v rámci projektu „Recovery house“. Ranní setkání zdůraznila, jak zásadní jsou pro tyto osobní cesty zotavení dialogické a vztahové procesy.

Pokud jde o tuto problematiku, Jerry Tew a kol. přinesli velký příspěvek k našim úvahám, když předložili přehled důkazů o vlivu sociálních faktorů na zotavení a poukázali na to, že výsledný koncepční rámec zahrnuje pět vzájemně propojených procesů zotavení souvisejících s pozitivními vztahy:

- posílení a získání kontroly nad vlastním životem;
- obnovení pozitivní osobní a sociální identity (včetně řešení dopadu stigmatizace a diskriminace);
- propojenost (včetně osobních a rodinných vztahů a širších aspektů sociálního začlenění);
- naděje a optimismus ohledně budoucnosti;
- hledání smyslu a cíle života.

Popis měsíčních setkání dokládá, že skupina si vybudovala trajektorii vycházející z tohoto prvního prvku: rozhodování o praktických otázkách a organizaci domu odstartovalo proces sdíleného rozhodování, který umožnil hostům společně rozhodovat o tom, jak organizovat společný každodenní život v domě. Jednalo se o cvičení v rozvoji autonomie a zplnomocnění, neboť všechna rozhodnutí byla diskutována a sdílena na schůzkách. Od samého počátku bylo společné rozhodování součástí rutiny ranních setkání; a zdá se, že byl usnadňován i v dalších kontextech, jako jsou shromáždění Recovery Learning Community a setkání s klinickými lékaři. Zdá se tedy, že je skutečně důležitým krokem pro rozvoj pozitivních vztahů uvnitř skupin i mimo ně.

Postupně se skupina zaměřila na témata, jako je komunikace, síla jazyka a vztahy moci a důvěry. Společně obnovovali možnosti dialogu, naslouchání a konstruování vyprávění o sobě samých.



Nejlepší jazyk je ten, který je nejbližší zkušenosti člověka, respektuje jeho vyprávění a považuje všechny zážitky za smysluplné jevy, kterým je třeba porozumět, a ne za symptomy, které je třeba potlačit.

To bylo v souladu s literaturou o zotavení, která zdůrazňuje důležitost jazyka používaného odborníky na duševní zdraví pro postupy orientované na zotavení, protože jazyk má zásadní roli v kvalitě vztahů.

Při sledování procesu v průběhu setkání je možné pozorovat, že zejména od třetího měsíce začali účastníci hlouběji sdílet své osobní příběhy a zkušenosti. To svědčilo o rostoucí důvěře ve skupině, která, jak říkají Jerry Tew a další, zřejmě podporuje pozitivní osobní a sociální identitu a propojení s významnými druhými v mnoha rovinách.

V tomto smyslu mohli účastníci sdílet zkušenosti v čase a prostoru, který umožnil prohloubení a spirálovitý rozvoj důležitých otázek, jako je změna rolí, jazyka a institucionálních vzorců účastníků, stejně jako změna kvality vztahů. To znamená uznat a ocenit zkušenosti člověka, postavit ho do centra procesu a uznat a respektovat ho jako odborníka na vlastní zkušenosti. V důsledku toho by v domě zotavení mohli být účastníci skutečnými protagonisty své vlastní cesty, obklopeni tímto prostředím a motivováni k tomu, aby se v procesu učení a objevování posouvali vpřed. Tento aspekt byl také důležitou výzvou pro odborníky, která vyžadovala změny v jejich myšlení a praxi. Tato zkušenost jim umožnila podílet se na skutečně spolupracujícím vztahu s osobou, překonávat bariéry a respektovat čas a potřeby dané osoby.

Nakonec data prokázala podstatnou změnu životních vzorců hostů, počínaje pocitem moci nad svým životem, sdílením rozhodnutí, příběhů a zkušeností. V poslední části období, zejména v posledních dvou měsících, účastníci hovořili o naději a optimismu, pokud jde o jejich budoucí starosti. V tomto směru na základě vlastní zkušenosti odkazují na pozitivitu a „pocit kontinuity“ mezi tím, co zažili uvnitř skupiny v domě zotavení, a svými budoucími projekty. Zdá se, že kontinuita vztahů založených na důvěře a posilování vytváří pozitivitu a zdroje, které lze využít venku ve světě vztahů.

Cílem sdělení bylo stručně popsat zkušenosti pilotní skupiny v Recovery house v Terstu. Lze říci, že dopolední setkání dobře reprezentují procesy zotavení této první zkušenosti, ukazují potenciál projektu pracovat se sociálními faktory při zotavení a dokládají, že může být pro tento účel skvělým nástrojem.





Závěrem můžeme dodat, že zkušenost s domem zotavení má vysoký kulturní smysl: podpořit jiné chápání a vidění neobvyklých věcí, postavit jazyk a vztahy založené na důvěře do centra prožívání a jako základní nástroje v péči o duševní zdraví. Jde o to, aby se i nadále podněcovala kulturní změna v zařízeních pro duševní zdraví, která by vycházela z hodnot občanství a lidských práv, a to s ohledem na to, že utrpení je jen jedním z projevů lidské bytosti, a ne patologií nebo něčím, co je třeba napravit.

Některé důsledky tohoto přístupu se týkají zaměření na vyprávění a příběhy dané osoby a jejich významných osob (rodiny, přátel, příbuzných, provozovatelů atd.) spíše než na diagnózu a klinický příběh. Větší pozornost byla věnována užívání léků a vyjednávání o jejich užívání s předepisujícími lékaři v rámci procesu sdíleného rozhodování.

Tato pilotní zkušenost získaná prostřednictvím každodenního sdíleného prostoru a času potvrzuje význam sdíleného rozhodování při zotavování a také důležitost „společného jazyka“, vyhýbání se technickým a patologizujícím termínům, věnování větší pozornosti příběhům a smysluplným zkušenostem v rámci skutečného naslouchání, které postupně buduje pozitivní vztahy mezi uživateli, odborníky, rodinami a dalšími zúčastněnými stranami.

Spolupráce s rodinami byla od samého počátku ústřední součástí programu, což ukazuje, jak zásadní roli hraje komunita Recovery Learning Community, která vytváří prostor a čas pro aktivní naslouchání našim společným příběhům a potřebám. Dále pomohla při identifikaci stávajících zdrojů a rozvoji nových společně s osobou v rámci vzájemného růstu.

A konečně hluboká hodnota, kterou má „komunita“. Nejdůležitější na skupině bylo být ve skupině, být součástí společné zkušenosti, která si cení společenství a přátelství, která oslavuje úspěchy lidí a podporuje je v tom, aby nesahali po snadných řešeních, která by je zbavila bolesti v jejich životě. Komunita se mění spolu s lidmi, kteří jsou její součástí, a stará se o jednotlivé cesty lidí, rodin, služeb a území, v nichž byla setkání základem podpory dialogu a důvěryhodných vztahů.





Metodická doporučení:

#### **Doporučení z prezentace zkušenosti dobré praxe z Terstu**

Recovery house na příkladu v Terstu znamená především jiný přístup k problematice bydlení, tj. založený na hodnotách jako sounáležitost, identita, demokracie, společenství, spolupráce a objevování.

Mezi jeho základní principy a charakteristiky patří:

1. „Nic o nás bez nás.“
2. Zaměřuje se primárně na rozpoznání a kultivaci předností, silných stránek, přání, nadějí a zájmů.
3. Umožňuje aktivní účast lidí na jejich vlastní životní cestě. Je založený na rozmanitosti a víře, že se lidé mohou naučit žít se svými zkušenostmi a získat z nich smysl.
4. Přímým důsledkem tohoto přístupu je používání jazyka hodnotícího „symptomy“ jako zkušenosti. Příkladá důležitost respektování osoby a její pravdy jako základu pro zahájení nového dialogu, s perspektivami a vyprávěním životního příběhu dané osoby.
5. Uznává odbornost na základě prožité zkušenosti; osoby se zkušeností jsou skutečnými protagonisty své cesty. Jde o jejich motivaci a volbu, aby se ve svém životě posunuli dál v procesu učení a objevování. Z tohoto důvodu každodenní aktivní přítomnost peerů pomáhá lidem uvěřit, že zotavení je možné



(Mead, 2005). Zkušenosti s peer přístupem jsou pro proces cesty k zotavení v rámci individuálního a vzájemného objevování velmi důležité.

6. Poskytuje „společné prostředí pro učení“. Důležitým prvkem kultury domu zotavení je společné řešení a diskuse o důležitých otázkách ve sdíleném učebním prostředí vzájemné výměny podobných zkušeností a řešení. *Příkladem může být společná diskuse o rozporech, které jsou vlastní službám a praxi v oblasti duševního zdraví, jako je role medikace, kterou lze chápat z různých perspektiv: osoby užívající léky, rodiny žijící s touto osobou a předepisujícího psychiatra. Takové diskuse mohou vést k tomu, že se věci budou dělat jinak, a ne že se budeme snažit dělat totéž lépe.*

7. Recovery house má být místem, kde mohou mít lidé čas a prostor vydat se na cestu zotavení.

8. Dělat to „jinak“ pomáhá lidem, kteří v domě žijí, nově definovat, co potřebují a chtějí; pomáhá lékařům snášet nejistoty a vymanit se z obvyklých vzorců chování; a pomáhá rodinám nově definovat potřeby celého života.

9. Podporuje reflexi individuálního zotavení; stanovování snů, cílů a cest lidí se zkušeností; spolupráci s rodinami; budování odolnosti tváří v tvář osobním a emocionálním obtížím; práci s hlasy a jinými neobvyklými stavy; rozvoj a upevňování autonomie vůči službám.

10. Rozšiřování sítí přátelství a peer podpory; zapojení do smysluplných aktivit a práce; rozvoj kruhů podpory; další agendy určené jednotlivci.

11. Zkušenost a největší výzva spočívá v udržení si otevřenosti, vnímavosti vůči rozporům a neustálé proměně, a to jak ze strany jednotlivých účastníků, tak i poskytovatelů v rámci projektu.

Od roku 2015 absolvovalo šestiměsíční cestu již 12 skupin. Ze zkušeností se nadále učíme a projekt jim přizpůsobujeme. Zkušenosti jsou rovněž předmětem průběžných výzkumných zjištění, která budou dále zveřejňována.





## Recovery housing v Chomutově

# Recovery housing v Chomutově

### Recovery housing v Chomutově

Dům orientovaný na zotavení lidí s vážným duševním onemocněním, kteří prodělali hospitalizaci v psychiatrických léčebnách či pobytových službách domovů se zvláštním režimem.

Vilu z počátku století, stojící v rezidenční čtvrti města Chomutov, provozuje organizace Fokus Lábe.

Dům má 9 malých bytů. V každém z bytů je malá kuchyňka, obývací s postelí a sociální zařízení. Dva byty jsou pro páry. Celkem je v domě 11 míst k životu.

V dolní části domu zotavení jsou společná místa pro vaření, setkávání, prostory pro tým.





### Recovery housing v Chomutově

V domě je velká zahrada, kde lidé pěstují zeleninu.

Doba, kdy člověk žije v domě zotavení, je individuální. Pohybuje se v rozmezí půl až roku.

Do života lidí jsou zapojovány rodiny, přátelé, sousedé.

Dům zotavení spolupracuje s komunitním týmem duševního zdraví v Chomutově.

Do domu zotavení mohou přijít lidé z PL Petrohrad, PN Horní Beřkovice, DZR Ústeckého kraje, ale i lidé, kteří nemají zkušenost s dlouhodobou hospitalizací.



### Recovery housing v Chomutově

Za 22 měsíců žilo a žije v domě celkem 15 lidí. Průměrná doba je 7 měsíců. 90% lidí, kteří žili v domě zotavení, našlo další život v normálních neinstitucionálních podmínkách.

Tým domu zotavení se naučil řešit i velmi vážné a složité příběhy lidí s duševním onemocněním neinstitucionálním způsobem.

Dnes jsou velkou výzvou pro dům zotavení témata lidí, kteří mají duševní onemocnění a zneužívají návykové látky. Především alkohol.

A lidé s duševním onemocněním po velmi dlouhých hospitalizacích, kdy institucionální způsob života je jejich přirozeností. Velkým tématem je i jejich somatické zdraví, nedostatečná síť nejen psychiatrů, ale i zubářů, praktických lékařů, všeobecných sester.





## Profesní identita a změny paradigmatu – principy týmové práce, které se formulují při práci v domě orientovaném na zotavení.

1. Pracovník pomáhající profese **žádá o pomoc** klientů a ostatních „laiků“ při zmenšování svých vlastních obav.
2. Pracovník pomáhající profese **mění své vlastní jednání**, místo aby se zaměřoval na změnu ostatních podle nějakých cílů.
3. Rozvoj je považován za společný vývoj, koevoluci, ve které se všichni - **i profesionálové - mění**.
4. Osobní sítě jsou vnímány jako **zdroj podpory**, ne jako zdroj či nositel problémů.
5. Ve spolupráci se neusiluje o definování společného problému: profesionálové se zajímají o to, jak je situace prezentována z **úhlu pohledu každého** z participujících.
6. Plánování léčby či pomoci **není odděleno** od léčebného, resp. Pomáhajícího procesu, a tyto procesy nejsou plánovány odborníky, aniž by se toho **účastnili klienti**.
7. **Naslouchání a motivační dotazování** se stává důležitější než udílení rad.
8. Způsoby **přemýšlení, přístupu a setkávání** se stávají důležitějšími než metody.
9. **Překračování hranic** v profesionálním systému se stává důležitějším než vymezování hranic.





## Kazuistika – pan Martin

Než Martin (43 let) onemocněl, pracoval na manažerské pozici, bydlel v Praze, měl vztah a plány do budoucna, chtěl založit rodinu. Když onemocněl, přišel o zaměstnání, byl mu přiznán ID 3. st. Rozpadl se mu partnerský vztah, přišel o přátele a také se přestěhoval k rodičům, kde pečoval o umírajícího otce, to jeho nemoc ještě zhoršilo.

S Martinem byla navázána spolupráce na lůžkovém oddělení psychiatrické léčebny. Byla to jeho druhá hospitalizace v této léčebně. Společné schůzky, během nichž docházelo k navazování vztahu, mapování potřeb a plánování dalšího společného postupu při zotavování, probíhaly více než rok. Od počátku spolupráce byl Martin rozhodnutý vrátit se zpět k matce, kde před hospitalizací žil. Matka ho však odmítla vzít zpět, protože v minulosti pil alkohol, nebyl schopen se o sebe postarat, matka se bála, v jakém stavu ho najde, až se vrátí z práce domů. Stávalo se, že Martin v opilosti rozbil nádoby, měla strach, aby nevdechl zvratky.

Martin hledal další možnosti, kam by z léčebny mohl odejít. Vzhledem k tomu, že Martin byl finančně zajištěný, uvažoval o koupi bytu. Pro přechod z léčebny byla Martinovi nabídnuta možnost žít nějaký čas v recovery house – zotavovacím domě (dále jen RH), který nově otvíral Fokus Labe v Chomutově.

Proběhlo několik zkušebních pobytů ještě během hospitalizace v PL. Vše probíhalo ve velmi dobré spolupráci. Martin se zapojil do všech aktivit, zajímal se o to, jakou úlohu má v týmu peer konzultant, vyhledal si informace. S ostatními klienty vycházel Martin dobře. V RH chtěl čerpat podporu v hledání zaměstnání, bytu, chtěl se vrátit zpět do života.

Po přestěhování do RH se Martin dočetl v propouštěcí zprávě z léčebny, že byl podán návrh na omezení svéprávnosti. Martin o tom nevěděl, lékařka z léčebny sdělila, že Martin o tom byl informován před podáním žádosti na soud. Martinův stav se zhoršil. Byl informací zděšený, považoval to „za podraz“ od ošetřující lékařky z léčebny. Měl úzkosti, hlasy, noční můry. Tým RH pracoval na tom, aby Martin pochopil, že se jedná o návrh a proces jde ještě zvrátit. Martinův case manager spolu s Martinem kontaktovali soud, zjistili informace k procesu a sdělili soudu, kde Martin nyní žije, pro nutnou soudní korespondenci. Martin často viděl situaci jako konečnou, bez možnosti zvrátit výsledek ve svůj prospěch.

Ošetřující psychiatr, kterého tým RH Martinovi zajistil, navýšil Martinovi léky, aby situaci lépe zvládl. Týden po nástupu do RH jsme našli Martina nereagujícího na podněty, ležel v posteli oblečený a pomůčený. Zjistili jsme, že užil více léků na úzkost, léky z lékovky na další den a také alkohol. Zavolali jsme RZS a Martin byl hospitalizován na JIP nemocnice v Chomutově. Druhý den jsme Martinovi přinesli potřebné věci a s lékařem jsme se domluvili, že ho můžeme navštívit, až bude přeložen na běžný pokoj, překlad se plánoval na ten den odpoledne.

Když jsme přišli za Martinem, sdělila nám sestra, že Martin z nemocnice utekl. Martina jsme našli v restauraci, kde se scházel se svým kamarádem z Chomutova. Martin se chtěl vrátit do RH. Vyjednali jsme společně další plán a dohodli jsme se, jak bude vypadat další spolupráce. Martin souhlasil s tím, že bude dohodnuta zdravotní služba, která 3x denně bude docházet s léky do RH. Dále bylo dohodnuto, že Martin začne spolupracovat s adiktologem a v RH nebude pít alkohol. Plánovali jsme aktivity na každý den. Otevírali jsme téma závislosti, kterou si však zatím Martin nepřipouštěl. Alkohol mu pomáhal při úzkostech a tlumil hlasy. Martin začal spolupracovat s terapeutkou, společně hledali mechanismy, které by mu pomohly zvládnout úzkosti bez toho, aby pil. Stále ho však velmi trápil návrh na omezení svéprávnosti. Pro Martina byl netransparentní postup a právní fakt zbavující ho lidské důstojnosti ponižující.



Mluvil o tom, že rozhodování o penězích je poslední, co mu zbylo, o všechno ostatní už přišel. Společně jsme zjišťovali, jak bude probíhat soud o opatrovnictví, co může udělat pro to, aby k omezení nedošlo. Situace se znovu zhoršila, když přišel od soudu dopis, kterým bylo zahájeno řízení o omezení svéprávnosti. Martin znovu začal pít. Nastavené mechanismy nefungovaly tak dobře jako alkohol. Martinův stav se zhoršoval, docházelo k nočnímu pomočování, Martin hodně spal i ve dne a nebyl schopen se účastnit aktivit v RH. Postupně nebyl schopen zvládnout základní sebepečí. Tým RH musel nastavit nový intenzivní krizový plán. Pracovníci byli v domě zotavení přítomni i v noci. Zhoršil se jak fyzický, tak i psychický stav Martina, opět zesílily hlasy, halucinace. Fyzicky nebyl Martin v dobrém stavu, neměl chuť k jídlu. Bylo domluveno nakoupení nutričních drinků. Došlo k další hospitalizaci na interně, kde byl zjištěn zánět v těle, vyšší hladina lithia. Byla nasazena antibiotika a později bylo zjištěno, že mu v nemocnici byly vysazeny psychiatrické léky. Martin byl po týdnu propuštěn zpět do RH. Po celou dobu byl tým RH a Martinův case manager v kontaktu s lékařem na interně.

Po vyzvednutí Martina na interně byl Martin zmatený, nepoznával pracovníky týmu ani prostředí RH. Byl rozhodnutý odjet k matce a nepamatoval si, že by bydlel v RH. Vzhledem k tomu, že matka mu do telefonu řekla, že domů se vrátit nemůže, zůstal v RH a postupně si vzpomínal na to, že tam bydlel před hospitalizací. V tom mu pomohl i kontakt s ostatními obyvateli RH, kteří ho podporovali. Znovu byl nastaven intenzivní plán zotavení. Začala chodit zdravotní služba, která podávala Martinovi léky.

Martin se zapojil do aktivit v RH. Doprovodili jsme ho k praktické lékařce po dobrání antibiotik. Ta vyhodnotila Martinův stav jako vyžadující hospitalizaci i přesto, že Martin byl před návštěvou v pořádku. Martin s hospitalizací nesouhlasil. Podpořili jsme Martina v jeho rozhodnutí, že se nenechá hospitalizovat. Jednali jsme společně s Martinem s léčebnou, kde OL již předjedнала přijetí, také s ambulantním psychiatrem. Popsali jsme, jak probíhala schůzka u lékařky. Dohodli jsme se, že Martin do léčebny nenastoupí. S Martinem byl vypracován další plán, s velmi podrobnou strukturou každého dne.

Pokračovala spolupráce s adiktologem. Schůzky s terapeutkou, kde společně pracovali na zvládnutí úzkostí a nočních můr. Martin začal vyhledávat byty na prodej v Lounech, kam chtěl po pobytu v RH směřovat. Zjistil, že byty jsou mnohem dražší, než si původně myslel. Zjišťoval v bance, zda by mu poskytla úvěr, sdělili mu, že bez dalšího příjmu to není možné. Martinovi každá negativní zpráva zhoršovala psychický stav. Vše mu připadalo beznadějně. K matce nemohl, na byt neměl, do podnájmu jít nechtěl.

Koncem listopadu znovu Martin začal pít alkohol, nejprve pivo, následně vodku. Jeho stav se znovu začal zhoršovat. Naplánoval, že Vánoce stráví u matky, ale ta dohodla s bratrem, že i s Martinem pojedou k bratrovi. Martin to nechtěl, ale zároveň nedokázal matce říct, že by raději strávil Vánoce jen s ní. Proběhla společná schůzka s matkou, podpořili jsme Martina, aby si s matkou promluvil, ale nedokázal to. Zhoršení zdravotního stavu vnímali i ostatní obyvatelé RH.

Na společných komunitách jsme vyjednávali společně, zda by Martin z domu zotavení neměl odejít. Všichni se shodli na tom, že nechtějí, aby Martin odešel. Zároveň vyjádřili obavu, aby byl Martin v pořádku. V pití alkoholu ho nepodporovali. U Martina došlo k záchvatu, měl křeče a nebyl schopen vnímat, RZS ho znovu odvezla na internu, kde mu byla provedena veškerá vyšetření, alkohol nebyl prokázán a Martin byl další den propuštěn.

Naplánovali jsme kroky, které pomohou Martinovi zvládnout další dny do Vánoc, kdy chtěl odjet k matce. Měl opět intenzivní krizový plán s intenzivnější podporou týmu. Matka mu nabídla, že k bratrovi nepojedou, ale on přijede za nimi, aby mohl být Martin ve svém prostředí. Vánoce strávil Martin u matky, vše zvládl bez alkoholu, doma se cítil dobře. Hodně mu pomohl jeho pes.



Po návratu do RH se znovu jeho zdravotní stav začal horšit. Znovu začal pít tvrdý alkohol. Říkal, že jediné, co by mu pomohlo, je jeho pes. Měl ho v bydlení na dva dny, ale ani to jeho stav nezlepšilo. Vyjednávali jsme s Martinem, jak bude vypadat další spolupráce, jaké má možnosti, kam směřuje. Vzhledem k tomu, že v RH nemohl pít alkohol, zvažoval dvě možnosti dalšího směřování. Jednou z nich byl odchod do pronajatého bytu a další možností byl návrat do léčebny, kde by po stabilizaci svého stavu nastoupil léčbu závislosti. S Martinem jsme probírali pro a proti obou těchto variant. Martin se nakonec rozhodl pro hospitalizaci v léčebně. Podnámem hodnotil jako riziko, užíval by alkohol, sám by to asi nezvládl.

Hospitalizace byla plánovaná, doprovodili jsme Martina, byli jsme přítomni příjmu. Po plánované hospitalizaci bylo v léčebně zjištěno, že je potřeba stabilizovat Martina nejen po psychické, ale také po fyzické stránce. Byla provedena vyšetření, měl potíže s dýcháním, zjištěna vysoká hladina lithia v krvi, nefunkční štítná žláza. Martin zvažoval, kam by mohl nastoupit na léčbu závislosti, měl několik možností – PNHoB, Červený Dvůr, Bohnice.

Martin strávil v RH necelých 5 měsíců. Po celou dobu měl podporu jak ze strany pracovníků, tak ze strany ostatních klientů. Uvádí, že alkoholem řešil úzkosti a také hlasy, které má stále a jejich intenzita je velká. S Martinem zůstáváme i nadále v kontaktu a snažíme se udržet jeho motivaci pro léčbu závislosti. V kontaktu jsme také s matkou Martina (rodičovská skupina).

Po celou dobu, kdy byl Martin v RH, jsme vše otevřeně probírali se všemi klienty, kteří měli obavy nejen o Martina, ale také o to, co by v opilosti mohl udělat. Například nechat zapnutý sporák, zapálit si cigaretu v pokoji.

Ani v týmu nebyla jednota v tom, jak dále postupovat. Pro některé kolegy byla nejhorší situace, kdy Martin opakovaně pil a nebyl schopen se o sebe postarat. Tým opakovaně řešil otázky adekvátnosti služby RH v dané Martinově situaci. I když nastaly situace, které byly pro celý tým náročné, vždy bylo s Martinem jednáno s respektem a pochopením.

Podpora Martina se dále odvíjela v podobném procesu. Dnes Martin žije v přirozeném prostředí. Má partnerku a bydlení.

## Reflektovaná proměna

Reflektovaná proměna **práce** na cestě od pojetí tradičního chráněného bydlení k domu zotavení – takto by mohl vypadat příběh Martina, kdyby se objevil ve službě chráněného bydlení před více než pěti lety:

- S Martinem by v psychiatrické nemocnici spolupracoval a mapoval jeho potřeby pouze tým chráněného bydlení, nebyl by zapojen jiný tým.  
**Změna:** Dnes je pro psychiatrickou nemocnici, kde byl Martin hospitalizovaný, vstupní službou Tým duševního zdraví Chomutov, Fokusu Labe, který mapování potřeb a plán zotavení řeší s pacientem, a pak si službu domu zotavení přizve ke spolupráci a mapování mohou provádět společně. Výhodou je, že si pacient/klient zvyká na spolupráci s oběma pracovníky služby. Výhodné je to i pro pracovníky, sladí se pro budoucí spolupráci u klienta.
- Case managerem by se stal pracovník chráněného bydlení, v první řadě by se rozvíjela spolupráce se službou chráněného bydlení. Tento model je již opuštěn.  
**Změna:** Dnes je case manager pracovník odpovědný za vedení procesů, které vedou ke zplnomocňování klienta, je to člověk z týmu, který má na starosti gate keeping (vstupní





brána do služeb), tento model je výhodný, zůstává zachována kontinuita spolupráce jednoho pracovníka i po skončení služby a klient si nemusí stále zvykat na nové pracovníky.

- V rámci seznámení se službou a při podpisu smlouvy do chráněného bydlení, jehož součástí je i příloha „Pravidla služby“, by se Martin dozvěděl, že se v bydlení nesmí požívat alkohol či jiné návykové látky a toto může být důvod pro ukončení služby...

**Změna:** Dnes se klient také dozví, že pití alkoholu není přípustné, ale pokud k této situaci dojde, pití alkoholu se musí stát tématem zotavení. Tématem, které se komunikuje a řeší. Není tabuizovaným skrytým problémem, který se neřeší ze strachu před vyloučením ze služby. Přístupuje se k němu individuálně a je zapracováno do plánu zotavení. Míra alkoholu by měla být nulová, ale cesta k tomuto cíli vede přes individuální práci a zkompetentňování člověka naučit se s alkoholem zacházet, v případě závislosti ji léčit. Martin tedy nebyl za své problémy s alkoholem vyloučen ze služby domu zotavení.

- Tvrdě nastavená vylučující pravidla a zákazy nejsou cestou k zotavení a dlouhodobě nemají potřebnou efektivitu. Dříve by byla Martinovi služba ukončena.

**Změna:** Tým domu zotavení přijal strategii tzv. **společného rozhodování**. Je třeba otevřít prostor přijmout těžká životní témata a scénáře a začít o nich vést v bezpečném prostředí rozhovory. Začít vidět své jednání v životních souvislostech. Tým se začal učit zvyšovat svou toleranci vůči nepříznivým a těžkým projevům v jednání a chování člověka s duševním onemocněním. Asertivně a opakovaně vyjednávat podporu a nastavovat znovu a znovu efektivní plány vedoucí k zotavení. Vytvořit prostředí důvěry, kdy se nemocný člověk v těžké sociální situaci nemusí obávat mluvit o svých těžkých stavech, pocitech ponížení, děsivých představách, úzkostech a dalších problémech. Za sdílení nesmí být trestán, zároveň však opakovaným asertivním vyjednáváním o dalším postupu a reálném plánu musí začít přijímat odpovědnost za své jednání a zvyšovat kompetence k dospělému partnerskému řešení problémů.

- Martin si nepřál, aby se spolupracovalo s jeho matkou, dříve by se toto přání víceméně akceptovalo, snažili bychom se klienta pro spolupráci motivovat.

**Změna:** Dnes má tým domu zotavení nastavený standard zapojování rodiny a blízkých. Mluvíme o standardu naší práce v domě zotavení, jejíž součástí je spolupráce s rodinou a blízkými. Rodinu zapojujeme vždy jako důležitou součást podpůrné sítě a vždy s vědomím a vyjednáváním člověka/klienta.

- Možnost mít v komunitním bydlení zvíře byla dříve vyloučena.

**Změna:** Dnes přistupujeme k situaci individuálně, stejně jako v příběhu Martina. Ptali bychom se spolubydlících na jejich názor a hledali možnosti, jak přání/potřebu zrealizovat, třeba jen na omezený čas...

- Opětovné porušení pravidel služby, v tomto případě zneužívání medikace, pití alkoholu, nespolečné na naplnění plánu – stanovených cílů, by mělo za následek ústní napomenutí, pokud by se situace nezlepšila, přišla by první a druhá písemná výtky, ve kterých by byly popsány kroky pro spolupráci (více „ultimativně“ než podpůrně) a při jejich nedodržení by následovalo ukončení služby s doporučením řešit závislostní problematiku. Martin by ve službě vydržel maximálně dva měsíce. Odešel by, možná by byl hospitalizovaný a nenavázaný na další službu.



**Změna:** Zde je změna nejpodstatnější. Nejdůležitější pravidlo „komunikace především“. Dnes se tým snaží, aby lépe porozuměl tomu, proč se člověk takto chová, co ho k tomu vede, a společně hledali možnosti, zdroje, jak situaci zvládnout. Přizvali bychom do spolupráce další služby, např. adiktologa, včetně zdravotníků, a společně pomohli hledat vhodnou cestu. Na celém příběhu Martina tým domu zotavení spolupracoval s Týmem duševního zdraví v Chomutově, v případě, že by zde bylo CDZ a adiktologický tým, bylo by zapojení ještě efektivnější.

- Dříve by ukončení spolupráce s Martinem znamenalo i ukončení spolupráce s jeho matkou.  
**Změna:** Dnes je rodičům a blízkým již od počátku nabízena možnost účastnit se rodičovských skupin, možnost konzultací s peer pracovníky a aktivně se účastnit celého procesu zotavení jejich blízkých. Tuto podporu týmu duševního zdraví, který skupiny realizuje, mohou matka Martina a jiní rodiče využívat i po ukončení služby pro jejich člena rodiny. Rodiče a blízcí jsou také v centru podpory. Nejsou odsunuti na „postranní kolej“ a přivolání pouze v případě problémů, ale stávají se součástí celého procesu zplnomocňování a úzdavy svých blízkých, celé rodiny a širšího sociálního zázemí.





Z naší zkušenosti na cestě k domu zotavení jsme si zformulovali 7 myšlenkových proměn:

1. • Spolupracuj s CDZ a komunitními týmy - pomáhá to
2. • Case manager pro člověka je z CDZ či komunitního týmu - pomůže to klientovi nesetrvávat v domě zotavení déle, než je nutné
3. • Pravidla nahraď hranicemi a pěstováním strategie společného rozhodování
4. • Rodina je součástí procesu zotavení - vytvářej opakovaný otevřený prostor, aby se cítila zapojena a důležitou součástí
5. • Podporuj nalézání smyslu a účelu života - může to být milovaný pes, který je na chvíli v bydlení
6. • Opětovně podporuj vybudování osobní a sociální identity - nic nerozhoduj za člověka bez něj
7. • "Komunikace především" - nejdůležitější pravidlo je možnost o věcech mluvit v bezpečném prostředí





## Služba bydlení / následné péče Psychiatrické nemocnice v Opavě s potenciálem růstu k domu zotavení



Služba následné péče Psychiatrické nemocnice v Opavě



[www.pnopava.cz](http://www.pnopava.cz)





[www.pnopava.cz](http://www.pnopava.cz)

## KDO JSME

- Sociální služba poskytována pobytovou formou v nepřetržitém provozu.
- Registrace sociální služby od 1.1.2018 – kapacita 11 uživatelů.
- Od 1.1.2022 – kapacita služby 24 uživatelů.
- Status služby s nadregionální a celostátní působností.
- Cílovou skupinou jsou lidé chronicky duševně nemocní, kteří absolvovali hospitalizaci v PNO.
- Ve věku 18 – 64 let.
- Přechodový charakter služby, jedinečný a inovativní svou působností na zdravotně – sociálním poli.

Služba následné péče v Opavě je pobytovou sociální službou s nepřetržitým provozem. Registrace služby proběhla v roce 2018, kdy jsme měli kapacitu 11 uživatelů, od roku 2022 jsme ji rozšířili na 24 uživatelů.

Služba je v nově rekonstruované budově. Předtím jsme sídlili v malých prostorech, a protože se nám služba osvědčila, tak jsme ji rozšířili. Status služby je s nadregionální a celostátní působností, naši cílovou skupinou jsou lidé z Moravskoslezského, Jihomoravského, Zlínského, Pardubického a Olomouckého kraje. Jsou to lidé s duševním onemocněním, kteří absolvovali většinou dlouhodobou hospitalizaci v nemocnici. Věk klientů je od 18 do 64 let.

Jedná se o službu přechodového charakteru s tím, že se snažíme, aby se lidé posouvali dál. Ostatně služba vznikla i z toho důvodu, že se pacienti drželi v „kolečku“, kdy se pořád vraceli na lůžko, nedokázali si se svojí nemocí venku poradit. Filozofie služby je taková, aby napomáhala nejen uzdravě nemocí, ale aby klienti dokázali fungovat v běžném životě i se svojí nemocí.





[www.pnopava.cz](http://www.pnopava.cz)

## CO NABÍZÍME

- Podporujeme klienty v přirozeném, plynulém a bezpečném přechodu ze zdravotnického lůžka do běžného života nebo do jiné služby, která více vyhovuje klientovým potřebám.
- Prevence relapsu nemoci a plynulé dokončení procesu uzdravy započatého během předchozí ústavní léčby.
- Ucelený zdravotně-preventivní program v délce trvání 1 roku: vedení domácnosti, hospodaření, efektivní trávení volného času, podpora při rozhodování o vlastním životě, odpovědnost za své zdraví.

Podporujeme klienty v přirozeném, plynulém a bezpečném přechodu ze zdravotnického lůžka do běžného života nebo do jiné služby, která více vyhovuje jejich potřebám.

Zaměřujeme se na to, aby klienti sami řekli, na co se cítí, co je jim příjemné. Když si projdou naši službou, tak sami zjistí, zda by chtěli bydlet ve svém bytě s nějakou podporou, nebo si řeknou, že jim je spíš příjemnější a jsou si jistější, když mohou využívat nějakou jinou pobytovou sociální službu, třeba typu chráněného bydlení, kde mají jistotu, že tam v podstatě 24 hodin denně může být pracovník, na kterého se mohou obrátit.

Mají tak možnost volby, jakým způsobem potom chtějí svůj život směřovat dál. Vedle toho se snažíme o prevenci relapsu nemoci a plynulého dokončení procesu uzdravy započatého během předchozí ústavní léčby.

Hodně si povídáme s klienty o jejich nemoci, vypracováváme s nimi i krizové plány, jak zacházet se svou nemocí, zajišťujeme spolupráci s ošetřujícími lékaři tak, aby opravdu měli jistotu, jak fungovat v běžném životě. Ucelený zdravotně preventivní program u nás trvá po dobu jednoho roku, kdy se učí, jak hospodařit, jak pečovat o svoji domácnost, jak trávit volný čas. V podstatě je podporujeme ve volbě jejich dalšího života, k převzetí zodpovědnosti za vlastní zdraví a život.





[www.pnopava.cz](http://www.pnopava.cz)

## JAK PRACUJEME

- První kontakt se zájemcem o SNP je během hospitalizace v PNO.
- Mapování potřeb klienta a vhodnost nástupu do SNP.
- Spolupráce se zdravotně-sociální pracovníci, lékařem a MDT.
- Někteří zájemci využívají programu Sociální rehabilitace.
- PNO během hospitalizace již naváže spolupráci s návaznými službami.
- Ve spolupráci SNP s klientem a MDT vytvořen individuální plán klienta – kontakty navázaných sociálních služeb, přání a potřeby klienta, ... .
- Pravidelné udržování kontaktů s navázanými službami.
- Podpora při realizaci individuálního plánu.
- Podpora při převzetí zodpovědnosti za svůj život.

První kontakt se zahajuje hned na lůžku v psychiatrické nemocnici Opava. U zájemce o službu mapujeme, jaké jsou jeho potřeby, jaká jsou jeho přání, jestli je naše služba vhodná pro tohoto zájemce. Spolupracujeme se zdravotně-sociálními pracovníky, s lékaři a s multidisciplinárním týmem.

Někteří zájemci mohou využít i program sociální rehabilitace, která je součástí Psychiatrické nemocnice Opava, přičemž se také jedná o sociální službu. Během hospitalizace už navazujeme spolupráci s návaznými službami.

Následně, když klienti přicházejí k nám, nadále spolupracujeme s multidisciplinárním týmem nebo CDZ, vytváříme individuální plán, kdy si klient zapisuje veškeré kontakty návazných služeb, pracuje na svých přáních a na svých potřebách. Klient pravidelně udržuje kontakty s návaznými službami, podporujeme jej v realizaci individuálního plánu a následně ho vedeme k odpovědnosti za vlastní život.





## PRINCIPY SNP

- „Nic o klientovi bez klienta“.
- Respektující a individuální přístup.
- Dobrovolnost a ochota ke spolupráci – metoda CARE, otevřený dialog.
- Odbornost.
- Provázanost zdravotního a sociálního systému.
- Návaznost.
- ZPLNOMOCŇOVÁNÍ KLIENTA.

Naším principem je nic o klientovi bez klienta, tzv. nic o nás bez nás.

Klient je vždy přítomen u toho, co se řeší. V podstatě jde o to, aby vše řešil on. Míváme i společné schůzky týmu, ke kterým jsou vždy klienti přizváni, když se o nich bavíme, aby v podstatě věděli, o čem se bavíme, a aby samozřejmě poskytli i svůj vhled.

Respektujeme individuální přístup, pracujeme na dobrovolnosti a ochotě ke spolupráci podle metodik CARE a otevřeného dialogu, které mají naši pracovníci v sociálních službách osvojeny.

Služba je provázaná jak zdravotním, tak i sociálním systémem. Navazujeme další terénní služby, další zdroje a hlavně klademe důraz na zplnomocňování klienta, aby on sám řekl, co potřebuje.





## CO SE DAŘÍ

- Spolupráce se zdravotnickým personálem PNO (lékaři, zdravotní sestry, ...).
- Společná práce s navazováním klientů na terénní sociální služby (CDZ, podpora samostatného bydlení).
- Individuální přístup ke každému klientovi.
- Společné nastavení individuálního plánu.
- Individuální řešení potřeb klientů.
- Vnitřní souhlas personálu.
- Podpora vedení.
- Umět zacházet se svou nemocí na základě svých zkušeností – „řízená hospitalizace“.

Daří se nám dobrá spolupráce s Psychiatrickou nemocnicí Opava. S lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky. Také společná práce s navazováním klientů na terénní sociální služby, jako je centrum duševního zdraví (CDZ), podpora samostatného bydlení.

Daří se nám individuální přístup ke každému klientovi, společné nastavení individuálního plánu, individuální řešení potřeb klientů i vnitřní souhlas personálu. Pracují u nás lidé, kteří souhlasí s metodou CARE, otevřeným dialogem a principy „recovery“, a v tomto duchu všichni spolupracujeme. Rovněž máme podporu od vedení a daří se nám klienty dovést díky jejich zkušenosti s nemocí k tomu, že se naučí zacházet se svou nemocí a takzvaně si umí řídit svou hospitalizaci.

Stává se, že klienti u nás dekompenzují. Snažíme se s nimi povídat, jak by si to představovali, komunikujeme s ošetřujícím lékařem, a když se klient sám rozhodne, že by chtěl být hospitalizován, tak usilujeme o to, aby se u toho cítil bezpečně.





## CO SE NEDAŘÍ

- Nedostatek pobytových služeb s vysokou mírou podpory.
- Absence pobytových sociálních služeb pro některé dlouhodobě hospitalizované lidi, lidi se syndromem hospitalismu, s atypickým chováním a projevy, s duálními diagnózami, ... .
- Všeobecný nedostatek dostupných ubytovacích kapacit.
- Aktivní vtažení měst do řešení nepříznivé situace jejich občanů (odpovědnost za své občany).
- Nedostatečná prostupnost některých služeb péče.
- Tíživá ekonomická situace duševně nemocných – nedostatek financí na dosažení bydlení.

Co se nám nedaří? Máme nedostatek pobytových služeb s vysokou mírou podpory. Zjišťujeme, že někteří z klientů, kteří k nám přicházejí, potřebují vyšší míru podpory. U těch je situace špatná z důvodu dlouhé čekací doby na umístění do zařízení s vyšší mírou podpory.

Dalším nedostatkem je absence pobytových sociálních služeb pro některé dlouhodobě hospitalizované lidi se syndromem hospitalismu, s atypickým chováním a projevy s duálními diagnózami. Jsou to lidé, kteří už nejsou motivováni, ač jsme jim nabízeli aktivity, snažili jsme se jim naslouchat, co by potřebovali, ale kvůli syndromu hospitalismu se nám je zapojit nedaří.

Dalším problémem je všeobecný nedostatek dostupných ubytovacích kapacit a také aktivní vtažení měst do řešení nepříznivé situace jejich občanů a převzetí odpovědnosti za své občany. Snažíme se komunikovat s veřejnými opatrovníky a snažíme se je vtáhnout do spolupráce, aby si klient řídil svůj život tak, jak on potřebuje.

Trápí nás i nedostatečná prostupnost některých služeb péče. To znamená, že jsou třeba různé domovy se zvláštním režimem, kde jsou například klienti, kteří by se mohli posunout ve svém životě dále do běžného prostředí, ale neděje se to.

Problémem je také tíživá ekonomická situace duševně nemocných, nedostatek financí na dosažení bydlení. Máme klienty, kteří by chtěli dosáhnout na svoje bydlení, ale ztroskotává to často na financích. Jsou od nich vyžadovány komerční nájmy, včetně kaucí, a tím, že klienti mají opravdu nízké důchody nebo jsou na sociálních dávkách, tak se jim bydlení nedaří získat.



## Kazuistika paní B.

- Jedná se o 30letou ženu, svobodnou, omezenou ve svéprávnosti – veřejný opatrovník, cca 13 hospitalizací v PNO.
- Hlavní cíl – najít si nájem v Opavě.
- Podcíle – hospodaření s penězi, udržet si stabilizovaný zdravotní stav, vyhledávání bydlení.
- Během pobytu v PNO klientka navázala kontakty s CDZ a během pobytu v SNP s Animou – psychoterapie. Před ukončením pobytu v SNP se klientka již sama domlouvala na další spolupráci s CDZ a Animou.
- Pracovala na svých cílech.
- Naučila se hospodařit s financemi (ze začátku klientka finance rychle utrácela – měla poučení a sama požádala o podporu pracovníků SNP).
- Naučila se pracovat se svou nemocí. (Klientka pracovala se svou abstinencí, několikrát bohužel selhala ve své vůli, ale z toho si klientka vzala ponaučení a s podporou SNP vyhledala psychoterapii, která ji přinesla smysl a posílení v abstinenci, dodržuje léčebný režim).
- Bydlení si klientka vyhledávala na internetu přes reality. (Získala bydlení v penzionu v Opavě, kde za klientkou dochází CDZ, a klientka dochází na psychoterapii do Animy. Z posledního kontaktu mám info, že chce docházet na aktivity do Fokusu).

Na závěr krátká kazuistika:

Jednalo se o třicetiletou ženu, která je svobodná a omezená ve svéprávnosti. V nemocnici byla hospitalizována asi 13× a jejím hlavním cílem bylo najít si bydlení v Opavě. Od toho se odvíjely podcíle, že se chtěla naučit lépe hospodařit s penězi, udržet si stabilní zdravotní stav a aktivně vyhledávat bydlení.

Během pobytu v nemocnici již byl navázán kontakt s centrem duševního zdraví a potom se již u nás ve službě následné péče navázala na organizaci Animu, kam dochází na psychoterapie. Před ukončením pobytu ve službě se klientka již sama domlouvala na další spolupráci s centrem duševního zdraví a s Animou. Naučila se hospodařit s financemi, které ze začátku nedokázala sama uřídit, rychle je utrácela, ale sama si vyzkoušela, jaké to je, když je bez peněz. Potom si sama řekla, že k tomu chce využít naši pomoc, která jí už ze začátku byla nabídnuta. Postupně se naučila pracovat se svou nemocí. Klientka byla závislá na drogách, naučila se u nás ovládat vůli a díky tomu, že navázala spolupráci s Animou, tak se jí daří v podstatě v běžném životě fungovat, přestože potkává lidi, kteří mají drogy, ale už ví, jak s tím pracovat a jak dodržovat abstinenci.

Bydlení si klientka vyhledala na internetu a bydlí v penzionu, je ve službě CDZ a Animy.



## **Příklad dobré praxe největšího poskytovatele bydlení pro lidi s vážným duševním onemocněním: Chráněné bydlení Bona**

Smyslem služby Chráněného bydlení Bona je poskytnout bezpečný prostor a spolupráci osobám se zkušeností s duševním onemocněním, ve kterém mohou rozvíjet a posilovat své dovednosti, které jim umožní nalézt vlastní cestu založenou na samostatnosti a zodpovědnosti za svůj život.

V chráněném bydlení jsou klienti se schizofrenií, schizotypními poruchami, afektivními poruchami a s psychotickými symptomy. Službu poskytuje Bona ve skupinových chráněných bydleních a v tréninkových bytech.

Aktuálně u nás v bydlení máme 12 klientů v chráněném bydlení a k tomu máme dalších 8 bytů individuálních, kde klienti bydlí samostatně nebo ve spolubydlení maximálně po čtyřech lidech.

V týmech máme zapojené i psychology, zdravotní pracovníky, peery, IPS pracovníky, což je důležité v následném síťování klientů, když od nás odcházejí.

Stěžejní pro nás jako pro tým bylo, když jsme v posledních dvou letech díky evropskému projektu prošli vzděláváním v CARE.

Změnilo to filozofii myšlení, náš přístup ke klientům, i přístup zaměstnanců k sobě. Zcela jsme změnilí metodiky a změnili jsme systém přístupu ke klientům, naučili jsme se pracovat se zplnomocňováním klientů.

Dá se to ilustrovat na případu komunitního bydlení, kde si klienti sami přejmenovali komunity, sami si je začali i řídit jednou za týden. To pro ně byla obrovská změna, která je podpořila v jejich sebevědomí a fungování navzájem.

Myslíme si, že tímto směřujeme k principům „recovery“. Rovněž máme již delší dobu rozjednáno s Fokusem Praha, že bychom společně vybudovali recovery house v Praze, určitě i za spolupráce magistrátu. To je úkol, který před námi stojí v dalším období.





Na dvou výše uvedených slajdech vidíte dynamiku týmů chráněného bydlení se stavy bytů a klientů v nich v letech 2020 a 2021.

Disponujeme třemi týmy chráněného bydlení (Drahaň, Mezidobí a Pod střechou), z čehož chráněná bydlení Drahaň a Pod střechou jsou koncipována jako dlouhodobější bydlení a bydlení Mezidobí je chráněné bydlení, které je teď koncipované jako tréninkové chráněné bydlení, dynamičtější, rychlejší, zaměřené na rychlý posun dál, na rychlejší síťování. Klienti jsou i dynamičtějším způsobem směřování třeba k vyzkoušení si zaměstnání.



## Co jsme zvládli v roce 2020 - 2021:

- Navýšení kapacity CHB = ze 79 na 83 lůžek
- **Ztráta vily Jitky**
- **AKCE KULOVÝ BLESK** = zvládli jsme zabydlet 15 klientů z vily Jitky do náhradních ubytování, což znamenalo fakticky přestěhovat 30 klientů
- **Získali jsme 3 magistrátní byty v centru Prahy a dva komerční pronájmy na P-8 v Libni pro celkový počet 15 klientů**
- CHB má od května novou manažerku
- CHB má od září nového metodika
- **Multidisciplinární tým se stal součástí jednotlivých středisek CHB**

Co se zásadního událo v letech 2020 a 2021?

Ztráta vily Jitky byla pro nás velká věc. Přišli jsme o jedno chráněné bydlení komunitní, které jsme měli pronajaté od nadace Bona. Musela se zajistit náhrada pro jiné bydlení klientů.

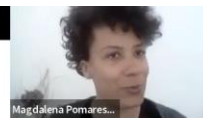
Povedlo se nám zabydlet 15 klientů z vily do výhradně tréninkových bytů. Byla to obrovská změna pro lidi s duševním onemocněním, kteří předtím fungovali v komunitním bydlení. Pracovali jsme společně na rozvoji dovedností a schopností žít v bytě, a to i v centru Prahy. Do bytů, které jsme získali od Magistrátu hl. města Prahy. Byla to nová zkušenost a velká výzva změny prostředí. Všichni dnes v tréninkových bytech bydlí, všichni přijali novou situaci jako svou novou cestu zotavení.

Další velkou změnou bylo, že multidisciplinární tým, který jsme dřív měli složený z psychologů, zdravotních pracovníků, adiktologů, se transformoval a jeho členové se rozdělili do tří týmů chráněných bydlení. Díky tomu jsou teď více propojení s týmy sociálních pracovníků.





## "Naše" magistrátní byty:



### Provaznická 385, Praha 1

- ★ kapacita 5 lůžek
- ★ smlouva podepsána 28. 4. 2021, od 1. 7. 2021 první klient

### Malé náměstí 458, Praha 1

- ★ kapacita 4 lůžka
- ★ smlouva podepsána 28. 4. 2021, od 1. 7. 2021 první klient

### Vodičkova 674, Praha 1

- ★ kapacita 5 lůžek
- ★ smlouva podepsána 31. 5. 2021, od 1. 8. 2021 první klient

## "Naše" komerční byty:



### Lindnerova 998, Praha 8 (byt č. 25)

- ★ kapacita 2 lůžka
- ★ smlouva podepsána 4. 10. 2021, kapacita 2 lůžka, od 15. 10. 2021 první klient

### Lindnerova 998, Praha 8 (byt č. 14)

- ★ kapacita 1 lůžko
- ★ smlouva podepsána 30. 7. 2021, od 15. 8. 2021 první klient

Vidíte přehled s charakteristikou tří magistrátních bytů, které se nám povedlo získat v Provaznické ulici, na Malém náměstí a ve Vodičkově ulici, což je ryzí centrum Prahy, kousek od Václavského náměstí. A také dva komerční byty v Lindnerově ulici, které se nám povedlo získat.

Pokračujeme tak v cestě zotavování v přirozeném životě s normálním bydlením tak, jak ho zažíváme my všichni.





## Souhrn metodických doporučení

OBSAH – CO	POSTUP – JAK	ODPOVÍDÁ	TERMÍN	MÍRA NAPLNĚNÍ NA ŠKÁLE 1–5
1. Vytvořit rámec a standardy pro domy zotavení.				
2. Vytvořit projektový rámec pro jejich pilotáž v dalším programovacím období EU.				
3. Vytvořit 5–7 pilotních míst v ČR dle NAPDZ 2030.				
4. Vytvořit vzdělávací programy pro pracovníky domů zotavení.				
5. Jako pevnou součást týmů domů zotavení zabudovat pracovníky s vlastní zkušeností.				
6. Propojit domy zotavení na zdravotní služby, umožnit, aby součástí domů zotavení byly zdravotní sestry se specializací pro ošetřovatelství v psychiatrii.				
7. Následně po pilotáži domy zotavení zakotvit do systému sociálních a zdravotních služeb.				
8. Umožnit i psychiatrickým nemocnicím vytvářet domy zotavení, ideálně mimo areály psychiatrických nemocnic.				
9. Zapojit do transformace postavené na principu domů zotavení chráněná bydlení v ČR, alespoň 2 v každém kraji.				
10. Vytvořit projekt na vzdělávání a mentorování současných týmů služeb chráněných bydlení a domovů se zvláštním režimem, postavený na principech domů zotavení a paradigmatu zotavení obecně.				
11. Pro týmy a organizace, které pracují v pobytových službách, realizovat proces změny k naplňování pobytových služeb postavených na principech zotavení a multidisciplinární spolupráci.				





Evropská unie  
Evropský sociální fond  
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ  
Strategie reformy psychiatrické péče