

**Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním - metoda IPS a
předpracovní tréninky**

2017

Mgr. Marie Zimmermannová

ÚVOD

Práce je významným faktorem duševního zdraví a sociálně integrující silou. Jsou-li osoby vyloučeny z pracovního trhu, vzniká jim materiální deprivace, narušuje se sebevědomí, vytváří se pocit izolace a marginalizace a to jsou klíčové rizikové faktory pro osoby s duševním onemocněním.

Český pracovní trh kopíruje přístup celé společnosti k lidem s duševním onemocněním. Zaměstnavatelé i zaměstnanci sdílejí v podstatě stejné předsudky a strachy. Návrat do předchozího zaměstnání je pro člověka, o kterém se ví, „že se zbláznil,“ z řady důvodů těžký. Mnohdy na náročnou práci v komerční firmě už skutečně nestačí, k horšímu zdravotnímu stavu se přidávají vedlejší účinky léků. Navíc pracovní prostředí, ve kterém dříve fungoval, mohlo vytvářet stres a tak přispívalo k propuknutí nemoci.

Duševní onemocnění je pro většinou společnost obtížně pochopitelná. Projevuje se jinak než tělesné onemocnění, která se může projevat např. jako porucha orgánů. Tělesná nemoc je více srozumitelná a dobře ohraničitelná. U člověka s duševním onemocněním je takové ohraničení méně zřetelné. Stigma, které se výrazně pojí s duševní nemocí je jedním z důvodů malé úspěšnosti lidí s psychickými obtížemi na běžném pracovním trhu.

V České republice jsou využívání pro integraci lidí s DO na trh práce především předpracovní tréninky v režimu sociální služby – sociálně terapeutické dílny. Lidé s DO se častěji než na klasický pracovní trh umísťují na chráněný pracovní trh a do sociálních podniků.

Zhruba před třemi lety se do ČR začala přenášet zahraniční metoda zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na běžný pracovní trh – metoda individual placement and support. Metoda je zaměřena na přímé umísťování klientů s DO na klasický pracovní trh bez předpracovních tréninků. Metoda vychází z předpokladu, že každý člověk s DO může pracovat na běžném pracovním trhu v situaci, kdy o to projeví zájem, pokud bude umístěn na pracovní místo dle jeho aktuálních pracovních schopností a když k tomu bude mít potřebou podporu po dobu, jak bude potřebovat.

Metoda je využívána v ČR velmi málo, teprve se v ČR „ohřívá“. V zahraničí je využívání již více jak 20 let v několika zemích a má značné úspěchy.

Práce se zaměřuje na testování úspěšnosti této metody v ČR. Jejím hlavním cílem je srovnání úspěšnosti mezi zaměstnáváním klientů metodou IPS a metodou předpracovních tréninků. Jde o první výzkum zaměřený na metodu IPS v České republice. Dosud neexistují žádná studie v českém prostředí, která by srovnávala míru úspěšnosti metody IPS a předpracovních tréninků. To byl jeden z hlavních důvodů, proč jsem si vybrala toto téma práce, druhým důležitým důvodem bylo to, že se pracovní rehabilitaci lidí s duševním onemocněním věnuji téměř 13 let a proto je mi toto téma blízké.

1. Legitimita problému

1.1. Širší souvislosti zaměstnávání lidí s duševním onemocněním

Weeghel (2003) uvádí, že pracovní začlenění u nehospitalizovaných dlouhodobě duševně nemocných psychiatrických pacientů nepřevyšuje 10 %, což je méně, než u lidí s tělesným hendikepem. Přesto většina lidí s psychickými problémy pracovat chce, 60 % z této cílové skupiny si pracovat přeje.

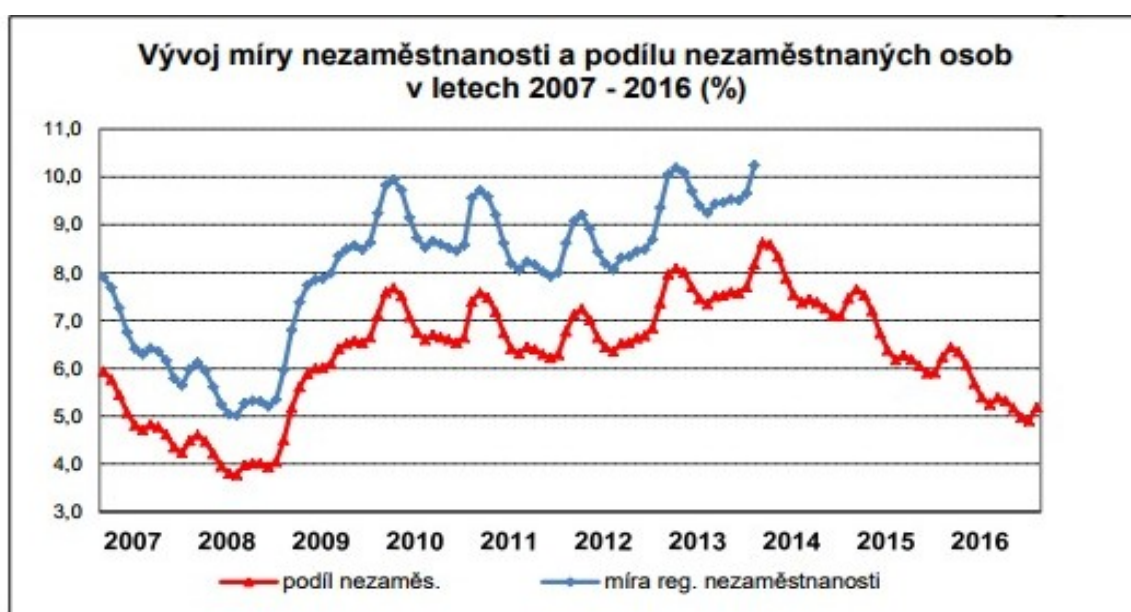
Přítom práce je základní pilířem v životě člověka. Účast na trhu práce je důležitou součástí života téměř každého člověka v naší kultuře. V zaměstnání tráví většina z nás více času než jakýmkoliv jiným typem aktivity. „Práce je v naší kultuře hluboce zakotvená, je na ní vystavěna architektura společnosti i psychika člověka. Práce je nástrojem kariéry i společenského vzestupu, je naplněním motivací, ambicí i ctížádostí, spokojeností i radostí. Práce je ústředním institutem, který organizuje život člověka a jehož prostřednictvím se člověk sám definuje a utváří si svoji identitu a svoje sebevědomí“. (Brožová, 2003, s. 106)

Nezaměstnanost způsobuje řadu komplikací pro život jedince. „Nezaměstnanost vyřazuje člověka z participace na ekonomickém, společenském i politickém životě. Znamená ztrátu společenských kontaktů, ztrátu sociálního statutu, sociální důstojnosti a prestiže, která přirozeně vyplývá z jeho postavení. Jeho nová situace mu přisuzuje dehonestující, inferiorní sociální status nezaměstnaného a přivádí ho do nepříznivé situace nejen ekonomické, ale i obecně společenské, sociální a psychické“ (Brožová, 2003, s. 107).

Protože nezaměstnanost a její vývoj značně ovlivňuje úspěšnost zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na běžném pracovním trhu, uvádím pro doplnění kontextu níže tabulku, která zaznamenává vývoj míry nezaměstnanosti v letech 2007 – 2016. Na konci roku 2016 bylo v evidenci ÚP ČR 54,6 tis. uchazečů o zaměstnání – OZP, tj. o 4,0 tis. méně než před rokem. Zatímco celkový počet uchazečů o zaměstnání v evidenci ÚP ČR meziročně poklesl o 15,8 %, počet uchazečů - OZP byl meziročně nižší pouze o 6,9 %. Podíl OZP na celkovém počtu nezaměstnaných na konci prosince 2016 proto meziročně vzrostl z 12,9 % na 14,3 %. V průběhu roku pokračoval nárůst volných pracovních míst vhodných také pro OZP. K 31. 12. 2016 jich bylo nahlášeno 11,3 tis., o 1,7 tis. více než

před rokem. Jejich počet ovšem nerostl stejnou intenzitou jako v roce 2015, kdy se proti roku 2014 téměř zdvojnásobil. Ze všech volných míst hlášených na ÚP představovala místa pro OZP 8,6 %, méně než před rokem (v prosinci 2015 tvořila 9,4 %). Na jedno volné pracovní místo vhodné i pro OZP připadlo v roce 2016 průměrně 4,8 OZP (Analýza vývoje zaměstnanosti, MPSV, 2016).

Tabulka č. 1 Vývoj nezaměstnanosti



Zdroj: MPSV, 2016 – Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti 2016

Vývoj nezaměstnanosti je důležitým prvkem, který ovlivňuje zaměstnávání lidí s duševním onemocněním po první atace. U mladého člověka po první atace je první zaměstnání významným a rozhodujícím startovacím prvkem v celé jeho další pracovní kariéře. V zaměstnání se formují základní pracovní návyky a dochází k vytváření určitého přechodu mezi teoretickými vědomostmi, které získal absolvent ve škole, a jejich realizací v praxi. V případě, kdy prvním vstupem do pracovního života je právě nezaměstnanost, tak

to vede nejen k negativním psychickým důsledkům na osobnost absolventa, které se často pojí se znechucením a nezájmem, ale také nedojde k vytvoření pracovních návyků a schopnosti dobře pracovat (Matulčíková in Žaja, 2000).

Podle Mahrové, Venglářové, et al. (2008) je pro člověka s duševním onemocněním možnost chodit do zaměstnání a pracovat o to potřebnější, protože duševní onemocnění často vede k sociální izolaci. Pracovní prostředí je jedno z důležitých míst, kde člověk přirozeně navazuje a udržuje sociální kontakty. Uplatnění osob s duševním onemocněním na trhu práce je užitečné pro celou společnost, protože přináší snižování počtu těch, kteří jsou závislí na sociálních dávkách.

Podle Nováka a kol. (1999) je nemožnost pracovat pro dlouhodobě duševně nemocné citlivý handicap, který často přechází do invalidizace. Pobírání invalidního důchodu je pro lidi s duševním onemocněním určitou sociální jistotou, která je však do jisté míry stigmatizuje vyloučením z pracovního zařazení. Tím to je jim upírán vyšší sociální status a vyšší životní standard. Není jim dávána možnost seberealizace, možnost osobnostního rozvoje, růstu a sociálních kontaktů. Invalidizovaní lidé s psychickým onemocněním jsou navíc postiženi ztrátou vnější struktury času. „V České republice jsou poruchy duševní a poruchy chování čtvrtou nejčastější příčinou invalidizace osob v produktivním věku“ (Zvoníková, A., Čeledová, L., & Čevela, R., 2010, s. 89).

Ztráta pracovních schopností a následná invalidizace se projevuje jako zásadní problém v životě člověka s duševním onemocněním. V rámci výzkumů se prokazuje, že vážné duševní onemocnění stojí za stále narůstající pracovní neschopností. Velká studie organizovaná v 90. letech Světovou zdravotnickou organizací, Světovou bankou a Harvardskou univerzitou pod názvem Global Burden Disease prokázala, že neuropsychiatrické choroby přinášejí především rozvinutým zemím největší ztráty pracovní schopnosti (Raboch, Wenigová, 2013). Níže je uveden graf, který ukazuje na přední místo, které zaujímá unipolární deprese mezi příčinami pracovní neschopnosti. Podle dosavadního vývoje lze předpokládat, že v počtu let strávených v pracovní neschopnosti se v roce 2030 deprese posune ze třetího místa (2004) na místo první.

Tabulka č. 2 - Disability Adjusted Life Years – Počet let strávených v pracovní neschopnosti.



Disability Adjusted Life Years

	2004	2030
1	Resp. infekce	Unipolární deprese
2	Střevní infekce	ICHS
3	Unipolární deprese	Dopravní nehody
4	ICHS	Cerebrovaskulární
5	HIV/AIDS	Obst. chor. plicní
6	Cerebrovaskulární	Ztráty sluchu
7	Nízká porodní váha	Vrozené vady
8	Perinatální poškození	HIV/AIDS
9	Dopravní nehody	Cukrovka
10	Cukrovka	neonatální infekce

Zdroj: WHO - Global Burden of Disease 2008

1.2. Postavení lidí s duševním onemocněním na trhu práce

Postavení lidí s duševním onemocněním je ovlivněno řadou faktorů. V následující kapitole se budu zabývat zejména diskriminací, specifickým a sociálním kapitálem a pracovní nezralostí, která provází lid s duševním onemocněním při jejich návratu a působení na běžném pracovním trhu.

Jedním z prvků, které významně ovlivňuje zaměstnání jedinců je specifický kapitál. Podle Vrbkové (2004) specifický kapitál nemohou získat, když nepracují a pracovat jim není umožněno, protože buď nedisponují potřebnými zkušenostmi, případně nejsou schopni těchto zkušeností využít a tímto způsobem vzniká začarovaný kruh. Ti lidé, kteří onemocněli vážným duševním onemocněním až v průběhu života a podařilo se jim

specifický kapitál získat, nemohou často svoje dosavadní povolání díky svému onemocnění vykonávat a využít svou kvalifikaci a vzdělání.

Dalším faktorem, který ovlivňuje možnosti jedinců při uplatňování na trhu práce je sociální kapitál. Podle Bourdiea (1998) je zdrojem sociálního kapitálu síť sociálních kontaktů, které může člověk využívat v situaci, kdy je potřeba. Sociální kapitál a z něj plynoucí kontakty je nutné pořád udržovat a sále rozvíjet. Lidé s psychickým onemocněním často nedosahují takových kvalit sociálního kapitálu jako zdraví jedinci a to je znevýhodňuje v soutěži s nimi. Nemají v důsledku svého onemocnění často potřebnou úroveň sociálních dovedností, které jim usnadňují udržování a získávání kontaktů. (Vrbková, 2004)

Podle Vitákové (2005) je další překážkou při uplatnění osob s psychickým onemocněním na trhu práce zkreslené vnímání svých schopností. Často bývá hodnocení pracovních a sociálních dovedností lidí s duševním onemocněním nadhodnocené nebo podhodnocené. Hodnocení tak mohou být v některých případech značně nereálná. Waghorn a Loyd (2005) vysvětlují tuto situaci tzv. „pracovní nezralostí“. Lidé, kteří onemocněli duševním onemocněním a neměli možnost se setkat s typickými životními zkušenostmi, povinnostmi a rolemi, které člověku utváří vnímání pracovních hodnot a pracovní morálky, mohou mít nepřiměřené vnímání svých pracovních dovedností a schopností. Často se stává, že jedinec s duševním onemocněním vystuduje určitý obor, ve kterém pak i pracuje na trhu práce. Po atace nemoci přestane být ve svém oboru stejně výkonný jako před onemocněním a opětovný návrat do zaměstnání odpovídající jeho kvalifikaci se stává nereálným. Nezřídka se nedokáže do původního zaměstnání vrátit a musí hledat jiný obor, ve kterém by se byl schopen uplatnit, často jde o méně kvalifikovanou práci. Duševně nemocní musí nejednou snížit ze svých nároků na zaměstnání a jsou přinuceni dělat pomocné práce, které neodpovídají jejich vzdělání. (Vitáková, 2005)

Lidé s duševním onemocněním se navíc potkávají s výraznou stigmatizací, která se s psychickým onemocněním obecně pojí. I přesto, že v Zákonu o zaměstnanosti (Zákon č. 435/2004 Sb.) v § 4 se stanovuje zákaz diskriminace v pracovních vztazích a zakotvuje se rovné zacházení v této oblasti, tak dochází na pracovním trhu k diskriminaci lidí

s duševním onemocněním. Diskriminací se zabývá v ČR také Antidiskriminační zákon (Zákon č. 198/2009 Sb.).

Podle Faltové & Zunta (2008) se nejčastěji diskriminace na trhu práce projevuje při přijímání do zaměstnání, často se jedná o nepřímou diskriminaci. Diskriminační přístup se projevuje již při přijímacím pohovoru, kdy jsou od uchazeče vyžadovány informace, na něž zaměstnavatel nemá právo. Nežádka se setkáváme také s diskriminačními znaky už i u samotných pracovních inzerátů.

V praxi se také setkáváme s diskriminací - nerovným zacházením přímo na pracovišti. Ať už z důvodu nerovnoměrného odměňování za stejnou práci, nebo například kvůli neoprávněné výpovědi či ponižování kvůli tomu, že jsme upozorňovali na diskriminační jednání. Nebo když zaměstnavatel vytvoří na pracovišti zaměstnanci takové podmínky, které jej znevýhodňují oproti ostatním s cílem vynutit si jeho výpověď (Faltová, Zunt, 2008).

Obava z lidí s duševním onemocněním pramení zejména z nedostatku informací o psychických nemocech, jejich průběhu a léčení. Významnou roli hraje také strach z lidí s duševním onemocněním, který je výrazně sycen médií.

Živnou půdou pro zjednodušenou představu, že nemocný je divný, nevypočitatelný, slabý a líný je posilována naším přirozeným strachem z toho co neznáme, spolu s věky předávanými mýty o duševní nemoci, zejména schizofreni (Wenigová, 2005).

Duševní onemocnění je pro většinovou společnost obtížně pochopitelná. Projevuje se jinak než tělesné onemocnění, která se může projevovat např. jako porucha orgánů. Tělesná nemoc je více srozumitelná a dobře ohraničitelná. U člověka s duševním onemocněním je takové ohraničení méně zřetelné. Chování člověk s psychickým omezením se může jevit jako vystupňování stavů, které známe z běžného života, ale umíme je přemáhat. Nemocný budí dojem, že je slabý na to, aby dokázal svůj stav překonat. Jeví se jako člověk s vadami povahy: neschopný a také nespolehlivý, nekontrolovatelný a možná i hloupý a nebezpečný (Libiger, 2001). Dodnes si spousta lidí myslí, že člověk s vážným duševním onemocněním patří za zdi léčebny (Gabriel, 2012).

Všechny tyto okolnosti se podílí na ztíženém začlenění lidí s duševním onemocněním na běžný pracovní trh, proto je důležité se zaměřovat i na oblast pracovní diskriminace a destigmatizace duševního onemocnění mezi většinovou společností.

1.3. Návrat po onemocnění na pracovní trh

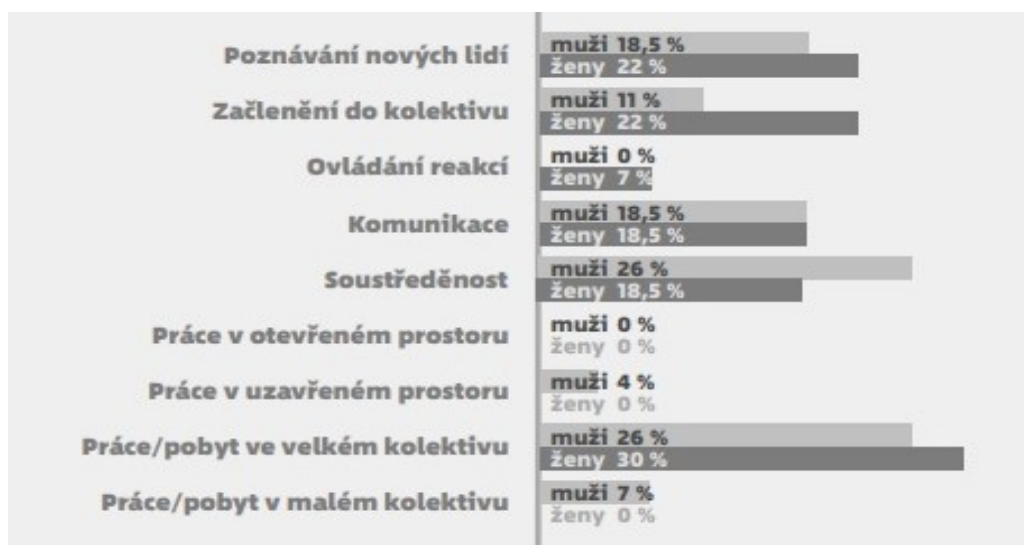
Duševní onemocnění provází řada potíží, které negativně ovlivňují fungování a návrat do zaměstnání. Obtížný návrat do zaměstnání často souvisí:

- s nesamostatností a malou motivací k činnosti,
- s užíváním psychiatrické medikace,
- se sníženou důvěrou v okolí,
- s problémy s vytvářením a udržováním mezilidských vztahů,
- s problematickým interpersonálním chováním na pracovišti,
- se stigmatizující přítomností psychiatrické nemoci,
- s nedostatkem pracovních zkušeností v minulosti.

Obtíže v pracovní oblasti mohou vyústit v částečnou či úplnou ztrátu schopnosti pracovat. Někdy je tato ztráta trvalá, někdy dočasná. Dopady duševního onemocnění na pracovní uplatnění se liší dle typu a závažnosti onemocnění. Výsledkem onemocnění mohou být různá pracovní omezení (Beranová 2017).

Pro názornost uvádím níže přehled dovedností, s nimiž mají lidé s duševním onemocněním nejčastější potíže, procenta jsou počítána z celkového počtu respondentů - 150. Čísla byla získána v rámci výzkumu, který byl proveden v roce 2013 (Zdroj: Černá, 2013).

Tabulka č. 3 Přehled dovedností



Český pracovní trh kopíruje přístup celé společnosti k lidem s duševním onemocněním. Zaměstnavatelé i zaměstnanci sdílejí v podstatě stejné předsudky a strachy. Návrat do předchozího zaměstnání je pro člověka, o kterém se ví, „že se zbláznil,“ z řady důvodů těžký. Mnohdy na náročnou práci v komerční firmě už skutečně nestačí, k horšímu zdravotnímu stavu se přidávají vedlejší účinky léků. Navíc pracovní prostředí, ve kterém dříve fungoval, mohlo vytvářet stres a tak přispívalo k propuknutí nemoci. Často je rozumné, aby se tam už nevracel. Při návratu se na něj kolegové dívají přes prsty a každou maličkost si vysvětlují jako projev nemoci. Pokud není po nějakou záminkou propuštěn, často raději odejde sám. Rád by začal znovu a s čistým štítem, ale to také není snadné. Jestliže u přijímacího pohovoru tak či onak vyjde najevo, že trpí duševním onemocněním, dostane pravidelně přednost jiný „bezproblémový“ uchazeč (Gabriel, 2016).

Psychiatrická onemocnění nezřídka zanechávají po proběhlé akutní fázi onemocnění takové trvalé psychické změny, že postižený nemůže splnit nároky na zařazení do normálního pracovního poměru. Přístup k hodnocení duševních poruch a poruch chování je multidimenzionální, tříosý. Na první ose se zaznamenávají klinické diagnózy, kterými pacient trpí. Na třetí ose postihujeme vlivy působící na pacienta ze zevního prostředí a faktory ovlivňující formu prezentace a průběh duševních obtíží. Na druhé ose hodnotíme postižení pacienta v takových oblastech, jako je péče o sebe sama, pracovní výkonnost,

fungování v rodině a narušení širšího sociálního chování (Zvoníková, A., Čeledová, L., & Čevela, R., 2010).

Pracovníci spolku Dobré místo se formou anonymního internetového dotazníku zeptali přibližně tisíce lidí s vážným duševním onemocněním na to, s čím se potýkají a jakou pomoc jim poskytuje okolí. Vrátilo se 130 platných odpovědí. Informace byly získány během září až listopadu 2015. Téměř 60 % ze 130 respondentů uvedlo, že po propuknutí onemocnění přestalo zvládat svou dosavadní práci a byli nuceni ze zaměstnání odejít. Propuštěno z práce krátce po ukončení své léčby v psychiatrické léčebně bylo 18 % dotázaných. Zhruba každému třetímu dotazovanému chyběly u kolegů a vedoucích pracovníků pochopení a vstřícnost, které by mu pomohly zvládat práci při jeho změně pracovní schopnosti. Celkem 32 respondentů uvedlo, že bylo nuceno kvůli nedůvěře a špatným pracovním vztahům zaměstnání po dohodě ukončit. Nabídku zaměstnání, které by zohledňovala jejich pracovní potřeby a omezené možnosti, nenašlo plných 44 % respondentů (Gabriel, 2017).

Lidé s duševním onemocněním jsou někdy označováni jako „problematičtí pracovníci“, protože dočasně nebo trvale prokazují určité osobnostní zvláštnosti, neobvyklosti nebo atypičnosti ve svém chování a jednání. Svými nepřiměřenými reakcemi mohou způsobovat potíže nejen sobě, ale i okolí (Štikar a kol., 2003). Ovšem v Listině základních lidských práv a svobod je zakotveno, že každý občan má právo získávat prostředky na živobytí prací. Dle Všeobecné deklarace lidských práv má každý právo na práci, svobodnou volbu povolání, spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky a na ochranu proti nezaměstnanosti.

1.4. Formulace výzkumné otázky

V řadě zemích EU je zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na otevřeném trhu práce běžnou praxí – a to z ekonomických i sociálních důvodů. Lidé, kteří zde chtějí pracovat na otevřeném trhu práce a potřebují k tomu podporu, využívají některý z rehabilitačních programů – nejčastěji metodou IPS (z anglického Individual Placement and Support - individuální umístění a podpora). Metoda IPS vychází z praxe založené na důkazech (Evidence based practices), má jasně popsané poslání, strukturu, a může tak být

replikována třeba i mezinárodně. Vychází z přesvědčení, že i lidé s těžším duševním onemocněním mohou pracovat, pokud k tomu dostanou adekvátní podporu a pracovní místa jsou přizpůsobena jejich možnostem. Zmiňovaný způsob podpory je v zahraničí velmi úspěšný – studie ukazují, že přibližně 60 % lidí s duševním onemocněním, kteří se obrátí na poskytovatele služby IPS, získá placenou práci na otevřeném trhu (Podporované zaměstnávání metodou IPS, 2014).

Možnosti využití modelu IPS v České republice je pilotně testováno organizacemi, které se dlouhodobě zabývají poskytováním služby podporovaného zaměstnávání lidem s duševním onemocněním. Dosud mají v ČR tradici především předpracovní tréninky v režimu sociálně terapeutické dílny. V této práci se tak budu snažit zodpovědět otázku:

Jsou předpracovní tréninky v režimu sociálně terapeutické dílny úspěšnější než metoda individual placement and support při zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na běžný pracovní v České republice?

1.5. Konceptualizace zkoumaného problému

Zkoumaný problém se budu v této práci snažit pojmut ze dvou základních úhlů (teoreticko-analytického a empirického), které na sebe navazují. Úkolem teoretické části práce je představit rámec reality, v jakém se lidé s duševním onemocněním pohybují na běžném pracovním trhu a při přípravě na vstup do zaměstnání v České republice.

V empirické části práce pak prozkoumám, jak lidé s duševním onemocněním vnímají představené faktory, které je mohou ovlivňovat a to z jejich individuálního subjektivního pohledu.

Tyto dva úhly pohledu – by měly pomoci pochopit danou životní situaci lidí s duševním onemocněním, kteří mají zájem získat zaměstnání prostřednictvím předpracovních tréninků nebo formu metody IPS v celé jejich komplexnosti a přispět k důkladnější reflexi.

V textu práce se zabývám otázkou duševního onemocnění a jeho vztahu k postavení lidí s psychickým onemocněním na pracovním trhu, proto považuji prozkoumání sociálně-kulturního kontextu za relevantní. Konceptualizace práce pak bere na vědomí i fakt, že pro uchopení reality je nutné vidět a pochopit samotné aktéry, což je vlastně předmětem celé empirické části práce.

Níže uvádím tabulku, která uvádí hlavní dominantní teoretické východiska, které jsem v práci použila při konceptualizaci zkoumaného problému.

Tabulka č. 5 Dominantní teoretická východiska

Dominantní teoretická Hlavní představitelé východiska

<i>IPS model</i>	Robert Drake v Anglii a Prof. Deborah R. Beckerová
<i>Zotavení</i>	Mark Ragin
<i>FACT model</i>	Remmers van Veldhuizen a Michiel Bähler
<i>ACT model</i>	Leonard Stein a Mary Ann Testová a Arnold Marx

2. Makro-sociální souvislosti problematiky

V této kapitole se zaměřením na makro-sociální souvislosti problematiky zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Budu se věnovat intervencím zaměřeným na vyrovnávání šancí na trhu práce a legislativním rámci, dále budu pokračovat přes širší a obecnější kulturní kontext a strukturální souvislosti (strukturální souvislosti však v rámci makro-pohledu zúžíme především na sledování postavení lidí s duševním onemocněním na pracovním trhu).

Považuji za důležité zařadit kapitolu o makro-sociálních souvislostech problematiky zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na běžný pracovní trh, jelikož se domnívám, že studovat problém na více úrovních má svůj nesporný význam. Tato kapitola má za cíl analyzovat situaci v rámci „objektivního diskurzu“. Přičemž „subjektivnímu diskurzu“ se budu věnovat v empirické části práce.

2. 1. Intervence zaměřené na vyrovnání šancí na trhu práce

V této kapitule se budu věnovat dvěma institutům, které jsou zaměřeny na vyrovnání šancí na trhu práce pro lidi se zdravotním omezením, potažmo lidi s duševním onemocněním v ČR. Prvním z nich je pracovní rehabilitace a druhým chráněné pracovní místo. Oba dva instituty upravuje zákon o zaměstnanosti ČR. Krátce se zmíním i o sociálním podnikání, které však dosud není v ČR legislativně ukotveno.

Institut pracovní rehabilitace je zabezpečována na základě těchto právních předpisů:

- zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění
- vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění

Podle § 69 odst. 2 zákona o zaměstnanosti se za pracovní rehabilitaci považuje souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením

Pracovní rehabilitace je určena osobám se zdravotním postižením (dále jen „OZP“). Tuto skutečnost OZP doloží posudkem nebo potvrzením orgánu sociálního zabezpečení. Na

pracovní rehabilitaci mohou být na základě doporučení ošetřujícího lékaře vydaného jménem poskytovatele zdravotních služeb zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními.

Pracovní rehabilitace je v tomto kontextu vnímaná jako souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním handicapem. Uskutečňuje se na základě individuálního plánu pracovní rehabilitace, který v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestavuje Úřad práce ČR.

Cílem pracovní rehabilitace je usnadnění vstupu osob se zdravotním postižením na otevřený trh práce a udržení vhodného zaměstnání u osob, jejichž zdravotní stav se v průběhu nemoci změnil natolik, že nejsou schopni vykonávat svoji dosavadní profesy.

Pracovní rehabilitace je realizována pracovníky poradenství Úřadu práce ČR ve spolupráci s poradci pro zprostředkování, pracovníky trhu práce, zástupci neziskových organizací a lékaři.

Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména tyto aktivity:

- Poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
- Teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost
- Činnost zaměřenou na zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání nebo změnu povolání
- Vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
- Specializované rekvalifikační kurzy

Za druhou intervenci na vyrovnání šancí na trhu práce lze považovat institut chráněného místa. Chráněné pracovní místo je upraveno v § 75 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vymezené nebo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Na zřízení

chráněného pracovního místa poskytuje ÚP zaměstnavateli příspěvek a musí být obsazeno po dobu 3 let. Chráněným pracovním místem může být i pracovní místo, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a ÚP.

ÚP může uzavřít dohodu o zřízení chráněného pracovního místa i s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost.

Podle § 76 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů úřad práce může na zřízené nebo vymezené chráněné pracovní místo poskytnout na základě dohody se zaměstnavatelem nebo osobou samostatně výdělečně činnou, která je osobou se zdravotním postižením, i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa. Dohodu je možno uzavřít nejdříve po uplynutí 12 měsíců ode dne obsazení zřízeného chráněného pracovního místa nebo ode dne vymezení chráněného pracovního místa. Roční výše příspěvku může činit nejvíce 48 000 Kč. Příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa se neposkytuje na pracovní místo zřízené nebo vymezené mimo pracoviště zaměstnavatele.

Poslední intervenci, kterou lze vnímat jako intervenci zaměřenou na vyrovnání šancí na trhu práce pro lidi se zdravotním omezením je zřizování sociálních podniků. Oproti chráněnému místu a pracovní rehabilitaci je však tato intervence zcela v rukách business trhu, sociální podnikání není v ČR legislativně ukotveno.

Sociální podnik je právnická osoba, založena dle soukromého práva nebo fyzická osoba, která splňuje principy sociálního podniku. Sociální podnik naplňuje veřejně prospěšný cíl, který je formulován v zakládacích dokumentech. Vzniká a rozvíjí se na konceptu tzv. trojího prospěchu – ekonomického, sociálního a environmentálního. (Šťastná, 2016) Nejobvyklejší formou se v ČR staly tzv. integrační sociální podniky, které zaměstnávají především lidi se zdravotním omezením, v České republice je takto zaměřeno 152 sociálních podniků z celkového počtu 202 (Preclíková, 2011). Nejaktuálnějším vývoje v České republice v oblasti sociálních podniků bylo vytvoření právní formy sociálního družstva, které v některých zahraničních zemích představuje výhradní právní formu pro sociální podniky. Můžeme však na základě historie odvozovat, že odpor k družstevnictví a porevoluční volnost ve sdružování, vedla většinu Českých sociálních podniků do forem

občanských sdružení a obecně prospěšných společností. Zatímco družstevní právní formy zůstaly nepříliš využívanými. Vznik nové formy sociálního družstva se tak neseťkal, alespoň prozatím příliš s pozitivním ohlasem ze strany sociálních podnikatelů, kteří stále raději volí jiné právní formy (Vyskočil, 2014).

Na webových stránkách „české sociální podnikání“ provozovaných P3 – People, Planet, Profit, o.p.s. (organizace zabývající se podporou a popularizací sociálního podnikání a inovacemi) je uveden „adresář sociálních podniků“. V současnosti je v adresáři 202 podniků. Z adresáře je patrné, že sociální podniky jsou zaměřené zejména na cílovou skupinu osob se zdravotním omezením – celkově se této cílové skupině věnuje v ČR 135 sociálních podniků.

Pokud vezme v potaz téma práce, pak chráněná pracovní místa u běžných zaměstnavatelů jsou nástrojem, který lze využít při zaměstnávání osob s duševním onemocněním formou metody IPS, pokud jsou tato chráněná místa realizovaná u běžných zaměstnavatelů na běžném pracovním trhu, protože to lze vnímat jako skutečnou integraci na běžný pracovní trh. Z dat organizace P3 o.p.s. vyplývá, že většina sociálních podniků v ČR je spíše „chráněným pracovním trhem“, kde nedochází k integraci lidí se zdravotním omezením na běžný pracovní trh. Sociální podniky zaměstnávají spíše zaměstnance se stejným pracovním omezením, což není v souladu s metodou IPS a ani trendy v oblasti zaměstnávání v zemích EU.

Ve všech zemích EU se jednoznačně výrazně upřednostňuje podpora zaměstnávání osob se zdravotním omezením na otevřeném trhu práce, tímto směrem je zaměřena naprostá většina opatření v oblasti politiky zaměstnanosti a projevuje se i snaha podporovat pokud možno co nejvíce přechod z chráněného nebo adaptovaného prostředí do běžného pracovního prostředí. (Kotíková, 2013).

2. 2. Legislativa rovných podmínek na trhu práce

Ve všech zemích EU včetně ČR, jsou garantovány rovné podmínky na trhu práce. Členské státy přijaly mnohá opatření, která se dotýkají rovných příležitostí, evropská legislativa je v tomto ohledu poměrně obsáhlá.

Česká republika upravuje právo na zaměstnání v zákoně o zaměstnanosti, který je platný od října roku 2004. Zmíněný zákon deklaruje, že právo na zaměstnání nelze odepřít občanovi mimo jiné i z důvodů zdravotní omezení. V opačném případě zákon hovoří o přímé diskriminaci. Za nepřímou diskriminaci pak považuje takové jednání nebo opomenutí, kdy na základě zdánlivě neutrálního ustanovení, kritéria nebo praxe je z některého z uvedených důvodů (např. zdravotní handicapu) osoba znevýhodněna oproti ostatním. Zákon navíc rozšiřuje popis nepřímé diskriminace z důvodu zdravotního postižení. Za nepřímou diskriminaci z důvodu zdravotního postižení považuje také odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení

V rámci zákona o zaměstnanosti vznikl také pojem osoby zdravotně znevýhodněné (dále OZZ), resp. zdravotně znevýhodněné osoby, přičemž osoby s duševním onemocněním nejsou ze zákona chápány jako skupiny vyžadující zvláštní přístup oproti osobám s jiným zdravotním omezením. Dle informací z webových stránek České správy sociálního zabezpečení (dostupné na www.cssz.cz) je účelem uznání statusu OZZ podpora zaměstnávání těchto osob a jejich uplatnění na trhu práce. Zaměstnávání OZZ je ze strany státu podporováno poskytováním příspěvku zaměstnavateli.

Paragraf 67 zákona o zaměstnanosti upravuje termín OZZ následovně: osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním, druhém nebo třetím stupni anebo jsou rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými. Zákon o zaměstnanosti (Zákon č. 435/2004 Sb.) dále v § 67 určuje za zdravotně znevýhodněnou osobu „takovou fyzickou osobu, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo

využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat, jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu“.

„Zaměstnavateli zaměstnávajícímu více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců se poskytuje příspěvek na podporu zaměstnávání těchto osob. Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl činí 4 %. V případě, že není možné zaměstnávat povinný podíl zaměstnanců se zdravotním postižením, je zaměstnavatel povinen odebrat výrobky nebo služby od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebráním výrobků chráněných dílen provozovaných občanským sdružením, státem registrovanou církví nebo náboženskou společností nebo církevní právnickou osobou nebo obecně prospěšnou společností, nebo zadáváním zakázek těmto subjektům nebo odebráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek těmto osobám, nebo odvodem do státního rozpočtu.“ (Zákon o zaměstnanosti, 2004: § 81)

Legislativní podpora rovných podmínek na trhu práce v praxi naráží na strukturální příčiny selhávání lidí s duševním onemocněním na běžném pracovním trhu.

Strukturální příčiny selhávání nemohou lidé s duševním onemocněním sami ovlivnit. Podmínky jsou pevně nastaveny společností a jsou také ovlivněny jejím vývojem. Strukturální příčiny selhávání lze rozdělit na ekonomické a sociální. Ekonomické strukturální příčiny jsou spojovány s ekonomickým vývojem na trhu práce a také snahou zaměstnavatelů o co nejvyšší produktivitu. Postoje a normy společnosti představují zase sociální příčiny, které lidé s duševním onemocněním často poškozují a diskriminují (Vrbková, 2004). Další příčinou je jistě i personální politika podniků, která je zaměřena na co největší ekonomický zisk a z toho se odvíjí i personální oblast podniků, která vyvíjí tlak na co nejzdravější a nejproduktivnější pracovníky (Michon, Weegel (in Farbiaková, 2008)

2. 3. Programy aktivní politiky zaměstnanosti

Jedním z nástrojů státu, který se snaží řešit nezaměstnanost je aktivní politika zaměstnanosti. Na rozdíl od pasivní politiky, která zahrnuje především podporu v nezaměstnanosti a rekvalifikace, se snaží aktivní politika zaměstnanosti přispět k dosažení rovnováhy na trhu práce, tedy k dosažení rovnováhy mezi poptávkou a nabídkou po pracovní síle. Aktivní politiku lze definovat jako soubor opatření, které se snaží o zajištění maximální možné úrovně zaměstnanosti. (Tomeček, 2006).

Stát poskytuje ze svého rozpočtu finance na aktivní politiku zaměstnanosti. Poskytování příspěvků aktivní politiky zaměstnanosti se řídí stanovenými kritérii, která jsou zakotvena v Normativní instrukci č. 15/2014 Ministerstva práce a sociálních věcí určené ÚP ČR, a která stanoví, že nástroje aktivní politiky zaměstnanosti jsou primárně určeny uchazečům o zaměstnání, kterým není pro jejich individuální charakteristiky možné zajistit zaměstnání jiným způsobem. Za nejvíce ohrožené osoby na trhu práce jsou považovány osoby se zdravotním omezením. Dále pak absolventi bez praxe, mladí lidé do 30 let, osoby starší 50 let věku a rodiče, zejména matky vracející se z rodičovské dovolené. Nástroje aktivní politiky zaměstnanosti rovněž slouží k boji se sociálním vyloučením a v neposlední řadě jsou určeny osobám vedeným v evidenci uchazečů o zaměstnání déle než 5 měsíců. Aktivní politika je tedy zaměřena i na lidi s duševním onemocněním, kteří tvoří podskupinu osob se zdravotním omezením.

Nástroje aktivní politiky zaměstnanosti upravuje zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 sb. Nástroje jsou následující:

- rekvalifikace
- investiční pobídky
- veřejně prospěšné práce
- společensky účelná pracovní místa
- překlenovací příspěvek
- příspěvek na zapracování
- příspěvek při přechodu na nový podnikatelský program

Součástí opatření aktivní politiky zaměstnanosti je rovněž:

- poradenství
- podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením s výjimkou příspěvků podle
- cílené programy k řešení zaměstnanosti

Tabulka níže uvádí strukturu použitých nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti (APZ) v letech 2015 a 2016. Modře jsou označeny nástroje APZ určené k podpoře zaměstnanosti občanů se zdravotním omezením.

Tabulka č. 6 Struktura použitých nástrojů APZ v letech 2015 a 2016 (ÚP ČR a MPSV)

nástroj APZ	Počty vytvořených míst (stav) k		Počty vytvořených míst celkem v průběhu		Počty podpořených uchazečů/osob (stav) k		Počty podpořených uchazečů/osob celkem v průběhu		Čerpání finančních prostředků v roce (v tis. Kč)	
	31. 12. 2015	31. 12. 2016	roku 2015	roku 2016	31. 12. 2015	31. 12. 2016	roku 2015	roku 2016	2015	2016
Rekvalifikace (vč. ESF) ¹⁾	x	x	x	x	1 716	1 142	34 968	22 309	380 350	269 494
Aktivizační pracovní příležitost	-	-	-	-	-	-	-	-	970	-
Veřejně prospěšné práce	19 677	14 881	34 541	21 133	15 955	12 137	35 169	22 605	2 668 641	2 687 116
- vytvoření VPP	830	4 685	796	6 308	697	3 865	940	6 133	187 263	389 029
- ESF - VPP NIP	18 847	10 196	33 745	14 825	15 258	8 272	34 229	16 472	2 481 378	2 298 087
Společensky účelná pracovní místa	31 988	9 143	51 234	24 414	30 571	8 614	50 163	24 146	3 807 018	3 480 907
- zřízená u zaměstnavatelů	150	106	46	24	95	52	67	30	3 898	1 910
- zřízená u jednotlivců (OSVČ)	3 212	2 217	2 643	1 936	3 212	2 217	2 643	1 936	147 157	99 869
- vyhrazená pro konkrétního uchazeče	1 511	2 434	1 805	4 148	1 441	2 266	1 762	3 929	214 503	282 864
- ESF - SÚPM NIP	27 115	4 386	46 740	18 306	25 823	4 079	45 691	18 251	3 441 460	3 096 264
Zaměstnanost občanů se zdravotním postižením	2 493	2 766	871	838	1 982	1 990	1 483	1 220	60 462	57 994
- zřízení chrán. pracov. míst ²⁾	2 493	2 766	871	838	1 778	1 803	1 255	899	53 184	47 867
- provoz chrán. pracovních míst ³⁾	x	x	x	x	204	187	115	127	3 091	3 800
- pracovní rehabilitace	x	x	x	x	.	.	113	194	4 186	6 326
Cílené programy ESF (RIP)	198	2 548	2 574	2 798	293	2 636	6 146	3 199	2 069 910	119 812
Ostatní podpora zaměstnanosti									672 561	236 549
- Investiční pobídky (programy pro podporu tvorby nových pracovních míst)									11 825	42 300
- ESF OP LZZ ostatní (VS pro stabilitu, Poradenství a koučink, Call centrum ÚP ČR, MIKOP, Systém efektivního řízení lidských zdrojů, Rozvoj služeb v obl. volných pracovních míst, POVEZ, VS pro růst! Adaptabilita, Studie SPD a Evropské služby zaměstnanosti ČR) a ESF OP Z ostatní (POVEZ II., Evropské služby zaměstnanosti ČR II. (EURES II.), Efektivní služby zaměstnanosti (EFES)) a EU EaSI									660 736	194 249
Ostatní ⁴⁾									8 884	9 004
Aktivní politika čerpaná na ÚP ČR									9 668 796	6 860 876
- APZ ESF									57 527	0
- APZ "národní"									6 503	5 929
Aktivní politika čerpaná na MPSV									64 029	5 929
Aktivní politika zaměstnanosti celkem									9 732 826	6 866 805
z toho: financování programů ESF celkem									9 022 131	5 860 679

Zdroj: (MPSV, Analýza zaměstnanosti a nezaměstnanosti v roce 2016).

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR vytvořilo také dokument, které je zaměřen na strategii politiky zaměstnanosti do roku 2020 (Strategie politiky zaměstnanosti v ČR do roku 2020). V dokumentu je uvedeno, že zajištění rovného přístupu k zaměstnání pro všechny osoby je jednou z hlavních priorit státní politiky zaměstnanosti a zároveň jedním z hlavních pilířů jak politiky sociální. Při zajištění rovného přístupu k zaměstnání jsou v dokumentu identifikovány dvě následující skupiny zásadních problémů:

- Nedostatečná tvorba pracovních míst umožňující nalézt pracovní uplatnění všem osobám, které pracovat chtějí a to včetně regionálních disparit mezi nabídkou a poptávkou po práci.
- Ztížený přístup k zaměstnání pro nejvíce znevýhodněné osoby, kterými jsou starší osoby v předdůchodovém věku, mladí, osoby pečující o osobu blízkou zejména o dítě (resp. navracející se zpět na trh práce), osoby s nízkou kvalitací, osoby se zdravotním postižením a osoby s dalšími, zejména sociálními hendikepy.

Ve strategii se dále uvádí, že má-li být APZ skutečně efektivním nástrojem k podpoře zaměstnanosti a přispět ke generování nových pracovních příležitostí, je potřeba navýšit personální kapacity a objem finančních prostředků na její realizaci.

Pro správné využití financí je nutné mít dostatečný počet pracovníků. Oblast sociálního zabezpečení je v ČR dlouhodobě poddimenzovaná a logicky tedy nedochází k efektivnímu využívání nástrojů, protože lidský faktor nemá neomezené možnosti. V posledních letech již dochází k určitému nárůstu daných zaměstnanců, avšak situace je stále neporovnatelná s okolními státy. V Německu například propočítali, že by poradce měl nejlépe pracovat průměrně s 80 osobami a jejich případy, reálně se však jedná o 120-160. V České republice se poradci zabývají běžně s dvojnásobným počtem nezaměstnaných. Rostoucí počet nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti tedy nepřinese výsledky, dokud nebude dostatečný počet pracovníků, kteří by s nimi pracovali (Kotíková, 2013).

Strategie politiky zaměstnanosti ČR na další období se zaměřuje i na eliminaci některých negativních efektů APZ. V rámci strategie je v plánu do roku 2020 realizovat optimalizaci jak výši poskytovaných příspěvků podle výše znevýhodnění na trhu práce, tak rovněž poskytování cílenějších nástrojů. V budoucích letech je záměrem klást důraz na kombinaci stávajících nástrojů v komplexních opatřeních, V budoucnu bude tedy

využíváno možnosti vytváření specifických opatření zacílených na konkrétní znevýhodněné skupiny na trhu práce při maximálně možném využití stávajících nástrojů či jejich modifikací a kombinací, přičemž bude kladen důraz na komplexní nástroje orientující se na integraci znevýhodněných osob na trh práce, včetně poradenských a asistenčních opatření (např. zavedení case managementu do praxe ÚP ČR). Strategie si klade za cíl také pravidelné vyhodnocování efektivity nástrojů APZ na cílové skupiny.

Za problematické lze považovat i to, že aby lidé mohli být zařazeni do nějakého programu aktivní politiky zaměstnanosti, tak musí být v evidenci úřadu práce. To je ale mnohdy nemožné, protože lidé zejména se závažným duševním onemocněním (psychotické a afektivní poruchy) pobírají ve velké míře invalidní důchody a z tohoto důvodu jejich cesty na úřad práce nemíří a nezvažují, že by čerpali podporu od pracovníků úřadu práce. A tam, kde vhodné programy APZ existují, může být pro lidi s duševním onemocněním obtížné je navštěvovat, zejména z důvodu nerealizované terénní péče na úřadu práce (např. u potřeby asistence při docházce na úřad při zhoršeném psychickém stavu) a celkové nedostatečné kapacitě terénních služeb v ČR. Zároveň jsou programy APZ nastaveny obecně pro lidi s jakýmkoliv zdravotním omezením a nezohledňují specifické omezení lidí se závažným duševním onemocněním (např. možné přetrvávající výrazné kognitivní deficity, neschopnost plánovat a organizovat svůj čas, nízká míra zvládnutí stresových situací, omezená schopnost sociálních dovedností, atp.).

2. 4. Flexibilní formy zaměstnávání

Mezi opatření, která mohou mít nějaký vliv na zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, bychom neměli zapomenout zařadit flexibilní formy zaměstnávání. Tento způsob zaměstnávání není přímým nástrojem ze strany států, ale je to nástroj, který je součástí pracovního práva a tudíž jej lze považovat za součást regulace podmínek pracovního trhu.

V zákoně o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. je několik paragrafů, které upravují různé formy práce a zaměstnávání. Níže uvádím jejich přehled.

Tabulka č. 7 Formy práce v zákoně

Forma a způsob zaměstnávání	Paragraf
Dohoda o provedení práce	75
Dohoda o pracovní činnosti	76
Pružné rozvržení pracovní doby	85
Konto pracovní doby	86
Agenturní zaměstnávání	308 – 309

Flexibilní úvazky nelze automaticky vnímat jako jednoznačně pozitivní opatření, mohou vést i ke specifickým znevýhodněním. Důležité je jejich posouzení v kontextu legislativního a institucionálního zázemí dané země.

Na sekundárním trhu práce v ČR jsou částečné úvazky méně časté. Jsou specifická tím, že představují pracovní místa s poměrně nízkou potřebou kvalifikace, ale i kvalitou zaměstnání (Křížková, Hašková 2003), nabízejí např. ještě nižší mzdu než obdobná zaměstnání na plný úvazek. Takovéto úvazky nejdeme především na nižších pozicích v obchodě nebo službách a ve zdravotnictví (Kuchařová et al. 2006).

Přitom se považuje pro zaměstnance s duševním onemocněním zkrácený pracovní úvazek jako vhodný pracovní poměr, neboť i ve dnech zdravotních obtíží budou lépe zvládat pracovní zátěž. (Národní rada osob se zdravotním postižením, 2011)

Ve většině případů nevytváří rovné podmínky kariérního růstu, poskytují nižší plat, jsou spojeny s omezeným přístupem k dalšímu pracovnímu vzdělávání a k výhodám spojeným se zaměstnáním. Nevýhodou může být také to, že nemusejí být přestupní stanicí ke kvalitním plným úvazkům a mohou uzavírat zaměstnance v nekvalitních pozicích na sekundárních trzích práce. Mnohdy bývají také spojeny s jevem, který se nazývá podzaměstnanost, tedy přijetím zaměstnání na méně hodin, než pracovník preferuje a než by byl schopen zvládnout, také často neodpovídá jeho kvalifikaci (Tijdens, 2005).

V ČR jsou flexibilní formy práce a zejména částečné úvazky užívány v menší míře, než je tomu obvyklé v jiných zemích Evropy. Pro přehled uvádím údaje o využívání institutu práce na částečný úvazek v zemích EU v roce 2016. Z tabulky je patrné, že částečné úvazky jsou v ČR výrazně méně využívány než v ostatních zemích EU.

Tabulka č. 8 Přehled využívání částečných úvazků

Země	Počet lidí pracujících na částečný úvazek v %
Nizozemí	45,0
Velká Británie	26,2
Švédsko	23,9
Dánsko	22,5
Rakousko	21,9
Německo	21,7
Belgie	20,6
Irsko	17,0
Francie	16,6
Lucembursko	13,3
Finsko	12,9
Portugalsko	11,8
Polsko	10,3
Lotyšsko	10,0
Malta	9,3
Litva	9,1
Kypr	8,9
Itálie	8,6
Španělsko	8,6
Estonsko	8,0
Slovinsko	6,6

Česká republika	5,0
Maďarsko	4,4
Řecko	4,2
Slovensko	2,4

Zdroj: Eurostat, People in the Labour Market

2. 5. Kulturní kontext

V této kapitole se budu věnovat kulturnímu kontextu, který je relevantní pro otázku zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Sledujeme-li faktory ovlivňující lidi s duševním onemocněním při návratu do zaměstnání na makro-sociální úrovni, pak se domnívám, že je třeba se vedle institucionálního rámce zajímat i o kulturní kontext.

„Česká republika patří mezi menšinové země v Evropské unii, které nemají vládní program péče o duševní zdraví. Důsledkem je nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, chybějící nebo nerovnoměrně rozmístěné ambulantní služby, zastaralá struktura lůžkové kapacity, nedostatek zařízení komunitní péče. Dostupnost psychiatrické péče je neuspokojivá, obor psychiatrie je v České republice dlouhodobě nedostatečně finančně zajištěn a jeho rozvoj je ve srovnání s většinou zemí Evropské unie zanedbán a opožděn. Psychiatrická péče má z velké části institucionální charakter a nepodařilo se dosud rozvinout systém komunitní péče. Situace v jednotlivých krajích ČR je navíc velmi výrazně rozdílná.“ (Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, 2015).

Psychiatrická péče v ČR nedoznala od počátku 90. let 20. století žádné zásadní systémové změny a potýká se s dlouhodobou podfinancovaností.

V roce 2013 schválilo Ministerstvo zdravotnictví dokument Strategie reformy psychiatrické péče. V dokumentu výtýčilo potřebnou změnu v oblasti psychiatrie. Tou by mělo být zejména posílení komunitních služeb, které má napomoci naplňování lidských práv lidí s duševním onemocněním. Strategie zmiňuje i potřebnou změnu paradigmatu v

oblasti péče o lidi s duševním onemocněním, nicméně je otázkou, zda na takovou změnu jsme v České republice připraveni – přepsat na jinou formulaci.

Strategie reformy psychiatrické péče byla tvořena v souladu s evropskými i národními dokumenty revidujícími koncepci psychiatrické péče obecně. Tyto dokumenty doporučují podpořit rozvoj komunitní a semimurální péče, zvýšit roli primární péče a všeobecných nemocnic, transformovat psychiatrické nemocnice/léčebny a v neposlední řadě podporovat vzdělávání odborných pracovníků (Strategie reformy psychiatrické péče, MZ ČR, 2013).

Cílem strategie je zvýšit kvalitu života osob s duševním onemocněním.

Specifické cíle strategie jsou:

- Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování
- Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně
- Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí
- Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci
- Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).
- Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Humanizovat psychiatrickou péči. (Strategie reformy psychiatrické péče, MZ ČR, 2013).

V této kapitole nesmíme však opomenout i širší kulturní kontext, který ovlivňuje psychiatrickou péči v ČR. V další části této kapitoly se tak budu věnovat širšímu kontextu, který ovlivňuje kulturu péče o duševní zdraví v ČR.

Nejdůležitější aktuální mezinárodní iniciativou jsou závěry přijaté na Evropské Konferenci ministrů k otázkám duševního zdraví, pořádané Světovou zdravotnickou organizací v Helsinkách v lednu 2005. Ministři zdravotnictví členských států v Evropském regionu SZO se ve své Deklaraci duševního zdraví pro Evropu zavázali k realizaci Akčního plánu duševního zdraví pro Evropu v souladu s potřebami a zdroji každé

z jednotlivých členských zemí. Svými podpisy ministři požádali Regionální úřadovnu SZO pro Evropu, aby podnikla nezbytné kroky a zajistila, že se plně podpoří příprava a realizace politiky duševního zdraví, a že aktivity a programy budou mít odpovídající prioritu a zdroje ke splnění požadavků této Deklarace.

Výzva je formulována tak, že v průběhu příštích pěti až deseti let se mají připravit, realizovat a vyhodnotit politické koncepce a legislativa, jež pomohou vyvíjet aktivity duševního zdraví, schopné zlepšit pocit zdraví a duševní pohody v celé populaci a začlenit do společnosti jako funkce schopné jedince s psychickými problémy.

Alarmující zprávou je, že v podílu finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví je Česká republika na předposledním místě v EU: v ČR jde asi o 3,5 %, přičemž v ostatních členských zemích se tyto prostředky pohybují většinou mezi 5 až 10 %. (zelená kniha) Evropská komise: Zelená kniha (Green Paper) „Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva“, 2005 (Raboch, Wenigová, 2012).

Dalším ještě novějším dokumentem EU k duševnímu zdraví je „Evropský pakt duševního zdraví a wellbeingu“ (European Pact for Mental Health and Well-being) přijatý na konferenci na nejvyšší úrovni v Bruselu ve dnech 12. - 13. června 2008, které se účastnili ministři zemí EU a někteří komisaři EU. Primární zodpovědnost za aktivity v těchto oblastech leží na členských státech.

Pokud se bavíme o kulturním kontextu, pak nesmíme opomenout ani atmosféru vnímání duševního onemocnění ve většinové společnosti v ČR. Situaci vnímání schizofrenie širokou veřejností popisuje výzkum „Názory na schizofrenii“ (více na www.stopstigma.cz/Akce) na vzorku cca 700 dospělých osob v ČR. Jedním ze závěrů, vyplývajících z mapování, mimo jiné je, že chování lidí vůči osobám se schizofrenií vychází z tradičních představ utvářených v minulosti a generačně předávaných. Chování nese znaky stereotypních a mnohdy racionálně neověřených tvrzení o nevyzpytatelnosti chování člověka s vážným duševním onemocněním, jeho možné agresivitě a obavy, které může vzbuzovat ve svém okolí. Další zjištění prokázalo, že obecná informovanost o podstatě a projevech schizofrenické poruchy je chabá a zcela nedostatečná. Informace, které se dostávají k běžným občanům, jsou náhodné a útržkovité (Wenigová, 2005).

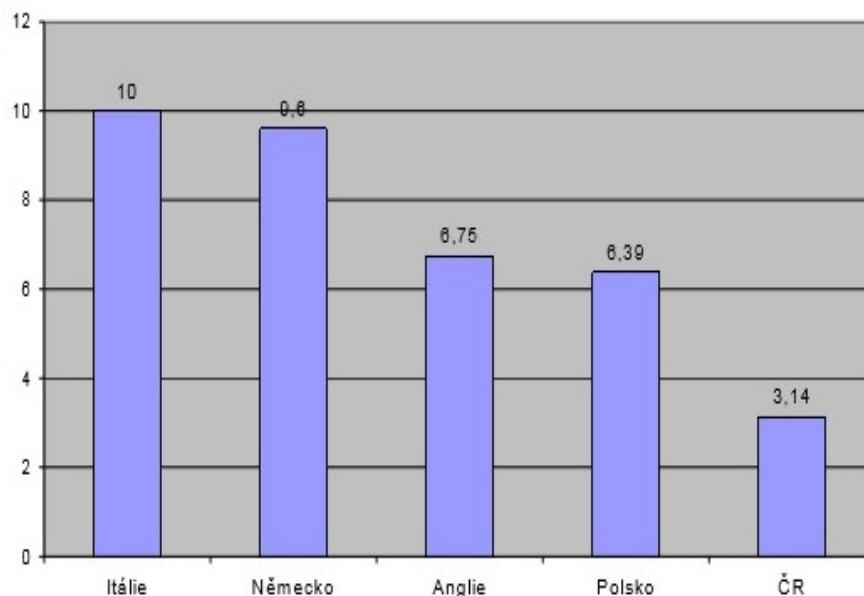
Většina odborníků v psychiatrii si v rámci své každodenní rutiny nestačí otázku stigmatizace uvědomovat, a mnohdy jsou oni sami její obětí. Destigmatizační aktivity jsou u nás „v plenkách“, a pokud se vůbec provádějí, pak nepřiliš efektivní formou jednorázových kampaní namísto dlouhodobých aktivit. Na systematickou činnost se bohužel velmi obtížně shánějí finance, protože je vnímána jako nedůležitý nadstandard. Jedním z řešení do budoucna je zaměření se na důsledky, které stigma způsobuje a tím je nesnadné zapojování lidí s duševními poruchami do společnosti (práce, bydlení, vztahy). I proto je tak důležitý proces transformace psychiatrické péče, který povede k možnosti žít co nejvíce v přirozených podmínkách, bez dlouhodobých hospitalizací mimo své osobní a pracovní prostředí (Wenigová, 2005).

„Pokud se péče o duševně nemocné zredukuje jen na problematiku diagnostiky a farmakologické léčby, pak se může zdát, že držíme krok se světem. Avšak pokud sledujeme, jak dalece je systém citlivý k lidským právům pacientů, zda jsou tvořeny podmínky pro zapojování klientů do rozhodovacích procesů, v jakých podmínkách a kde jsou pacienti léčeni a jak je systém schopen se zabývat všemi problémy, které jsou s nemocí spojeny, pak je zřetelný výrazný rozdíl mezi ČR a západoevropskými zeměmi. Je zřetelné, že v těchto zemích došlo v posledních asi 50 letech k obrovskému posunu celého systému péče, zatímco vývoj v zemích bývalého socialistického bloku do značné míry stagnoval. Naše představy o tom, co je humánní a důstojná péče, se v řadě bodů liší s chápáním důstojnosti a humánnosti péče v původních zemích EU. Nyní se začínáme zabývat problémy, které byly v řadě zemí Evropské unie diskutovány zhruba před 30 lety. Velká psychiatrická zařízení byla v zemích EU již dávno rozpoznána jako nevhodná pro moderní dobu. V těchto zemích vesměs proběhl proces jejich náhrady zařízeními a službami, které jsou schopny napomáhat pacientům zůstat co možná nejvíce integrováni v běžném životě. Existují propracované mechanismy zajišťující, že práva pacientů jsou za každé situace maximálně ošetřena. Sleduje se mnoho kvalitativních ukazatelů a celý systém je transparentní a přístupný veřejné kontrole. Ve srovnání s tímto v ČR není účinná zpětná vazba a kontrola nad tím, co se v psychiatrických zařízeních děje. Ukazatele, které jsou u nás sledovány, mluví minimálně o kvalitě systému a jeho výstupech. V ČR je 80 % psychiatrických lůžek v psychiatrických léčebnách. Proto je velká část akutní péče,

namísto v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic, prováděna na lůžkách následné péče. Značný podíl lůžkové péče je zřetelný i ve srovnání s dalšími zeměmi Evropy.“ (Pěč et.al., 2010).

Níže uvádím pro názornost výše napsaného grafy. První graf srovnává počet míst v denních stacionářích v různých zemích na 100 tisíc obyvatel. Z grafu je patrné, že ČR má výrazně méně stacionární péče oproti srovnávaným zemím. Zdroj: Raboch, Wenigová, 2012.

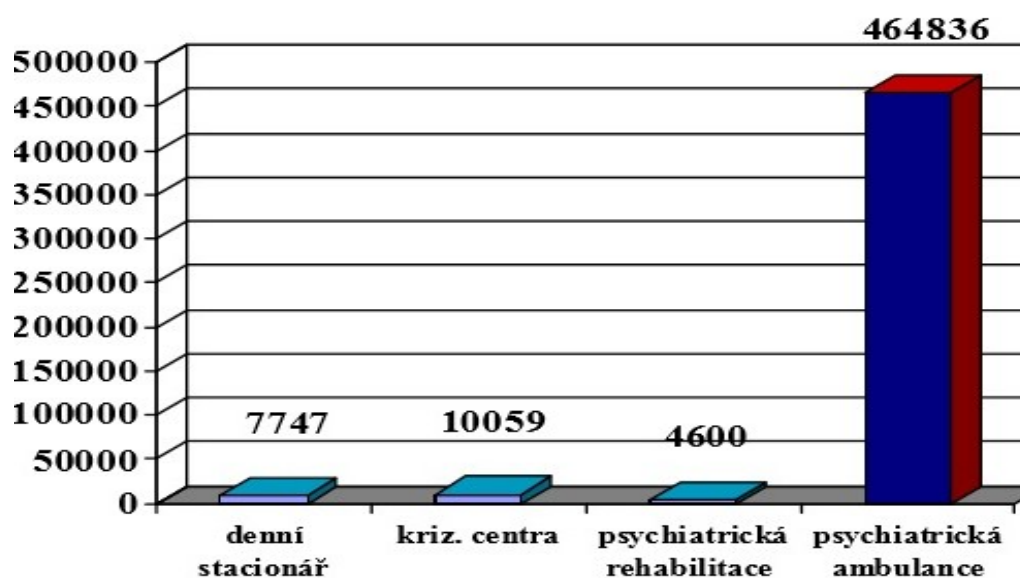
Obrázek č. 1 Počet míst v denních stacionářích



Druhý Graf podává info o počtu lidí s duševním onemocněním léčených v jednotlivých typech služeb psychiatrické péče. Z grafu je patrné, že se v ČR drtivá většina péče

odehrává primárně v psychiatrických ambulancích a ostatní druhy léčby jsou poddimenzované. Data jsou z roku 2015 a zdrojem ÚZIS ČR.

Obrázek č. 2 Přehled léčených osob s DO ve službách



2. 6. Přístup zaměstnavatelů vůči pracovní síle – lidí s duševním onemocněním

V následující kapitole se budu věnovat přístupu zaměstnavatelů vůči pracovní síle – lidem s duševním onemocněním.

Poměrně významnou komplikaci při hledání pracovního místa je pobírání invalidního důchodu klienty. A to z toho důvodu, že zaměstnavatelé mají z osob pobírající invalidní důchod obavy, a to například strach z nedostatečného pracovního výkonu či časté pracovní neschopnosti. Pokud má zaměstnavatel povinnost zaměstnávat osobu se zdravotním postižením, tak se stává, že upřednostňuje osoby jiného typu zdravotního postižení než psychického (Farbiáková, 2008).

Lidé s duševním onemocněním jsou často vnímáni zaměstnavateli negativně, a to také díky předsudkům a stereotypům, které se o této skupině uchazečů vyskytují. Předsudky přetrvávají nejen u laické, ale i odborné veřejnosti, ovládají jejich představy, myšlení a chování vůči duševně nemocným. Zdrojem stereotypních představ o duševních onemocněních je strach a obavy z duševních chorob a jejich nositelů. Zaměstnavatelé se totiž snaží minimalizovat rizika zvýšených nákladů na pracovní sílu už v procesu náboru a výběru pracovníků.

Mezi ekonomické příčiny, které mohou vnímat zaměstnavatelé jako překážku při zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, můžeme zařadit konkurenční prostředí v podmínkách tržní ekonomiky, které nevyhnutelně vede k úbytku pracovních příležitostí pro občany se zdravotním postižením. Jednou z dalších příčin může být i personální politika zaměřená na zisk, která vyvíjí tlak, na výběr nejzdravějších a nejproduktivnějších pracovníků. Ani velké podniky si nemohou dovolit udržovat „sociální místa“, ve kterých by byli zaměstnáváni lidé zdravotně postižení, aniž by se od nich očekával pracovní výkon srovnatelný s ostatními (Beranová, 2017). „Sirovátka (1997, s. 40) se na tuto skutečnost dívá z pohledu teorie lidského kapitálu, podle které ovlivňují vrozené i získané individuální vlastnosti lidí jako atributy „lidského kapitálu“ mezní produktivitu pracovní síly jako výrobního faktoru v ekonomickém systému. Mezní produktivita pracovní síly určuje pak procesy selekce pracovníků na pracovním trhu. Zaměstnavatelé se totiž snaží minimalizovat rizika zvýšených nákladů na pracovní sílu už v procesu náboru a výběru pracovníků. Jen obtížně však mohou získat spolehlivou informaci o přijímaných pracovnících, a tak spoléhají na obecné dojmy o lidech a na obecné stereotypy o skupinách, k nimž tito lidé náležejí“.

Zahraniční výzkumy uvádějí, že tři zaměstnavatelé ze čtyř vnímají zkušenost se zaměstnáváním osoby s duševním onemocněním jako pozitivní. Hlavními důvody, proč se člověka s duševním onemocněním rozhodli zaměstnat, bylo „protože to byl nejvhodnější kandidát na danou pozici“ a „protože jsem chtěl dát příležitost někomu, kdo tolik šancí nemá“.¹

¹ Jedná se např. o výzkum provedený v roce 2012 prostřednictvím rozhovorů s 245 zaměstnavateli, jehož závěry jsou dostupné na http://www.wiseemployment.com.au/uploads/publications/2013-ES-Empowermental-McNair_Research.pdf

Ze zkušeností Hroncové (in Ambrož, 2007, s. 17) se „lidé s duševním onemocněním často setkávají s překážkami, které jim brání v nalezení trvalého pracovního uplatnění na otevřeném pracovním trhu. Těmito překážkami jsou hlavně obavy zaměstnavatelů z vysoké nemocnosti a pomalejší pracovní tempo v důsledku medikace či nemoci. Z těchto důvodů mnoho zaměstnavatelů nepřijímá takto handicapované nebo s nimi ukončuje pracovní poměr“.

3. Předpracovní tréninky

Předpracovní trénink obvykle zahrnuje řadu stupňů, kde je klient postupně zařazován do zaměstnání. Tyto programy často zahrnují rozsáhlé období v chráněném zaměstnání, kde pracují převážně lidé se znevýhodněním. Tento model byl tradičně využíván v USA.

Tradiční model: The train-and-place model (model předpracovního tréninku) se zaměřuje na trénování obecných pracovních dovedností jako je pracovní tempo, docházka, přesnost, soustředění, rychlost. Následně se zaměřuje na trénink v konkrétních profesních rolích jako je například uklízeč, prodavačka. Po této přípravě následuje ideálně zaměstnání na běžném pracovním trhu. Tento tradiční model zaměstnávání lidí s duševním onemocněním vznikl s domněnkou, že jakékoliv faktory, které negativně ovlivňují úroveň pracovních a sociálních dovedností, mohou být „opraveny“ před nástupem do běžné práce. Nevýhodu tohoto modelu lze spatřovat ve složitém přechodu od tréninku k reálnému pracovnímu světu. Významná část klientů nedokončí řádně předpracovní trénink, protože je pro ně frustrující, že nemají za odvedenou práci adekvátní příjem. Klienti si také často zvyknou na chráněné bezpečné prostředí a je pro ně pak velmi obtížné „dát se všanc“ běžnému trhu práce (Maj, Sartorius, 2002).

Uvedený model péče má své zastánce i odpůrce. V současné době je, spíše než na debatu „model-versus-model“ (the train-and-place model X the place-and-train model), pozornost nově zaměřena na složky efektivní pracovní rehabilitace, která je specificky určená pro osoby s duševním onemocněním (McAlpine, Warner 2001)

V této kapitole chci zejména podat základní informace o jednotlivých typech podpory při zaměstnávání lidí s duševním onemocněním, které lze vnímat jako předpracovní

tréninky nebo modely, které s předpracovními tréninky souvisí, navazují na ně a kooperují s nimi.

3. 1. Pracovní rehabilitace

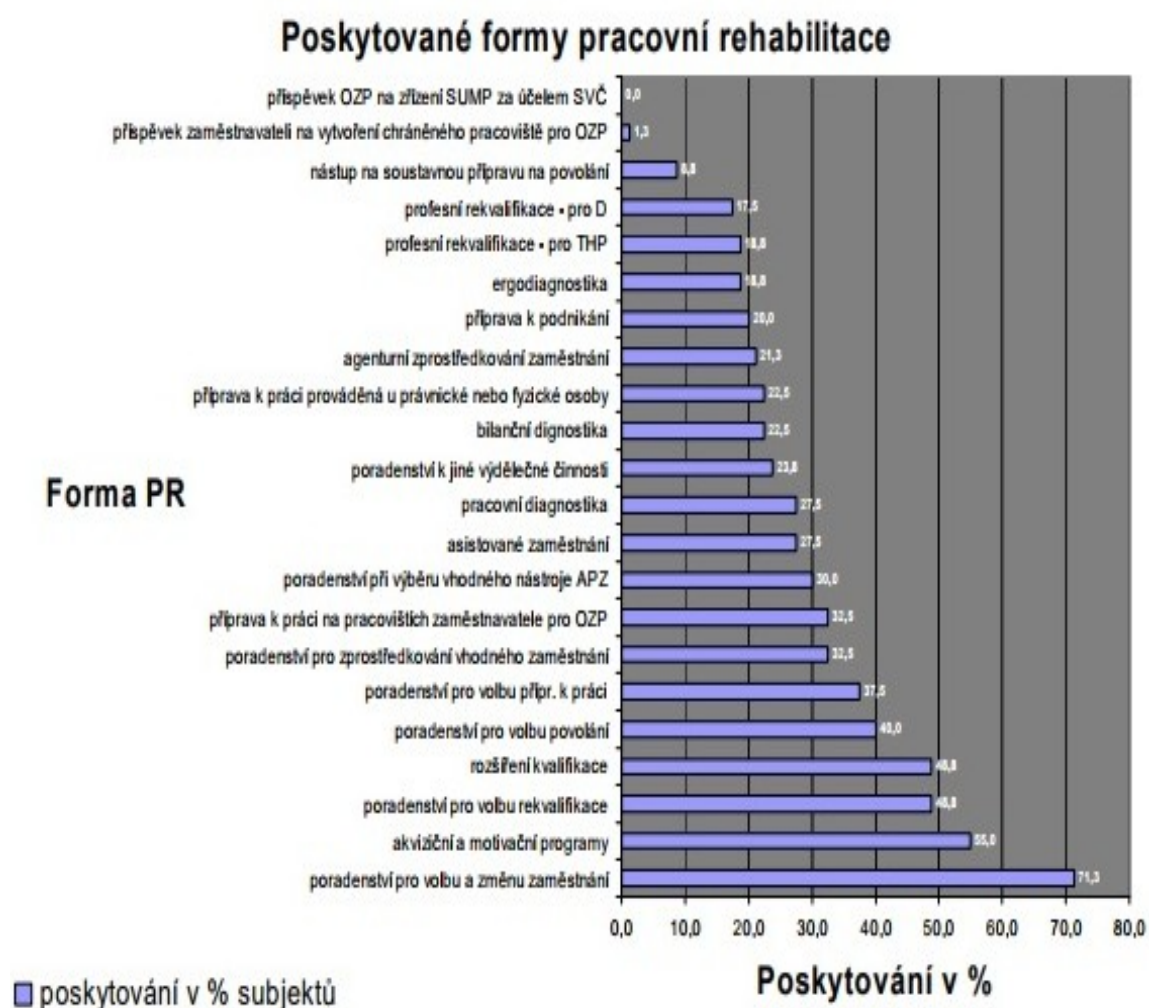
Pracovní rehabilitace je v České republice upravena v zákoně o zaměstnanosti od roku 2004. Součástí zákona je také úprava problematiky osob se zdravotním postižením (OZP) a jejich postavením na trhu práce. Zákon vytváří podmínky pro širší zaměstnanost OZP. Obsahuje mj. povinnost a pravidla pro zaměstnavatele - zaměstnávat určité procento handicapovaných osob a vytvářet pro ně vhodná pracovní místa.

Zákon zavádí, pro osoby se zdravotním omezením, institut pracovní rehabilitace. Osoby se zdravotním omezením mají právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Zahrnuje zejména poradenskou teoretickou a praktickou přípravu zaměřenou, na získání zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. Pracovní rehabilitace je v současné době dle zákona o zaměstnanosti strukturována do osmi rámcových oblastí, které jsou dále členěny na konkrétní formy pracovní rehabilitace. Celkově je tedy nyní pro osoby se zdravotním postižením k dispozici 22 základních forem pracovní rehabilitace. Z hlediska organizačního zajištění zabezpečuje pracovní rehabilitaci úřad práce, místně příslušný dle bydliště osoby se zdravotním postižením nebo může na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu

V roce 2008 proběhlo první a zatím poslední kvantitativní a kvalitativní analýza systému služeb pracovní rehabilitace pro OZP v rámci projektu Rehabilitace – Aktivace – Práce. Dotazníkové šetření proběhlo v 6 krajích JMK a účastnilo se ho 81 zdravotnických, poradenských a vzdělávacích subjektů ČR. Z pohledu poskytování jednotlivých forem pracovní rehabilitace téměř $\frac{3}{4}$ šetřených subjektů poskytovaly poradenství pro volbu a změnu zaměstnání a $\frac{1}{2}$ pak aktivizaci a motivační programy, poradenství pro volbu rekvalifikace a rošíření kvalifikace. Procentuální zastoupení subjektů podle jednotlivých

forem pracovní rehabilitace ukazuje graf níže. Nejméně rozšířenými formami pracovní rehabilitace (z pohledu poskytování) se ukázaly být – nástup na soustavnou přípravu na povolání, příspěvek zaměstnavateli na vytvoření chráněného pracoviště pro OZP a příspěvek OZP na zřízení SUMP za účelem SVČ, tyto uvedené formy jsou však doménou především úřadů práce, což výsledky statistického šetření potvrdily.

Obrázek č. 4 Poskytované formy pracovní rehabilitace



Česká legislativa dosud zákonem neupravuje návaznost pracovní rehabilitace na rehabilitaci sociální, či léčebnou. Dne 4. června 2003 vláda ČR projednala a schválila

materiál „Teze ucelené rehabilitace osob se zdravotním postižením“, v kterém byly předloženy základní východiska - teze k řešení problematiky rehabilitace osob se zdravotním postižením. Teze byly vypracovány za součinnosti Ministerstva práce a sociálních věcí, Ministerstva zdravotnictví, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, jakož i Vládního výboru pro zdravotně postižené občany a Národní rady zdravotně postižených ČR. Informovaly o problémech spjatých s rehabilitací osob se zdravotním handicapem, upozorňovaly na rozsah a mnohohrstevnost dané problematiky a předkládaly základní východiska. Z analýzy obsažené v materiálu vyplynulo, že i když stávající právní úprava pojem „ucelená rehabilitace“ nezná, činnosti, jež by pod něj mohly spadat (např. léčebná rehabilitace, pracovní rehabilitace a některé sociální služby poskytované v rámci sociální péče), v současnosti fakticky již provozují jak státní, tak nestátní subjekty. Chybí však, popřípadě je nedostatečné, legislativní zakotvení a faktické zajištění provázanosti jednotlivých aktivit. Na základě tohoto materiálu byl vypracován v roce 2004 návrh věcného záměru zákona o ucelené rehabilitaci osob se zdravotním postižením (zabývající se zdravotní, sociální a pracovní rehabilitací), který však doposud nebyl schválen. Na MPSV byla založena Mezirezortní pracovní skupina pro vypracování věcného záměru úpravy zavedení systému rehabilitace osob se zdravotním postižením.

Dne 17. srpna 2005 byl usnesením vlády ČR č. 1004 schválen Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009, který i nadále obsahoval úkoly týkající se zavedení a podpory komplexního systému rehabilitace osob se zdravotním postižením, které však nebyly naplněny.

Usnesením vlády ČR ze dne 29. března 2010 č. 253 byl přijat Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, který rovněž obsahuje opatření v oblasti rehabilitace osob se zdravotním postižením tak, že je třeba rozvíjet její jednotlivé složky, tj. léčebnou, sociální, vzdělávací a pracovní a vytvářet legislativní i věcné podmínky pro jejich lepší součinnost a koordinaci navzájem. Gestorem je opět určeno MPSV a spoluprací Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo školství. Na MPSV byla proto zřízena pracovní skupina pro vypracování věcného záměru zákona o koordinaci rehabilitace osob se zdravotním postižením.

Záměr MPSV přijmout zákon o tzv. koordinované rehabilitaci je velmi perspektivní a představuje výrazný kvalitativní skok ve zdravotně-sociální péči. Pozitivní dopad lze očekávat nejen v individuálních osudech lidí se zdravotním omezením, ale i v nakládání s veřejnými financemi, většinou v kategorii zdravotních výkonů, ale i tzv. mandatorních výdajů v oblasti sociální péče (Emmerová, 2012).

3. 2. Sociálně terapeutické dílny

Poskytování služby sociálně terapeutické dílny (STD) je vymezeno v ČR zákonem č. 108/2006 Sb. v paragrafu 67. Jde o ambulantní formy služby, kdy chybí jakákoliv terénní forma práce, což se může stávat problematickým zejména v situaci, kdy dojde u klienta služby ke zhoršenému psychickému stavu. Dle veřejného registru v žádné STD v ČR není součástí odborného týmu zdravotnický pracovník (psycholog, psychiatrická sestra, psychiatr), péče v tomto režimu tak není mezioborová. Sociálně terapeutická dílna slouží mimo jiné i k předpracovním tréninkům.

Sociálně terapeutické dílny jsou dle zákona poskytovány osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního handicapu, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Služba dle zákona obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- b) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- c) nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálním začlenění
- d) podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

Sociálně terapeutické dílny jsou typickou formou předpracovních tréninků v České republice. Klienti s v dílnách nacvičují různé pracovní dovednosti (tempo, soustředění, docházku, rychlost), které by mohli návazně upotřebit na běžném pracovním trhu. Na nácvik dovedností mají v dílně sestaven rehabilitační plán, který je pravidelně

vyhodnocován. Návuk dovedností probíhá za podpory odborného pracovníka dílny (Pfeifer, 2005).

Dle veřejného registru sociálních služeb ČR je 26 sociálně terapeutických dílen, které se zaměřují na práci s lidmi s duševním onemocněním.²

3. 3. Chráněná místa

Chráněné pracovní místo upravuje je v ČR upraveno § 75 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Dle zákona je chráněné pracovní místo vymezené nebo zřízené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce.

Na zřízení chráněného pracovního místa poskytuje ÚP zaměstnavateli příspěvek. Chráněné pracovní místo musí být obsazeno po dobu 3 let. Chráněným pracovním místem může být i pracovní místo, které je obsazeno osobou se zdravotním postižením, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a ÚP. Dohoda se uzavírá na dobu 3 let.

ÚP může uzavřít dohodu o zřízení chráněného pracovního místa i s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost.

Podle § 76 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů ÚP může na zřízené nebo vymezené chráněné pracovní místo poskytnout na základě dohody se zaměstnavatelem nebo osobou samostatně výdělečně činnou, která je osobou se zdravotním postižením, i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa. Dohodu je možno uzavřít nejdříve po uplynutí 12 měsíců ode dne obsazení zřízeného chráněného pracovního místa nebo ode dne vymezení chráněného pracovního místa. Roční výše příspěvku může činit nejvíce 48 000 Kč. Příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů chráněného pracovního místa se neposkytuje na pracovní místo zřízené nebo vymezené mimo pracoviště zaměstnavatele.

Dle Nováka, Pachtové, Skučkové (2009) poskytování placených pracovních příležitostí v chráněném a podpůrném prostředí uprostřed velkých komerčních podniků, které se

²² Registr je dostupný na webové adrese: iregistr.mpsv.cz – spravuje jej Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR

rozdíjely v 50. - 60. letech 20. st., dnes jsou ojedinělé, spíše pro lidi s jiným zdravotním omezením. Cílem je poskytování zaměstnání s výraznou mírou podpory a chráněnosti. V ČR mají k těmto aktivitám nejblíže výrobní družstva invalidů, např. Društva, Obzor. Celkem jich je v ČR okolo 50, z toho jen menší část je nových, vzniklých po roce 1990. Významná většina chráněných míst pro lidi s duševním onemocněním je realizována v sociálních podnicích nebo v rámci neziskových organizací. Nejsou tak vnímána jako místa na běžném klasickém pracovním trhu. Často slouží k předpracovnímu tréninku klienta a klienti z nich pak přestupují do běžného zaměstnání. Chráněné místo je pro klienty více motivační než trénink pracovních dovedností v rámci sociálně terapeutické dílny, protože jim umožňuje okamžité získání platového příjmu. Nicméně někdy se stává chráněné místo trvalým zaměstnáním.

3. 4. Sociální podniky

„Sociální firma je firmou, která spojuje dva cíle: podnikat a zaměstnávat lidi znevýhodněné na běžném pracovním trhu. Jedná se o ekonomicky udržitelný podnikatelský subjekt, schopný uspět na běžném trhu, má zpracovaný vlastní podnikatelský plán. Ačkoliv britské standardy hovoří o minimálně 50% obrátu z vlastního prodeje, cílem by měla být samozřejmě ekonomická soběstačnost firmy. Zároveň sociální firma usiluje i o naplňování svých sociálních cílů, tedy zaměstnávat znevýhodněné osoby - např. duševně nemocné, zdravotně postižené anebo osoby se sociálním znevýhodněním (ohrožené sociálním vyloučením).“ (Erbanová 2006, s. 7)

Česká republika doposud nepřijala legislativu nebo legislativní úpravu vztahující se k sociálnímu podnikání a zároveň žádný z orgánů veřejné správy tuto oblast v rámci své působnosti nespravuje.

Ministerstvo práce a sociálních služeb ČR definuje sociální podnik v rámci svých dotačních výzev následujícím způsobem. Sociální podnik je takový, který:

- zaměstnává minimálně 40% pracovníků z cílových skupin (sociálně vyloučených či sociálním vyloučením ohrožených osob), se kterými musí být uzavřen pracovní právní vztah ve formě pracovní smlouvy nebo dohody o pracovní činnosti,

- zapojuje pracovníky z cílových skupin do rozhodovacích procesů,
- minimálně 51% zisku vkládá zpět do podnikání a to ve formě investice do vzdělávání pracovníků, nákupu nových technologií, do plnění obecně prospěšného cíle organizace nebo do vybavení či úpravy zázemí podniku,
- je šetrný k životnímu prostředí a zaměřuje se na místní úroveň

Na konci roku 2012 realizovala společnost P3 – People, Planet, Profit ve spolupráci s nadací ProVida dotazníkové šetření, které podává vhled do prostředí českého sociálního podnikání. Výzkum byl kvantitativní a na základě něho byla vytvořena databáze sociálních firem působících na celém území ČR a to se 143 kontakty. Výsledky průzkumu mimo jiné ukázaly, že téměř tři čtvrtiny firem zaměstnávají osoby se zdravotním omezením (72%), do něhož spadá i duševní onemocnění. Pokud výsledky výzkumu shrneme, tak typický český sociální podnik se věnuje aktivitám v oblasti pohostinství a ubytování, zahradnických služeb, úpravě zeleně, údržbě nemovitostí a úklidovým pracím, potravinářské výrobě a prodeji. Podniky vnikaly nejčastěji (více než dvě třetiny) od roku 2008, což zřejmě souvisí s jejich podporou z evropských fondů. Nejčastěji se jedná o společnost s ručením omezeným nebo obecně prospěšnou společnost. Sociální podniky hojně spolupracují s ostatními, to jak sociálními, tak komerčními.³

Sociální podniky jsou víceméně vnímány jako chráněný pracovní trh, často bývají i přestupným místem mezi předpracovními tréninky a běžným pracovním trhem.

3. 5. Programy podporovaného zaměstnávání

Služba PZ začala být v ČR poprvé poskytována v roce 1995. I když v průběhu let počet organizací, které se tomuto programu věnují, mnohonásobně vzrostl. Bohužel množství těchto programů je v ČR značně omezené, a to zejména na větší města (Pffeifer, 2001). Jsou zajišťovány většinou neziskovými organizacemi. Od roku 2000 u nás působí také Česká unie pro podporované zaměstnávání, jejíž cílem je šířit dál myšlenku podporovaného zaměstnávání (Procházková, 2009).

³ Více info o výzkumu na ceske-socialni-podnikani.cz, je zde veden i adresář sociálních podniků ČR

Programy podporovaného zaměstnávání se rozvíjely a rozšiřovaly od počátku 80. let. Becker, Drake (2005) uvádí, že během deseti let bylo podporované zaměstnávání upraveno pro osoby s duševním onemocněním na základě řady výzkumných studií. Je to významná metoda, která nachází stále více své místo v zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Model podporovaného zaměstnávání dosahuje u osob s duševním onemocněním lepších pracovních výsledků ve srovnání s tradičními programy. Dosahuje vyššího podílu v získávání práce na otevřeném trhu, vyššího počtu pracovních hodin a vyššího platu (McAlpine, Warner, 2001).

Česká unie pro podporované zaměstnávání (2004) definuje podporované zaměstnání jako „časově omezenou službu určenou lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů 27 omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce“ (www.unie-pz.cz).

K charakteristikám podporovaného zaměstnávání dále patří, že tato podpora je orientovaná na konkrétního uživatele služeb a na konkrétní pracovní místo. Podstatou je osobní pomoc, která například zahrnuje poradenství a individuální konzultace, doprovázení, pracovní asistenci. Jedná se o podporu kontinuální, čili se nezaměřuje pouze na získání, ale i zachování zaměstnání (Opatřilová, D., Zámečnicková, D. 2005).

Mezinárodní zastřešující organizace pro podporované zaměstnávání jsou: Evropská unie pro PZ (European Union of Supported Employment – EUSE) a Světová asociace pro podporované zaměstnávání (World Association of Supported Employment – WASE).

Do služby podporovaného zaměstnávání přichází i klienti z tréninkových pracovních míst a přípravných „předpracovních“ služeb (sociálně terapeutické dílny, chráněná místa v „chráněných dílnách“) a podporované zaměstnání na tyto služby úzce navazuje. Podporované zaměstnávání však především vnímáme jako the place-and-train model.

4. Individual placement and support

4.1. Cíle IPS

Rozsáhlá americká studie z roku 1991 prokázala, že více než 70 procent lidí s vážným duševním onemocněním chce mít práci. Přesto jen malé procento lidí, kterým se odborníci pomoci, práci skutečně našlo (Wenigová, 2005).

Psychiatrická péče před vznikem metody IPS byla zaměřeně především na ochranu lidí se závažným duševním onemocněním před stresovými situacemi a prostředím, takže i před zaměstnáním na běžném pracovním trhu, které by mohlo zhoršit psychický stav klientů. Během posledních tří desetiletí byl prosazován v pracovní rehabilitaci přístup „natrénuj a pak pracuj“. IPS však tento model zpochybnil a stojí na opačném principu, tzn.: „nastup do práce a pak trénuj“ (Maj, Sartorius, 2002).

IPS je intervenční model pracovní rehabilitace pro lidi s vážným duševním onemocněním, který vyvinuli Deborah Becker a Robert Drake (1994, 2003). Tito dva odborníci jsou specialisté na psychiatrickou rehabilitaci ve výzkumném středisku Dartmouthova centra psychiatrického výzkumu v New Hampshire.

Vedle základní filozofie v rámci podporovaného zaměstnávání je model IPS založen na předpokladu, že pracovní „selhání“ má mnohem méně společného s onemocněním člověka než nesprávný výběr pracoviště, pracovní role a špatně zvolená podpora. IPS je poskytování multidisciplinárním týmem a využívá principů asertivní komunitní léčby“ (Maj, Sartorius, 2002).

Asertivní komunitní léčba (ACT) by měla být nabízena komunitně, měla by být snadno přístupná a flexibilní a měla by reagovat na nejdůležitější potřeby klienta. Tento způsob práce byl navržen v Bostonské Univerzitě v Psychiatrickém centru. Tato filozofie léčby zdůrazňuje, že dovednosti, které si klient osvojuje, by měl trénovat přímo v prostředí, ve kterém je bude následně využívat (Irving, Park a Marshall, 2010).

V mezinárodním výzkumu se IPS považuje za nejúčinnější přístup k podpoře zaměstnávání osob se závažným duševním onemocněním. Vývoj IPS byl ovlivněn různými filozofiemi, hodnotami a různými programy rehabilitace v USA. Výrazně jej ovlivnil program pro asertivní komunitní léčbu (PACT), který tvrdil, že trénink dovedností v chráněném prostředí je neúčinný a že klienti potřebují natrénovat dovednosti přímo v komunitě a prostředí, ve kterém je pak skutečně využijí (Bond and Drake, 2012).

Metodu IPS ovlivnil také výrazně koncept zotavení. Hlavní tváří konceptu zotavení je psychiatr Dr. Mark Ragins. Mark Ragins je zkladatelem a odborným ředitelem MHA Village – centra služeb pro osoby s duševním onemocněním, které bylo založeno jako pilotní projekt v roce 1990 v Los Angeles. Koncept zotavení vychází z předpokladu, že lidé se závažným duševním onemocněním jsou schopni zastávat běžné životní role, stejně jako lidé bez duševního onemocnění, pokud je jim k tomu nabídnuta adekvátní podpora. Vrcholem konceptu zotavení není žít bez příznaku onemocnění jako je tomu u medicínského modelu „úzravy“, ale i přes přetrvávající symptomy onemocnění, farmakorezistenci, kongnitivní deficit, zastávat významné a naplňující smysluplné životní role: být rodičem, zaměstnancem, partnerem, atp. (Ragins, 2014).

Hlavním cílem metody IPS se tak zformoval do následující podoby: nalezení přirozené shody mezi silnými stránkami klienta, jeho požadavky na práci a poskytnutí individuální podpory při hledání, získání a udržení zaměstnání na běžném pracovním trhu bez předchozí pracovní rehabilitace.

4.2. Principy IPS

Tento způsob práce a léčby je v současné době definován osmi principy a různými autory různě obohacován. Principy IPS shrnuli Grove and Membrey (2005) do těchto bodů:

- Každý klient s psychiatrickou diagnózou je vhodným příjemcem IPS

Placená práce na běžném pracovním trhu je reálným cílem pro všechny klienty s psychiatrickou diagnózou, kteří o to stojí. Vychází z předpokladu, že každý člověk s duševním onemocněním má právo pracovat. Jen je nutné a vhodné zajistit vhodnou podporu.

- Práce musí odpovídat schopnostem a možnostem daného klienta

Práce na běžném pracovním trhu je volena s ohledem na aktuální možnosti, schopnosti a dovednosti klienta. Volí se individuálně a pro každého klienta individuálně. Klienti se

nedosazují na volné pracovní pozice, ale pro konkrétního klienta se hledá nebo vyjednává potřebné pracovní místo s ohledem na specifické potřeby klienta

- Konzultace a poradenství v oblasti ekonomiky a nabídky

Většina klientů žije v nevyhovujících finančních podmínkách. Mají často obavy ze ztráty příjmů (např. dávek invalidního důchodu), pokud začnou pracovat. Mnohdy to bývá hlavní důvod, proč se klient nedovazuje vstoupit na běžný pracovní trh. Proto je potřeba od začátku rehabilitace s klientem tuto oblast zpracovávat a poskytovat mu finanční poradenství.

- Cílem je zaměstnanost na běžném trhu práce

Práce v chráněných dílnách nebo sociálních službách není cílem metody IPS. Metoda IPS je zaměřena na získání zaměstnání na běžném pracovním trhu. Získání placené práce by neměli předcházet žádné předpracovní tréninky, protože ty mohou způsobit ztrátu motivace klienta a také se vychází z teorie, že řada lidí s vážným duševním onemocněním není schopna nabit dovednosti využít v jiném prostředí. Navíc se očekává, že čím víc lidí s duševním onemocněním bude umístováno na běžný pracovní trh, tím více bude docházet ke kultivaci a normalizaci běžného pracovního trhu.

- Pracovní rehabilitace je nedílnou součástí psychiatrické léčby

IPS pracovníci by měli být v ideálním případě integrováni do psychiatrických týmů. V psychiatrických týmech by měla probíhat úzká spolupráce všem odborníkům a měli by směřovat ke stejnému hlavnímu cíli. Spolupráce mezi IPS pracovníkem a zdravotnickými odborníky je důležitá i kvůli schopnosti flexibilně reagovat na zhoršený psychický stav klienta.

- Hledání práce je rychle zahájeno

Klienti neprocházejí dlouhými předpracovními tréninky a šetřením připravenosti k práci. Možnosti práce odpovídají zájmům, potřebám a schopnostem klienta. Klient nastupuje do zaměstnání většinou do jednoho měsíce od projevení zájmu o práci. Vychází se z předpokladu, že pokud má klient zajištěnou podporu, kterou potřebuje a má zajištěnou pracovní pozici o které si myslí, že jí zvládne, pak je úspěšnost vysoká. Pokud klient musí procházet dlouhými fázemi nácviku psaní životopisu, pracovních pohovorů a dovedností, ztrácí odvahu placenou práci zkusit. Klienti jsou připraveni pracovat tehdy, pokud řeknou, že jsou. Výzkumy prokazují, že nejdůležitějším faktorem úspěšnost získání a udržení zaměstnání je přání pracovat.

- Podpora je individualizovaná a časově neomezená

IPS pracovník poskytuje podporu klientovi tak dlouho, jak je potřeba. Podpora není časově omezena. Podporu poskytuje celý multidisciplinární tým. Proces podpory v podstatě začíná v situaci, kdy je klient umístěn do zaměstnání. Zkušenosti ze přímo zaměstnání slouží k dalšímu plánování podpory a intervencí. Jsou důležitým materiálem pro poskytování další péče, která je každému klientovi poskytována individuálně a vyvíjí a proměňuje se v čase.

- Budování vztahu se zaměstnavateli je zásadní pro úspěch

IPS pracovník buduje vztahy se zaměstnavateli a kolegy klienta. Edukuje je o onemocnění, způsobech komunikace s klientem a metodě IPS. Udržuje se zaměstnavateli pravidelný kontakt a poskytuje report. Zároveň usnadňuje komunikaci mezi klientem a zaměstnavatelem. Budování vztahu se zaměstnavateli umožňuje vytváření dobrých pracovních příležitostí pro lidi s duševním onemocněním. IPS pracovníkem se zaměřuje nejen na potřeby klientů, ale zkoumá i potřeby zaměstnavatelů. Jen tak může zajistit vhodné místo pro klienta s ohledem na jeho schopnosti a možnosti a v souladu s potřebami zaměstnavatele.

4.3. Testování IPS

Od doby, co byla metoda IPS poprvé testována (Becker a Drake, 1994) bylo provedeno velké množství studií, které sledovali úspěšnost IPS. Rozsáhlé studie byly provedeny ve Spojených státech amerických a ukázaly, že metoda je výrazně účinnější ve srovnání s metodami, které byly zaměřené na předpracovní tréninky. Studie sledovali klienti po dobu minimálně 18 měsíců. Úspěšnost v získání a udržení si zaměstnání byl třikrát vyšší ve skupině klientů, kteří byli zaměstnáváni metodou IPS.

Nejnovější studie, která byla provedena v Kanadě v roce 2006, prokázala, že metoda IPS byla trojnásobně účinnější než ostatní metody. 47 procent účastníků výzkumu si našla a udrželo zaměstnání i po 12 měsících sledování. (Rinaldi, Perkins, Glynn, 2008).

Metoda IPS se testovala i mimo americký kontext, řada studií se konala v Evropě. Tyto studie potvrdily účinnost metody IPS. Studie EQOLISE byla první, která zahrnovala šest Evropských zem – Velkou Británii, Německo, Itálii, Švýcarsko, Nizozemí, Bulharsko. V Evropě studie EQOLISE ukázala, že IPS je účinnější než metody zaměřené na předpracovní tréninky (55% oproti 28%).

U testování metody IPS se také sledoval vývoj subjektivního vnímání kvality života. Kvalita života se zaměřovala na zjišťování životní spokojenost v těchto oblastech: spokojenost s prací, financemi, vztahy, volným časem, rodinnými vztahy, sexuálními vztahy a zdravím. Při zkoumání rozdílu v subjektivním vnímání kvality života mezi účastníky IPS a účastníky předpracovních tréninků nebyly zjištěny žádné zásadní rozdíly. Tyto výsledky výzkumů byly vysvětleny skutečností, že metoda IPS není konkrétně navržena tak, aby zlepšila kvalitu života. U obou sledovaných skupin účastníků měla rehabilitace dopad na pozitivní změny ve vnímání kvality života (Rinaldi, Perkins, Glynn, 2008).

Metoda IPS nebyla dosud testována v rámci žádné dlouhodobé studie v České republice. Lze usuzovat, že důvodem je velmi krátké využívání metody na území ČR – cca 2 roky a také malé zastoupení této metody v sociálních službách – aktuálně jí využívají pouze tři organizace.

4.4. Problémy při zavádění IPS

Při implementaci metody IPS mimo země jejího vzniků může docházet k překážkám při jejím zavádění. Je potřeba provést úpravy v místním kontextu, což může mít dopad na počáteční důvěru v novou metodu a hodnocení jejích prvních výsledků a efektivity (Tansella and Thornicroft, 2013).

Dle srovnání z ostatních zemí je důležité se zaměřit při zavádění metody IPS na rozdílnost:

- v systémech sociálního zabezpečení
- v systémech poskytování sociálních služeb
- v aktivní politice zaměstnanosti
- v kultuře pracovního trhu

Výzvy pro implementaci IPS v Evropě lze nalézt na různých úrovních. V Nizozemsku, ve Švýcarsku a ve Švédsku vydala vláda doporučující opatření, které koordinují implementaci IPS do jejich země.

V ČR je metoda IPS víceméně novou metodou, se kterou pracuje jen několik organizací republiky v posledních pár letech. Od roku 2015 pracuje metodou IPS sociální služby pro lidi s duševním onemocněním pod organizací Fokus Praha a Fokus Mladá Boleslav, dále pak organizace Práh jižní Morava. Mimo tyto organizace není metoda IPS v ČR dále rozvíjena a lidem s duševním onemocněním poskytována. V současné chvíli není žádnou dlouhodobější studií zjištěno, jaký dopad má metoda IPS na zaměstnávání lidí s duševním onemocněním v ČR. Jedním z cílů této práce je tyto informace poprvé zjistit a přispět k ambici realizovat IPS v každodenní praxi kvalitně a kontrolovaně.

Při zavádění metody IPS do ČR můžeme částečně čerpat ze zkušeností z jiných zemí, kde už byla metoda IPS úspěšně implementována. V první řadě se osvědčilo navázat kvalitní vztahy s potencionálními zaměstnavateli a edukovat zaměstnavatele o metodě IPS.

Výzkumy ukazují, že šlo o zásadní oblast, která měla výrazný vliv na úspěšné zavedení metody IPS na pracovní trh (Secker, Grove, Seeböhm, 2001).

Thornicroft (2006) zdůraznili význam vytvoření podpůrné sítě IPS při zavádění této metody. Podpůrná síť je tvořena specialistou v oblasti zaměstnávání vyškoleným v metody IPS, psychiatrickou sestrou, psychiatrem, psychologem, rodinnými příslušníky klienta, zaměstnavateli a kolegy klienta.

4. 5. Srovnání modelů zaměstnávání s IPS

V současné době se nejvíce v ČR používá klasický model předpracovních tréninků. Jde o trénink pracovních a sociálních dovedností v režimu sociálně terapeutické dílny. Fungování sociálně terapeutické dílny je ošetřeno a ukotveno v Zákoně o sociálních službách č. 108/2006 sb. Dílen tohoto typu je v ČR velmi velké množství (několik desítek) a to včetně dílen, které jsou primárně zaměřené na poskytování péče pro lidi s duševním onemocněním. Klienti si v dílnách nacvičují za pomoci a podpory pracovního asistenta různé pracovní dovednosti.

Dle zákona o soc. službách pracovník sociálně terapeutické dílny:

- není primárně součástí multidisciplinárního týmu, není to podmínkou
- je klíčovým pracovníkem pro oblast zaměstnávání a většinou řeší i další oblasti života klienta
- vyhledává pracovní nabídky
- nacvičuje s klienty v chráněném prostředí pracovní a sociální dovednosti potřebné pro zaměstnání na běžném nebo chráněném pracovním trhu
- posuzuje a zaměřuje se na připravenost klienta pro pracovní trh
- služba je časově omezená
- u zájemců u službu řeší, zda jsou klienti pro službu vhodní

IPS pracovník:

- pracuje v rámci multidisciplinárního týmu
- je klíčovým pracovníkem pro oblast zaměstnávání
- má na starosti zhruba 20 klientů
- vyhledává pracovní nabídky
- pracuje se všemi klienty, kteří projeví zájem o zaměstnání
- komunikuje se zaměstnavateli a kolegy
- provádí profesní diagnostiku
- provádí pracovní asistence klientovi u zaměstnavateli v případě potřeby
- pomáhá klientovi v nalezení, získání a udržení zaměstnání
- poskytují podporu bez časových omezení, tak dlouho, jak je potřeba
- nabízejí podporu zaměstnavatelům a kolegům klienta

Hlavní myšlenkou IPS je, že neexistují kritéria pro vyloučení člověka s duševním onemocněním z pracovního trhu. IPS je pro každého, kdo má zájem pracovat, bez ohledu na jeho psychiatrickou diagnózu, symptomy, pracovní zkušenosti, apod.

Na následující tabulce jsem shrnula srovnání hlavních principů STD a IPS.

Tabulka č. 9 Srovnání IPS a STD

PRINCIPY	STD	IPS
ČASOVĚ OMEZENÁ SLUŽBA)	
MULTIDISCIPLINARITA TÝMŮ)
ZKOUMÁNÍ PŘIPRAVENOSTI NA PRÁCI)	
PŘEDPRACOVNÍ)	

TRÉNINKY DOVEDNOSTÍ		
CÍL JE PLACENÁ PRÁCE V BĚŽNÝCH PODMÍNKÁCH)
PRÁCE JE HLEDANÁ BEZODKLADU PO VYSLOVENÍ PŘÁNÍ PRACOVAT)

5. Specifika práce s lidmi s závažným duševním onemocněním

5. 1. Psychiatrické minimum

Při popisu duševních onemocnění vycházím v této kapitole z Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (v češtině označovaná zkratkou MKN, v originále International Classification of Diseases and Related Health Problems, zkratka ICD). MKN je publikace, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských nemocí, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností, publikovaný Světovou zdravotnickou organizací (WHO), přičemž některé národní zdravotní organizace vydávají její modifikované verze přizpůsobené místním podmínkám a speciálním účelům.

Poruchy duševní a poruchy chování jsou v MKN označeny a definovány pod diagnostickými značkami F00-F99.

5.1.1. Organické duševní poruchy

Tato skupina duševních onemocnění obsahuje skupinu duševních poruch, seskupených na podkladě společné prokazatelné etiologie u mozkového onemocnění, poranění mozku nebo jiného poškození vedoucího k mozkové dysfunkci. Tato dysfunkce může být primární, jako je tomu u nemocí, poranění nebo poškození, které postihují mozek přímo a

selektivně; nebo sekundární, kdy je mozek postižen pouze jako jeden z mnoha orgánů nebo tělesných systémů u systémových chorob nebo onemocnění. Organické duševní poruchy vznikají na podkladě makroskopického či mikroskopického morfologického postižení mozku, např. infarkty mozkové tkáně, jejími záněty, ukládáním patol. proteinů atd.

Patří sem skupina demencí, amnestických syndromů, delirií, lehká porucha poznávání, organicky podmíněné emoční poruchy, organické psychotické poruchy, organické poruchy chování a organické změny osobnosti

5.1.2. Poruchy vyvolané vlivem psychoaktivních látek

Poruchy vyvolané obsahují široké spektrum nemocí různé tíže a různých klinických forem, které však všechny sdílejí společný jmenovatel, kterým je užívání psychoaktivních substancí, které mohou, ale nemusejí být předepsány lékařem.

Řadíme sem akutní intoxikace, škodlivé užívání návykových látek, syndrom závislosti, odvykací stav, delirium, amnestický syndrom, reziduální stavy.

MKN-10 zahrnuje devět psychoaktivních látek: alkohol, opioidy, kanabinoidy, sedativa a hypnotika, stimulancia, halucinogeny, tabák, organická rozpouštědla, které způsobují poruchy duševní a poruchy chování.

Dle DSM-IV⁴ vede užívání návykových látek k neschopnosti plnit hlavní povinnosti v práci, škole či domácnosti nebo užívání látky v nebezpečných situacích nebo právní, sociální či vztahové problémy způsobené užíváním látky.

5.1.3. Psychotické poruchy

⁴ Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch (anglicky: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, odtud zkratka DSM) je mezinárodně používaná příručka Americké psychiatrické společnosti (APA) pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch.

Psychotické poruchy jsou v MKN 10 v oddíle F 20-29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy. Do této oblasti patří schizofrenie, jako nejdůležitější člen této skupiny, schizotypální porucha, poruchy s trvalými bludy a větší skupina akutních a přechodných psychotických poruch. Schizo-afektivní poruchy zůstávají v této kapitole i přes svou kontroverzní povahu.

Charakteristické symptomy psychotických poruch můžeme rozdělit na kognitivní deficit a pozitivní, negativní a dezorganizované příznaky. Intelekt a vědomí jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout kognitivní defekty. Mezi nejdůležitější psychopatologické fenomény patří ozvučování myšlenek: vkládání nebo odnímání myšlenek, vysílání myšlenek, bludné vnímání a bludy ovládnutí; pasivita nebo pocity ovlivňování, sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě. Průběh psychotických poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí. Nejnovější výsledky epidemiologických studií udávají vcelku konzistentně celoživotní prevalenci onemocnění mezi 1-1,5% (Ocisková, Praško, 2015).

5.1.4. Afektivní poruchy

U těchto poruch je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě. Většina ostatních symptomů jsou buď sekundární k změnám nálady a aktivity, nebo mohou být snadno v tomto kontextu vysvětleny. Většina z těchto poruch má tendenci k recidivám. Začátek individuální fáze je často vyvolán stresovou událostí nebo situací.

Afektivním poruchám věnuje MKN 10 označení F30-F39 a zahrnuje především depresivní a manické psychopatologické obrazy. U těchto poruch se aktuální propuknutí nemoci nazývá fáze (na rozdíl od schizofrenie, kde se nazývá ataka). V období fáze pacient prožívá depresi nebo máni, jakmile však porucha odezní, pacient má období plného zdraví, které se nazývá remise. Remise u afektivních poruch, pokud u nich není příměs

schizofrenních příznaků jsou kvalitní a nezanechávají na osobnosti žádné následky typu schizofrenního defektu (deficitu) osobnosti (Kučerová, 2013).

Mezi afektivní poruchy radíme mánii a depresi. Deprese je závažná, dlouhotrvající porucha psychiky projevující se snížením až vymizením schopnosti prožívat potěšení, pokleslými náladami jedince a patologickým smutkem. Projevuje se jako soubor duševních a tělesných příznaků, které nemusejí být vždy všechny přítomné. Z duševních příznaků je to např. pocit bez energie, plačtivost, nebo naopak zvýšené duševní napětí a větší hádavost, ztráta sebevědomí, pocit úbytku vlastních schopností a významu. Z tělesných příznaků jsou to všechny možné příznaky, se kterými lidé chodí i k jiným specialistům. „Od deprese“ mohou být bolesti hlavy, pocit špatného vidění, pocit nedostatečného nadechnutí a nedostatku vzduchu, pocit tlaku až knedlíku v krku a tlaku na hrudníku, bolesti páteře (Styx, 2003).

Mánie je porucha emotivity, a sice porucha nálady, podobně jako deprese. Je však na opačném pólu. Nálada je nadměrně veselá a je provázena zrychlením psychomotoriky, tedy myšlení i pohybu. Myšlení může být zrychlené. Pacient neustále něco dělá, ovšem jeho činnost není produktivní a je nekvalitní (Kučerová, 2013).

5.1.5. Neurotické poruchy

Neuróza je porucha adaptačních mechanismů člověka. Její příznaky jsou pro jedince obtěžující, jsou jím vnímány jako nepříjemné a cizí. Hodnocení reality není narušeno, chování nenarušuje základní sociální normy. Příznaky neuróz můžeme rozdělit na příznaky duševní – úzkost, strach, deprese, fobie, obsese, kompulze, derealizace, depersonalizace, poruchy spánku a příznaky tělesné – bolesti hlavy, dušnost, palpitace, bolesti na hrudi, závratě, tachykardie, paresézie, atd. (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

Formování neurotické symptomatiky je dlouhodobé, někdy tyto neurotické poruchy označujeme jako strukturální. U aktuální neurózy se příznaky a obtíže vyvinou vlivem nadměrné či opakované zátěže u jedince s normální psychickou výbavou a bývá u nich zřetelný vztah mezi konfliktem a problémy při jeho zpracování. Prevalence neurotických

poruch v populaci je udávána mezi 7-85% podle zvolené metody (Marková, Venglářová, Babiáková, 2006).

5.1.6. Poruchy osobnosti a chování

Dle MKN 10 tato skupina poruch zahrnuje rozmanitost stavů a vzorců chování klinického významu, které mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým. Některé z těchto stavů a vzorců chování se objevují časně v průběhu individuálního vývoje jako výsledek konstitucionálních faktorů a sociálních zkušeností, jiné se získávají později v životě. Specifické poruchy osobnosti smíšené a jiné poruchy osobnosti a trvalé změny osobnosti jsou hluboce zakořeněné a trvalé vzorce chování, ukazující neměnnou odpověď na širokou škálu osobních a sociálních situací. Reprezentují extrémní nebo významné odchylky od způsobů, kterými průměrný člověk v dané kultuře vnímá, myslí, cítí a zvláště má vztahy k druhým. Takové vzorce chování mají tendenci být stabilní a zahrnovat různé oblasti chování a psychologického fungování. Jsou často, i když ne vždycky, sdruženy s různým stupněm subjektivní tísně a narušení sociálního výkonu

5. 2. Komunitní péče pro osoby s psychickým omezením

V ČR je 87 % lůžkové péče akutní i následné se odehrává v psychiatrických léčebnách a zařízení poskytující péči blíže komunitě jsou rozvinuta jen nepatrně (Wenigová, 2005).

Komunitní péče se začala vyvíjet v ekonomicky vyspělých státech po druhé světové válce současně s redukcí péče ve velkých psychiatrických léčebnách. V 50. a 60. letech minulého století vznikaly hypotézy o negativním vlivu instituce na průběh nemoci u dlouhodobě léčených pacientů: role pacienta v instituci nebo institucionální perspektiva; snížené sebevědomí, ztráta zájmu a neschopnost plánování jako syndrom tzv. institucionální neurózy, tzv. sekundární handicap projevující se depresí a netečností u

pacientů tam, kde personál zaujímá vůči pacientům nízká očekávání (Wing a Brown, 1961)¹. Toto hnutí vyústilo později jak ve změnách způsobu péče ve velkých psychiatrických léčebnách, tak v tzv. deinstitucionalizaci neboli redukci velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradu službami, které jsou bližší přirozenému prostředí pacientů (Wenigová, et.al, 2010).

Stejně jako se již více než třicet let vyvíjí podoba komunitně zakotvených služeb o duševně nemocné, proměňuje se i sám pojem komunitní péče v ČR. Uvádí se řada definic různých autorů z různé doby. Zde zvolená definice jednoduše zachycuje základní principy komunitní péče, je dnes všeobecně akceptovaná a je již známá i z naší literatury:

Jako komunitní péče je označován systém terapie, pomoci a podpory, který je obsahově a organizačně uspořádán tak, aby byl schopen pomoci i lidem s vážnějším zdravotním postižením žít co možná nejvíce v podmínkách běžného života, subjektivně co nejuspokojivějším způsobem (Pfeiffer, 2002).

Model komunitní péče, který se zdá v ČR v současnosti u nás politicky i odborně akceptovatelný, je model balancované péče. Balancovaná péče odpovídá zhruba druhé fázi ve vývoji komunitní péče – tzn. komunitnímu přístupu (v zahraničí 70. a 80. léta 20. století). Jedná se o model převážně institucionálně zakotvený, nikoli však již s těžištěm ve velkých psychiatrických ústavech. Péče se má realizovat v rozmanitých intermediálních zařízeních (denní sanatoria, krizová centra, zařízení podporované práce a bydlení). Její nedílnou součástí má být péče lůžková, poskytovaná převážně na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic a pouze v malé míře v psychiatrických léčebnách (Thornicroft a Tansella, 2003).

Thornicroft (Thornicroft a Tansella, 2003) charakterizuje balancovanou péči jako systém poskytování služeb, které:

- jsou blízko domova, včetně moderních pro akutní přijetí a dlouhodobých ubytovacích zařízení v komunitě
- jsou mobilní, včetně služeb poskytujících domácí léčení
- zaměřují se na zneschopnění stejně jako na symptomy
- poskytují specifickou léčbu a péči podle diagnózy a potřeb každého jednotlivce
- hlásí se k mezinárodním konvencím o lidských právech

- reflektují priority samotných uživatelů služeb
- jsou koordinovány mezi poskytovateli péče a organizacemi.

Je zřejmé, že v mnoha místech ČR tyto služby ještě ani nezačaly vznikat, jinde existuje jedno či dvě zařízení bez další návaznosti. Pokrytí službami je spíše dílčí, nesystematické a neplánovitě. To, jak služby fungují, záleží spíše na okamžitých finančních možnostech neziskových organizací, jejich odborném zaměření a vyspělosti než na zakázce obcí či odborných společností a na prospěchu pacientů. Obce se teprve učí mapovat potřeby obyvatelstva v různých oblastech a artikulovat zakázky ve formě komunitního plánování (Pěč, et.al., 2009).

5. 3. Psychiatrická rehabilitace

„Pokud si psychiatr přeje porozumět duševně nemocnému, a zejména na něj mít nějaký vliv, nalézá se v pozici, kdy je nucen umístit nemoc, diagnózu a syndrom, kterým je tento člověk onálepkován, do uvozovek, předpokládaje, že tento člověk je více zničen tím, co se od dané nemoci očekává, a bezpečnostními opatřeními, které byly takovou interpretací nastoleny, než nemocí samou.“ (Basaglia, 1967)

Psychiatrická rehabilitace znamená přístup zahrnující v sobě různé postupy a typy intervencí, které mají společné charakteristiky. Rozsah působnosti psychiatrické rehabilitace je definován jejím posláním, které W. Anthony a jeho spolupracovníci popsali již v osmdesátých letech minulého století: „psychiatrická rehabilitace má pomoci lidem s psychiatrickým postižením k tomu, aby mohli zvýšit svojí schopnost fungovat tak, aby byli úspěšní a spokojeni v prostředí, které si vybrali k životu, s co nejmenší mírou trvalé profesionální podpory“ (Anthony a kol., 2002, str.101).

Základní principy psychiatrické rehabilitace se formovaly dle přístupů tří škol, které vznikli v Bostonu, Los Angeles a Anglii. Bostonská škola klade důraz na rozvoj

pacientových schopností pomocí učení. Los Angeleská škola pomáhá pochopit, z čeho se nemoc skládá, jaké jsou stresové faktory vyvolávající zhoršení a naučit se s nemocí žít. Anglická škola klade důraz na prostředí pacienta a jeho roli v něm. Snaží se využívat potenciál prostředí (Wilken, 2010).

Principy psychiatrické rehabilitace jsou dle Wilkena (Wilken 2010) následující:

- Individuální přístup
- Využití všech možností a dovedností terapeutického týmu i pacienta
- Zaměření na zachování zbytků zdraví
- Stanovení hranic mezi přáními a pacienta a možnostmi
- Spokojit se i s malými úspěchy
- Orientace na zdravou část osobnosti pacienta
- Aktivní zapojení pacienta
- Začátek rehabilitace již během léčby

Dle Boučka (Bouček, 2004) lze dělit psychiatrickou rehabilitaci obecně na následující okruhy:

- fyzikální léčba
- léčba pohybem a sportem
- pracovní a činnostní léčba
- umělecko-kreativní léčba e) terapie zábavná a rekreační

V současné době probíhá psychiatrická rehabilitace v ČR významnou reformou⁵. Reformu realizuje a zodpovídá za ní Ministerstvo zdravotnictví ČR. Cílem reformy je zbavit psychiatrickou péči stigma a přesunout ji z nemocničních zařízení do center duševního zdraví. Tato centra by podle plánů měla v budoucnu být v každém okrese. Fungování center se ověří v pilotních projektech, těch by mělo být 15 a jejichž zahájení by bylo mělo být do konce roku 2017.

Centra duševního jsou jedním z pilířů reformy psychiatrické péče v ČR. V budoucnu by měla vzniknout síť center, přibližně na 100 000 obyvatel jedno takové centrum. Pracovníci

⁵ Více info o reformě na www.reformapsychiatrie.cz

centra tvoří multidisciplinární tým - jsou zde zastoupení sociální i zdravotní pracovníci i peer pracovník - člověk s vlastní zkušeností s duševním onemocněním a těžiště jejich práce spočívá v pomoci a podpoře jejich klientů jak v prostorách centra, tak ale také primárně přímo u klientů - v jejich prostředí - doma, v práci, v kavárně, či kdekoliv jinde.

Smyslem center duševního zdraví je neizolovat lidi s problémy s duševním zdravím dlouhodobě a bezdůvodně mimo společnost a umožňovat každému, pokud je to jen trochu možné, vyrovnávat se s onemocněním v místě svého bydliště a žít dál svůj život mezi svými příbuznými a přáteli s adekvátní podporou terénních i ambulantních služeb. Centra mají následující podobu: Centra duševního zdraví jsou umístěna v běžné zástavbě, plocha zhruba 300 až 400 m², každé má 6-8 lůžek s průměrnou dobou pobytu 10 dní, obloženost cca 50 %. Na lůžkách probíhají i nedobrovolné hospitalizace, příjmy v noci zajišťuje akutní oddělení všeobecné nemocnice. Noční směny zajišťují v každém centru dvě sestry, a jeden psychiatr na telefonu pro celou spádovou oblast. V rámci týmu jsou dva subtýmy — příjmy a dlouhodobá péče. Minimálně 70 % přímé práce s klienty probíhá v terénu, asertivní práce, case management, domácí hospitalizace jsou integrální součástí práce týmu. Tým každého centra se schází každý den na cca hodinovém setkání při střídání dopolední a odpolední směny. CDZ slouží jako zázemí pro terénní tým, nabízí bezpečné prostředí, kam je možné kdykoli přes den přijít, je to kontaktní místo a zároveň útočiště v případě potřeby — klient tu může strávit pár dní na lůžku. Všechny prostory jsou otevřené klientům, neexistují zde žádné restriktce. (Novák, et.al., 2017).

Stávající týmy CDZ jsou složeny obvykle z 30 zdravotních sester, 1—2 sociálních pracovníků, 2 psychologů, 1-2 rehabilitačních pracovníků a 4-5 psychiatrů. (Mezzina,2014)

5. 4. Možnosti terapie u lidí s duševním onemocněním

V následující kapitole se zaměřím na tři typy terapeutických a rehabilitačních přístupů, které se v současné době využívají v zahraničí a také v ČR při práci s lidmi s duševním onemocněním. Jedná se o FACT model, metakognitivní trénink a integrovaný

psychoterapeutický program. Všechny tři modely péče byly vytvořeny primárně pro práci s lidmi s duševním onemocněním.

FACT – flexibilní asertivní léčba

FACT je vlastně kombinací dvou typů case managementu a to Asertivní komunitní léčby (ACT) a individuálního case managementu. Asertivní komunitní léčba má své kořeny ve Spojených státech, konkrétně v Madisonské státní nemocnici ve státě Wisconsin. Zakladatelé ACTu Leonard Stein a Mary Ann Testová a Arnold Marx zde v 70. letech dvacátého století vyvinuli systematicky nový typ služby, kterému se také někdy říká „nemocnice beze zdí“. Cílem bylo poskytnout pacientům propuštěným z nemocniční léčby natolik intenzivní a efektivní podporu v komunitě, aby u nich nedocházelo k sociálnímu či zdravotnímu propadu a nemuseli se opakovaně do psychiatrické nemocnice vracet (Novák, et.al. 2017).

Model FACT je vlastně „jen“ velmi dobře promyšleným a propracovaným propojením těchto dvou známých typů case managementu. FACT vyvinuli Remmers van Veldhuizen a Michiel Bähler v Alkmaru v roce 2003. O deset let později fungovalo v Nizozemsku již 200 FACT týmů. V zahraničí je o model rostoucí zájem. Mezi prvními byli profesionálové v Belgii, Hong Kongu, Norsku, Švédsku, UK a České republice (Novák, et.al. 2017).

Klienti jsou běžně v kontaktu s jedním case managerem, se kterým se scházejí, pracují na svých rehabilitačních cílech. Jestliže nastane krizová situace či složité období, změní se péče na „asertivní režim“, kdy je klient pravidelně navštěvován více členy týmu a cílem je bezpečně proplout krizí. Po jejím odeznění je obvykle možné vrátit se zpět k více individuální práci. Pro dobrou koordinaci péče o klienta ve zhoršeném období se Holanďanům osvědčily krátké každodenní porady, kde se proberou všichni klienti v „asertivním režimu“. Používá se přitom takzvaný FACT board, což lze přeložit jako FACT tabule. Na tuto tabuli mohou být umístěni klienti z různých důvodů jako je prevence krize, zhoršení symptomů, vyhýbání se péči, hospitalizace a také v momentě vstupu do služby. (Novák, et al. 2017)

Tabulka č. 10 Složení týmu podle profesí a úvazků

(zdroj: Susan A., et al., 2009):

Pracovní pozice	Výše úvazku
Psychiatr	1,0
Vedoucí týmu	0,5
Psychiatrické sestry	4,0 – 5,0
Komunitní psychiatrické sestry	1,0 – 2,0
Sociální pracovník	0,8
Psycholog	0,6
Peer konzultant	0,5
Pracovní konzultant (specialista na IPS)	0,4
Celkem úvazků	10,4

Role casemanagerů zastávají jak psychiatrické sestry, sociální pracovníci tak někdy i psychologové. Kromě požadavku na zastoupení jednotlivých profesí je také vyžadována následující kvalifikace:

- odbornost v oblasti závislostí — nejméně u 2,0 úvazku;
- dostatečné znalosti a dovednosti v rehabilitaci a přístupu orientovaném na zotavení (Novák, et al., 2017)

V souvislosti s FACTem je v odborných kruzích dobře známý článek švédských autorů Nordéna a Norlandera z roku 2014, v němž poukazují na nedostatky studií o FACT modelu a na málo skutečně nesporně prokázaných efektů (Susan A., et al., 2009).

V ČR se stal FACT model od roku 2012 jedním z nejvýznamnějších inspiračních zdrojů rozvoje terénních multidisciplinárních týmů. Projevilo se to ve standardu Center duševního zdraví, která přejímají z FACTu většinu principů i stavebních prvků. Jako přínosné se v ČR ukazuje zapojování peer konzultantů do týmů, důraz na prevalenci terénní práce i využívání FACT tabule. V roce 2016 se celkem 26 týmů z celé ČR účastní projektu Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, jehož cílem je vyzkoušet ve spolupráci s holandskými experty hodnocení podle FACT věrnostní škály a zavést konkrétní pracovní postupy FACTu do praxe. – přeformulovat, ať to nemusím citovat (Novák et al., 2017)

Integrovaný psychoterapeutický program pro lidi se závažným psychickým onemocněním (IPT)

Při procházení různými studii posledního desetiletí můžeme pozorovat tendenci zařazovat kognitivní rehabilitaci do komplexní péče nejenom u chroničtějších pacientů s duševním onemocněním, ale i u pacientů například po první epizodě, přestože dopad kognitivního deficitu na fungování v životě je méně patrný. Kognitivní rehabilitace se stává součástí komplexní péče nejen o hospitalizované pacienty, ale i o pacienty ambulantní. Zdá se, že kognitivní rehabilitace je nejefektivnější u pacientů z hlediska symptomů nemocí stabilizovaných, zároveň však většina autorů doporučuje začít co nejdříve po odeznění akutní psychotické epizody (Preiss, Kučerová, 2006).

Dále je patrná tendence propojovat v rámci kognitivní rehabilitace různé přístupy. Většinou již nejde jen o obecnou stimulaci, ale o cílený trénink zaměřený na pracovní, krátkodobou a dlouhodobou paměť, na plánování, flexibilitu, řešení problémů a posílení kompenzačních strategií. To vše probíhá systematicky, opakovaně a s využíváním poznatků behaviorálních teorií učení a pedagogické psychologie (práce s motivací, učení zaměřené na proces, zaangažování osobních zkušeností do procesu učení, zvýšení subjektivně prožívané kompetence, učení zaměřené na přesnost a předcházení chybám (Medalia et al., 2009).

IPT umožňuje zlepšit zvládání jak kognitivních poruch a narušených sociálních funkcí, tak i schopností těchto nemocných řešit problémy. Zahrnuje v sobě i přístupy skupinově dynamické. Umožňuje pacientům zapojit se v rámci další rehabilitace a resocializace. Terapeutický program byl vytvořen prof. Brennerem a dr. Roderem ze Švýcarska. Metoda je vhodná pro práci s pacienty hospitalizovanými i ambulantními (Pěč, Volker, 1993)

Systematická skupinová práce v oblasti kognitivních poruch byla v ČR do začátku devadesátých let téměř neznámá. Význam těchto metod stoupl až v posledním desetiletí, kdy se rozšiřuje počet denních stacionářů pro lidi se závažným duševním onemocněním (zejména psychickým) a klade se větší důraz na rehabilitaci a psychoterapii v psychiatrických nemocnicích a na psychiatrických odděleních. V České republice je

průkopníkem této metody zejména občanské sdružení ESET-HELP, které proškolila v metodě IPT řadu lékařů, zdravotních sester či psychologů (Pěč, Volker, 1993).

Metakognitivní trénink

Metakognitivní trénink pro lidi se schizofrenním onemocněním (MKT) je program skupinové terapie pro psychotické pacienty, vytvořený Moritzem a Woodwardem. Má pacientům pomoci, aby si dokázali uvědomit chyby v myšlení, kterých se dopouštějí, a aby tyto chyby zmírnili. Vychází z vědeckých studií, které prokazují, že pro schizofrenii jsou charakteristické určité typy poruch kognitivních procesů, že si pacienti těchto poruch nejsou vědomi a že to ovlivňuje jejich emoce a jejich chování. MKT se skládá z 8 modulů, zaměřených vždy na určitý typ kognitivního zkreslení. Jeden modul se věnuje depresi a metodám jejího zvládnutí. Každý modul má část edukační, část nácvikovou a závěrečné shrnutí a doporučení. Součástí programu je manuál pro terapeuta, listy pro pacienty, kteří mohou mezi sezeními plnit zadané úkoly, a dvě kartičky první pomoci. Studie o účinnosti programu MKT ukazují, že je tento program pacienty velmi dobře přijímán a že vede ke zmírnění chyb v myšlení, souvisejícími s psychózou (Možný, 2012).⁶

Metakognitivní trénink není pochopitelně jedinou možností terapie, nicméně některé studie ukazují na jeho dobrou účinnost (Moritz et al., 2010). Člověk s duševním onemocněním se v rámci tréninku učí přemýšlet o svých myšlenkových procesech, o tom, jak myslí a uvažuje v běžném životě. Trénink sestává z osmi modulů, které se fokusují na specifické kognitivní procesy, negativně ovlivněny psychopatií schizofrenie. Metakognitivní trénink pochopitelně nenahradí farmakoterapii, výhledově však může přispět k zlepšení schopnosti nahlížet na vlastní kognitivní procesy a lépe fungovat v rámci sociálních interakcí (Obereignerů R. et al., 2011).

5. 5. Sociální služby pro lidi s duševním onemocněním

⁶ Tento terapeutický program byl přeložen do češtiny a lze si jej zdarma stáhnout z www.uke.de/mkt.

Systém sociálních služeb je od roku 2006 upraven zákonem 108/2006 Sb. – zákonem o sociálních službách. Zákon rozlišuje služby na služby sociální péče a sociální prevence a vymezuje také sociální poradenství. Zákon definuje čtrnáct druhů služeb sociální péče. Je to osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, a sociální služby ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Služby sociálního prevence se snaží eliminovat jevy sociálního vyloučení. Jedná se o situace, kdy se v životě člověka vyskytnou překážky, které komplikují nebo zcela zamezují, aby jedinec žil způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (Mahrová, 2008). Zákon dále rozlišuje formu poskytování služeb – terénní (poskytovaná v přirozeném prostředí), ambulantní (docházková) a pobytová (poskytující ubytování). Lidé s duševním onemocněním mohou využívat všech forem a druhů služeb pokud vyhovují jejím individuálně nastaveným vstupním kritérium a cílové skupině.

Lidem s duševním onemocněním by měl být nabízen ucelený systém služeb. Úkolem sociálního pracovníka je klienta do tohoto systému přivést, pomoci mu zvolit okruh služeb, které právě on a jeho rodina mohou využít, pak ho systémem provázet a spolupracovat s ním v oblasti konkrétních postupů sociální práce. Je nezbytné si uvědomit, že duševní potíže mohou mít i lidé, kteří primárně přicházejí s jiným problémem nebo omezením. Například deprese nebo nadužívání alkoholu je častým doprovodným jevem nezaměstnanosti, stáží, tělesného postižení apod. (Mahrová, 2008).

Při sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, by se každý pracovník měl zaměřit na získání vědomostí v oblasti psychiatrického minima. Kromě všech již zmíněných dovedností se musí obrnit také trpělivostí, uměním vyjednávání, mediací, zmocňováním klientů atd. Často se při práci setkává s klienty, kteří nechtějí nebo kvůli svému psychickému omezení nedokáží aktivně spolupracovat. Mohou se u nich vyskytovat přetrvávající pozitivní symptomy onemocnění (bludy, halucinace). Musí si proto pěstovat svou odolnost pro různé stresové situace a zvýšit svůj frustrační práh (Sociální práce, 1/2008).

Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním a psychiatrie jsou dva obory, které se při péči o jedince s duševním onemocněním často potkávají. Oba dva obory mají spoustu společných znaků. Navrátil (2001) uvádí, že obě disciplíny spojuje práce s lidmi, kteří se potýkají s osobními a sociálními problémy. Obě pomáhají zlepšit jejich sociální vztahy, zároveň působí na jejich emoční stránku a celkově tak ovlivňují jejich vnitřní stavy. Každá se, ale zaměřuje na něco jiného. Psychiatrie se zaměřuje na léčení nemocí, patologií, zabývá se vnitřní dynamikou individuálního a skupinového chování. Sociální práce se zaměřuje na podporu, obnovu sociálního fungování klienta a zabývá se sociálními vztahy, prostředím a interakcí.

Dle Matouška (2010) je v souvislosti se sociální prací s lidmi s duševním onemocněním vhodnější mluvit v rámci individuální práce zejména o případové práci, což souvisí především ze snahy o deinstitucionalizaci. V situaci, kdy klienti odejdou z psychiatrických nemocnic, je možné se zaměřovat na jejich individuální potřeby, tzv. případově. Zároveň je třeba, aby pro klienta byla zabezpečena propojenost služeb, návaznost poskytované péče a také její koordinace, a to vše v rámci jednoho případu. Z tohoto důvodu se v sociální práci s lidmi s duševním onemocněním často využívá metody casemanagementu.

Zásady case managementu při práci s lidmi s duševním onemocněním jsou dle Stuhlíka (2001) :

- Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii (Diagnóza může být stigmatizujícím prvkem, který nic nevypovídá o klientových potřebách, o jeho zkušenostech a o jeho cílech do budoucna.)
- Podstatný je vztah klienta a case managera
- Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí
- Asertivita intervencí (Pracovník by měl klientovi nabízet služby asertivně, měl by mít přehled o jeho potřebách, měl by znát klientovo sociální okolí, kontaktovat klienta v jeho přirozeném prostředí, aby byl schopen reflektovat případná skrytá rizika, která klient nemusí „vidět“, a poté o nich s klientem hovořit, nabízet mu službu, která by pomohla klientovi tuto situaci řešit.)
- I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat.

- Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoliv překážka

- Podpora zotavení rodinného prostředí

(Většina intervencí by měla být poskytována tak, aby vedla nejen k zotavení samotného klienta, ale i zotavení celého rodinného systému. Pokud dojde k nastartování změn uvnitř rodiny např. změny postojů či komunikace, je větší šance, že rodina podpoří i změny vedoucí k zotavení nemocného člena rodiny.)

5. 6. Role sociálního pracovníka –

Sociální pracovník se při práci s lidmi s duševním onemocněním čím dál častěji ocitá jako součást multidisciplinárního týmu. V rámci reformy psychiatrické péče, která se v ČR již připravuje a realizují se první kroky, se počítá se sociálním pracovníkem, který bude součástí terénního psychiatrického týmu.

Na kulatém stolu k reformě péče o duševní zdraví v České republice, který se konal 11. dubna 2017 se navrhlo nové rozdělení kompetencí pracovníků v multidisciplinárním psychiatrickém týmu. Role sociálního pracovníka byla definována následovně:

- má roli klíčového pracovníka
- sociální šetření, sociální poradenství, nácvik sociálních dovedností
- mobilizace sociálních zdrojů komunity (bydlení, sociální dávky..)
- práce s rodinou klienta/pacienta
- vyhodnocování potřeb, soběstačnosti projevů nemoci a rizikových faktorů zeména v sociálním poli
- použití cílených aktivit edukace, nácvik sociálních dovedností..)
- pomoc se zajištěním základních finančních potřeb klientů/pacientů

Sociální pracovník má v tomto modelu jako klíčový pracovník následující úkoly:

- tvoří vstupní bráno do multidisciplinárního týmu – je primární terapeut klienta/pacienta
- tvoří s klientem/pacientem plán zotavení a vyhodnocuje ho spolu s klientem a celým týmem
- zapojuje a koordinuje další pomoc a podporu

Duševní onemocnění je onemocnění, které se neustále vyvíjí, má svoje propady a také zlepšení. Sociální pracovník musí volené intervence, komunikaci a styl přizpůsobovat aktuálnímu psychického stavu klienta. Tématem volení různých rolí při práci s klienty s duševním onemocněním se zabývá řada autorů, mimo jinými i Wilken (2010). Wilken odkazuje na teorii situačního vedení, poukazuje na kontinuum: kompaktní množinu bodů s předpokládanou odpovědností na jednom pólu a monitorováním na pólu druhém.

- Pracovník by měl předpokládat odpovědnost v optimálním rozsahu. Tento předpoklad je uplatňován mj. při nemoci, nebo dekompenzaci, anebo při nebezpečí dekompenzace psychického stavu. Vždy dochází k obdobím, kdy musíme předpokládat, že klient zůstává odpovědným. V takovém případě je na místě direktivní vedení.
- Doprovod a ujištění: klient je s pracovníkem aktivní, navíc pracovník poskytuje klientovi ujištění, že jeho/její rozhodnutí jsou správná. Zde doporučujeme přesvědčovací nebo zúčastněný styl.
- Společná práce: společně s klientem pátrá pracovník, jaké jsou klientovi potřeby. Činnost pracovníka podněcuje klienta objevovat nové možnosti. To je příkladem zúčastněného stylu.
- Podporující pozorování: klient sám určuje, kterých činností se chce účastnit, aby zvýšil svou nezávislost. Pracovník poskytuje podporu, pokud ji klient žádá. Zde leží výhybka mezi zúčastněným a delegujícím stylem.
- Monitorování: klient má minimální potřebu konzultovat. Osobní poradenství existuje ve „spící“ formě a je aktivováno pouze na vyžádání klienta, např. je-li konfrontován se zvláštním, nebo novým problémem. Klient ovšem také může

prodělat relaps psychického onemocnění a potřebuje pak odlišný způsob přístupu. Pro tyto případy je využitelný cyklický pohyb mezi různými styly práce, které osobní pracovníci mohou využít.

Wilken (2010) provedl také výzkum, který ukazuje, že hodnotné spojení mezi odborníkem a klientem je podmíněno těmito prvky:

- napojení
- porozumění
- stvrzení
- zabezpečení
- posílení

Naopak z jiného výzkumu (Tielens a Verster, 2010) vyplývá, že řada klientů s duševním onemocněním má negativní zkušenost ze spolupráce se sociálním pracovníkem. Někdy tyto situace klienti popisovali a vnímali dokonce až jako silně traumatizující. Pro názornost uvedu několik důvodů, které klienti ve výzkumu uváděli:

- pomáhající pracovníci nebývají vždy upřímní. Klienti od nich slychali, že se na příjmovém psychiatrickém oddělení uklidní nebo že se budou cítit lépe, zkušenost klientů v prvních dnech až týdnech hospitalizace bývá jiná. Klienti dále uváděli, že je pracovníci přesvědčovali o tom, že život pro ně bude bez příznaků psychózy lepší (což někdy není) a že jim klient může kdykoliv zavolat, když bude něco potřebovat (pracovníci potom byli ale nedostupní a neozvali se vždy zpátky). Tielens dospěl k následující závěru: klienti jsou schopni přijmout fakt, že neznáme odpovědi na všechno, buďme proto upřímní.
- Pracovníci často dávali velmi výrazně najevo negativní postoj k vysazení léků klientem nebo samoredukci medikace. Klienti uváděli, že pracovníci byli i velmi odmítaví, když si klient o tom s nimi chtěl pohovořit. Tielens pak vybízí pracovníci k tomu, aby nechali klienta vytvořit si svůj názor na braní léků a jen mu nabízeli co největší míru informací, která se s braním a nebraním léků pojí.

- Z výzkumu dále vyplynulo, že pracovníkům příliš záleží na klientově pocitu bezpečí. Pracovníci pak často zasahují, aniž by přitom skutečně rozuměli a pochopili situaci.

Obecně lze konstatovat, že role sociálního pracovníka se proměňuje nejen kvůli neustále se vyvíjejícímu psychickému stavu klienta, ale také s ohledem na probíhající změny, které souvisí s reformou psychiatrické péče v ČR.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Analýza vývoje zaměstnanosti a nezaměstnanosti z roku 2016. MPSV ČR

ANTHONY a kol. 2002. *Psychiatric Rehabilitation*. Second Edition. Boston: Center for Psychiatric Rehabilitation, Trustees of Boston University.

BASAGLIA, F. 1967 *What is Psychiatry?* Provincial Administration of Parma. 2. end ed

BECKER, D. R. – DRAKE, R. E. 2005. *Supported employment for people with severe mental illness*. A guideline for the Behavioral Health Recovery Management Project.

BERANOVÁ, N. 2017. Nemožnost pracovního uplatnění. Podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví. Fokus ČR. Praha. 2017. [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné Z: <http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf>

BOND R.G. – DRAKE R.E, 2012 Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*. 2012 Feb; 11(1): 32–39.

BOUČEK, J. 2004 *Rehabilitace v psychiatrii*. *Psychiatria pre prax*. 5/2004.

BOURDIEU, P. 1998. *Teorie jednání*. Vyd. 1. – Praha : Karolinum, 1998. – 179 s. ISBN 80-7184-518-3.

BRIZGALOVÁ L. – ZÁVODSKÁ P. 2016. Analýza aktivní politiky zaměstnanosti a její nové nástroje [online]. [cit. 2017-03-15]. Dostupné Z: <https://www.unob.cz/eam/Documents/Archiv/EaM_M_2016/Brizgalova_Zavodska.pdf>

ČERNÁ, P. 2003. *Uplatnitelnost dlouhodobě duševně nemocných osob na trhu práce*. Jihočeská Univerzita, zdravotně sociální fakulta, 2003.

ČEVELA, R. – ČELEDOVÁ, L. – ZVONÍKOVÁ, A. – recenze knihy. *Pracovní lékařství*, Praha: Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2010, roč. 2010/62, č. 2. ISSN 0032-6291.

DISMAN, M. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. Vyd. Praha: Karolinum. 2002, 374 s. ISBN: 978-80-246-0139-7

ENGLAND, M.J., et al. 2015. *Psychosocial Interventions for Mental and Substance Use Disorders*, Washington (DC): National Academies Press (US); 2015, ISBN-13: 978-0-309-31694-1

EMMEROVÁ M. at al. 2012. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*, 2012, MPSV: Praha.

ERBANOVÁ, R. 2006. *Co je sociální firma? Vhodný model zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce*. GRANTIS, č. 7-8, s. 6-7.

European Commission: *European Pact for Mental Health and Well-being*. Brussels, 2008

FALTOVÁ, M. – ZUNT, T. 2008. *Malý průvodce diskriminační problematikou*. Český Krumlov: ICOS

FESTOVÁ, J. – VOJTĚCH, J. 2006. *Nezaměstnanost absolventů škol se středním a vyšším odborným vzděláním – 2006* [online]. Praha: MŠMT [cit. 9. 12. 2016]. Dostupné z: <http://www.nuov.cz/uploads/Vzdelavani_a_TP/NZabspub06.p>

GABRIEL, J. 2012. *Stát porušuje práva OZP*. Esprit 1-2/2012, s. 8, Praha: Nakladatelství Esprit

- GABRIEL J., 2017. *Problémy pracovního uplatnění lidí s vážným duševním onemocněním*. [online]. [cit. 11. 9. 2017] < <http://www.lidemezilidmi.cz/mise-pro-dusevni-zdravi/problemy-pracovniho-uplatneni-lidi-s-vaznym-dusevnim-onemocnenim>>
- GROVE B. – MEMBREY H., 2005. Sheep and Goats: New thinking about employability. In GROVE B. – SECKER J. – SEEBOHM P. (eds). *New thinking about mental health and employment*. Oxford, Radcliffe Press.
- HAŠKOVÁ, H. 2005. *Pracující matky a genderové role ve výsledcích mezinárodního longitudinálního výzkumu*. [online]. [cit. 11. 11. 2016] < <https://www.mpsv.cz/cs/31426>>
- HOLUBOVÁ, M. 2015. *Role copingových strategií a kvality života v kontextu sebe-stigmatizace u pacientů se schizofrenií*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- CHARVÁT et. al. 2011. *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku VIII*. 1.vyd. Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci. 2011. ISBN 978-80-244-2906-9.
- IRVING C.B. – PARK B. – MARSHALL M. 2010. *Intensive case management for severe mental illness*. In Cochrane Database syst. Rev, volume 2017, 10.1002/14651858.CD007906.pub3.
- JOHNOVÁ, M. *Standardy podporovaného zaměstnávání*, Praha, ČUPZ, 2006
- KALVODA, H. 2011. *CAN: Camberwellské hodnocení potřeb*, 2. vydání. Amper, Praha, 2011. ISBN: 978-80-260-0138-6
- KOTÍKOVÁ J. 2013. Přehled opatření na úseku politiky zaměstnanosti osob se zdravotním postižením ve vybraných zemích EU [Overview of measures in the field of employment policy of persons with disabilities in selected EU countries]. Praha : VÚPSV, v.v.i., 2013. – 109 s. – ISBN 978-80-7416-141-4
- KŘÍŽKOVÁ, A. – HAŠKOVÁ, H. 2003. *Průzkum veřejného mínění o postavení žen na trhu práce*. Praha: Sociologický ústav AV ČR. [online]. [cit. 11. 12. 2016] Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/cs/8037>>

KUČEROVÁ H. 2013. *Psychiatrické minimum*. 2013. Praha : Grada, 168s. ISBN 978-80-247-4733-0.

LEAMY M, et al. 2011. *Conceptual 83ystém83rk for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis*, The British Journal of Prachiatry, 2011

LIBIGER, J. 2001. *Stigma duševního onemocnění*. Psychiatrie, č. 5 (1): 38–40.

MAHROVÁ G. 2008 *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada. S.176 ISBN 8024721385

MARSHALL, M., et al. *Assertive community treatment for people with severe mental disorders*. Cochrane database of systematic review, 2010, New York: Wiley

MATHERS C. 2008. *The Global Burden of Disease*, World Health Organization, ISBN 9241563710.

MAJ M. – SARTORIUS N., 2002. *Schizophrenia*. Wiley: Geneva, ISBN 0-470-84964-9.

MAHROVÁ G. – VENGLÁŘOVÁ M. et al. 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha : Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MARKOVÁ E. – VENGLÁŘOVÁ M. – BABIAKOVÁ M. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada: Praha. 2006. 352 S. ISBN 80-247-1151-6.

MEDALIA A. et al. *Cognitive Remediation for Psychological Disorders: Therapist Guide*, 2009. Oxford university press. ISBN 978-0-19-538371-3.

MEZZANINA, R. 2014. *Community mental health care in Trieste and beyond: An open door/no restraint 83ystém of care for recovery and citizenship*. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202(6), 440-445.

MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. Vyd. Praha : Portál 2011 511s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MORITZ S. – VITZTHUM F. – RANDJBAR S, et al. 2010. *Detecting and defusing cognitive traps: metacognitive intervention in schizophrenia*. Curr Opin Psychiatry 2010; 23(6): 561–569

MOŽNÝ, P. *Metakognitivní trénink pro schizofrenie*. Psychiatrie pro praxi. www.psychiatriepropraxi.cz, 2012, 13 (2)

Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí, Akční plán 3: Duševní zdraví. Ministerstvo zdravotnictví ČR – 2015. [online]. [cit. 11. 6. 2017] Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/dokumenty/zdravi-2020-narodni-strategie-ochrany-a-podpory-zdravi-a-prevence-nemoci_8663_114_1.html >

NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. 1. Vyd. 2001 Brno : Zeman. 168 s. ISBN 80-903070-0-0

NĚMEC, O. 2002. *Lidské zdroje na trhu práce*. Praha: Oeconomica.

NOVÁK, P a kol. 1999. *Pracovní rehabilitace*. Praha: Fokus.

NOVÁK, P. et. Al. 2017. Podpora změny paradigmatu duševního zdraví. Fokus ČR z.ú. Praha,

NOVÁK, P. – PACHTOVÁ, M. – SKUČKOVÁ, J. 2009. *Pracovní rehabilitace*, Příručka k programům pracovní rehabilitace a podpory zaměstnávání duševně nemocných. Fokus Praha, Praha.

OBEREIGNERŮ R. et al., *Kognitivní deficit u schizofrenie*. Psychiatrie pro prax, 2011, 12 (3): 100-105.

OCISKOVÁ M. – PRAŠKO J. 2015. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada: Praha. 2015. 376 s., ISBN 978-80-247-9906-3.

OPATŘILOVÁ, D. – ZÁMEČNÍKOVÁ, D. 2005. *Předprofesní a profesní příprava zdravotně postižených*. Brno: MU, ISBN 80-210-3718-0.

PĚČ, O. – RODER V. 1993. *Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT)*. Praha : Triton. ISBN 80-901521-3-9

PĚČ, O. et. al. 2009. *Psychózy – psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Triton : Praha. ISBN 978-80-7387-253-3.

PFEIFFER, J. 2002. *Komunitní péče*. In Hoschl, C., Libiger, J., Švestka, j. (eds.). Psychiatrie, Praha: Tigis, 2002.

PFEIFFER, J. et al. 2005 *Moderní psychiatrie a komunitní péče*. Praha : Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2001. ISBN neuvedeno.

PREISS M. – KUČEROVÁ H. 2006. *Neuropsychologie v psychiatrii*. 1. Vyd. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1460-4.

RABOCH J. – WENIGOVÁ B. (eds.) 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Vydala Česká psychiatrická společnost o. s., Ke Karlovu 11, 128 00 Praha 2, 2012.

RAGINS, M. n.d. *A Recovery based program inventory*. The Village Integrated Service Agency. [online]. [cit. 11. 6. 2017] Dostupné z: <<http://www.village.isa.org/ragins%20Papers/inventory.htm>. >

RINALDI M. – PERKINS R. – GLYNN E. et al. (2008) *Individual placement and support: from research to practice*. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13:50–60.

SECKER J. – GROVE B. – SEEBOHM P. 2001. *Challenging barriers to employment, training and education for mental health service users: the service user's perspective*. *Journal of Mental Health*, 10(4):395–404.

SIROVÁTKA T. *Řešení nezaměstnanosti po česku: dvacet miliard na dávky a tři miliardy na přímou práci s nezaměstnanými*. In: www.socialniprace.cz [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2014 [cit. 2016-03-15]. Dostupné z: <<http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=490>>

Strategie reformy psychiatrické péče. Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013, vydání 1.0 [online]. [cit. 15. 6. 2017]. Dostupné z: <http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf>

Strategie politiky zaměstnanosti do roku 2020. [online]. [cit. 11. 9. 2017] Dostupné z: <<https://www.esfcr.cz/file/8988/>>

- STUHLÍK J., 2001. *Asertivní komunitní léčba & case management*, Fokus Books, Praha 2001
- STYX P. 2003. *Jak žít a jednat s duševně nemocnými lidmi*. Computer Press: Praha, 2003. ISBN 80-7226-828-7.
- ŠTIKAR J. 2003. *Psychologie ve světě práce*. Praha : Karolinum. 2003. ISBN 8024604485
- ŠŤASTNÁ, J. *Když se řekne komunitní práce*. Karolinum, 2016, Praha. ISBN 978-80-246-3356-5.
- THORNICROFT G. – TANSELLA M. 2013 *The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare*. Br J Psychiatry. Apr; 202(4):246-8. doi: 10.1192/bjp.bp.112.111377.
- THORNICROFT, G. – TANSELLA, M. 2003. *What are the arguments for community-based mental health care?* WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network, 2003.
- THORNICROFT, G. – SZMUKLER, G. 2001: *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press
- THORNICROFT G. 2006. *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford, Oxford University Press.
- TIJDENS, K. G. 2005. "Prevent Marginalisation of Part-time Employment?" In Marx, I., Salverda, W. (eds.) *Low-wage Employment in Europe. Perspectives for Improvement*. Leuven: Acco
- TIELENS, J. – VERSTER, M. (2010), *Bemoeizorg. Eenvoudige tips voor moeilijke zorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- TOMEČEK, L. 2006. *Aktivní politika zaměstnanosti*. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Brno, Česká republika
- VITÁKOVÁ, P. 2005. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Praha: Rytmus.

VRBKOVÁ, K. *Význam podpory zaměstnání zdravotně postižených na otevřeném trhu práce pro jejich sociální začlenění*. Diplomová práce. Brno: 2004

VYSKOČIL, M. *Podklad pro koncepci politiky vlády vůči NNO do roku 2020 sociální podnikání* CVNS: Brno, 2014.

WAGHORN, G. – LOYD, CH. 2005. „*The employment of people with mental illness*“ Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health (AeJAMH) 2005. 3:25.

WARNER, L. 2001. *Barriers to Employment among Persons with Mental Illness: A Review of the Literature*, Disability Research Institute. Project Number: p04- 04c.

WEEGHEL, J. et al. 2003. *Community Care and Psychiatric Rehabilitation for Persons with Serious Mental Illness*. Kiev: Vydavnictvo Sfera. 552

WENIGOVÁ, B. 2005. *Stigma a psychiatrie (napříč časem)*. Sanquis 38,

WENIGOVÁ B. et.al. 2010. *Stav péče o osob s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje*. CMHCD. Praha.

WILKEN, J.P. 2010. *Recovering Care*. A contribution to a Theory and Practice of Good Care. Amsterdam: SWP.

WING, J.K. – BROWN, G.W. *Social treatment of chronic-schizophrenia – comparative survey of 3 mentalhospitals*. Journal of Mental Science 1961; 107(450):847-861.

Zákon ČR č. 108/2006 Sb.

Zákon ČR č. 435/2004 Sb.

PŘÍLOHY

Seznam příloh

Příloha č. 1 CAN – formulář na kódování odpovědí

Příloha č. 2 QPR – 15 – formulář na kódování odpovědí

Příloha č. 1

CAN

Oblast	Bez problémů	Naplněná potřeba	Nenaplněná potřeba
Bydlení			
Strava			
Péče o domácnost			
Péče o sebe			
Denní činnosti			
Tělesné zdraví			
Symptomy duš.onemocnění			
Info o zdrav.stavu			
Psychické obtíže			
Ohrožení sebe			
Ohrožení okolí			
Návykové látky			
Přátelé			

Základní vzdělání			
Peníze			
Finanční dávky			
Sexualita Intimní vztahy			

Příloha č. 2

QPR – 15

Oblast	souhlasím	Nejsem si jistý	nesouhlasím
Mám ze sebe lepší pocit			
Mám pocit, že dokážu využívat životních příležitostí			
Dokážu vytvářet pozitivní vztahy s ostatními lidmi			
Spíše než izolovaná/ý se cítím součástí společnosti			
Dokáže se prosadit			
Cítím, že můj život má smysl			
Moje zkušenosti mě změnilly k lepšímu			
Dokázal/a jsem se vyrovnat s věcmi, které se mi staly v minulosti a posunout se v životě dál			
Mám silnou motivaci se zotavit			

Jsem si vědom/a pozitivních věcí, které jsem dokázal/a			
Jsem schopna/ý lépe porozumět sám sobě			
Dovedu převzít zodpovědnost za svůj život			
Dokážu se aktivně zapojit do života			