



První kroky z pobytové služby do komunity

Zkušenosti s podporou lidí s vážným duševním onemocněním, žijících dlouhodobě v pobytové službě institucionálního typu, v přechodu do běžného sociálního prostředí, s podporou komunitních služeb – Projekt Housing First Ledovec II.

Úvod

„Domov není místo, ale pocit, že někam patříme.“

(neznámý autor)

Každý člověk chce žít život podle svých představ – mít domov, vztahy, práci nebo smysluplné aktivity, které mu dávají pocit naplnění a sounáležitosti. I lidé, kteří žijí v pobytových zařízeních, mají stejná přání: patřit někam, být součástí běžného života, rozhodovat o sobě a cítit se užiteční. Mnoho lidí setrvává v institucionální péči, i když by s dostatečnou podporou při vytvoření dobrých podmínek mohli žít mnohem samostatněji v běžných podmínkách. Setkáváme se s tím, že lidé záhy přivyknou systému péče a postupně se ztrácí představa a víra v to, že by jejich život mohl vypadat ještě jinak.

Proto je tak důležité podporovat přechod lidí z institucí do komunity. Nejde jen o změnu místa, kde člověk žije, ale o proměnu přístupu – od systému, kde se o lidech rozhoduje, k systému, který je podporuje v tom, aby rozhodovali sami o svém životě.

Tento proces není vždy jednoduchý. Vyžaduje vytvoření dobrých podmínek v systému péče a spolupráci mnoha lidí – pracovníků sociálních a zdravotních služeb, obcí, rodin, a především samotných klientů. Ne vždy se také pohledy jednotlivých stran shodují v tom, co je považováno za dobrou kvalitu života a co znamená poskytovat kvalitní péči. Přesto, usilování o vytváření systému péče, který je provázaný, koordinovaný a zaměřený na podporu zotavení, kde se východiska péče prolínají, je nezbytné.

Projekt Housing First Ledovec II vytvořil prostor pro hledání možností a naděje na změnu v životech lidí, kteří jsou dlouhodobě umístěni v institucionální péči a umožnil vzájemný dialog služeb v možnostech pojetí poskytované péče. Tento dokument zachycuje zkušenost z tohoto projektu a má za cíl přispět k tomu, aby se přechod z institucionální péče do komunity stával běžnou a přirozenou součástí systému podpory, aby měl každý člověk možnost žít tam, kde chce, a způsobem, který mu dává smysl. Proces změny není snadný, přesto projekt nese přesvědčení, že i když cesta k samostatnějšímu životu může být náročná, stojí za to.





1. Rámec a východiska projektu

*„Změna nezačíná tam, kde všechno víme, ale tam, kde jsme ochotni vidět jinak.“
(neznámý autor)*

Projekt se v souladu s principy programu Housing First (Bydlení především) zaměřoval na nalezení standardního ubytování a poskytnutí potřebné podpory nejméně 33 lidem s vážným duševním onemocněním v situaci bytové nouze. V návaznosti na reformu péče o duševní zdraví se zaměřil také na podporu deinstitucionalizace péče pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Cílem projektu bylo přispět k posílení služeb zaměřených na asistenci ve vlastním bydlení lidí se zkušeností s duševním onemocněním v Plzeňském kraji.

Cílovou skupinou projektu byli lidé žijící před nástupem do zařízení v bytové nouzi (dle ETHOS) tzn. bez přístřeší nebo v nejistém či nevyhovujícím bydlení, včetně dlouhodobé hospitalizace ve zdravotnickém lůžkovém zařízení (zejm. psychiatrické nemocnici). Projekt se zaměřoval na práci s lidmi s vážným duševním onemocněním (ne však na lidi s diagnózou mentální retardace nebo organické duševní poruchy), kteří jsou starší 18 let žijící v Plzeňském kraji (popř. se vztahem k PK) a zájmem v něm žít.

V rámci přípravy aktivit projektu bylo osloveno 27 pobytových služeb/zařízení v Plzeňském kraji pro sběr dat a účast v dotazníkovém šetření. Dotazníkové šetření si kladlo za cíl identifikovat a zmapovat počet lidí s vážným duševním onemocněním žijících v sociálních pobytových zařízeních v Plzeňském kraji, kteří by však byli schopni samostatného bydlení. Tedy lidi, kterým dosavadní nastavení systému péče a přístupu k bydlení nedovoluje opustit pobytové zařízení.

Dle získaných informací z oslovených zařízení bylo identifikováno celkem 678 lidí z dané cílové skupiny a z nich 49 lidí, kteří by dle hodnocení zařízení byli schopni samostatného bydlení. 65 % těchto lidí před nástupem do zařízení nemělo bydlení, 34 % z nich bydlelo závisle. Nejvíce lidí z kategorie „Bez bytu“ se dostalo do pobytových služeb ze zdravotnického lůžkového zařízení (54 %) nebo sociálního lůžka (15 %). Ostatní přišli z jiných institucí.

Jako významné riziko pro zabydlování se v této skupině ukazovaly další vážné zdravotní komplikace (u 48 % lidí), různá výše vypláceného příspěvku na péči, možné nedostatečné finanční zajištění (76 % lidí z této skupiny nemělo invalidní důchod), či délka pobytu v zařízení, kdy s přibývajícími lety pobytu je očekávatelné, že je pro obyvatele změna náročnější.

Informace, které by naopak mohly svědčit o zdrojích pro zabydlování, bylo zjištění, že 71 % lidí z dané skupiny nemělo omezenou svéprávnost, pouze 5 % nemělo příspěvek na péči, ostatní měli přiznané PNP v různé výši a 41 % nemělo žádné další překážky (jako dluhy, insolvence, gambling, užívání návykových látek, další zdravotní omezení), které by mohlo znesnadňovat možné zapojení do projektu.

Na základě výstupů tohoto dotazníkového šetření bylo osloveno zařízení Domov pro osoby se zdravotním postižením Horní Bříza, příspěvková organizace, ve kterém bylo dle výstupů šetření





identifikováno nejvíce osob z cílové skupiny a které mělo o spolupráci v projektu zájem. V rámci této projektové aktivity byla dojednána spolupráce mezi tímto zařízením a terénním týmem služby Sociální rehabilitace Ledovec Plzeň venkov.

Bylo naplánováno společné vzdělávání, stáže a pravidelná setkávání pro společné nastavení podpory lidí v přechodu ze zařízení do bydlení v komunitě. Záměrem projektu bylo tedy nejen poskytnout přímou podporu lidem žijícím v zařízení v nalezení bydlení a podpory služeb v komunitě, ale také společné vytvoření systému spolupráce mezi službami, podpora změn v péči tak, aby příprava na přechod do komunity probíhala již v pobytovém zařízení a lidé mohli posilovat své dovednosti a samostatnost i v zařízení, a aby se vytvořila užší spolupráce mezi organizacemi a předcházelo se tak vzniku naučené bezmocnosti či hospitalismu, který je v rámci dlouhodobé institucionální péče tak častým fenoménem.

2. Výchozí metodické ukotvení plánovaného postupu

V rámci podpory nastavení systému spolupráce a sjednocení porozumění procesu přechodu mezi DOZP Horní Bříza a Ledovec, z.s., byl v úvodní fázi projektu vytvořen plán na společné metodické schůzky a vzdělávání pracovníků obou organizací.

Navržená struktura vzdělávání vycházela z klíčových oblastí a témat Modelu CARE a Modelu ART a soustředila se na stěžejní principy těchto modelů praxe s vytvořením prostoru pro společný dialog, jak tyto principy a metody práce uplatnit přímo ve spolupráci v procesu přechodu a přípravy klientů v možné změně a přestupu do služeb komunitního typu.

Linie odborného ukotvení plánovaného postupu:

Model CARE – Podpůrný vztahový přístup

Model CARE byl vytvořen v Nizozemí již před více než 30 lety pro podporu lidí s vážným duševním onemocněním, kteří potřebují krátkodobou nebo dlouhodobou odbornou podporu, a v současné době se využívá v řadě dalších oblastí. Model CARE je jedním z nejčastěji používaných přístupů v nizozemské a belgické praxi v oblasti péče o duševní zdraví a péči o lidi bez domova. Kromě toho se tento model používá v desítkách dalších zemí ve východní Evropě a střední Asii. Model CARE staví na principech péče založené na vztazích, orientaci na silné stránky a na zotavení. Nabízí jak filozofický a hodnotový základ pro praxi, principy péče, tak metodický rámec, postup a nástroje pro podporu lidí v jejich procesu zotavení.



Model ART

Model ART nabízí perspektivu pro dlouhodobou péči o duševní zdraví. Jedná se o profesionální standard pro péči zaměřenou na zotavení, založený na potřebách, silných stránkách a přáních klienta v jeho každodenním životě. Ústředním bodem modelu ART je zotavení v rámci tzv. triády. Bezprostřední okolí a blízcí hrají klíčovou roli. Mohou být důležitým článkem a mít velký význam pro proces zotavení klienta. Na druhou stranu je často nutné obnovit vztahy, věnovat pozornost procesu zotavení blízkých a spolupracovat v rámci triády (klient, blízcí a pracovník/ci) na procesu zotavení a učit se jeden od druhého. Zatímco dlouhodobá péče je často uzavřeným světem sám pro sebe, ART se zaměřuje na vnější svět. Toho je dosaženo propojením s příležitostmi ve společnosti, zapojením lidí zvenčí a spoluprací s komunitními terénními týmy, službami a dalšími partnery.

Zotavení

Koncept zotavení je v současné době stěžejním východiskem pro klinickou praxi a rozvoj služeb nejen v oblasti péče o duševní zdraví. Podpora zotavení a rozvoj na zotavení orientované péče je jednou z důležitých oblastí reformy psychiatrické péče i podpory procesu deinstitucionalizace. Zotavení chápeme jako jedinečný osobní proces, v jehož průběhu člověk získává ztracenou sebedůvěru, učí se lépe vyrovnávat s vlastní zranitelností a začíná opět plnit sociální role. V současné době je řada odborných zdrojů popisujících důležité elementy a procesy podpory zotavení, včetně existence kritérií hodnocení kvality péče s ohledem na míru orientace na silné stránky a zotavení. V rámci projektu jsme vycházeli především z prací W. Anthonyho (1993, 2002), J.P. Wilkena a Dirk den Hollandera (2022), M. Raginse (2018), P. Ridgway (2014), L. Davidsona (2017) a dalších.

Housing first (Bydlení především)

Přístup Bydlení především bývá označován za jednu z největších inovací v sociální politice posledních desetiletí. Koncept Bydlení především je vytvořen pro osoby, které potřebují intenzivní sociální podporu, aby byly schopné opustit situaci bezdomovectví. Mezi cílové skupiny, kterým Bydlení především pomáhá, patří lidé bez domova s vážným duševním onemocněním či vážnými diagnózami, drogově či alkoholově závislí lidé bez domova a dále lidé bez domova ve špatném zdravotním stavu, s omezujícími chorobami a postiženími. Bydlení především poskytuje bydlení jako základní lidské právo, nikoliv jako odměnu za abstinenci nebo dodržování psychiatrické léčby. Jednotlivci si nemusí bydlení zasloužit nebo prokazovat, že ho jsou hodni nebo že jsou na bydlení připraveni. Bydlení především umožňuje účastníkům programu okamžitý přístup k bydlení jakožto





k právu v zájmu řešení nespravedlnosti chudoby a nastavení odpovídajících podmínek i pro ty, kterým štěstí tolik nepřálo, a k bezprostřednímu zmenšení utrpení osob bez domova. V praktické rovině program využívá přístup harm reduction, což zahrnuje snižování rizik spojených s užíváním drog a alkoholu nebo psychiatrickými diagnózami (Pleace, 2017).

Koncept připravenosti na rehabilitaci (model psychiatrické rehabilitace, Boston)

W. Anthony se svými kolegy z Bostonské univerzity rozvíjejí koncept psychiatrické rehabilitace již od 90.let minulého století. Psychiatrická rehabilitace je určena k tomu, aby pomáhala lidem s psychiatrickým postižením vybrat si, získat a udržet si určitou roli v prostředí, které preferují (Anthony, Cohen, & Farkas, 1990). Jednou ze součástí psychiatrické rehabilitace byl také rozvoj konceptu a nástrojů pro hodnocení a posílení tzv. Připravenosti na rehabilitaci.

Posouzení připravenosti se zabývá pěti oblastmi neboli ukazateli, které jsou zkoumány u každého člověka. Tyto oblasti zahrnují potřebu (úroveň spokojenosti a/nebo úspěchu v současné životní, vzdělávací, pracovní nebo společenské roli), odhodlání (přesvědčení osobních schopnostech, významu a výhodách změny a podpoře změny), povědomí o prostředí (znalosti o potenciálních budoucích prostředích), sebeuvědomění (znalosti o osobních preferencích, hodnotách a zájmech) a osobní blízkost (pohled klienta na kvalitu a typ interakcí s odborníky). Při posuzování každého ukazatele klient a odborník shromažďují, interpretují a zpracovávají informace, které jsou zásadní pro plánování osobní změny (Farkas, Cohen, McNamara, Nemec, & Cohen, 2000).

Deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb, rozvoj komunitní péče

Pro poskytování péče v komunitě lze oproti institucionální péči nalézt řadu argumentů, které se opírají o zkušenosti uživatelů sociálních služeb, o lidská práva, hodnoty sociální práce a možnosti efektivního využití finančních prostředků. Výpovědi bývalých uživatelů ústavní péče potvrzují, že ačkoliv v institucích lze nalézt fyzické bezpečí, jídlo a střechu nad hlavou, nemohou nabídnout pocit spokojenosti a úspěchu, který je spojen se začleněním do společnosti, tedy s možností být milován a oceňován přáteli a příbuznými (ESN, 2011). Z výzkumu veřejného ochránce práv vyplývá, že transformace zařízení pro lidi s duševním onemocněním a mentálním postižením čelí více překážkám. Veřejnost mnohdy zaujímá vůči lidem z těchto cílových skupin rezervované až ostražitě postoje. U politiků, kteří mají na národní i krajské úrovni prosazovat deinstitucionalizaci i pro tyto cílové skupiny, vyžaduje jeho cílená a dlouhodobá podpora velkou politickou odvahu a zvnitřnění závazku deinstitucionalizovat (Veřejný ochránce práv, 2023). Ačkoli existuje v legislativě velmi dobrý rámec pro podporu deinstitucionalizace, naplňování práv a participace lidí se závažným duševním onemocněním do společnosti, v každodenní praxi se stále setkáváme s mnoha obtížemi a nenaplňováním této vize. Zakotvení spolupráce v hodnotách komunitní péče a nahlížení na situaci z perspektivy naplňování základních lidských práv, je proto zásadní.





Tematický rámec vzdělávání a spolupráce
Vzájemné seznámení s východisky obou organizací Význam podpory přechodu z dlouhodobé pobytové péče do komunity (pozadí projektu a plánovaná změna) Formální ukotvení spolupráce (zapojení pracovníci, součinnost, odpovědnost, podmínky spolupráce atd.)
Přínos a možná rizika spojená se změnou bydlení a s přípravou na změnu bydlení Vzájemné seznámení se systémem a způsoby práce obou organizací, vč. vedené dokumentace
Zotavení a práce s osobním příběhem člověka Práce zaměřená na problém vs. práce zaměřená na silné stránky a zotavení
Nástroje na mapování přání a potřeb člověka ve službě Práce s motivací, hledání zdrojů a silných stránek Koncept připravenosti na rehabilitaci a na změnu Reflexe možných překážek a vlivu prostředí na samostatnost a motivaci klientů
Práce se zranitelností, možnými riziky, vytváření bezpečí a posilování odolnosti Housing first (Bydlení především) – seznámení s principy, způsoby práce, příběhy klientů a možnostmi podpory v rámci terénních komunitních služeb
Koučování zaměřené na silné stránky Dojednávání konkrétní spolupráce a síťování pro podporu přechodu člověka z pobytové péče do komunity
Práce s prostředím, síťování a přemostování Vytváření možného postupu a modelu spolupráce Vytváření plánů přechodu ve spolupráci s konkrétními klienty se zapojením obou služeb

Pro zajištění odborného vzdělávání a podpory v uplatňování principů Modelu CARE byli do přípravy a realizace vzdělávání zapojeni lektoři Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, z.s. ve spolupráci s vedoucími pracovníky organizace Ledovec a pracovníky programu Housing first.

V rámci spolupráce se ukázalo jako významné více se seznámit procesy a způsoby práce obou organizací. Bylo třeba vytvořit prostor pro vyjasnění východisek, předpokladů, obav a výhod spojených s možným přechodem některých klientů do komunitní služby a bylo nutné nastavení společných dohod zajišťujících součinnost obou partnerů. Připravený systém vzdělávání byl upraven na základě zjištěných potřeb pracovníků a možností organizace DOZP Horní Bříza v implementaci nových postupů.

Původní předpoklad zavedení větších změn v souladu s Modelem CARE a Modelem ART v přímé práci v pobytové službě DOZP Horní Bříza se v rámci projektu ukázal jako neuskutečnitelný. Nicméně obě organizace se blíže seznámily se způsoby práce a nastavil se systém spolupráce při podpoře jednotlivého klienta v možném přechodu do komunity.





3. Poznávání způsobů práce a hledání společných možností

Je otázkou, nakolik brání v přechodu praktické otázky, jako nedostupnost adekvátního bydlení, nedostatečné finanční zajištění či omezení způsobené nemocí, a nakolik jsou překážkou naše vlastní obavy a přesvědčení o tom, co je pro druhého člověka to dobré, bezpečné a podpůrné. Přitom „i lidé s postižením mají právo a sílu podstupovat rizika v rámci svého zotavení. Naučit se, co jsou přiměřená a co již nepřiměřená rizika, je součástí podpory zotavení.“ (Mierlo a kol, 2022, str. 6).

S pracovníky obou organizací jsme se zabývali tím, jak vnímají přesun ze zařízení sami pracovníci, jak vnímají a znají perspektivu klientů, se kterými tato témata otevírají nebo chtějí otevírat a jaká je v tomto perspektiva a filozofie jednotlivých služeb. Nejde zde o odborný výčet, tabulka níže zachytává souhrn témat z diskuse, kterým je důležité věnovat pozornost v rámci spolupráce mezi pracovníky, klienty a blízkými, protože osobní postoje, obavy či naopak přesvědčení o možnostech a naději může významně ovlivnit to, zda se spolupráce a přesun člověka do běžného prostředí podaří, či nikoli.

Postoje pracovníků k přesunu lidí ze zařízení do komunity	
Negativní důvody pro změnu z pohledu pracovníků a jejich představ o perspektivě klientů	Pozitivní důvody pro změnu z pohledu pracovníků a jejich představ o perspektivě klientů
• Zhoršení zdravotního stavu (vysazení medikace, nechození k lékařům) • Špatné hospodaření s penězi, chudoba, dluhy, exekuce, vyšší nároky na finanční gramotnost • Riziko osamocení/samoty/izolace (nevýjdu ven, sedím doma sám, jsem na všechno sám, nemám se na koho obrátit; nevím co s volným časem; ztráta režimu; ztráta dosavadních přátel) • Riziko navazování kontaktů • Riziko zanedbávání péče o sebe, ztráta jistot, zhoršení sebeobsluhy a stavu domácnosti (nikdo mi nevypere, neuvaří, neuklidí, nenakoupí...) • Riziko bezdomovectví, zneužití • Riziko vzniku či relapsu závislosti a jiného rizikového chování • Riziko nepřítomnosti sociálního pracovníka • Špatné přijetí okolím (konflikty) a strach z reakce blízkých	• Mám domov a kontrolu nad svým životem (svobodu, soukromí, intimitu, volnost, možnosti, prostor pro seberealizaci, přání...) • Už nejsem pacient, klient apod. (destigmatizace, sebehodnota). Dokážu, že to jde...Mám zodpovědnost sama za sebe / zplnomocnění. • Jsem pánem svého času a svobodně rozhoduji o sobě. Nemusím se mýt, vstávat, uklízet... Můžu si uvařit co chci a jíst kdy chci. • Pokud chci s někým bydlet, vyberu si s kým... • Mohu mít zvíře... • Rozhoduji o tom, kdo a kdy mě navštíví. • Nemusím nikomu říkat kam a proč jdu, kdy přijdu, stejně tak návštěvy...Nikdo mne nehlídá. • Mohu mít věci kolik chci a využívat je jak chci (vlastní nábytek, vlastní TV, vlastní koupelna a WC, v bytě mohu kouřit atd.)





- Budu se muset učit nové věci, obavy z budoucnosti

- Uvolním místo – lůžko někomu jinému.
- Udržení / zvýšení dovedností. Naučím se hospodařit s penězi...

V rámci společných setkávání jsme pracovali s těmito předpoklady dále a vyjasňovali, jak s nimi pracuje přístup na zotavení orientovaný. Zabývali jsme se tím, jak mohou být ošetřena možná rizika v rámci služby sociální rehabilitace v komunitě, a zda a jak s těmito tématy mohou pracovat pracovníci DOZP při přípravě lidí na možný přechod do běžného prostředí. V rámci projektu jsme neměli prostor pracovat s Kartami obav pro zabydlování (<https://socialnibydleni.mpsv.cz/novinky/2574-karticky-obav-pri-zabydlovani>), ale jistě by byly cennou pomůckou právě pro oslovení řady otázek, které mohou být pro klienty i pracovníky citlivé, ohrožující a bránit v motivaci a odvaze jít o změny bydlení.

Velmi důležitou součástí společné práce bylo seznámení s postupy práce obou organizací, představení východisek, hodnot práce, povinností a odpovědností atd. Důležité bylo porozumět nastaveným procesům v zapojených organizacích, co se týče doprovázení klientů a individuální práce s klienty, protože vedení činnosti i systém práce byl velmi odlišný. Navíc se ukazovalo, že řada postupů, které by mohly podpořit zplnomocňování klientů a samostatnost klientů v DOZP Horní Bříza, narážela na personální a organizační možnosti zařízení. Pracovníci zařízení mohli nově získávané zkušenosti a poznatky využívat v rámci svých dalších povinností v pobytové službě bohužel jen minimálně.

Dalším úskalím bylo to, že pouze někteří klienti, kteří byli zařízením vytipováni jako lidé z dané cílové skupiny, reálně naplňovali daná kritéria a bylo třeba přehodnocovat, jaké klienty pro spolupráci oslovit. S rostoucím povědomím o fungování komunitní služby se však dařilo lépe odhadovat, které lidi pro spolupráci oslovit.

Jako užitečné pro vzájemné sladování přístupu a poznávání způsob práce, byla stáž v projektu Housing First organizace Ledovec, kdy pracovníci DOZP Horní Bříza mohli vidět, jak služba reálně funguje, dozvědět se více o principech a způsobech práce atd. Cenné byly také setkání, na kterých probíhalo skupinové koučování a řešení konkrétních situací ve spolupráci s klienty, kdy se společně hledaly možnosti, jak klienta podpořit a vytvářely se společné dohody a plán podpory klienta.

Záměrem projektu bylo vytvořit společně postup, který bude dlouhodobě udržitelný a bude fungovat pro obě zapojené organizace, a především bude dobře podporovat klienty ve změně. Z mnoha důvodů jsme ale nakonec přistoupili k jinému řešení. Nepodařilo se nastavit více systémové řešení s ohledem na organizaci práce v zařízení, ale dojednala se spolupráce ve vytváření malých týmů, individuálně ve spolupráci s daným klientem (pověřená osoba ze zařízení, klíčový pracovník z komunitní služby a zastupující kolega).





4. Doporučený postup – co se osvědčilo

V rámci spolupráce se ukázalo jako zásadní mít v obou organizacích pověřené osoby, které se systematicky věnují propojování obou organizací a koordinují spolupráci kolem klienta. Vždy se spolupráce dojednávala individuálně, ale níže shrnujeme pár doporučení, které se pro spolupráci osvědčilo:

- Vyjasnit spolupráci mezi oběma organizacemi (rozsah, účel spolupráce, kompetence jednotlivých osob, součinnost, ochrana údajů atd.) a zakotvit ji smluvně.
- Vytvořit prostor pro společné stáže, seznámení se vzájemně s chodem organizace a služeb.
- Mít pověřenou osobu v každé organizaci odpovědnou za spolupráci a koordinaci péče.
- Zpřehlednit informace o tom, jakou roli v organizacích kdo zastává a jakou roli má v rámci spolupráce s klientem, jak leží odpovědnost mezi pracovníky a klientem.
- Zavést společné skupinové koučování zaměřené na silné stránky.
- Vytvářet malý tým okolo klienta, který s klientem plánuje změnu a na základě přání klienta přizvat pro něj významné osoby.
- Mít dostatečný prostor pro poznávání klienta, navazování vztahu, příležitostí pro realizaci aktivit v komunitě (mít dojednaný přístup do zařízení, možnost s klientem trávit čas, a mít předem dojednaný čas s klientem).
- Udržet osobní kontakt s pracovníky druhé organizace, např. pořádat koučování v jiných prostorách, aby pracovníci nebyli rušení provozem nebo děním v zařízení.

5. Vytváření plánu podpory v přechodu z dlouhodobé institucionální péče do komunity

MAPOVÁNÍ PŘIPRAVENOSTI NA ZMĚNU

V rámci vytváření prostoru pro přemýšlení o změně a otevírání možností a představ o budoucnosti, je důležité zabývat se tím, jak člověk, se kterým pracujeme, o sobě uvažuje, jak přemýšlí o své budoucnosti, jaké má aspirace, sny a představy o svém životě. Mnoho lidí, kteří žijí dlouhodobě v systému péče, ztrácí naději v to, že by jejich život mohl být jiný, a jsou vděční za zajištění místa kde mohou dlouhodobě být. Snadno přivyknou zajištěnému bezpečí, pohodlí, předvídatelnosti dění a rutině, někteří rezignují na dění kolem a uzavírají se do vnitřního světa, jiní si snaží uchránit svou individualitu např. tím, že revoltují vůči nastaveným pravidlům nebo se vymezují v rámci společného soužití, které si sami nevybrali.





Pro to, abychom v životě mohli udělat nějakou změnu, ale potřebujeme věřit tomu, že změna pro nás bude pozitivní, vnímat určitou míru nespokojenosti a touhy mít věci jinak, potřebujeme být v kontaktu se sebou a vědět, jaké máme zdroje, dovednosti, schopnosti a cítit důvěru, že změnu můžeme zvládnout atd. V rámci podpory jednotlivých lidí v možném přechodu z dlouhodobé péče do komunity může být nápomocné více prozkoumávat míru připravenosti a to, co člověk potřebuje rozvíjet, v čem potřebuje posílit, aby změna pro něj byla možná.

Vytvořený pracovní list (viz příloha) dává nabídku pracovníkům, jak mohou přemýšlet o situaci jednotlivých lidí, se kterými pracují, může přinášet témata pro síťová setkání, a především pro spolupráci s klientem v rámci individuální spolupráce.

Vytvořený nástroj obsahuje oblasti:

- **Přání a silné stránky klienta** (jak je vnímá pracovník, okolí a klient)
- **Potřeba změny:** přání člověka svoji situaci změnit, míra nespokojenosti se současnou situací, životem nebo některou oblastí života a rozhodnutí pro změnu něco udělat
- **Připravenost na změnu:** zdroje prostředí, sebeuvědomění, vědomí/přesvědčení člověka o tom, že má potřebné dovednosti, podmínky a zdroje proto, aby na změně začal/a pracovat a důvěra v to, že změna bude mít pozitivní přínos.
- **Vědomí o prostředí:** vědomí/představa člověka o budoucím prostředí, o příležitostech, omezeních a nárocích, které bude pro něj/ní představovat
- **Sebeuvědomění:** kontakt člověka se sebou, schopnost přemýšlet o sobě a o své situaci, uvědomování si toho, co potřebuje a na čem mu záleží, vědomí vlastních priorit a preferencí
- **Očekávání podpory:** představa člověka o míře vlastního zapojení ve změně, o preferované formě, intenzitě a způsobech podpory od druhých

PLÁN PŘECHODU

Tento formulář slouží jako vodítko pro mapování a podporu koordinace procesu přechodu klienta z dlouhodobé pobytové péče do komunity. Nejde o kompletní seznam všech oblastí či úkolů pracovníka, ale spíše o vybrané důležité oblasti, témata a aktivity, které pracovník může v rámci spolupráce s klientem a pobytovou službou rozvíjet. Formulář může sloužit pracovníkům jako vodítko a směr pro podporu klienta a může tvořit dobrý základ pro formulaci konkrétních cílů a kroků v při vytváření Osobního plánu klienta.

PLÁN PŘECHODU	
příprava na odchod člověka z dlouhodobé institucionální péče	
Jméno klienta	
Pobytová sociální či zdravotní služba, ve které se klient nachází	





Jak dlouho klient pobývá ve službě	
Souhlas klienta se spoluprací a s předáváním informací zapojeným službám (samostatný dokument)	
Krátký popis výchozí situace, přání a představy klienta, důležité informace, aktuální možnosti a zdroje klienta	
Jaká jsou přání, zdroje a silné stránky klienta (podrobněji Osobní profil silných stránek, Model CARE)	
Dohoda s klientem o spolupráci – dojednaná frekvence a místo setkávání	

Lidé a služby zapojené do spolupráce s klientem		
Služba zapojená do péče		
Jméno pracovníka		Role pracovníka
Kontakt na pracovníka		
Služba zapojená do péče		
Jméno pracovníka		Role pracovníka
Kontakt na pracovníka		
Služba zapojená do péče		
Jméno pracovníka		Role pracovníka
Kontakt na pracovníka		
Opatrovník (pokud je)		Kontakt
Omezení způsobilosti, v jakém rozsahu (pokud je)		
Další osoby zapojené do spolupráce		
Další pro klienta významné osoby		





OBLASTI PODPORY A AKTIVITY PRACOVNÍKA, KTERÉ PŘÍSPÍVAJÍ K PODPOŘE PŘECHODU ČLOVĚKA Z DLOUHODOBÉ INSTITUCIONÁLNÍ PÉČE DO KOMUNITY.

MOTIVACE, KOMUNIKACE A VZTAHY

Komunikovat s rodinou, blízkými, ale i dalšími významnými osobami. Podporovat klienta v komunikaci s nimi, aby během přechodu měl příležitost a mohl:

přemýšlet o tom, co by ve svém životě chtěl, jak by chtěl žít, pocítit naději a možnosti na změnu, přemýšlet o tom, co by pro odhodlání se ke změně potřeboval

lépe porozumět sobě, poznat své silné stránky a opory, porozumět své zranitelnosti, svým potřebám a svému procesu zotavování

přemýšlet o možném přechodu do samostatného bydlení a své motivaci - téma změny

vědět jaké má vztahy, kdo je pro něj blízký, komu věří, na koho se může obrátit, navázat nové vztahy

vyjednat si pomoc blízkých a dalších osob a následně ji využít

BYDLENÍ A DOMOV

Jednat se službami v oblasti bydlení a podporovat klienta v oblasti bydlení tak, aby během přechodu měl příležitost a mohl:

přemýšlet o svém budoucím bydlení v rovině přání a důležitých souvislostech (např. co jej dělá bezpečným místem; jaké zákl. parametry musí bydlení mít (voda, elektrika, WC)- co by mohlo být při návratu náročné apod.)

navázat či upevnit komunikaci a vztahy s blízkými (nejen v místě), ale i dalšími významnými osobami v místě

dobře se seznámit s novým či již známým prostředím místa a jeho možnostmi (např. soc. a zdr. služby, obchody, park, bazén, kostel, pošta, jak to chodí ve čtvrti či domě)

získat dostatek informací o možnostech bydlení, hledat si bydlení a zajistit si jej

zajistit si stabilní základní vybavení bytu a základních potřeb k bydlení včetně specifických věcí, které bydlení udělají opravdu domovem (využít nábytkovou banku apod.)

zajistit si platnou smlouvu

ZDRAVÍ

Jednat s lékaři, zdravotnickými institucemi a citlivě zapojovat, podporovat klienta při jednání s nimi, aby během přechodu měl příležitost a mohl:

seznámit se s možnostmi dostupné podpory a využívat ji (např. zvládne se objednat a dojet k lékaři, komunikovat s ním, využívat další specifické služby)

získat dostatek informací o svém onemocnění, poznat a porozumět vlastní zranitelnosti, učit se ze svých zkušeností, porozumět svému procesu zotavování (např. strategie zvládání, podpůrná prostředí, porozumění DG, typu a účinnosti léků, dávkování, kontraindikacím, znalost rizik, potřeby péče o sebe a v zdraví – psychohygiena...)

porozumět své situaci ohledně zdraví a pečovat o něj (např. samostatně brát léky, nastavit si režim dne, dbát na základní hygienu, rozpoznat rizikové chování, zdravě a pravidelně se stravovat apod.)





rozpoznat varovné příznaky zhoršení zdravotního stavu či krize, umět je pojmenovat a následně vědět, jak postupovat, co může pomoci

VZDĚLÁNÍ, STUDIUM, PRÁCE, SPIRITUALITA A VOLNÝ ČAS

Jednat se službami v této oblasti, realizovat doprovody a podporovat klienta tak, aby během přechodu dostal měl příležitost a mohl:

jednat s úřady nebo službami, získat dostatek informací a porozumět své situaci

seznámit se s možnostmi dostupné podpory a využívat ji (např. podpora IPS, agentury, chráněný trh práce apod.)

být orientovaný a aktivní na trhu práce

propojit se se svépomocí (svépomocné skupiny), peer pracovníky

účastnit se aktivit v komunitě, zapojit se jako občan, uplatnit občanská práva

FINANCE

Podporovat klienta tak, aby během přechodu zvládl:

zajistit si základní (potřebný) příjem minimálně na 3 měsíce po odchodu/propuštění (...doklady, dojednat ID, soc. podporu)

jednat s úřady nebo úředními osobami (např. soc. odbor, exekutor, zdravotní pojišťovna), získat dostatek informací a porozumět své situaci

seznámit se s možnostmi dostupné podpory a využívat ji (např. dluhový poradce ČvT, právník)

hospodařit s penězi a upevnit si základní dovednosti v oblasti finanční gramotnosti - řešit auta (prodej, opravy, příp. sešrotování ...apod.)

spravovat a porozumět agendě spojené s různými dávkami (např. PnB, ID apod.) nebo jinými fin. úředními úkony (např. vedení účtu v bance, složenky apod.)

seznámit se s možnostmi dostupné podpory a využívat ji (sociální a další potřebné služby v místě, žádosti o podporu či různá zvýhodnění apod.)

OSOBNÍ PLÁN DLE MODELU CARE

Osobní plán je podpůrný nástroj navazující na mapování přání, silných stránek a zdrojů klienta v rámci podpory jeho zotavení. Po stanovení ústředního přání a cílů klienta společně s klientem, jeho blízkými a důležitými pracovníky zapojenými do péče, vypracováváme společný Osobní plán. Krátkodobé, akční plánování, umožňuje zpřehledňovat role a kroky jednotlivých stran, a především zplnomocňovat klienta a posilovat jeho motivaci ke změně. Zvláště u lidí, kteří jsou dlouhodobě umístěni v pobytové službě, kde může docházet k úbytku schopností samostatně se rozhodovat a přejímat odpovědnost za sebe, je tento způsob práce potřebný.

Pokud cíle ještě nejsou vyjasněné, můžeme jakožto pomáhající pracovníci sestavit plán osobní podpory. V tomto plánu podpory mohou mít důležité místo další odborníci a blízké osoby klienta. Plán je založen na tom, co je pro klienta důležité, jak ve vztahu k zranitelnosti, tak pro jeho osobní rozvoj (Wilken, Hollander, 2022).





OSOBNÍ PLÁN		Jméno:		
© J.P. Wilken a D. den Hollander (2010)		Datum:		
Čeho chci dosáhnout (cíl):				
Proč je to pro mě důležité:				
Co dělám já	Co dělají ostatní	Kdy toho chci dosáhnout	Kdy jsem toho dosáhl	Poznámky
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

6. Slovo na závěr

„Měřítkem vyspělosti společnosti je to, jak zachází se svými nejslabšími členy.“

(Neal Donald Walsch, 1997)

Každý příběh změny začíná malými kroky – důvěrou, že to má smysl, a ochotou zkusit něco nového. Přechod z pobytových služeb do života v komunitě je právě takovým příběhem. Je o odvaze lidí, kteří chtějí žít jinak, i o odvaze těch, kteří je na této cestě podporují.





Aby tato změna mohla skutečně fungovat, potřebujeme společně vytvářet prostředí, kde má každý možnost volby a kde podpora přichází včas, citlivě a s respektem. Nejde jen o sociální službu – jde o způsob, jakým se díváme na druhého člověka a jak chápeme lidskost.

Věříme, že společným úsilím dokážeme proměnit systém péče v systém podpory, který staví na důvěře, spolupráci a přesvědčení, že každý má právo žít život podle svých představ – uprostřed komunity, mezi ostatními lidmi.

Poděkování zapojeným organizacím a pracovníkům

Chtěli bychom touto cestou poděkovat všem zapojeným organizacím, pracovníkům, klientům a jejich blízkým. Bez osobního zájmu, iniciativy a nasazení by se prostor pro společné hledání možností spolupráce nevytvořil. Projekt poukázal na to, že v dlouhodobé pobytové péči je stále mnoho lidí, kteří by s vhodnou podporou mohli žít plnohodnotně v komunitě. Zároveň bylo možné získat více zkušeností v tom, jak mohou být systémové změny náročné a jak je nutné hledat cesty individuálně tam, kde se vytvoří síť lidí, kteří ve změnu věří.

Tento dokument vznikl za podpory projektu Housing first Ledovec II.

Autoři:

Jana Pluhaříková Pomajzlová

Lukáš Eisenvort

Realizační tým:

Lukáš Eisenvort, Drahomíra Franzová, Jana Holečková, Petr Moravec, Jan Mužík,

Jana Pluhaříková Pomajzlová, Juraj Marendiak, Michaela Růžicková, Zdeněk Císař

Vydal: Ledovec, z.s., 2025

Zdroje literatury:

Anthony, William A.: Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Online. *Psychosocial Rehabilitation Journal*. 1993, roč. 16, č. 4, s. 11-23. ISSN 0147-5622. Dostupné z: <https://doi.org/10.1037/h0095655>. [cit. 2025-11-19].

Anthony, W. A., Cohen, M., Farkas, M., & Gagne, C. (2002). *Psychiatric rehabilitation, 2nd edition*. Boston, MA: Boston University, Center for Psychiatric Rehabilitation. ISBN 978-1-878512-11-6





Davison, L. et al. Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-0-3.

Deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb – přístup krajů a Ministerstva práce a sociálních věcí ve strategických dokumentech, výzkum veřejného ochránce práv, 2023. Dostupné na: https://www.ochrance.cz/projekty/posileni-aktivit/deinstitucionalizace_a_transformace_socialnich_sluzeb.pdf, [cit. 2025-11-18].

Doporučený postup 5/2022 Transformace sociálních služeb pro osoby s vysokou mírou podpory, Ministerstvo práce a sociálních věcí odbor sociálních služeb a inspekce sociálních služeb, 2022.

Evropská sociální síť (ESN): Rozvoj komunitní péče, Spojené království, 2011, dostupné na: <https://www.smocr.cz/Shared/Clanky/2682/zprava-rozvoj-komunitni-pece.pdf>, [cit. 2025-11-18].

Farkas, M., Cohen, M., McNamara, S., Nemec, P., & Cohen, B.: Assessing readiness for rehabilitation: Training package. Boston, MA: Center for Psychiatric Rehabilitation, 2000.

Hollander, D. den, Wilken JP: Práce v propojení. Podpůrný vztahový přístup. Praktická příručka modelu CARE (přeloženo z holandského originálu Werken in verbinding. Praktijkboek Steunend Relationeel Handelen, 2020 Amsterdam). Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2022. ISBN 978-80-908458-5-5.

Krbcová Mašínová, L., Pfeiffer, J., Papežová, S., Urbánková, M., Fišarová, Z., Herbstová, H.: Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním, 2020. Dostupné na: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf, [cit. 2025-11-18].

Mierlo, T., Meer, L., Voskes, Y., Berkvens, B., Stavenuiter, B., Weeghel, J.: Praktická příručka k metodě založené na aktivním třístranném partnerství pro zotavení (Active Recovery Triad) ART aneb co dělat, když zotavení v dlouhodobé psychiatrické péči stagnuje. (přeloženo z holandského originálu De kunst van ART Werkboek Active Recovery Triad, Wanneer het herstel in de langdurige psychiatrische zorg stagneert, 2016, de Tijdstroom Uitgeverij, Utrecht), Domov Na cestě, Skuteč, 2022.

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, Manuál transformace ústavů, Deinstitucionalizace sociálních služeb, Praha, 2013. ISBN: 978-80-7421-057-0 Dostupné na: https://sverepa.eu/wp-content/uploads/2021/01/5-dok-dopor-postupy8_ManualTransformaceTisk-Text.pdf

Pleace, N.: Evropská příručka Bydlení především, Úřad vlády ČR – Sekce pro lidská práva, Praha, 2017. ISBN 978-80-7440-159-6

Ragins, M. Cesta k zotavení, sebrané spisy Marka Raginse, Fokus Praha, 2018. ISBN 978-80-902741-2-9 <https://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/448-cesta-k-zotaveni-sebrane-textymarka-raginse>

Rapp, Charles A., Gosha, Richard, J. The Strengths Model, A Recovery Oriented Approach to Mental Health Services. New York: Oxford University Press, Inc., 2012. ISBN 978-0-19-976408-2.

Ridgway, P. [et al.]. Cesty k zotavení (z ang. originálu Pathways to Recovery). University of Kansas School of Social Welfare, 2014. 407 s. ISBN 978-1-5031-7191-6.

