



Začleňování osob
**s duševním onemocněním
schizofrenií**
do společenského
a pracovního života



Začleňování osob s duševním onemocněním schizofrenií do společenského a pracovního života

Zpracoval kolektiv autorů

**MUDr. Vítězslav Pálenský, Ph.D. (PSYCHIART – INSTITUT
PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE o.p.s.)**

**MUDr. Simona Venclíková (PSYCHIART – INSTITUT
PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE o.p.s.)**

Ing. Josef Bürger (Úřad práce České republiky)

**PaedDr. Blanka Veškrnová (SDRUŽENÍ PRÁH – poskytovatel
sociálních služeb a zaměstnavatel osob s duševním
onemocněním)**

Ing. Milan Venclík, MBA (Komora sociálních podniků)

Ing. Marek Juha (Komora sociálních podniků)

Ing. Eva Juhová (Sociální podnik)

Brno 2015

Vydal JMK v rámci Projektu „Zdravý kraj“

K vydání připravil: Ing. Milan Venclík, MBA

Publikaci připravili:

PSYCHIART – INSTITUT PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE o.p.s.

Komora sociálních podniků

Na publikaci se podíleli:

Úřad práce České republiky – krajská pobočka v Brně

SDRUŽENÍ PRÁH – poskytovatel sociálních služeb a zaměstnavatel osob s duševním onemocněním

Úvodní slovo: radní Ing. Antonín Tesařík, Ing. Milan Venclík, MBA

Závěrečné slovo: Ing. Milan Venclík, MBA

Vydání: první

ISBN: 978-80-905683-3-4

Obálka a grafická úprava: Jihomoravský kraj

Autor obrazů: Petr Jagoš

**Vydavatel Jihomoravský kraj v rámci Projektu „Zdravý kraj“
ve spolupráci s Nadačním fondem VRANOV**

Za jazykovou úpravu a odbornou náplň odpovídají autoři jednotlivých kapitol.

Cílem vydání příručky v rámci Projektu „Zdravý kraj“ je:

- poskytnout maximum informací pro všechny zájemce, kteří se touto problematikou zabývají anebo budou zabývat, na co nejmenší ploše a co nejvíce srozumitelně
- destigmatizovat osob trpících schizofrenií
- napomoci pozitivnímu přístupu a pochopení k osobám s duševním onemocněním
- vysvětlit možnosti zapojení nemocných do pracovního procesu
- vysvětlit výhody resocializace nemocných pro ně samé ale i společnost
- upozornit na společenskou odpovědnost veřejné správy

Cílová skupina, pro kterou je příručka určena:

- pracovníci veřejné správy
- nemocní
- rodinní příslušníci a známí nemocných
- zaměstnavatelé
- média
- pracovníci působící v justici, policii a dalších bezpečnostních složkách
- a všichni další, kteří mají o tuto problematiku zájem

Autoři děkují Jihomoravskému kraji za možnost tuto problematiku otevřít a veřejně prezentovat.

Zvláštní poděkování patří panu radnímu JMK Ing. Antonínu Tesaříkovi a paní Bc. Martině Brtnické, koordinátorce projektu Zdravý kraj, za podporu těchto aktivit.

Obsah

Úvodní slovo radního JMK Ing. Antonína Tesaříka.....	8
I. Úvod	9
II. Zdravotnické aspekty.....	12
2.1. Historie	12
2.2. Etiologie schizofrenie a epidemiologie schizofrenie.....	12
2.3. Co je schizofrenie?.....	13
2.4. Riziko vzniku onemocnění a rizikové faktory pro rozvoj onemocnění.....	13
2.5. Typické příznaky schizofrenie	14
2.6. Typy schizofrenie.....	14
2.7. Kazuistika – paranoidní schizofrenie	15
2.8. Kazuistika – hebefrenní schizofrenie.....	15
2.9. Jak se léčí schizofrenie?.....	17
2.10. Kde se léčí schizofrenie?.....	18
2.11. Kdo kromě zdravotníků pomáhá?.....	18
III. Zaměstnávání duševně nemocných.....	20
3.1. Úřad práce a jeho role v procesu zaměstnávání zdravotně postižených	20
3.1.1. Role Úřadu práce.....	20
3.1.2. Příspěvek na zřízení CHPM	21
3.1.3. Příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů CHPM.....	21

3.1.4. Příspěvek na podporu zaměstnávání OZP a OZZ na CHPM	21
3.1.5. Sleva na dani	21
3.1.6. Základní informace o výši podpory.....	22
3.2. Základní problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním z pohledu neziskových organizací a sociálních služeb	22
3.2.1. Popis situace klientů v praktickém životě	22
3.2.2. Popis prostředí, do kterého pacient vstupuje	23
3.2.3. Legislativní rámec podpory zaměstnanosti hendikepovaných.....	23
3.2.4. Sociálně-terapeutická dílna (§67 Zákona 108/2006 Sb.)	24
3.2.5. Podporované zaměstnávání.....	24
3.2.6. Chráněné pracovní místo	24
3.2.7. Praktický příklad	24
3.2.8. Základní problémy poskytovatelů a příjemců služeb	25
3.3. Základní problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním z pohledu ziskových organizací	27
3.3.1. Sociální podnikání	27
3.3.2. Sociální podnikání – Příklady dobré praxe	29
IV. Autentický příběh začátku a pokračování nemoci.....	31
4.1. Kazuistika „Hledání ztraceného syna“ – příběh propuknutí duševního onemocnění bývalého studenta VŠ, Václava	31
V. Závěr	34
VI. Kontakty	35



Vážení občané,

nyní máte možnost seznámit se s brožurkou věnovanou začleňování osob s duševním onemocněním schizofrenií do společenského a pracovního života.

V posledních letech se, zvláště v médiích, setkáváme s negativními pohledy na osoby s touto nemocí. Takto podávané informace mohou vést ke zkresleným postojům občanů k celkové problematice duševních onemocnění a k následnému hlubokému nepochopení a obavám ze zdravotně postižených spoluobčanů.

Z uvedených důvodů vydal Jihomoravský kraj tuto brožurku, která si klade za cíl poskytnout zájemcům základní informace o problematice onemocnění schizofrenií a zaměřuje se tak na pozitivní přístup a pochopení osob s duševním onemocněním.

Ing. Antonín Tesařík

radní Jihomoravského kraje

I. Úvod

(Ing. Milan Venclík, MBA, Komora sociálních podniků)

Dostává se Vám do rukou unikátní příručka, která se zabývá nemocí schizofrenií v širším měřítku. Kromě medicínského popisu nemoci se snaží ukázat i možnosti uplatnění lidí, kteří touto nemocí trpí, v běžném životě. Je zaměřena převážně na nemocného člověka, jeho problémy a jeho možné začlenění do praktického života.

Základním cílem těchto aktivit je zlepšení kvality života člověka se schizofrenií, ale i kvality života jeho rodiny a nejbližšího okolí, přičemž ideálním stavem je jeho zpětné, byť i částečné integrování do společnosti.

Aby tento stav mohl nastat, musí být splněny minimálně čtyři podmínky:

- Nemocný člověk si musí být vědom svého handicapu a společně s lékařem na něm neustále pracovat.
- Společnost si musí uvědomit, že takto nemocný člověk má své limity a musí být ochotna je pochopit, akceptovat a začleňování podporovat.
- Nemocný musí mít maximální možnou podporu v rodině a svém nejbližším okolí. Většina lidí přitom nevnímá, že právě tyto skupiny kolem nemocného nesou obrovskou každodenní psychickou zátěž.
- Zaměstnavatel musí vytvářet maximální podmínky pro využití jednotlivých handicapovaných pracovníků s maximálním důrazem na jejich zdravotní stav ale také na dodržování zadaných a nastavených pravidel na pracovišti.

Hlavním cílem této příručky je snaha popsat vysoce odborně, ale přitom pro laiky pochopitelně, podstatu této nemoci z lékařského hlediska a také sdělit zkušenosti lidí, kteří se s takto nemocnými lidmi denně stýkají, pracují s nimi a mají tedy s jejich problémy a reakcemi každodenní zkušenosti.

Pochopení celé problematiky z holistického hlediska je celospolečensky důležité. Zejména v této době, kdy bohužel lidé postižení schizofrenií způsobili svým chováním i ztráty na lidských životech.

Stávají se tak společensky vyloučenou skupinou lidí, ze které má společnost strach, a popravdě řečeno si s daným problémem v současné době neumí poradit. Vnímání tohoto problému odbornou i laickou veřejností je diametrálně rozdílné. Jedná se o celospolečenský problém, k jehož řešení je nutno pochopit aspekty, kterými se tato nemoc odlišuje od ostatních onemocnění. Proto jsou připojeny

i krátké kazuistiky (příběhy ze skutečného života), které popisují některé stavy nemocných.

Popsány jsou i možnosti pomoci, které dnes umožňuje stávající legislativa, i případné možnosti podpory úřadů práce a jiných institucí.

Z praktických zkušeností se ukazuje, že část nemocných lidí je schopná a ochotná dílčí integrace do běžného života. Jsou to ti, kteří mají náhled na svůj stav, jsou v kontaktu s lékařem a našli pracovní uplatnění. Což znamená, že jsou denně v kontaktu s lidmi na pracovišti a oni i jejich okolí vnímá, pokud se mění jejich stav a je možno poměrně rychle na tyto změny reagovat. Praxe také ale ukazuje, že někteří nemocní nejsou ochotni dodržovat základní nutná hlediska včetně medicíny předepsané lékařem, a pak je třeba říci, že se jedná o společensky rizikovou skupinu, která nemá zájem o zaintegrování, tudíž je nezaintegrovatelná, a zde bude muset společnost najít jiná řešení.

Poděkování

Velké poděkování patří Václavovým rodičům za ochotu popsat autenticky počátek i průběh nemoci z jejich pohledu a tím ukázat i dalším rodičům, že riziko této nemoci hrozí každému mladému člověku (mnohdy velmi úspěšnému do vypuknutí nemoci) při kombinaci některých rizikových faktorů.



Zátiší I

II. Zdravotnické aspekty

**(MUDr. Vítězslav Pálenský, Ph.D., MUDr. Simona Venclíková,
PSYCHIART – INSTITUT PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE o.p.s.)**

2.1. Historie

Příznaky, které vystihují dnešní psychózu pojmenovanou schizofrenie, je možné sledovat v celé historii lidstva. Odborné texty se příznaky typickými pro schizofrenii zabývají již několik tisíc let. První zmínky pocházejí z období zhruba 2000 let před naším letopočtem.

Ve starověkém Řecku byli duševně nemocní považováni za posedlé zlým duchem, anebo byla duševní choroba považována za trest a projev hněvu bohů.

V historii je známa celá řada významných osobností, o nichž se tvrdilo, že byli schizofrenici, nebo to bylo dokonce lékařsky potvrzeno. Např. Georg Fridrich Händel (německý hudební skladatel), Sir Isaac Newton (anglický fyzik a matematik), Vincent van Gogh (nizozemský malíř), John Forbes Nash ml. (matematik a nositel Nobelovy ceny za ekonomii).

Schizofrenní svět se vyznačuje velkou fantazií, bývá proto někdy inspirací pro výtvarné umění i literaturu. Především díla surrealistů byla hodně ovlivněna jiným vnímáním světa – umělci se snažili záměrně pracovat se změněným vědomím a uměle vytvářet fantazijní světy.

2.2. Etiologie schizofrenie a epidemiologie schizofrenie

Etiologie schizofrenie

Vznik schizofrenie není do dnešního dne spolehlivě objasněn. S největší pravděpodobností se na rozvoji onemocnění spolupodílí mnoho různých faktorů. Svoji roli hrají:

- Dědičnost
- Biologické faktory
- Psychosociální faktory – individuální, rodinné, společnost a okolní prostředí

Epidemiologie schizofrenie

Schizofrenií trpí kolem 1 % populace. Incidence (výskyt nových případů v jednom roce) schizofrenie je 2-4 případy na 10 000 osob v jednom roce. Poměr výskytu z hlediska pohlaví je 1:1, i když u mužů je nástup choroby statisticky dříve. Nástup onemocnění u mužů mezi 20.-29. rokem, u žen mezi 25.-34. rokem.

2.3. Co je schizofrenie?

Schizofrenie je duševní onemocnění, kterým může onemocnět úplně každý. Začíná nejčastěji mezi patnáctým až třicátým rokem života. Často se o schizofrenii mluví jako o psychóze, neboť patří do skupiny psychotických onemocnění.

Schizofrenie se vyznačuje poruchou myšlení (bludy), vnímání (halucinace), oploštělými nebo nepřiléhavými emocemi. Pod vlivem svých představ se může nemocný chovat zvláštně a neobvykle. Bývá neklidný a napjatý, vystrašený. Často je ochuzeno myšlení a řeč, nemocný se hůře soustředí, je apatický, bez zájmu, prožitku radosti. To vše jej znevýhodňuje v komunikaci s ostatními a může jej vyloučit z běžných aktivit a kontaktu s okolním světem.

2.4. Riziko vzniku onemocnění a rizikové faktory pro rozvoj onemocnění

Riziko vzniku onemocnění u příbuzného:

- Pokud jeden z rodičů trpí schizofrenií – riziko pro děti je 13 %
- Pokud schizofrenií trpí oba rodiče – riziko pro děti je 24 %
- Riziko pro sourozence schizofrenika – 7 %
- Riziko pro vzdálenější příbuzné (bratrance, vnuky apod.) – pod 3 %
- Riziko pro sourozence jednovaječného dvojčete – 48 %
- Riziko pro sourozence dvojvaječného dvojčete – 17 %

Rizikové faktory pro rozvoj onemocnění:

- Nízká porodní hmotnost
- Porodní komplikace
- Rodinné vztahy a komunikace v rodině
- Abusus drog
- U predisponovaných jedinců pobyty v zahraničí v rizikovém věku pro propuknutí onemocnění

2.5. Typické příznaky schizofrenie

Typickými příznaky schizofrenie jsou halucinace a bludy:

- **Halucinace** jsou poruchy vnímání, nejčastěji jde o zrakové a sluchové vjemy, které jsou v rozporu s realitou. Pacient vidí např. osoby, které nejsou skutečné, slyší, že na něj někdo promlouvá, volá, komentuje jeho chování, pomlouvá jej, nařizuje mu, atd. Někdy nejde přímo o hlasy či zvuky, ale o „ozvučené myšlenky“. Nemocný může mít také pocit, že jsou mu myšlenky „vkládány do hlavy“ nebo „odjímány, kradeny“.
- **Bludy** jsou poruchy myšlení, vyznačují se zkresleným vnímáním a interpretací skutečnosti. Nejčastější jsou bludy paranoidní (pacient má pocit, že je někým ohrožen, sledován, jde mu o zdraví nebo o život), bludy velikášské (nemocný se domnívá, že má nadpřirozené schopnosti, komunikuje s bytostmi z jiného světa, dokáže číst myšlenky apod.), bludy méněcennosti (nemocný se domnívá, že je zbytečný, k ničemu, nic nedokáže, obviňuje se, že svou neschopností zavinil neštěstí apod.).

Kromě halucinací a bludů bývá při psychóze porušeno chování a řeč. Nemocný mluví „z cesty“, často mění témata hovoru, odpovídá nepřiléhavě, chová se nepřirozeně, zvláštěně, gestikuluje, dělá nesmyslné posunky, rituály apod.

2.6. Typy schizofrenie

Základní typy schizofrenie jsou:

- **Paranoidní schizofrenie** je nejčastějším a typem schizofrenie, která se vyznačuje přítomností relativně stálých bludů (nejčastěji paranoidních) a halucinací (nejčastěji sluchových).
- **Hebefrenní schizofrenie** je typem schizofrenie, která je charakteristická „pubertálními“ projevy, neodpovědným a nepřiléhavým chováním, nesouvislým slovním projevem.
- **Katatonní schizofrenie** se vyznačuje poruchami pohybu – grimasováním, bezúčelnými pohyby hlavy, těla nebo končetin či naopak ztuhlostí a strnulostí.
- **Nediferencované formy schizofrenie** se projevují více příznaky, které jsou vyjádřeny v podobné míře. Žádný významně nad ostatními nevyčnívá.
- **Reziduální schizofrenie** je typická tím, že příznaky přetrvávají dlouhodobě. Nemocný působí jako podivín, který zanedbává sebe i okolí.
- **Simplexní schizofrenie** je typická tím, že se příznaky rozvíjí plíživě a dlouhodobě. Příznaky nabývají zvolna na síle.

2.7. Kazuistika – paranoidní schizofrenie

Martinovi je 25 let. Nemá sourozence. Žije s rodiči na vesnici. Maminčina teta se léčila pro deprese v psychiatrické nemocnici a tatínkův otec spáchal v sedmdesáti letech sebevraždu. Jinak se v příbuzenstvu nikdo pro psychické potíže neléčí. Martin je vyučený truhlář a sám sebe charakterizuje jako společenského a veselého.

První potíže začaly, když mu bylo dvacet tři let. V práci se mu zdálo, že si o něm kolegové povídají. Slyšel, že je hloupý, smrdí, že jeho rodina je hrozná. Zpočátku to bylo jen v útržcích, po chvilkách, myslel, že se přeslechl. Během pár dnů však slyšel podobné věci častěji, také na ulici, po cestě z práce. Nikoho ale neviděl. Kolegů se ptal, jestli o něm mluvili, ale ti mu odpověděli vždy záporně. Došlo to tak daleko, že přestal spávat, hlasy slyšel i v noci. Byl vystrašený, měl stažený žaludek, nejedl. Přestal komunikovat s okolím, zavíral se ve svém pokoji, kde zatahoval závěsy, aby na něj nikdo neviděl, pouštěl si muziku, aby neslyšel hlasy. Mamince se svěřil, že má strach, že jej lidé pomlouvají, nadávají mu, vyhrožují. Rodiče se mu to snažili vymluvit, ale bez úspěchu. Rozhodli se pro návštěvu psychiatrické ambulance, odkud byl po vyšetření odeslán na psychiatrickou kliniku. Zde byla diagnostikována paranoidní schizofrenie. Martin začal užívat léky. K lékům na schizofrenii zpočátku užíval také léky na zklidnění. Ty však bylo možné po pár týdnech postupně vynechat, neboť léky na schizofrenii již dostatečně účinkovaly. Hlasy pomalu slábly a vytrácely se, za tři týdny již žádné hlasy neslyšel. Přesto se necítil dobře ve společnosti, preferoval samotu. Nechápal, co se stalo. Absolvoval řadu sezení s lékařem a psychologem, na některých byli přítomni i rodiče. Martin pochopil, že šlo o nemoc, která je nyní díky lékům zaléčena. Byla mu vysvětlena nutnost pravidelného režimu, plné abstinence od všech návykových látek. Byl propuštěn do ambulantiho léčení. Pravidelně užíval léky. Dva měsíce pokračovalo domácí léčení, docházel jedenkrát týdně na stacionář a k psychologovi. Poté projevily sám zájem vrátit se do práce. Zpočátku se cítil mezi kolegy nejistě, ale když se žádné hlasy ani nepříjemné pocity neobjevily, nabyl své dřívější jistoty.

Martin je dnes v práci spokojen, vztahy s kolegy hodnotí jako dobré a přátelské, na kontroly do ambulance dochází pravidelně. Léky užívá stále.

2.8. Kazuistika – hebefrenní schizofrenie

Mirkovi je 25 let. Pochází z úspěšné rodiny, má jednoho mladšího bratra. Dědeček z matčiny strany měl potíže s nadužíváním alkoholu, jinak se v příbuzenstvu nikdo pro psychické potíže neléčí. Mirek je dysgrafik a dyslektik, studoval dvě vysoké školy, ale ani jednu nedokončil. Je silný kuřák, před propuknutím nemoci byl i příležitostný uživatel marihuany. Žije ve společné domácnosti s rodiči.

První potíže začaly, když mu bylo 21 let. Uhodil se do hlavy, snad měl otřes mozku, vyšetřen ale nebyl. O týden později byl s kamarády na letním festivalu, snad



Pevnost tvaru

požil nějaké drogy. Před odjezdem se kamarádům ztratil, odjeli bez něj. Rodiče ho hledali přes policii, našli jej zbitého, úzkostného. Od této události se choval jinak, měl rychlé výkyvy nálady, chvílemi neadekvátně vtípkoval, následně se stával nepřátelským. Nebyl schopen udržet linii v myšlení, ani v hovoru, neustále skákal z tématu na téma.

Mirek byl hospitalizován na Psychiatrické klinice, kde byla diagnostikována Heb-efrenní schizofrenie, byly mu nasazeny léky. Jeho stav se výrazně zlepšil, projevy nemoci ale zůstaly i při propuštění z nemocnice v malé míře nadále přítomny. Mirkův stav v dalším průběhu kolísal podle toho, zda užil marihuanu (pak se příznaky nemoci zesilovaly), či nikoliv. Mirek navíc asi rok po propuštění z nemocnice přestal užívat léky. Jeho nemoc znovu propukla naplno. Opět nebyl schopen udržet souvislý tok svých myšlenek, tyto mu skákaly z tématu na téma, bez jakékoli souvislosti. Objevily se poruchy chování, přesvědčení o tom, že vymyslel nové náboženství, sluchové halucinace. Jeho stav byl natolik vážný, že byla nutná další hospitalizace, která ale musela být realizována za pomoci Policie ČR, protože Mirek utekl z domu. V nemocnici byly Mirkovi opět nasazeny léky, jeho stav se opět upravil, některé projevy nemoci ale u něj zůstaly již trvale přítomny. Mirek se špatně soustředí, trpí představou, že je něčím výjimečný. Díky spolupráci rodičů dochází na pravidelné kontroly, pravidelně užívá léky. Přesto ale nebyl schopen vrátit se zpět, do běžného života, nebyl schopen pracovního zařazení.

Nakonec se, opět díky snaze a podpoře rodičů, zapojil do projektu „Máme pro vás práci“. Jednalo se o projekt speciálně zaměřený na zaměstnávání nemocných se schizofrenií, kde byly vytvořeny speciální podmínky, přesně pro tuto skupinu lidí. Velkou motivací bylo i zajímavé finanční ohodnocení. Prvního půl roku bylo Mirkovo fungování velice problematické. Do práce jej museli vozit rodiče, jinak by vůbec nepřišel, v práci neměl o nic zájem, neustále odcházel kouřit, jeho pracovní výkon se blížil nule. Nakonec se, díky intenzivní snaze celého projektového týmu a Mirkových rodičů, podařilo i u člověka s takovýmto handicapem vytvořit „normální“ pracovní návyky. Trvalo to ale skoro celý rok.

Dříve museli rodiče Mirka přemlouvat, aby se doma do něčeho zapojil, maximum bylo, když vynesl koš. Nyní je schopen fungovat na částečný úvazek na pracovní pozici, která obnáší péči o zahradu, péči o drůbež, lehké údržbářské práce. Spolupráce s Mirkem není nadále úplně jednoduchá, protože vlivem svojí nemoci vnímá některé věci výrazně odlišně. Jeho fungování v běžném životě se ale výrazně zlepšilo.

2.9. Jak se léčí schizofrenie?

V dnešní době máme k dispozici kvalitní léky v tabletách i v injekcích. Tyto léky se nazývají antipsychotika. Tablety se užívají zpravidla jedenkrát denně. Injekce se aplikují do svalu (nejčastěji do hýždí nebo ramene) jedenkrát za dva až čtyři týdny.

Pro úspěšnou léčbu jsou důležité také jiné léčebné postupy, např. psychoterapie, kde je pacientovi vysvětlena řádně podstata nemoci a pacient se naučí nastavení adekvátního režimu a přijetí nemoci. Dostatečná edukace pacienta a jeho blízkých je nezbytnou součástí úspěšné léčby stejně jako pravidelný denní režim, dostatek spánku, abstinence od návykových látek. Je třeba dbát na fyzickou kondici, zdravou stravu a zdravý životní styl, nekouřit.

Důležitá je podpora rodiny a nejbližšího okolí. Je třeba společenského uplatnění, kontaktu s kamarády a přáteli, pracovní a sociální zapojení. Každý potřebuje „mít ve společnosti své uplatnění a místo“.

2.10. Kde se léčí schizofrenie?

Schizofrenie se léčí v psychiatrických zdravotních zařízeních. Ta jsou především lůžková (psychiatrické kliniky, psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení nemocnic) a ambulantní (psychiatrické ambulance). Dalšími odborníky, kteří se podílí na léčbě, jsou kliničtí psychologové a psychoterapeuti.

2.11. Kdo kromě zdravotníků pomáhá?

Nedílnou součástí kvalitní péče je dnes sociálně rehabilitační služba a aktivizační služba a denní stacionáře. Dalšími prostředky jsou chráněná pracovní místa a chráněné bydlení. Je třeba individuálně posoudit každého pacienta a jeho zdravotní handicap a nabídnout mu pomoc nejen v oblasti zdravotní, ale také sociální. Důležitá je podpora rodiny a nejbližšího okolí.



Odlito sluncem

III. Zaměstnávání duševně nemocných

3.1. Úřad práce a jeho role v procesu zaměstnávání zdravotně postižených (Ing. Josef Bürger, Úřad práce České republiky)

3.1.1. Role Úřadu práce

Úřad práce ČR (ÚP ČR) je samostatnou organizační složkou státu. Zřizovatelskou funkci plní Ministerstvo práce a sociálních věcí. ÚP ČR má téměř 250 kontaktních pracovišť po celé republice a jeho hlavním úkolem je pomoci lidem bez zaměstnání se vstupem nebo co nejrychlejším návratem na trh práce.

ÚP ČR poskytuje všem uchazečům o zaměstnání informační služby v oblasti pracovních příležitostí, zejména o:

- volných pracovních místech v ČR a zemích EU
- situaci na trhu práce v ČR a zemích EU
- podmínkách zaměstnávání v zahraničí
- možnostech dalšího vzdělávání

Ke konci června 2015 evidoval ÚP ČR 58 552 osob se zdravotním postižením (OZP), tedy 13% z celkového počtu uchazečů. Na podporu jejich zaměstnávání poskytl během šesti měsíců letošního roku celkem 2, 089 mld. Kč. V České republice žije zhruba jeden milion lidí se zdravotním postižením. Ne každému z nich se ale podaří najít vhodnou práci.

Často stačí jen vhodně upravit pracovní prostředí, zařazení nebo pracovní dobu a mohou tak získat spolehlivého zaměstnance, jehož pracovní výkon bude srovnatelný s tím, jaký odvádí jeho „zdravý“ kolega.

Kvůli zažitým stereotypům a předsudkům řada těch, kteří už nějakou diagnózu mají, ji raději vůbec nepřiznají. V opačném případě se totiž znatelně snižuje jejich šance na získání práce. Proto se stát snaží zaměstnavatele motivovat. Například prostřednictvím příspěvků, které poskytuje ÚP ČR, a to na vytvoření chráněného pracovního místa (CHPM) a následně také na úhradu nákladů spojených s jeho provozem, pokud na tomto CHPM pracuje osoba v 1., 2. nebo 3. stupni invalidity či osoba zdravotně znevýhodněná (OZZ). CHPM je pracovní místo zřízené nebo vymezené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s ÚP ČR (§ 75 zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů).

3.1.2. Příspěvek na zřízení CHPM

Je určen na pořízení potřebného vybavení zřizovaného pracovního místa. Podmínkou je, že takové místo musí být obsazeno minimálně tři roky. Příspěvek, jde-li o OZZ či o osobu v 1. nebo 2. stupni invalidity, může ÚP ČR poskytovat maximálně ve výši 8násobku (201 432 Kč; údaje v závorkách jsou pro rok 2015) a v případě osoby s těžším zdravotním postižením, tj. osoby invalidní ve 3. stupni, maximálně ve výši 12násobku (302 148 Kč) průměrné mzdy v národním hospodářství za 1. až 3. čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Jestliže zaměstnavatel zřizuje 10 a více chráněných pracovních míst, pak může maximální výše příspěvku na zřízení jednoho CHPM činit 10násobek (251 790 Kč) a v případě pracovního místa zřízeného pro osobu s těžším zdravotním postižením 14násobek (352 506 Kč) uvedené průměrné mzdy. Při rozhodování o přiznání příspěvků na vytvoření CHPM bere ÚP ČR v potaz celkovou situaci na trhu práce v daném regionu. Celková částka, kterou ÚP ČR vyplatil od ledna do června 2015 v rámci této agendy, činila 22 317 681 Kč (v roce 2014 to bylo za stejné období 28 022 685 Kč).

3.1.3. Příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů CHPM

ÚP ČR může na CHPM poskytnout zaměstnavateli nebo živnostníkovi se zdravotním postižením i příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů. Dohodu o poskytnutí příspěvku může se zaměstnavatelem nebo OSVČ uzavřít nejdříve po uplynutí 12 měsíců ode dne, kdy firma takové místo vymezila nebo zřídila a následně obsadila. Roční výše příspěvku činí nejvýše 48 tis. Kč. Během šesti měsíců letošního roku vyplatil ÚP ČR zaměstnavatelům touto cestou celkem 2 146 828 Kč (v roce 2014 pak 2 521 224 Kč).

3.1.4. Informace o počtu podpořených míst

K 30. 6. 2015 podpořil ÚP ČR zřízení 1 713 CHPM pro OZP (z toho 44 jich vykonávalo samostatnou výdělečnou činnost). Nejčastěji se jednalo o místa v administrativě, pozice určené pomocným dělníkům, řemeslníkům, v osobních a úklidových službách, prodeji a ostraze, ve stavebnictví, místa pro řidiče, kuchaře, čističky a servírky, skladníky, svářeče, operátory call centra apod. Na dalších 101 chráněných pracovních míst poskytl příspěvek na jejich provoz.

3.1.5. Příspěvek na podporu zaměstnávání OZP a OZZ na CHPM

Jestliže zaměstnavatel zaměstnává více než 50% osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců, a zároveň splňuje podmínku, že tito zaměstnanci pracují na chráněných pracovních místech, může si požádat o refundaci 75% skutečně vynaložených nákladů na jejich mzdy nebo platy, včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění.

Maximální výše příspěvku na zaměstnance, který je OZZ, činí 5 000 Kč měsíčně. Na zaměstnance, který je uznán v 1. – 3. stupni invalidity, může ÚP ČR poskytovat příspěvek až do výše 8 000 Kč měsíčně. Po 12 měsících ode dne vymezení CHPM nebo ode dne obsazení zřízeného CHPM může zaměstnavatel uplatnit nárok na zvýšení příspěvku, nejvíce však o 1 000 Kč měsíčně, jde-li o OZZ, nebo o 2 000 Kč měsíčně, jde-li o osobu v 1. – 3. stupni invalidity. Když zaměstnavatel splní veškeré zákonem stanovené podmínky, je tento příspěvek nárokový. Od ledna do června 2015 poskytl stát zaměstnavatelům v rámci této agendy 2 058 620 080 Kč (ve stejném období 2014 to bylo 1 930 715 265 Kč).

3.1.6. Sleva na dani

Pokud firma zaměstnává osoby se zdravotním postižením, může také uplatnit slevu na dani. V případě každého pracovníka s 1. nebo 2. stupněm invalidity činí sleva na dani 18 tis. Kč, v případě zaměstnance ve 3. stupni invalidity pak 60 tis. Kč ročně.

ÚP ČR podporuje zaměstnávání OZP nejen finančními příspěvky, ale také v rámci poradenství, rekvalifikací, pracovní rehabilitace, spolupráce s nestátními neziskovými organizacemi a v neposlední řadě i prostřednictvím regionálních individuálních projektů zaměřených právě na tuto skupinu uchazečů. V současné době běží v ČR dva takové programy.

3.2. Základní problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním z pohledu neziskových organizací a sociálních služeb

(PeaDr. Blanka Veškrnová, SDRUŽENÍ PRÁH – poskytovatel sociálních služeb a zaměstnavatel osob s duševním onemocněním)

3.2.1. Popis situace klientů v praktickém životě

Dlouhodobě duševně nemocní, kteří jsou po prodělané atace onemocnění a intenzivní farmakoterapii propouštěni domů, mají většinou dobře zajištěno pokračování ambulantní psychiatrické léčby. To je především poskytování psychofarmakoterapie. Zůstávají však často izolováni, bez schopnosti zařadit se do běžného trhu práce, získat zpět sociální kontakty a své místo v rodině. Veřejnost stále jinak přijímá člověka s tělesným a mentálním postižením, než se zdravotním postižením způsobeným duševním onemocněním neboli psychiatrickým postižením.

Dlouhodobě duševně nemocní mají většinou změněnou pracovní schopnost z důvodu ztráty části sociálních a pracovních dovedností. Navíc mají velmi kolísavou schopnost tyto zbylé dovednosti uplatňovat. Z pohledu zvenčí může nepoučeným

(rodinným příslušníkům, spolupracovníkům, přátelům, partnerům, zaměstnavatelům) připadat, že člověk s psychiatrickým postižením je líný, nebo dělá schválnosti. Sám člověk s duševním onemocněním má obavu, že při opětovném zapojení do pracovního procesu přijde o důchod a ztratí veškerou sociální jistotu. Ze zkušenosti ze své nemoci ví, že jeho pracovní výkon je nestálý.

K tomu, aby byl výkonný, potřebuje podpůrné prostředí a získání většího sebevědomí. Takže i když zájem o práci má, většinou ho veřejně ani neprojevuje, nebo svou diagnózu tají.

3.2.2. Popis prostředí, do kterého pacient vstupuje

Zaměstnavatelé se obávají přijmout duševně nemocného, protože mají představu, že duševně nemocní lidé jsou nebezpeční, jejich chování je nepředvídatelné, mohou přenést duševní potíže na ostatní a jsou velmi nespolehliví. Většinou mají obavy, že nevědí, jak se k takovému člověku mají chovat. **Toto vše tvoří velkou bariéru pro duševně nemocného k získání pracovního místa na volném trhu práce.**

Úřad práce běžně nezařazuje lidi s důchodem mezi uchazeče o zaměstnání. Z pohledu Úřadu práce je člověk pobírající invalidní důchod zajištěn a není potřeba se jím zabývat.

Městská správa sociálního zabezpečení znevýhodnění přiznává a průběžně kontroluje zdravotní stav. Nemá zájem a ani jí současná legislativa neumožňuje podporovat pracovní pokusy těchto spoluobčanů v běžných pracovních podmínkách. Ani Úřad práce ani lékaři městské správy sociálního zabezpečení k tomu nemají ani mechanismy ani prostředky.

Zaměstnání je pro osoby s duševním onemocněním jednou z nejdůležitějších součástí života. Přispívá ke zlepšení psychického stavu, podporuje úzdravu, udržuje kvalitní remisi, pomáhá strukturovat čas, kultivuje soužití s okolím, formuje reálné sebehodnocení, posiluje sebevědomí. Mzda pomáhá ekonomické samostatnosti.

Získat zaměstnání je pro osoby s psychotickým onemocněním velmi obtížné. Výzkumy ukazují, že 91 až 97 % osob s psychotickým onemocněním nemá placené zaměstnání.

3.2.3. Legislativní rámec podpory zaměstnanosti hendikepovaných

Získávání pracovní samostatnosti je plynulý proces, který zajišťují různé formy podpory od práce v sociálně-terapeutické dílně až k podporovanému zaměstnávání na otevřeném trhu práce. Jednotlivé programy mají oporu jednak **v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách**, jednak **v zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti**.

3.2.4. Sociálně-terapeutická dílna (§67 Zákona 108/2006 Sb.)

Sociálně-terapeutické dílny zřizují poskytovatelé sociálních služeb. Slouží k nácviku sociálních a pracovních dovedností osob s duševním onemocněním v chráněných podmínkách. Pracovní tempo a zátěž je v dílně přizpůsobena jejich možnostem. V sociálně-terapeutické dílně pracují uživatelé sociální služby za stálé podpory pracovního terapeuta. Poskytovatel sociální služby a uživatel spolu mají uzavřenu písemnou smlouvu o poskytování sociální služby.

3.2.5. Podporované zaměstnávání

Cílem je poskytnout člověku s duševním onemocněním takovou míru podpory, aby si zvolil, našel a udržel pracovní místo u běžného zaměstnavatele podle svého vzdělání a praxe. Program také nabízí další průběžnou podporu pracovníka sociální služby zaměstnanci s duševním onemocněním i jeho zaměstnavateli. Doba podpory je individuální. Pracovní smlouva se uzavírá mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem s duševním onemocněním. Poskytovatelé sociálních služeb výše uvedenou podporu poskytují jako službu sociální rehabilitace (§ 70 Zákona 108/2006 Sb.).

3.2.6. Chráněné pracovní místo

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s Úřadem práce (Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti).

3.2.7. Praktický příklad

Sdružení Práh má vytvořen komplexní systém podpory zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Propojením sociálně terapeutických dílen a podporovaného zaměstnávání – postupných kroků při přechodu klientů z chráněných do nechráněných podmínek – vznikl systém zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Klient do systému vstoupí přes sociálně terapeutické dílny, kde si upevní sociálně pracovní dovednosti, poté přejde na méně chráněné podporované pracovní místo, kde si nacvičí konkrétní pracovní pozici. Na závěr nastoupí na chráněné pracovní místo, kde pracuje již samostatně s podporou pracovního asistenta. Vedle toho může využívat podporu v jiných oblastech života (bydlení, zvládání nemoci, smysluplné využití volného času apod.).

Jako místo sociální podnikání je známá kavárna Café Práh v Galerii Vaňkovka, případně obchůdek s prodejem výrobků z různých chráněných pracovních míst z celé ČR v Galerii Vaňkovka. (V r. 2014 Sdružení Práh provozovalo 72 chráněných pracovních míst. V sociálně-terapeutických dílnách pracovalo 112 osob s duševním onemocněním)

3.2.8. Základní problémy poskytovatelů a příjemců služeb

Problémy, se kterými se setkávají sociální služby, pokud poskytují podporu v oblasti práce osobám s duševním onemocněním:

- nejasné posuzování invalidity (z toho plynoucí obavy osob s duševním onemocněním ze ztráty důchodu)
- obavy zaměstnavatelů z duševně nemocných zaměstnanců
- nedostatek zaměstnavatelů, kteří by byli ochotní zaměstnat osoby zdravotně postižené, i když by měli možnost refundace jejich platu (je to pro ně velká byrokratická zátěž s nejistým výsledkem)
- nedostatečné množství krácených pracovních úvazků na otevřeném trhu práce
- nedostatek pracovních míst ve státní správě pro osoby zdravotně postižené
- nedostatek možností stáží pro osoby zdravotně postižené ve státní správě a ve veřejném sektoru
- firmy a státní správa aktivně nevyužívá personálních auditů, job carvingu, které by mohli pomoci v zaměstnávání OZP na daném pracovišti. (Job carving se zaměřuje na analýzu pracovních činností u jednotlivých pozic na určitém pracovišti. Pracovní činnosti jednotlivých pracovníků rozebere na menší dílčí kroky. To umožní určit, které části dané činnosti by mohl vykonávat jedinec se zdravotním znevýhodněním).

Bariéry při zaměstnávání ze strany samotných osob s duševním onemocněním:

- nedostatečný náhled na dovednosti
- nemoc probíhající v atakách – hrozí častější absence a dlouhodobější pracovní neschopnosti
- neukotvená profesní role – nedostatek pracovních zkušeností nebo po onemocnění není možné na tyto zkušenosti navázat
- nutná větší míra podpory při zapracování klienta při nástupu do zaměstnání
- často snížený pracovní výkon oproti běžným pracovníkům na daných pozicích



Zátiší II

3.3. Základní problematika zaměstnávání osob s duševním onemocněním z pohledu ziskových organizací

(Ing. Milan Venclík, MBA, Komora sociálních podniků)

3.3.1. Sociální podnikání

V ČR dochází k rozvoji sociálního podnikání. Tento trend podpory znevýhodněných skupin byl nastartován v minulém století v USA a Británii. EU převzala tento směr podpory sociálně znevýhodněných skupin a ve svých prioritách jej zvolila jako jednu z dotovaných priorit.

V současné době v ČR neexistuje speciální legislativa pro toto odvětví podnikání. Tato legislativa je ale v přípravném legislativním procesu.

V ČR tedy dosud není definována právní forma typického sociálního podniku, ale jsou definovány zásady, kdy je podnik za sociální podnik považován.

Podstata sociálního podnikání je postavena na třech základních hodnotách:

- Sociální podniky kombinují tržní orientaci se sociálním posláním.
- Sociální podniky jsou podpurnými pracovišti, jejichž pracovní prostředí poskytuje všem zaměstnancům podporu, příležitost a smysluplnou práci.
- Sociální podniky usilují o společenskou a ekonomickou integraci znevýhodněných skupin jejich zaměstnáváním. (Empowerment)

Za sociální podnik je považován podnik, který splňuje tyto základní podmínky:

- Poskytuje svými aktivitami prostor pro pracovní a sociální začleňování znevýhodněných osob (zdravotně či sociálně znevýhodněných, musí zaměstnávat více jak 50% těchto zaměstnanců).
- Má obecně prospěšné cíle, které musí být formulovány ve stanovách nebo statutu.
- Komunikuje s veřejnou správou a využívá sociální kapitál a je komunikačně otevřený.
- Minimálně 50% zisku investuje zpět do podnikových aktivit zlepšující pozici podniku a zaměstnanců.
- A další.

Sociální podnik uspokojuje přednostně místní potřeby a využívá přednostně místní zdroje. Podporuje smysl pro společenskou odpovědnost na místní úrovni. Koncept fungování sociálního podniku je postaven na partnerství veřejného, podnikatelského a soukromého sociálního sektoru při poskytování veřejných služeb a prosazování veřejné politiky zaměstnanosti a dalších celospolečensky prospěšných aktivit.

Sociální podnik může využívat tyto finanční nástroje:

- Dotace EU prostřednictvím MPSV ČR v rámci operačních programů
- Granty poskytované soukromými donátory či nadacemi
- Dotace poskytované krajskými úřady či obcemi
- Dotace v rámci aktivní politiky zaměstnanosti, např. dotace na podporu chráněných dílen a chráněných pracovních míst, úhradou nákladů v rámci pracovní rehabilitace

Můžeme tedy říci, že smyslem sociálního podnikání je:

- Užitek a společenský prospěch
- Podnikatelské aktivity nejsou primárně provázeny kumulováním a dalším distribuováním zisku
- Iniciativy jsou lokální a prováděny místními občany
- Výdobytky a služby jsou místního charakteru
- Podporují ekonomicky i politicky domácí podnikání
- Sociální podniky se etablojí na lokální a regionální úrovni
- Integrovaní znevýhodněných skupin lidí zpátky do komunity

3.3.2. Sociální podnikání – Příklady dobré praxe

(Ing. Marek Juha – Komora sociálních podniků, Ing. Eva Juhová – Sociální podnik)

Sociální podnikání je podnikání jako každé jiné. Má za cíl vytvořit přidanou hodnotu. Jedinou odlišností od běžných podnikatelů jsou principy sociálního podnikání, ke kterým se každý sociální podnikatel hlásí.

Patří mezi ně reinvestice zisku zpět do společnosti, zapojení zaměstnanců do rozhodování o společnosti a lokální orientace podniku, nicméně za hlavní přínos sociálního podnikání je především považována orientace na zaměstnávání osob vyloučených na trhu práce. Patří mezi ně studenti bez praxe, matky po mateřské nebo rodičovské dovolené, osoby 50+ nebo osoby s duševním či fyzickým hendikepem.

Zaměstnávání osob s duševním onemocněním schizofrenie skýtá významná úskalí. Základním předpokladem pro návrat těchto osob zpět na trh práce a začlenění do společnosti, je obnovení pracovních návyků těchto osob, získání praxe v daném oboru, udržení si těchto návyků a především zvýšení sebevědomí při začleňování na trhu práce.

Jejich základní pracovní náplní je práce zejména manuální. Zkoušeli jsme jim také nabídnout práci duševní, nicméně vzhledem k typu hendikepu se to nakonec neukázalo jako vhodné, protože stres vyplývající z duševní práce jim nevyhovoval a obecně spíše stav zhoršoval. Proto jsme se zaměřili na zakázky v oborech, jako jsou úklidové a údržbářské práce, údržba zahrad a veřejné zeleně, celoroční úklid veřejného prostranství, malířské, zednické a natěračské práce nebo třeba prodej jimi vypěstovaných květin, keřů, stromů a jiných plodin.

Na začátku, kdy jsme hledali model, jak tyto osoby naučit pracovním návykům, jsme se setkávali se situacemi, že vlastně zaměstnancům chybí i to nejzákladnější – jako je dochvilnost nebo třeba vzít si sebou pití nebo svačinu. Může se to zdát jako triviálnost, ale v počátcích to způsobovalo dost obtíží. Všichni naši zaměstnanci měli nejdříve zkrácené úvazky – od 0,1 (což odpovídá 4 hodinám za týden) až po úvazek 0,5 (což odpovídá 20 hodinám za týden). Většina zaměstnanců na začátku přecenila své síly. Chtěli co největší úvazek (co nejvíce peněz), aby všem dokázali, že jsou zdraví a že pro ně není problém se vrátit do pracovního života a k pracovním návykům. Nicméně po krátkém čase zjistili, že kombinace náročných léků a každodenní práce není pro jejich zdravotní stav úplně tím nejlepším. Proto u většiny zaměstnanců došlo v průběhu zaměstnaneckého poměru k úpravě úvazků dle jejich potřeb. Přesto se našli mezi nimi i takoví, kteří své síly nepřecenili, navyšovali úvazky postupně, až zvládli plnohodnotnou 8 hodinovou pracovní dobu.

Důležitou roli zde hraje, jak jsme již výše zmínili, že se jedná především o práci manuální. U práce manuální provádí jednoduché úkony, na které se soustředí a které precizně zvládají. Sice mají vzhledem k medikaci nižší pracovní výkon, ale za to si svojí práci váží a dělají ji pečlivě. Také je velmi důležité zařadit více přestávek během pracovní doby.

Významným problémem se také ukázala odpovědnost za plnění pracovních povinností, neboť jejich okolí jim poskytovalo takové zázemí, kde se nemuseli o nic starat, a tudíž neměli žádné povinnosti vyplývající i např. z běžného rodinného života. Jako velká pomoc v uvědomění si svých povinností a odpovědnosti se ukázala povinnost denního písemného vykazování práce s vazbou na odměňování.

Zvýšení sebevědomí, začlenění do společnosti a do pracovního kolektivu (který není pouze o schizofrenicích, ale i jinak duševně či tělesně hendikepovaných), získání pracovních návyků a případná pomoc při nalézání dalšího uplatnění na trhu práce již v oboru, který vystudovali, je základním předpokladem pro úspěch k návratu do běžného života.

Nezbytnou podmínkou pro úspěch sociálního podnikání je podpora ze strany veřejného sektoru, který by měl v první řadě podporovat zadáváním veřejných zakázek sociálním podnikům. Výplata sociálních dávek by měla být pouze přechodnou podporou. Hlavním cílem je podpořit návrat osob znevýhodněných na trh práce, do běžného pracovního a společenského života. Veřejný sektor musí především zvažovat, zda výplata různých sociálních dávek nevede k demotivaci a diferenciaci společnosti místo k sociálnímu smíru a rovnováze společnosti.

IV. Autentický příběh začátku a pokračování nemoci

4.1. Kazuistika „Hledání ztraceného syna“ – příběh propuknutí duševního onemocnění u bývalého studenta VŠ, Václava

Náš syn Václav prodělává duševní onemocnění s odbornou diagnózou hebefrenní schizofrenie. Nemoc u něj propukla po silné atace na konci srpna 2011, kdy byl hospitalizován v krizovém centru FN Bohunice v Brně. Do té doby měl za sebou činorodý život. Po maturitě na gymnáziu studoval na vysoké škole dva studijní obory, religionistiku a politologii (FSS MU v Brně), žil naplno společenským i kulturním životem, prožíval vztah s krásnou studentkou výtvarné školy a zvládal několik brigád, aby ulehčil finančnímu rozpočtu rodiny, cestoval s přáteli evropskými zeměmi a rád psal svoje filosofické poetické traktáty s jemně humorným zabarvením. Jeho společenský život byl pro něj vždy nejdůležitější. Vedle několika výborných přátel z doby studia na střední škole (Michal, Jirka, Veronika, a další...) se ovšem dostal do víru společenské zábavy s mnoha náhodnými známými v prostředí brněnských kaváren a hospod a se svou dobrosrdečnou a důvěřivou povahou sklouzl do častého pivního opojení, včetně všeobecně praktikovaného kouření a bohužel také včetně občasného společného pokuřování „trávy“. Na odpočinek nezbyval čas, pseudo rodinné společenství v lokálu ve spojení s touhou po poznání tajemna při pokuřování rozostřilo Václavův bystrý rozum a schopnost úsudku.

A pak jednoho dne se „normální“ přehouplo do „nenormálního“, pro někoho „bláznivého“. Následovalo velmi těžké období – jak pro Václava, tak pro jeho nejbližší. Nalézt novou cestu jak žít a doslova zachránit život Václavovi připomínalo biblické podobenství „hledání ztraceného syna“. Neocenitelnou pomoc jsme získali díky vynikajícím odborníkům, týmu lékařů a zdravotníků psychiatrického oddělení FN Brno, dovolíme si vzpomenout za všechny jmenovitě na prof. MUDr. Radovana Příkryla.

Psychické stavy Václava byly zoufalé, cítil se ztracen, zapomenut, zrazen, padající do propasti marnosti a zoufalství. Pobyt v nemocnici střídal období v domácí péči a po opakujícím se ataku nemoci opět v nemocnici. Náhle je označován jako nekompetentní samostatného života v lidské společnosti, ve které se přitom původně orientoval výborně, bystře a s přehledem. Vůbec tomu nerozumíte, ani vy a už vůbec ne váš syn, kterému se v hlavě honí divné myšlenky, ztratil se v našem světě, nikoho tu nenachází, nikoho nepoznává. Jen dostává mnoho prášků, po kterých je stále unavený a ospalý. Ale daří se, přes všechny komplikace, které náhlá a silná medikace přináší, že stav se lepší. Ale co dělat se životem, brát poctivě pilulky, být hodný a schovaný doma?

Takový náš syn není. Bez společnosti by se mu žilo velice těžce. Ale ve studiu na vysoké škole není možné pokračovat, zbývá společnost přátel. Ale i ti ze školy se vytrácejí, zůstávají opravdu jen ti nejbližší, věrní a opravdoví kamarádi (a to můžeme mluvit o štěstí).

Schizofrenie je nemoc mozku. Dá se léčit. Ale k léčbě neoddělitelně patří také rehabilitace. A ta je v současné době veškerou vahou na bedrech dobročinných organizací, které se snaží vymyslet program pro pacienty s onemocněními zařazenými do kolonky psychóza. Je to tak proto, že psychotická onemocnění jsou u každého pacienta individuálně rozvinutá. Ústavy a zdravotnická zařízení, věnující se těmto pacientům, se snaží rozvíjet pouze některé funkce bez ohledu na věk, intelekt a sociální rozvoj osobnosti pacienta. V prvních stádiích onemocnění je pomoc těchto institucí nezaměnitelná. Ale diagnóza některých psychiatrických onemocnění, jako je i schizofrenie ve všech formách, je diagnóza na celý život (i když, viz odborná literatura, může u některých pacientů dojít jen k jedné atace nemoci a celý život se s ní pak již nesetká).

Tedy další léčení pacienta je na specializovaných ústavech nebo na rodině. Vašek a my jsme měli štěstí. Bydlíme v relativně velkém městě, kde nabídka v podobě rehabilitace a znovu probuzení do reálného života existuje.

Možnost dána v projektu „Máme pro vás práci“ nám otevřela nový prostor, o kterém jsme zpočátku netušili, jak je důležitý. Práce, kde vás nebudou tlačit na výkon, kde pochopí, že časté výpadky v soustředění jsou zaviněny nemocí. Kde pochopí, že přestávky jsou nutné nikoliv pouze tak, jak stanoví zákon, ale mnohem častěji pro nutný odpočinek a nabrání zejména psychických sil. To je to, co náš syn potřebuje k znovuobjevení svého místa a své cesty v životě. Každý den vidíme pokrok a náznak uvolnění svázané osobnosti těžkou nemocí.

Díky za tuto životní příležitost za všechny, kterým život obrátila na ruby nepříjemná diagnóza!

10. 8. 2015 Šárka a Jaromír Brychovi



Bűh a milenci

V. Závěr

(Ing. Milan Venclík, MBA, Komora sociálních podniků)

Příručka, kterou jste dočetli, si kladla za cíl popsat podstatu problému, kterou trpí lidé postižení schizofrenií. A tím alespoň částečně pochopit problémy, které přináší jejím nositelům a samozřejmě i jejich blízkému ale i širšímu okolí. Pochopit, že se jedná o nemoc, která není přenosná, ale, která při splnění jistých předpokladů, může potkat každého z nás.

Je zde prezentován pohled zkušených klinických lékařů, kteří mají zkušenosti se všemi fázemi této nemoci, včetně jejich těžkých stádií. Na druhé straně ale také pohled lidí, kteří se s těmito nemocnými setkávají většinou ve stabilizovaném stavu v rámci sociální, anebo podnikatelské činnosti.

Jejich společnou snahou je docílit jejich maximální resocializaci. Lidé, kteří denně pracují s těmito osobami a řeší s nimi pracovní problémy, musí ale často řešit i osobní problémy. Vznikají zde velmi křehké vztahy, které jsou založeny na základní důvěře, a proto tito pracovníci vědí mnohdy o těchto lidech více než jejich rodinní příslušníci, s nimiž mnohdy nemocní odmítají komunikovat. Správně vedená a pravidelná komunikace je totiž základním pilířem k navázání alespoň základní důvěry, která je v těchto případech pro nové začlenění naprosto nutná.

Důležité je si také uvědomit, že ačkoliv si všichni zúčastnění v tomto řetězci uvědomují, že úspěch mohou dosáhnout pouze při velmi úzké spolupráci, je pohled jednotlivých aktérů a důraz kladený na některé jevy rozdílný.

Pro lékaře je důležité stabilizovat pacienta a dosáhnout situace, aby dostal náhled na svoji nemoc a pochopil, že musí respektovat medikaci a jistá pravidla životního stylu.

Pro sociálního pracovníka je nutné umět najít způsob jak motivovat dané lidi, aby měli vůbec zájem zapojit se do nějaké činnosti.

Podnikatel, i když v režimu sociálního podnikání, musí v rámci konkurence schopnosti po těchto lidech vyžadovat i jakési výkony a dodržování právních norem, které jsou pro něj i zaměstnance v pracovním poměru závazné a jsou i kontrolovány orgány státní správy.

Cílem této příručky tedy bylo vytvořit komunikační platformu, která jednak vysvětlí problematiku široké veřejnosti, ale na druhé straně poskytne náměty na přemýšlení i jednotlivým aktérům v popsaném řetězci činností.

Pokud byl tento cíl splněn, a všichni autoři doufají, že ano, pak se nám všem podařilo posunout popsanou problematiku zase o malý krok kupředu.

VI. Kontakty

Komora sociálních podniků

Jarní 50, 614 00 Brno

www.komora-socialnich-podniku.cz

PSYCHIATR - INSTITUT PSYCHOSOCIÁLNÍ PÉČE, o.p.s.

Masarykova 114, 698 01 Veselí nad Moravou

www.psychiart.cz

Sdružení Práh

Tuřanská 12, 620 00 Brno, www.prah-brno.cz

Úřad práce České republiky - krajská pobočka v Brně

Polní 1011/37, Štýřice, 639 00 Brno 39, <https://portal.mpsv.cz/upcr>

www.schizofrenici.cz



Jihomoravský kraj

Žerotínovo nám. 449/3
601 82 Brno

Telefon: 54165 1111, Fax: 54165 1209
IČ: 70888337, DIČ: CZ70888337