



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Sociální bydlení pro osoby s duševní poruchou

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program: [Sociální politika a sociální práce](#)

Autor: Monika Černá, DiS.

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „*Sociální bydlení pro lidi s duševní poruchou*“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé bakalářské práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2022

.....

Monika Černá

Poděkování

Děkuji vedoucí práce PhDr. Lence Motlové, Ph.D. za cenné rady při zpracovávání bakalářské práce. Dále chci poděkovat rodině za jejich podporu, kterou mi poskytovala po celou dobu studia.

Sociální bydlení pro osoby s duševní poruchou

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo popsat sociální bydlení pro lidi s duševní poruchou, a to především v městě Plzni. V praktické části bylo zodpovězeno na tyto výzkumné otázky: 1) Jaké jsou možnosti a specifika sociální práce s lidmi s duševní poruchou? 2) Jaký přínos má sociální bydlení z pohledu klientů s duševní poruchou? Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii pomocí metody polostrukturovaných rozhovorů. První část rozhovorů probíhala se sociálními pracovníky Magistrátu města Plzně – Odboru dostupného bydlení a sociálního začleňování, druhá část rozhovorů pak s nájemníky sociálních bytů, kteří mají diagnostikovanou duševní poruchu. Výzkumný soubor byl vytvořen metodou záměrného výběru a následná analýza dat provedena metodou kódování. Celkem bylo realizováno čtrnáct polostrukturovaných rozhovorů, pět se sociálními pracovníky a dvanáct s klienty.

Z výzkumné části vyplynulo, že všichni komunikační partneři z řad klientů žili před nastěhováním do sociálního bytu v nejistých bytových podmínkách, u všech se objevovalo opakované stěhování, a to zejména po substandardních formách bydlení. Tato situace u nich často zhoršovala jejich psychický stav, u většiny z nich docházelo pravidelně k hospitalizacím v psychiatrických nemocnicích. Jako nejčastější příčinu absence dlouhodobého stabilního bydlení uváděli komunikační partneři špatnou finanční situaci, psychické problémy a špatné sociální vazby. Po nastěhování do sociálního bytu se bydlení s podporou sociálního pracovníka podařilo udržet všem komunikačním partnerům bez dluhů na nájemném, téměř u všech se dlouhodobě stabilizoval zdravotní stav. Všichni bydlí v sociálním bytě déle než jeden rok.

Bakalářská práce může být přínosná sociálním pracovníkům, kteří se při výkonu své profese setkávají s lidmi s duševní poruchou trpící bytovou nouzí. Také by mohla být inspirací pro obce, které uvažují o zavedení sociálního bydlení.

Klíčová slova

duševní porucha; sociální bydlení; sociální práce; bytová nouze

Social Housing for People with Mental Disorder

Abstract

The aim of the bachelor thesis was to describe social housing for people with mental disorders, especially in the city of Pilsen. In the practical part, the following research questions were answered: 1) What are the possibilities and specifics of social work with people with mental disorders? 2) What is the benefit of social housing from the point of view of clients with mental disorders? For the research, I chose a qualitative research strategy using the method of semi-structured interviews. The first part of the interviews took place with social workers of the City of Pilsen – Department of Affordable Housing and Social Inclusion, the second part of the interviews with tenants of social housing who have been diagnosed with a mental disorder. The research set was created by the method of intentional selection and subsequent data analysis was performed by the coding method. A total of fourteen semi-structured interviews were conducted, five with social workers and twelve with clients.

The research part showed that all communication partners from the ranks of clients lived in precarious housing conditions before moving into a social apartment, all of them showed repeated moving, especially after substandard forms of housing. This situation often worsened their mental state, and most of them were regularly hospitalized in psychiatric hospitals. The most common reasons for the absence of long-term stable housing presented by communication partners were poor financial situation, mental health problems and poor social ties. After moving into a social apartment, all communication partners managed to keep housing with the support of a social worker free of rent, and almost all of them had a long-term health condition. They all live in a social apartment for more than one year.

The bachelor's thesis can be beneficial for social workers who, in the exercise of their profession, meet people with mental disorders suffering from housing deprivation. It could also be an inspiration for municipalities considering the introduction of social housing.

Key words

mental disorder; social housing; social work; housing emergency

Obsah

1	Teoretická část	10
1.1	Sociální bydlení	10
1.1.1	Koncepce sociálního bydlení ČR 2015-2025	10
1.1.2	Sociální bydlení v zahraničí	12
1.2	Duševní porucha – příčiny, dělení a péče o duševní zdraví	16
1.2.1	Organické duševní poruchy	16
1.2.2	Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek	17
1.2.3	Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy.....	17
1.2.4	Afektivní poruchy (poruchy nálad)	18
1.2.5	Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy	19
1.2.6	Poruchy osobnosti	20
1.2.7	Duální diagnózy.....	21
1.2.8	Sociální dopady duševní poruchy.....	21
1.2.9	Zotavení.....	22
1.2.10	Reforma psychiatrické péče	24
1.3	Bezdomovectví a duševní onemocnění	25
1.3.1	Housing Ready (prostupné bydlení).....	26
1.3.2	Housing First (bydlení především).....	27
1.4	Role sociálního pracovníka	28
1.4.1	Nástroje sociální práce související s problematiku bydlení.....	28
1.4.2	Case manager	29
1.5	Plzeň – služby pro osoby s duševní poruchou a vývoj sociálního bydlení.....	31
1.5.1	Demografie.....	31
1.5.2	Služby pro osoby s duševní poruchou ohrožené ztrátou bydlení v Plzni	31
1.5.3	Městské byty.....	34
1.5.4	Projekt „Pilotní testování koncepce sociálního bydlení v Plzni“	34
1.5.5	Kontaktní místo pro bydlení.....	36
2	Praktická část	39
2.1	Cíl práce.....	39
2.2	Výzkumná otázka	39

3	Metodika výzkumu	39
3.1	Metodický postup	39
3.2	Etické aspekty výzkumu	39
3.3	Výzkumný soubor.....	40
3.4	Místo realizace výkonu.....	41
3.5	Způsob realizace výzkumu	41
3.6	Způsob vyhodnocení dat.....	42
4	Výsledky výzkumu	42
4.1	Výsledky získané vedením polostrukturovaného rozhovoru se SP.....	42
4.1.1	Průběh sociální práce v sociálních bytech.....	43
4.1.2	Běžný pracovní den sociálního pracovníka Odboru sociálního bydlení a sociálního začleňování.....	44
4.1.3	Specifika práce s lidmi s duševní poruchou	44
4.1.4	Práce se sousedskými vztahy.....	45
4.1.5	Přínos sociálního bydlení pro lidi s duševní poruchou očima sociálního pracovníka ...	46
4.1.6	Příklady dobré praxe klientů s duševní poruchou v sociálním bydlení.....	46
4.2	Výsledky získané vedením polostrukturovaného rozhovoru s klienty sociálního bydlení.....	49
4.2.1	Časté stěhování a problémy při hledání bydlení.....	50
4.2.2	Stabilizace zdravotního stavu vlivem získání dlouhodobého bydlení.....	53
4.2.3	Finanční situace a míra zadlužení.....	54
4.2.4	Co pro mě znamená domov.....	56
4.2.5	Jak duševní stav ovlivňuje můj život.....	58
4.2.6	Důvěra jako základ vztahu se sociálním pracovníkem.....	61
5	Diskuze	64
6	Závěr	66
7	Seznam literatury	68
8	Seznam příloh a obrázku.....	73
9	Seznam zkratk	74

Úvod

„Domov je pro mě místo, kde můžu chodit nahá.“

„Domov je místo, kde si můžu uvařit co mám ráda a nemusím jíst studené jídlo z konzervy.“

- odpovědi klientů sociálního bydlení v Plzni na otázku co pro ně znamená „DOMOV“

Bydlení pro osoby s duševní poruchou je téma, kterému je v posledních letech věnována vcelku velká pozornost. Česká republika stejně jako velká část světa již ušla velký kus cesty od dob, kdy byli lidé s duševní diagnózou izolováni na kraji společnosti a zavíráni do psychiatrických léčeben. Stále je však v péči o duševní zdraví co zlepšovat. V roce 2013 v České republice odstartovala reforma psychiatrické péče, která si klade za cíl zlepšení kvality péče o duševní zdraví, čímž chce docílit mimo jiné také tím, že co největší část péče bude přesunuta do domácího prostředí. A tady systém opakovaně naráží. Spoustu lidí s duševní poruchou setrvává dlouhodobě v psychiatrických nemocnicích z důvodu, že se po propuštění nemá kam vrátit a skončili by na ulici. Jako jedno ze smysluplných řešení vidím právě v sociálním bydlení s komplexní podporou sociálního pracovníka. Zde vzniká problém další. Sociální bydlení není v České republice legislativně ukotveno, neexistuje žádný zákon, který by dával městům a obcím povinnost sociálního bydlení zřídít, a tak je na každém, jak se této problematice chopí.

S lidmi s duševní poruchou jsem se setkala z pohledu pomáhající profese poprvé v roce 2015 kdy jsem nastoupila do azylového domu pro ženy. Ještě blíže jsem měla možnost se s touto problematikou setkávat od roku 2017 kdy jsem začala pracovat jako sociální pracovníce na Magistrátu města Plzně, který rozjížděl projekt „Pilotní testování koncepce sociálního bydlení v Plzni“, z toho důvodu jsem si vybrala svůj výzkum realizovat právě zde. I přes počáteční nedůvěru v projekt ze strany představitelů města se stal velmi úspěšným a samostatné bydlení s podporou sociálního pracovníka se ukázalo jako efektivní řešení pro cílové skupiny, které si nedokáží bydlení zajistit na komerčním trhu nebo opakovaně v oblasti bydlení selhávají.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části přiblížím, co to sociální bydlení je a popíši zkušenosti ze zahraničí, dále se budu věnovat jednotlivým duševním poruchám a upozorním na sociální dopady s nimi spojené. Při práci s klienty s duševní poruchou se nám osvědčilo pracovat na principu Recovery (zotavení), proto jsem stručné shrnutí tohoto přístupu také do své bakalářské práce zahrnula. Také přiblížím, jak spolu souvisí bezdomovectví a duševní porucha a popíši přístupy ukončování bezdomovectví známé ze světa a nyní praktikované i u nás. V poslední kapitole teoretické části se budu věnovat roli

sociálního pracovníka, kde se zaměřím především na přístup case management, který se nám opět v praxi s lidmi s duševní poruchou osvědčil. V praktické části popíši metodiku výzkumu a jeho realizaci a seznámím vás s výsledky svého kvalitativního výzkumu, který jsem uskutečnila s nájemníky sociálních bytů, kteří mají diagnostikovanou duševní poruchu.

1 Teoretická část

1.1 Sociální bydlení

Sociální bydlení představuje specifickou formu pomoci pro jednotlivce i rodiny, kteří mají problém se získáním nebo udržením komerčního nájemního bydlení, dále je určeno lidem ohroženým ztrátou bydlení (např. z důvodu vystěhování z bytu či domácího násilí) nebo těm, kteří se v bytové nouzi již dlouhodobě nalézají a jsou nuceni žít ve funkčně nevyhovujících či přelidněných bytech, azylových domech, na ubytovnách, nebo dokonce na ulici (Sociální bydlení v ČR, 2021). Sociální bydlení je bydlení poskytované osobám v bytové nouzi nebo bytovou nouzí bezprostředně ohroženým, včetně lidí, kteří vynakládají na bydlení nepřiměřenou výši svých příjmů, těmto lidem je v případě potřeby poskytována sociální práce (Chudobová, 2019). Sociální bydlení je poskytováno za specifických podmínek nájmu a v souladu s určitými principy (Mikulec, Šnejdrlová, 2019). Sociální byt je standardně zkolaudovaný byt, který se nachází zpravidla mimo vyloučené lokality a je přidělován na základě posouzení bytové nouze (Mikulec, Šnejdrlová, 2019).

V České republice stále není sociální bydlení legislativně ukotveno. Zákon o sociálním bydlení se začal objevovat v programových prohlášeních vlády od roku 2007, nejbližší k prosazení se dostal v roce 2017, ale v důsledku parlamentních voleb nedošlo na všechna kola hlasování (Stašková, 2019). Neexistence legislativní úpravy je vcelku problematická, situace není řešena komplexně a je na zvážení každé obce, zda sociální byty bude poskytovat a v jaké podobě. Jediným dokumentem zabývajícím se problematikou sociálního bydlení v současné době zůstává jen Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015-2025 (Hladká et al., 2017).

1.1.1 Koncepce sociálního bydlení ČR 2015-2025

Předložením návrhu koncepčního řešení problematiky sociálního bydlení v České republice bylo usnesením vlády České republiky ze dne 12. března 2014 č. 153 pověřeno Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV), které na základě tohoto úkolu ustavilo širokou platformu odborníků z různých profesí, kteří se podíleli a nadále podílí nejen na koncepci sociálního bydlení, ale také na přípravě zákona o sociálním bydlení (MPSV, 2016). Koncepce bydlení České republiky identifikovala řadu sociálních problémů na základě, kterých byl stanoven úkol do roku 2020 – připravit návrh komplexního řešení sociálního bydlení s využitím institutu tzv. „bytové nouze“ (MPSV, 2016). Hlavní problémy v oblasti bydlení jsou vysoké zatížení

některých domácností výdaji na bydlení, bariéry pro udržení nebo získání bydlení například ve formě zadlužení, v některých lokalitách je problémem nedostatek služeb a sociální práce, celorepublikově neexistuje jednotnost výkladů a realizace sociálního bydlení, stále roste počet osob bez domova a ohrožených ztrátou bydlení a řada dalších problémů, které byly doplňovány během setkávání pracovních skupin (MPSV, 2016). Cílová skupina je posuzována v rámci kategorií, které vyplývají z definice ETHOS (viz příloha č. 1), jedná se o osoby v bytové nouzi, ta však není hodnocena pouze absencí bydlení či fyzickou podobou místa, kde osoba přebývá, ale také jde o to, zda má nájemní smlouvu, anebo zda bydlení umožňuje běžné psychosociální kontakty (chybějící soukromí v přeplněné domácnosti, hrozba domácího násilí) (MPSV, 2016). Koncepce sociálního bydlení ČR (2016) vymezuje, které principy představují základní rámec pro sociální bydlení:

- a) **Princip solidarity** – základní princip sociálního státu, v kontextu sociálního bydlení vede k tomu, že intervence státu je směřována k potřebným osobám.
- b) **Princip bydlení v bytě** – cílem je zajistit bydlení ve standardních bytech, a ne jiných ubytovacích zařízeních jako jsou ubytovny, azylové domy a jiné.
- c) **Princip potřeby** – sociální bydlení má být přidělováno na základě potřeby (tedy osobám v sociální a bytové nouzi), nikoliv na základě „zásluhy“ (například bezdlužnosti, školní docházka dětí, aktivní hledání zaměstnání apod.). To však neznamená, že uživatel sociálního bytu nemusí řádně hradit nájem a plnit povinnosti obsažené v nájemní smlouvě. Při vstupu do sociálního bydlení je nutné prioritizovat nejohroženější skupiny, aby se jejich sociální dopad zabrzdil. Pro tyto účely a s cílem transparentnosti se obcím doporučuje vypracovat si nástroje pro hodnocení bytové nouze.
- d) **Princip nediskriminace** – při poskytování sociálního bydlení je zákonem č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon) zapovězena diskriminace z důvodu rasy, etnického původu, pohlaví, národnosti, věku, sexuální orientace, zdravotního postižení, víry, náboženského vyznání či světového názoru. Za diskriminace je považována také segregace (koncentrace určité skupiny na jednom místě).
- e) **Individuální a diferencovaný přístup** – Systém a nástroje sociálního bydlení musí být schopný reagovat na různé potřeby různých lidí, a to již v okamžiku ohrožení ztráty bydlení (prevence) po návrat či vstup do bydlení. Efektivní systém by měl mít

k dispozici široké spektrum nástrojů, od poskytování informací přes podporu sociálními pracovníky až po poskytnutí sociálního bytu.

- f) **Princip ne segregace** – nepodporovat vytváření nových či rozšiřování již existujících sociálně vyloučených lokalit. Životní podmínky ve stávajících vyloučených lokalitách by měly být zlepšovány (například podporou podnikání a vznikem nových pracovních míst, revitalizace deprivovaných zón, zajištění investiční podpory zaměřené na rozvoj infrastruktury, podpora komunitního života formou komunitní sociální práce atd.).
- g) **Princip posilování kompetencí** – podpora uživatelů sociálních bytů by mělo vést k vlastní odpovědnosti a ke schopnosti udržet standardní bydlení. Míra podpory sociálním pracovníkem by měla být vždy určována individuálně podle kompetence a potřeb klienta.
- h) **Princip prevence** – základní součástí efektivního systému sociálního bydlení je předcházení vzniku bytové nouze nebo jejího zhoršení až do situace, kdy bude k jejímu řešení nutné využít mechanismy krizových či sociálních bytů. Nástroje prevence zahrnují protidluhové poradenství, bydlení s podporou sociálního pracovníka, sociální dávky.
- i) **Princip subsidiarity** – konkrétní výběr nástrojů systému sociálního bydlení je třeba ponechat v závislosti na místních podmínkách a na volbě příslušné úrovně veřejné správy a samosprávy.

1.1.2 Sociální bydlení v zahraničí

Systém sociálního bydlení určeného pro zranitelné skupiny obyvatel a pro osoby v nouzi v rozličných formách realizuje mnoho evropských států (Sociální bydlení, 2017). V každé zemi existuje skupina obyvatel, pro které je zajištění bydlení obtížnější, mnohdy pak nedostupné, a to zejména z hlediska jejich příjmů, ale i diskriminace na trhu s bydlením. Poptávka obyvatel po sociálním, respektive cenově dostupném bydlení v celé Evropě roste (Sociální bydlení, 2018). Různá pojetí sociálního bydlení, s nimiž se můžeme v evropských zemích setkat, se obecně liší v tom, pro jak široké vrstvy obyvatelstva je tento segment určen, jaký je rozsah a význam sociálního bydlení vzhledem k ostatním druhům bydlení, jaký je charakter sociálního bydlení z hlediska vlastnictví, kdo je poskytovatelem sociálního bydlení, jak je sociální bydlení financováno, jaká je kvalita bydlení, způsob výběru uživatelů apod. (Sociální bydlení, 2018). Ani samotný pojem „sociální bydlení“ není užíván ve všech státech Evropské unie stejný. Rakousko používá výraz „bydlení s omezeným ziskem“ nebo „lidové bydlení“, Dánsko

„společné bydlení“ nebo neziskové bydlení“, Francie „bydlení za mírný nájem“, v Německu je to „podpora bydlení“, ve Španělsku „chráněné bydlení“ nebo ve Švédsku „bydlení formou veřejné služby“ (Braga, Palvarini, 2013). Braga, Palvarini (2013) popsali tři prvky, na kterých se státy Evropské unie při vymezení sociálního bydlení shodují:

- a) Smyslem sociálního bydlení je obecný zájem (sociální bydlení je považováno za službu obecného zájmu);
- b) účelem je zvýšení dostupnosti bydlení (a to zejména nabídkou cenově dostupného bydlení výstavbou, správou či nákupem sociálního bydlení; dostupnosti bydlení lze dosáhnout mnoha různými nástroji uplatňovanými jak ve fázi pořízení obydlí, tak ve fázi užívání);
- c) cílové skupiny jsou definovány na základě sociálně-ekonomického statusu nebo přítomnosti rizikových faktorů.

Dále představím konkrétní příklady nástrojů, které vybrané evropské země používají.

Francie

Sociální bydlení je zde poskytováno v bytech, které tvoří 17 % bytového fondu. Ve Francii existují oba hlavní modely přechodu do bydlení, a to jak Bydlení především (Housing First), který je zakomponován do národní strategie řešící bezdomovectví, tak Prostupné bydlení (Housing Ready), oba přístupy jsou popsány v následujících kapitolách. Co do širší cílové skupiny, Francie uplatňuje všestranný model sociálního bydlení, to znamená, že do sociálního bydlení se mohou dostat všechny domácnosti, které nejsou schopny si samostatně zajistit důstojné bydlení za přiměřenou a dostupnou cenu (Sociální bydlení, 2018). S klienty spolupracují vybrané místní neziskové organizace, prostřednictvím kterých je bydlení zajišťováno, a to buď tak, že je klient podnájemníkem neziskové organizace, která si byt najímá od soukromého pronajímatele nebo je klient uveden v nájemní smlouvě přímo a nezisková organizace se za klienta zaručí, že v případě problémů bude intervenovat (Lux et al, 2010). Ve většině případech je v první fázi pro klienty s nedostatečnou kompetencí k udržení dlouhodobého nájemního bydlení využívána využívaná první možnost (smlouva mezi klientem s neziskovou organizací), ve druhé fázi poté smlouva přechází na klienta a smlouva může být uzavřena až na dobu neurčitou (Lux et al., 2010).

Slovensko

Z celkového bytového fondu, tvoří sociální byty pouze 3 %, což je v porovnání s jinými evropskými státy velmi malý podíl (Sociální bydlení, 2018). Na Slovensku je upřednostňován systém dostupného bydlení, který pracuje s vnitřní motivací klienta jít do lepšího bydlení (Lux et al., 2010). Financováno je především dotacemi ze státního rozpočtu a veřejnými půjčkami ze Státního fondu rozvoje bydlení (Sociální bydlení, 2018). Odpovědnost za sociální bydlení mají města a obce, nevládní sektor je zapojen pouze ojediněle, soukromý sektor vůbec, ústřední vláda má normotvorné pravomoci týkající se například cílové skupiny a kontroly nad nástroji finanční pomoci (Sociální bydlení, 2018). Cílová skupina je na legislativní úrovni pouze příjmovým kritériem, další kritéria si určují přímo města a obce (Lux et al., 2010).

Německo

Sociální bydlení v Německu je specifické tím, že neoznačuje fyzicky identifikovatelnou část bytového sektoru, nýbrž způsob financování a pravidla pro jeho poskytování, bydlení slouží k sociálním účelům pouze dočasně a po určité době se stává soukromým nájemním nebo vlastnickým bydlením (Sociální bydlení, 2018). Je zde kladen velký důraz na prevenci ztráty bydlení, jako efektivní nástroje se ukázaly integrované systémy pomoci a prevence vystěhování z důvodu nedoplatku na nájemném (Sociální bydlení, 2018). Za bytovou politiku jsou zodpovědné primárně jednotlivé spolkové země, centrální vláda zodpovídá za regulaci nájemného (Lux et al., 2010). Působí zde široká škála poskytovatelů, tři pětiny tvoří soukromí pronajímatelé s pomocí státních dotací (Sociální bydlení, 2018). Sociální skupina je vymezena příjmovým stropem, který umožňuje přístup k sociálnímu bydlení pro téměř 40 % obyvatel, podporovány jsou především rodiče s dětmi, osamělí rodiče, těhotné ženy, senioři, lidé s postižením, lidé bez domova (Sociální bydlení, 2018).

Nizozemsko

Nizozemsko má jednu z nejdelších tradic sociálního bydlení, zákon je zde v platnosti již od roku 1901, novelizován byl v roce 2015 (Sociální bydlení, 2017). Cílová skupina sociálního bydlení je v Nizozemsku velmi široká – spadá do ní téměř polovina populace a 30 % všech bytů je vedeno jako sociálních (Sociální bydlení, 2017). Tyto byty s regulovaným nájemným jsou poskytovány tzv. bytovými asociacemi, kterých je v zemi kolem tři sta padesáti, asociace dostávají levné půjčky, za které ručí speciální státní fond, jinak nejsou státem dotované

(Sociální bydlení, 2017). Své prostředky musí bytové asociace dle zákona utrácet pouze za provoz a výstavbu svého bytového fondu, nevytváří zisk (Sociální bydlení, 2017). Způsob poskytování sociálního bydlení v konkrétní obci je vždy založen na dohodě mezi obcí, bytovou asociací a sdružením nájemníků – podmínky se vyjednávají každý rok, možné sporné případy pak řeší přímo ministerstvo (Sociální bydlení, 2017). Samotná obec nevlastní žádné byty, ale určuje, kde se bude stavět a k čemu budou pozemky určeny – jde o rozhodnutí obecní rady (Sociální bydlení, 2017). Obec také poskytuje pobídky pro bytové asociace, které tím pádem nemusí soutěžit s komerčními developery (Sociální bydlení, 2017).

Finsko

Bytový fond ve Finsku byl vytvořen z velké části v 70. letech minulého století, podíl sociálního bydlení je 15 % (Sociální bydlení, 2017). Provozovatelem sociálních bytů jsou obce, organizace ve vlastnictví obce a pověřené neziskové organizace, hlavním aktérem je Ministerstvo životního prostředí, které má na starosti legislativu, strategické plánování a koordinaci vládního programu ke snížení bezdomovectví (Sociální bydlení, 2017). Míru bezdomovectví se daří ve Finsku dlouhodobě snižovat, nejvíce z celé Evropy, mezi roky 2008-2016 poklesla o 35 % (Sociální bydlení, 2017). Nájemníci sociálních bytů jsou vybíráni na základě míry bytové nouze, upřednostňováni jsou lidé bez domova, lidé v akutní bytové nouzi a lidé s nejnižšími příjmy (Sociální bydlení, 2017). Pokud lidé splní vstupní podmínky do systému sociálního bydlení, platí regulované nájemné (Sociální bydlení, 2017).

Skotsko

Skotsko se svým přístupem v poskytování sociálních bytů liší od zbytku Velké Británie a to tím, že ve Skotsku vycházejí z přesvědčení, že bydlení je právo každého, což je zásadní posun oproti minulému modelu (Sociální bydlení, 2017). Obec přijímá žádost o sociální bydlení a pokud není schopna žadateli zajistit standardní byt, je prozatím ubytován v přechodném bydlení (Sociální bydlení, 2017). Mimo obce jsou zapojeni také soukromí vlastníci, kteří provozují sociální byty a sdružují se do družstev nebo asociací (Sociální bydlení, 2017). Poskytování bydlení na základě potřeby, nikoli míry zavinění, se ve Skotsku vyplácí – počet lidí bez domova, či ohrožených bezdomovectvím, za dobu existence legislativy o sociálním bydlení poklesl o desetinu. Díky důsledné kontrole dodržování standardů bydlení se také snížil počet osob, které se na úřady obrátili kvůli problémům s bydlením – a to přibližně o 11 % (Sociální bydlení, 2017).

1.2 Duševní porucha – příčiny, dělení a péče o duševní zdraví

Duševní porucha neboli duševní nemoc se projevuje poruchami prožívání a mezilidských vztahů (Matoušek, 2003). V České republice (a celé Evropě) je závazná Mezinárodní klasifikace nemocí, v současné době 11. revize (MKN-11), která vstoupila v platnost 1. ledna 2022 (ÚZIS, 2021). Onemocnění jsou popisována na základě společně se vyskytujícími znaky a příznaky onemocnění (ÚZIS, 2021). Pro sociálního pracovníka, který potřebuje rozlišovat nejdůležitější příznaky duševních poruch, je důležité vědět o existenci této klasifikace, neboť vede ke znalosti symptomů, syndromů, průběhu nemoci, ale i dopadu na život člověka. (Probstová, Pěč, 2014).

V této kapitole se budu podrobněji věnovat nejčastěji vyskytujícím se duševním poruchám. Některé duševní poruchy mají průběh lehčí a jsou relativně dobře léčitelné, jiné ovlivňují život člověka velmi výrazně a se symptomy nemoci se setkává celý život. Tyto nemoci vyžadují léčbu dlouhodobou, která obsahuje zdravotní i sociální intervence (Duševní zdraví Networking, 2019). Dále se zaměřím na sociální dopady psychické poruchy, vysvětlím pojem Recovery neboli Zotavení a ve zkratce shrnu reformu psychiatrické péče.

1.2.1 Organické duševní poruchy

Organické znamená, že jde o stavy způsobené poruchou zjištěnou v centrální nervové soustavě (například poruchy způsobené nedostatečným prokrvením mozku, atrofii mozkových buněk, nádory, úrazy, infekčními onemocněními a toxickým poškozením mozku (Malá, Pavlovský, 2010). Základní formy těchto poruch jsou: demence, delirium, amnestický syndrom, psychózy, poruchy nálady i poruchy osobnosti vzniklé na organickém podkladě (Probstová, Pěč, 2014). Sociální pracovník se ve své praxi nejčastěji setkává s demencemi, které mají dlouhodobý dopad na psychosociální oblast (Probstová, Pěč, 2014). Pro sociálního pracovníka či jiné pomáhající profese je často náročné navázání verbálního kontaktu, neboť nemocný není schopen vyjádřit své potřeby (Malá, Pavlovský, 2010). U klientů s demencí se může také rozvíjet úzkost, strach a deprese, které pramení ze ztráty dříve bezproblémového vykonávání běžných aktivit, tyto stavy se mohou vystupňovat i v agresivitu (Probstová, Pěč, 2014). Demenci není možné v současné době zcela vyléčit, lze pouze zpomalit průběh. Úkolem sociálního pracovníka je prostřednictvím psychoterapeutických a rehabilitačních technik zpomalit úbytek některých kognitivních funkcí a zlepšit sebepojetí a psychický stav klientů,

dále podporovat aktivity denního života, a to nejlépe v přirozeném prostředí klienta. (Probstová, Pěč, 2014)

1.2.2 Duševní poruchy vyvolané účinky psychoaktivních látek

Za psychoaktivní látku považujeme každou látku, která ovlivňuje psychickou činnost, některé psychoaktivní látky způsobují závislost (Malá, Pavlovský, 2010). Řadíme sem poruchy vyvolané požíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulantů (včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel (Mahrová, Venglářová, 2008). Jednorázovým požitím psychoaktivní látky dochází k akutní intoxikaci (což vede k poruchám na úrovni vědomí, poznávání, vnímání, emotivity nebo chování, případně jiných psychofyziologických funkcí a reakcí), dlouhodobým užíváním dochází ke stavům, které diagnostikujeme jako škodlivé užívání (abúzus) a který je charakterizován poškozením tělesných (např. cirhóza jater, hepatitida) a psychických funkcí (např. depresivní poruchy) (Malá, Pavlovský, 2010). Při dlouhodobém užívání psychoaktivní látky vzniká syndrom závislosti, jenž se u jedince projevuje jako psychologická nebo fyzická potřeba užívání látky, které dává přednost před ostatním jednáním, jehož si dříve cenil více (Mahrová, Venglářová, 2008). Postupně jedinec zanedbává své dřívější zájmy a začínají se objevovat různá somatická poškození, při pokusu abstinovat se dostaví abstinenční příznaky (Mahrová, Venglářová, 2008). Při vysazení nebo částečném vysazení látky se dostaví závažné a různě kombinované příznaky, průběh závisí na tom, co a kolik daný jedinec užíval. Je zde riziko odvykacího stavu s deliriem, což je život ohrožující stav zmatenosti s přidruženými somatickými poruchami (zastřené vědomí, živé halucinace a iluze, třes), často se objevuje také agresivita (Mahrová, Venglářová, 2008). Léčení je založeno především na psychoterapii, jejímž cílem je jedince seznámit s problematikou a dovést ho k příslušnému náhledu a abstinenci, jedná se především o skupinová sezení, kterých se často účastní i rodinní příslušníci a vyléčení pacienti (Mahrová, Venglářová, 2008).

1.2.3 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy

Termín schizofrenie lze přeložit jako „rozštěp mysli“, neboť při této duševní poruše dochází ke ztrátě kontaktu s realitou, k narušení vztahu k sobě samému a k vnějšímu světu, ničí intelektový, osobnostní, emoční i sociální život jedince (Malá, Pavlovský, 2010). Co se týče prognózy nemoci, je často citováno „pravidlo třetin“ – třetina pacientů žije běžným životem, třetina má stále určité příznaky schizofrenního onemocnění, ale je schopna žít v normální

společnosti a zbývající třetina je zřetelně trvale postižena a pacienti vyžadují častou hospitalizaci, z nich 10 % je v trvalé ústavní péči (Divácká, 2016). Rozlišujeme čtyři základní formy této nemoci – paranoidní schizofrenie (nejčastější, charakteristická bouřlivými atakami nemoci s halucinacemi a bludnými přesvědčeními), simplexní schizofrenie (uzavírání se do vlastního vnitřního světa), hebefrenní schizofrenie (není příliš častá, projevy lze přirovnat k extrémně vystupňovanému pubertálnímu chování), katatonní forma schizofrenie (nejvzácnější forma, pacient upadá do stuporu a nereaguje na okolí, někdy může přejít do náhlého masivního neklidu, objevují se vysoké horečky, svalová ztuhlost, metabolický rozvrat, může končit smrtí) (Mahrová, Venglářová, 2008).

Léčba je potřeba komplexní, a to jak farmakoterapie, tak psychoterapie, je potřeba posílit osobnosti jedince, aby byl schopen unést vyšší míru stresu (Mahrová, Venglářová, 2008). Dále může pomoci psychosociální terapie – spolupráce s rodinou, nácvik sociálních návyků (Divácká, 2016). Ve výjimečných případech se přistupuje k elektrokonvulzivní terapii, a to především u katogenní formy schizofrenie (Malá, Pavlovský, 2010). Jakýmsi přechodem mezi schizofrenií a afektivními poruchami je schizoafektivní porucha, jsou zde přítomné příznaky typické pro schizofrenní onemocnění a výrazné jsou přítom i změny nálady ve smyslu mánie či deprese (Mahrová, Venglářová, 2008). Porucha s bludy je onemocnění, které se objevuje narozdíl od dříve popsanych psychotických poruch v pozdějším věku, většinou kolem 50. roku života (Mahrová, Venglářová, 2008). Autorky dále uvádějí, že jsou nemocní často přesvědčeni o tom, že je někdo pronásleduje, že jim škodí, bludy se často týkají nějakého poměrně uzavřeného okruhu problémů a mají svým způsobem logickou souvislost, v ostatních souvislostech bývají nemocní bez psychopatologických projevů a chovají se přiměřeně. Sociální práce je dle autorek s tímto typem klientů náročná, nemají náhled na „nepravdivost“ svých přesvědčení a často nepůsobí jednoznačně jako duševně nemocní, bývá tedy obtížné rozhodnout, zda skutečně a jakým způsobem případně intervenovat.

1.2.4 Afektivní poruchy (poruchy nálad)

Hlavním znakem této skupiny jsou poruchy nálad – deprese a mánie a pokud se tyto stavy střídají, jedná se o bipolární poruchu (Mahrová, Venglářová, 2008). Mánie je porucha projevující se rozjařenou, okolnostem nepřiměřenou náladou, provázenou hyperaktivitou a velikášskými postoji s nápadným, nevhodným společenským vystupováním (Malá, Pavlovský, 2010). Dle Malé (2010) je hlavními riziky ztráta zábran vedoucí k nepřiměřenému, neodpovědnému, rizikovému chování – jako je nepřiměřené utrácení, flámování, podnikání,

zvýšená sexuální aktivita, snížená potřeba spát a jíst, častá změna činností. Výskyt pouze manických epizod je extrémně vzácný, většinou jde o bipolární poruchu, nejčastěji se však vyskytuje periodická depresivní porucha (Malá, Pavlovský, 2010). Naopak depresivní porucha se vyznačuje bolestně smutnou náladou, ztrátou zájmů a potěšení ze všech obvyklých činností a zábav, poruchou chutí k jídlu, změnou tělesné hmotnosti, poruchami spánku, psychomotorickým neklidem či útlumem, ztrátou energie, pocitu bezcennosti či viny, obtížným soustředěním a přemýšlením, myšlenkami na smrt nebo sebevraždu, případně sebevražedným pokusem (Mahrová, Venglářová, 2008).

Dle Světové zdravotnické organizace (2017) je deprese hlavní příčinou špatného zdraví a invalidity. Nedostatek podpory spojený se strachem ze stigmatizace brání mnohým lidem přístupu k léčbě, kterou potřebují ke zdravému a produktivnímu životu, v mnohých zemích existuje jen velmi malá podpora léčby lidí s duševním onemocněním, a dokonce i v zemích s vysokými příjmy se léčí jen 50 procent lidí s depresí (World Health Organization, 2017). Bipolární porucha, dříve zvaná maniodepresivní psychóza, je onemocněním kde se nepravidelně střídají manické fáze s depresivními, u většiny lidí je mnohem více epizod depresivních (Malá, Pavlovský, 2010).

1.2.5 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

Dle Malé (2010) jsou neurotické poruchy funkčními poruchami adaptace jednak vůči prostředí, jednak vůči sobě samému, souvisí s výskytem opakovaných stresujících životních událostí. Mahrová, Venglářová (2008) uvádějí, že neurotické příznaky prožívá občas i zdravý člověk – obavy, strach, nejasný neklid, úzkost, slabost, smutek – tam však narozdíl od nemocného zůstává zachován kontakt s realitou a nejsou přítomny psychotické fenomény (bludy, halucinace, deliria). Neurotické poruchy se rozdělují z hlediska převažujících klinických projevů. Patří sem fobické úzkostné poruchy, což jsou různé formy strachu (například strach z ostrých předmětů, z vody, z létání, z uzavřených prostorů, z nemocí atd.), většina fobických vztahů, s výjimkou sociálních fobií, je častější u žen (Malá, Pavlovský, 2010). Výskyt sociální fobie je u mužů i žen stejný, jedná se o strach ze ztrapnění v kontaktu s lidmi, jedinec trpí příznaky úzkosti z negativního hodnocení a nepříjemným situacím se vyhýbá, což vede k sociální izolaci a v extrémních případech až k sebevraždě (riziko je až šestkrát vyšší než v běžné populaci), přitom nemocní trpící touto fobií jsou si vědomi toho, že jsou jejich obavy přehnané a nepřiměřené (Malá, Pavlovský, 2010). Další velkou skupinou z fobických úzkostných poruch je agorafobie, která se projevuje nejen strachem z otevřených prostranství,

ale také například strachem z davu a nemožnosti okamžitého úniku na bezpečné místo (Mahrová, Venglářová, 2008). Nemoc je velmi omezující, někteří jedinci nejsou schopni vůbec vyjít z domova (Mahrová, Venglářová, 2008). Do neurotického okruhu řadíme také obsedantně-kompulzivní poruchu. Obsedantní myšlenky jsou nápady, představy nebo impulzy, které se opakovaně ve stereotypní formě vtírají do mysli jedince, který musí opakovaně činit akty a rituály, jenž však nejsou spojeny s příjemnými pocity ani nevedou k realizaci užitečných cílů (Mahrová, Venglářová, 2008).

Kategorie reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení se liší tím, že obsahuje poruchy, které lze identifikovat na základě mimořádně stresujícího životního zážitku, který vyvolal akutní stresovou reakci, nebo významné životní změny, vedoucí k trvale nepříjemným okolnostem a mající za následek poruchu přizpůsobení (Mahrová, Venglářová, 2008). Akutní reakce na stres je závažnou duševní poruchou, která poměrně rychle odezní, z emocí bývá přítomna beznaděj, zoufalství nebo naopak agresivita a zloba – dva symptomy jsou nejčastější, a to buď ustrnutí nebo naopak hyperaktivita, panika, útěk, mohou být provázeny poruchami paměti (Malá, Pavlovský, 2010). Posttraumatická stresová porucha je opožděnou reakcí na traumatickou situaci, u jedince se objevuje změněná afektivita, změna percepce sebe samého, sebeobviňování, sebeponižování, celkové otupění s nedostatkem zájmů, ztrátou naděje a zoufalstvím (Malá, Pavlovský, 2010). Somatoformní poruchy – symptomy připomínají somatické onemocnění, ale ani opakovanými vyšetřeními nelze najít organickou příčinu, často tedy problémy souvisí s psychickým rozpoložením jedince (Mahrová, Venglářová, 2008).

1.2.6 Poruchy osobnosti

Autorky Mahrová, Venglářová (2008) udávají, že poruchy osobnosti jsou diagnostikovány stále častěji, až polovina psychiatrických pacientů poruchou osobnosti trpí, často v součinnosti s další duševní poruchou. Tyto autorky dále upozorňují, že lidé trpící poruchou osobnosti mají závažné problémy začlenit se do společnosti, pracovat, vytvářet a udržovat vztahy a pečovat o potomky, jejich chování se značně odchyluje od očekávání společnosti i jednotlivců. Je přítomna malá odolnost a přizpůsobivost, tyto osoby mají nízkou schopnost empatie a časté problémy v interpersonálních vztazích, častá je presumpce viny (za všechno může okolí) a potíže s autoritami (Mahrová, Venglářová, 2008). K poruchám osobnosti patří paranoidní porucha osobnosti, schizoidní porucha osobnosti, schizotypální porucha osobnosti, disociální porucha osobnosti, emočně nestabilní porucha osobnosti, histriónská porucha osobnosti,

anankastická porucha osobnosti, anxiózní (vyhýbavá) porucha osobnosti, závislá porucha osobnosti (Mahrová, Venglářová, 2008). Každá z poruch má svojí specifickou charakteristiku.

1.2.7 Duální diagnózy

Pojmem duální diagnóza neboli komorbidita popsali autoři Kremláčková, Šupa (2016) jako stav, kdy má klient diagnostikované psychiatrické onemocnění a souběžně se vyskytuje závislost na omamných látkách či případně na patologickém hráčství. Dále autoři upozorňují, že je třeba na počátku vyhodnotit míru závislosti a případně navázat spolupráci s adiktologem. Léčba bývá náročná, závislost na návykových látkách komplikuje léčbu psychické nemoci a psychická nemoc zase ovlivňuje léčbu závislosti, je tedy potřeba na tuto problematiku pohlížet komplexně (Národní linka pro odvykání, 2021). U lidí s duální diagnózou je velmi častý relaps a je potřeba s tím při práci s klientem počítat. Klient při relapsu často cítí selhání, což může narušit další motivaci k léčbě. Některé zahraniční výzkumy udávají až 50 % prevalenci výskytu další diagnózy u pacientů závislých na návykových látkách (Národní linka pro odvykání, 2021).

1.2.8 Sociální dopady duševní poruchy

Duševní poruchu nelze považovat pouze za biologickou odchylku, člověk s duševní poruchou získává také specifickou sociální roli s čímž se pojí řada privilegií, ale také ztráta některých práv. Lidé s duševní poruchou jsou omezeni v několika oblastech života, míra omezení se liší dle závažnosti nemoci.

- a) **Škola a zaměstnání** – lidé s vážnou duševní poruchou nejsou často schopni dokončit školu nebo udržet si zaměstnání, na trhu práce jsou znevýhodňovány a čelí diskriminaci. Podle Mahrové, Venglářové (2008) je pro člověka s duševním onemocněním možnost chodit do zaměstnání a pracovat o to potřebnější, protože duševní onemocnění často vede k sociální izolaci. Dle autorek je pracovní prostředí 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 (Mahrová, Venglářová, 2008).
- b) **Finance** – mnohdy zůstávají lidé bez finančních prostředků nebo jim jsou přiznávány minimální invalidní důchody či příspěvky hmotné nouze, často mají lidé s duševní poruchou sníženou kompetenci v oblasti hospodaření s penězi a nedokáží s určenou částkou vyjít celý měsíc. Pobírání invalidního důchodu je pro lidi s duševní poruchou určitou jistotou, která je však stigmatizuje vyloučením z pracovního prostředí

a upírá jim vyšší sociální status a životní standard (Mikulec, Šnejdrová, 2019). V České republice jsou poruchy duševní a poruchy chování čtvrtou nejčastější příčinou invalidizace osob v produktivním věku (Zvoníková et al., 2010).

- c) **Bydlení** – je úzce spojeno s financemi, ale také s hospitalizacemi v psychiatrických nemocnicích. Při opakované nebo dlouhodobé hospitalizaci dochází u lidí s duševním onemocněním ke snižování sociálních dovedností a také k výraznému poklesu sebevědomí (Mikulec, Šnejdrová, 2019). Často nemají lidé s duševním onemocněním stabilní bydlení, kam by se po propuštění z nemocnice mohli vrátit a pokud jim není zajištěna následná (nejlépe komunitní) péče, dochází u nich k syndromu otáčejících se dveří – rychlý opětovný návrat do nemocnice (Mikulec, Šnejdrová, 2019). Thornicroft (2011) uvádí, že nejviditelnějším projevem diskriminace osob s duševní poruchou z hlediska bydlení je takzvaný jev „Not In My Back Yard“ (přeloženo „ne v mém sousedství“). Tento jev popisuje tendenci lidí odmítat, aby bylo zařízení či jiné bydlení pro lidi s duševní chorobou v blízkosti jejich bydliště, či například školy jejich dětí. Ve většině případech mají strach o svou bezpečnost a výzkumy prokázaly, že méně vstřícný postoj měli lidé, kteří měli o duševních poruchách méně znalostí nebo rodiče malých dětí (Thornicroft, 2011).
- d) **Rodina a partnerské vztahy** – duševní porucha nezasáhne pouze jedince, ale celou rodinu. Lidé s duševní poruchou o rodinné vazby a přátele často přicházejí, pomoc a podpora od blízkých lidí je přitom pro léčbu a vývoj nemoci klíčová. Nezřídka kdy dochází k úplně izolaci člověka s duševní poruchou, což souvisí s dalšími problémy.
- e) **Stigmatizace** – zde nejde o žádné faktické omezení, ale o to, jakým způsobem jsou lidé s duševní poruchou vnímáni, hodnoceni a akceptováni. V laické veřejnosti se traduje řada mýtů o lidech s duševní poruchou (Libiger, 2001). Mediální zobrazování lidí s duševní poruchou také příliš nepomáhá s destigmatizací, spíše naopak, měli bychom však mít na paměti, že ani lidé se závažnější poruchou (například schizofrenií) se nedopouštějí násilí vůči jiným lidem nijak častěji než zbytek populace (Mikulec, Šnejdrová, 2019).

1.2.9 Zotavení

Bostonský profesor Anthony popsal zotavení v roce 1993 jako: „*hluboce osobní, jedinečný proces změny vlastních postojů, pocitů, hodnot, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob, jak žít spokojený, nadějný a přínosný život přes všechna omezení způsobená nemocí. Zotavení*

buduje nový význam a smysl života tím, že člověk katastrofální důsledky způsobené duševním onemocněním překoná“. Tato definice je i po téměř 30 letech aktuální. Další definici přinesli Mead a Copland: *„Cílem Recovery nemusí být nutně uzdravit se ve smyslu úplného vyléčení všech symptomů. Spíše jde o to, aby daný člověk dokázal optimálně využívat svých možností a možností prostředí tak, aby našel rovnováhu a blahobyt v životních podmínkách, které si sám vybral“.* V České republice je jedním z těch, kteří se tématu zotavení dlouhou dobu věnují Mgr. Martin Fojtíček. Značnou část svého karierního života působil jako ředitelem organizace Ledovec, z. s. pracující převážně s lidmi s duševní poruchou, nyní se angažuje zejména v probíhající reformě psychiatrie. Měla jsem štěstí zúčastnit se několika jeho přednášek na toto téma. Když se ho někdo zeptá, co vlastně zotavení je, odpoví, že jako bývalý matematik dokáže říct několik definicí, ale jako filosof a člověk, který pracuje s lidmi s duševní diagnózou musí říct „nevím“. Je to dle něj příběh člověka, jedinečný, individuální a nepřenositelný příběh, který se vztahuje k jeho životu, ne k jeho nemoci. A stejně tak, jako nedokáže popsat, co je to „život“, není možné v jediné definici přesně zahrnout ani pojem „zotavení“.

Mark Ragins (2018) shrnul cestu k zotavení do čtyř etap:

- a) **První fází je naděje** – každý, kdo pocíťuje zoufalství, potřebuje cítit naději. Jedná se o motivační prvek, stanoví se o konkrétní rozumné vize, jaké by to mohlo být, kdyby to bylo lepší. V této části je pro pomáhajícího pracovníka důležité poznat člověka s duševní poruchou skutečně jako „člověka“ nikoliv jako pouhou diagnózu. Naopak člověk musí v pomáhajícím pracovníkovi vidět lidskost, opravdovost.
- b) **Druhou fází je zplnomocnění** – k tomu, aby lidé dělali pokroky je podstatné, aby věřili ve své schopnosti. Aby se cítili zplnomocnění je potřeba, musí mít přístup k informacím a možnost rozhodovat se sami za sebe. V této fázi je důležité podpořit silné stránky, než člověk začne sobě věřit je potřeba, aby mu věřil někdo jiný.
- c) **Třetí fází je odpovědnost za sebe sama** – při postupném zotavování si lidé začínají uvědomovat, že musí převzít za svůj život zodpovědnost. Tato etapa je pro lidi s duševní poruchou velmi náročná. Musí začít riskovat, zkoušet nové věci, učit se ze svých chyb a selhání, ale také odpoutat se od pocitů zklamání, hněvu a viny, které se s onemocněním pojí. Je potřeba zrušit staré stereotypy a podpořit klienta v tom, aby vzal život do vlastních rukou a nezůstával v bezpečné a snadné roli toho, o koho se starají ostatní.
- d) **Čtvrtou a poslední fází je smysluplná životní role** – pro úplně zotavení je důležité, aby lidé s duševním onemocněním získali v životě nějakou smysluplnou roli, která

nemá nic společného s jejich nemocí. Je podstatné, aby se lidé připojili k širšímu společenství a stýkali se s těmi, kteří nemají nic společného se světem péče o duševní zdraví. Smysluplné role ukončí izolaci a pomohou lidem žít svůj život v „normálních“ rolích zaměstnance, syna, matky, souseda apod.

1.2.10 Reforma psychiatrické péče

V předchozí podkapitole jsem ve spojení s panem Fojtíčkem použila také termín reforma psychiatrie. Půjde mi důležité sem tento pojem také zařadit, neboť sociální bydlení pro lidi s duševní poruchou a reforma psychiatrie je velmi úzce spjata. Postupná proměna péče o duševní zdraví se opírá o koncepční dokument Strategie reformy psychiatrické péče, schválený v roce 2013 (Reforma péče o duševní zdraví, 2020). Jedná se dlouhodobý proces, který je systémovou změnou poskytování psychiatrické péče, kde hlavním cílem je zvýšení její kvality a efektivity a zejména zvýšení kvality života a omezení stigmatizace lidí s duševním onemocněním (Reforma péče o duševní zdraví, 2020). Změny se netýkají jen medicínského oboru psychiatrie, ale celého systému péče o lidi s duševním onemocněním. Na reformě spolupracují Ministerstvo zdravotnictví, které řídí a koordinuje strategické aktivity, zdravotní pojišťovny zajišťující dostupnost služeb a odborná společnost, která je garantem reformy a odpovídá za její obsah (Anders, 2017).

Jednou z hlavních myšlenek reformy je multidisciplinární přístup, systém péče musí být schopen poskytnout nejen léčení duševního onemocnění, ale také pomoc a podporu ve všech potřebných oblastech klientova života jako je bydlení, práce, sociální a společenský status atd. (Anders, 2017). Vznikají multidisciplinární týmy složené z odborníků různých povolání, kteří mohou ovlivnit kvalitu života člověka s duševní poruchou, členové týmu se pravidelně setkávají a sdílejí informace o potřebách klientů a společně řeší jejich životní situace (Anders, 2017). Týmy pracují na principu zotavení. Pokud dojde k hospitalizaci klienta, členové týmu spolupracují s lůžkovým zařízením a vytvářejí podmínky pro úspěšný a rychlý návrat klienta do domácího prostředí (Anders, 2017). Novým prvkem v systému péče o lidi s duševní poruchou jsou Centra duševního zdraví (dále jen CDZ), která poskytují mobilní, ambulantní, krizové a denní služby (Anders, 2017). Hlavní funkcí CDZ je prevence hospitalizace či její zkracování, včasný záchyt rozvoje vážného duševního onemocnění, nápomoc k reintegraci u dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity (Anders, 2017). Rušení psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení by bylo dle Anderse (2017) nezodpovědné, reforma však předpokládá přesunout značnou část péče do domácího prostředí, což koresponduje také

s principy zotavení. Proto je potřeba, aby bylo dostatek bytů, a zejména těch sociálních, pro tuto cílovou skupinu vyčleněno.

1.3 *Bezdomovectví a duševní onemocnění*

Bezdomovectví je složitý společenský problém, na jehož vzniku a vývoji se podílí mnoho faktorů (Hradecký, 2007). Hradecký (2007) dále uvádí, že bezdomovectví není vymezeno jednou jedinou správnou definicí a neexistuje ani žádné konkrétní vyčíslení tohoto fenoménu, které by bylo přesným vyjádřením skutečnosti. Autor dále poukazuje, že obtížnost stanovení definice bezdomovectví se odráží ve schopnosti vládních orgánů přiměřeně na bezdomovectví reagovat. V odborné literatuře se o bezdomovcích obvykle píše jako o osobách bez přístřeší, sociálně slabých či o nepřizpůsobivých občanech (Marek et al., 2012). Dle Hradeckého (2007) je však výraz „nepřizpůsobivý“ ve spojení s člověkem bez domova značně stigmatizující, diskriminační a v současné době a společnosti nevyhovující. Bezdomovectví lze vymezit úzce, a to tak že by zahrnovalo pouze osoby bez přístřeší nebo v širším pojetí, které kromě lidí bez střechy zahrnuje také osoby žijící v nejistém nebo nevyhovujícím bydlení (Hradecký, 2007). Nejčastěji je rozlišováno bezdomovectví zjevné, skryté a potenciální. Zjevní bezdomovci splňují definici Hartla (2015) o osobách bez přístřeší, kteří nejsou schopni zastírat své bezdomovectví a nejsou schopni uchýlit se mimo veřejný prostor. Skrytí bezdomovci nemají žádnou možnost stálého bydlení, ale místo přežívání na ulici volí jinou strategii (Marek et al., 2012). Potenciální bezdomovci jsou lidé, kteří prozatím bydlí, ale stálé bydlení je v nedohlednu a riziko bezdomovectví je pro ně aktuální (Marek et al., 2012).

Psychické potíže a život bez domova jdou ruku v ruce. V časopise Nový Prostor o tomto tématu pojednává článek č. 426 s názvem Šílenství bez domova: „*Nabízí se mimo jiné otázka: Zblázníte se poté, co přijdete o domov, anebo se zblázníte první, a na ulici zůstanete až pak?*“ Dle Marka et al. (2012) měla však velká část bezdomovců nějaké psychické obtíže ještě v době, kdy bydleli a pracovali, a ty se patrně podílely na tom, že jedinec skončil na ulici. Sovinová, Csémy (2010) uvádějí, že 70 % duševně nemocných bezdomovců pocíťovalo potíže již před odchodem na ulici, kde se jejich potíže ještě zhoršily. Autoři dále specifikují, že 40-90 % mladých bezdomovců užívá drogy, 15-80 % bezdomovců vykazuje známky deprese a 20-80 % bezdomovců vykazuje poruchy osobnosti, zmíněné odlišnosti jsou dány hlavně rozdílností v diagnostických kritériích psychických poruch v jednotlivých výzkumech. Není tedy pochyb, že psychické onemocnění má velký vliv na sociální a ekonomický status a může vést k poruše sociálního fungování a dále bezdomovectví a sociální izolaci (Marek et al., 2012).

Čím je člověk na ulici déle, tím je propast mezi ním a společností větší. Je to bludný kruh, který je těžký rozbít, postavení mimo společnost zvyšuje riziko vzniku patologických jevů a jakákoli osobní i sociální patologie zvyšuje riziko izolace od společnosti (Marek et al., 2012). V České republice je známo, že určitá forma krizového bydlení se poskytne člověku až poté, co splní dané podmínky (například si vyřídí doklady, zajistí sociální dávky, sežene potvrzení od lékaře, nebude pod vlivem alkoholu nebo jiné látky), prokáže schopnost bydlet, případně sdílet bydlení s ostatními (Bandit, 2013). Ne každý však tuto schopnost má, zvláště pak, pokud se člověk potýká ze zátěží duševního onemocnění. Výjimku tvoří bydlení postavené na principech Housing first, které je popsáno v následující kapitole. V sociálních zařízeních pro lidi bez domova bývají dosti přísně nastavená pravidla a po klientech je vyžadováno „předpisové chování“ (Bandit, 2013). Typické projevy zhoršeného zdravotního stavu mohou být však agresivita, poruchy vnímání, impulzivita, konflikt, anebo i banální neschopnost si po sobě ráno ustlat postel (Bandit, 2013). Je tedy paradox, že lidé, kteří to potřebují nejvíce, nám propadají sítím pomoci, která v České republice funguje.

Přestože duševní nemoc nevede automaticky k bezdomovectví (stejně jako bezdomovectví nemusí nutně vést ke zhoršení psychického zdraví), není pochyb, že zvýšené riziko se dá předpokládat v obou případech (Bandit, 2013). Extrémní situace provokují extrémní reakce a ztráta domova se mezi takové situace dozajista řadí (Bandit, 2013).

Dle koncepce prevence řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020 (2013) je odhadovaný počet lidí bez přístřeší 30 000, mnohem více je však dle stejné metodiky osob v nejistém nebo nevyhovujícím bydlení.

K ukončení bezdomovectví jsou u nás i ve světě používány především tyto dva přístupy – Housing Ready, Housing First. Hlavní rozdíl mezi přístupy znázorňuje obrázek v příloze č. 2, podrobněji jsou přístupy popsány v podkapitolách níže.

1.3.1 Housing Ready (prostupné bydlení)

Přístup prostupného, vícestupňového bydlení či bydlení až po přípravě, je založený na předpokladu, že osoby bez domova je nutné nejprve na samostatné bydlení připravit, protože z různých důvodů ztratily „kompetence k bydlení“ (Ďord', 2019). Osobám bez domova je umožněn vstup do systémů prostupného bydlení a prostup jednotlivými stupni systémů na základě splnění kritérií, obvykle zjišťujících míru jejich „kompetencí“ k bydlení. Získání standardního bydlení je tedy posledním krokem sociální integrace (Snopek, Matoušek, 2014).

System prostupného bydlení je dle Snopka, Matouška (2014) zpravidla tvořen těmito třemi stupni, které můžeme také názorně vidět na obrázku č. 1:

- a) krizové bydlení (azylové bydlení; bydlení v ubytovnách s doprovodným sociálním programem);
- b) bydlení v tréninkových bytech, ve kterých je pod/nájemníkům poskytována doprovodná sociální asistence (sociálně aktivizační služby či terénní sociální práce)
- c) dlouhodobé sociální bydlení (bydlení, jehož parametry jsou nastaveny tak, aby umožnily zajištění dlouhodobého důstojného bydlení cílové skupině)

1.3.2 *Housing First (bydlení především)*

Druhý přístup k ukončování bezdomovectví je Housing First, který vznikl na začátku devadesátých let v New Yorku a primární cílovou skupinou jsou lidé bez domova se špatným zdravotním stavem, jsou závislí na alkoholu nebo jiných návykových látkách, mají vážná duševní onemocnění a další zdravotní omezení (Tsemberis, 2020). Bydlení především eliminuje bariéry u vstupu do programu a snaží se otevřít dveře každému člověku bez domova, ať už jsou jeho problémy jakkoliv komplikované (Pleace, 2017). Tento přístup byl vynalezen právě proto, že mnoho lidí bez domova se do tradičních služeb nedostávalo, a to buď z toho důvodu, že nesplňovali vstupní podmínky pro přijetí nebo pro ně služby nebyly atraktivní (Pleace, 2017). Primárním cílem Housing First programů je dle Ďord'a (2017) poskytnutí bydlení, tedy domova, neboť domov je totiž výchozím bodem pro sociální integraci, místem, které poskytuje bezpečí, stabilitu a pocit kontroly nad životem. Bez domova nemá člověk prostor, kde by si mohl stanovovat další životní cíle a priority. Po získání bydlení je těmito lidem poskytována vysoká míra sociální podpory, která je zaměřena především na udržení bydlení, zdraví, životní spokojenost a sociální integraci (Ďord', 2019).

Základními principy Housing First dle Pleace (2017) jsou:

- a) bydlení jako lidské právo,
- b) možnost volby a kontrola na straně klientů,
- c) oddělení bydlení a podpory (např. bydlení není podmíněno požadavkem, aby klient podstoupil protialkoholní léčbu),
- d) zaměření na zotavení (důraz na individuální prospěch a smysluplnost s důrazem na rozhodování a směřování svého života),

- e) minimalizace rizik neboli „harm raduction“ (holistický přístup zaměřený na celou osobnost, např. při užívání drog a alkoholu, usiluje o řešení všech příčin a následků, nikoliv pouze o detoxikační léčbu),
- f) aktivní zapojení bez donucení,
- g) individuální plánování,
- h) flexibilní podpora na potřebnou dobu.

1.4 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb. Zákon dále upravuje předpoklady k výkonu povolání, což je plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost (vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání v oborech, které jsou v zákoně uvedeny). Matoušek (2008) udává, že sociální pracovník je, stejně jako jiné pomáhající profese, konfrontován s komplexními problémy klientů, ve kterých nemůže být emocionálně ani postojově neutrální. Dle autora je proto důležité, aby se sociální pracovník ve svých emocích a postojích orientoval a dokázal je reflektovat, s klientem, kterého sociální pracovník nedokáže akceptovat, by pracovat neměl. Ve vztahu ke klientovi by měl být sociální pracovník co nejotevřenější a nejautentičtější, měl by mít schopnost vcítit se do klientovi situace, vnímat skryté stránky klientova problému a podporovat ho v konstruktivních řešeních (Matoušek, 2008). V oblasti sociální práce s klienty s duševní poruchou směřují sociální pracovníci do psychosociálních výcviků, díky kterým si osvojí techniky a nástroje pro práci s touto cílovou skupinou, některé výcviky pak vedou sociálního pracovníka více do role terapeuta (Mahrová, Venglářová, 2008).

1.4.1 Nástroje sociální práce související s problematiku bydlení

Sociální práce v rámci sociálního bydlení hraje klíčovou roli. Níže je uveden přehled komplexních nástrojů souvisejících s problematikou bydlení (Koncepce sociálního bydlení ČR, 2016):

- a) **Programy prevence ztráty bydlení** – zde patří kombinace sociálního poradenství, oddlužení, vyhledávání náhradního bydlení, pomoci s jednáním s pronajímateli a úřady.
- b) **Sociální realitní agentury** – zprostředkování bydlení pro cílovou skupinu v soukromém nájemním bydlení, agentury jsou často zřizovány neziskovými organizacemi.
- c) **Programy koordinované spolupráce a podpory v bydlení vysoce zranitelných skupin** – zejména při depistáži, stabilizaci, zmírňování rizik duševních poruch či závislosti na návykových látkách.
- d) **Sociální šetření** – posouzení situace ohrožených osob, identifikace rizik ztráty bydlení či setrvávání v bytové nouzi, probíhá na začátku spolupráce.
- e) **Individuální plánování** – řešení konkrétní situace klienta na základě zakázky s klientem, přináší transparentní výsledky práce a umožní prověřovat úroveň motivace klienta ke změně.
- f) **Sít'ování a multidisciplinární spolupráce** – navázání klienta na další služby, rozšiřuje sociálnímu pracovníkovi možnosti řešení situace klienta.
- g) **Případová konference** – vychází z multidisciplinárního přístupu, sociální pracovník může případovou konferencí využít v případech, kdy identifikuje, že s ohroženými osobami pracuje více institucí, odborníků nebo poskytovatelů služeb.

1.4.2 Case manager

Case manager, nejčastěji překládáno jako klíčový pracovník, má za úkol koordinaci služeb, které jsou klientovi poskytovány. Kromě koordinace také case manager sám poskytuje péči o člověka v jeho vlastním prostředí (Mikulec, Šnejdrlová, 2019). Dále se velmi dobře orientuje v rodinné situaci klienta a podporuje proces zotavení celého rodinného systému (MPSV, 2017). Tato forma koordinované sociální práce je využívána především u lidí s duševní poruchou, závislostí nebo duální diagnózou, kteří potřebují cílenou pomoc v mnoha oblastech (Mikulec, Šnejdrlová, 2019). Klienti s duševní poruchou obtížněji překračují hranice mezi službami a navazují péči jinde, proto je nutné je po síti služeb provést a pomoci jim vybudovat důvěru, ač se jedná o služby sociální nebo jiné (Mikulec, Šnejdrlová, 2019).

Mezi základní prvky case managementu patří dle Stuchlíka (2001):

- a) přehled o potřebách a schopnostech klientů,
- b) plánování péče,

- c) uskutečňování plánu – za pomoci klienta a jeho vlastního sociálního okolí,
- d) monitorování a zaznamenávání dosaženého či naopak nedosaženého pokroku,
- e) vyhodnocování práce a výsledků společně se všemi, kteří se na práci s klientem podílejí.

Tyto prvky jsou v souladu s principy dobré praxe individuálního plánování dle zákona č. 108/2006 Sb.

Zásady case managementu dle Stuchlíka (2001):

- a) **Zaměření na zdravé stránky klienta více než na psychopatologii** – diagnóza může být stigmatizujícím prvkem, který nic nevyovídá o klientových potřebách, o jeho zkušenostech a o jeho cílech do budoucna.
- b) **Podstatný je vztah klienta a case manažera** – vztah by měl být na partnerské úrovni. K této úrovni je třeba se dopracovat, neboť pracovník vstupuje do vztahu zákonitě v roli silnějšího.
- c) **Intervence jsou založeny na klientově rozhodnutí** – profesionál by měl respektovat klientova rozhodnutí. Měl by je respektovat i v případě, že je považuje za riskantní pro klienta. Měla by existovat jasná dohoda s klientem o situacích, kdy pracovník klientovo rozhodnutí respektovat nebude (např. v situacích, kdy si klient chce ublížit nebo ohrožuje své okolí).
- d) **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.
- e) **I lidé s dlouhodobým a závažným duševním onemocněním se mohou měnit, učit, zlepšovat a je třeba je v tom podporovat** – pracovník by měl vycházet ze silných stránek (schopností, dovedností), které klient má, respektive které mu zůstaly zachovány. Tento princip orientovaný na zotavení je v současných službách péče o duševní zdraví nepostradatelný.
- f) **Využívají se nejen tradiční služby, ale především zdroje komunity. Společenství, ve kterém klient žije, je zdroj, nikoliv překážka** – case management vychází z předpokladu, že pokud je klientovi v komunitě dostupný zdroj, který je schopen saturovat jeho potřeby, je to lepším řešením než využití profesionálních služeb. Např.

proč by měl klient trávit svůj volný čas v centru denních aktivit, pokud je členem sportovního oddílu, kde je spokojen, chodí do knihovny a má přátele, se kterými je schopen vyrazit do kavárny.

- g) 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.
- h) Multidisciplinární spolupráce** – multidisciplinární tým je efektivním nástrojem poskytování péče, umožňuje předávání zkušeností, a kontinuitu práce. Součástí práce jsou nutně týmové porady, které umožňují flexibilně koordinovat činnosti jednotlivých profesí v zájmu klienta a spolu s ním plánovat postup spolupráce.

1.5 Plzeň – služby pro osoby s duševní poruchou a vývoj sociálního bydlení

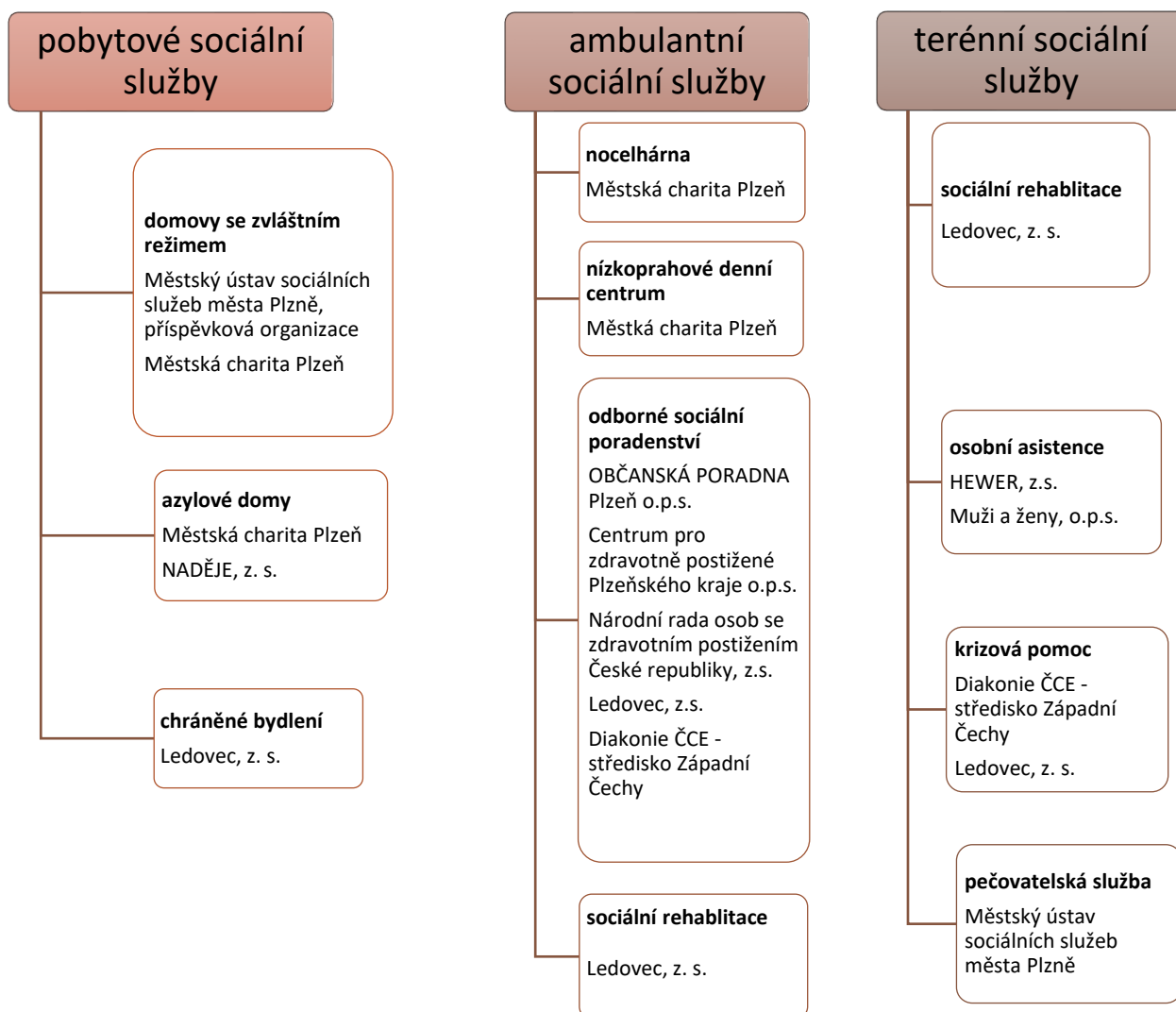
Jak již bylo uvedeno v teoretické části, prozatím neexistuje zákon o sociálním bydlení, je tedy na každém městě, jaká pravidla si nastaví, jak se chopí problematiky sociálního bydlení a jak se postará o osoby ohrožené bytovou nouzí. V následujících kapitolách popíši, jak vypadal vývoj sociálního bydlení v Plzni. Také přiblížím, jaké sociální služby mohou lidé s duševní poruchou na území města využít.

1.5.1 Demografie

Plzeň je statutární město na západě Čech a metropole Plzeňského kraje. Leží na soutoku řek Radbuzy, Úhlavy, Úslavy a Mže, z nichž vzniká řeka Berounka. Dnešní Plzeň se rozkládá na ploše 125 km², území se rozděluje do deseti městských obvodů. Plzeň je čtvrtým největším městem v České republice, žije zde přibližně 187 000 obyvatel (Statutární město Plzeň, 2022).

1.5.2 Služby pro osoby s duševní poruchou ohrožené ztrátou bydlení v Plzni

Na následujícím obrázku č. 1 jsou uvedeny sociální služby na území města Plzně, které mohou využít lidé s duševní poruchou ohroženým ztrátou bydlení. Služby jsou rozděleny na pobytové, ambulantní a terénní. Pod obrázkem jsou podrobněji popsány ty služby, které zaměřují na osoby s duševní poruchou více pozornosti. Na území města Plzně se jedná především o organizaci Ledovec, z. s.



Obrázek č. 1: Sociální služby pro osoby s duševní poruchou ohrožené ztrátou bydlení na území města Plzně

Zdroj: Sociální služby města Plzně – katalog sociálních služeb, zpracování vlastní

Ledovec, z. s.

V Plzni největší poskytovatel sociálních služeb pro osoby s duševní poruchou.

Chráněné bydlení – kapacita 18 míst, 4 byty; služba je poskytována maximálně po dobu čtyř let, sociální pracovníci podporují osoby s duševní poruchou v zázemí chráněného bydlení s cílem umožnit jim získat co nejvyšší míru samostatnosti a nacvičit si dovednosti spojené s životem v přirozených podmínkách (Ledovec, ©2017).

Sociální rehabilitace a Centrum duševního zdraví Plzeň – Sociální rehabilitace je sociální služba, která má za cíl pomoc lidem k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti, a to rozvojem jejich schopností a dovedností a posilováním návyků potřebných pro samostatný život (Ledovec, ©2017). Na základě služby Sociální rehabilitace vznikl tým Centra duševního zdraví (dále jen CDZ). CDZ je mezičlánkem mezi primární péčí, včetně ambulantní psychiatrické péče, a lůžkovou – akutní i specializovanou péčí. Jeho funkcí je prevence hospitalizací či jejich zkracování a nápomoc k reintegraci dlouhodobě hospitalizovaných do běžné komunity (Ledovec, ©2017). K zajištění tohoto cíle spolupracuje s dalšími potřebnými subjekty a službami jak specializovanými, tak těmi, které jsou určeny pro běžnou populaci v oblasti zaměstnání, vzdělávání, bydlení, volnočasových aktivit apod. CDZ propojuje zdravotní a sociální péči poskytovanou v terénu (Ledovec, ©2017). Všichni pracovníci CDZ Plzeň klienty navštěvují v jejich domácnostech či jinde, dle potřeb a domluvy, zejména také v lůžkových zařízeních (tým aktivně spolupracuje s klienty při jejich „vyvádění“ z dlouhodobé hospitalizace) (Ledovec, ©2017).

Telefonická krizová pomoc - terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami (Ledovec, ©2017).

Městský ústav sociálních služeb města Plzně

Osoby s duševním poruchou mohou využít domovy se zvláštním režimem (Čtyřlístek, Sněženka, Petrklíč) s kapacitou 416 lůžek nebo pečovatelskou terénní službu (MÚSS, ©2022).

Městská charita Plzeň

Jako akutní krizové bydlení je Městskou charitou Plzeň provozována noclehárna Domov sv. Františka, která nabízí 45 lůžek, v zimních měsících rozšiřuje kapacitu o tzv. „teplou židli“ (Městská charita Plzeň, ©2022). Dále je v Domově sv. Františka možnost ubytování v azylovém domě s kapacitou 16 lůžek nebo využití nízkoprahového denního centra (Městská charita Plzeň, ©2022). Osoby s duševní poruchou mohou využít také služby Domova se zvláštním režimem sv. Aloise, kde je kapacita lůžek 34 míst (Městská charita Plzeň, ©2022).

1.5.3 Městské byty

Město Plzeň má aktuálně přibližně 2 900 bytů, které jsou určeny k nájemnímu bydlení. Byty se nacházejí v různých lokalitách. Bytové domy jsou označeny koeficientem kvality, který je stanoven v závislosti na lokalitě, ve které se dům nachází, stavebně-technickému stavu domu a případně na dalších skutečnostech ovlivňujících bydlení nájemců. Koeficient je stanoven v rozmezí od 0,7 až 1,0 a vyjadřuje slevu na nájemném v procentech 30 až 0 (Vodičková, 2018).

1.5.4 Projekt „Pilotní testování koncepce sociálního bydlení v Plzni“

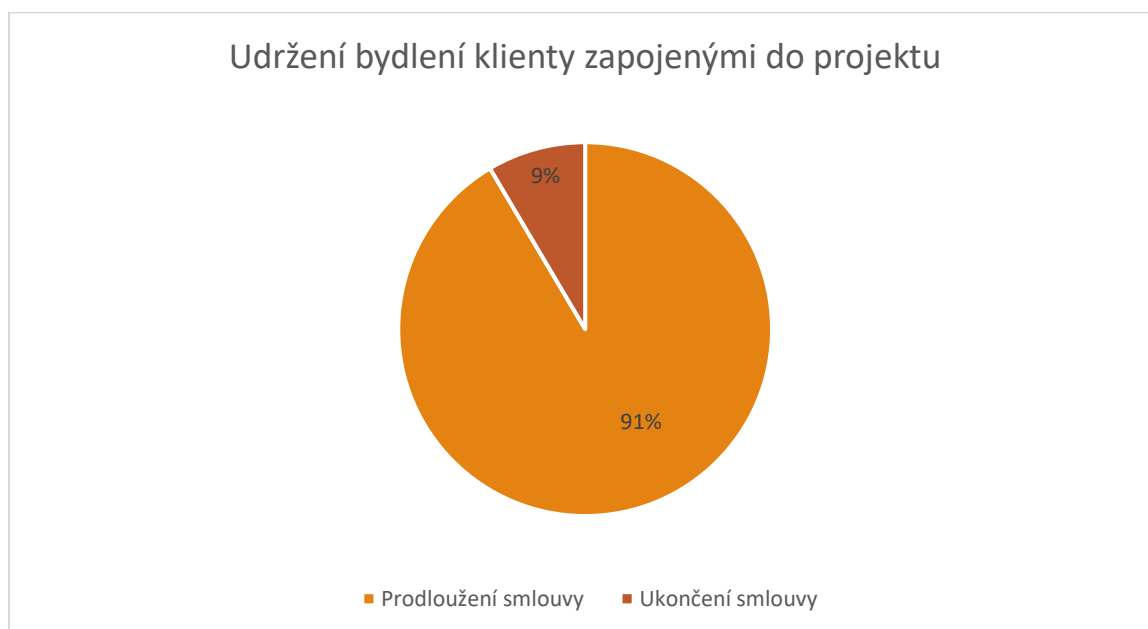
Tříletý projekt města Plzně odstartoval v březnu 2017. Nový systém sociálního bydlení představovat poměrně značný zásah do dosavadního systému (Statutární město Plzeň, 2019). Pro realizaci projektu bylo potřeba provést úpravy v organizačním schématu Magistrátu města Plzně (dále jen MMP) (Statutární město Plzeň, 2019). Kvůli realizaci projektu bylo v rámci Odboru sociálních služeb MMP zřízeno nové oddělení – Oddělení sociální práce a metodiky sociálního bydlení se čtyřmi sociálními pracovníky (Statutární město Plzeň, 2019). Nový koncept sociálního bydlení byl založen především na komplexní podpoře sociálním pracovníkem těm lidem, kteří do té doby v oblasti bydlení opakovaně selhávají, jako zvláště zranitelná cílová skupina byli stanovení lidé se zdravotním postižením, s duševní poruchou, senioři, mladí lidé opouštějící ústavní výchovu a samoživitelé (Statutární město Plzeň, 2019). Město se zavázalo poskytnout 35 bytů, konečným číslem bylo 45 bytů, které byly vyčleněny pro účely sociálního bydlení, část těchto bytů (15) bylo rekonstruováno za přispění dotačních programů evropské unie (Statutární město Plzeň, 2019). Již v úvodní fázi přijímání žádosti o byt se zjišťovalo, zda daný člověk potřebuje podporu sociálního pracovníka ve více oblastech nebo zda jediným problémem je nízký příjem, a proto nedokáže sehnat bydlení na komerčním trhu. Proces zařazení do projektu probíhal následovně:

- a) Klient si podal žádost o byt na bytovém odboru MMP, pokud pracovník bytového odboru ze získaných informací usoudil, že je klient vhodným adeptem k zapojení do projektu (to znamená potřebuje poskytnutí komplexní sociální práce) předal informaci sociálním pracovníkům na odbor sociálních služeb MMP;
- b) sociální pracovníci provedli sociální šetření u klienta v domácnosti – podrobnější zjišťování informací o bytové situaci, finanční situaci, hledání oblastí, ve kterých je potřeba podpora;
- c) sociální pracovníci ze získaných informací vyhodnotili bytovou nouzi;

- d) poté byla svolána hodnotící komise složená ze dvou pracovníků odboru bytového a dvou pracovníků odboru sociálních služeb, kde byli vybráni klienti vhodní k zapojení do projektu a byli jim vyhledány vhodné volné byty (pokud to bylo možné).

V závěrečné zprávě projektu evaluátor Ing. Vladimír Sodomka (2020) zhodnotil, že i přes počáteční nejistotu a obavy ohledně fungování sociálního bydlení a úspěšnosti pilotního projektu se ukázalo, že systém funguje poměrně dobře a dokáže úspěšně řešit problém bezdomovectví a bytovou nouzi zvláště ohrožených cílových skupin. Efektivita podporovaného bydlení (bydlení s komplexní podporou sociálního pracovníka) se ukázala jako významně vyšší ve srovnání se standardními nájemními vztahy i původními očekáváními. Také ze strany MPSV je realizace pilotního projektu hodnocena velmi pozitivně a Plzeň je považována za jednu z nejlepších obcí tohoto projektu (Sodomka, 2020).

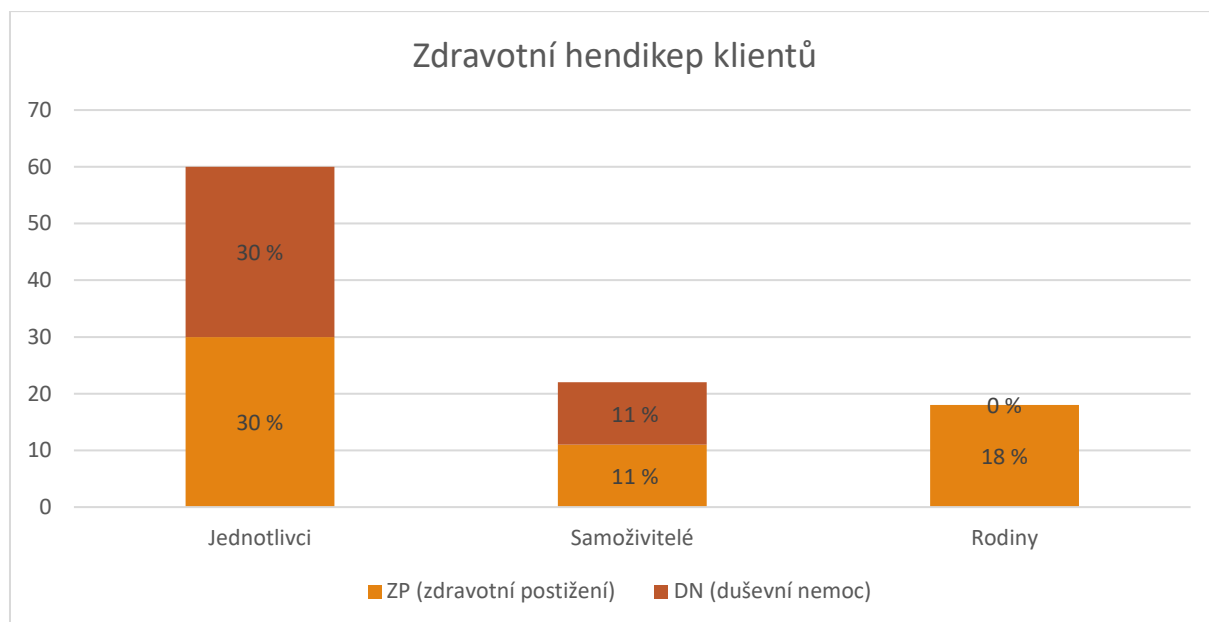
Jak ukazuje následující graf, z celkového počtu 47 domácností, které byly zapojeny do projektu si 43 udrželo bydlení (respektive jim byla po roce prodloužena smlouva), pouze 4 domácnosti nepokračovaly. Důvody ukončení smlouvy byly ve dvou případech dluh na nájemném, v jednom případě úmrtí a v jednom případě nástup do výkonu trestu odnětí svobody. Ze 43 domácností 13 domácností již nepokračovalo po roce s podporou sociálního pracovníka, jejich situace se stabilizovala, u ostatních je potřeba sociální práce dlouhodobá.



Obrázek č. 2: Udržení bydlení déle než rok klienty zapojenými do projektu

Zdroj: Závěrečná zpráva projektu „Pilotní testování koncepce sociálního bydlení, Ing. Vladimír Sodomka (2020), zpracování vlastní

V závěrečné zprávě uvedl Sodomka (2020) složení cílové skupiny klientů projektu. Osoby s duševní poruchou, jak znázorňuje následující graf, tvořili vysoký podíl.



Obrázek č. 3: Struktura cílových skupin v projektu sociálního bydlení v Plzni podle zdravotního znevýhodnění

Zdroj: Závěrečná zpráva projektu „Pilotní testování koncepce sociálního bydlení, Ing. Vladimír Sodomka (2020), zpracování vlastní

Polovinu klientů v sociálních bytech tvořili jednotlivci, rodiny cca 28 % a samoživitelé cca 22 %. Značná část klientů měla nějaký zdravotní hendikep (40 %), z toho duševní porucha byla diagnostikována 18 % klientů z celkového počtu. Nejvyšší zatížení klientů zdravotním postižením nebo duševním onemocněním je u jednotlivců.

1.5.5 Kontaktní místo pro bydlení

Po ukončení projektu „Pilotní koncepce sociálního bydlení v Plzni“ který byl z velké části financován dotacemi evropské unie, se vedení města rozhodlo nadále sociální bydlení ve městě podporovat a financování zajistit již v rámci rozpočtu města. Rozdělení gesce mezi dva odbory (bytový a sociálních služeb) se ukázalo pro zájemce o bydlení jako značně matoucí, proto bylo jedním z cílů pokračování sociálního bydlení ve městě sjednocení této agendy na jedno místo. Od 1. května 2020 je sociální bydlení koordinováno z nově vzniklého Kontaktního místa pro bydlení na adrese Jagellonská 8, Plzeň. Nedlouho poté vznikl nový odbor, který převzal veškerou agendu spojenou se sociálními byty na území města Plzně – Odbor dostupného

bydlení a sociálního začleňování. Se zřízením Kontaktního místa byl změněn také systém získání nájemní smlouvy k městskému bytu, byly zrušeny papírové žádosti a byl zaveden elektronický systém. Každý žadatel o městský byt musí provést elektronickou registraci prostřednictvím realitního portálu města Plzně (www.byty.plzen.eu). Na realitním portále jsou zároveň zveřejňovány volné byty a žadatel se na tyto byty sám přihlašuje. Na realitním portále se zveřejňují byty v kategorii standardní bydlení, bezbariérové byty a byty pro seniory. Každý uvolněný byt je nafocen, je zveřejněn jeho přesný popis, termín prohlídky a popis uvolněného bytu, který obsahuje přesnou charakteristiku, pro jakou cílovou skupinu obyvatel je určen: věk, počet osob apod., tímto se město Plzeň snaží ovlivňovat prostorovou segregaci (Vodičková, 2021). Pokud žadatelé nedokáží udělat registraci sami, jsou sociální pracovníci připraveni jim pomoci. V prostorách Kontaktního místa pro bydlení byla také zřízena klientská místnost, kde má v případě potřeby klient a sociální pracovník soukromí při sdílení citlivějších informací.

Město Plzeň v současné době nabízí několik typů bytů (Správa informačních technologií města Plzně, © 2022):

- a) **Dostupné bydlení bez registrace** – určeno zejména pro občany města Plzně či osoby se zaměstnáním v Plzni, které mají dostatečné pravidelné příjmy ze závislé činnosti či podnikání;
- b) **vizualizovaný byt nebo byt na úpravu** – byt před rekonstrukcí, konkrétní podmínky jsou uvedeny vždy na webové stránce města;
- c) **dostupné bydlení s registrací** – určeno domácnostem, které mají nižší příjem, ale není u nich potřeba podpory sociálního pracovníka;
- d) **bezbariérový byt** – jedná se o byty upravené a určené pro zdravotně znevýhodněné osoby s porušenou funkcí pohybového ústrojí;
- e) **byt zvláštního určení** – určen pro ubytování seniorů a osob se zdravotním postižením;
- f) **byt pro seniory** – určen pro poživatele starobního důchodu nebo poživatele předčasného starobního důchodu, případně pro občany s předpokládaným vznikem nároku na přiznání starobního důchodu ve lhůtě do 2 let od podání žádosti, jedná se o osoby, jejichž schopnost získání vlastního bydlení je omezena věkem nebo zdravotním stavem, avšak osoby zcela soběstačně, bez potřeby komplexní péče;
- g) **sociální bydlení** – určeno osobám s potřebou komplexní sociální podpory, s nízkými příjmy, vyloučenými z bydlení, jakými jsou rodiny s dětmi, osoby přežívající venku, osoby opouštějící dětské domovy, osoby v azylových domech, domech na půl cesty,

samoživitelé, osoby s duševním onemocněním, se zdravotním postižením a podobně. U každého žadatele musí být sociálním pracovníkem provedeno sociální šetření, se kterým musí žadatel souhlasit. Sociální šetření slouží jako východisko pro určení a vyjednání cílů pomoci, která je následně nájemcům sociálního bytu poskytována sociálním pracovníkem.

2 Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je popsat sociální bydlení pro osoby s duševní poruchou poskytované městem Plzní. Dílčím cílem je popsat možnosti a specifika sociální práce s touto cílovou skupinou včetně role a náplně činnosti sociálního pracovníka. Druhým dílčím cílem je zjistit přínos sociálního bydlení z pohledu klientů s duševní poruchou.

2.2 Výzkumná otázka

Na základě cíle bakalářské práce byla zvolena následující hlavní výzkumná otázka:

HVO: Jakým způsobem je poskytováno sociální bydlení pro osoby s duševní poruchou městem Plzní?

Dále byly stanoveny dvě dílčí výzkumné otázky:

DVO₁: Jaké jsou specifika při práci s lidmi s duševní poruchou?

DVO₂: Jaký přínos má sociální bydlení z pohledu klientů s duševní poruchou?

3 Metodika výzkumu

3.1 Metodický postup

Pro zpracování výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkum. Výhodu kvalitativního výzkumu spatřuje Hendl (2005) v získání hloubkového popisu případu a zároveň poskytuje podrobné informace o vzniku daného fenoménu, naopak nevýhodu vidí v možné neprůhlednosti a malé transparentnosti. S kvalitativním výzkumem je spojeno několik přístupů, pro tuto bakalářskou práci jsem využila fenomenologického zkoumání. Fenomenologický výzkum klade důraz především na porozumění, a to jak jedinci nebo skupina jedinců vnímají určitou zkušenost (Hendl 2005). Data se shromažďují obvykle pomocí kvalitativního rozhovoru, který bude využit i v tomto případě.

3.2 Etické aspekty výzkumu

Etické otázky hrají při kvalitativním výzkumu důležitou roli, existují různá doporučení, které by se měly ve výzkumu aplikovat. Hendl (2005) mezi ty nejdůležitější řadí tyto:

- a) Zachování anonymity a soukromí;
- b) získání informovaného souhlasu;
- c) poskytnutí emočního bezpečí – je nutné přizpůsobit otázky a jejich načasování.

Všichni komunikační partneři zapojeni do výzkumu byli seznámeni o tématu, účelu a průběhu výzkumu. Dále všichni souhlasili s nahráváním rozhovoru a byli informováni, že k nahrávce nebude mít nikdo jiný přístup a bude ihned po zpracování smazána. V příloze č. 3 bakalářské práce je přiložen vzor informovaného souhlasu, který všichni komunikační partneři před realizací výzkumu podepsali.

3.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl vytvořen metodou záměrného (účelového) výběru. Jedná o nejvyužívanější metodu výběru výzkumného souboru u kvalitativního přístupu, klienti zapojení do výzkumu jsou vybíráni cíleně podle jejich určitých vlastností a splňují předem určená kritéria výzkumu (Miovský, 2006). Tato metoda vybírá mezi potenciálními účastníky výzkumu toho, který je pro účast ve výzkumu vhodný, splňuje stanovená kritéria a který se zapojením do výzkumu souhlasí (Miovský, 2006).

Pro účely výzkumu jsem oslovila sociální pracovníky Magistrátu města Plzně – Odboru dostupného bydlení a sociálního začleňování a nájemníky sociálních bytů, které vlastní město Plzeň.

Do výzkumu byli zahrnuti ti sociální pracovníci, kteří s tím souhlasili a zároveň měli mezi svými klienty někoho, kdo má diagnostikovanou duševní poruchu. V tomto případě byl základní soubor, tedy počet všech sociálních pracovníků, 6 potencionálních komunikačních partnerů. Výběrový soubor činil 5 potencionálních komunikačních partnerů, neboť jedna sociální pracovnice neměla mezi klienty nikoho s duševní poruchou. Cílový soubor byl taktéž 5 komunikačních partnerů.

Nájemníci sociálního bydlení museli splňovat tyto požadavky, aby mohli být do výzkumu zařazeni:

- a) Uzavřená nájemní smlouva s městem Plzní k sociálnímu bytu;
- b) probíhá spolupráce se sociálním pracovníkem;
- c) diagnostikována duševní porucha;

- d) ochota pro uskutečnění rozhovoru a souhlas s použitím získaných informací ve výzkumu pro bakalářskou práci.

Základní soubor, tedy všechny nájemníky sociálních bytů, kteří mají aktuálně platnou nájemní smlouvu tvoří 68 potencionálních komunikačních partnerů. Výběrový soubor, tedy nájemníky sociálních bytů s platnou nájemní smlouvou, kteří mají diagnostikovanou duševní poruchu tvoří 24 potencionálních komunikačních partnerů. Cílový soubor, tedy nájemníky sociálních bytů s platnou nájemní smlouvou a diagnostikovanou duševní poruchou, kteří souhlasili se zapojením do výzkumu tvoří 12 komunikačních partnerů.

3.4 *Místo realizace výkonu*

K realizaci svého výzkumu jsem zvolila sociální bydlení ve městě Plzni, neboť v roce 2017 jsem nastoupila na Magistrát města Plzně na pozici sociální pracovnice. Nastoupila jsem v začátku projektu „Pilotní testování koncepce sociálního bydlení“, měla jsem tedy možnost podílet se na vzniku metodiky k sociálním bytům v Plzni a hledání optimálního řešení pro zavedení do praxe. Tato zkušenost pro mě byla nesmírně cenná a ráda bych se o ní v rámci své bakalářské práce podělila. Momentálně jsem od roku 2020 na rodičovské dovolené.

3.5 *Způsob realizace výzkumu*

Nejprve jsem se sešla s vedoucí odboru dostupného bydlení a sociálního začleňování, které jsem podala informace o podrobnostech svého výzkumu a následně mi od ní byla podepsána Žádost o provedení výzkumu na nezdravotnickém pracovišti. Poté jsem rovnou s vedoucí odboru udělala jeden z polostrukturovaných rozhovorů, neboť i ona je zároveň sociální pracovnicí a má mezi svými klienty osoby s duševní poruchou. Následně jsem udělala rozhovory s ostatními sociálními pracovníci v jejich kancelářích. Rozhovory byly uskutečněny 14. 3. 2022 a délka jednoho byla přibližně 45 minut.

Druhá část výzkumu byla realizována s klienty sociálního bydlení, a to v jejich přirozeném prostředí, tedy v jejich domácnostech v období od 15. 3. do 8. 4. 2022. V první fázi jsem oslovila sociální pracovnice se kterými jsem dělala rozhovory do první části výzkumu a požádala je, zda by mohly kontaktovat potencionální komunikační partnery – tedy klienty sociálního bydlení a zeptaly se jich, jestli by byli ochotni zapojit se do výzkumu o němž jim byly řečeny základní informace. Pokud klient souhlasil, byla domluvena úvodní schůzka, která se uskutečnila ve třech, tedy i s jeho klíčovou sociální pracovnící. Na schůzce byly klientovi

sděleny další informace k výzkumu a pokud souhlasil se zapojením, byl podepsán informovaný souhlas a domluven termín další schůzky určený již k samotnému rozhovoru k výzkumu. Nechala jsem na klientově uvážení, zda chce, aby se další schůzky účastnila také jeho klíčová pracovnice a informovala ho, že pokud si jeho účast kdykoliv rozmyslí, může se ozvat a rozhovor odvolat. S některými komunikačními partnery jsem se znala již před realizací tohoto výzkumu, bylo tedy jednodušší orientovat se v získaných informacích a díky navozené důvěře z přechozí spolupráce se klienti snadněji otevřeli, neslo to však i své limity, které dále shrnu v závěrečné diskuzi.

3.6 Způsob vyhodnocení dat

Po ukončení rozhovoru byly záznamy přepsány do ucelené elektronické textové podoby, tento postup se nazývá transkripce (Hendl, 2005). Získaná data byla zakódována a vhodně k sobě přiřazena. Kódování bylo provedeno otevřeným kódováním. Otevřené kódování jsou významové jednotky složeny z pojmů, které označují jednotlivé události, pojmy jsou poté seskupovány do vyššího řádu, které nazýváme kategorie (Miovský, 2006). Kódování bylo provedeno metodou tužka a papír. Na závěr jsem vytvořila kategorie dat, které jsou uvedeny ve výzkumné části.

4 Výsledky výzkumu

V této části práce popíši výsledky svého výzkumu. Výzkum jsem rozdělila na dvě části, v obou částech jsem využila k získání dat metody polostrukturovaného rozhovoru. V první části probíhal rozhovor se sociálními pracovníci Magistrátu města Plzně – Odboru dostupného bydlení a sociálního začleňování, rozhovor jsem vedla s pěti komunikačními partnery. Druhá část výzkumu je věnována rozhovorům s klienty sociálního bydlení, zde se zapojilo dvanáct komunikačních partnerů. Aby bylo možné jednotlivé komunikační partnery odlišit, sociální pracovníky jsem označila jako KP_{SP1}-KP_{SP5} a klienty jako KP1-KP12.

4.1 Výsledky získané vedením polostrukturovaného rozhovoru se SP

Komunikačním partnerům z řad sociálních pracovníků bylo v rámci polostrukturovaného rozhovoru položeno 7 otázek – viz příloha č. 4 a v případě potřeby jsem se doptávala dále. V následující tabulce jsou uvedené základní údaje pro identifikaci komunikačních partnerů.

Tabulka č. 1: Základní informace o komunikačních partnerech – sociální pracovníci

	pohlaví	věk	délka praxe sociálního pracovníka	aktuální počet klientů s duševní poruchou
KP_{SP1}	žena	35 let	15 let	2
KP_{SP2}	žena	45 let	20 let	3
KP_{SP3}	žena	42 let	20 let	7
KP_{SP4}	žena	28 let	5 let	4
KP_{SP5}	žena	36 let	14 let	6

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.1 Průběh sociální práce v sociálních bytech

Zde se odpovědi komunikačních partnerů trochu lišili, všichni se však shodli na tom, že průběh je velmi individuální v závislosti na konkrétním klientovi a fázi spolupráce. Všichni se dále shodli, že je velmi důležité v prvotní fázi spolupráce zmapovat potřeby klienta. KP_{SP1}: „*Na začátku spolupráce sociální pracovník navazuje s klientem vztah, zjišťuje jeho potřeby, plány, anamnézu a nastavuje s klientem IP.*“; KP_{SP2}: „*Sociální pracovník začíná mapováním – co od něj klient očekává, tedy vymezením zakázky klienta, tímto navazuje na zmapování potřeb, které bylo provedeno v rámci sociálního šetření.*“ Začátky spolupráce jsou intenzivnější, zpravidla jednou až dvakrát týdně, než se klient zabydlí. KP_{SP3}: „*Podle stanovené míry a druhu podpory pak probíhají jednotlivá setkání s klientem. Ty jsou ze začátku zabydlovacího procesu jednou až dvakrát týdně, případně dle potřeby a po půl roce se spolupráce vyhodnocuje a nastavují se nové termíny pro společné schůzky. Spolupráce se nejvíce týká nejčastěji pořízení vybavení do bytu, zajištění pravidelných příjmů domácnosti, stabilizace duševního zdraví a případně volnočasových aktivit.*“ Dále komunikační partneři shodně uvedli, že je v prvotní fázi spolupráce důležité vymezit si pro klienta dostatek času, neboť se utváří vztah a vzájemná důvěra. Hlavním cílem sociální práce je zajistit klientovi odpovídající a stabilní bydlení a současně minimalizovat rizika ztráty tohoto bydlení, sociální práce probíhá v souladu s principy Bydlení především (Housing First). KP_{SP2}: „*Podpora klienta sociálním pracovníkem by se měla zaměřovat na celkovou životní spokojenost jednotlivce. To zahrnuje jeho fyzické i duševní zdraví, úroveň jeho sociální podpory (od partnera, rodiny či přátel) a míru jeho sociální integrace, tzn. zda je součástí komunity a podílí se aktivně na společenském dění.*“ Po celou dobu probíhá spolupráce formou individuálních plánů, kde jsou stanoveny jednotlivé cíle

a kroky potřebné k jejich dosažení. Míra podpory, pokud jde všechno dobře, postupně klesá, až není nutná podpora žádná, což také při rozhovorech potvrdili komunikační partneři z řad klientů.

4.1.2 Běžný pracovní den sociálního pracovníka Odboru sociálního bydlení a sociálního začleňování

Zde odpovídali všichni komunikační partneři shodně. Den začíná pracovní poradou celého týmu na zhruba 45 minut, kde si sociální pracovníci předají informace o předešlém dni, co je potřeba zařídit, jaký má kdo program, kam odchází a zda nepotřebuje spolupráci od kolegy. Je zde i prostor pro řešení individuálních případů klientů a získání podpory a nápadů od kolegů k jeho řešení. Poté se každý den každého sociálního pracovníka liší, někdy stráví více času v terénu na domluvených schůzkách s klienty, či doprovody s nimi, jindy je zase víc administrativní práce v kanceláři.

Nápad na každodenní ranní setkání se mi velice líbí, předávání informací v týmu je dle mě velmi důležité a při onemocnění jednoho z pracovníků je pak snadnější řešit jeho zastupitelnost.

4.1.3 Specifika práce s lidmi s duševní poruchou

KP_{SP1}: „sociální pracovník by měl být podle mého citlivější k projevům klienta, k tomu, co říká a jak se chová. Citlivější ke změnám chování. K tomu je potřeba, aby sociální pracovník dobře znal svého klienta, to vyžaduje hodně času a budování vztahu.“ KP_{SP5}: „u některých osob bych řekla, že se práce s touto cílovou skupinou neliší – kdybych nevěděla, že mají určitou poruchu, téměř bych to nepoznala („zalčení“, užívají pravidelně léky, dochází ke svému psychologovi, psychiatrovi) = po získání bytu žijí běžný život s občasnou podporou např. v vyplnění žádostí o dávky, u jiných osob bych řekla, že je sociální práce intenzivnější – častější kontakt, telefonní konzultace, doprovody, pomoc se zajištěním běžných – v některých případech i základních činností (je to opravdu hodně individuální a hlavně každá porucha má své specifita komunikace).“; podobně odpověděl také KP_{SP3}: „nevnímám žádný rozdíl, pokud je klient s duševní poruchou stabilizovaný. Pokud u klienta dojde ke zhoršení duševního stavu, podpora se několikanásobně zvýší a jedná se především o podávání krizové intervence. Typické pro tyto situace je, že klient chce řešit vše hned a radikálním způsobem. Je schopný telefonovat každému, koho má v telefonním seznamu uloženého. Složitě je udržet informovanost všech zainteresovaných pomáhajících profesionálů. Složitě jsou situace, kdy vidíme, že klient je dekompenzovaný a byla by vhodná hospitalizace, ale klient ji z nějakého důvodu odmítá.“

Komunikační partneři mě při rozhovoru seznámili s nástroji, které se jim osvědčily při práci s lidmi s duševní poruchou:

- Krizový plán – s klientem sepsán dohodnutý postup co dělat v případě zhoršení zdravotního stavu (kdy volat záchrannou službu, kdy kontaktovat rodinu, psychiatra atd.), jak poznat, že došlo ke zhoršení zdravotního stavu, vzor krizového plánu je přiložen v příloze (příloha č. 6);
- spolupráce s psychiatrem klienta – pouze po souhlasu klienta;
- spolupráce s Centrem duševního zdraví, využívání terénní psychiatrické sestry;
- techniky vycházející z principů Zotavení;
- motivační rozhovory – práce s motivací klienta;
- zaměření na silné stránky klienta, zplnomocňování;
- kruh podpory – mapování zdrojů v okolí klienta, zaznamenávají se zde rodinné vazby, přátelé i profesionálové, kteří jsou v klientově životě nápomocní (příloha č. 7).

4.1.4 Práce se sousedskými vztahy

Práce se sousedskými vztahy začíná již před nastěhováním do sociálního bytu, jak popsala KP_{SP1}: „*když se klient stěhuje do sociálního bytu, tak s ním mluvíme o tom, co dělat proto, aby byl nejen dobrý nájemce, tedy platil nájem a staral se o byt, ale že by měl být i dobrý soused a co to znamená (např. zdraví sousedy, nedělá hluk po 22hodině atd.). V některých domech jsou už daná pravidla např. o úklidu, s tím by se měl klient také seznámit, aby do domu „zapadl“. Chceme, aby byl klient v tomto samostatný, abychom nedělali prostředníka mezi ním a sousedy, protože by mu to mohlo dát „nálepku“. Takto pracujeme s každým klientem nejen s klientem s duševní poruchou“.* Pokud je ta možnost, snaží se sociální pracovníci o širší spektrum cílové skupiny v jednom domě, což do budoucna předchází potížím se sousedskými vztahy. Pokud již problémy v sousedských vztazích nastanou, sociální pracovníci pracují často s obyvateli celého domu. KP_{SP2}: „*při sporech mezi sousedy využíváme v případě potřeby techniky mediace a facilitace“*; KP_{SP5}: „*při řešení sousedských sporů se nám osvědčily případové konference, jednotlivé otevřené rozhovory – zjištění názorů, obav, přání, snaha o nalezení kompromisů, připomenutí nastavených pravidel (domovní řád) a následné dohlížení nad jejich dodržováním“*. Naopak KP_{SP3} doposud neshledala v sousedských vztazích žádné potíže, které by byly potřeba řešit: „*já osobně sousedské vztahy neřeším. Moji klienti se svými sousedy vycházejí dobře. Jedna klientka měla potíže se sousedy romského původu, ale jen v okamžiku, kdy sama byla dekompenzovaná“*.

4.1.5 Přínos sociálního bydlení pro lidi s duševní poruchou očima sociálního pracovníka

KP_{SP1}: „Žít běžným životem. Stabilizace duševního stavu a snížení ataky nemoci, kdy je potřeba hospitalizace. Řada klientů má opakovanou zkušenost s životem v léčebně, když ale získají byt, prostor, který je jejich, tak se jejich stav postupně zlepšuje, začínají se realizovat, zapojovat do společenského dění, jsou spokojenější. Sníží se počet hospitalizací. Samozřejmě jsme měli i případy, kdy bydlení nevyšlo a návrat do léčebny byl neodkladný, ale s tím se počítá.“

KP_{SP2}: „Pokud mají lidé s duševním onemocněním stabilní bydlení, klesá u nich počet hospitalizací. Naučí se samy vyrovnávat s výkyvy jejich duševního stavu. Dokáží se lépe začlenit do společnosti.“

KP_{SP3}: „Získají tím velkou jistotu, že se mají kam vrátit, pokud budou hospitalizováni. Mohou si najít práci, partnera a volnočasové aktivity. Mají soukromí, což je při jejich duševním onemocnění velmi důležité. Snižuje se nebo se plně odstraní hospitalizace z důvodu zhoršení zdravotního stavu.“

KP_{SP4}: „Většinou nemají jinou možnost bydlení a pokud jo, není většina majitelů bytů tolerantní k jejich duševnímu onemocnění, kdežto v sociálním bytě, i přesto že počítá s hodně variantami a lze očekávat problémy, jsme na ně připraveni a vždy se dají pomocí sociální práce vyřešit.“

KP_{SP5}: „Začlenění se do společnosti, vytvoření domova (pocitu jistoty, bezpečí, „svého“ místa kam se mohou vrátit) s „terapeutickou“ podporou – určitou možností podpory, poradenství např. konzultování, svěřeni se.“

4.1.6 Příklady dobré praxe klientů s duševní poruchou v sociálním bydlení

Na závěr rozhovoru jsem požádala komunikační partnery, zda by se se mnou podělili o příklady dobré praxe, všech pět příběhů uvádím níže.

Příběh dobré praxe od KP_{SP1}:

„Mým prvním klientem byl pán kolem 40 let, který před získáním sociálního bytu býval minimálně jednou ročně hospitalizovaný v psychiatrické léčebně, někdy týden někdy měsíce. Jeho pobyty byly často plánované a dobrovolné, dalo by se říct, že tam jezdil se ukrýt, protože žil na ubytovně, kde se k němu nechovali hezky, bál se tam a to zhoršovalo jeho nemoc. Klient měl schizofrenii, slyšel hlasy, aby si něco udělal. Když se do bytu nastěhoval, byl hrozně šťastný, bylo mu jedno, že nemá postel a zapojenou elektrinu, klient do bytu tak spěchal, že to pro něj

nebylo podstatné. Od získání bytu nebyl hospitalizovaný, dnes tam žije 5 rokem. Samozřejmě že jeho nemoc nevytizela, hlasy mýval dál, byly lepší a horší dny, kdy vyžadoval intervence psychiatra. Naučil se, že když má hlasy, tak jde na procházku, to mu pomáhalo hlasy přehlušit. Také bylo pro něj důležité vědomí, že kdyby byl hospitalizovaný, má se kam vrátit a nemá strach o své věci, protože žije sám. Dřív byl samotář, měl z lidí strach, ale když měl byt, chtěl mít přátele, zvat je na návštěvu. V domě se časem seznámil s jedním pánem, který jezdil na ryby a on ho přizval, aby jezdil s ním.“

Příběh dobré praxe od KP_{SP2}:

„Spolupracovala jsem s paní 43 let, která byla hospitalizovaná každé tři měsíce. Nemohla vidat svoje dvě děti. Po roce v sociálním bydlení nebyla ani jednou hospitalizována, pravidelně vidala svoje děti, mohla si je brát domů. Po 8 letech byla volit a začala více dbát na svůj zdravotní stav, nejen spojený s duševním onemocněním.“

Příběh dobré praxe od KP_{SP3}:

„Paní Jitce zemřel manžel, který o ni hodně pečoval, a po jeho smrti se o sebe neuměla postarat. Nevěděla, jak se platí nájem, jak si nakoupit, a nakonec zůstala na ulici a bez práce. Potom začala i pít. Nejprve se dostala do azylového domu, potom do sociálního bytu. Se sociální pracovníci začali pracovat na dlužích a na tom, aby se znovu spojila se svojí dcerou, s kterou během všech těchto peripetií ztratila kontakt. Paní Jitka začala mít těžké deprese a úzkosti. Když paní Jitka přestala komunikovat se sociální pracovníci a ani jí neotevírala dveře – došlo na dohodu, kterou se sociální pracovníci měla klientka domluvenou. Sociální pracovnice tak směla odemknout byt, od kterého dostala pro tyto případy od paní Jitky klíče. Paní Jitka již byla v ohrožení života a sanitkou byla převezena do nemocnice. Klientka neměla po propuštění z nemocnice chuť žít.

Paní Jitka se dostala do péče psychiatricky a poté se zdravotní stav paní Jitky začal zlepšovat. Dostala se i do psychiatrické nemocnice, kde jí nasadili léčbu, která jí pomohla. Tam si ale začala uvědomovat, že se cítí strašně sama. Že všechny ty pocity, které má, jsou tu z toho důvodu, že ztratila kontakt se svým otcem, se svojí dcerou, se sestrou. Byla vždycky zvyklá na byt plný lidí a teď v sociálním bytě je sama, ani se sousedy se moc nebaví a nestýká se už ani s církevním společenstvím, kam chodila dřív. Jediným jejím kontaktem tak byla sociální pracovnice. Kontakty ztratila díky depresi. Jitka měla strach z lidí, z toho, co by řekli, kdyby zjistili, že pila a že byla na ulici a že bydlí v sociálním bytě. Vnímala to jako stigma a životní

selhání. Se svojí rodinou měla i spousta nedorozumění, které si paní Jitka vyložila tak, že už je na obtíž všem a že už nechce s nikým mluvit. Tím vlastně sebe sama vyřadila z kontaktu s ostatními. Paní Jitka chtěla ale mít v bytě nějaké zvířátko, aby tam nebyla tak sama, tak se sociální pracovníci přemýšleli, jak získat kočičku. Nejdřív jí chtěla z útulku, aby pomohla kočce, která je podobně ztracená, jako ona, s tím, že budou mít hodně společného. Majitelka útulku ale paní Jitce nakonec kočku nesvěřila. Kamarádka sociální pracovnice ale měla známou, které se narodila koťátka. Mezi koťátky byl volný kocourek, kterého nakonec paní Jitka dostala. To hodně pomohlo... paní Jitka potom začala víc volat dceři a vyprávěla jí, co má za zážitky s kocourkem. Byl to pro ni takový můstek – nemusela volat jen tak a ptát se, jak se dcera má, protože mohla zvolit to téma kocourka a mohla si s dcerou i otcem povídat o kocourkovi. A k tomu se postupem času nabalil i běžný rozhovor o běžných tématech. Jitce se povedlo navázat vztah i s tatínkem. Jitka byla najednou veselejší, jako by omládla. Dokonce se odhodlala k tomu jít na procházku s kamarádem a začala i tancovat. Paní Jitka pobírá dávky hmotné nouze a příspěvek na bydlení. Zatím nepracuje. Dluhy zatím neumožňuje, ale povedlo se zrušit některé exekuce pro nemajetnost. Několik let docházela pravidelně i do Centra duševního zdraví. Duševní i zdravotní stav paní Jitky je dlouhodobě stabilizovaný. Letos v lednu s ní byla spolupráce ukončena v obou organizacích na vlastní žádost klientky.“

Příběh dobré praxe od KP_{SP4}:

„Na městské ubytovně se ocitla paní T., která kvůli svým psychickým potížím přišla o byt i o práci, začali jsme s ní intenzivně pracovat, zařídili jsme jí dávky hmotné nouze, následně po ustálení psychického stavu a smíření se s novou skutečností bydlení na ubytovně ve spolupráci s organizací Ledovec se paní našla vhodná práce, která jí nezatěžovala její psychický stav. Od doby naší spolupráce nebyla paní ani jednou hospitalizována, následně si našla přítele, obnovili se kontakty s rodinou a po roce a půl spolupráce se podařilo najít vhodný městský byt. Klientka se zcela osamostatnila a následně si našli nájemní byt s přítelem, ve kterém žijí dodnes.“

Příběh dobré praxe od KP_{SP5}:

„Klientka byla po rozvodu rodičů z důvodu týrání matky odebrána z rodiny. Od útlého dětství vyrůstala v dětském domově, poté v chráněném bydlení, následně byla několik let v psychiatrické nemocnici (v lékařské zprávě bylo uvedeno, že není schopna samostatného bydlení!). Určitý čas žila u tety (neshody se strýcem) a nakonec do svých 50 let u otce. Ten si

nalezl partnerku a chtěli spolu prožít společné stáří. Péče o dceru už byla pro otce zatěžující, sám měl více zdravotních omezení. Dceru chtěl dát původně opět do nějakého zařízení z důvodu, že se o ni celý život někdo staral, vše bylo za ni vyřizováno. Žádost o byt podala teta. V počátku spolupráce byla podepsána i plná moc na zastupování na úřadech, s podporou byly nacvičovány běžné činnosti v domácnosti. Po roce a půl spolupráce má dnes klientka vzornou domácnost. Stále se necítí jistě při jednání na úřadech, u lékaře, s lidmi, které nezná, ale s doprovodem a předchozím „návěkem situace“ si zvládne vše zařídit a často již i bez minimální podpory. Samostatné bydlení ji „úplně rozsvítlo“, paní to dnes moc sluší a „úplně ožila“. Je šťastná, že má svůj domov a pyšná na to, co již vše zvládla. Našla si přátele, začala číst (dříve se nemohla soustředit, ani si dle sdělení nepamatovala, co čte), sama si zajde na známá místa – ke kadeřnici, k lékařům, nakoupit do obchodu).“

4.2 Výsledky získané vedením polostrukturovaného rozhovoru s klienty sociálního bydlení

Rozhovor s komunikačními partnery byl členěn na pět oblastí (viz příloha č. 5) – před nastěhováním do sociálního bytu, po nastěhování do sociálního bytu, finanční situace, zdravotní stav a spolupráce se sociálním pracovníkem. Otázky byly doplňovány a přizpůsobovány průběhu rozhovoru. Analýzou dat byly identifikovány tyto kategorie:

Kategorie 1: Časté stěhování a problémy při hledání bydlení

Kategorie 2: Stabilizace zdravotního stavu vlivem získání dlouhodobého bydlení

Kategorie 3: Finanční situace a míra zadlužení

Kategorie 4: Co pro mě znamená domov

Kategorie 5: Jak duševní stav ovlivňuje můj život

Kategorie 6: Důvěra jako základ vztahu se sociálním pracovníkem

V tabulce č. 2 jsou zpracovány základní údaje o komunikačních partnerech – pohlaví, věk, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, datum nastěhování do sociálního bytu, velikost bytu a počet členů domácnosti.

Tabulka č. 2 – Základní informace o komunikačních partnerech – klienti sociálního bydlení

	pohlaví	věk	rodinný stav	nejvyšší dosažené vzdělání	předchozí bydlení	rok nastěhování do bytu	velikost bytu	počet členů domácnosti
KP1	muž	52	svobodný	SOŠ	chráněné bydlení	2021	1KK	1
KP2	žena	46	rozvedená	SOŠ	azylový dům	2017	1+1	2
KP3	žena	60	vdova	SOŠ	ubytovna	2017	1KK	1
KP4	žena	52	rozvedená	ZŠ	azylový dům	2018	1+1	1
KP5	žena	45	svobodná	ZŠ	azylový dům	2018	1+1	3
KP6	muž	55	svobodný	SOŠ	bez domova	2021	1+1	1
KP7	žena	43	svobodná	VŠ	psychiatrická nemocnice	2020	2+1	1
KP8	žena	43	rozvedená	SOŠ	chráněné bydlení	2021	1KK	1
KP9	žena	62	rozvedená	SOŠ	ubytovna	2021	1KK	1
KP10	muž	56	rozvedený	SOŠ	ubytovna	2018	1KK	1
KP11	muž	56	rozvedený	SOŠ	ubytovna	2018	1KK	1
KP12	žena	45	svobodná	SOŠ	psychiatrická nemocnice	2020	2+1	1

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.1 Časté stěhování a problémy při hledání bydlení

Žádný s komunikačních partnerů neměl předchozích pět let před nastěhováním do sociálního bytu dlouhodobé stabilní bydlení (což je také samozřejmě dáno cílovou skupinou sociálního bydlení). Překvapila mě však četnost stěhování, průměrně každý z 12 komunikačních partnerů vystřídal v posledních pěti letech před nastěhováním do bytu téměř 4 bydliště. Pouze jeden z komunikačních partnerů bydliště v přechodích pěti letech nezměnil, jednalo se však také o substandardní formu bydlení (ubytovnu). Jako nejčastější důvody pro nemožnost najít standardní formu bydlení se opakovaly problémy s financemi – nízký příjem, exekuce, špatný psychický stav, problémy se vztahy – rozvod, žádná podpora rodiny. Problémy s financemi se objevovaly téměř u všech komunikačních partnerů, například KP1 uvedl: „*dříve jsem měl sice práci na plný úvazek, to jsem ještě mohl, měl jsem invalidní důchod druhého stupně, teď mi to změnili na třetí, ale ani tak jsem podnájem sám neutáhl, musel jsem na ubytovnu*“; KP2 také udává těžkosti s financemi při hledání bydlení: „*vysoké nájem, pořád jsme se snažily s matkou hledat levnější, ona i já jsme měly dluhy*“; KP11 také střídal pouze substandardní formy bydlení

kvůli finančním problémům: „ze zdravotních důvodů jsem nemohl pracovat, měl jsem přiznanou invaliditu třetího stupně, ale bez nároku na výplatu, pobíral jsem pouze živobytí, což bylo kolem 3 tisíc korun“. U nemalé části komunikačních partnerů se problémy nakumulovaly, což u nich způsobilo jak zhoršení psychického stavu, tak potíže při hledání bydlení. KP5 k otázce problémům při hledání bydlení uvedla: „neměla jsem peníze, dokud žila matka, starala se o všechno ona a já nemusela nic řešit, po její smrti se k psychickým problémům spojených se ztrátou blízkého přidaly ještě problémy s hospodařením, přišla jsem kvůli tomu o bydlení, později jsem se dostala do exekucí“; smrt blízkého, exekuce a zdravotní potíže způsobovaly potíže při hledání bydlení také KP8: „měla jsem problémy s exekucí, jsem hodně nemocná, mám epileptické záchvaty po operaci nádoru, taky ta psychika, pak mi náhle zemřel bratr a tatínek, čímž se úzkosti ještě zhoršili“; KP12 také popsala několik problémů, které jí způsobovaly potíže najít standardní bydlení: „rodina se na mě vykašlala, byla jsem dlouho v ústavu, ale bylo to tam hrozné, nemohla jsem to vydržet, ale neměla jsem peníze abych mohla jít bydlet sama, nakonec jsem si našla přítele ke kterému jsem se odstěhovala, ale hodně jsme se hádali a nakonec jsem skončila v psychiatrické nemocnici“.

V tabulce č. 3 jsem pro větší přehlednost uvedla počet bydlení v posledních pěti letech před nastěhováním do bytu a důvody, které komunikačním partnerům bránily nalézt standardní bydlení. Tabulka č. 4 více přibližuje dráhu jejich bydlení.

Tabulka č. 3 – Stěhování před získáním sociálního bytu

	počet bydlení v posledních 5 letech	důvody pro nenalezení standardního bydlení
KP1	1	finance
KP2	6	finance, dluhy
KP3	6	finance, psychický stav, „nechtěla jsem vidět lidi“
KP4	6	finance, psychický stav, „neměla jsem štěstí“
KP5	5	finance, smrt matky
KP6	2	psychické problémy
KP7	2	psychické problémy

KP8	3	finance, exekuce, úmrtí v rodině, psychické problémy, rozvod
KP9	5	smůla, špatní lidé
KP10	2	finance, rozvod
KP11	4	finance
KP12	3	zdravotní postižení, finance, chybějící pomoc od rodiny

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4: Dráha bydlení komunikačních partnerů 5 let před nastěhováním do sociálního bytu

	1. MEZNÍK	2. MEZNÍK	3. MEZNÍK	4. MEZNÍK	5. MEZNÍK	6. MEZNÍK
KP1	ubytovna					
KP2	rozvod – bydlení u matky	osobní bankrot – ubytovna	nájemní byt – nevhodné podmínky (plíseň)	nájemní byt	psychiatrická nemocnice	azylový dům
KP3	nájemní byt	smrt manžela – fara	ulice	nájemní byt	ubytovna	ubytovna
KP4	bydlení u dcery	chráněné bydlení	psychiatrická nemocnice	bydlení u dcery	psychiatrická nemocnice	azylový dům
KP5	nájemní byt	smrt matky – ubytovna	azylový dům	ubytovna	azylový dům (děti dětský domov)	
KP6	nájemní byt – nevhodné podmínky	ulice				
KP7	sdílené bydlení	psychiatrická nemocnice				
KP8	bydlení s rodiči	bydlení s manželem	rozvod – chráněné bydlení			

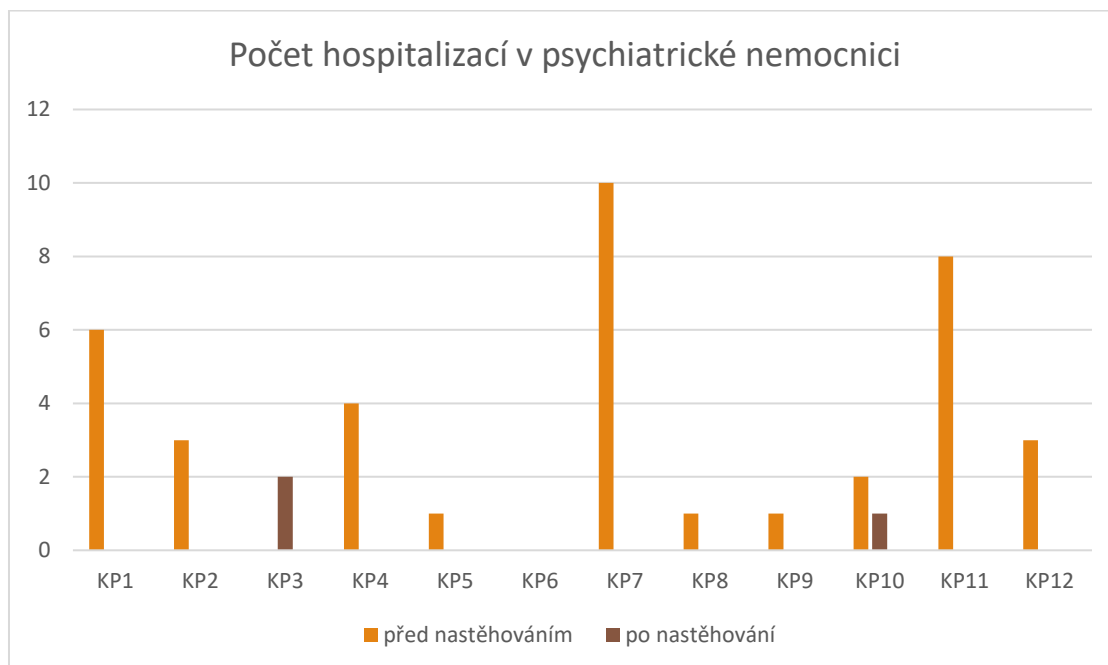
KP9	noclehárna	azylový dům	bydlení u matky	městská ubytovna	ulice	
KP10	nájemní byt s manželkou	rozvod – psychiatrická nemocnice				
KP11	ubytovna	psychiatrická nemocnice	ubytovna	městská ubytovna		
KP12	domov pro osoby s postižením	nájemní byt s partnerem	rozchod – psychiatrická nemocnice			

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2 Stabilizace zdravotního stavu vlivem získání dlouhodobého bydlení

Při rozhovorech se sociálními pracovníky jsem se opakovaně setkávala s odpovědí, že dle zkušeností získání stabilního bydlení snižuje u klientů četnost hospitalizací v psychiatrických nemocnicích. Následující graf (obrázek č. 4) tuto zkušenost potvrzuje. V období 5 let před nastěhováním do sociálního bytu pouze dva komunikační partneři nebyli hospitalizováni v psychiatrické nemocnici, po nastěhování se hospitalizace objevila u dvou komunikačních partnerů. Doba jedné hospitalizace byla v rozmezí 3 týdnů až jednoho roku. U jednoho komunikačního partnera se první hospitalizace objevila až po nastěhování do bytu. Tento komunikační partner (KP3) k hospitalizaci uvedl: „*poprvé to bylo, když jsem několik dní ležela v posteli, neměla jsem chuť do života, sociální pracovnice mi doslova zachránila život, měla klíče od mého bytu, které jsem jí po domluvě dala a když jsem se několik dní neozývala a ani neotevírala, otevřela si dveře a našla mě tu, zavolala s kolegyní záchranku. Vůbec si nepamatuju, kdo tu byl, až zpětně mi to vyprávěla, byla jsem 4 týdny v nemocnici na psychiatrickém oddělení. Podruhé jsem byla 3 měsíce v Dobřanech, bylo to na moji žádost, mohla jsem kdykoliv odejít, vydržela jsem to. Pomohlo mi to, upravili mi tam léky, chodila jsem na dílny, na terapie, od té doby se cítím o hodně lépe a také jsem si pořídila kocourka, ten mi pomáhá nejvíc.*“ Na otázku, proč si myslí, že po nastěhování nebyla prozatím nutná žádná hospitalizace odpovídali komunikační partneři podobně, velmi často se objevovali slova jako soukromí, klid, možnost mít komu zavolat, opora v sociálním pracovníkovi. Například odpověď od KP1: „*tady mám na vše klid, můžu si pustit relaxační hudbu, jít se nadechnout na balkon, dát si cigáro, to mi pomáhá když je mi hůř, v chráněném bydlení to moc nešlo, pořád všude hodně lidí, spolubydlící a tak a taky hodně pravidel, dodržoval jsem je, to jo, ale občas to bylo náročný, myslet na to kdy mám úklid nebo tak, teď si dělám vše podle sebe*“ nebo

KP2: „předtím jsem měla velké stresy, to časté stěhování, exekuce, to mi moc nepomáhalo, teď jsem v klidu, mám se kam vrátit, dokonce už nemám ani dluhy, loni jsem doplatila oddlužení“ nebo KP11: „když jsem slyšel hlasy, hned jsem volal sociální pracovníci, pomohlo mi to, asi jsem jí musel trochu otravovat, za začátku jsem volal skoro každý den“.



Obrázek č. 4 – Počet hospitalizací v psychiatrické nemocnici

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.3 Finanční situace a míra zadlužení

Tabulka č. 5 a následující obrázek č. 5 ukazují, že nejpočetnějším zdrojem příjmů u komunikačních partnerů je invalidní důchod (druhého nebo třetího stupně) a příspěvek na bydlení. Pouze čtyři komunikační partneři uvedli, že mají příjem ze zaměstnání. Nějaký druh sociální dávky využívá většina komunikačních partnerů – devět. Polovina komunikačních partnerů je zatížena dluhy, z toho 5 komunikačních partnerů formou exekuce a jeden komunikační partner prochází procesem oddlužení. Dalšímu komunikačnímu partnerovi se již podařilo oddlužení úspěšně ukončit. Žádný z komunikačních partnerů splátky exekuce pravidelně nehradí. S penězi dokáže vyjít devět komunikačních partnerů, pokud je nepřekvapí žádná nepředvídatelná událost. U většiny komunikačních partnerů se po nastěhování do sociálního bytu finanční situace nezměnila nebo zlepšila, pouze jeden komunikační partner uvedl zhoršení, což nebylo ve spojitosti s nastěhováním, ale chvíli před nastěhováním mu byl

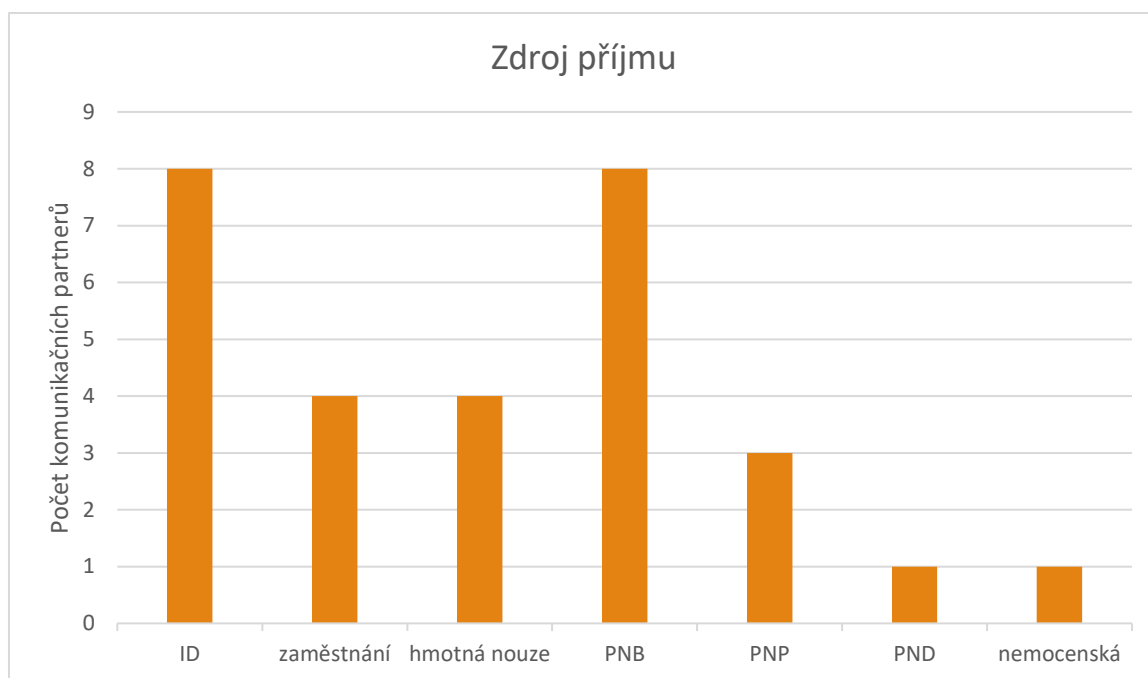
zvýšen stupeň invalidního důchodu z druhého na třetí a nemohl dále pracovat na plný úvazek. Zároveň také uvedl, že plný pracovní úvazek se s jeho nemocí neslučoval, proto je za zvýšení stupně důchodu rád.

Tabulka č. 5: Finanční poměry komunikačních partnerů

	druh příjmu	výše	exekuce	insolvence	dokáže vyjít s penězi	zhoršila/zlepšila se finanční situace po nastěhování do bytu
KP1	zaměstnání + ID (ČR, SK)	8500 + 11720	ne	ne	ano	zhoršila, přiznán 3. stupeň ID, nemožnost plného úvazku
KP2	zaměstnání + ID	7000 + 13000	ne	ano, splacena	má potíže, protože finančně pomáhá partnerovi	zlepšila, našla zaměstnání
KP3	HN	10000	ano	ne	ano, něco ušetří	nezměnila
KP4	ID + PNB + PNŽ	5800 + 1500 + 1000	ne	ano, chybí necelý rok	ne, občas pomůže rodina	nezměnila
KP5	zaměstnání (syn) + PND + PNB	16000 (celkem)	ano	ne	ne, využívá potravinové pomoci	od té doby co pracuje syn, zlepšila
KP6	ID	18000	ne	ne	ano	nezměnila
KP7	ID + PNB	14500+2500	ne	ne	ano, dokáže ušetřit	finanční pořádek přibližně stejný, ale více ušetří
KP8	ID + PNP + PNB + PNŽ	6400 + 4400 + 2700 + 1400	ne – pomohli splatit rodiče	ne	ano	zlepšila – zvýšení ID a PNP
KP9	nemocenská + PNB	5800 + 4800	ano	ne	většinou ano	teď na nemocenské zhoršila, ale to neovlivnilo nastěhování
KP10	ID + PNB + zaměstnání	9000 + 3000 + 5000	ano	ne	většinou ano	zlepšila, s pomocí sociálního pracovníka nalezeno zaměstnání a přiznán ID, dříve jen PNŽ
KP11	PNB + PNP + PNŽ	3500 + 4300	ano	ne	ano, má opatrovníka	zlepšila – přiznán PNP, o finance se stará opatrovník
KP12	ID + PNB + PNP	neví	ne	ne	ano, má našetřeno	nezměnila

Zdroj: vlastní výzkum

Vysvětlivky: ID – invalidní důchod, HN – dávky hmotné nouze, PNB – příspěvek na bydlení, PNP – příspěvek na péči, PND – příspěvek na dítě, PNŽ – příspěvek na živobytí

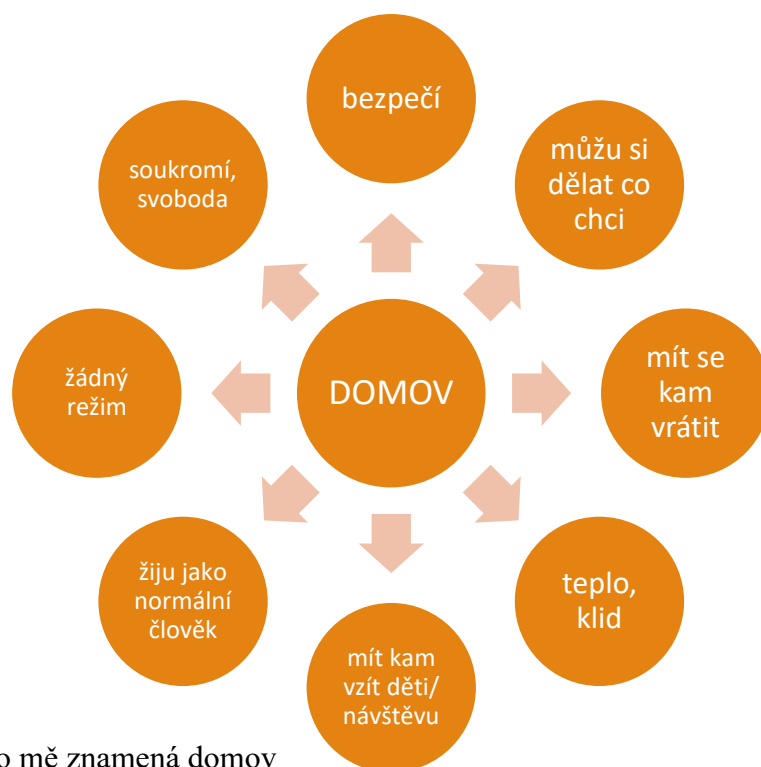


Obrázek č. 5: Zdroje příjmů komunikačních partnerů

Zdroj: vlastní výzkum Vysvětlivky: ID – invalidní důchod, PNB – příspěvek na bydlení, PNP – příspěvek na péči, PND – příspěvek na dítě

4.2.4 Co pro mě znamená domov

Všichni komunikační partneři na otázku, zda dokáží o současném bytě říci, že je to pro ně domov, odpověděli, že ano. Také se většina shodla, že v přechozích bydlištích tento pocit neměla. Ptala jsem se tedy, pro co pro ně domov znamená. Následující obrázek č. 6 shrnuje nejčastější odpovědi. Přiznám se, že jestli mě něco při rozhovoru s komunikačními partnery došlo, byly to právě odpovědi na tuto otázku, proto jsem pod obrázek zveřejnila všechny odpovědi. Některé věci mohou lidem, kteří nezažili bytovou nouzi přijít jako samozřejmé, pro lidi, kteří tuto zkušenost mají jsou vzácné. Ze všech komunikačních partnerů jsem během odpovědí na tuto otázku cítila velkou vděčnost za to, že tuto možnost dostali.



Obrázek č. 6: Co pro mě znamená domov

Zdroj: vlastní výzkum

KP1: „S klidnou duší můžu říct že ano, je to domov, vracím se sem rád, je tu bezpečí. Domov znamená, kde hlavu sklonit, zklidnit myšlenky, doumat nad sebou, hodnotit život... nesmírně si toho vážím.“

KP2: „Je to můj domov, ale byla jsem dříve zvyklá na jiné rozpoložení bytu, na větší místnosti, je to menší, ale cítím se tam jako doma... domov znamená, že si můžu tam dělat co chci, můžu tam například chodit nahá.“

KP3: „Ano, mám se kam vrátit, kde uvařit, nemusím být závislá na tom kdo mi co dá, můžu si koupit maso, nemusím jíst jako bezdomovec pořád jen studený, ale jíst i to co mám ráda, mám tu teplo.“

KP4: „Jo, mam se kam vracet když jdu ven, nemusím se s nikým dělit, můžu chodit kam chci, kdy chci, mam klid, nemusím se omezovat, vždycky za to budu vděčná.“

KP5: „Ano, cítím se tu jako doma, domov pro mě znamená místo, kde jsme s dětmi spolu, díky bohu za to, nemohla jsem to vydržet, když jsme byli oddělení.“

KP6: „*Jo, je to můj domov, cítím se tu dobře, jen bych ke štěstí potřeboval ještě rodinu a dobrou práci.*“

KP7: „*Ano, cítím se zde jako doma, je mi tu dobře, můžu si sem vzít děti s nestydět se za to, to je pro mě nejdůležitější.*“

KP8: „*Ano dokážu říct, že je to můj domov. Byt, kde bydlím je pohodička, nemám tu splínky... je to těžký, když s někým bydlíte, někdo chrápe, někdo má svoje návyky, které vás štvou. Tady se cítím dobře, můžu si kreslit, jít si lehnout kdy chci, koukám na televizi, je tu pohodička, když jdu z bytu pryč se těším, že se sem vrátím.*“

KP9: „*Dokázala jsem to říct až po dvou měsících co jsem tu bydlela, že je to můj domov, dlouho trvalo po tom všem, než moje hlava pochopila, že bydlím, že se nebudu muset zase stěhovat. Nyní to je opravdu domov, jsem tu v bezpečí, mám tu klid, vše co potřebuji, můžu chodit do práce, vyspat se.*“

KP10: „*Mám to tu hezký, všechno, co potřebuji. Žiju jako normální člověk.*“

KP11: „*Jsem rád, že jsem tady sám, nemusím dodržovat nějaký režim, spím a vstávám jak chci.*“

KP12: „*Ano, jsem tady doma, mám tady soukromí, svobodu. Můžu si tady nábytek přizpůsobit podle sebe, jak se líbí mně. Jsem ráda, že si sem můžu brát návštěvy a ráda se sem vracím, když někam jdu.*“

4.2.5 Jak duševní stav ovlivňuje můj život

Tabulka č. 6 ukazuje, že všichni komunikační partneři dochází pravidelně ke svému psychiatrovi, frekvence kontrol u jednotlivých komunikačních partnerů je jednou týdně až jednou měsíčně. Většina komunikačních partnerů shodně uvedla, že se jejich zdravotní stav po nastěhování do sociálního bytu zlepšil, o čemž svědčí i počet hospitalizací před a po nastěhování do bytu, KP1 například odpověděl: „*částečně jsem se zklidnil, co se týče pohody jsem stabilizovaný, jsem na tom lépe*“; KP11: „*nebyl jsem už v nemocnici, mám klid a nebojím se tu. Jsem veselejší*“; KP12: „*nejsem tak naštvaná, v ústavu jsem se hodně zlobila, nemohla jsem si dělat co chci, musela dodržovat jejich režim, který byl na hlavu. Tady si to dělám po svém*“. Sociální pracovníci mi během rozhovoru popisovali zvláštní jev, kterého si všimli především u lidí s duševní poruchou. U některých klientů se duševní stav po nastěhování velmi

zlepšil, po nějaké době, když byly všechny důležité věci zajištěné jakoby se „tělo uvolnilo“ a začal se stav zhoršovat a vyplavovat se problémy. Většinou se jednalo o období půl roku až rok od nastěhování, poté se stav začal opět stabilizovat. Samozřejmě se to nedá paušalizovat na všechny klienty, ale u více jedinců je toto velmi překvapilo. O zhoršení psychického stavu po nějaké době mluvil KP10: „z počátku to bylo fajn, cítil jsem se jako znovuzrozený, že mám svůj byt a tak. Měl jsem taky přítelkyni, která se ke mně nastěhovala. Ale potom, když se mi nedařilo najít práci, s přítelkyní jsem se rozešel, tak se to zhoršilo. Taký jsem byl zvyklý chodit na skupinu, ale protože byl Covid nic nebylo, nemohl jsem ani do knihovny, byl jsem hrozně sám. Začalo se to zase hroutit, měl jsem dluh na bytě. To bylo před rokem, nastoupil jsem znovu do nemocnice, a když jsem se vrátil, vyřídil jsem si důchod se sociální pracovníci a podařilo se mi najít práci, jsem teď zase spokojený, snad to tak vydrží“; zkušenost se zhoršením stavu popsala také KP: „nejprve hodně zlepšil, dřív jsem pořád brečela na azylovém domě, nemohla jsem vidat děti a neměla peníze abych za nimi jezdila, to bylo hrozné, pak jsem byla šťastná, že je mám zase u sebe. Jenže po nějaké době mě zase začaly přepadat úzkosti, že o ně přijdu, že se to zase všechno pokazí jako předtím, platím každý měsíc poctivě nájem, ale mám strach, že někdy peníze mít nebudu a vyhodí mě, ikdyž mi sociální pracovnice říkala, že to tak není. Ještě k tomu mi teď přišel vysoký nedoplatek za vodu“.

Psychická porucha komunikační partnery omezuje ve všech oblastech – zaměstnání, navazování a udržení vztahů i v oblasti hledání a udržení bydlení. Co se týče zaměstnání, jen dva komunikační partneři uvedli, že se necítí být v této oblasti svou duševní poruchou omezováni. Někteří nepracují vůbec, jiní nemohou dělat to, co je dříve bavilo, jako například KP10. Na otázky v oblasti vztahů jsem byla velmi opatrná, ač může být kterákoli otázka pro komunikačního partnera citlivá, myslím si, že toto téma se dotkne člověka nejvíce, zvláště pokud vlivem duševní poruchy přijde o kontakty s rodinou či přáteli. Ptala jsem se tedy jen velmi obecně a doptávala až v případě, že se komunikační partner sám rozpovídal. V oblasti bydlení všichni komunikační partneři zmiňovali potíže dříve, nyní je většinou duševní porucha v udržení bydlení omezuje méně. Citace komunikačních partnerů jsem uvedla přímo do tabulky č. 6.

Tabulka č. 6 – Dopady psychické poruchy

			Jak nemoc KP omezuje			
	lékař (specializaci, jak často)	jak dlouho se léčí	v oblasti zaměstnání	v oblasti vztahů	v oblasti bydlení	zlepšení/zhoršení zdravotního stavu po nastěhování
KP1	psychiatr, 1x3 týdny	34 let	3 („v práci mám halucinace“)	2	2	zlepšení
KP2	psychiatr, každý týden	18 let (od porodu)	1	3 („mám pouze partnera se stejnou nemocí, s rodinou se nevidám a blízké přátelé nemám“)	2	spíše zhoršení
KP3	psychiatr, 1x14 dní	3 roky	3 („nepracuju dlouho, nechtěla jsem mezi lidi a teď už je těžké něco najít“)	1	2	zlepšení
KP4	psychiatr, 1x14 dní	18 let	3 („pracovat nemůžu, nezvládla bych to“)	2	3	nejdříve zlepšení, pak stejné až zhoršení
KP5	psychiatr, 1x14 dní	8 let (od smrti matky)	3 („mám od psychiatra dlouhodobě pracovní neschopnost“)	2 („s otcem nejsem v kontaktu vůbec, ale mám jednu kamarádku“)	3 („dříve jsem nezvládla vydržet v žádném bydlení“)	zlepšení
KP6	psychiatr, 1x14 dní	10 let	3 („rád bych si našel nějakou práci, ale nějak to nejde“)	2	3 („kdyby mi nepomohli, asi bych byl pořád na ulici“)	zlepšení
KP7	psychiatr, 1x14 dní	7 let	3 („v žádné práci nevýdržím dlouho“)	3 („kvůli své nemoci jsem bohužel na nějakou dobu přišla o děti“)	2	zlepšení
KP8	psychiatr, 1x3 týdny	6 let	2	1	2	zlepšení
KP9	psychiatr, 1xměsíčně	10 let	1	2	3 („byla jsem dvakrát na ulici“)	zlepšení
KP10	psychiatr	7 let (od rozvodu)	3 („už nemůžu dělat řidiče jako dřív, bavilo mě to“)	2	2	zlepšení
KP11	psychiatr, 1xměsíčně	33 let (od zavalení v dolech)	3 („nikde mě nevzali“)	3 („chci si najít přítelkyni, ale nedarí se mi to“)	2	zlepšení
KP12	psychiatr	od dětství	3	3 („žiju sama, nemám nikoho, vždycky jen všem naletím“)	3 („dlouho jsem byla v ústavu, nelíbilo se mi tam“)	zlepšení

Zdroj: vlastní výzkum

Vysvětlivky: 1 – neomezuje; 2 – omezuje, ale ne vážně; 3 – vážně omezuje

4.2.6 Důvěra jako základ vztahu se sociálním pracovníkem

Všichni komunikační partneři jsou v sociálním bytě déle než jeden rok, nejsou tedy intervence tak četné jako na počátku spolupráce. Většina komunikačních partnerů uváděla setkávání se sociálním pracovníkem v intervalu jednou za 14 dní až jednou za měsíc. V teoretické části je zmíněný case management, kdy je klient v případě potřeby a zájmu navázán na další organizace se kterými spolupracuje. Čtyři komunikační partneři navštěvují pravidelně Ledovec, z. s., který se specializuje na práci s lidmi s duševní poruchou, dále komunikační partneři spolupracují s těmito organizacemi – Tady a teď, o. p. s.; Člověk v tísni, o. p. s.; EXODUS, z. s. a Česká maltézká mládež, z. s.; někteří komunikační partneři využili jednorázově nebo v minulosti pomoc Poradny při finanční tísni, o. p. s., která se specializuje na řešení dluhů a případně pomoc při zajištění oddlužení. Informace o spolupráci se sociálním pracovníkem a dalšími organizacemi shrnuje následující tabulka č. 7. Nižší umístěný obrázek č. 7 ukazuje, co je pro komunikační partnery důležité ve vztahu se sociálním pracovníkem. Často se opakovaly odpovědi, ve kterých se objevovala slova jako důvěra, přijetí, například KP3: „vím, že jí můžu věřit, občas je na mě trochu tvrdší, ale jsem za to ráda, postupně mě přímo dokopala řešit svoje problémy, hodně mi to pomohlo, dříve jsem pořád přemýšlela o sebevraždě“; KP5: „sociální pracovníci jsem znala už z azylového domu kde jsem byla předtím, věděla jsem, že se na ní můžu spolehnout“; KP8: „nemůžu dát na paní A. dopustit, je to jako kamarádka, je to pomocnice, umí natuknout do života, rozveselit, vím, že jí můžu říct všechno“; KP9: „moje sociální pracovnice je úžasná, opravdu člověk na svém místě, kdybych jí potkala dříve, možná jsem mohla dopadnout jinak“; KP11: „občas mi zavolá jak se mám, jestli něco nepotřebuju, když jsem nemocný, tak mi taky volá jestli něco nepotřebuju, zajímá se“.

Dle mého je důvěra ve vztahu sociální pracovník a klient velmi důležitá, je tak větší šance zachytit u klienta včas zhoršení zdravotního stavu či jiné potíže.

Tabulka č. 7 – Sociální práce v sociálních bytech a spolupráce dalších organizací

	intenzita sociální práce	s čím sociální pracovník pomohl/pomáhá	spolupráce s dalšími organizacemi
KP1	jednou za 3 až 4 týdny	„mluví se mnou, otevřel mé hluboké nitro, vypíše potravinovou pomoc“	ne

KP2	teď už téměř vůbec, zavolá dle potřeby	pomoc při zařizování bytu, potravinová pomoc	ano Ledovec – pravidelně jednou za 14 dní
KP3	dle potřeby, přibližně jednou za měsíc	pomoc s nastěhováním, vybavením bytu, zajištěním energií, psychická podpora	organizace žádná, chodí pravidelně do kostela
KP4	ze začátku jednou týdně, nyní tak jednou za měsíc	vypisování formulářů na ÚP, psychická podpora, procházky	ano Ledovec, dříve Poradna při finanční tísní
KP5	jednou za 14 dní až 3 týdny	získat děti zpět do péče, najít jim školu, doučování, potravinová pomoc, komunikace s ÚP	občas organizace Člověk v tísní a Tady a teď
KP6	jednou týdně	doprovody – na úřady, k lékaři, psychická podpora	ano Ledovec
KP7	jednou měsíčně	podpora při stabilizaci zdravotního stavu, pomoc při hledání zaměstnání	Ne
KP8	jednou měsíčně	pomoc se zařizováním bytu, pomoc s hledáním volnočasových aktivit	ano, Ledovec, CDZ
KP9	jednou za 14 dní	<i>„se vším, vyslechne mi, můžu jí říct všechno, věřím jí“</i>	sociální pracovník v chráněné dílně
KP10	jednou za měsíc	najít práci, vyřídit ID, komunikace s ÚP	ne
KP11	jednou týdně, alespoň telefonický kontakt	<i>„povídá si se mnou, a tak nemyslím na to, co se mi děje v hlavě“</i>	veřejný opatrovník
KP12	jednou měsíčně osobní kontakt, mezitím telefonický	vyřídit peníze na bydlení, komunikace s ÚP	Maltézká mládež – výlety, Exodus – chráněná dílna, osobní asistence

Zdroj: vlastní výzkum

Vysvětlivky: ID – invalidní důchod, ÚP – Úřad práce České republiky, CDZ – Centrum duševního zdraví



Obrázek č. 7 : Co je pro mě důležité ve vztahu se sociálním pracovníkem

Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuze

Ve své bakalářské práci se věnuji tématu sociálního bydlení u lidí s duševní poruchou. Dostupnost bydlení je v současné době v České republice velké téma, i pro lidi, kteří nespádají do zvlášť ohrožené skupiny trpící bytovou nouzí, se standardní bydlení stává stále hůře dostupnější. Na Mezinárodní konferenci Recovery (Zotavení), které jsem měla možnost se v roce 2020 zúčastnit, mě překvapilo, jak velké procento lidí s duševním onemocněním dlouhodobě přetrvává v psychiatrické nemocnici pouze z důvodu absence standardního bydlení. Při své práci sociální pracovnice na Magistrátu města Plzně jsem si pak vyzkoušela, že i lidé opakovaně nebo dlouhodobě hospitalizovaní dokáží s různou mírou podpory sociálního pracovníka samostatně bydlet. Dokonce, jak dokládá i můj výzkum, stabilní bydlení dokáže četnost hospitalizací výrazně snížit.

Autoři Dutka et al. (2018) udávají, že vedle přímého vlivu substandardního bydlení na zdraví, má stejný vliv nejistota spojená s bydlením, potíže v oblasti psychického zdraví stojí mezi příčinami, proč lidé bez domova nedosáhnou na trvalé bydlení a tyto potíže mohou komplikovat také udržení bydlení. Všichni komunikační partneři před nastěhováním do sociálního bytu vystřídali několik forem substandardního bydlení jako jsou například ubytovny nebo azylové domy. Osoby takto žijící spadají do kategorie latentních (skrytých) bezdomovců. Podle MPSV (2014) se předpokládá, že v nevyhovujícím nebo nejistém bydlení žije mnohem více osob, než je zjevných bezdomovců. Město Plzeň si v roce 2015 nechalo vypracovat studii Latentní bezdomovectví, která si dala za cíl analyzovat životní situaci jedinců spadajících do kategorie latentních bezdomovců. Celkový počet ubytoven, který se v tomto roce nacházel na území Plzně bylo 70 a studie se zúčastnilo 781 respondentů. Autoři studie Kalvas, Váně (2015) zjistili, že 22,1 % dotázaných nikdy v životě neměla stálé bydlení, nejčastější důvod pro opuštění stálého bydlení uváděli respondenti finanční problémy. Tento fakt se shoduje i s mým kvalitativním výzkumem, kdy komunikační partneři také uváděli špatnou finanční situaci jako důvod častého stěhování. Co se naopak s mým výzkumem rozchází je subjektivní pocit bezdomovectví respondentů. 65,1 % respondentů ve studii zpracované autory Kalvas, Váně (2015) uvedlo, že se „necítí být bezdomovci“, naopak v mém výzkumu všichni komunikační partneři uvedli, že dříve, v substandardním bydlení, pocit domova nepoznali. Ač je zde dle mého pohledu objektivní význam stejný, nejsem si jistá, zda pojmy „cítit se být bezdomovcem“ a „dokáží říct, že je to můj domov“ jsou shodné, i ve mně vyvolává každé tvrzení trochu jiný pocit. Studie latentního bezdomovectví se bohužel nezabývala zdravotními hendikepy

respondentů, není tedy možné uvést, jaké procento lidí s duševním onemocněním na ubytovnách ve městě Plzni žije.

Ti stejní autoři zpracovali kvantitativní studii Bezdomovectví v Plzni 2021, která se již, mimo jiné, na zdravotní stav respondentů zaměřuje. Kalvas, Váně (2021) uvádějí, že necelá třetina z 282 lidí bez domova, hodnotí svůj duševní stav jako „velmi dobrý“, 39,7 % jako „spíše dobrý“, 22,7 % jako „spíše špatný“ a pouze 7,1 % jako „velmi špatný“. Na otázku, zda trpí nějakou psychickou nemocí či neduhem odpovědělo ano pouze 13,8 % respondentů (Kalvas, Váně, 2021). Tyto procenta se výrazně rozcházejí s výzkumem provedeným autory Sovinová, Csémy (2010) na který odkazují v teoretické části v kapitole 3.

V kapitole 9.5 Způsob realizace výzkumu jsem zmínila, že některé komunikační partnery jsem znala již před realizací výzkumu. Jednalo se o tři komunikační partnery, dvěma jsem byla před nástupem na rodičovskou dovolenou klíčovým pracovníkem a s jedním jsem se znala z azylového domu. Soustředila jsem se na to, zda se vedení rozhovoru s nimi nějak liší od ostatních rozhovorů. Musím přiznat, že jsem se přistihla, že v některých situacích předvídám odpovědi, které již znám, nebo mám pocit, že znám a v té chvíli jsem se na rozhovor méně soustředila. Naopak mi při rozhovoru pomohla důvěra získaná již v minulosti, kdy se komunikační partneři nebáli otevřeně mluvit o svých potížích a rozhovory obvykle trvaly o trochu kratší dobu než s komunikačními partnery, které jsem neznala. Čas jednoho rozhovoru byl přibližně 45 minut až 1,5 hodiny.

Při rozhovoru s komunikačními partnery z řad klientů mě překvapilo, že pro nikoho z nich nebyly tématem sousedské spory, proto není sousedství zahrnuto v prezentaci výsledků výzkumu. Žádný s komunikačních partnerů spory v domě neuvedl, téměř nikdo nemá v domě ani přátelé, většina uvedla, že se se sousedy pouze pozdraví. Naopak sociální pracovníci, až na jednoho, uváděli, že se sousedskými spory mají častou zkušenost. Klienty však připravují již před nastěhováním do sociálního bytu, řeší s nimi „jak být dobrým sousedem“, co vše je to pro nutné udělat. V případě, že spory i tak vzniknou, popsala jsem ve výzkumné části, jak sociální pracovníci postupují.

6 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo popsat sociální bydlení pro osoby s duševní poruchou poskytované městem Plzní, popsat možnosti a specifika sociální práce s touto cílovou skupinou včetně role a náplně činnosti sociálního pracovníka a dále zjistit přínos sociálního bydlení z pohledu klientů s duševní poruchou. Pro dosažení cílů byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie za využití polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky a klienty sociálního bydlení. Výzkumný vzorek byl vytvořen metodou záměrného výběru a analýza dat provedena metodou otevřeného kódování.

Rozhovory se sociálními pracovníky bylo zodpovězeno na dílčí výzkumnou otázku: Jaké jsou specifika při práci s lidmi s duševní poruchou. Sociální pracovníci uváděli, že je oproti jiným cílovým skupinám potřeba být více vnímavější k projevům nemoci a k možnému zhoršení zdravotního stavu, který sebou může nést další řadu potíží. Je velmi důležité, aby mezi sociálním pracovníkem a klientem panovala důvěra a klient se nebál o svých potížích mluvit, neboť duševní porucha je stále vnímána jako velké stigma, což sami klienti cítí. Během rozhovorů s klienty se důvěra jako nejdůležitější prvek vztahu potvrdil, v různých formách toto zaznělo téměř od všech klientů. Jako osvědčený nástroj při práci s lidmi s duševní poruchou se v odpovědích všech sociálních pracovníků objevil krizový plán. Tento plán spolu sociální pracovník a klient vypracují v době stabilizovaného zdravotního stavu a díky němu je pracovník připraven, jak postupovat v případě zhoršení. V krizovém plánu je uvedeno, jak vypadá, když se klient necítí dobře, jaké jsou projevy, a především v jakých situacích a jak má sociální pracovník zasáhnout, kdy například může klíčem odemknout dveře, kdy kontaktovat rodinu či psychiatra nebo kdy je už potřeba zavolat rychlou záchrannou službu. U sociálního pracovníka se tímto může předejít etickým dilematům, a to především při volání rychlé záchranné služby.

Rozhovory s klienty sociálního bydlení byla naplněna dílčí výzkumná otázka: Jaký přínos má sociální bydlení z pohledu klientů s duševní poruchou. Největší přínos spatřuji ve stabilizaci zdravotního stavu a snížení hospitalizací. Ač můj výzkum nebyl kvantitativní a data byla získána pouze od dvanácti komunikačních partnerů, tento fakt je nepřehlédnutelný. Pět let před nastěhováním do sociálního bytu neměli zkušenost s hospitalizací pouze dva komunikační partneři, po nastěhování dva komunikační partneři hospitalizovaní byli. Přitom před nastěhováním u některých komunikačních partnerů byla hospitalizace pravidelná a častá (až desetkrát během pěti let), což popisuje i příklad dobré praxe od KP_{SP1}. Výzkum dále popisuje,

že žádný z komunikačních partnerů z řad klientů neměl pět let před nastěhováním do sociálního bytu dlouhodobé standardní bydlení, někteří vystřídali během pěti let až šest adres, na vině byla většinou špatná finanční situace a psychické zdraví. Po nastěhování do sociálního bytu se u většiny komunikačních partnerů finanční situace zlepšila nebo zůstala stejná, dva komunikační partneři si díky stabilnímu bydlení našli zaměstnání a jiným pomohl sociální pracovník s přiznáním invalidního důchodu nebo sociálních dávek. Přesto je finanční situace komunikačních partnerů nepříznivá, většina nedokáže z měsíčního příjmu ušetřit nic a někteří využívají pravidelně potravinové pomoci. Polovina komunikačních partnerů je zatížena dluhy, které nedokáže splácet. Toto zjištění souhlasí s kapitolou 2.8 – Sociální dopady duševní nemoci.

Komplexní podporu sociálním pracovníkem vidím ve spojení bydlení lidí s duševní poruchou, kteří trpí opakovaně bytovou nouzí, jako stěžejní. V praxi, i z jiných měst, se ukazuje, že tento koncept funguje. Samozřejmě jako všechno ostatní, ani tohle není vhodné pro všechny klienty, ale u spousty z nich by se dokázalo přidělením sociálního bytu s podporou sociálního pracovníka eliminovat spoustu problémů. Bohužel je v České republice sociálních bytů stále obrovský nedostatek a ta města, které se rozhodla sociální bydlení provozovat, mají většinou dlouhé pořadníky. Myslím si, že je třeba tuhle problematiku řešit komplexněji, některé evropské státy již ukázaly, že to lze. Dle mého je v České republice v tomto směru před námi ještě dlouhý kus cesty a nejsem si jistá, zda v současné době kráčíme tím správným směrem. Bydlení se stále zdražuje a rozšiřuje se skupina lidí, pro které se stává nedostupným. Když se podívám přímo na město Plzeň, zde vidím velkou vůli ze strany vedení města sociální bydlení řešit a rozšiřovat. Během posledních let se v Plzni vystavilo a zrekonstruovalo několik bytových domů určené k sociálnímu bydlení a stále se pokračuje.

Věřím, že má bakalářská práce bude přínosná pro sociální pracovníky pracující s lidmi s duševní poruchou, dále věřím, že by některé další město mohla „nakopnout“ a pustit se do provozování sociálního bydlení. Myslím, že to má opravdu velký smysl, když pročítám příběhy dobré praxe, ať už zde v bakalářské práci nebo z ostatních měst, které mají zkušenosti se sociálním bydlením, změnit tak moc život, ač jedinému člověku za to prostě stojí.

7 Seznam literatury

1. ANDERS, M., 2017. *Malý průvodce reformou psychiatrické péče*. Praha: Psychiatrická společnost ČLS JEP.
2. BANDIT, R., 2013. *Šílenství bez domova*. Nový Prostor [online]. Praha: (426) [cit. 2021-11-22]. Dostupné z: <https://novyprostor.cz/clanky/426/silenstvi-bez-domova>
3. BRAGA, M., PALVARINI, P., 2013. IZA – INSTITUTE FOR THE STUDY OF LABOR. Social housing in the EU. Brussels: European Parliament, 56 s. ISBN 978-92-823-4082-0.
4. DIVÁČKÁ, I., 2016. *Schizofrenie*. Gerontopsychiatrická a psychiatrická ambulance [online]. [cit. 2022-1-30]. Dostupné z: <http://www.vodopad.cz/choroby/schizofrenie>
5. ĎORĎ, M., 2019. Housing First nebo Housing Ready. *Veřejná správa*. 21(2019), 4. ISSN 1213-6581.
6. Duševní zdraví Networking, 2019. *O duševním zdraví* [online]. Jihočeský kraj: [cit. 2021-11-23]. Dostupné z: <https://www.odusevnimzdravi.cz/o-dusevnim-zdravi/>
7. DUTKA, J. et al., 2018. *Zdraví obyvatel postrádajících standardní bydlení*. [online]. Praha: MPSV. [cit. 2022-04-12]. Dostupné z: http://www.socialnibydeni.mpsv.cz/images/soubory/Ostatni/Zdraví_obyvatel_postrádajících_standardní_bydlení.pdf
8. HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2015. *Psychologický slovník*. Třetí, aktualizované vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.
9. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 408 s. ISBN 80-7367-040-2.
10. HLADKÁ, M. et al., 2016. *Sociální bydlení*. [online]. Praha: Asociace nestátních neziskových organizací ČR jako most mezi veřejnou správou a neziskovým sektorem. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: http://anno-cr.cz/wp-content/uploads/2018/11/Publikace-soci%C3%A1ln%C3%AD-bydlen%C3%AD_final.pdf
11. HRADECKÝ, I., 2007. *Definice a typologie bezdomovectví*. Praha: NADĚJE.
12. CHUDOBOVÁ, A., 2019. *Sociální bydlení – co, jak a proč?* *Veřejná správa*. 21(2019), 2. ISSN 1213-6581.
13. Iniciativa NAROVINU, 2021. *Duševní zdraví a nemoc*. NUDZ [online]. Klecany: NUDZ. [cit. 2021-03-02]. Dostupné z: <https://narovinu.net/dusevni-zdravi-a->

nemoc/?fbclid=IwAR2jZRe2nWBhHv6wrHnnX-
puBMBhVGsArULHly3yHxi_I5Q_0Iv52syyXIE

14. KALVAS, F., VÁNĚ, J., 2021. *Bezdomovectví v Plzni 2021*. [online]. Plzeň: Katedra sociologie, Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni. [cit. 2022-04-21]. Dostupné z: PPT - Magistrát města Plzně - výsledky kvantitativního šetření 29-9-2021.pdf
15. KALVAS, F., VÁNĚ, J., 2015. *Latentní bezdomovectví, výzkumná zpráva*. [online]. Plzeň: Katedra sociologie, Fakulta filozofická Západočeské univerzity v Plzni. [cit. 2022-04-17]. Dostupné z: <https://www.vyzkum-kss-zcu.cz/latentni-bezdomovectvi>
16. Koncepce prevence a řešení problematiky bezdomovectví v České republice do roku 2020, 2013. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-072-3.
17. Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015-2025, 2016. *Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. ISBN 978-80-7421-122-5*.
18. KREMLÁČKOVÁ, E., ŠUPA J., 2016. *Metodika práce s lidmi s duální diagnózou*.
19. LUX, M., MIKESZOVÁ, M., SUNEGA, P., 2010. Podpora dostupnosti bydlení pro lidi akutně ohrožené sociálním vyloučením: mezinárodní perspektiva a návrhy opatření v ČR. Vyd. 2. Praha: Sociologický ústav AV ČR. ISBN 978-80-7330-176-7.
20. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80247-2138-5.
21. MALÁ, E., PAVLOVSKÝ, P., 2010. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-723-7.
22. MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L., 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0090-1.
23. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
24. Městská charita Plzeň, ©2022. *Naše služby* [online]. Charita Česká republika [cit. 2022-04-18]. Dostupné z: <https://www.mchp.cz/jak-pomahame/nase-sluzby/>
25. Městský ústav sociálních služeb Plzeň, ©2022. *Zařízení* [online]. Plzeň: MÚSS, p. o. [cit. 2022-04-18]. Dostupné z: <https://muss.plzen.eu/zarizeni/zarizeni.aspx>
26. MIKULEC, M., ŠNEJDRLOVÁ, M., 2019. *Metodika sociální práce v sociálním bydlení*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
27. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2017. *Doporučený postup č. 2/2017 pro sociální část Center duševního zdraví*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 11 s.

28. Ministerstvo práce A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2016. *Koncepce sociálního bydlení České republiky 2015–2025*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věc. 157 s. ISBN 978-80-7421-122-5.
29. Ministerstvo práce A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, 2014. *Strategie sociálního začleňování 2014-2020*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 88 s. ISBN 978-80-7421-080-8.
30. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s. 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
31. Národní linka pro odvykání, 2021. *Co je to duální diagnóza?* [online]. Praha. [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: <https://chciodvykat.cz/clanky/co-je-to-dualni-diagnoza/>
32. PLEACE, N., 2017. *Evropská příručka Bydlení především*. Praha: Úřad vlády ČR – sekce pro lidská práva. 120 s. ISBN 978-80-7440-159-6.
33. PROBSTOVÁ, V., PĚČ, O., 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky: vybrané kapitoly*. Praha: Portál. 248 s. ISBN 978-80-262-0731-3.
34. RAGINS, M., 2018. Cesta k zotavení. Přeložil Jan RŮŽIČKA, přeložil Martin FOJTÍČEK. Praha: Fokus. Marco Cavallo. ISBN 978-80-902741-1-2.
35. Reforma péče o duševní zdraví, 2020. *O reformě psychiatrie* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví. [cit. 2022-03-26]. Dostupné z: https://reformapsychiatrie.cz/clanek/o-reforme-psychiatrie?term_id=63
36. SNOPEK, J., MATOUŠEK, R., 2014. *Prostupné bydlení*. Praha: Úřad vlády ČR. ISBN 978-80-7440-113-8.
37. Sociální bydlení v ČR, 2021. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-246-8.
38. Sociální bydlení, 2017. *Sociální bydlení v zahraničí* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: <http://www.socialnibydeni.mpsv.cz/cs/co-je-socialni-bydleni/sb-u-nas-a-v-zahranici>
39. Sociální bydlení, 2018. *Přehled systémů sociálního bydlení ve vybraných evropských zemích a jejich komparace* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, [cit. 2022-03-20]. Dostupné z: http://www.socialnibydeni.mpsv.cz/images/soubory/Analyzy/Prehled_systemu_socialnih_o_bydleni.pdf
40. Ledovec, ©2017. *Sociální služby* [online]. Plzeň: Ledovec, z. s. [cit. 2022-04-20]. Dostupné z: <https://www.ledovec.cz/socialni-sluzby>

41. SODOMKA, V., 2020. Závěrečná zpráva projekt „Pilotní testování koncepce sociálního bydlení v Plzni“. Plzeň: Odbor sociálních služeb.
42. SOVINOVÁ, H., CSÉMY, L., 2010. *The Czech AUDIT: Internal Consistency, Latent Structure And Identification of Risky Alcohol Consumption*. Central European Journal of Public Health
43. STAŠKOVÁ ŠPICAROVÁ, B., 2019. Sociální bydlení podporuje 85 % občanů ČR. *Veřejná správa*. 21(2019), 9. ISSN 1213-6581.
44. STATUTÁRNÍ MĚSTO PLZEŇ, 2019. Koncepce sociálního a dostupného bydlení statutárního města Plzně na roky 2019-2022. [online]. [cit. 2020-12-02]. Dostupné z: https://www.plzen.eu/Files/MestoPlzen/web2018_obcan/urad/verejne_dokumenty/koncepcni_dokumenty/190412_Koncepce_socialniho_dostupneho_bydleni_2019_2022.pdf
45. STATUTÁRNÍ MĚSTO PLZEŇ, © 2022. *Bytové prostory*. [online]. [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: <https://www.plzen.eu/bydleni/bytove-prostory/bytove-prostory.aspx>
46. STATUTÁRNÍ MĚSTO PLZEŇ, © 2022. *O městě Plzeň*. [online]. [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: <https://www.plzen.eu/o-meste/o-meste-plzen.aspx>
47. STATUTÁRNÍ MĚSTO PLZEŇ, © 2022. *Sociální bydlení*. [online]. [cit. 2022-01-08]. Dostupné z: <https://www.plzen.eu/bydleni/socialni-bydleni/socialni-bydleni.aspx>
48. STUHLÍK, J., 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management*. Praha: Focus Praha.
49. TSEMBERIS, S., 2020. *Housing first: model Pathways ukončení bezdomovectví u osob trpících duševními poruchami a poruchami plynoucími z užívání psychoaktivních látek*. Přeložil Lenka FALTEJSKOVÁ. Praha: Platforma pro sociální bydlení. ISBN 978-80-270-7863-9.
50. VODIČKOVÁ, K., 2018. Průvodce bydlením v městských bytech. Plzeň: Odbor sociálních služeb a Odbor bytový Magistrátu města Plzně.
51. *Úplné znění zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*. Vydání: jedenácté. Praha: Armex Publishing, 2021. Edice kapesních zákonů. ISBN 978-80-87451-71-7.
52. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 11, 2021. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)* [online]. Praha. [cit. 2022-03-24]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>
53. WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017. *"Depression: let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health*. [online]. [cit. 2022-01-28]. Dostupné z:

<https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-let-s-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>

54. ZVONÍKOVÁ, A., ČELEDOVÁ L., ČEVELA, R., 2010. Základy posuzování invalidity. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3535-1.

8 Seznam příloh a obrázků

Příloha č. 1 – Typologie bezdomovectví ETHOS

Příloha č. 2 – Rozdíl mezi Housing First a Housing Ready

Příloha č. 3 – Informovaný souhlas s provedením výzkumu

Příloha č. 4 – Osnova polostrukturovaného rozhovoru se sociálními pracovníky

Příloha č. 5 – Osnova polostrukturovaného rozhovoru s klienty sociálního bydlení

Příloha č. 6 – Krizový plán

Příloha č. 7 – Kruh podpory

Obrázek č. 1 – Sociální služby pro osoby s duševní poruchou ohrožené ztrátou bydlení na území města Plzně

Obrázek č. 2 – Udržení bydlení déle než rok klienty zapojenými do projektu

Obrázek č. 3 – Struktura cílových skupin v projektu sociálního bydlení v Plzni podle zdravotního znevýhodnění

Obrázek č. 4 – Počet hospitalizací v psychiatrické nemocnici

Obrázek č. 5 – Zdroje příjmů komunikačních partnerů

Obrázek č. 6 – Co pro mě znamená domov

Obrázek č. 7 – Co je pro mě důležité ve vztahu se sociálním pracovníkem

9 Seznam zkratk

ČR – Česká republika

ČSÚ – Český statistický úřad

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MÚSS – Městský ústav sociálních služeb

ÚZIS – Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

Příloha č. 1 – Typologie bezdomovectví ETHOS

ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR

1/2

Bezdomovství, sociální vyloučení spojené s absencí bydlení, je jedním z problémů, kterého se týká Strategie sociální ochrany a začleňování EU. Prevence bezdomovství a reintegrace osob bez domova jsou otázkami, které vyžadují dobré pochopení procesů a mechanismů, které vedou do situací absence nebo ztráty domova.

FEANTSA (Evropská federace národních sdružení pracujících s bezdomovci) vytvořila typologii bezdomovství a vyloučení z bydlení, nazvanou ETHOS.

Typologie ETHOS vychází z principu, že pojetí domova lze chápat ve třech oblastech, jejichž absence může vést k bezdomovství. Mit domov může být chápáno jako: mit priměřené bydlení, které může osoba a její rodina vylučně

užívat (fyzická oblast); mit prostor pro vlastní soukromí s možností sociálních vztahů (sociální oblast); mit právní důvod k užívání (právní oblast). Z toho vyplývají čtyři formy vyloučení z bydlení: bez střechy, bez bytu, nejisté bydlení, nevyhovující bydlení – všechny tyto situace ukazují na absenci bydlení. ETHOS tedy člení osoby bez domova podle jejich životní situace nebo situace jejich bydlení. Tyto konceptní kategorie se dále člení na 13 operačních (pracovních) kategorií, v rámci realizovaného národního projektu Strategie sociální inkluze bezdomovců v ČR byl vytvořen soubor národních subkategorií. Typologie tak může být využita pro monitoring bezdomovství, pro vytváření politik a jejich rozvoj a vyhodnocování.

Konceptní kategorie	Operační kategorie	Životní situace	Generická (druhov) definice	Národní subkategorie	*	
BEZ STŘECHY	1 Osoby přežívající venku	1.1 Veřejné prostory nebo venku (na ulici)	Osoby přežívající na ulici nebo ve veřejně přístupných prostorách bez možnosti ubytování	1.1.1 Osoby spící venku (např. ulice, pod mostem, nádraží, letiště, veřejné dopravní prostředky, kanály, jeskyně, odstavěné vagony, stany, garáže, prádelny, sklepy a půdy domů, vraky aut)	b	
	2 Osoby v noclehárně	2.1 Noclehárna	Osoby bez obvyklého bydliště, které využívají nízkoprahové noclehárny	2.1.1 Osoby v nízkoprahové noclehárně 2.1.2 Osoby sezonně užívající k přenocování prostory zařízení bez lůžek	b b	
BEZ BYTU	3 Osoby v ubytovacích pro bezdomovce	3.1 Azylový dům pro bezdomovce	Osoby v azylových domech s krátkodobým ubytováním	3.1.1 Muži v azylovém domě 3.1.2 Ženy v azylovém domě 3.1.3 Matky s dětmi v azylovém domě 3.1.4 Otcové s dětmi v azylovém domě 3.1.5 Úplné rodiny v azylovém domě 3.1.6 Osoby v domě na půli cesty	b b b b b b	
		3.2 Přechodná ubytovna	Osoby ve veřejných ubytovacích s krátkodobým ubytováním, které nemají vlastní bydlení	3.2.1 Osoby ve veřejné komerční ubytovně (nemají jinou možnost bydlení) 3.2.2 Osoby v přístřeší po vystěhování z bytu	b b	
		3.3 Přechodně podporované ubytování	Bezdomovci v přechodném bydlení se sociální podporou	3.3.1 Bydlení s podporou výslovně určené pro bezdomovce neexistuje	a	
	4 Osoby v pobytových zařízeních pro ženy	4.1 Pobytové zařízení pro ženy	4.1 Ženy ubytované krátkodobě v zařízení z důvodu ohrožení domácím násilím	4.1.1 Ženy ohrožené domácím násilím pobývající na skryté adrese	a	
				4.1.2 Ženy ohrožené domácím násilím pobývající v azylovém domě	a	
	5 Osoby v ubytovacích pro imigranty	5.1 Přechodné bydlení (azylová zařízení pro žadatele o azyl)	5.1 Imigranti v přechodných ubytovacích z důvodu imigrace	5.1.1 Žadatelé o azyl v azylových zařízeních	a	
				5.2 Ubytovny pro migrující pracovníky	5.2.1 Migrující pracovníci – cizinci ve veřejné komerční ubytovně (nemají jinou možnost bydlení)	a
	6 Osoby před opuštěním instituce	6.1 Věznice a vazební věznice	6.1 Bez možnosti bydlení po propuštění	6.1.1 Osoby před opuštěním věznice	a	
				6.2 Zdravotnická zařízení	6.2.1 Osoby před opuštěním zdravotnického zařízení	a
					6.3 Zařízení pro děti	6.3.1 Osoby před opuštěním dětské instituce
	7 Uživatelé dlouhodobější podpory	7.1 Pobytová péče pro starší bezdomovce	7.1 Senioři a osoby invalidní dlouhodobě ubytované v azylovém domě	7.1.1 Muži a ženy v seniorském věku nebo invalidé dlouhodobě ubytované v azylovém domě		b
				7.2 Podporované bydlení pro bývalé bezdomovce	7.2.1 Dlouhodobé bydlení s podporou pro bývalé bezdomovce	a

* Použité zkratky v posledním sloupci – Stupeň ohrožení: a – ohrožené osoby, b – bezdomovci

ETHOS – Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení v prostředí ČR

2/2

Konceptní kategorie	Operační kategorie	Životní situace	Generická (druhov) definice	Národní subkategorie	*
NEJISTÉ BYDLENÍ	8 Osoby žijící v nejistém bydlení	8.1 Přechodné bydlení u příbuzných nebo přátel	Přechodné bydlení u příbuzných nebo přátel	8.1.1 Osoby přechodně bydlicí u příbuzných nebo přátel (nemají jinou možnost bydlení) 8.1.2 Osoby v podnájmu (nemají jinou možnost bydlení)	a a
		8.2 Bydlení bez právního nároku	Bydlení bez právního nároku, nezákonné obsazení budovy	8.2.1 Osoby bydlicí v bytě bez právního důvodu 8.2.2 Osoby v nezákonné obsazené budově	a b
		8.3 Nezákonné obsazení pozemku	Nezákonné obsazení pozemku	8.3.1 Osoby na nezákonné obsazeném pozemku (zahradkářské kolonie, zemnice)	b
	9 Osoby ohrožené vystěhování	9.1 Výpověď z nájemního bytu	9.1 Výpověď z nájemního bytu	9.1.1 Osoby, které dostaly výpověď z nájemního bytu	a
				9.2 Ztráta vlastnictví bytu	9.2.1 Osoby ohrožené vystěhování z vlastního bytu
	10 Osoby ohrožené domácím násilím	10.1 Policiejně zaznamenané domácí násilí	10.1 Případy, kdy policie zasáhla k zajištění bezpečí obětí domácího násilí	10.1.1 Osoby ohrožené domácím násilím – oběti	a
NEVYHOVUJÍCÍ BYDLENÍ	11 Osoby žijící v provizorních a neobvyklých stavbách	11.1 Mobilní obydlí	Mobilní obydlí, které není určeno pro obvyklé bydlení	11.1.1 Osoby žijící v mobilním obydlí, např. maringotka, karavan, hausbót (nemají jinou možnost bydlení)	a
		11.2 Neobvyklá stavba	Nouzový přístřešek, bouda, chatrč, barák	11.2.1 Osoby žijící v budově, která není určena k bydlení, např. osoby žijící na pracovišti, v zahradních chatkách se souhlasem majitele	a
		11.3 Provizorní stavba	Provizorní stavba	11.3.1 Osoby žijící v provizorních stavbách nebo v budovách např. bez kolaudace	a
	12 Osoby žijící v nevhodném bydlení	12.1 Bydlené neobyvatelné byty	Bydlení v objektu označeném podle národní legislativy jako nevhodné k bydlení	12.1.1 Osoby žijící v nevhodném objektu – obydlí se stalo nezpůsobilým k obývání (dříve mohlo být obyvatelné)	a
	13 Osoby žijící v předlidském bytě	13.1 Nejvyšší národní norma definující předlidské byty	Definované jako překračující nejvyšší normu podle rozměru nebo počtu místnosti	13.1.1 Osoby žijící v předlidských bytech	a

* Použité zkratky v posledním sloupci – Stupeň ohrožení: a – ohrožené osoby, b – bezdomovci



FEANTSA is supported financially by the European Commission. The views expressed herein are those of the author(s) and the Commission is not responsible for any use that may be made of the information contained herein.

European Federation of National Associations Working with the Homeless AISBL
FEANTSA Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abris AISBL

194, Chaussée de Louvain ■ 1210 Brussels ■ Belgium ■ Tel.: +32 2 538 66 69 ■ Fax: +32 2 539 41 74 ■ ethos@feantsa.org ■ www.feantsa.org

CZ

Zdroj: https://www.feantsa.org/download/cz___8621229557703714801.pdf

Příloha č. 2 – Rozdíl mezi Housing First a Housing Ready



Zdroj: MPSV (2017), zpracování vlastní

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci své bakalářské práce.

Název práce: Sociální bydlení pro osoby s duševní poruchou

Jméno realizátora výzkumu: Monika Černá

Škola: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

Cíl výzkumu: Popsat způsob poskytování sociálního bydlení pro osoby s duševní poruchou v Plzni; popsat možnosti a specifika sociální práce včetně role a náplně činnosti sociálního pracovníka při poskytování sociálního bydlení pro osoby s duševní poruchou; zjistit přínos sociálního bydlení od nájemníků sociálních bytů, kteří mají diagnostikovanou duševní poruchu.

Popis výzkumu:

Výzkum bude proveden pomocí rozhovoru v domácnosti klienta/kanceláři sociálního pracovníka, všechna data budou anonymizována (nebude tedy možné identifikovat osoby zapojené do výzkumu) a použita pouze pro účely bakalářské práce, rozhovor bude v případě souhlasu nahráván, nahrávka nebude poskytnuta dalším osobám a bude ihned po přenesení dat do počítače vymazána.

Účast ve výzkumu je dobrovolná a každý účastník má právo od výzkumu během jeho realizace ustoupit bez udání důvodu, taktéž nemusí být účastníkem zodpovězeny všechny otázky.

.....

datum a podpis realizátora výzkumu

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí.

Jméno a příjmení účastníka:..... Datum narození:.....

Adresa trvalého bydliště účastníka:.....

Podpis účastníka:

Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor se sociálními pracovníky

Jak probíhá sociální práce v sociálních bytech?

Jaký je váš běžný pracovní den?

Jaká se liší práce s lidmi s duševní poruchou od jiných cílových skupin?

Máte nějaké osvědčené nástroje, které při práci s lidmi s duševní poruchou používáte?

Pracujete nějakým způsobem se sousedskými vztahy? Jak?

V čem vidíte největší přínos sociálního bydlení pro osoby s duševní poruchou?

Můžete popsat jeden příklad dobré praxe s klientem s duševní poruchou?

Záznamový arch pro polostrukturovaný rozhovor s klienty sociálního bydlení

Sociodemografické údaje

Pohlaví

Věk

Rodinný stav

Nejvyšší dosažené vzdělání

Velikost bytu

Počet členů v domácnosti + jejich vztah

PŘED NASTĚHOVÁNÍM DO BYTU

Kde bylo Vaše poslední bydliště před nastěhováním do sociálního bytu?

Jaká byla Vaše bytová situace v předchozích pěti letech před nastěhováním do tohoto bytu?

Doplňující otázky – Jak často jste se stěhoval/a, kde jste bydlel/a?

Je mnoho věcí, které mohou stěžovat hledání bydlení. Co bylo největším problémem u Vás?

Byl/a jste někdy hospitalizovaný/á v souvislosti s Vaším duševním stavem před bydlením do tohoto bytu? Případně vzpomenete si kolikrát v posledních pěti letech před nastěhováním?

PO NASTĚHOVÁNÍ DO BYTU

Jak dlouho bydlíte v tomto bytě?

Dokážete o tomto bytě říct, že je to Váš „domov“? Popište, co pro Vás domov znamená.

Byl/a jste někdy hospitalizovaný/á v souvislosti s Vaším duševním stavem po nastěhování do tohoto bytu? Kolikrát?

Můžete mi popsat Vaše vztahy se sousedy? Máte mezi nimi nějaké přátele? Nebo naopak někoho, s kým se nemůžete vystát?

Dokážete říct, jaký přínos pro Vás mělo získání tohoto bytu?

FINANČNÍ SITUACE

Jaká je výše Vašich příjmů? Rozved'te prosím odkud příjmy pochází.

Víte s kolika penězi můžete každý měsíc počítat nebo se výše mění?

Je pro Vás složité vyjít s penězi celý měsíc? Kolik dokážete případně ušetřit?

Jak se změnila Vaše finanční situace po nastěhování do bytu?

Doplňující otázka – můžete rozvést důvody, které Vás k tomuto názoru vedou?

Máte nějaké dluhy? Znáte jejich výši?

ZDRAVOTNÍ STAV

Jak byste popsal/a svůj zdravotní stav?

Máte nějakou dlouhodobou nemoc nebo zdravotní problém?

Jak často jste v pravidelné péči lékaře a jaké specializace?

Jak dlouho se s Vaší nemocí léčíte?

Popište, v čem Vás nemoc nejvíce ovlivňuje?

Doplňující otázky – Jak moc Vás nemoc ovlivňuje v zaměstnání?

(1 – neomezuje; 2 – omezuje, ale ne vážně; 3 – vážně omezuje)

Jak moc Vás nemoc ovlivňuje při navazování a udržování vztahů (rodina, přátelé)?

(1 – neomezuje; 2 – omezuje, ale ne vážně; 3 – vážně omezuje)

Jak moc Vás nemoc ovlivňuje při hledání a udržení bydlení?

(1 – neomezuje; 2 – omezuje, ale ne vážně; 3 – vážně omezuje)

Změnil se nějak Váš duševní stav po nastěhování do bytu? Dokážete popsat jak?

SPOLUPRÁCE SE SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM

Popište mi, jak probíhá Vaše spolupráce se sociálním pracovníkem?

Jak často se vídáte?

Co je pro Vás při spolupráci se sociálním pracovníkem důležité?

S čím Vám sociální pracovník pomohl/pomáhá?

Jakou další pomoc využíváte? (úřadů, neziskových organizací atd.)

Krizový plán

Jméno, příjmení:

Datum vytvoření plánu:

Jak to vypadá, když....?

1. Jak to vypadá, když se cítíte dobře, když je „pohoda“?

Jak se chováte, jak to poznáme?

Jak se cítíte?

Na co myslíte? Co se vám honí hlavou?...

Co vám pomáhá cítit se dobře?

Co, kdo mi dělá/pomáhá podporuje?

2. Jak to vypadá, když se necítíte dobře, máte zhoršený psychický stav?

Co děláte? Jak se chováte?...

Jak se cítíte?...

Na co myslíte? Co se vám honí hlavou?...

3. Jak to vypadá, když se Váš psychický stav zhorší do stavu, v kterém můžeme mluvit o krizi?

Jak to já poznám, co uvidím?

Jak se cítíte? Co cítíte? Stach, smutek, lítost...)

Jak to pozná okolí?

SPOUŠTĚČE

4. Co může u Vás způsobovat zhoršený psychický stav / krizi?

Čeho se vyvarovat/co Vás stresuje?

CO POMÁHÁ?

5. Co Vám obvykle pomohlo / pomáhá při zhoršeném psychickém stavu / krizi (venku x doma)?
6. Jak a čím si zvládnete ve zhoršeném psychickém stavu / krizi pomoci sám/sama ?
7. Kdo jiný Vám může pomoci a jak? Máte vytvořené již nějaké konkrétní dohody s jinými lidmi (rodiči, lékařem apod.)?

KONKRÉTNÍ KROKY PRACOVNÍKA

8. Jaké kroky bude dělat pracovník, pokud si všimne, že Váš psychický stav je zhoršený?
9. Kontakt pro případ zhoršeného psychického stavu (s kým se spojit, koho vyrozumět):
10. Jaké kroky si zásadně nepřejete, aby pracovník učinil?

Pracovník nemůže respektovat tuto dohodu jen v případě, že klient bude svým chováním ohrožovat majetek, zdraví nebo život svůj nebo svého okolí. V takovém případě bude pracovník postupovat tak, že zavolá rychlou záchrannou pomoc, popř. policii ČR.

Dne:

Podpis uživatele:

Podpis pracovníka:

Osoby seznámené s plánem (důležití lidé: rodina, terapeut, lékař):

Osoby přítomné při sestavování plánu:

Příloha č. 7 – Kruh podpory

