

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

Organizační směrnice č. 1/2015 :

Metodika programu rehabilitačního bydlení

Finální verze metodiky přijatá po pilotním provozu programu

Zpracovali: tým pracovníků královéhradeckého střediska, supervize MUDr. Petr Hejzlar

Schválil, podpis: MUDr. Petr Hejzlar, ředitel

Platnost: od 1. 6. 2016

Rozdělovník:

- a. originál do složky vnitřních předpisů
- b. elektronická kopie na intranetové úložiště

Vydáno: Pardubice 30. 5. 2016

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

OBSAH

I. Úvod	str. 3
1. Kontext – odůvodnění potřeby programu	
2. Základní aktivity projektu	
3. Vize po ukončení projektu	
II. Flexibilní tým, flexibilní podpora bydlení	str. 5
1. Fungování týmu před zahájením projektu	
2. Charakteristika flexibilního týmu	
3. Charakteristika flexibilní podpory bydlení	
III. Indikace rehabilitačního bydlení	str. 9
1. Typický klient	
2. Překážky přijetí klienta	
IV. Organizační záležitosti	str. 12
V. Příprava klientů	str. 13
1. Odkud mohou klienti přicházet, potenciální partneři pro spolupráci	
2. Vlastní příprava klientů	
3. Postupy spolupráce s partnery	
4. Spolupráce s opatrovníky	
VI. Základní postupy	str. 20
1. Stěhování klienta	
2. Co děláme po nastěhování klienta a vlastní nácvik bydlení	
3. Podpora skupinového soužití	
4. Flexibilita podpory	
5. Práce s krizí klienta	
6. Návaznost na další zdroje	
7. Odchod klienta z bytu	
VII. Krizové a mimořádné situace	str. 31
1. Seznam situací a postupy, když nastanou	
VIII. Přílohy	str. 35

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

I. ÚVOD

1. Kontext – odůvodnění potřeby programu

Program rehabilitačního bydlení zavádíme v rámci projektu financovaného z tzv. Norských fondů. Reagujeme tím na mezeru v síti sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním ve městě Hradec Králové a v Královéhradeckém kraji vůbec. K dispozici je buď ústavní pobytová služba s malou kapacitou a vysokými náklady (Domov na Stříbrném vrchu) nebo terénní sociální rehabilitace (Péče o duševní zdraví), která má náklady nízké a integruje nemocné do běžného prostředí. Tréninkové byty organizace najímá od města Hradec Králové. Dosud byly tři s kapacitou 8 míst (3, 3 a 2 místa v jednotlivých bytech). Ovšem pro některé klienty s těžším průběhem onemocnění tato služba nepředstavuje dostačující míru podpory (počet, dostupnost a časová kapacita personálu). Výsledkem celé situace jsou lidé prodlévající v institucích, ze sociálních důvodů čekající v psychiatrických léčebnách či plnící služby azylového charakteru.

Hlavním cílem nového programu tzv. rehabilitačního bydlení je proto **zavést a pilotně odzkoušet nový program podpory pro osoby se závažnější formou duševního onemocnění**, díky kterému bude zajištěna „zlatá střední“ míra podpory (přítomnost personálu až 8 hodin denně v pracovní dny) a přitom v běžném městském obydlení. Program budeme poskytovat v rámci již registrované sociální služby **Sociální rehabilitace**.

Za účelem naplnění hlavního cíle projektu jsme najali od města Hradec Králové byt dispozice 4+1 se čtyřmi lůžky, který opravíme a kompletně vybavíme.

Tréninkové a rehabilitační bydlení jsou pro nás pomocné termíny, kterými vyjadřujeme rozdílnou míru podpory. Další charakteristiky k tomuto tématu obsahuje článek II, kapitola 3. **Charakteristika flexibilního bydlení**.

2. Základní aktivity projektu

Aktivita I – Nábor a zaškolení personálu (3,0 úvazku)

Obsadili jsme tři nové pracovní pozice sociálních pracovníků v přímé péči na plný úvazek. Nové pracovníce jsou vyčleněny pro projekt, ale de facto funkčně rozšiřují původní tým střediska v Hradci Králové. Zkušenosti jiných poskytovatelů (např. Fokus Mladá Boleslav) ukazují výhody, když pracovníci služeb bydlení jsou integrováni do týmu, který poskytuje i terénní služby. Pracovnice procházejí komplexním zaškolením.

Cílovým stavem aktivity jsou pracovníce odborně připravené poskytovat pilotní provoz služby.

Aktivita II – Vybavení a opravy bytového fondu

Cílovým stavem aktivity je plně vybavený a funkční byt připravený na pilotní provoz služby.

Aktivita III – Vytvoření metodiky zaváděného programu včetně zapojení spolupracujících subjektů

Na vytvoření metodiky se podílejí nově přijatí pracovníci, jejich nadřízená (vedoucí střediska) a ředitel. Spolupracující subjekty dostanou možnost připomínkovat výsledný návrh metodiky. Připomínky budou zapracovány.

Cílovým stavem aktivity je vytvořená metodika v podobě podrobného manuálu poskytování služby včetně definování úkonů a metod spolupráce s relevantními sociálními i zdravotními subjekty v síti služeb.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

Metodika navazuje na stávající předpisy organizace, zvl. Procedurální předpis, Metodiku sociální rehabilitace a Metodiku tréninkového bydlení.

Aktivita IV – Pilotní provoz programu

- a. Příprava klientů na vstup do služby /pilotního provozu
- b. Vlastní pilotní provoz, sběr připomínek a námětů

V souladu s postupy stanovenými v metodice a dojednanými se spolupracujícími organizacemi vytipujeme lidi z cílové skupiny, kteří prodlévají ve zdravotnických a sociálních institucích (viz seznam subjektů u aktivity III) nebo se do nich opakovaně vracejí po neúspěšné adaptaci v běžném prostředí. U klientů zjistíme jejich zájem o vstup do programu. Se spolupracujícími organizacemi a s klienty samotnými sestavíme plán přípravy na vstup do programu a budeme ho realizovat.

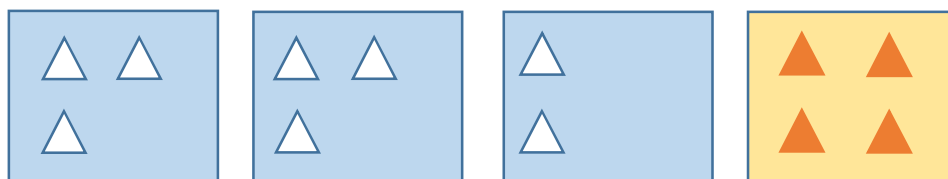
Vlastní poskytování služby / činnost programu bude probíhat vlastní pilotní provoz, během kterého budeme sbírat podněty k organizačnímu i metodickému zlepšení chodu programu. Cílovým stavem této aktivity je soubor poznatků, zkušeností a připomínek o funkčních i ne zcela funkčních aspektech metod a způsobů práce.

Aktivita V – Evaluace pilotního provozu programu, finalizace metodiky

Projektový tým se zapojením uživatelů služby a zástupci spolupracujících subjektů provede vyhodnocení pilotního provozu. Cílovým stavem této aktivity je metodika upravená o poznatky z pilotního provozu a připravená k použití v běžném provozu.

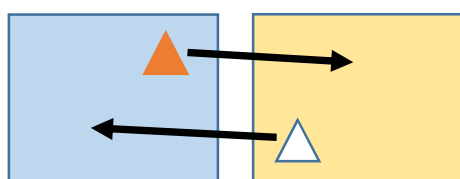
3. Vize po ukončení projektu

Po ukončení projektu budeme mít od města Hradec Králové najaté celkem 4 byty s celkovou kapacitou 12 míst. Tři byty budou mít tréninkový charakter (nízká míra podpory) a jeden rehabilitační charakter (střední míra podpory). Schematicky to lze znázornit takto:



Z organizačního hlediska by bylo nejjednodušší, aby jeden byt i nadále sloužil pro těžší clientské případy. Tedy abychom zájemce s potřebou vyšší míry podpory (než v tréninkovém bytě) směřovali do jednoho bytu. Ušetřili bychom tak určitý čas personálu a taky by to bylo užitečné pro skupinové aktivity (např. společný nácvik dovedností).

Ovšem to by vedlo k situaci, kdy by se klient přizpůsoboval službě a ne obráceně. Kdokoliv z klientů se může ve své kondici zlepšit nebo zhoršit. Při fixovaném charakteru míry podpory pro klienty v daném bytě by se tedy zhoršený nebo zlepšený klient měl stěhovat do jiného bytu:

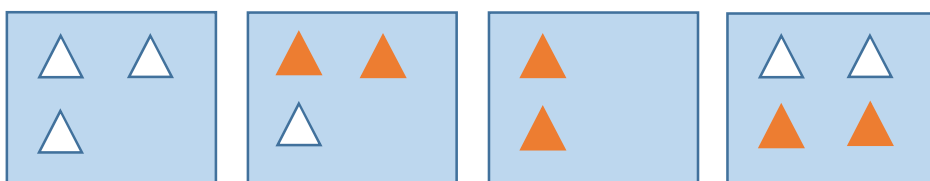


Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

Jenže to by představoval pro klienta zátěž (zvyknout si na nové prostředí a spolubydlící atp.) a zhoršení kvality života. Tedy přesně opačný stav, než jsou cíle služby.

Naší vizí tedy je flexibilní charakter bydlení a flexibilní míra podpory. Stav, kdy veškerou kapacitu bytů budou moci využívat klienti s rozdílnou potřebou míry podpory. Část míst využijí lidé, kteří si chtějí samostatné bydlení jen vyzkoušet, ověřit si svoje možnosti, a později se třeba vrátí zpátky k rodině. Část míst lidí, u nichž potřeba podpory bude postupně klesat, a výhledově odejdou do vlastního bydlení. Část klientů bude potřebovat podporu dlouhodobě, být ne stále ve stejné míře. Jinými slovy, míra podpory nebude předem určená pro dané místo (byt):



Na druhou stranu si uvědomujeme, že nyní ještě nedohlédneme všechny organizační nesnáze s tímto modelem spojené. Některé zjistíme během pilotního provozu programu, další budeme operativně řešit v budoucnosti.

Další vizí je rozšíření popsaného modelu do dalších středisek, které provozujeme, přednostně těch, kde už (tréninkové) bydlení funguje (Chrudim a Pardubice). I tam bychom rádi získali do nájmu další byty, rozšířili pracovní týmy o další úvazky a zavedli model flexibilní rehabilitace bydlení.

II. FLEXIBILNÍ TÝM, FLEXIBILNÍ PODPORA BYDLENÍ

1. Fungování týmu před zahájením projektu

Pracovní tým střediska Péče o duševní zdraví Hradec Králové je složen z devíti sociálních pracovníků na plný úvazek. Jedním z nich je vedoucí střediska, která se větší částí úvazku věnuje řídicí činnosti a menší částí úvazku přímou práci s uživateli. Tým je v současné době unidisciplinární (profese sociální pracovník), mobilní a terénní. Pracuje metodami case managementu a psychosociální rehabilitace.

Dlouhodobým způsobem fungování týmu je převážně individuální poskytování intervencí klientovi jedním (klíčovým) pracovníkem (KP). KP v některých případech ke schůzkám přibírá druhého pracovníka (návštěva doma u klienta s nepředvídatelným chováním, schůzka s klientem i jeho rodinou atp.).

2. Charakteristika flexibilního týmu

Od roku 2014 postupně zavádíme a zkoušíme práci s FACT Board (tabule), kdy klienty přechodně (krize, složitá situace, nový klient ve službě) sdílí více pracovníků najednou. Mimo nové zájemce bývá „na tabuli“ zpravidla kolem 5 klientů v krizovém stavu v jeden okamžik.

FACT Board je rozšíření elektronické databáze usnadňující týmovou koordinaci a plánování práce s klienty v ohrožující zdravotní a sociální situaci. FACT BOARD můžeme chápat jako nástroj ke koordinování práce s klienty, ale též jako jedinečný styl práce terénního komunitního týmu.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

Tým PDZ HK se schází "nad tabulí" 3x týdně, konkrétně v pondělí po obědě a ve středu a v pátek ráno. Setkání trvá v rozmezí od 30 do 45 minut. Proč? U klientů ve zhoršeném zdravotním stavu a/nebo v ohrožující sociální situaci se mohou velice rychle měnit okolnosti. Pokud chce tým klientovi pomoci, aby nedošlo k zdravotní újmě, hospitalizaci nebo sociálnímu debaklu, musí fungovat pružně a rychle - flexibilně. Pro účinnou pomoc málokdy stačí zapojení jediného pracovníka. Je vhodnější rozdělit úkoly mezi více členů týmu, což je náročné na informování a koordinaci. FACT BOARD tedy usnadňuje rychlou výměnu informací, pružné plánování opatření, rozdělování úkolů a **sdílení klienta v krizi celým týmem**.

Na FACT BOARD jednotliví pracovníci "umisťují" klienty, kteří:

- Jsou v sociální a/nebo zdravotní krizi
- Klienty, kteří mohou v brzké době být ohroženi zdravotní a/nebo sociální krizí
- Klienty, kteří potřebují vysokou míru podpory (např. doba po nastěhování do RHB bydlení)
- Nové zájemce o sociální službu

Co používání FACT BOARD přineslo:

- Rozložení aktuální zátěže mezi celý tým
- Efektivnější využívání volné kapacity týmu
- Rychlé a cílené reagování týmu na potřeby uživatelů v krizi nebo ohrožených krizí
- Průběžné předávání informací o klientech
- Usnadnění koordinace celého týmu

3. Charakteristika flexibilního bydlení

3.1. Rozlišení tréninkového a rehabilitačního bydlení

Pojmy „tréninkové“ a „rehabilitační“ zde používáme jako vnitřní pomůcku pro rozlišení dvou úrovní (způsobů) míry podpory klienta. Oba způsoby jsou obsahově v mnohém shodné a mají stejné cíle (co nejvíce samostatně bydlící klient v běžném prostředí). Liší se intenzitou podpory, tedy jak množstvím hodin podpory denně/týdně, tak počtem členů týmu zapojených do péče.

Pro rehabilitační bydlení by se dalo použít i slovo „chráněné“. Nicméně tomu se bráníme z čistě technických důvodů, protože služba je registrována jako sociální rehabilitace a některé aspekty chráněného bydlení nenaplňuje (např. v oblasti zajištění stravy).

Taxativně nejsou vymezeny ani termíny nízká, střední a vysoká míra podpory. Pro naši potřebu rozumíme nízkou mírou kontakt služby s klientem v řádu jednotek hodin týdně, střední mírou řádově desítky hodin týdně a vysokou mírou nepřetržitou dobu poskytování služby. Míra podpory jistě není charakterizována jen počtem hodin, jde třeba i o schopnost rychle reagovat na změny.

Charakteristika „Tréninkového bydlení“ – bydlení s nízkou mírou podpory ze strany sociální služby

Tréninkové bydlení je určeno pro osoby, které splňují tato kritéria:

- Osoba se léčí s duševní nemocí z okruhu F2 či F3
- Osoba spolupracuje s ambulantním psychiatrem
- Osoba je motivovaná k nácvičku bydlení

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- **Pro osobu je nácvik bydlení potřebný (tyto dovednosti nemá dostatečně osvojené nebo je měla dříve a vlivem nemoci se zhoršily)**
- Osoba disponuje dostatečným pravidelným měsíčním příjmem – cca 7 000 Kč
- U osoby omezené ve svéprávnosti je nutný souhlas opatrovníka a předpoklad další dobré spolupráce

Mluvíme o formě bydlení s nízkou mírou podpory – co to znamená? V kapacitních možnostech terénního komunitního týmu je podpořit klienta jedním pracovníkem max. 1 hodinu denně. V případě sdílení klienta v týmu potom max. 2 hodiny denně. Je tedy logické, že se pracovníci musí zabývat mírou funkčního postižení a úrovní schopností a dovedností pro každého zájemce o „Tréninkové bydlení“ zvlášť a volit, zda je „Tréninkové bydlení“ vhodnou formou bydlení pro daného člověka. Doporučujeme se mimo jiné opřít o nástroj GAF¹, který slouží k posouzení současného funkčního stavu klienta. Podle dosavadních zkušeností terénního komunitního týmu bývá skóre GAF u klienta před vstupem do tréninkového bydlení v rozmezí 70 – 45 bodů. K přesnějšímu posouzení naplněných a nenaplněných potřeb klienta je vhodné použít také mapovací nástroj CAN².

Praxí střediska PDZ HK je vyšší podpora klienta v počátku jeho pobytu v „Tréninkovém bydlení“. To znamená, že po dobu zhruba 2 – 3 měsíců dochází k podpoře cca 1 hodina denně. V průběhu adaptace klienta na nároky nového prostředí se většinou podpora snižuje na standardní podporu 1 – 2 hodin v rámci týdne. Ve chvíli zhoršení klienta v „Tréninkovém bydlení“ tým přechází do intenzivní přechodné podpory – péče klienta se pak koordinuje přes tabuli FACT BOARD.

Charakteristika „Rehabilitačního bydlení“ – bydlení se středně vysokou mírou podpory

V této formě bydlení garantuje terénní komunitní tým podporu až osmi hodin denně v pracovní dny. „Rehabilitační bydlení“ je určeno pro osoby, které splňují stejná kritéria, která jsme zmínili u bydlení tréninkového. Opět je klíčové zabývat se mírou funkčního postižení a úrovní schopností a dovedností individuálně u každého zájemce o „rehabilitační bydlení“ zvlášť a volit, zda je „rehabilitační bydlení“ vhodnou formou bydlení pro daného člověka (tedy zda nabídne adekvátní míru podpory). Terénní komunitní tým musí tedy zvážit úroveň psychologických, sociálních a pracovních funkcí v pomyslném kontinuu zdraví - nemoc.

Podle dosavadních zkušeností terénního komunitního týmu očekáváme skóre GAF u klienta před vstupem do rehabilitačního bydlení v rozmezí 45 – 28 bodů. To znamená, že u takového klienta se objevují závažné příznaky nemoci, závažné zhoršení při výkonu sociálních, pracovních nebo studijních funkcí. Dále se může potýkat se zhoršením v hodnocení reality nebo v komunikaci.

Při posuzování potřebnosti služby zohledňujeme následující aspekty:

- **praktické dovednosti** (sebeobsluha, péče o domácnost, schopnost zorganizovat si den, hospodaření s penězi apod.)
- **síť, role a aktivity** (stav aktuálního sociálního prostředí - využívané a nevyužívané formální i neformální zdroje sociální pomoci a podpory; mapování míry naplňování sociálních rolí klienta; úroveň schopnosti samostatného naplňování volného času)
- **vztahy a komunikace** (sociální chování a povaha klienta, sociální dovednosti a slabiny, emocionální dovednosti a slabiny, komunikační strategie, které kl. používá)

¹ GAF – General Assessment of Functioning, používáme verzi m-GAF

² CAN – Camberwell Assessment of Need, nástroj vhodný k mapování potřeb u klientů s psychotickou poruchou

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- **psychosociální zranitelnost** (historie průběhu nemoci - minulé průběhy, obvyklé projevy nemoci, převládající stav v posledních měsících, vzorec relapsu nemoci, medikace - znalost užívaných léků + schopnost s nimi bezpečně zacházet, citlivost vůči zátěži, ochrana proti stresu + strategie a dovednosti k jeho zvládnání)
- **motivace a přání** - popis motivačních faktorů - co zvyšuje/snižuje klientovu motivaci, přání, která souvisí se sociálním fungováním, přání pocházející ze sociálního prostředí apod.;
- **problémy s návykovými látkami** - historie užívání a dosavadní léčby abúzu návykových látek, motivace ke změně

3.2. Flexibilní podpora bydlení

Když používáme termín flexibilní bydlení, máme tím na mysli odbornou podporu klienta v oblasti bydlení, která se řídí následujícími principy:

- Klient nemusí měnit místo pobytu** ani využívanou službu, když se změní (zvýší, sníží) jeho potřeba podpory
 - *Příklad 1: klient se nastěhuje do rehabilitačního bytu a pracovníci služby se mu věnují každý den, navštěvují ho i několikrát denně, za týden s klientem stráví např. 20 hodin času; klient se postupně stává samostatnější, potřebuje podpory méně a méně; pracovníci s klientem průběžně hodnotí potřebu podpory, a když se ta snižuje, nenutí klienta do umělých aktivit, aby využili svůj pracovní čas, ale věnují se intenzivněji jiným klientům, kteří to potřebují více*
 - *Příklad 2: ten samý klient po půl roce v rehabilitačním bydlení prochází krizí a jeho potřeba podpory se prudce zvýší; tým pracovníků na to pružně reaguje rychlým navýšením počtu hodin podpory (a její formy, např. nenutí klienta do nácviků dovedností, ale více se zaměří na zpracování příčin a projevů krize), aby se předešlo hospitalizaci a/nebo aby nastala včas a byla jen co nejkratší*
- Sdílení klientů:** při navýšení potřeby podpory se práce s klientem rozloží na více pracovníků. Pomůckou pro koordinaci činnosti více členů týmu při práci s klientským případem je nástroj FACT Board.
 - *Klient má svého klíčového pracovníka, nicméně je-li to potřeba, péči o klienta sdílí více pracovníků z týmu, jak je to popsáno v bodu 2. Pro klienta to nejsou cizí lidé, protože se s nimi seznámil již v době nástupu do rehabilitačního bytu.*
- Rychlá reakce na změny:** již v době přípravy tým mapuje možné spouštěče zhoršení zdravotního stavu a tyto znalosti při další práci (již během bydlení) doplňuje; tým by měl optimálně znát obvyklý vzorec relapsu (znovuvypuknutí nebo zhoršení nemoci) a obvyklé časné varovné příznaky; v průběhu práce tým monitoruje zdravotní a sociální kondici klienta a vnější zátěžové vlivy; díky těmto krokům (činnostem) je tým rychle schopen měnit míru podpory, což vyjednává i s klientem samotným, případně dalšími spolupracujícími zdroji (např. ambulantním psychiatrem)
 - *Klient se svěří, že poslední noci hůře spí, přes den je unavený a nesoustředěný. Pokud u daného klienta víme, že jde o obvyklý nespécifický varovný projev, domluvíme s klientem, že v nejbližším týdnu až dvou pracovníci budou za klientem chodit na krátkou monitorovací návštěvu např. 3x denně a budou více pátrat po souvisejících zátěžových faktorech (příklad – klientovi opakovaně volá jeho bratr a žádá ho o finanční půjčku; klient je ambivalentní – chce bratra podpořit, ale musel by si sám peníze navíc nějak sehnat, neví jak, a nechce se mu do toho)*

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

III. INDIKACE REHABILITAČNÍHO BYDLENÍ

1. Typický klient / Cílová skupina

1.1. Zdravotní indikace

- a) Prioritní diagnostický okruh - klient se léčí s duševní nemocí, která diagnosticky spadá do okruhu F2 (poruchy schizofrenního okruhu) nebo F3 (afektivní poruchy).
- b) Klient spadá, z hlediska vymezení cílové skupiny, do okrajového diagnostického okruhu:
 - duševně nemocní s diagnózou porucha osobnosti, pokud nastávají těžké adaptivní problémy,
 - úzkostné a neurotické poruchy s těžkým chronickým průběhem,
 - lehčí formy mentální retardace s další psychiatrickou komplikací.
- c) Klient je starší 18 let.
- d) Uživatel v zájmu stabilizace svého zdravotního stavu spolupracuje s ambulantním psychiatrem.
- e) Uživatel je motivován rehabilitační bydlení využívat

1.2. Sociální indikace (předpoklady)

- a) Uživatel disponuje dostatečným pravidelným měsíčním příjmem (k zajištění nájmu a nejnütnějších životních potřeb), zpravidla jde o částku cca 7 000 Kč měsíčně.
- b) V případě uživatele, který je zbavený nebo omezený ve způsobilosti k právním úkonům, je nutný souhlas jeho opatrovníka a předpoklad další dobré spolupráce s opatrovníkem (opatrovník nehodlá blokovat opatření nutná k chodu nácviu bydlení, např. přestěhování do bytu).
- c) Klient pochází z Královéhradeckého nebo Pardubického kraje.

1.3. Postižení dovedností

Klient nedisponuje dovednostmi a kompetencemi potřebnými pro zvládnutí samostatného bydlení. Na základě zkušeností terénního komunitního týmu bychom charakterizovali klienta v jednotlivých životních oblastech (jednotlivý výčet domén je inspirován dotazníkem CAN) takto:

- **BYDLENÍ** – klient strávil rok a více v pobytovém zařízení či v rodině, ve které dostává vysokou míru pomoci (předpoklad, že vlivem délky hospitalizace dochází k větší ztrátě schopností k samostatnému bydlení)
- **STRAVA** - klient si neumí připravit ani jednoduché jídlo, je zvyklý na pravidelné dodávání veškeré denní stravy
- **PÉČE O DOMÁCNOST** - klient se není schopen o domácnost postarat (selhává např. v úkonech jako vytírání, zametání, luxování, atp.), potřebuje pravidelnou pomoc
- **PÉČE O SEBE** - potřebuje a dostává pomoc při úkonech každodenní péče o sebe - např. výměna prádla, osobní hygiena, čistý vzhled
- **DENNÍ ČINNOSTI** - klient není schopen si sám naplnit den aktivitami, potřebuje pomoc s organizováním denních činností v rámci péče o domácnost a trávení volného času
- **TĚLESNÉ ZDRAVÍ** - klient potřebuje podporu ve vyhledání a koordinaci dodržování zdravotní péče - např. zapomíná na termíny kontrol, neví, jak vyhledat lékařskou pomoc atp.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- PSYCHOTICKÉ SYMPTOMY - klient má buď chronický průběh onemocnění, nebo má zbytkové pozitivní schizofrenní příznaky, potřebuje podporu v rámci dodržování medikace
- INFORMACE O ZDRAVOTNÍM STAVU A LÉČBĚ - klient není edukovaný o nemoci, např. potřebuje zprostředkovat základní informace, potřebuje si uvědomit dopad nemoci do běžného života, atp.
- PSYCHICKÉ POTÍŽE - klient má v historii výskyt sebevražedných myšlenek či pokusů; jeho relapsy jsou doprovázeny sebevražednými tendencemi
- OHROŽUJE SEBE - viz bod Psychické potíže + výskyt sebepoškozování či jiného rizikového chování
- OHROŽUJE OKOLÍ - v historii projevy agrese, konflikty se sousedy, trestní chování
- ALKOHOL / DROGY - v anamnéze abúzus návykových látek či závislost na návykových látkách (viz též následující bod 1.4.)
- PŘÁTELE - klient je převážně bez přátel a sociálních kontaktů, s minimálním kontaktem s rodinou + nedokáže sám navázat vztahy ve svém prostředí
- INTIMNÍ VZTAHY - je bez partnerského vztahu nebo ve vztahu, který klienta poškozují (např. zneužívání)
- PÉČE O DĚTI - nedokáže pečovat o děti (nemají děti ve své péči)
- ZÁKLADNÍ VZDĚLÁNÍ - potíže se soustředěním, orientací ve městě, vyplňováním formulářů, porozumění textu
- DOPRAVA - neschopnost používat veřejnou dopravu - sám se zorientovat v linkách a jízdních řádech
- PENÍŽE - klient potřebuje pomoci s hospodařením - často s pomocí opatrovníka či rodiny
- FINANČNÍ DÁVKY - invalidní důchodci III. stupně, často bez nároku na výplatu dávky - často v hmotné nouzi

1.4. Rehabilitační bydlení a klient s duální diagnózou

Do rehabilitačního bydlení může vstoupit i klient s duální diagnózou. Jinými slovy, abusus návykových látek či závislost na nich nejsou absolutní kontraindikací pro vstup do rehabilitačního bydlení. Podobně je to i s gamblingem. Rozhodující pro vstup takového zájemce do rehabilitačního bydlení je **ověřit si v průběhu přípravného období jeho motivace k léčbě závislosti, optimálně k plné abstinenci.**

V přípravné fázi je důležité zapojit do mapování motivace a hlavně do budoucí spolupráce nejen zájemce samotného, ale všechny participující či potenciální zdroje v okolí zájemce (např. ošetřující ambulantní psychiatr, AT ambulance, psycholog či psychoterapeut, atp.). Z dosavadních zkušeností terénního komunitního týmu vyplývá, že další formou vhodnou pro ověření motivace zájemce jsou **adaptační pobyty**³. U zájemců hospitalizovaných v psychiatrických nemocnicích jsou k tomuto účelu vyjednány propustky z hospitalizace. Zájemce o bydlení je seznámen s tím, že po návratu na hospitalizaci proběhne jeho testování na přítomnost návykových látek v organismu.

Pokud klient s duální diagnózou po zdařilém přípravném období nastupuje do rehabilitačního bydlení, jsou s ním domluveny tyto podmínky:

a) **Dohoda o „čistém bytě“:**

- Klient nesmí přechovávat v rehabilitačním bytě žádnou z návykových látek včetně alkoholu
- Klient nesmí pobývat v rehabilitačním bytě pod vlivem žádné z návykových látek včetně alkoholu

b) Klient vstoupí do pravidelné spolupráce s adiktologickou službou (např. Laxus v Hradci Králové nebo AT ambulance PK FN HK). Cílem adiktologické léčby budou zejména podpora klienta v abstinenci (např.

³ U lidí, kteří jsou v léčebném programu léčby závislosti (duální dg.), nejsou adaptační pobyty často možné z důvodů režimové léčby

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

zmapování relapsů užívání návykových látek, zmapování chvil bažení po droze, motivační a podpůrné rozhovory). V průběhu léčby bude klient pravidelně testován na přítomnost návykových látek v organismu.

- c) Klient souhlasí, že pracovníci terénního komunitního týmu mohou kdykoli požádat spolupracující organizaci Laxus o provedení orientačních testů, pokud mají podezření, že je klient intoxikován návykovou látkou.
- d) Klient souhlasí, aby s jeho vědomím mezi službami byla možnost sdílení informací. Je užitečné, aby adiktologická služba s námi (a naopak) byla v pravidelném kontaktu (společné hodnotící schůzky, pravidelná výměna informací, atp.). Z dosavadních zkušeností terénního komunitního týmu je nejvíce efektivní integrovaný přístup v rámci práce s klientem s duální diagnózou.

Pro případ porušení nastavených dohod / pravidel má terénní komunitní tým s každým klientem individuálně nastaveny sankce (individuální kontrakt). Od tvrdé „Jednou a dost“ až po možnost přihlídnout k míře porušení pravidel a následně vzniklých škod (zdraví klienta, poruchy chování, sousedské soužití atp.).

2. Překážky přijetí klienta do služby

2.1. Absolutní kontraindikace

- a) Klient nepatří ani okrajově do cílové skupiny.
- b) Klient požaduje výhradně služby, které tým neposkytuje.
- c) Klient je závislý na alkoholu či omamných látkách a zneužívání návykových látek znemožňuje spolupráci. Viz bod 1.4. výše.
- d) Agresivní klient, který nechce se svou agresivitou pracovat.

2.2. Relativní a dočasné kontraindikace

- a) Agrese zájemce, na které chce pracovat.
- b) Zájemce odmítá, aby informace nezbytné pro chod nácviku byly sdíleny v rámci týmu (toto sdílení je potřebné z hlediska zastupitelnosti, protože v určitých fázích může nácvik bydlení vyžadovat zapojení více pracovníků týmu).
- c) Kapacita služby je naplněna a nelze ji aktuálně uvolnit ukončením či omezením služby jinému klientovi.
- d) Klient nemá dostatek financí, aby uhradil náklady spojené s podnájímáním bytu a na zabezpečení svých nezbytných potřeb.
- e) Klientovi může být zamítnuta žádost, pokud aktivně nespolupracuje v přípravné fázi.

2.3. Organizačně technická překážka

Byty nejsou bezbariérové a tak nelze přijmout klienta, jehož tělesné postižení bezbariérovost vyžaduje.

2.4. Práce na odstranění překážek přijetí klienta do služby

- a) **Tělesné postižení:** byt není bezbariérový, a proto je nutné zvážit míru postižení klienta vzhledem k této skutečnosti. Případně odkázat klienta na adekvátní služby.
- b) **Nedostatek financí:** řešit s klientem finanční situaci, prozkoumat všechny dostupné varianty získání financí (invalidní důchod, PP, doplatek na bydlení, práce), pomoc s dluhovou problematikou, apod.

➤ **Praktický tip: doplatek na bydlení v případě skupinového bydlení**

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

Při přípravě klientů do RHB bydlení, jsme často řešili finance. Stalo se, že to byla jediná překážka pro přijetí klienta do bydlení. Pokud klient nepobírá invalidní důchod nebo nemá nárok na výplatu a má jen příjem z hmotné nouze, existuje způsob, jak tuto překážku zmírnit = zajištění **doplátku na bydlení**.

Jenomže když byt slouží pro více osob, pak k nim úřad práce přistupuje jako ke společně posuzovaným osobám. Jaké je řešení? **Ve smlouvě o podnájmu MUSÍ být uvedeno, že se jedná o PODNÁJEM POKOJE**. Potom je klient posuzován samostatně. K tomu, že využívá společné prostory, ÚP nepřihlíží.

Velice se nám osvědčilo mít na úřadu práce vytipované úředníky, kteří situaci chápou a na které se můžeme v případě potřeby obrátit.

Shrnutí:

- Klient musí být v hmotné nouzi. Pozor na našetřené peníze např. z hospitalizace. Přihlíží k tomu a nárok na doplatek vzniká až vyčerpáním všech úspor.
 - Smlouva o podnájmu: pokud se jedná o byt, kde bydlí více osob, musí tam být uvedeno, že se jedná o podnájem pokoje! Pokud by tam byl podnájem bytu, budou posuzované všechny osoby společně.
 - Podat žádost na ÚP – doporučujeme nejprve schůzku s úřednicí, která sdělí, co vše je potřeba doložit. Bývá to OP, podnájemní smlouva, přehled všech plateb souvisejících s bytem (energie, rozhlas, TV, voda), smlouvy s přehledem záloh apod.
 - Doplatek na bydlení je vyplácen vždy zpětně.
- c) **Nespadá do cílové skupiny:** navázat klienta na jiné, adekvátní služby.
- d) **Závislý klient:** Pomoc při řešení problému závislosti klienta. Navázání na specializované služby. Podpora klienta při řešení problému.
- e) **Agrese:** Pomoc při zvládnání agresivity. Navázání klienta na odbornou pomoc.
- f) **Obsazenost služby:** Podpora klienta při čekání na službu, případně pomoc při hledání jiného bydlení.

IV. ORGANIZAČNÍ ZÁLEŽITOSTI

K sociální rehabilitaci v oblasti bydlení se do nynější doby vází tyto vnitřní dokumenty organizace:

- Formuláře:
 - Žádost o podnájem
 - Smlouva o podnájmu bytu
 - Protokol o předání a převzetí bytu
 - Provozní řád bytu
 - Kalkulace smluvní ceny podnájemného
 - Ukončení smlouvy o podnájmu dohodou
 - Dodatek k podnájemní smlouvě - HK
 - Dodatek k podnájemní smlouvě - trvalé bydliště
- Metodiky:
 - S0901_b_R2010 Metodika SR_nácvik bydlení_R2013_final
- Mapovací nástroje
 - Mapování dovedností pro bydlení

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

- Organizační směrnice
 - S1001_R2015 o podnájemních bytech

Vlastní postupy pro poskytování podnájmu:

- a) Zámecce o bydlení musí podat písemnou "Žádost o podnájem" (pracovník mu poskytne formulář, který je ke stažení na intranetu PDZ).
- b) Zámecce zařadíme do evidence žadatelů o bydlení, kterou spravuje terénní komunitní tým (viz Metodika nácviku bydlení).
- c) Smlouvu o podnájmu bytu uzavírá PDZ a uživatel služeb (v případě omezení svéprávnosti klienta jeho opatrovník). Uzavření smlouvy navrhuje odborné týmy na základě přípravného období.
- d) Podnájímání bytů PDZ se řídí občanským zákoníkem a smlouvami o podnájmu.
- e) Vnitřní směrnice o podnájemních bytech pak popisuje vztahy mezi jednotlivými účastníky, upravuje pravidla pro provoz bytů a definuje platby a příjmy z podnájmu bytů.
- f) Smlouva o podnájmu se standardně uzavírá na dobu 6 měsíců. Smlouva může být opakovaně prodlužována. U tréninkového bydlení je maximální doba podnájmu 3 roky. **V případě rehabilitačního bydlení se tímto limitem řídit nemusíme.** Předpokládáme, že u klientů s vyšší mírou postižení bude potřeba rehabilitace delší. Budeme ovšem podporovat, aby se úspěšní klienti pokoušeli o vlastní bydlení (nenabízíme a priori bydlení „na dožití“).
- g) Součástí smlouvy o podnájmu je protokol o předání bytu, provozní řád bytu (ošetřuje práva a povinnosti podnájemce a podnajímatele) a kalkulace smluvní ceny. Celková cena je smluvní a skládá se z:
 - ceny za užívání bytu stanoveného majitelem bytu (nájemného, poplatků za užívání vybavení majitele bytu a poplatků za společné služby)
 - zálohových plateb za služby a energie
 - poplatků za TV a rozhlas (pokud jsou tato zařízení v provozu)
- h) K ukončení podnájmu dochází:
 - uplynutím doby podnájemní smlouvy
 - ukončením podnájmu jednostrannou výpovědí podnájemní smlouvy ze strany podnájemce před uplynutím sjednané doby
 - jednostrannou výpovědí podnájemní smlouvy ze strany PDZ pro neplnění povinností ze strany podnájemce
 - nestandardním způsobem (podnájemce opustí byt bez předchozí domluvy, ukončení smluvního vztahu, úmrtí podnájemce, atp.)

V. PŘÍPRAVA KLIENTŮ

1. Odkud mohou klienti přicházet, potenciální partneři pro spolupráci

Rehabilitační bydlení chápeme jako podporu lidí s duševní nemocí, kteří ztratili nebo nikdy neměli dovednosti potřebné k samostatnému bydlení a chtějí je získat a žít plnohodnotný život mimo zdravotnická a ústavní zařízení podle vlastních představ a možností v jejich přirozené komunitě.

Proto očekáváme, že zájemci budou přicházet z psychiatrických nemocnic po dlouhodobých hospitalizacích, zejména z důvodu ztráty sociálních dovedností či jiných sociálních důvodů. Dále pak očekáváme zájemce, kteří žijí trvale v péči příbuzných (většinou rodičů), kde nemají dostatek příležitostí vytvořit si dovednosti pro

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

samostatné bydlení. Lidé bez těchto dovedností jsou v dlouhodobém výhledu odkázáni na ústavní či azylovou péči.

Rehabilitační bydlení poskytujeme v Hradci Králové, proto očekáváme spolupráci především s těmito partnery v Královéhradeckém kraji – Domov na Stříbrném vrchu, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, Psychiatrická nemocnice Kosmonosy, Dům Matky Terezy Hradec Králové, Psychiatrická klinika fakultní nemocnice Hradec Králové, sociální odbory měst v regionu, ambulantní psychiatři a v neposlední řadě rodiny zájemců a další blízké osoby.

Rehabilitační bydlení však mohou využít i zájemci, kteří splňují kritéria k přijetí a kteří o službu projevují zájem sami, tedy nejsou doporučeni jinou organizací.

- *Postřeh z praxe: někteří potenciální zájemci jsou léčeni pro duální diagnózu a hospitalizováni na odděleních pro léčbu závislosti, jejichž zástupci se málokdy účastní pravidelných porad naší organizace s psychiatrickými nemocnicemi. Při nabízení volných míst v bydlení proto nezapomínejme oslovovat i tato oddělení.*

1.1. Popis dosavadní spolupráce s vybranými organizacemi

Domov na Stříbrném vrchu

S Domovem na Stříbrném vrchu (Domov) spolupracujeme v rámci přípravy jejich klientů do „Tréninkového bydlení“ PDZ HK (do dnešní doby 2 lidé). Probíhají též stáže našich pracovníků v Domově.

- *V roce 2014 jsme ve spolupráci s Domovem nabídli dvěma jeho uživatelům možnost využívat tréninkové bydlení v Hradci Králové. Kvůli ošetření rizik jsme nějakou dobu klientům poskytovali obě služby souběžně. To ale bylo pro klienty příliš finančně náročné a vyvolalo to nesouhlas jejich opatrovníků. Ti také měli dojem, že klientům nezajišťujeme dostatek denního programu a měli bychom se více aktivně starat o zabezpečení jejich stravování. Střetával se zde pohled pečující (zabezpečit potřeby) a pohled podporující (umožnit více samostatného rozhodování). Měli jsme mj. věnovat více pozornosti vyladění těchto pohledů ještě před nastěhováním klientů. Asi i proto se stalo, že opatrovník vyžádal ukončení služby tréninkového bydlení a oba klienti z bytu odešli. **Tato zkušenost byla jedním z motivů pro zpracování projektu, v rámci kterého rehabilitační bydlení zavádíme.***

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod (PN HB)

Jednou měsíčně probíhá v PN setkání multidisciplinárního týmu (terénní týmy case managementu, sociální pracovníci PN HB a vedoucí lékaři primariátů), kde probíhá ve spolupráci s odborným personálem PN depistáž případných zájemců o spolupráci s terénní službou PDZ HK. Pracovníci terénního týmu navštěvují zájemce a uživatele na jednotlivých odděleních ve frekvenci 1x 14 dnů. V PN HB probíhají též stáže našich pracovníků.

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy

Psychiatrická nemocnice Kosmonosy nepatří již do spádu terénního týmu PDZ HK, proto tým zajíždí do zařízení „pouze“ ve chvílích aktuální potřeby - většinou na podnět psychiatrické nemocnice (respektive odd. K20) a to ve chvíli, kdy je na oddělení hospitalizovaný pacient ze spádové oblasti terénního týmu. V PN probíhají též stáže našich pracovníků.

Dům Matky Terezy Hradec Králové (DMT)

Lidé bez domova trpí často nějakou formou duševního onemocnění. Několik klientů PDZ HK je proto i klienty DMT. Probíhá vzájemná spolupráce personálu MDT a pracovníků terénního týmu PDZ HK nad jednotlivými případy. V DMT probíhají též stáže našich pracovníků.

Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice HK (PK FN HK)

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

Jednou týdně se pracovníci terénního týmu PDZ HK účastní setkání s lékaři na odd. A a odd. B, kterých se účastní i sociální pracovníci jednotlivých oddělení. Probíhá depistáž potenciálních zájemců o službu PDZ HK a výměna informací o stávající či potenciálních uživatelích služby. Na PK FN HK probíhají též stáže našich pracovníků.

1.2. Přehled kontaktů na spolupracující organizace

Organizace	Kontaktní osoba
Domov na Stříbrném vrchu Stříbrný vrch 199 517 61 Rokytnice v Orlických horách	Ředitelka Mgr. Eva Fremuthová, MBA T: 739 460 286 E: fremuthova@uspro.cz
Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod Rozkošská 2322 580 23 Havlíčkův Brod	Primariát 6 primář MUDr. Michal Mikolaj E: mmikolaj@plhb.cz
Psychiatrická nemocnice Kosmonosy Lípy 15 293 06 Kosmonosy	Primariát K20, primářka MUDr. Veronika Kotková T: 326 715 951 E: veronika.kotkova@plkosmonosy.cz
Dům Matky Terezy Středisko sociálních služeb pro lidi bez domova U Mostku 472/5 503 41 Hradec Králové	Vedoucí služby Dana Pechová T: 777 721 620 E: dana.pechova@hk.caritas.cz
Psychiatrická nemocnice FN HK Sokolská 581 500 05 Hradec Králové	Přednosta prof. MUDr. Ladislav Hosák PhD. T: 495 832 369 E: ladislav.hosak@fnhk.cz

2. Vlastní příprava klientů⁴

Při přípravě klienta na vstup do rehabilitačního bydlení je žádoucí s partnerskou organizací spolupracovat a koordinovat činnosti tak, aby přechod do bytu byl pro klienty plynulý a bezpečný. Jedním z možných opatření pro zvýšení bezpečí je možnost (v případě, že klient do bytu přichází z jiné sociální služby), aby klient po předem dohodnutou dobu a za přijatelných finančních podmínek využíval souběžně služby obou poskytovatelů.

Vlastní příprava spočívá ve společných setkáních pracovníka PDZ, klienta – zájemce a pracovníka partnerské organizace, ze které klient do rehabilitačního bytu bude přicházet. V případě sociálních služeb půjde o klientova klíčového pracovníka v daném zařízení (službě). V případě zdravotnických zařízení půjde o sociálního pracovníka daného oddělení, případně ošetřujícího lékaře. Má-li klient opatrovníka, musí být do setkávání také zapojený.

První setkání je věnováno vzájemnému seznámení. Nemělo by jít jen o formalitu - pracovník PDZ by měl v rámci seznamování s klientem strávit nějaký čas, alespoň půlden, při jeho obvyklém programu v daném zařízení.

Další setkání by měla být věnována mapování situace klienta a vytváření plánu podle pomocného formuláře, který je přílohou této dohody. Počet přípravných setkání: minimálně 3, optimálně 5-7, maximálně 10. Přípravné období by mělo trvat alespoň 2 měsíce.

V rámci přípravného období se terénnímu komunitnímu týmu osvědčilo naplánovat setkání zájemce o bydlení s uživateli, kteří již tuto službu využívají. Vznikl tak prostor pro předání vlastních "peer" zkušeností a prožitků od lidí, kteří celým procesem již prošli.

⁴ Viz též článek VI.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

Dalším doporučeným postupem je uskutečnit návštěvu zájemce v bytě - seznámit se s okolím bytu a bytem samotným. S jeho dispozicemi a vybavením. Pokud má zájemce blízké osoby, které ho podporují (příbuzní, opatrovník) je možné je k návštěvě bytu přizvat.

Pokud je to možné, doporučujeme v rámci přípravného období uskutečnit minimálně jeden zkušební (adaptační) pobyt zájemce v bytě. V praxi se ukázalo, že adaptační pobyty zmírňují obavy zájemce z nadcházející změny. Adaptační pobyt je též příležitost vidět a mapovat zájemce o bydlení "v akci" a lépe tak nastavit individuální plán podpory.

- *Klíčový pracovník nebo jiný člen pracovního týmu se společně se zájemcem účastní naplánovaných aktivit v rámci zkušebního pobytu. Jdou společně na nákup, společně vaří, uklízí, tráví volný čas. Pracovník má tak jedinečnou příležitost pozorovat zájemce při činnostech a hodnotit míru jeho dovedností. Např. si všimá, že se zájemce špatně orientuje v okolí bydliště (např. opakovaně netrefí do obchodu), je nerozhodný při výběru potravin, nedokáže si bez podpory sám uvařit jednoduché jídlo, nevyzná se v pracích programech. Veškerá zjištění jsou následně využita k sestavení adekvátního plánu podpory po přestěhování zájemce do rehabilitačního bydlení.*

Pro spolupráci s klientem pracovník PDZ uzavírá smlouvu o užívání sociální rehabilitace a kvalifikovaný souhlas se zpracováním osobních údajů. Součástí je seznámení klienta s pravidly služby, podmínkami podnájemní smlouvy a provozním řádem podnájemního bytu.

Výsledkem přípravy bude jasný a konkrétní plán: kdy se klient bude stěhovat, jakou pomoc potřebuje při přípravě na stěhování, jakou při vlastním stěhování, jakou pomoc a podporu bude potřebovat po nastěhování, jak se bude postupovat při případném zhoršení zdravotního stavu či krizových situacích obecně. Plán by měl obsahovat rozpis aktivit pracovníků PDZ, klienta, pracovníků zařízení, ze kterého klient do bytu přichází, a dalších zapojených osob.

Pro úplnost uvádíme v příloze metodiky pomůcky pro mapování a plánování.

3. Postupy spolupráce s partnery

Spolupráce s partnery je klíčová pro vyhledání a oslovení vhodného potenciálního zájemce o rehabilitační bydlení a jeho úspěšný vstup do služby. Proto je v této části metodiky popsána žádoucí dobrá praxe v rámci jednání s klíčovými partnery. Samostatnou kapitolou je pak jednání s opatrovníkem klienta.

3.1. Informování partnerů, dohody o spolupráci, hodnocení spolupráce

Pokud chceme, aby spolupráce s partnery dobře fungovala, je nezbytné, aby partneři byli dobře informováni o dané službě a to především v těchto oblastech:

- Poslání rehabilitačního bydlení a jeho cíle
- Provozní náležitosti (kapacita, finanční náročnost, délka pobytu)
- Režim a podpora rehabilitačního bydlení (míra podpory a její náplň)
- Kritéria pro vstup zájemce do rehabilitačního bydlení (cílová skupina, míra schopností a dovedností)
- Postupy pro depistáž zájemců a následnou komunikaci s terénním týmem PDZ HK
- Možnosti spolupráce v rámci přípravné fáze vstupu do rehabilitačního bydlení

Doporučujeme obeslat všechny potřebné partnery základním informačním dopisem o plánované službě a požádat o možnost osobního setkání s klíčovými osobami pro nastavení úspěšné spolupráce.

Na osobním setkání by pak mělo dojít k podrobnému představení charakteru služby (viz výše) a k vyjednávání o podobě spolupráce mezi terénním týmem a jednotlivými partnery. Z toho důvodu by měl mít subjekt, který vyvolává jednání jasnou představu o tom, čeho by chtěl v rámci setkání dosáhnout – měl by tedy mít představu o podobě spolupráce.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

3.2. Spolupráce při mapování životní situace a stavu zájemce

Je žádoucí, aby partneři byli otevření spolupracovat s terénním týmem v rámci mapování klientovy životní situace a zdravotního stavu. Nedílnou součástí této fáze jsou konzultace a výměna informací mezi klientem – ošetřujícím či pečujícím personálem zařízení (ošetřující lékař, sociální pracovníce, pečovatelky, atp.) a terénním týmem. Měly by být tedy dobře nastaveny komunikační kanály mezi jednotlivými stranami.

Pokud je to možné, využíváme příležitosti seznamovat se a poznávat zájemce o rehabilitační bydlení v různých prostředích (arteterapie, ergoterapie, jiné nácviky...). Nezapomínejme, že nejenom zájemce sám, ale i personál daného zařízení je pro nás důležitým zdrojem poznatků a informací!

V rámci spolupráce s partnery, bychom měli mít zmapované především toto:

- Historie zájemce v daném zařízení (důvod, doba a průběh hospitalizace)
- Schopnosti a dovednosti zájemce, tak jak je vidí odborný personál
- Zdravotní stav zájemce a průběh jeho léčby
- Informace o jeho sociálních záležitostech (finanční zdroje, přítomnost dluhů, pobíratel dávek)
- Možná rizika spojená s přechodem zájemce do rehabilitačního bydlení (např. abúzus návykových látek, nedodržování léčby, pasivita v trávení volného času, přílišné utrácení peněz, gamblersství, sklon k impulzivnímu a agresivnímu chování)

3.3. Spolupráce při přípravě přechodu klienta do rehabilitačního bydlení

Dobrou praxí je zapojit spolupracujícího partnera do individuálního plánu zájemce o rehabilitační bydlení, pokud je to potřeba. Může se stát, že před přechodem do rehabilitačního bydlení bude se zájemcem potřeba něco vyřešit (např. požádat o dávku státní sociální podpory) nebo nacvičit (např. třídění prádla). V tom případě si se spolupracujícím partnerem domlouváme oblasti působení a kompetence, rozdělujeme si úkoly. Vše zaznamenáváme do individuálního plánu zájemce o rehabilitační bydlení.

Jak již bylo zmíněno výše, v rámci přípravného období není dobré omezovat se pouze na aktuální prostředí / bydliště zájemce, proto je dobré naplánovat se zájemcem a kompetentním partnerem minimálně jeden adaptační pobyt. Nutné je neopomenout organizační a technické náležitosti, jako např. způsob dopravy, finanční zajištění zájemce po dobu zkušebního pobytu, zajištění potřebných léků a věcí každodenní potřeby.

3.4. Úskalí spolupráce

Spolupráce subjektů s odlišným způsobem fungování se pochopitelně neobejde bez komplikací či dilemat. Je lepší se připravit, že mohou nastat, a hledat cesty, jak je společně překonat. Níže uvádíme příklady, se kterými se v praxi setkáváme a které nemusí mít předem daná správná řešení.

➤ *Kdo má být první informován?*

O klientovi, který by mohl mít prospěch z rehabilitace, se nemusíme dozvídat od zařízení, kde klient pobývá, nýbrž z jiného zdroje. Koho prvního oslovit, klienta nebo zástupce zařízení? Jedna i druhá strana se oprávněně může cítit, že je obcházená. Klient – „co se mnou chtějí dělat?“, zařízení – „jednají za našimi zády s naším klientem“. Patrně neexistuje jednoznačná rada, jak postupovat. Určitě se ale vyplatí, když stranu, se kterou jednáme první, upozorníme, že jde zatím o nezávaznou nabídku a že bude vhodné rychle svolat společnou schůzku klient / pracovník zařízení, kde klient pobývá / pracovník PDZ.

Situace může skrývat i konflikt zájmů dvou poskytovatelů sociálních služeb „mít klienty“. Někdy se proto vyplatí schůzka zástupců obou poskytovatelů bez klienta s cílem otevřeně tento skrytý konflikt pojmenovat a pokusit se vyladit postoje obou služeb, aby jejich spolupráce byla skutečně v klientově zájmu.

➤ *Kdy je klient připravený na změnu?*

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

V praxi jsme se setkali s dvojitou situací. V první situaci personál psychiatrické nemocnice zdůrazňuje zdravotní rizika a doporučuje přechod do nácvičky bydlení odložit. V druhé situaci personál PDZ vidí klienta jako rizikového (např. z hlediska hospodaření s financemi) a doporučuje stěhování odložit a věnovat ještě více času přípravě. V obou případech může být klient frustrovaný odkládáním změny, což může negativně dopadat na jeho motivaci i zdravotní stav.

Ideální je, když ani jedna strana nemá skrytou agendu a otevřeně své důvody pojmenovává. Dobré je klienta do této diskuse zapojit, důvody k odkládání změny pojmenovat korektní a srozumitelnou formou a společně hledat možnosti, jak překážky překlenout.

4. Spolupráce s opatrovníky

Vzhledem k tomu, že rehabilitační bydlení budou využívat lidé s dlouhodobou duševní nemocí a tedy s hlubším funkčním postižením (GAF cca 60 a níže) dá se očekávat, že někteří z nich budou omezeni ve své svéprávnosti. Proto je důležité, již od začátku práce se zájemcem o rehabilitační bydlení, který je omezen ve svéprávnosti, spolupracovat s jeho opatrovníkem.

Kromě opatrovníka, který se rekrutuje z přirozeného prostředí klienta (rodina či jiná osoba blízká) můžeme přijít do kontaktu s opatrovníkem veřejným. Doporučujeme tedy seznámit se a navázat kontakt s kompetentními sociálními odbory spádových obcí. Nejeefektivnější se jeví osobní setkání celých pracovních týmů (tým PDZ HK, tým veřejných opatrovníků úřadu) s cílem vzájemně se seznámit s pracovními přístupy, hodnotami v rámci práce s klienty a s profesními limity (co můžeme a co již ne). V rámci setkání je dobré vyjasnit si očekávání jednotlivých stran ohledně budoucí spolupráce.

- *V případech klientů omezených v oblasti nakládání s finančními prostředky opatrovníci často očekávají, že převezmeme veškeré úkony spojené s finančním hospodařením. Doporučujeme předem a jasně vyjednat, jaké dovednosti v oblasti finančního hospodaření máme rehabilitačně rozvíjet, abychom neprováděli pouze úkony kontrolního charakteru.*

Je také žádoucí, aby pracovníci terénního týmu byli proškoleni v problematice omezení svéprávnosti, především v rámci Občanského zákoníku.

4.1. Spolupráce s opatrovníkem před vstupem zájemce do rehabilitačního bydlení

Již v rámci prvokontaktu se zájemcem o rehabilitační bydlení zjišťujeme, zda zájemce je či není omezen ve svéprávnosti. Pokud je zájemce omezen ve svéprávnosti, pak podmínkou pro další práci je zanesení opatrovníka do kvalifikovaného souhlasu.

Po dohodě s klientem kontaktuje (nejlépe osobně) sociální pracovník opatrovníka a to z těchto důvodů:

- Zjišťuje konkrétní rozsah omezení svéprávnosti zájemce o rehabilitační bydlení (doporučujeme do dokumentace se souhlasem klienta umístit kopii soudního rozhodnutí)
- Informuje opatrovníka o zájmu opatrovance vstoupit do rehabilitačního bydlení
- Předá důležité informace o sociální službě a režimu rehabilitačního bydlení
- Mapuje situaci opatrovance z pohledu opatrovníka
- Vyjednává s opatrovníkem o tom, zda opatrovník podpoří klientovo přání vstoupit do rehabilitačního bydlení

Již v této fázi se může stát, že opatrovník nepodpoří přání zájemce. Proto je důležité znát přesné znění omezení způsobilosti opatrovance a zjišťovat, zda je blokováno využití sociální služby v kompetenci opatrovníka. Pokud ano, je důležité pokračovat ve vyjednávání s opatrovníkem, zjišťovat jeho důvody pro toto rozhodnutí a navrhnout kroky, které jsou možné udělat, aby byly odstraněny překážky (např. míra schopností a dovedností,

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

nedostatek financí, nedodržování léčby), které z pohledu opatrovníka brání ve využití rehabilitačního bydlení jeho opatrovancem.

V rámci přípravné fáze zájemce o rehabilitační bydlení považujeme za dobrou praxi průběžné informování opatrovníka o proběhlých aktivitách. Vše zanášíme do dokumentace klienta – spolupráce s opatrovníkem by měla být ukotvena v individuálním plánu! Pokud je to potřeba, nezapomínáme na podepsání Smlouvy o sociální službě a Smlouvy o pronájmu opatrovníkem.

4.2. Spolupráce s opatrovníkem v průběhu pobytu uživatele v rehabilitačním bydlení

Dobrou praxí je spolupracovat s opatrovníkem i v průběhu pobytu na svéprávnosti omezeného klienta v rehabilitačním bydlení. Kompetence opatrovníka se mohou prolínat s individuální prací sociálního pracovníka (nejčastěji v doméně FINANCE), proto je dobré, aby se zúčastněné strany navzájem a pravidelně informovaly o svých krocích.

Tento postup se vyplatí ve chvílích možných komplikací v rámci pobytu klienta v rehabilitačním bydlení, kdy vzájemná informovanost umožní rychle a efektivně reagovat na daný problém. Dobrou praxí je tedy nastavení pravidelného kontaktu, v rámci kterého je potřebné neustále hodnotit probíhající spolupráci.

K ukončení pobytu klienta v rehabilitačním bydlení může dojít z různých důvodů. Vždy je však zapotřebí spolupracovat s opatrovníkem a vzájemně plánovat přechod klienta do jiné formy bydlení.

4.3. Příklad dobré praxe

Klient byl vytipován personálem v PN Kosmonosy po 2,5 leté hospitalizaci. V té době byl zcela zbaven způsobilosti k právním úkonům, měl stanoveného veřejného opatrovníka. Před začátkem přípravného období v rámci přechodu klienta do tréninkového bydlení byla klíčovým pracovníkem domluvena schůzka s opatrovníkem klienta. Setkání se účastnil klient a klíčový pracovník. V rámci této schůzky byl opatrovník seznámen se službou PDZ a s chodem tréninkových bytů - se vstupní administrativou, s procesem přípravného období, s podmínkami pro přijetí klienta do tréninkového bydlení a s veškerou dokumentací, která se k tomu váže - výměr plateb, provozní řád bytu, náhled smlouvy o podnájmu. Dále byly opatrovníkovi předány informace o tom, jak pracuje terénní komunitní tým a jakou formu podpory může jeho opatrovanci nabídnout po nastěhování do bytu (seznámení s plánem péče, sdílení klienta v týmu, funkce FACT boardu a podoba plánované podpůrné sítě). Klient měl možnost mluvit s opatrovníkem o svém přání opustit PN a bydlet v přirozeném komunitním bydlení. V rámci první schůzky vznikla dohoda o tom, že opatrovník podpoří přechod klienta do tréninkového bydlení, opatrovník potvrdil, že klient má dostatek finančních prostředků. Vznikla též dohoda o pravidelném informování opatrovníka, jak probíhá přípravná fáze klienta. V rámci přípravné fáze došlo ke třem dalším schůzkám s jeho opatrovníkem, kdy se sestavoval konkrétní a detailní plán finančního hospodaření - způsob placení nájmu, zařízení bankovní karty s limitem 1000 Kč týdně - zajištění kapesného, dokladování útrat z kapesného klíčového pracovníkovi + přesné vymezení, co bude hrazeno z kapesného a co bude hradit opatrovník. V rámci těchto schůzek docházelo též k informování opatrovníka, jak probíhá přípravná fáze klienta v jiných oblastech. Všechny schůzky se účastnil i klient sám. Opatrovníkovi byly zaslány fotky tréninkového bytu, aby si udělal konkrétní představu. Při samotném podpisu smlouvy přijel opatrovník do bytu PDZ, aby si ho mohl osobně prohlédnout.

Po nastěhování klienta do bytu došlo ke změně opatrovníka. Na popud klíčového pracovníka došlo k osobní schůzce s novým opatrovníkem v tréninkovém bytě, kde byl opatrovník seznámen s veškerou dokumentací uživatele a s dosavadním průběhem spolupráce. V současné době je uživatel omezen ve svých právech v oblasti financí. V tomto směru stále probíhá komunikace mezi klíčovým pracovníkem a opatrovníkem. Klient projevil přání usilovat o plné navrácení svých práv - klíčový pracovník s opatrovníkem spolupracují na zprávách o popisu aktuální životní situace klienta, které si vyžádal soud.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

VI. ZÁKLADNÍ POSTUPY

1. Stěhování klienta (příprava a realizace stěhování do bytu PDZ)

1.1. Obecná doporučení

Pro klienta představuje stěhování do nového bytu a směřování k samostatnosti nejen radost a nové zkušenosti, ale taky velkou zátěž. Stejně tak je to zátěž i pro pracovníka a tým. **Co snižuje rizika a zvyšuje pravděpodobnost úspěchu (klient je spokojený a maximálně samostatný)?** Zde je přehled zkušeností z naší dosavadní praxe:

- a) Před nastěhováním do bytu by se pracovník s klientem měli znát dostatečně dlouhou dobu. Minimum 10 – 15 společných setkání.
- b) Je dobré znát historii klientovy nemoci, co jsou u něj obvyklé spouštěče relapsu, jaká je individuální podoba časných varovných příznaků recidivy onemocnění, jak kolísá spolupráce v léčbě atp.
- c) U lidí s nestabilním průběhem nemoci je vhodné mít zpracovaný krizový plán ještě před vstupem do bytu a ne až po něm. Proces zpracování krizového plánu může být i určitým testem motivace klienta k bydlení.
- d) Nenadřazovat formální požadavky nad motivaci. I když klient splňuje formální indikace, neustávat v hledání odpovědi na otázku „k čemu mu nácvik bydlení má být“.
- e) Nevycházet pouze z informací od klienta, získat s jeho souhlasem zdroj ověření informací (rodina, lékař, jiná služba). Klient pracovníkovi nelže, ale řadu souvislostí může hodnotit zkresleně, stejně tak odhad vlastních možností. Pozor na „nešikovné“ formulace – mohou vzbudit nedůvěru. Vhodná formulace je např.: „Chci o Vás vědět co nejvíc, abych Vám mohla být skutečně užitečná.“
- f) Dobře zmapovat výdaje a měsíční rozpočet připravovat předem. Minimalizovat pravděpodobnost, že finančních závazky klienta vyplují na povrch až po jeho nastěhování do bytu.
- g) Nepodléhat tlaku na rychlé řešení bytové situace - tlak od klienta, nemocnice, rodiny, jiné organizace. Neřešit krizovou bytovou situaci (např. uživatel je na ulici) rehabilitačním bytem.
- h) Neslibovat možnosti bydlení dřív, než pracovník klienta blíže pozná. Prioritou je určit cíl (účel), k čemu by rehabilitační bydlení mělo sloužit (proč ho klient chce).
- i) S čekatelí v pořadníku pracovat průběžně. V případě rychlého uvolnění místa v bytě se vyhnete stresu. Obvykle tato situace končí tím, že to klient vzdá a nácvik bydlení již nechce. Pokud čekatel odmítá průběžné setkání, patrně je jeho motivace formální nebo zakázka zástupná.

1.1.1 Praktické postřehy – evidence čekatelů

Naše zkušenost je, že když je byt obsazen, přesouvá se pozornost týmu na poskytování podpory klientům a k věcem, které jsou s provozem rehabilitačního bytu spojeny. Evidenci zájemců najednou „neřešíme“ a vzpomeneme si na ni ve chvíli, kdy nám stávající klient oznámí, že má v plánu se stěhovat. Ve většině případů toto klient oznamuje s časovým předstihem. Stává se však, že se jedná o rozhodnutí „ze dne na den“. Z naší zkušenosti je dobré si uvědomit, že sehnat vhodného člověka do rehabilitačního bydlení není samozřejmostí (můžeme narazit na to, že lidé v evidenci již zájem nemají – bydlí někde jinde, atp.). Musíme též počítat s časem na přípravnou fázi. Ukazuje se, že výpovědní lhůta jednoho měsíce nemusí být a většinou nebývá dostatečná k tomu vybrat a připravit nového zájemce na přechod do rehabilitačního bydlení.

Doporučení:

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- Aktivně se ptát / zajímat se o plány klientů v RHB bydlení - nečekat, až klient přijde s informací sám, ale průběžně aktualizovat mapování, jak klient nahlíží na své setrvání v RHB bydlení
 - V případě, že klient přemýšlí o změně, je potřeba předat informaci týmu, který by měl začít přemýšlet o případném novém zájemci o bydlení (koho máme v evidenci – měl by zájem?, poptávat nové zájemce – oslovit spolupracující subjekty)
- Ve frekvenci 1x 3 měsíce kontaktovat zájemce o RHB bydlení, kteří jsou vedeni v evidenci (dobré je do této činnosti zapojit i okolní zdroje – např. sociální pracovníce v PN HB, pokud je klient hospitalizován, atp.); kontakt může být telefonický, pokud je to možné, preferujeme však kontakt osobní.
 - Obsah kontaktu:
 - Přetrvává jejich zájem o RHB bydlení?
 - Pokud ano, změnil se nějaké důležité okolnosti?
 - Místo současného pobytu
 - Zdravotní stav – současné schopnosti a dovednosti
 - Finanční situace (příjmy, exekuce, dluhy)
 - Současně s tím předá kontaktní pracovník „novinky“ ohledně současného stavu RHB bydlení zájemci
- Průběžně a aktivně vyhledáváme nové zájemce o RHB bydlení. Ve frekvenci 1x za 3 měsíce aktivně oslovujeme spolupracující subjekty.
 - Obsah kontaktu:
 - Připomeneme formu a cíle RHB bydlení a poptáváme nové zájemce – ty pak řadíme do evidence zájemců o RHB bydlení a dále postupujeme podle předešlého bodu.

1.2. Příprava na stěhování a jeho realizace

- a) Klient se seznámí s konkrétním bytem a všemi praktickými souvislostmi (adresa, doprava, provozní stav bytu, okolí, důležité objekty – prodejny, úřady). Seznámíme ho s rozpisem, způsobem a výší plateb).
- b) Je vhodné, aby aktivity dle bodu a) co nejvíce předcházely termínu nastěhování, aby klient nebyl vystaven časovému stresu a tím i riziku recidivy onemocnění. Je potřeba mu dát čas na „strávení“ nových informací, zážitků a dojmů. V této fázi se často vrátí staré nebo se objeví nové obavy a nejistoty, proto je třeba dostatek empatie, citlivý přístup a dostatečná podpora.
- c) Změna bydliště a výhled osamostatňování, jsou samy o sobě pro klienta hodně náročné. Je vhodné, aby se v jiných oblastech nedělo příliš mnoho změn vyžadujících adaptaci (příklady - změna práce, změny v rodině, změny lékaře, dekompenzace tělesných onemocnění). Podle možností těmto změnám pomáháme předcházet nebo rozumně „brzdíme“ klienta, když se rozhodne měnit více věcí najednou. „Brzdíme“ neznemená „odrazujeme“, spíše je vhodné změny načasovat do delšího období. Nejdřív provést jednu, posoudit důsledky, pak si odpočinout a pak „jít na další“.
- d) Pokud jsme ošetřili rizika dle bodů b)+c), můžeme s klientem dohodnout plán nastěhování (podrobný rozpis jednotlivých kroků: Kdo?, Co?, Jak?, Kdy?, případně s pomocí Koho zařídí?).
- e) V případě potřeby (dle domluvy s klientem) pracovník pomůže klientovi zajistit lékařskou péči v místě nového bydliště (stomatolog, obvodní lékař, ambulantní psychiatr, případně další specialisté).
- f) Doba fáze přípravy je individuální. Determinují ji zvláště: možnosti bydlení (obsazený/volný byt a provozní stav bytu), stabilizace zdravotního stavu, finanční možnosti klienta (v případě finanční nedostatečnosti – zaměstnání, dávky apod.)

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- g) Pokud se klient stěhuje do bytu, kde bydlí další klienti, pak se musí navzájem předem seznámit. Ideální je udělat společnou seznamovací schůzku (je možné i opakovaně), na které se domlouvají (nováček je informován, ostatní si připomínají): pravidla soužití, jak jsou popsána v Provozním řádu + specifikují se případná další dle přání a potřeb uživatelů v daném bytě: úklidy společných prostor, využívání společných prostor, pravidla pro přijímání návštěv, možnost mít domácí zvíře, kouření ve společných prostorech.

2. Co děláme po nastěhování klienta a vlastní nácvik bydlení

- a) Obvyklý režim podpory zajišťují pracovníci svojí přítomností po dobu až 8 hodin denně v pracovní dny. Jsou k dispozici uživatelům, reagují na jejich potřeby, doprovázejí je na různá jednání, pomáhají koordinovat činnosti a zajišťují řešení krizových situací.
- b) Po nastěhování klienta s ním pracovníci domluví, jakým konkrétním způsobem bude probíhat jeho podpora. Domluví i způsob střídání pracovníků v bytě - pracovníci průběžně zjišťují, co přesně (jakou podporu) klient momentálně potřebuje, aby byl stabilní a cítil se bezpečně.
- c) V tomto období monitorujeme fungování klienta - s klientem se předem a otevřeně domlouváme, proč nás určité oblasti zajímají a jaký to má důvod: zajímáme se o zdravotní stav (zda užívá předepsané léky, dochází pravidelně k lékaři), jeho sociální dovednosti (jak reaguje na lidi a situace), péči o sebe (zda dbá o osobní hygienu, o čistotu prádla, jeho stav apod.), stav bytu (zda je byt uklizen, není poškozen, neuniká plyn, svítí žárovky, nekape voda apod.).
- d) Průběh nácviku dovedností se řídí podle domluveného rehabilitačního plánu, který s uživatelem průběžně hodnotíme a revidujeme. Frekvence a náplň schůzek a návštěv pracovníka v bytě se řídí domluveným plánem služby, který lze domlouvat i schůzku od schůzky.
- e) Nácvik dovedností slouží k upevnění stávajících nebo k získání nových znalostí a dovedností potřebných k určité činnosti. Nácvik provádíme buď individuálně, nebo ve skupině.
- f) Při nácviku dovedností vždy postupujeme od jednodušších úkonů ke složitějším. Dovednosti, které jsou problematické, nacvičuje klient nejdříve za podpory, či pomoci pracovníka, ale postupně přebírá kompetence sám a pracovník snižuje míru aktivní pomoci. Cílem je dovednost zvládnutá samotným klientem.
- g) Příklady nácvikových aktivit:
- Nácvik hospodaření s penězi: slouží k tomu, aby si klient osvojil „zacházení“ s finančními prostředky, rozpoznal hodnotu peněz, dokázal s nimi hospodařit, získal povědomí o tom, co si za kolik peněz může koupit, kolik peněz „co stojí“ apod.
 - Nácvik vaření: slouží k upevnění, obnovení, nebo získání dovednosti a zručnosti k přípravě teplých pokrmů (suroviny a co s nimi, pracovní postupy – vaření, stolování, úklid, základní principy zdravé výživy). Na každém setkání se klienti naučí přípravu jiného pokrmu, resp. jiné přílohy. Volba receptů prováděna s ohledem na zdatnost klienta a nácvik různých postupů a technik vaření – vždy postupně od jednoduchých jídel ke složitějším.
 - Nácvik péče o domácnost: slouží k upevnění, obnovení, nebo získání dovednosti a zručnosti při úklidu a udržování domácnosti v pořádku (mycí prostředky – jaké, jak a na co použít; co uklízet, jak a jak často, pracovní postupy – mytí nádobí, mytí povrchů a podlah, luxování, mytí koupelny a WC, mytí oken, péče o ložní prádlo).
 - Nácvik péče o svoji osobu: slouží k upevnění, obnovení, nebo získání dovednosti péči o sebe (osobní hygiena – jak často, co; údržba prádla – praní, věšení prádla, žehlení, prací prostředky – jaké na co použít)

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- Nácvik komunikace a sociálních dovedností: slouží k upevnění, zjištění komunikačních vazeb, bariér i omezení. K získání dovednosti odmítnout vtíravého člověka, získání dovednosti hovořit o své nemoci (kdy jak a s kým hovořit). Nacvičují vždy nejdříve jednoduché situace a postupně se přechází ke složitějším (od komunikace se sousedem ke komunikaci s úředníkem).
 - Nácvik počítačových dovedností: slouží k obnovení nebo naučení základních znalostí a dovedností potřebných k práci s osobním počítačem; tyto dovednosti jsou nezbytné pro získání řady typů zaměstnání, ale také umožní nemocným zmírnit svou sociální izolaci a zlepšit přístup k informacím (např. díky zvládnutí používání e-mailové pošty).
 - Cestování: pracovník s klientem řeší, které dovednosti klientovi chybí nebo z čeho má obavy při cestování (např. hromadnou dopravou) a následně plánují vhodnou formu nácviku (např. vyhledávání v jízdních řádech, doprovod klienta při jízdě autobusem).
- h) Hodnocení průběhu nácviku bydlení: frekvence je stanovena v RHB plánu, revidujeme a aktualizujeme: RHB plán, jednotlivé kroky, monitorované skutečnosti a pokroky v dovednostech.

3. Podpora skupinového soužití

- a) Pokud se uživatel stěhuje do bytu, kde bydlí další uživatelé, pak se musí navzájem předem seznámit. Ideální je zorganizovat společnou seznamovací schůzku (možné i opakovaně), na které se domlouvají (nováček je informován, ostatní si připomínají):
- pravidla soužití, jak jsou popsána v Provozním řádu bytu, a specifikují se případná další pravidla dle přání a potřeb uživatelů v daném bytě
 - úklidy společných prostor
 - využívání společných prostor
 - pravidla pro přijímání návštěv
 - možnost mít domácí zvíře
 - kouření ve společných prostorech
- b) Pracovník sepíše domluvená pravidla, předá všem zúčastněným a zajistí vyvěšení na určeném místě v bytě.
- c) Pracovník organizuje pravidelné schůzky s uživateli:
- každý den krátká komunita cca na 15 minut
 - 1x týdně, např. před víkendem, delší komunita na cca 30 minut
 - 1x za měsíc koordinační schůzka všech klientů a všech klíčových pracovníků
- d) Cílem těchto schůzek je:
- řešení provozních záležitostí
 - řešení stížností klientů
 - společné sdílení denního programu klientů a jejich aktivizace
 - plánování úklidů v bytě a společných prostorech
 - plánování společných aktivit
 - revize dodržování dohodnutých pravidel soužití, úklidů a využívání společných prostor, návštěv, a případně dalších dohodnutých pravidel a případně jejich doplnění
 - prevence mimořádných situací
- e) Pracovník podporuje a pomáhá koordinovat společné aktivity uživatelů, např. společné vaření.
- f) Pracovník alespoň rámcově seznámí klienty s postupy řešení mimořádných situací, jak je popisuje článek VII.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

4. Flexibilita podpory

Vycházíme z přesvědčení, že pokud není míra podpory adekvátní a flexibilně se nemění podle situace klienta, je to v obou případech škodlivé. Poskytovat menší míru podpory, než klient potřebuje, vede k frustraci potřeb a rizikům zhoršení zdravotního stavu. Poskytovat větší míru podpory, než klient potřebuje, může vést k závislosti na pomoci druhých a zneschopňování klienta. Samozřejmě není jednoduché rozpoznat, kdy míru podpory měnit. Následují příklady vodítek, kdy podporu snižovat nebo zvyšovat.

4.1. Kdy podporu snížit

- a) Uživatel sám požádá o snížení podpory a pracovník společně s uživatelem vyhodnotí, že snížení podpory pro něj není rizikové.
- b) Uživatel dlouhodobě vykazuje zlepšení v oblastech, ve kterých podle individuálního plánu potřeboval podporu. Uživatel dodržuje dohodnuté schůzky, plní samostatně své povinnosti v rámci rehabilitačního bydlení (úklid, docházka na komunitu), dodržuje léčbu a medikaci, aktivně se zapojuje v plnění individuálního plánu a nevykazuje zhoršení svého psychického stavu. V takovém případě pracovník společně s uživatelem provedou hodnocení a nastaví nový plán podpory.

4.2.1. Praktické postřehy

Tým PDZ HK má v rehabilitačním bytě zázemí v podobě samostatné kanceláře. Je tedy možné, aby byl pracovník přítomen v RHB bytě po celou dobu 8 hodin. Ve chvíli, kdy není v plánu aktivita s klientem, je pracovník v kanceláři a dělá si svou práci – klientům je však stále k dispozici v případě potřeby. Jednotliví pracovníci „rotují“ v rámci tzv. služeb – do podpory v RHB bytě je zapojen celý tým. Každý z týmu je tedy aktérem rehabilitačního procesu jednotlivých klientů. Pracovník „na službě“ má dostatek prostoru pracovat s jednotlivými klienty samostatně i dohromady, je svědkem jejich vzájemné interakce, má možnost sledovat skupinovou dynamiku a zvyklosti jednotlivců. Více než návštěvou se stává na 8 hodin denně specifickou součástí osazenstva RHB bytu. V Hradci Králové se navíc jedná o skupinové bydlení 4 lidí - je vytvořeno prostředí pro podporu skupinového soužití, respektive pro trénink / rehabilitaci mezilidské komunikace a nastavování mezilidských vztahů. Všechny tyto aspekty je dobré zohlednit v rámci hodnocení, které by mělo vždy předcházet případnému snížení / zvýšení podpory v RHB bytě.

Z praktického hlediska se nám osvědčilo propojení individuálního a skupinového hodnocení:

- **Individuální hodnocení:** Klíčový pracovník provede s klientem hodnocení individuálního plánu (týkajícího se RHB bydlení)
 - Své postoje / hodnocení může konzultovat s týmem – říci si o zpětnou vazbu (jak lidé z týmu vidí posun klienta v rámci individuálního plánu); jako další zdroj informací mohou sloužit zápisy z jednotlivých služeb nebo z týmových porad RHB bydlení.
 - Na základě provedeného hodnocení (KP – klient) se klíčový pracovník domlouvá s klientem na míře nutné podpory v RHB bydlení (podpora zůstane stejná x sníží se x zvýší se) + na jejím specifickém zaměření (např. již není potřeba podpora v rámci úklidu, potřebná je podpora v rámci nácviku vaření a praní prádla).
- **Skupinové hodnocení:** Výstupy z individuálních hodnocení se přinesou na skupinové hodnocení ve složení: klíčoví pracovníci + klienti + moderátor setkání. **Cílem** tohoto setkání je:
 - Předat zpětnou vazbu klientům jako skupině, ve které žijí a nějakým způsobem fungují.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- Předat informace o výstupech z individuálního hodnocení – respektive o tom, jaké změny to případně přinese v budoucnosti a proč (změna v míře podpory a jejího zaměření – např. budeme tu přítomní 8 hodin v pondělí a v pátek, v ostatní dny v čase od 10:00 – 15:00, protože...Více budeme věnovat pozornost panu X., protože...,atp.).
- Nemělo by jít o pouhé předání informací, faktů – klienti by měli dostat prostor vyjádřit se a podílet se na nastavení podoby „chodu RHB bytu“ – spoluvytvářet ji.
- Důležité je zajistit srozumitelnost a transparentnost celého procesu.

4.2. Kdy podporu zvýšit

- a) Uživatel sám požádá o zvýšení podpory a společně s pracovníkem nastaví nový individuální plán podpory.
- b) Stávající plán podpory se ukazuje být nedostačujícím a na základě nového hodnocení se nastaví nový plán podpory.
- c) V případech relapsu onemocnění a krizové situace. Psychický stav uživatele se výrazně zhorší a jsou narušeny jeho schopnosti a dovednosti potřebné pro samostatný život. Uživatel například porušuje pravidla poskytování služby. Může se objevit náhlá změna chování, uživatel přestane dodržovat dohodnuté schůzky, neplní své povinnosti v rámci rehabilitačního bydlení (úklid, absence na komunitě), objevují se změny v komunikaci a chování (uzavřenost nebo naopak neobvyklá aktivita). Uživatel se poškozuje nebo hovoří o sebevraždě.

5. Práce s krizí klienta

Obecným předpokladem pro práci s krizí je vytvoření podpůrné sítě klienta. Pracovník by měl vytvářet vazby jak s formálními zdroji (např. jiné sociální a zdravotnické služby, opatrovník), tak neformálními zdroji v komunitě (rodina, spolubydlíci, přátelé, sousedé, prodavačka v místním obchodě). Cílem tohoto case managementového přístupu je stav, kdy každý klient má ve svém prostředí vytvořenou svou specifickou podpůrnou síť, která vychází z jeho potřeb. Nastavení spolupráce se zdroji v komunitě musí být zaznamenáno v dokumentaci uživatele, především v jeho individuálním a krizovém plánu.

Dobré, respektive funkční, nastavení spolupráce v komunitě ocení pracovník a jeho klient zejména ve chvílích zdravotní a/nebo sociální krize či v jiné mimořádné situaci.

5.1. Krizový plán

Pro zacházení s krizí uživatele vytvoří pracovník společně s uživatelem krizový plán. Tomu předchází důkladné zmapování situací, které mohou krizi vyvolat (tzv. spouštěčů) a příznaků, které mohou příchod krize ohlašovat (tzv. varovných příznaků). Dále zjišťujeme, zda sám uživatel či jeho okolí, umí tyto příznaky včas rozpoznat. V této fázi je důležité zapojit do mapování okolí uživatele. Ptáme se klienta, zda je něco nebo někdo, kdo mu může v krizi pomoci a jakým způsobem. Vyjednáváme pak s těmito zdroji v vzájemném a včasném způsobu předávání informací a o jejich zapojení do spolupráce v rámci krizového plánu.

Cílem procesu sestavování krizového plánu je předejít relapsu a/nebo vědět, jak postupovat ve chvíli, kdy se krize u uživatele rozvine. Jednoduše můžeme říci, že se jedná o dohodu mezi klientem, pracovníkem a zapojenými zdroji o tom, jak si budou navzájem předávat informace o důležitých změnách v životě uživatele a jak na ně budou reagovat. Součástí vyjednávání o krizovém plánu je vyjasnění, za jakých okolností již pracovník nemůže

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

respektovat přání uživatele. Všechny osoby zahrnuté do krizového plánu musí být informovány o své roli v případě krize a souhlasit s ní.

5.2. Struktura krizového plánu

Krizový plán by měl být následující body (oblasti):

- co znamená krize pro uživatele (jeho definice)?
- co krizi vyvolává (spouštěče) nebo předchází (varovné příznaky)?
- jak uživatel rozpozná krizi, jak ostatní lidé?
- co uživateli v krizi pomáhá?
- jak a čím si může uživatel pomoci sám?
- kdo další může v krizi pomoci, jak?
- jaké kroky mají být podniknuty ke zvládnutí krize?
- co má dělat uživatel?
- co mají dělat ostatní (okolí uživatele)?
- co má dělat pracovník?
- je něco, co si uživatel zásadně nepřeje, aby se dělalo?

- *Příklad: Klient se pohádal se svými rodiči. Víme, že neshody v rodině předcházeli jeho poslední hospitalizaci. Klíčový pracovník si všímá, že klient zhruba týden, působí depresivním dojmem. Je pasivní, odevzdaný, stažený v komunikaci, má snahu rušit schůzky. Klient sám si subjektivně nevšímá žádné změny ve svém prožívání a chování - od blízkých klienta víme, že nerozpoznává výkyvy ve svém zdravotním stavu. Od spolubydlícího a strýce, kteří jsou zapojeni do krizového plánu, dostáváme informaci, že uživatel přes noc málo spí - chodí v noci po bytě nebo kouká na televizi do ranních hodin, strýc informuje o tom, že klient zrušil společné setkání - bál se odejít z bytu, aby nepotkal souseda, který se mu "nabourává do hlavy". V těchto situacích je domluveno s ošetřující psychiatrickou, že může klient kdykoli a bez ohlášení přijít na mimořádnou kontrolu, kvůli přechodné úpravě medikace, jako prevence relapsu.*

5.3. Spolupráce se složkami rychlého zásahu

Složkami rychlého zásahu máme na mysli Rychlou lékařskou pomoc (RLP), Policii České republiky a Městskou policii (dále jen policie).

Krize klienta se může vyhrotit stavem neklidu, agrese, silné úzkosti či sebevražedného pokusu. Obecně situacemi, které jsou bezprostředně ohrožující (nebo tak mohou působit) a žádají si neodkladnou intervenci. Z pohledu rehabilitačního bydlení je důležité zdůraznit, aby rychlý zásah nevedl k většímu vytržení klienta z podpůrného rehabilitačního prostředí, než je nutné.

- *Příklad 1: Klient je odmítnutý dívkou, kterou má rád, vypije 3 piva a dostane se do emočně vypjatého stavu, proklamuje, že se zabije. Spolubydlící z rehabilitačního bytu přivolá RLP, která klienta odveze k psychiatrickému vyšetření na místní lůžkové oddělení. Vyšetřující lékař vyhodnotí stav jako rizikový a po domluvě s klientem rozhodne o přijetí k hospitalizaci. Vzhledem k lůžkové tísní je klient druhý den přeložen do spádové psychiatrické nemocnice. V cizím prostředí se prohloubí rozlada klienta, je negativistický k léčbě, hospitalizace se protahuje.*

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- *Příklad 2: Klient rehabilitačního bydlení si špatně spočítal, kolik bude potřebovat peněz na plánovaný nákup. V obchodě při placení zjistí, že nemá dostatek peněz, neví, jak situaci řešit, rychle se dostane do tenze a na prodavačku, která se mu snaží pomoci, reaguje slovně agresivně. Přivolaná městská policie klienta pacifikuje, zjistí, že se klient psychiatricky léčí a převáží ho k psychiatrickému vyšetření na místní lůžkové oddělení. Dále viz předchozí příklad.*

Z formálního hlediska jsou postupy podle všech pravidel, nicméně se nabízí otázka, zda byla hospitalizace nezbytně nutná. Postupovaly by složky rychlé pomoci stejně, kdyby měly jasnou a srozumitelnou informaci, že klient využívá podpůrnou službu?

Směřujeme k doporučení, aby služba vstupovala do aktivní komunikace se složkami rychlého zásahu s poselstvím „jsme tu, děláme tuto práci, jsme schopni klienta podržet a můžeme v tom být efektivní, protože se klientem vzájemně dobře známe“.

5.4. Využití Tabule (FACT Board)

Jak už jsme uvedli v článku II., bod 2., FACT Board nám usnadňuje sdílení klientů více pracovníky a koordinaci činnosti celého týmu. Z toho důvodu je vhodnou pomůckou i pro zvládání a řešení krizových situací.

5.5. Krizový telefon

V době, kdy není pracovník přítomen na rehabilitačním bydlení, mají uživatelé k dispozici krizový telefon.

Případy, kdy lze využít krizový telefon:

- Havarijní situace v rehabilitačním bydlení (požár, porucha vodovodu, výpadek elektřiny atp.)
- Jiná mimořádná situace v rehabilitačním bydlení
- Uživatel potřebuje požádat pracovníka o radu v situaci, ve které si neví rady
- Uživatel se cítí ohrožen
- Volání pracovníka v situaci, která vyplývá z individuálního krizového plánu uživatele

Jak může vypadat pomoc pracovníka přes krizový telefon:

- Pracovník v případě havárie zavolá příslušnou pomoc, pokud ji už uživatel nezavolal sám
- Pracovník poskytne radu nebo informaci, které pomohou uživateli řešit složitou situaci
- Ve vážných případech je možné řešit krizovou situaci příjezdem pracovníka do rehabilitačního bydlení.

Služba krizového telefonu není určena:

- K „popovídání si“ s pracovníkem za účelem krácení dlouhé chvíle

6. Návaznost na další zdroje

Služba se aktivním způsobem snaží předcházet klientově izolaci od přirozeného prostředí, stejně tak se snaží působit proti vytváření závislosti na službě tím, že uživatele podporuje, motivuje ho nebo mu pomáhá zprostředkovat kontakt s prostředím a institucemi v dané lokalitě.

Služba nenahrazuje instituce a služby, které jsou v dané lokalitě pro klienta dostupné, a motivuje ho, aby využíval přirozené zdroje, které komunita nabízí.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

Služba podporuje klientovu spolupráci s institucemi, jež pro něj mohou být přínosem a snižují jeho závislost na systému sociálních služeb.

Informace o dostupných službách či volnočasových aktivitách jsou přístupné všem klientům prostřednictvím jednotlivých pracovníků či informačních nástěnek.

6.1. Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

Pod pojmem společenské prostředí si zcela představiv širokou škálu všemožných zařízení a služeb. Výběr prostředí, které chceme klientovi zprostředkovat, by měl vycházet z jeho přání, potřeb a cílů, nicméně musíme zohlednit i jeho možnosti (finance, dojíždění, komunikační schopnosti) a vnější příležitosti.

Zprostředkování může mít různý poměr aktivity na straně pracovníka a na straně uživatele. Volbu činíme po domluvě s klientem a se zřetelem, abychom ho na jedné straně nevystavili příliš velké zátěži a na straně druhé ho nečinili závislým na službě. Pod pojmem zprostředkování si tak můžeme představit:

- tip na zdroj, kde lze získat informace
- předání propagačního materiálu (ať si ho klient sám prostuduje)
- zjištění a předání ucelené a srozumitelné informace
- poradenství až návod, jak tu kterou veřejnou příležitost navštívit
- společná první návštěva, účast při prvním kontaktu uživatele se zástupcem daného zařízení
- přechodné doprovázení do nového prostředí

6.2. Strukturování volného času

- a) Pracovník pomáhá klientovi s vyplněním volného času vhodnými aktivitami. Náplň volného času je vhodné také zahrnout do rehabilitačního plánu klienta.
- b) Pracovník vytváří společně s klientem plán aktivit, který zohledňuje zájmy uživatele a nabídku okolí (společné procházky, návštěva restaurace, obchodního centra, volnočasových klubů, kroužků v okolí).
- c) Aktivity pracovník provádí společně s uživatelem, ale postupně přenechává více a více iniciativy na klientovi a snaží se do těchto aktivit zapojovat osoby z okolí klienta. Nutné však mít na zřeteli, že toto doprovázení může mít za následek závislost na službě! (uživatel si zvykne trávit čas pouze s vámi a to mu stačí).
- d) Skupinová aktivizace, příklady: volnočasové kluby, jednodenní akce, výlety, exkurze, rekondační pobyty

6.3. Jednání s institucemi

- a) Pracovník s klientem řeší, které dovednosti pro jednání s institucemi klientovi chybí nebo z čeho má při jednání s úřady obavy.
- b) Následně plánují formu vhodného nácviku (např. si klient zkusí nanečisto vyplnit formuláře, se kterými přichází do styku).
- c) Pracovník může klienta, s jeho souhlasem, také doprovázet přímo na úřady. Zde je nutné předem si domluvit, jakou roli bude při jednání zastávat pracovník, zda bude za klienta vyjednávat či nikoliv.

6.4. Zdraví

- a) Pracovník s klientem řeší, které dovednosti klientovi chybí nebo z čeho má obavy v oblasti zdravotní péče a následně plánují vhodnou formu nácviku.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- b) Klient má obavu z návštěvy u lékaře – s pracovníkem hledají vhodnou formu podpory (např. doprovod klienta k lékaři, objasnění průběhu zákroku klientovi).
- c) Klientovi chybí dovednosti týkající se medikace – s pracovníkem hledají vhodnou formu podpory, která může zahrnovat: doprovod na depotní injekce, vyzvednutí receptu u ošetřujícího lékaře/ v lékárně, příprava léků do dávkovače nebo podávání léků (pracovník bude klientovi vydávat léky v dobu, kdy je má užívat a v množství, ve kterém je má užívat).

6.5. Kontakt s rodinou či přáteli

- a) Kontakt s rodinou či přáteli probíhá se souhlasem klienta. Pokud klient souhlasí s kontaktováním, probíhá dohoda s pracovníkem, jakým způsobem kontakt proběhne (zda bude rodinu kontaktovat klient, pracovník nebo oba společně).
- b) Pokud má klient obavy ze setkání s rodinou či přáteli, může se s pracovníkem dohodnout na doprovodu na schůzky. Zde je nutné, aby se pracovník s klientem domluvil, jaké informace smí nebo spíše nesmí rodině či přátelům sdělovat.

6.6. Oblast práce

- a) Klient společně s pracovníkem řeší, jaké dovednosti klientovi chybí při hledání zaměstnání či docházení do zaměstnání. Následně pak domlouvají vhodnou míru podpory.
- b) Podpora při hledání zaměstnání může spočívat v:
 - vyhledání a předání informací o dostupných volných místech
 - pomoc při vypracování životopisu
 - pomoc při komunikaci s potencionálním zaměstnavatelem
- c) Podpora při docházení do zaměstnání:
 - buzení do práce
 - doprovod při prvních dnech v zaměstnání
 - vyjednávání se zaměstnavatelem

6.7. Spolupráce s dalšími poskytovateli služeb

Pro lidi s duševním onemocněním není v Hradci Králové dostatek služeb, ať už se jedná o pracovní místa, volnočasové aktivity či sociální rehabilitaci. Z toho důvodu není níže uvedený výčet služeb nijak rozsáhlý. Klienty je aktuálně možné navázat na následující instituce:

- a) **Centrum péče o duševní zdraví** - pomáhá klientům v oblasti volného času, nácviku dovedností a je zde příležitost pro sociální kontakt s dalšími lidmi.
- b) **Oblastní charita Hradec Králové - Poradna pro lidi v tísní**: pomáhají lidem s dluhovou problematikou, Charitní pečovatelská služba
- c) **Skok do života, o. p. s.** - možnost zaměstnání v chráněné dílně
- d) **Propagační podnik Hradec Králové, s.r.o.** - chráněná pracovní místa
- e) **Úřad práce Hradec Králové** - poradenství a pomoc v oblasti práce
- f) **Soutok, o.s.** – sdružení blízkých osob duševně nemocných, pomoc v porozumění duševnímu onemocnění
- g) **Lexus, o.s.** - pro klienty s duální diagnózou, adiktologické a sociální služby.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- h) **Fakultní nemocnice Hradce Králové - Psychiatrická klinika, AT poradna:** ambulance pro alkoholismus a jiné toxikomanie
- i) **Dům Matky Terezy, středisko sociálních služeb pro lidi bez domova - Denní centrum, Azylový dům, Sociální rehabilitace, Noclehárna**
- j) **Centrum sociální pomoci a služeb, o. p. s. - Pečovatelská služba v domácnostech, Manželská a rodinná poradna**

7. Odchod klienta z bytu

7.1. Obecná pravidla

- a) Dohoda o ukončení či přerušení služby musí mít písemnou formu. Výjimkou jsou mimořádné situace, kdy toto uživatel odmítá nebo není možné, aby dohodu podepsal.
- b) Formálně je služba ukončena rozhodnutím na poradě týmu a toto rozhodnutí je uvedeno v zápisu. Ukončení služby se probírá v rámci celého týmu chráněného bydlení, popřípadě také na intervizi či supervizi. O ukončení služby následně rozhoduje klíčový pracovník klienta spolu s vedoucím chráněného bydlení.
- c) Formálním ukončením služby vzniká klíčovému pracovníkovi povinnost zkontrolovat úplnost, správnost a srozumitelnost dokumentace uživatele, případně dokumentaci doplnit a zaznamenat ukončení či přerušení služby včetně důvodů, případně popisu situace, která k ukončení vedla.
- d) Ukončení či přerušení služby pracovník oznámí všem osobám, kterých se týká (ošetřující psychiatr, praktický lékař, klíčoví pracovníci služeb, které uživatel využívá, rodina uživatele, další osoby zahrnuté v rehabilitačním plánu). Respektuje přitom pravidla ochrany osobních údajů.
- e) Ukončení služby dle rehabilitačního plánu je dlouhodobý proces, který je součástí rehabilitačního procesu. Pracovník pomáhá klientovi připravit se na odchod ze služby a společně plánují klientův další postup.
- f) Při procesu ukončování služby se s klientem vyjednává o dalších možných službách (např. tréninkové bydlení, sociální rehabilitace) nebo o úplném ukončení spolupráce s Péčí o duševní zdraví, z.s.
- g) Pracovník s uživatelem dohodnou plán vystěhování - předání bytu v původním stavu, předání klíčů, vybavení, předání konečného stavu spotřeb, případně odhlášení trvalého pobytu, apod.

7.2. Ukončení na základě naplnění stanovených cílů

- a) Úspěšné naplnění programu sociální rehabilitace znamená, že si uživatel osvojil dovednosti potřebné k samostatné péči o sebe a domácnost a nepotřebuje již takovou míru podpory, jakou služba nabízí.
- b) Naplnění cílů se posuzuje individuálně v rámci pravidelného hodnocení.

7.3. Ukončení služby na základě uplynutí doby sjednání smlouvy

- a) Od začátku pobytu klienta je vhodné podnikat kroky, které vedou k zajištění následných služeb (zejména jedná-li se o bydlení). Tyto služby by měly být voleny vzhledem k individuálním potřebám klienta.
- b) Klient má i nadále možnost využívat služby sociální rehabilitace v rámci terénního týmu.

7.4. Předčasné ukončení služby ze strany poskytovatele

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- a) Důvodem k ukončení služby je vážné či opakované porušení pravidel služby uživatelem, zrušení nájemní smlouvy ze strany třetího partnera (města Hradec Králové) nebo zánik organizace poskytující službu (Péče o duševní zdraví, z.s.).
- b) O předčasném ukončení služby musí být neprodleně informován opatrovník, pokud klient nějakého má. Zároveň je vhodné informovat ošetřujícího ambulantního psychiatra a rodinu – samozřejmě s klientovým souhlasem.

VII. MIMOŘÁDNÉ SITUACE

1. Příklady situací a postupy, když nastanou

Většinu mimořádných situací popisuje podrobně organizační směrnice č.3/2009 „Mimořádné situace“.

Nestandardní opuštění bytu uživatelem/podnájemníkem popisuje Organizační směrnice č.1/2010 „O podnájemních bytech“.

Obecná prevence mimořádných událostí:

- a) Uživatel je před uzavřením smlouvy seznámen s Provozním řádem bytu.
- b) Uživatel je seznámen s Pravidly poskytování služeb.
- c) Uživatel má zpracovaný krizový plán.

Obecná pravidla evidence mimořádných událostí:

- a) Zápis do osobní dokumentace uživatele - provádí klíčový pracovník, kontroluje vedoucí střediska.
- b) Zápis ze střediskové porady = co se stalo, jak se to vyvíjelo, jaký byl výsledek, jaká jsme podnikli opatření k řešení situace a předcházení jejímu opakování, zodpovídá vedoucí střediska.

PŘÍKLADY MIMOŘÁDNÝCH SITUACÍ – PŘEHLED:

Havarijní situace a poruchy v bytě Nezvěstný uživatel / podnájemník v bytě PDZ Konflikt mezi uživateli / podnájemníky v bytě PDZ Konflikt mezi uživatelem / podnájemníkem v bytě PDZ a sousedy v domě Návštěvy uživatelů, které ruší chod rehabilitačního programu a ostatní spolubydlíci Krádež v bytě Úmrtí uživatele: práce s ostatními uživateli / podnájemníky PDZ

1.1. Havarijní situace a poruchy v bytě

Popis situace: v bytě dojde k poruše na zařízení, elektrospotřebičích, vodovodní či elektrické soustavě atp.

Postup a doporučení pracovníkům:

- a) Uživatel je seznámen s postupy řešení už při podpisu podnájemní smlouvy. Znalosti při vhodných příležitostech připomínáme.
- b) V bytě je seznam krizových telefonních čísel (plyn, elektřina, voda, sklenář, zámečnick, pohotovostní linky). Seznam obsahuje i kontakty na pracovníky PDZ (aspoň 2, např. klíčový pracovník a vedoucí střediska).

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- c) Jasně pravidlo – opravy nikdy neprovádí klient sám, respektive ne bez předchozí konzultace s pracovníkem. *Nebude klientovi zakazovat vyměnit prasklou žárovku, chceme přeci podpořit jeho samostatnost, ale napoprvé je dobré u toho být a přesvědčit se, že to klient provádí bezpečně, nezasahuje do rozvodů atp.*
- d) Podporujeme, aby byl klient schopen uvědomit sám příslušné profesionály, kteří opravu provedou (např. přivolat instalatéra), ale z hlediska posouzení finančních výdajů je dobré, aby to předem konzultoval s pracovníkem.
- e) Mnohem častěji dojde k situaci, že klient nebude vědět, jak dál postupovat a přivolá pracovníka k dalšímu řešení situace. Pracovník zařizuje provedení oprav a může to využít jako příležitost k náviku zvládnání situace pro klienta (klienty).

1.2. Nezvěstný uživatel / podnájemník

Popis situace: V průběhu poskytování služby uživatel přeruší kontakt s klíčovým pracovníkem (nedojde na schůzku, neomluví se, nezvedá telefon, není k zastížení v bytě, neotevírá na zvonění u dveří)

Postup a doporučení pracovníkům:

- a) Zachovat klid a vyhodnotit závažnost vzniklé situace.
- b) Zavolat finanční manažerce, zda jí uživatel nesdělil nějakou změnu.
- c) Kontaktovat nejbližší osoby (dle kvalifikovaného souhlasu) a zjistit, kdy naposledy uživatele viděly.
- d) Telefonovat ošetřujícímu lékaři, zda není uživatel hospitalizován.
- e) Zjišťovat informace u dalších obyvatel bytu, případně u jiných služeb, které klient využívá.
- f) Pokud předchozí body situaci nevyjasnily a uživatel je nadále nezvěstný, pak informovat o vzniklé situaci s vedoucím střediska.
- g) Pracovník zkontroluje byt/pokoj kde uživatel žije:
 - Zvoní – nikdo neotevírá, za dveřmi je ticho
 - Otevře dveře do bytu a volá uživatele jménem – je ticho
 - Vstupuje do bytu/ pokoje
 - Pokud je byt/pokoj uzamčen zevnitř – nejde otevřít běžným způsobem a je ticho - volá pracovník pohotovostní linku 112 a vyčkává na příjezd pohotovosti
 - Jsou-li přítomni jiní uživatelé, nebo další osoby pracovník je informuje o vzniklé situaci, komunikuje s nimi a zklidňuje je. Doporučí jít do svého pokoje a zásah přivolané pohotovosti přečkat tam. Nikdo by neměl odcházet a opouštět byt.
- h) Pokud uživatel není ani v bytě, pracovník ho kontaktuje další den (max. do 3 dnů).
- i) Pokud uživatel není, volá pracovník kontaktní osoby, lékařské zařízení, ambulantního psychiatra a zjišťuje, zda o uživateli ví.
- j) Pokud uživatel je uživatel nezvěstný více než 24 hodin volá pracovník policii a informuje o neznámosti uživatele. Následně se zjišťuje a mapuje, proč uživatel zmizel (příčina, situace v bytě, důvody zmizení). Pokud se uživatel objevil, zjišťujeme to pochopitelně s ním.

1.3. Konflikt mezi uživateli / podnájemníky v bytě PDZ

Popis situace: V bytě PDZ se dostanou uživatelé do konfliktu (urážení a ponižování, hádka uživatelů, fyzické napadení mezi uživateli, krádež osobních věcí)

Postup a doporučení pracovníkům:

- a) Postupovat dle organizační směrnice č.3/2009 „Mimořádné situace“ – Procedurální mimořádné situace bod. Agresivita uživatele.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- b) Pracovník dohodne s uživateli v bytě v nejbližší době společnou schůzku, na které hledají společně příčinu konfliktu, a kroky jak mu napříště předejít. Opatření zařadí do pravidel soužití. A revidují ho ve společných schůzkách.
- c) Pokud některý z uživatelů opakovaně vyvolává konflikty s ostatními, je postupováno dle ukončení sociální služby (písemné upozornění uživateli na porušení pravidel, opětovné písemné upozornění, ukončení služby).

1.4. Konflikt mezi uživatelem/podnájemníkem v bytě PDZ a sousedy v domě

Popis situace: Uživatel v bytě PDZ se dostane do konfliktu se sousedy v domě. Příklady: verbální, nebo fyzické napadení souseda uživatelem, nebo i uživatele sousedy, nedodržování nočního klidu a domovního řádu

Postup a doporučení pracovníkům:

- a) Postupovat dle organizační směrnice č.3/2009 „Mimořádné situace“ – Procedurální mimořádné situace bod Agresivita uživatele.
- b) Pracovník se snaží verbálně konflikt zklidnit.
- c) Pokud se nepodaří konflikt zklidnit, přivolá Policii ČR.
- d) Pracovník následně zjišťuje příčinu konfliktu. Sjednává (provádí mediaci) způsob nápravy v časovém termínu.
- e) Pracovník kontroluje ve výše daném termínu průběh nápravy.
- f) Pokud se situace děje opakovaně a uživatel nedodržuje sjednaný postup nápravy, činí pracovník kroky k ukončení služby SR (písemné upozornění uživateli na porušení pravidel, opětovné písemné upozornění, ukončení služby).

1.5. Návštěvy uživatelů, které ruší chod rehabilitačního programu a ostatní spolubydlíci

Popis situace: Uživatele v bytě navštěvují osoby, které ruší chod programu, pořádek v bytě či domě, např. je podezření, že v bytě kradou, vstupují do cizích pokojů bez souhlasu uživatelů, opakovaně žádají uživatele o půjčení peněz atp.

Postup a doporučení pracovníkům:

- a) Na koordinačních schůzkách připomenout bod provozního řádu: „Do bytu si podnájemce může přivést návštěvu, která je povinná dodržovat provozní řád bytu.“
- b) Pokud dojde k nevhodnému chování návštěvy v bytě (dojde k porušení provozního řádu), je na uživateli zjednat takovou nápravu, aby se již podobné chování neopakovalo.
- c) Je obvyklé, že si uživatel s tímto poradit nedokáže, potom je potřeba podpořit ho radou a nácvikem, jak podobné situace řešit (jak říkat ne, jak se vymezit, stát si za svým atp.).
- d) V bytech, kde žije více uživatelů, je vhodné situaci probrat se všemi společně, mluvit o pravidlech, vzájemných vztazích, hledat zdroje podpory v této skupině (jeden uživatel v těžké situaci podpoří druhého, ten ví, že si mu může říct o pomoc atp.).
- e) Dojde-li k opakovanému nevhodnému chování návštěvy, může klíčový pracovník zakázat dané osoby do podnájemního bytu PDZ. Pokud i přes zákaz dojde k dalšímu nevhodnému chování dané osoby v podnájemním bytě, bude to důvodem k ukončení podnájemního vztahu s uživatelem ze strany PDZ.

1.6. Krádež v bytě

Popis situace: Uživateli se v bytě ztratí cenná věc (ať už finanční hodnotou, praktickým významem nebo osobním významem). Je podezření, že do bytu vnikla cizí osoba a provedla krádež, nebo odcizení mohla provést návštěva anebo došlo (ve skupinovém bydlení) k odcizení věci jiným uživatelem.

Postup a doporučení pracovníkům:

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- a) Co nejdřív? Zkusíme to společně najít, zjišťujeme, jak ke ztrátě (odcizení) asi mohlo dojít. Upřesníme hodnotu ztracené věci (věci).
- b) Co pak? Rozhodnutí, zda voláme nebo nevoláme policii. Více hledisek: cena a hodnota, riziko opakování, vůle a ochota klienta předat věc k šetření policii (diskuse o důvodech, pro a proti).
- c) Pokud uživatel tréninkového bytu nebo pracovník PDZ zjistí, že v prostorech bytu chybí nějaký majetek a je důvodné podezření z krádeže, vše nahlásí Policii ČR.
- d) Krádež může nahlásit:
 - pracovník PDZ → neprodleně o tom informuje vedoucího střediska a ostatní obyvatele bytu
 - uživatel bytu → neprodleně o tom informuje pracovníka PDZ – ten podává zprávu vedoucímu střediska a všichni zúčastnění spolupracují s Policií ČR
- e) Sepíše se zápis o mimořádné situaci, který se uloží do šanonu mimořádných situací v daném středisku PDZ.
- f) Na koordinačních schůzkách se věnuje adekvátní čas vzniklé situaci.
- g) Pokud by byl pachatelem trestného činu uživatel, je to důvod k ukončení podnájemního vztahu ze strany PDZ.

1.7. Úmrtí uživatele: práce s ostatními uživateli / podnájemníky PDZ

Popis situace: V bytě PDZ, kde žije více uživatelů služeb, došlo k úmrtí jednoho z uživatelů. Některý z uživatelů mrtvého spolubydlícího našel a zavolał to nejprve nikoliv policii či záchranné službě, ale pracovníkovi.

Postup a doporučení pracovníkům:

- a) Zavolat záchrannou službu, aby na místo došla a ověřila úmrtí.
- b) Zavolat policii ČR, aby se dostavila k ohledání místa (domluvit se záchrankou, zda to neučiní oni).
- c) Zachovat klid a vydat se do bytu, nejlépe ihned po bodech 1. a2., a nejlépe se vyjednat doprovod kolegy, jít ve dvou.
- d) Jeden pracovník na místě komunikuje s policií.
- e) Druhý pracovník komunikuje s ostatními uživateli a zklidňuje je:
 - Pracovník situaci zvládá, daří se uživatele zklidnit.
 - Nedaří se uživatele zklidnit: Uživatel je velmi silně rozrušen, stále pláče, není odklonitelný, nevnímá pracovníka; pracovník postupuje dle krizového plánu, požádá o pomoc již přivolanou pohotovost, nebo volá záchrannou službu
- f) Pokud kolem jsou další osoby, které přihlíží a narušují tak průběh postupu, pracovník zajistí soukromí (zavře dveře, požádá osoby, aby odešly).
- g) Pracovník je sám natolik rozrušen, že není schopen zachovat klid a řešit situaci: pracovník není v bytě sám, je tam druhý kolega.
- h) Podpora pracovníkům zasahujícím v bytě:
 - Mají přednostní prostor na supervizi
 - Konzultace s nadřízeným, případně ředitelem
 - Mají nárok na volno – ten den, případně následující den (pokud je pracovní)

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

VIII. PŘÍLOHY

- Nástroj k posouzení funkčního stavu klienta: m-GAF
- Nástroj k posouzení naplnění potřeb klienta: CAN
- Sestava pomůcek pro mapování situace klienta v rámci přípravy na vstup do rehabilitačního bydlení a plánování podpory po vstupu do bydlení

m-GAF

Škálovací kritéria m-GAF (R)

Použijte kritéria níže k určení současného funkčního stavu jednotlivce.

90 Příznaky chybějí nebo jsou minimální, není zhoršené fungování

Kritéria skupiny H:

- Absence nebo minimum příznaků (např. malá úzkost před zkouškou)
- Fungování ve všech oblastech života a spokojenost se životem
- Zájem a zapojení do široké škály činností
- Sociální zdatnost

88-90 Žádné psychologické příznaky a žádné potíže ve fungování v běžném životě

84-87 Minimum příznaků a bez potíží ve fungování v běžném životě

81-83 Minimum příznaků a některé potíže ve fungování v běžném životě

80 Přechodné mírné příznaky nebo dočasné mírné potíže ve fungování

Kritéria skupiny G:

- Jsou přítomny mírné příznaky, ale jsou přechodné a očekávatelné jako reakce na psychosociální zátěž (např. potíže se soustředěním po rodinné hádce)
- Mírné obtíže ve fungování v sociálních kontaktech, v práci nebo ve škole (např. přechodné vynechávání docházky do školy nebo práce)

78-80 BUĎ mírný(é) příznak(y) NEBO lehké zhoršení v sociálním, pracovním nebo školním fungování

74-77 Mírné zhoršení ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní)

71-73 PŘÍTOMNOST mírných příznaků A lehké zhoršení v sociálním, pracovním nebo školním fungování

70 Trvalé mírné příznaky nebo trvalé mírné potíže ve fungování

Kritéria skupiny F:

- Mírné příznaky, které NEJSOU předpokladatelnou reakcí na psychosociální zátěž (např. mírná nebo zhoršená deprese a/nebo mírná nespavost)
- Přetrvávající potíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování (např. občasné záškoláctví, krádeže v rodině nebo opakované selhávání výkonnosti ve škole nebo v práci)
- ALE klient má nějaké smysluplné mezilidské vztahy

68-70 BUĎ mírné přetrvávající příznaky NEBO mírné obtíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování

64-67 Mírné přetrvávající obtíže ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní)

61-63 Přetrvávají mírné příznaky A jsou přítomny potíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

60 Středně těžké příznaky nebo středně těžké poškození ve fungování

Kritéria skupiny E:

Středně těžké příznaky (např. častá středně těžká depresivní nálada a nespavost a/nebo středně těžká nerozhodnost (ulpívanost) a obsese (neodbytné myšlenky); nebo příležitostné úzkostné ataky; nebo plochá afektivita nebo nepřiléhavá řeč; nebo problémy se stravováním (ohrožení podvýživou) bez přítomnosti deprese.

58-60 BUĎ projevy středně těžké depresivní nálady NEBO středně těžké obtíže v sociálním, pracovním nebo školním fungování

54-57 Středně těžké potíže ve více než jedné oblasti fungování (sociální, pracovní, školní)

51-53 PŘÍTOMNOST středně závažných příznaků A středně závažné selhávání v sociální, pracovní nebo školní oblasti

50 Vážné příznaky nebo vážné poškození fungování

Kritéria skupiny D:

- Vážné selhávání v práci, ve škole nebo v domácnosti (pokud je klient žena/muž v domácnosti) - např. neschopnost udržet si práci nebo studium, selhávání ve škole nebo neschopnost starat se o rodinu a domácnost
- Časté problémy se zákonem (např. časté krádeže, zatčení) nebo příležitostné agresivní chování
- Vážné selhávání ve vztazích s přáteli (např. žádní nebo málo přátel nebo „ohrožující přátelé“)
- Vážné poškození v úsudku (zahrnuje neschopnost učinit rozhodnutí, zmatenost, dezorientace)
- Vážné poškození v myšlení (zahrnuje rigidní myšlenky s neschopností změnit postoj učení, zesílené vnímání vlastního těla, vztahovačnost)
- Vážné zhoršení nálady (zahrnuje setrvalou depresivní náladu s pocity bezmoci a beznaděje nebo agitovanost /neklid nebo manickou náladu)
- Vážné selhávání v důsledku úzkosti (panické ataky, ochromující úzkost)
- Další příznaky: halucinace, bludy, těžké nutkavé rituály
- Pasivní sebevražedné myšlenky (bez tendence a plánů k jejich realizaci)

48-50 1 kritérium ze skupiny D

44-47 2 kritéria ze skupiny D

41-43 3 kritéria ze skupiny D

40 Výrazné zhoršení v několika oblastech fungování

Kritéria skupiny D: viz seznam v pásmu „50“

38-40 4 kritéria ze skupiny D

34-37 5 kritérií ze skupiny D

31-33 6 kritérií ze skupiny D

30 Neschopnost fungovat téměř ve všech oblastech

Kritéria skupiny D: viz seznam v pásmu „50“ +

- Pasivní sebevražedné myšlenky (bez tendence a plánů k jejich realizaci) nebo mírné sebepoškozování (např. poranění zápěstí), které nevyžaduje lékařské ošetření

Kritéria skupiny C:

- BUĎ neodbytné myšlenky na sebevraždu, nebo sebevražedné myšlenky s přípravou realizace
- NEBO chování výrazně ovlivněné bludy a halucinacemi
- NEBO vážné zhoršení v komunikaci (někdy nesouvislé, nepatřičně působící NEBO hluboce depresivně stuporózní – nereagující na okolí)

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

- 28-30** 7 kritérií ze skupiny D
- 24-27** 8 kritérií ze skupiny D
- 20-23** 9 kritérií ze skupiny D
- 21** 1 kritérium ze skupiny C

20 Utrpení z nedostatku péče nebo nebezpečí poranění (poškození) sebe nebo druhých

Kritéria skupiny B:

- Sebevražedné pokusy bez jasného záměru zemřít
- Vážné násilné chování či sebepoškození
- Závažné manické rozrušení či významná agitovanost (neklid) a impulsivita
- Výpadky v udržování i té minimální osobní hygieny (např. průjmy v důsledku užití projímadel, zašpinění od výkalů)
- Naléhavé / akutní přijetí na psychiatrii
- Ohrožení v důsledku tělesných potíží (např. vážná anorexie či bulimie a spontánní zvracení, nebo nadměrné užívání projímadel, močopudných léků či přípravků na hubnutí, ale bez srdečního nebo ledvinového selhávání, dehydratace nebo dezorientace)

18-20 1-2 kritéria ze skupiny B

14-17 3-4 kritéria ze skupiny B

11-13 5-6 kritérií ze skupiny B

10 Bezprostřední nebezpečí ze zanedbání péče nebo sebepoškození

Kritéria skupiny A:

- Vážné sebevražedné chování s jasným záměrem zemřít (např. pobodání se, pokus o zastřelení se či oběšení, nebo předávkování bez očekávání, že jej někdo nalezne)
- Četné vážné násilí vůči druhým nebo sebevražda
- Extrémní manické rozrušení či extrémní agitovanost (neklid) a impulsivita (např. divoce křičí, rozpáře matrace)
- Přetrvávající neschopnost zajistit minimální hygienu
- Naléhavé / akutní přijetí na psychiatrii
- Bezprostřední a vážné ohrožení v důsledku tělesných potíží (např. anorexie či bulimie se srdečním nebo ledvinovým selháním)

8-10 1-2 kritéria ze skupiny A

4-7 3-4 kritéria ze skupiny A

1-3 5-6 kritérií ze skupiny A

0

m-GAF (R) - adapted in 2004 by the Florida DCF Functional Assessment Workgroup from the original M-GAF reported by S. Caldecott-Hazard & R.C.W. Hall, 1995.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

CAN (zde kódovací tabulka, plná verze nástroje je na intranetu PDZ)

CAN-C/I

Camberwellský formulář pro hodnocení potřeb - klinická verze kódovací tabulka

Jméno uživatele (pacienta)	Datum hodnocení	<input type="text"/>
Jméno poskytovatele	Datum hodnocení	<input type="text"/>

Hodnocení	Potřeba		Poskytnutá neformální pomoc		Poskytnutá formální pomoc		Požadovaná formální pomoc		Zaznamenán požadavek uživatele?	Opatření
	0,1,2,9		0,1,2,9		0,1,2,9		0,1,2,9		Ano	Datum kontroly
uživatel/poskytovatel	U	P	U	P	U	P	U	P	U	P
1. Bydlení										
2. Strava										
3. Péče o domácnost										
4. Péče o sebe										
5. Denní činnosti										
6. Tělesné zdraví										
7. Psychotické symptomy										
8. Informace o zdravotním stavu a léčbě										
9. Psychické potíže										
10. Ohrožuje sebe										
11. Ohrožuje ostatní										
12. Alkohol										
13. Drogy										
14. Přátelé										
15. Intimní vztahy										

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

16. Sexualita										
17. Péče o děti										
18. Základní vzdělání										
19. Telefon										
20. Doprava										
21. Peníze										
22. Finanční dávky										
Počet naplněných potřeb (počet jedniček)										
Počet nenaplněných potřeb (počet dvojek)										
Celkový počet potřeb (počet jedniček a dvojek)										
Všechna pomoc poskytnutá a požadovaná (sečti skóre; 9 hodnot jako 0)										

Péče o duševní zdraví

PRACOVNÍ POMŮCKY PRO MAPOVÁNÍ A PLÁNOVÁNÍ

PŘÍPRAVA NA REHABILITAČNÍ BYDLENÍ

pracovní pomůcka pro přípravu klienta na přechod
do rehabilitačního bytu s cílem tréninku samostatného bydlení

Úvodní instrukce a doporučení

Tato pracovní pomůcka slouží ke zjištění (zmapování) co největšího množství důležitých informací o klientovi s cílem zpracovat plán podpory, která by klientovi umožnila co nejlépe zvládnout přechod do tréninkového bydlení. Aby podpora byla účinná, je potřeba mít znalosti o klientových silných i slabých stránkách v oblastech duševního stavu, odolnosti vůči zátěži a dovednostech potřebných pro běžný život.

Pracovní nástroj má dvě části. První z nich je přehled informací a druhou plán podpory. Do pracovního procesu je potřeba zapojit do maximální možné míry samotného klienta a též pracovníky zařízení, ze kterého klient do rehabilitačního bytu přichází. Pokud možno se vyvarujte předávání informací mezi pracovníky služeb bez klienta, protože informace do kterých klient není zapojený mají mizivý význam pro účinné poskytování služby. Je samozřejmé, že pohled klienta a pohled pracovníka se může lišit. V tom případě neheďte, kdo má pravdu, ale zachyťte oba názory. S rozdílem se později může dále

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

pracovat.

Formu zapisování do formuláře ponecháváme na volbě pracovníka. Někomu bude více vyhovovat mít formulář vytištěný jako pomůcku k vedení rozhovoru, psát si poznámky rukou a později na počítači vpisovat do elektronické verze. Někdo jiný využije notebooku, aby při rozhovoru vpisoval přímo do elektronické verze.

Zjišťování informací se bude dít hlavně rozhovorem, ale neopomíjejte i pozorování. Zažijete klienta v rozhovoru, v kontaktu s pracovníkem zařízení, ale vyhledávejte i situace, kdy dovednosti klienta uvidíte přímo v praxi. Všimněte si, jak klient funguje a reaguje, a své postřehy můžete klientovi sdělovat a zapisovat je do formuláře.

Na konci mapování je potřeba informace shrnout a ve shrnutí vypíchnout hlavní silné stránky (na nich je dobré stavět např. program klienta) a slabé stránky (z nich by hlavně měly vycházet opatření pro plán podpory). Příklad: pokud je klientovou silnou stránkou manuální dovednost, je potřeba, aby pracovník pro tyto dovednosti pomohl klientovi najít uplatnění; pokud je slabou stránkou seznamování s novými lidmi, bude muset pracovník věnovat hodně pozornosti a pomoci při navazování vztahů klienta s dalšími podnájemníky v bytě.

Jinými slovy, na informacích z mapování by měl stát plán podpory. Ten nesmí mít jen podobu opatření organizačního rázu, ale musí být individuálně šitý na míru tomu, jaký klient je, co umí a co mu naopak dělá problémy (viz příklad výše).

Nezapomeňte jeden výtisk poskytnout klientovi a jeden pracovníkovi zařízení.

PŘÍPRAVA NA REHABILITAČNÍ BYDLENÍ: mapování

Jméno a příjmení klienta:

Jméno a příjmení pracovníka PDZ:

Jméno a příjmení pracovníka zařízení, ze kterého klient přichází:

I. SOCIÁLNÍ ANAMNÉZA KLIENTA

Zaznamenejte podstatné informace. Nevyužité kolonky smažte. Přihlížejte nejen k informacím od klienta, ale i od jeho okolí a k vlastnímu pozorování.

1. Informace o původní rodině (vztahy, důležité události, duševní nemoc v rodině atp.)

2. Informace o současné rodině (pokud se liší od původní) či partnerském vztahu

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009

www.norwaygrants.com

3. Bydlení (jak klient bydlel před příchodem do zařízení, stačí poslední období)
4. Vzdělání (dosažené, přerušené, plánované)
5. Zaměstnání (kvalifikace, předchozí pracovní zkušenosti)
6. Finanční situace (příjmy – kolik a z čeho včetně event. uvedení důchodu, výdaje, závazky)
7. Sociální vztahy mimo rodinu (kdo jsou pro klienta důležité lidi mimo rodinu v současnosti a nedávné minulosti)
8. Volný čas (zájmy, koníčky, možnosti a příležitosti)
9. Jiné důležité informace

II. ZDRAVOTNÍ STAV

Zaznamenejte podstatné informace. Nevyužité kolonky smažte. Přihlížejte nejen k informacím od klienta, ale i od jeho okolí a k vlastnímu pozorování.

1. Psychiatrická porucha (s čím se léčí, jak dlouho, jak se to projevuje, hospitalizace a zkušenosti z nich)
2. Vzorec relapsu (jak často dochází ke zhoršení, kdy naposledy, co to obvykle vyvolává, jak se to obvykle projevuje, dá se to předem rozpoznat? = první sběr poznatků vzhledem k budoucímu sestavení krizového plánu)
3. Problémy s návykovými látkami (alkohol, cigarety, drogy, návykové léky) a chováním (zvl. gambling)?
4. Vztah k lékům určeným pro léčbu duševních potíží (vyzná se v nich?, motivovaný užívat? vynechává?, mají nějaké nežádoucí účinky?)
5. Tělesná onemocnění a handicap

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

6. Jiné důležité informace

III. DOVEDNOSTI A MOTIVACE

Zaznamenejte klíčová zjištění, které dovednosti klient neovládá a naopak které může dobře využít. Nemusíte vyplňovat všechny položky, jsou zde jako vodítko (resp. nepodstatné kolonky vymažte). Přihlížejte nejen ke sdělení klienta, ale i k pozorování reálných výkonů a informacím od jeho okolí.

1. poznávací schopnosti a dovednosti

- zapamatování informací
- třídění informací na podstatné a nepodstatné
- soustředění na činnost, výdrž pozornosti
- plánování činností
- stanovení a dodržení priorit
- rozumět okolním situacím
- pochopit příčiny problému a odvodit jeho konstruktivní řešení
- jiné...

2. komunikační a emoční dovednosti

- naslouchání druhému a porozumění sdělovanému
- srozumitelné vyjadřování vlastních myšlenek a názorů
- porozumění psanému textu
- vyjadřování psanou formou
- telefonování
- správně v chování a vyjadřování volit blízkost a odstup
- unést vyjadřování citů druhých lidí
- vyjádřit vlastní emoce druhému člověku
- zvládnout vlastní úzkost a strach
- používat vhodně humor
- jiné...

3. motivace

- najít si pro sebe pozitivní motivy v životních situacích
- udržet si pocit smysluplnosti určitého konání
- nechat se nadchnout druhým člověkem k určitému plánu a činnosti
- brát si od druhých příklad a inspiraci
- jiné...

4. praktické dovednosti

- péče o sebe: hygiena, oblékání, starost o fyzické zdraví
- péče o domácnost: uklízení, vaření, praní, nakupování, oprava a údržba
- nakládání s penězi, hospodaření
- organizování dne: představit si jeho průběh, vhodně načasovat aktivity, včas ukončit aktivity
- oprava: používání dopravních prostředků

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

- jiné...
5. **sociální dovednosti**
- věnovat pozornost a empatii ostatním lidem
 - vyjádřit svůj názor
 - vyjádřit a přijmout kritiku
 - vyjádřit a přijmout ocenění
 - vytvářet dohody, vyjednávat
 - říct si o pomoc či informace
 - navazovat a udržovat přátelské a milostné vztahy
 - respektovat osobní hranice druhých lidí
 - bránit vlastní osobní hranice a soukromí
 - jiné...
6. **jiné dovednosti a znalosti** (např. speciální pracovní dovednosti či znalosti postupů, encyklopedické znalosti určitých oborů atp.)

IV. CITLIVOST VŮČI ZÁTĚŽI

Zaznamenejte významné zátěžové podněty, na které je klient citlivý. Sepište, co ho před zátěží ochraňuje – co hraje podstatnou roli neb, co by se dalo do budoucna využít. Vyberte příklady ze seznamu (ostatní smažte) nebo doplňte jiné poznatky.

1. Citlivost na zátěž

- existenční nejistota
- kritika
- arogantní, agresivní vystupování
- každodenní povinnosti
- spěch
- mlčení
- náhlé nečekané události
- změny plánů
- hlučné prostředí
- souběh více událostí najednou
- hovor o osobních záležitostech
- jiné.....

2. Ochrana před zátěží

- zvládací dovednosti (schopnost vhodně řešit problémy včetně schopnosti si včas říct o pomoc druhým lidem)
- možnost změny prostředí
- léky
- možnost strukturovaného programu během dne
- koníčky, aktivity, zájmy
- blízcí lidé

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

- pochvala a ocenění
- víra
- rituály
- jiné.....

V. PŘÁNÍ A POTŘEBY

- Přání ve vztahu ke kvalitě života – v čem by klient chtěl žít jinak, lépe, smysluplněji
- Přání ve vztahu ke kvalitě prostředí – co by se v klientově prostředí (lidské vztahy, pravidla, materiální podmínky) mělo změnit, zlepšit
- Přání ve vztahu k dovednostem – jaké znalosti, schopnosti dovednosti by chtěl klient zlepšovat, rozvíjet
- Přání ve vztahu ke zvládnutí zátěže – co by chtěl, mohl klient zlepšit v tom, jak řeší potíže a problémy

VI. SOUHRN

Do souhrnu vypište hlavní silné a slabé stránky klienta. Tyto stránky vybírejte napříč kategoriemi, nejde jen o dovednosti. Příklad: slabou stránkou třeba může být nevyrovnání s traumatem ze vztahů v průvodní rodině, naopak silnou stránkou může být silný rodičovský vzor v rodině.

Jak postupovat? Pracovník PDZ by měl udělat přípravu = vypsát vše, co mu přijde jako slabá a jako silná stránka. Takže vzniknou 2 seznamy. Z nich je potřeba vybrat priority, co je nejdůležitější. Všichni 3 můžete například společně známkovat jako ve škole. Nebo pracovník vypíše seznamy na flipchart a pak každý za sebe v každém ze seznamů podtrhne 10 položek – průnik volby jsou priority. Priority budou sloužit jako podklad pro sestavení plánu podpory – viz dále.

PŘÍPRAVA NA REHABILITAČNÍ BYDLENÍ: plán podpory

Formulář je pouze vodítkem a dává přehled témat. Každé je potřeba dopracovat podle konkrétní situace. U každého tématu se snažte rozdělit úkoly mezi všechny zúčastněné. Pro rozpis aktivit a jejich časování můžete přidat tabulky.

Zavedení programu rehabilitačního bydlení pro osoby s dlouhodobou duševní nemocí v Hradci Králové
CZ.11/MGS/009
www.norwaygrants.com

A. ORGANIZAČNÍ ČÁST

1. Informace – co klient ještě potřebuje vědět (poznat) k poskytování služby a podnájemnímu bydlení
2. Finanční příprava – organizace plateb za podnájemní bydlení
3. Stěhování – příprava a provedení
4. Zdravotní péče – zajištění v místě nového bydliště
5. Návštěvy v domově – kdy, jak často, doprava

B. REHABILITAČNÍ ČÁST

1. Silné stránky – jak je využít
2. Slabé stránky – jak je ošetřit
3. Plán denních aktivit (schůzky s pracovníkem, domácí povinnosti, další nácviky, komunikace se spolubydlícími, volný čas, další aktivity) – zpracujte minimálně na první 2 týdny pobytu a pak průběžně doplňujte
4. Předcházení krizím – jak je rozpoznat a co dělat, když nastávají

PŘÍPRAVA NA REHABILITAČNÍ BYDLENÍ: hodnocení plánu podpory

Vypište hlavní aktivity plánu a spolu s klientem hodnotíte, jak se je daří plnit. Dále vypište aktualizaci plánu – co dělat i nadále, co změnit, co přidat atp. Pro rozpis můžete zkopírovat témata z původního plánu.