

Zajištění sociálních služeb v Olomouckém kraji ve vztahu k potřebám osob s chronickým duševním onemocněním

Vymezení cílové skupiny

Sociální služby pro chronicky duševně nemocné v celém Olomouckém kraji zahrnují podporu osobám s širokou škálou diagnostikovaných duševních onemocnění. Do této cílové skupiny spadají jak lidé s neurózami, poruchami osobnosti, Alzheimerovou chorobou či toxickými psychózami, tak lidé s psychotickými nemocemi schizoidního typu a s bipolární afektivní poruchou.

Nejčastější onemocnění:

Schizofrenie

Schizofrenie je duševní nemoc, patřící do okruhu psychóz, u které dochází k významným poruchám myšlení a vnímání. U lidí se schizofrenií je narušena schopnost tříditi informace, obtížné rozlišují, které podněty jsou důležité a které méně, neboť všechny se zdají mít stejnou váhu. Tento fakt vede k náročné, vyčerpávající komunikaci, osoba se schizofrenií vnímá úplně vše, co se kolem děje, dochází k přehlčení informacemi, obvyklým věcem přikládá zvláštní význam.

Výskyt schizofrenie

Schizofrenie postihuje asi jednoho člověka ze sta, v České republice se odhaduje 100 000 nemocných schizofrenií, celosvětově pak asi 50 milionů. Nemoc propuká nejčastěji v období 15 – 19 let, rizikové je ale období až do 35 let. Výskyt je stejný u mužů i u žen. Schizofrenie se projevuje nejčastěji v období dospívání či časně dospělosti, kdy se má člověk osamostatňovat, začít si budovat vlastní existenci.

Projevy a specifika osob se schizofrenií

Člověk se schizofrenií hůře zvládá stres, jeho stresový práh je nižší. Při nadměrném stresu reaguje jeho organismus akutní psychotickou krizí, návratem nemoci. Spouštěčem krize je například nové prostředí, větší množství nových informací (lidé se schizofrenií hůře zpracovávají informace, proto jimi mohou být zahlceni), špatně se vyrovnávají se situacemi jako je stěhování, ztráta zaměstnání či nástup do nové práce, kritické jsou i radostné události jako například svatba.

Kvůli nemoci člověk zůstává doma, v péči rodičů, vytváří se velice intenzivní rodinné vazby, které mohou komplikovat pozdější snahy nemocného jedince o osamostatnění se. Až 70 % lidí se schizofrenií žije se svými příbuznými, zejména rodiči. Kvůli časnému propuknutí nemoci také dochází k přerušení nebo

nenastoupení dalšího vzdělávání, tím pádem má nemocný jedinec nízkou kvalifikaci a později horší uplatnění na trhu práce. 10 – 15 % nemocných schizofrenií spáchá sebevraždu, 50 % nemocných trpí současně depresemi.

U této nemoci platí tzv. třetinové pravidlo – jedna třetina zažije 1 až 3 psychotické ataky, poté nemoc zcela ustoupí, dochází k uzdravení. Druhá třetina zažívá během života občasné návraty nemoci, po zaléčení však opět ustupují. Průběh je kolísavý, závisí na každém individuálním případě. Poslední třetina pociťuje příznaky nemoci i po delším léčení, nemoc neustupuje, lidé se stávají závislí na pomoci druhých, nemoc se většinou postupně zhoršuje.

Vznik schizofrenie

Na vzniku schizofrenie se podílí biochemické procesy v mozku. Dochází k nerovnoměrnému rozložení neurotransmiterů (chemické látky zabezpečující komunikaci mezi neurony), zejména dopaminu a serotoninu a v některých částech mozku vzniká jejich nadbytek či naopak nedostatek. Obě poloviny mozku tak nedokážou vyrovnaně spolupracovat jako u zdravého člověka. Tato nerovnoměrnost rozložení se normalizuje pomocí léků, neuroleptik. Pravidelným užíváním se chemické pochody v mozku normalizují, léky je však třeba užívat dlouhodobě, někdy po celý život.

Na výskyt schizofrenie mají vliv i dědičné vlivy – pokud je jeden z rodičů schizofrenik, pravděpodobnost onemocnění u dítěte je asi 11%. Pokud jsou nemocní oba rodiče, pravděpodobnost je 40%. Přesto ale téměř 80 % lidí se schizofrenií nemá v rodině příbuzného s touto diagnózou.

Dalšími faktory vzniku schizofrenie jsou virová onemocnění v průběhu těhotenství či porodní komplikace.

Existují i psychosociální faktory ovlivňující vznik schizofrenie. Vliv na vznik nemoci může mít klima v primární rodině, nejvýznamněji pak do 2 let věku dítěte. Další vliv na vznik onemocnění mají pak i vztahy a postavení jedince během dětství a dospívání.

Vznik schizofrenie tak může být charakterizován dvěma prvky – vulnerabilitou (dispozicí) a spouštěčem (například stres či drogy). Podíl biologických a psychosociálních faktorů na vzniku nemoci je u každého člověka jiný, stejně jako se liší samotný průběh nemoci.

Příznaky schizofrenie

Pozitivní příznaky: objevuje se něco navíc. Halucinace (nemocný vidí, slyší, cítí čichem či chutí věci, které ve skutečnosti neexistují. Nejčastěji se objevuje slyšení hlasů, bludy (nemocný je silně přesvědčen o něčem, co není pravda, často trpí bludy o pronásledování, telepatii, náboženskými bludy), paranoidní myšlenky (extrémní podezřavost).

Negativní příznaky: snížená motivace, sociální izolace, nedostatečná koncentrace, ochuzená řeč, nedostatek myšlenek, chudý projev emocí.

Kognitivní příznaky: problémy s pamětí a pozorností, zmatené myšlení, neschopnost dokončit větu.

Léčba schizofrenie

Schizofrenie se léčí užíváním psychofarmak, a to buď typickými antipsychotiky, nebo novějšími atypickými antipsychotiky. Léky působí zejména na pozitivní příznaky, působí nejen léčebně, ale i preventivně. Léky snižují riziko vzniku nové psychotické krize až o 40 %, přesto ale během prvního roku třetina nemocných zažije návrat nemoci. Lze je užívat ve formě tablet, roztoku či injekčně.

Potřebnou podporou při léčbě schizofrenie je také psychosociální intervence, a to formou edukací, psychoterapií, sociální rehabilitace či pracovní rehabilitace.

Maniodepresivní psychóza

(neboli bipolární afektivní porucha, cyklofrenie, maniomelancholie, maniomelancholická psychóza)

Maniodepresivní psychóza, mnohdy také nazývána jako bipolární afektivní porucha, se řadí do onemocnění závažných. Toto velice těžké psychiatrické onemocnění, které se vyznačuje těžko zvládatelnými výkyvy nálad od euforie po těžké deprese, se bohužel nevyhýbá nikomu v populaci a setkat se s ní může na své životní cestě každý, bez ohledu na věk, inteligenci či rasu.

Výskyt maniodepresivní psychózy

Postihuje přibližně jednoho ze sta jedinců. Nejčastější výskyt bývá zaznamenáván okolo 20 let věku života jedince, což způsobuje narušení fungování v rodině, nedokončení studií, ztrátu přátel a sociálních kontaktů.

Vznik maniodepresivní psychózy

Mezi rizikové faktory maniodepresivity se řadí dědičnost, ale tzv. spouštěčem může být i velice silný emotivní zážitek, včetně vyčerpání ať už psychického či fyzického rázu. Je tedy velice těžké mluvit o prevenci, přestože i zde platí zásady zdravého životního stylu a relaxace.

Příznaky a fáze nemoci

Tato porucha bývá velice často zaměňována pouze s leností, nechutí něco dělat, ztrátou zájmu či nezodpovědností. U nemocného se střídá období dobré nálady, hraničící až s euforií a depresí, a to velice hlubokou, kdy se začínají objevovat i myšlenky na sebevraždu.

Fáze hypománie, která je jakýmsi předstupněm mánie, se vyznačuje velice dobrou náladou, snadnou komunikativností, a to i u jedinců, kteří jsou mnohdy uzavření. Toto vše může mít za následek ukončení pravidelnosti požívání medikace.

Fáze mánie je nepřehlédnutelná. Množství energie až euforie zbavuje člověka veškerých zábran. Člověk v manické fázi je velice často promiskuitní, má sníženou potřebu spánku, nic pro něj není problémem, a to ani z finančního hlediska (lehce uzavírá nevýhodné smlouvy, nakupuje množství nepotřebných věcí apod.). Veškeré pochody jsou v těle natolik zrychlené, že v akutní fázi není nemocný schopen dokončit větu (tzv. slovní salát), protože myslí rychleji, než-li mluví. Daná fáze je tedy velice nebezpečnou z důvodu rychlého navazování nových vztahů.

Fáze deprese znamená útlum, úplný opak manické fáze. Člověk není schopen prožívat radost, je celkově vyčerpán, trpí nezájmem o veškeré dění a také nechutenstvím spolu s poruchami spánku či zvýšenou spavostí. Tato fáze bývá doprovázena bludy, halucinacemi a sebeobviňováním, myšlenkami o vlastní bezcennosti, významnosti a sebedestruktivními sklony.

Je však nutno upozornit, že každá z fází maniodepresivní psychózy se sebou přináší riziko sebevražedných sklónů a není radno tento fakt podceňovat. Manická fáze může velice snadno přejít v depresi či se mezi jednotlivými epizodami (atakami) vyskytuje prodleva, tzv. fáze remise.

Léčba maniodepresivní psychózy

Léčba tohoto onemocnění spočívá v podání psychofarmak (antidepresiva, antipsychotika) spolu s podpůrnou léčbou – psychoterapií. Kombinace obou druhů léčby má pozitivní vliv na nemocného. V nejtěžších případech se využívá elektrokonvulzivní terapie, která dokáže stav pacienta upravit v řádu jednoho až dvou týdnů. Vysazování léčby a její nedodržování vede k prohlubování onemocnění a mnohem těžšímu znovuzapojení do společnosti

Potřebnost sociálních služeb

Výčet služeb zahrnuje zařízení, která poskytují sociální služby výhradně chronicky duševně nemocným bez bližší specifikace nemocí z výše popsané cílové skupiny.

Druh sociální služby	Poskytovatel (forma)	Dostupnost
Denní stacionáře	Charita Prostějov	Prostějov
	Charita Zábřeh	Zábřeh
Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením.	Charita Olomouc – Středisko sv. Vincence (ambulantní)	Olomouc
	Mana, o.s. – Psychosociální centrum Olomouc (ambulantní)	Olomouc
Centra denních služeb	Charita Zábřeh – OÁZA	Zábřeh
Domovy se zvláštním režimem	Centrum sociálních služeb Prostějovx	Prostějov
Podpora samostatného bydlení	Charita Olomouc – Středisko sv. Vincence	Olomouc
Sociálně terapeutické dílny	Charita Olomouc – Betreka – tréninková kavárna	Olomouc
	Občanské sdružení Ester	Javorník
	Zahrada 2000, o. s.	Jeseník
Sociální rehabilitace	Duševní zdraví, o.p.s. (ambulantní)	Přerov
	Internet Poradna, o. s. (ambulantní)	Olomouc
	Zahrada 2000, o. s.	Jeseník
Terapeutické komunity	Občanské sdružení Ester – kombinovaná cílová skupina osob	Javorník

Současná nabídka sociálních služeb pro chronicky duševně nemocné je v Olomouckém kraji z pohledu uživatele služeb nedostatečná, a to zejména v oblasti zaměstnanosti a bydlení, které spolu úzce souvisejí.

V nabídce služeb pro tyto oblasti je pro uživatele nejširší a komplexní nabídka pod hlavičkou Charity Olomouc. Z průzkumu mezi uživateli je zřejmé, že poskytované služby nejsou pro Olomoucký kraj zdaleka dostačující.

Osoby s duševním onemocněním mohou získat na určitou dobu bydlení ve Středisku sv. Vincence a vyzkoušet si obsluhu v tréninkové kavárně Betreka. Plnohodnotné zaměstnání a podporu samostatného bydlení však tyto služby neřeší.

V rámci projektu RESTART, realizovaného Občanským sdružením InternetPoradna, dostávají mimo jiné i chronicky duševně nemocní příležitost k uplatnění na trhu práce.

Občanské sdružení Mana, o.s.) nabízí tzv. JOB kluby, které absolventy připraví na pracovní trh a pomohou na něm uspět.

V dlouhodobém pracovním poměru se však chronicky duševně nemocní udrží jen zřídka.

Projekt KAIROS

Projekt Kairos byl financován z ESF prostřednictvím OP LZZ a ze Státního rozpočtu ČR. Zabýval se problematikou osob s duševním onemocněním v Olomouckém kraji v zaměstnávání a uplatnění se na trhu práce. Níže jsou uvedeny výsledky průzkumu mezi uživateli služeb:

Potíže a překážky chronicky duševně nemocných při hledání zaměstnání

Kognitivní potíže – poruchy pozornosti, paměti, učení, potíže s pochopením a zpracováváním informací. Z toho pramení potíže v pracovním uplatnění – neschopnost se soustředit, odlišovat podstatné a nepodstatné věci, potíže s řešením problémů, zpracováváním informací, problémy plánovat nebo uskutečnit nějakou činnost, zhoršení výkonnosti, potíže se zapamatováním si nových věcí – horší zapracovávání se na novou pozici. Potřeba srozumitelně a jasně této osobě formulovat úkoly a pracovní náplň.

Poruchy myšlení – může docházet ke zpomalení myšlenkového tempa (až zastavení myšlenek, ulpívání na jedné věci) nebo naopak zrychlení myšlenkového tempa (myšlenkám nestačí tempo řeči, ta se stává nesouvislou, nesrozumitelnou). Myšlení může být nelogické, nesouvislé, stereotypní, případně nemocný myslí podle svých vlastních pravidel, nedokáže se držet linie rozhovoru. Návaznost na pracovní uplatnění – potíže v komunikaci s potenciálním zaměstnavatelem, neschopnost vyjádřit se – potíže, např. při telefonickém kontaktování zaměstnavatele nebo při pohovoru. Z toho pramení potíže v pracovním uplatnění v komunikaci – souvisí s kognitivními potížemi, s poruchami myšlení. Nemocný se stahuje do sebe, zhoršuje se schopnost rozumět světu kolem sebe, zhoršují se komunikační dovednosti, dochází k izolaci, uzavřenosti nemocného. Objevují se potíže s navazováním kontaktů. Problémy v komunikaci – začne mluvit a neví, jak to dokončit, snižuje se mimika obličeje, vyhýbá se očnímu kontaktu.

Celkové zpomalení

Dlouhodobá hospitalizace, případně dlouhé domácí léčení, dlouhodobá nezaměstnanost, neschopnost vrátit se po atace nemoci zpět do společnosti. Nemocný neví, jak znovu začít, jak se s nemocí vyrovnat, jak se vrátit zpět (pokud se zpět vrátit chce), ztrácí sociální kontakty, sociální dovednosti, návyky, dochází k jeho izolaci, zhoršuje se jeho orientace ve světě. Nastávají potíže s návratem zpět do práce, při dlouhodobé nepřítomnosti na trhu práce, ztráta pracovních návyků, nemocný se těžce orientuje na trhu práce.

Mohou se objevit vedlejší účinky léků ⇒ například únava, ospalost, třes, svalová ztuhlost, svalové křeče, vnitřní neklid a napětí. V pracovním procesu únava stěžuje koncentraci na práci, zpomaluje pracovní tempo, vzniká potřeba častějších přestávek, může se zhoršit pracovní výkon, velká únava může vést k nechuti najít si zaměstnání, případně k častým absencím v práci. Třes a křeče mohou znemožňovat práci, ve které je potřeba jemné motoriky. Vlivem nemoci a léků se nemocnému ráno špatně vstává ⇒ z toho pramení snaha najít si práci, která by byla až v pozdějších hodinách.

Citlivost na změny, horší adaptace, kdy se osoba hůře začleňuje do kolektivu, déle si zvyká na novou práci, potřeba delšího zapracování.

Nízká odolnost vůči stresu, kdy nastává nadměrná zátěž (v práci či ve škole), která může způsobit návrat nemoci.

Pocity méněcennosti, beznaděje, pocit, že nemocný žije „za sklem“, jež se odráží v pracovním uplatnění, rezignací, podceňování, neschopností najít si práci.

Riziko relapsu s sebou přináší obavu jít do práce, riziko delší pracovní neschopnosti.

Ztráta motivace, nedostatek vůle, až apatie, deprese, střídání nálad. Jedinec si stále hledá práci, mluví o tom, ale když má kontaktovat zaměstnavatele nebo jít na pohovor, tak vycouvá. Nevidí důvod hledat si zaměstnání („mám svůj důchod“).

Závislost na druhých, neschopnost nebo neochota osamostatnit se, závislost na státu ⇒ člověk žije, např. u rodičů, pobírá invalidní důchod.

Návaznost na pracovní uplatnění ⇒ není zde akutní potřeba pracovat a vydělávat si, pokud se snaží člověk najít si práci, je tato snaha jen nízká, krátkodobá.

Ze špatného psychického stavu pramení nedostatečné přijímání kritiky, vztahovačnost, která se může projevit i v konfliktech se zaměstnavatelem, s kolegy.

Stigma ⇒ obava z nepřijetí společností, z toho že většinová společnost považuje duševně nemocného člověka za blázna. Osoba se proto uzavírá doma, má obavy z kontaktu s lidmi, z kontaktování zaměstnavatele, rezignuje na hledání práce. V praxi pak může docházet k nepřijetí nemocného ze strany kolektivu či zaměstnavatele, přehlížení, mobbing atd.

Potřeba zkráceného pracovního úvazku nebo upravené pracovní doby ⇒ z důvodů častých návštěv lékaře, nepřetěžování, zachování fyzické i duševní pohody. Není dostatek pracovních míst vhodných pro duševně nemocné (nižší náročnost práce, možnost zkráceného pracovního úvazku). Malý výběr pracovních míst – práce na částečný úvazek jsou většinou fyzicky náročné, využívají spíše pomocné dělnické práce, v nichž je malá rozmanitost, nízké množství výběru. Takto postižená osoba nemůže pracovat na noční směny, nezvládá dvanáctihodinové směny.

Nedostatečná nebo žádná kvalifikace, nedokončené vzdělání – může se objevit nutnost přerušení studia kvůli atace nemoci nebo nenastoupení ke studiu z důvodu nemoci, později už nemocný své vzdělání nedokončí.

Psychická nebo fyzická náročnost pracovního místa ⇒ člověk je omezený v možnostech pracovního uplatnění, nemůže např. pracovat v hluku, nadměrně fyzicky se přetěžovat, potřebuje častější přestávky, má nižší odolnost vůči stresu, nemůže pracovat na směny, pod stálým časovým tlakem, není schopen vykonávat práci vyžadující stálou pozornost apod.

Před propuknutím nemoci člověk nepracoval ⇒ většinou se tedy nemá kam vrátit, nemá žádné zkušenosti s pracovním životem, nemá praxi, pracovní návyky, není pro potenciálního zaměstnavatele lukrativní.

Zkreslené představy ⇒ člověk má nerealistické představy o vlastních schopnostech, o svém možném fungování na trhu práce, zkreslené představy o sobě sama, o hodnotě peněz, o svých cílech a plánech do budoucna apod.

Špatná zkušenost ⇒ člověk může být v hledání práce ovlivněn předchozí špatnou zkušeností, odmítnutím, problémy se začleněním do pracovního kolektivu, problémy na pracovišti apod. Obává se dalšího zklamání, nepřijetí.

Bydliště mimo velké město ⇒ nízká nabídka vhodných pracovních míst, nedostupnost chráněných pracovních míst, chráněných dílen, podporovaného zaměstnávání.

Vliv rodiny ⇒ nátlak ze strany rodiny na nemocného, ať zůstane doma, práci si nehledá, chování se k nemocnému jako k nesvéprávnému, upírání mu možnosti rozhodovat o sobě.

Nedostatečné sociální dovednosti ⇒ kvůli např. ranému počátku nemoci, kdy se jedinec ještě nestačil naučit sociálními dovednostem, případně se jeho sociální dovednosti zhoršily v důsledku ataky nemoci nebo v nemoci přestali sociální dovednosti používat a zapomněli je.

Obava z chování zaměstnavatele ⇒ že bude zaměstnance zvýhodňovat, nebo naopak zesměšňovat, že bude jednat nepřírozně.

Obava z neznámého pracovního kolektivu ⇒ strach z neznámých lidí, souvisí s problematickým navazováním kontaktů, snaha najít si práci, kde pracuje někdo známý.

Apatie po ukončení hospitalizace. Po projevení se nemoci si člověk, který se vrací z nemocnice, řekne, že si teď na rok odpočine, pobírá důchod, přemýšlí o tom, že si odpočinek zaslouží, a poté se do práce zase vrátí.

Nedůvěra ⇒ po opakovaných neúspěších nemocný člověk nedůvěřuje úřadům práce, na doporučené kurzy chodí s nechtí, s přesvědčením, že to k ničemu není, v celkovém kontextu ztrácí důvěru v systém.

Neinformovanost ohledně sdělování diagnózy, diskriminace ⇒ zaměstnavatel se na pohovoru zeptá, jakou má nemocný diagnózu, ten neví, zda ji musí říct či ne.

Neodpovídající typ zaměstnání ⇒ duševně nemocný rezignuje na hledání „normální práce“, hledá si práci pouze v chráněných dílnách, v sociálních firmách a podobně, případně si hledá práci neodpovídající jeho kvalifikaci (např. účetní si hledá práci uklízečky apod.).

Celkové problémy nezaměstnanosti

Problémy se zaměstnáváním duševně nemocných z hlediska zaměstnavatelů

- ✚ Špatné, malé nebo žádné zkušenosti zaměstnavatelů se zaměstnáváním duševně nemocných.
- ✚ Všeobecně nízká informovanost o duševních onemocněních, předsudky, diskriminace, všeobecné rozšíření mýtů o duševních nemocech (obava z nebezpečnosti nemocného, agresivity, nespolehlivosti, zaměňování duševního onemocnění s mentálním znevýhodněním, představa, že duševně nemocný je nesoběstačný, nemůže o sobě sám rozhodovat).
- ✚ Neochota zaměstnat člověka, který pobírá invalidní důchod (názor, že nemocný už má vlastní příjem, proč by měl ještě pracovat, zaměstnání nepotřebuje).
- ✚ Pouze nízké požadavky zaměstnavatele na zaměstnance s duševním onemocněním, ten vykonává jen jednoduchou rutinní práci, nemůže se plně rozvíjet, projevit své dovednosti a schopnosti, nepostupuje v práci, ustrne a ztrácí kvalifikaci, dovednosti.
- ✚ Obava z častých absencí zaměstnance, že bude často navštěvovat lékaře, bude často nemocný, obava, že kdykoli může propuknout nemoc a jedinec bude dlouhodobě pracovní neschopný.
- ✚ Dlouhodobá nepřítomnost na trhu práce – zaměstnavatel se může obávat, že zaměstnanec nemá pracovní návyky, nebude dodržovat pracovní podmínky.
- ✚ Pomalé pracovní tempo vlivem nemoci, léků. Může se objevit až vnímání duševně nemocného jako líného.
- ✚ Potřeba větší podpory při zapracování zaměstnance, věnovat mu více času.
- ✚ Obava z komunikace s člověkem s duševním onemocněním (souvisí s neinformovaností).
- ✚ Zaměření na produktivní a zdravé zaměstnance, trend požadavků na zaměstnance jako je flexibilita, vysoká výkonnost, výborné komunikační dovednosti.
- ✚ Neznalost výhod vyplývajících ze zaměstnání zdravotně znevýhodněného člověka – daňové úlevy, plnění státem stanovené kvóty pro zaměstnávání osob se zdravotní znevýhodněním, státní dotace a příspěvky pro zaměstnavatele zaměstnávající osoby se zdravotním znevýhodněním.