

## **Projekt EU DOBRÁ PRAXE V BOJI PROTI SOCIÁLNÍMU VYLOUČENÍ OSOB S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM**

MHE realizuje projekt Dobrá praxe v boji proti sociálnímu vyloučení osob s duševním onemocněním, jehož cílem je ukázat vztah mezi duševními problémy a sociálním vyloučením. Zaměřuje se především na stávající příklady dobré praxe, které mohou přispět ke snaze odstranit nerovnost, se kterou se lidé s psychickými problémy potýkají z hlediska přístupu k zdravotnickým a sociálním službám, zaměstnání, vzdělání, školení, bydlení, dopravy, zábavy a volnočasových aktivit, ale i z hlediska ochrany občanských a lidských práv. Za pomoci mezinárodní výměny a srovnávání zkušeností budou připraveny návrhy koncepcí, jejichž cílem bude sociální začlenění osob s duševním onemocněním.

V první fázi se projekt zaměřoval na analýzu současného stavu sociálního vyloučení osob s duševním onemocněním ve výše uvedených oblastech. Za tímto účelem studovalo deset partnerských organizací zatím poslední verze Národních akčních plánů sociálního začleňování (NAPSI) a kontaktovalo různé zainteresované strany, jako např. zástupce vládního, neziskového/nevládního a soukromého sektoru a společně s aktéry tohoto procesu analyzovalo současnou situaci v oblasti sociálního vyloučení ve svých zemích.

Zprávy vypracované na základě této analýzy byly velmi různorodé, což bylo způsobeno např. nedostatkem informací a údajů v oblasti sociálního vyčleňování osob s duševním onemocněním i strukturami a zdroji použitelnými na podporu sociálního začleňování osob s duševním onemocněním. Společným rysem, který jasně vystupoval ze všech těchto zpráv, byl nicméně **nedostatek transparentní komunikace, výměny informací a koordinované spolupráce mezi různými zainteresovanými stranami** v jednotlivých partnerských zemích, především mezi uživateli (a jejich rodinami a pečovateli) a NNO, které s nimi pracují, na straně jedné a státními aktéry na straně druhé.

Mezi další otázky, které z analýz stavu sociálního vyloučení osob s duševním onemocněním v partnerských zemích vyplynuly, patří:

### **Národní akční plány sociálního začleňování**

Otázka sociálního začleňování osob s duševním onemocněním je v partnerských zemích stručně zmíněna v pěti ze zkoumaných NAPSI, ovšem v žádném z Národních reformních programů. Často se nečiní rozdíl mezi postiženými a osobami s duševním onemocněním. Jelikož se jedná o jednu z nejzranitelnějších skupin, **musí být osoby s duševním onemocněním a podpora jejich sociálního začleňování adekvátně zmíněny v národních akčních plánech i reformních programech.**

Všichni projektoví partneři se pokusili kontaktovat příslušné osoby odpovídající na národní úrovni za NAPSI, členy Výboru pro sociální ochranu i národní koordinátory lisabonské agendy, aby zvýšili jejich povědomí o oblasti sociálního vyčleňování osob s duševním onemocněním v jejich zemi a aby tuto problematiku promítli do NAPSI na období 2006-2008. Pouze v několika případech se však podařilo navázat kontakt a zahájit diskusi

s odpovědnými osobami, ať již z důvodu nedostatku času nebo, v některých případech, nedostatku zájmu. Je potřeba stimulovat politickou motivaci a vůli, tak aby **do většího sociálního začleňování na národní i evropské úrovni byly zapojeny všechny citlivé skupiny**.

### **Spolupráce**

Koordinace a spolupráce mezi jednotlivými zainteresovanými stranami, především pak mezi ministerstvem zdravotnictví, ministerstvem práce a sociálních věcí, orgány státní správy, NNO a zdravotnickými a sociálními službami ve všech partnerských zemích, je stále ještě nedostatečná. To představuje zásadní překážku a samo o sobě je to jedním z aspektů vyloučení. **Stávající příklady dobré praxe musí být dobře koordinovány a musí se vzájemně doplňovat**, tak aby se prolomil začarovaný kruh vedoucí k sociálnímu vyloučení osob s duševním onemocněním a dále toto vyloučení prohlubující.

### **Chudoba**

Jedním z největších problémů, se kterým se osoby s duševním onemocněním musí potýkat, je chudoba. Výskyt duševního onemocnění je spojen s finančními náklady na léčbu a podporu a současně může být příčinou ztráty zaměstnání a nedostačujících příjmů. To může odstartovat další propad, vedoucí ke ztrátě bydlení a v některých případech dokonce i k odebrání dítěte z péče. Pokud se má zabránit tomu, aby osoby s duševním onemocněním musely čelit velké chudobě a bezdomovectví, je naprosto nezbytné, aby fungoval **dobře navržený sociální systém a systém komunitní podpory, který umožní potřebná finanční opatření a pokryje základní náklady a potřeby**.

### **Zdravotnické a sociální služby**

Pečovatelské služby se příliš často soustřeďují na psychiatrické léčebny, které se nalézají ve velké vzdálenosti od rodin, přátel a místních komunit. Zdravotnický a sociální sektor mezi sebou nespolupracují tak, jak by bylo potřeba, chybí psychosociální služby a existuje jen velmi málo programů na prevenci duševních poruch. Prostředky vyčleněné na péči o duševní zdraví jsou v poměru k celkovému rozpočtu na veřejné zdraví v partnerských zemích nesmírně omezené (ve většině případů cca 5%). Je zapotřebí získat **více zdrojů a vybudovat komplexní a kvalitní služby postavené na komunitním modelu péče o osoby s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí**. Tento proces deinstitucionalizace musí jít ruku v ruce s **veřejnou osvětou, která bude šířit pozitivní obraz o této skupině a bojovat se stigmatizací, předsudky a vyloučením**.

### **Zaměstnání**

Řada osob s duševním onemocněním není zaměstnaná, ačkoli většina z nich je v produktivním věku a většina by také ráda pracovat začala. Často se lze se zaměstnavateli dohodnout na sníženém pracovním úvazku a podpoře, avšak zaměstnavatelé nezdědí raději zaplatí pokutu za to, že nezaměstnávají duševně nemocné. Proto je potřeba provést **šetření, jak nejlépe zvýšit počet osob s duševním onemocněním, kteří mají práci**. Jedním ze způsobů, jak vytvářet nová pracovní místa je **zakládání sociálních družstev a**

**sociálních podniků.** Další možností je zvýšit počet pracovišť s **upravenou nebo pružnou pracovní dobou** (např. práce na částečný úvazek, zaměstnání s více přestávkami atd.).

### **Vzdělávání**

Vysoká míra nezaměstnanosti osob s duševním onemocněním je často důsledkem nedostatku speciálních programů zaměřených na vzdělávání, výcvik a odbornou přípravu osob s duševním onemocněním umožňujících sociální a profesní integraci. Rehabilitační a odborné školení pro osoby s duševním onemocněním i podpora a flexibilní postupy jsou sice někdy k dispozici, nicméně jsou spíše sporadické a hůře dostupné. Vzdělávací a školicí zařízení musí **osobám s duševním onemocněním své služby lépe zpřístupnit, a to v celé šíři věkového spektra.** Personál musí být krom toho **informován a vyškolen tak, aby dokázal uspokojit individuální potřeby svých studentů.**

### **Bydlení**

Osoby s duševním onemocněním mají často v důsledku stigmatizace a strachu spojeného s jejich onemocněním potíže s nalezením odpovídajícího bydlení a získáváním potřebné podpory na nezávislé bydlení. V některých případech tito lidé končí ve špatných bytových podmínkách proto, že trpí duševním onemocněním, jindy je to přesně naopak: špatné bydlení zhorší jejich duševní zdraví. Stává se také, že duševně nemocní jsou po hospitalizaci v léčebně přesouváni do domovů důchodců, a že jedna forma sociálního vyloučení nahrazuje druhou. Vzniká tedy **naléhavá potřeba chráněného nebo podporovaného bydlení a komunitních rezidenčních alternativ, které by osobám s duševním onemocněním vrátily právo na život v komunitě a na plnou účast na životě společnosti.**

### **Doprava**

V oblasti dopravy existuje několik problémů. V mnoha případech je osobám s duševním onemocněním upírán řidičský průkaz. Výjimky či slevy na jízdenky často platí jen pro invalidy, nikoli pro osoby s duševním onemocněním. Špatné dopravní možnosti, především na venkově, jen zvyšují izolaci osob s duševním onemocněním a ztěžují jim přístup ke službám. Veřejná doprava by **pro osoby s duševním onemocněním měla být přístupnější díky přizpůsobeným cenám a vyškolení pracovníků** v poskytování odpovídající pomoci a podpory. V některých případech osoby s duševním onemocněním při cestování potřebují **průvodce.**

### **Volný čas**

Volnočasové aktivity jsou zpravidla zajišťovány NNO a svépomocnými skupinami, které musí nezřídkou čelit finančním těžkostem spojeným se svým fungováním. Jelikož jsou tyto typy iniciativ často jediným způsobem, jak se mohou osoby s duševním onemocněním zabavit a socializovat, obzvláště po večerech, o víkendech a v době svátků a prázdnin, **je třeba je finančně i personálně podporovat, aby se zajistila kontinuita těchto služeb.**

## **Občanská a lidská práva**

Největšími problémy v této oblasti jsou nucená léčba a nedobrovolná hospitalizace, chybějící informovaný souhlas s terapií a léčbou, používání omezujících nástrojů, zbavování způsobilosti k právním úkonům (např. volební právo), obtíže při získávání dávek a důchodů apod. **Z právního hlediska je potřeba zesílit úsilí o předcházení nuceným zásahům a nelidskému a ponižujícímu zacházení** s lidmi s duševním onemocněním, které se i nadále objevuje v důsledku současné stigmatizace, mýtů a chybných představ.

## **Další oblasti**

Je potřeba **větší osvěty, více informací a větší výměny zkušeností**, aby se lépe zmapovaly charakteristiky, dimenze a spojitosti problémů souvisejících se sociálním vyloučením osob s duševním onemocněním i způsoby podpory většího sociálního začleňování. Média obecně problémy duševního zdraví ukazují v negativním světle, což pramení ze strachu, odporu a lítosti. Je tedy nezbytné analyzovat roli médií ve vztahu k obecnému povědomí o duševních onemocněních a nalézt způsoby, jak vytvářet realistický obraz životů osob s duševním onemocněním a současně zvyšovat povědomí obyvatel o tabu a stigmaty, která se k duševnímu onemocnění váží.

## **Speciální skupiny**

Často chybí odpovídající péče o ženy a svobodné matky s duševním onemocněním, opuštěné duševně nemocné seniory, ale i mladé lidi a migranty s duševním onemocněním. Je tedy zapotřebí zaměřovat se především na potřeby těchto extrémně zranitelných skupin, které často čelí různým aspektům sociálního vyloučení současně.

## **ZÁVĚR**

**Sociální vyloučení osob s duševním onemocněním představuje ve všech deseti partnerských zemích tohoto projektu velký problém. Ve všech zemích, bez ohledu na to, zda se jedná o „staré“ či „nové“ členy EU, lze nalézt ojedinělé příklady dobré praxe. Nicméně ve všech těchto zemích je také rozhodně zapotřebí společného a koordinovaného úsilí a aktivit podporujících sociální začleňování osob s duševním onemocněním, tedy budování společnosti, v níž se všichni lidé těší vysokému standardu duševního zdraví, žijí jako plnohodnotní občané a mají v případě potřeby přístup k příslušným službám a podpoře.**

**Problém sociálního vyčlenění osob s duševním onemocněním je velmi komplexní, neboť zahrnuje řadu aktérů na různých úrovních a mnoho různých oblastí působení. Jakákoli politická snaha a praktické řešení musí tuto komplexnost brát v potaz a náležitě ji reflektovat.**

**Současně je potřeba uvědomovat si, že postupy dobré praxe a rozhodovací postupy umožňující sociální začlenění osob s duševním onemocněním ve výše uvedených oblastech jsou podmíněny účastí, zapojením a hodnocením ze strany samotných uživatelů služeb duševního zdraví a jejich zástupců.**

MENTAL HEALTH EUROPE – SANTE MENTALE EUROPE aisbl  
Boulevard Clovis 7, B-1000 Brussels  
Tel +32 2 280 04 68 - Fax +32 2 280 16 04  
E-Mail: [info@mhe-sme.org](mailto:info@mhe-sme.org)  
[www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org)

**Konečně, je nezbytné navrhovat koncepce, do nichž by byly odpovídajícím způsobem zapojeny organizace, které jsou cílové skupině nejbližší, což těmto postupům dodá potřebnou flexibilitu a potenciál pro další „organický“ vývoj.**

Máte-li zájem o jakékoli další informace, obraťte se prosím na projektovou koordinátorku Sogol Noorani: [sogol.noorani@mhesme.org](mailto:sogol.noorani@mhesme.org), tel: +32 2 280 04 68, fax: +32 2 280 16 04.