

## JAK UČINIT ÚZDRAVU SKUTEČNOSTÍ

Upraveno podle materiálu *Recovery- Concepts* od Laurieho Davidsona ze skupiny úzdravy v Devonu. S vděčností bereme na vědomí jeho svolení využít tento materiál.

### ÚVOD

*„Před dvěma nebo třemi lety jsem si uvědomil, že je možné se opravdu uzdravit. Myslel jsem si, že když už jednou nemoc máš, už to tak je -ale uzdravit se je možné. Bylo to pro mě docela úžasné zjištění.“*

„Uzdravení“ je myšlenka, pro níž nyní nastal čas. V jejím jádru je mnoho hodnot, týkajících se práv člověka vytvořit si pro sebe smysluplný svět, s nebo bez stálé přítomnosti symptomů duševního zdraví. Uzdravení je založeno na myšlenkách sebe-určení a zvládnání sebe sama. Zdůrazňuje význam „naděje“ v trvající motivaci a podporuje očekávání na individuálně naplněný život.

Myšlenka úzdravy představuje nový smysl pro služby duševního zdraví. Stalo se klíčovým principem pro služby duševního zdraví na Novém Zélandu (Komise pro duševní zdraví 2008), Spojených Státech (Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb, 2003) a Austrálii (Australská vláda, 2003). Ze zemí blíže k nám byl převzat v Irsku (Komise pro duševní zdraví, 2005) a Skotsku (Skotská vláda, 2006).

Myšlenky, na kterých je proces úzdravy založen, jsou podporovány rovněž v Anglii různými segmenty koncepce zdravotnictví, které mají za cíl podporovat zvládnání dlouhodobých problémů a „možnost výběru.“ Tyto zahrnují *Pacient Expert (2001)*, *Naše zdraví, naše péče, naše slova* (Ministerstvo zdravotnictví, 2006a) a *Pověřovací rámec pro zdraví a pohodu* (Ministerstvo zdravotnictví, 2007a)

Několik vedoucích nadací zabývajících se duševním zdravím v Anglii v současné době začíná zavádět myšlenky úzdravy do principů své činnosti (například Devon Partnership NHS Trust, 2007, South London Maudsley NHS Foundation Trust, 2007; South West London a Nadace St. George's Mental Health NHS Trust, 2007).

V rámci profesionální podpory bylo v nedávném přehledu týkajícím se péče o duševní zdraví hlavního úředníka pro ošetřovatelství a sestry doporučeno, aby byly klíčové principy a hodnoty přístupu úzdravy informovat všechny oblasti praxe péče o duševní zdraví (Ministerstvo zdravotnictví, 2006b).

Podobná podpora byla poskytnuta Fakultou pracovních terapeutů (2006) a Oddělením klinické psychologie Britské psychologické společnosti (2000). Královská akademie psychiatrů, Institut sociální péče a Partnerství pro zlepšení služeb péče také nedávno podpořily koncept úzdravy v důležitém dokumentu *Společný cíl (RCP/CIE/CSIP, 2007)*, kterou byla zahájena výroční konference na Královské akademii psychiatrů v Edinburghu 2007.

Věříme, že ačkoli bude koncepce úzdravy vyžadovat další vývoj, že poskytuje rámec, který, pokud bude brán vážně, přinese radikální transformaci služeb duševního zdraví v této zemi v budoucnu. Tento politický dokument představuje některé z klíčových myšlenek a zkoušek jejich implikací pro poskytování služeb duševního zdraví. Není to poslední slovo k tématu úzdravy, spíše si klade za cíl otevřít debatu o tom, jak může být přístup uveden do praxe a co musí služby udělat pro to, aby se to mohlo uskutečnit.

### DEFINICE POJMU ÚZDRAVA

*„Převzal jsem nadvládu nad svojí nemocí a přijímám zodpovědnost za to, co dělám a nedělám. Nedovolím tomu, aby mne to ovládlo. ...Není to celý můj život, ale nyní jen jeho část.“*

Uzdravení je sporný termín. Nicméně široce uznávanou definici je možné najít mezi řádky jednoho z intelektuálních zakladatelů „Hnutí úzdrava“ Billa Anthonyho:

*„Úzdrava je hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojivý, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci.“* (Anthony, 1993)

Myšlenky úzdravy byly hodně formulovány uživateli služeb a pro uživatele tak, že popsali svoje vlastní životní zkušenosti. Proto by odborníci měli být citliví v případě obviňování z toho, že se „je pokoušejí „přejímat.“

Nicméně věříme, že k tomu, aby měla údrava takový dopad, jaký zasluhuje, potřebují profesionálové porozumět tomu, co to znamená a společně s uživateli a dalšími lidmi aktivně podporovat jeho uplatňování napříč službami.

Jaké jsou tedy základní prvky? Na základě studia osobních záznamů údravy, navrhli Andersen, Oades a Caputi (2003) čtyři klíčové komponenty. Ty jsou uvedeny v rámečku 1. Jsou podobné těm, které navrhl Rethnik (2008).

#### **Rámeček 1: Komponenty procesu údravy**

- 1. Nalezení a udržení si naděje** - důvěra v sebe sama, smysl pro osobní angažovanost, optimismus vůči budoucnosti
  - 2. Znovunastolení pozitivní identity**- nalezení nové identity, která zahrnuje nemoc, ale ponechává základní, pozitivní smysl sebe sama
  - 3. Vybudování smysluplného života** - najít v nemoci smysl, najít navzdory nemoci smysl života, zapojit se do života
  - 4. Převzetí odpovědnosti a kontroly** - mít kontrolu nad nemocí a vládu nad životem.
- (Andersen, Pares & Caputi, 2003)

Zásadním principem údravy je, že nezbytně nemusí znamenat klinickou uzdravení. Místo toho zdůrazňuje jedinečnou cestu člověka žijícího s duševními problémy, jak si vytvořit v nemoci život pro sebe samého („sociální údrava.“) Takže, člověk si může uzdravit život, aniž by se nezbytně musel „uzdravit ze své nemoci.“

Stejně jako v případě fyzických nemocí se lidé musejí vyrovnat s traumatem, které v jejich životě mohou zanechat symptomy duševní nemoci a zpracovat tyto zkušenosti do nového smyslu osobní identity. Co se mi to stalo? Co to znamená? Proč se to stalo? Tyto otázky vyvstávají, ať již se symptomy objeví v jakémkoli věku, ale jsou zvláště složité pro mladé lidi, jejichž smysl pro identitu se stále buduje. (Larsen, 2004)

Tyto problémy mohou být vyřešeny jedině v případě, kdy člověk je schopen objevit-nebo znovuobjevit smysl pro osobní kontrolu nad životem a získat důvěru v budoucnost (naději). Bez naděje nemohou začít budovat své životy. Uzdravení je o tomto procesu a *kvalita* této zkušenosti je proto zásadní.

V oblasti služeb duševního zdraví získaly myšlenky „údravy“ nejvíce pozornosti ve vztahu k dospělým, ale mohou být aplikovány na kohokoli, kdo zažívá nějaký významný problém v této oblasti v jakémkoli věku. Mohou být také aplikovány ve speciálních oblastech, jako jsou forenzní služby duševního zdraví, poruchy mozku a problémy s alkoholem nebo drogami.

V oboru péče o tělesné zdraví mohou být tyto myšlenky aplikovány na jakýkoli dlouhodobý zdravotní problém: astma, diabetes, revmatoidní artritida, nemoci srdce, a zvládnání těchto obtíží silně závisí na poskytování informací a zvládnání sebe sama, kromě klasické léčby a zvládnání symptomů.

## **KOŘENY ÚZRAVY**

*„Během let by nikdo, ani psychiatři, ani lidé okolo mě, nikdy neřekli: „Můžeš se uzdravit.“ To nikdy nikdo nezmíní.“*

Mnoho myšlenek, na nichž stojí filozofie údravy, není nových. Hlavní popud vyšel od hnutí uživatelů z 80. let a 90. let. To bylo založené na svépomoci, posilování a advokacii. Představovalo výzvu pro tradiční pojetí profesionální moci a odbornosti, které služby duševního zdraví ovládaly (a stále se lze dohadovat o tom, že to i nyní dělají). Tyto myšlenky měly kořeny ve hnutích občanských práv v USA 60. a 70. let a svépomocných skupinách jako Anonymní alkoholici, kde myšlenka být v procesu „údravy“ zůstává hlavním principem.

Myšlenkám údravy byl v 80. letech dán významný popud na základě poznatků, které vyvstávaly ze studií dlouhodobých výsledků lidí s vážnou duševní nemocí jako schizofrenie. Zabývaly se myšlenkou, že se stav těchto lidí nevyhnutelně zhorší a budou vykazovat širokou škálu různých výsledků. Výzkum došel ke zjištění, mezi čtvrtinou a dvěma třetinami lidí zažívajících psychózu poprvé se plně nebo částečně uzdravilo. To bylo definováno zlepšením symptomů do dostatečné míry tak, že již dále nezasahovaly do denního fungování a člověk si mohl udržet osobní, sociální a pracovní aktivity. (Davidson & McGlashan, 1997).

Většina lidí s vážnými a dlouhodobými poruchami se může tedy realisticky těšit na „klinická úzdrava“ a méně než čtvrtina těchto lidí pravděpodobně zůstane trvale postižena. Dokonce i poté pro ně není „sociální úzdrava“ nemožné, protože mohou stále dosáhnout lepšího porozumění tomu, jak zvládat své symptomy a vytvořit si smysluplný život, navzdory větším omezením.

Mnoho myšlenek „úzdravy“ má ještě delší historii. Jsou zde odezvy konceptu „morální léčby“, jak byla praktikována v raných institucích, inspirovaných příkladem zařízení York Retreat (útočiště u Yorku), (Digby, 1985). Existují také paralely s hnutím „terapeutických komunit“, které poháněly reformy starých institucí po 2. světové válce (Clark, 1974). Oba tyto přístupy zdůrazňují význam lidského přístupu, svépomoci, podpory ze strany dalších pacientů a další strukturované aktivity. V této zemi má úzdrava rovněž spojitost s tradicí rehabilitace, vedenou psychiatry jako Douglas Benett (Benett, 1978, Shepherd, 1984; 1991).

Rehabilitace se nyní nachází v procesu opětovné identifikace, kdy do sebe zapracovává myšlenky procesu úzdravy. (Robert. et. al., 2006). Zachovala si zaměření na sociální, oproti medicínským, výsledkům, ale je zde kladen rostoucí se důraz na zvládnání sebe sama a přístupy založené na tom, co lidé mohou dělat, spíše než na tom co dělat nemohou (Rapp & Goscha, 2006). Důležitost zachování naděje a vysoká očekávání se také staly výraznějšími. (Perkins, 2006). Můžeme tedy konstatovat, že „úzdrava“ poskytuje nový koncepční rámec pro moderní praxi rehabilitace.

## SLUŽBY ORIENTOVANÉ NA ÚZDRAVU

Rehabilitace není jedinou oblastí služeb duševního zdraví, která je v počátku opětovného definování sebe sama. Jak uvádí ředitel vládního orgánu pro duševní zdraví:

*„Se vzrůstající tendencí si tyto služby kladou za cíl směřovat nad rámec tradiční klinické péče a pomáhají pacientům zpět do většinové společnosti, a do procesu úzdravy nově zahrnovat i kvalitu života – zaměstnání, pěkné místo k životu, přátele a společenský život.“* (Appleby, 2007a)

Toto potvrzuje důležitost „sociálního vyloučení“ jako faktoru, který přispívá k výskytu a trvání problémů v oblasti duševního zdraví. (Zpráva o sociálním vyloučení, 2004) a „sociálního kapitálu“ jako možného preventivního faktoru (De Silva et. al., 2005; Falzer, 2007). V rámci koncepce to znamená, že služby o duševní zdraví se potřebují mnohem více zaměřit na celkové zdraví a pohodu člověka a poskytování přímé podpory, která by lidem umožnila fungovat jako plnoprávnému občanu komunity (Ministerstvo zdravotnictví, 2007a).

Cíle „služeb orientovaných na úzdravu“ jsou proto odlišné od cílů tradiční zdravotní péče orientované na „léčbu a vyléčení.“ To druhé zdůrazňuje zmírnění symptomů a prevenci relapsů. V procesu úzdravy je zlepšení symptomů také důležité, a může zde hrát opravdu klíčovou roli, ale kvalita života, jak ji posuzuje jedinec sám, je zásadní. Nejmocnějším důkaz úzdravy proto spočívá ve sdělených popisech jednotlivců (např. Leete, 1987; Deegan, 1996) spíše než ve změnách závažnosti symptomů v čase.

## ROLE ODBORNÍKŮ

Přístup orientovaný na úzdravu také vyžaduje rozdílný vztah mezi uživateli služeb a odborníky. Roberts & Wolfson (2004) tento jev charakterizovali jako posun od profesionálů, kteří jsou často vnímáni, jako vzdálení, v pozici odbornosti a „autority“ k někomu, kdo se chová více jako osobní trenér: *„nabízí jim profesionální dovednosti a znalosti, a při tom se učí od pacienta a váží si ho, neboť on je expertem na základě vlastní zkušenosti.“* Tento přístup je založený na otevřenosti, důvěře a čestnosti a je to právě kvalita této pomoci, která je pro pacienta zásadní.

Cílem odborníka je tedy vybavit člověka zdroji-informacemi, dovednostmi, sítěmi a podporou-aby zvládl svůj stav, jak je to jen možné a pomoci mu v přístupu ke zdrojům, o nichž si myslí, že je bude pro život potřebovat. To je plně v souladu se zaměřením popsaným v dokumentu *Nové metody práce* (Ministerstvo zdravotnictví, 2007b). Rapper & Perkins (2003) shrnuli pěkně tuto změnu termínem, že profesionálové by měli být na stejné úrovni – po ruce, ne v dominantní pozici. („*On tap, not on top*“). Tento idiom poukazuje na původně velmi odlišné rozložení sil mezi profesionály a lidmi, kterým by měli sloužit.

Proces úzdravy je tedy živěn „nadějí“ (Perkins, 2006). To ale nemusí znamenat, že musí každý, kdo je ve službách úzdravy zůstat „optimistický“, dokonce i tvářit v tvář tomu, co se zdá být nepřekonatelným praktickým problémem. Zatímco přístupy úzdravy obecně věří tomu, že naděje a sny jsou mnohdy důležitější než profesionální soudy o tom, co je „realistické“, nepodporují naivní nerealistické představy.

Jistým způsobem je tento postoj prostě pragmatický. Naděje a očekávání jedince *mají* obvykle silnější vliv na jeho chování než to, co si myslí profesionálové. Musí se také vzít v úvahu, že profesionálové nejsou obvykle dobří v přesném předpovídání toho, co je a co není pravděpodobné pro daného člověka ve specifické oblasti jeho života a existuje tu i stále nebezpečí, že profesionálové podcení potenciál lidí. Nízká očekávání se pak mohou příliš snadno stát prococtvími která sebe sama naplní. (Social Exclusion Unit, 2004).

To ale neznamená, že by úzdrava dělala názory odborníků bezcennými. Profesionálové by také neměli předstírat, že něco možné je, když si jasně myslí, že není. Nicméně měli by mít na paměti, že se mohou mýlit a musejí rozeznat, že podporovat lidi v dosahování cílů, které si pro sebe stanovili, má skutečnou cenu, i v případě, kdy si myslí, že jsou tyto cíle „nerealistické.“

Pokud je změna symptomů sekundárním cílem, pomoc poskytnutá profesionály a službami v jiné oblasti než je duševní zdraví je ještě důležitější.

*„Jakékoli služby, léčba nebo intervence nebo podpora, musí být posuzovány v tomto kontextu- nakolik nám dovolují vést takový život, jaký si přejeme?“*  
(Rapper & Perkins, 2003)

Bydlení, zaměstnání, vzdělání a účast na životě „většinové“ komunity a volnočasové aktivity se potom stávají hlavními cíli, nejen věcmi, o kterých odborníci doufají, že se stanou, když je někdo „vyléčený.“ Léčebné postupy, fyzické, psychologické nebo sociální, jsou užitečné, jen pokud pomáhají těmto cílům. To obrací tradiční priority služeb duševního zdraví „vzhůru nohama.“

## CESTA ÚZDRAVY

*„Mějte vizi toho, kde chcete být a pokuste se najít cesty, jak se tam dostat. Nikdy by vás nic nemělo odradit od toho být tím, čím vy sami chcete být.... Nikdy nikomu nedovolte, aby vám do toho mluvil. Není to jejich život, ale váš...“*

Zatímco je „úzdrava“ volbou pro každého, nemůže jí být dosaženo každým do stejné míry (a je to jejich „volba.“) Andersen, Caputi & Oades (2006) navrhuji na základě rozhovorů s uživateli služeb pět „stadií“ úzdravy.

### Rámec 2 :pět stadií úzdravy:

- **Moratorium**-čas odtazeni se charakterizovaný zjitřeným vnímáním beznaděje a ztráty
- **Být si vědom toho**, že vše není ztraceno a že je možné vést naplňující život
- **Příprava**-zvážení sil a slabostí týkajících se úzdravy a začátek práce na rozvoji dovedností potřebných k úzdavě
- **Přestavba**-aktivní práce na pozitivní identitě, stanovení si smysluplných cílů a převzetí kontroly nad životem
- **Růst**-vedení smysluplného života, charakterizované zvládnutím vlastní nemoci, regenerace a pozitivním vnímáním sebe sama.

„Stadia uvedená v rámečku 2 by neměla být vnímána jako lineární posloupnost, kterou musí projít každý. Spíše je lepší je vnímat jako aspekty začlenění do procesu úzdravy. Proč se tedy každý nezapojí do procesu stejnou měrou?“

Davidson & Roe (2007) mají za to, že většina lidí zdánlivě nebude ochotná zapojit se do procesu úzdravy kvůli závažnosti svých symptomů, negativní zkušenosti s péčí o duševní zdraví, nesnesitelných vedlejších účincích léků, nebo prostě jen díky faktu, že je někdy příliš bolestné a drahé uznat, že sami potřebují pomoc, která se jim nabízí. Je velmi důležité, aby služby podpořily takové lidi na počátku jejich cesty za úzdavou.

Na prvním místě musí být personál ochoten naslouchat. „Naslouchání“ je velmi podceňovanou dovedností, a přestože může být obtížné, je často velmi cenné být připraven prostě sedět a poslouchat, když se nám člověk pokouší dát smysl svým zkušenostem a trápení. (Pro odborníky může být také bolestné naslouchat, jak vnímá uživatel služby, které mu nepomohly). Člověku je dán popud, aby vyjádřil symptomy a strategie, jak s nimi zacházet a tím, že se bude soustředit na malé kroky směřující ke změně, zvýšit tak svoji vládu nad stresujícími událostmi (Perkins, 2007).

Při vytváření tohoto procesu může člověk pracovat na formulaci společného „krizového plánu“, který zahrnuje jak koordinátora péče, tak psychiatra. Tito „určují směr“ pokroku pacienta, ale doslova zahrnují celý léčebný tým a ukázalo se, že mají významný vliv na snížení míry nedobrovolných hospitalizací (Henderson et. al., 2004).

Pokud tedy profesionálové mohou začít tím, že trochu pokročí směrem zpět, že se podělí o svou moc a uznají důležitost „expertů na základě zkušenosti“-tedy uživatelů a pečovatелů-pak z toho mohou mít všechny strany prospěch. Pokud člověk dokáže dosáhnout větší kontroly nad symptomy a způsobu, jak je zvládat, zvláště v období krize, mohou začínat získávat větší sebedůvěru a přejímat kontrolu nad aspekty svého života.

## **VÝZNAM PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ**

*„Nejtěžší věc na tom, že jste duševně nemocní, je pocit, že stále jen přijímáte, že lidé vám stále dávají, a že vás stále podporují. Uzdravení je o tom, že hledám způsoby, jak mohu vrátit ostatním lidem, na kterých mi záleží...“*

Jedním z nejdůležitějších ukazatelů pokroku je moment, kdy je člověk schopen vystoupit z „role nemocného“ a stát se něčím víc než jen pasivním příjemcem péče. Pokud se toto děje prostřednictvím práce, péče o rodinu nebo přátele, anebo prostě tím, že zjistí, že sdílením svého životního příběhu může poskytnout naději a inspiraci pro druhé, to je často pro proces úzdravy klíčové.

Práce a zaměstnání zůstávají hlavními prostředky, prostřednictvím kterých se lidé propojují se svými komunitami a vytvářejí si vlastní život. Zjištění že máte „něco co můžete dát“, stejně jako že potřebujete pomoc, je zásadní k vybudování pozitivního sebehodnocení, a to je jádrem úzdravy.

Samozřejmě existuje nebezpečí, že se z práce stane všelék. Je zde také obava, že snahy vlád omezit výdaje na lidi, kteří si kladou nárok dávky na základě změněné pracovní schopnosti, donutí lidi s duševní nemocí vrátit se zpátky na trh práce, a tím jejich nepohodu ještě umocní, spíše než aby ji ulehčily.

Existuje tedy hranice, kterou je potřeba stanovit mezi nebezpečím nutit lidi zpět do práce a mezi jejich vyloučením kombinací předsudků, ignorance a nedostatku efektivní pomoci. Jsme si vědomi toho, že na straně vyloučení existují velká nebezpečí. Existují ale jistě jasné důkazy podporující fakt, že většina lidí s duševní nemocí chce pracovat, pokud jim bude poskytnut správný druh pomoci a podpory (Seebohm & Secker, 2005). Pokud se má úzdava stát realitou, musí se zaměstnání lidí s duševní nemocí stát jednou z jeho klíčových priorit.

## **LIDÉ, KTERÍ PEČUJÍ, PŘÍBUZNÍ A PŘÁTELE**

Problémy v oblasti duševního zdraví mají hluboký dopad nejen na člověka, který je zažívá, ale také na ty, kteří jsou blízko něj. Lidé, kteří se o něj starají, příbuzní a přátelé často poskytují takovému jedinci největší podporu a mohou mít rozhodující úlohu při podpoře úzdravy a také pomoci při sociálním začleňování. Pokud to mají dělat efektivně, musejí rozumět situaci a problémům, které se dají očekávat, a získávat tak nezbytnou podporu na cestě k úzdavě

Nicméně tito lidé se často cítí špatně informovaní a bez podpory. Někteří pečující příbuzní stále cítí, že je profesionálové mlčky – nebo někdy i výslovně - obviňují z problémů jejich příbuzných. To nejsou dobré podmínky pro rozvoj efektivního „partnerství péče“ (Rapper et. al. 2007).

Tito lidé také často čelí výzvě vzít úzdavu do svých rukou. Také musí přehodnotit své životy, tím, že se vyrovnají s tím, co se stalo, a udělají nezbytná přizpůsobení. Příbuzní, lidé, kteří o pacienta pečují, a přátelé musí objevit nové zdroje hodnot smyslu pro sebe sama, jak sami pro sebe, tak ve vztahu ke svému blízkému. Velmi často neformální pečovatelé zjistí, že se jejich vlastní sociální sítě, kontakty a možnosti zmenšují a že i oni sami zažívají stigma a sociální vyloučení.

Proto je důležité, aby služby duševního zdraví pomáhaly v úzdavě pečovatелům a lidem, které mají k nemocnému blízko, tím, že mu pomohou dát smysl tomu, co se stalo, přebudovat vlastní životy a získat přístup k příležitostem, které oni oceňují.

## **PŘEKÁŽKY PRAXE ORIENTOvané NA ÚZDRAVU**

*„Já nejsem hloupý, víte. Mohu trpět depresí, mohu být stažený do sebe, mohu být psychotik, ale nejsem takový pořád...“*

Navzdory popularitě a vnitřní atraktivitě nezůstaly ideje údravy bez kritiků. Existují již znaky uživatelského odporu proti myšlenkám údravy: které někteří vnímají jako zdůvodnění pro omezení rozsahu služeb, snížení dávek a nucení lidí zpět do práce. To jsou obavy pochopitelné, ale podle našeho názoru by se nemělo dopustit, aby zatemňovaly myšlenky údravy i jejich potenciál transformovat služby duševního zdraví k lepšímu.

Některé z nejrozšířenějších kritik přístupu údravy shrnují Davidson et.al. (2006). Jsou uvedeny níže.

1. *„Úzdava je „starý“ pojem. K čemu ten trik? My jsme dělali úzdavu léta“*

V procesu údravy jsou některé známé myšlenky, ale protože se zaměřuje na dlouhodobé (a obtížné) lidské problémy, snad to není ani překvapující. Přestože ve službách duševního zdraví je málo věcí skutečně „nových“, trvali bychom na tom, že úzdava je dostatečně osobitá, aby ospravedlnila svoje začlenění coby nového konceptu s některými důležitými důsledky.

2. *„Péče orientovaná na úzdavu přitěžuje profesionálům v oblasti duševního zdraví. „Máte tím na mysli, že nyní nejenom že se o lidi starám a léčím je, ale teď mám na starost i jejich úzdavu?“*

Uzdravení nemusí vytvářet další zátěž, pokud nahrazuje existující teorie. Pokud by péče orientovaná na úzdavu byla pouze „přidaná“ k té stávající, existovalo by jasné nebezpečí přetížení personálu. Nicméně se zde argumentuje tím, že by modely údravy měly nahradit tradiční modely „diagnóza - léčba - vyléčení.“ ve službách péče o duševní zdraví. Z tohoto pohledu by neměly zátěž přetíženého personálu umocňovat: Ve skutečnosti by mu mohly nějaké činnosti odebrat.

3. *„Uzdravení znamená, že člověk je vyléčený. Co vlastně myslíte tím, že se vaši klienti nacházejí v procesu údravy? Copak nevidíte, jak jsou stále postižení? Copak si to neodporuje?“*

Ne. Uzdravení je o tom člověku a o jeho životě. Co se stane s jeho „nemocí“, je jiná otázka. „Vyléčení“ a „úzdava“ nejsou totéž, přestože aktivní léčba může být zásadním momentem v procesu údravy.

4. *„K úzdavě dojde jenom u velice malého množství lidí s vážnou duševní nemocí. Vy nemluvíte o lidech, které já vidím. Ti jsou příliš postižení. Uzdravení pro ně není možné.“*

To není pravda. Uzdravení je možné pro každého. Nicméně ne každý na něj bude připravený nebo ochotný se do něho zapojit stejným způsobem. Lidé si musejí vybrat svoji vlastní cestu údravy. Je rolí jiných (včetně profesionálů) zajistit, aby člověk nikdy nebyl odrazován od víry, že může uskutečnit vlastní naděje a očekávání.

5. *„Uzdravení v oblasti duševního zdraví je nezodpovědný výstřelek. Je to jen něco, co vyjde brzy z módy a vede lidi k selhání.“*

Ne. Je to pravděpodobně nejdůležitější nový směr služeb duševního zdraví. Uzdravení představuje spojení mnoha myšlenek (posilování, sebe-zvládnání, práva postižených, sociální začlenění a rehabilitace) pod jedním nadpisem, který signalizuje nový směr služeb duševního zdraví. Uzdravení nezмізі přes noc.

6. *„K úzdavě může dojít jenom potom, co byly úspěšné aktivní léčba a vypracování náhledu na nemoc. Moji pacienti ani neuznají, že jsou nemocní. Jak s nimi mohu mluvit o úzdavě, když nemají náhled na to, že jsou nemocní?“*

Ne. Léčba a získání porozumění sobě samému a nemoci jde ruku v ruce s úzdavou. Jak bylo již výše naznačeno, „aktivní léčba“ může skutečně být důležitou součástí údravy. Na tom není nic rozporuplného. „Náhled“ je vysoce sporný koncept. Není to stav „všechno nebo nic“ a nikdo na něj nemá monopol. „Náhled“ je méně důležitý než to, jak sám člověk hodnotí různé aspekty svého života.

7. *„Úzdava může být uvedena do praxe pouze zavedením nových služeb. „Jistě, rádi budeme dělat úzdavu, jen nám dejte zdroje /peníze/ personál.“*

Ne. V oblasti duševního zdraví již máme mnoho koncepcí, které přístup údravy podporují. Skutečně nepotřebujeme žádné nové koncepce nebo služby, jen musíme udělat stávající služby efektivnějšími, aby byly mnohem více než dnes přímo vedeny potřebami uživatelů s jasnou orientací na úzdavu.

8. *„Služby údravy nejsou ani uhraditelné, ani založené na výsledcích vědeckých poznatků. Nejprve byla zajištěna péče, pak následovala praxe založená na výsledcích vědeckých poznatků, a nyní je to úzdava. Ale úzdava není ani nákladově efektivní, ani založena na výsledcích vědeckých poznatků.“*

Můžeme vést debaty o tom, že úzdrava nepředstavuje dobré využití prostředků na zdravotní služby, pokud vše, čeho dosáhne, jsou jen sociální cíle. Avšak tyto sociální cíle mají významné zdravotně prospěšné následky. Důkazy z osobních svědectví hovoří o tom, že jak pocít „mít pod kontrolou“ vlastní život tak nalezení smyslu života mimo nemoc mají významné zdravotní důsledky. Uzdravení také znamená lepší dosažení mnoha sociálních cílů.

Pokud jde o argument, že není založená na výsledcích vědeckých poznatků, různé druhy poznatků mají různá využití. Osobní záznamy mají okamžitou validitu, ale poznatky z kontrolovaných pokusů, například týkající se efektivity modelů komunikace informací o schizofrenii, přístupů jak sám zvládat symptomy, efektivní pomoci rodinám, efektivních přístupů týkajících se umístění v otevřeném zaměstnání, atd., již existují a mohou být využity k podpoře lidí na jejich cestě směřující k úzdравě.

9. „*Přístupy úzdravy znehodnocují roli odborných postupů. Proč jsem tedy strávil 10 let výcvikem, pokud někdo, kdo nemá výcvik žádný, bude dělat všechna rozhodnutí?*“

Ne. Profesionální vklad zůstává důležitý, avšak úzdrava ho klade do jiného kontextu. Profesionálové mají zkušenost v efektivních léčebných intervencích, fungování skupin, záležitostech začleňování a koncepčních rámců, kterými mohou pomáhat při rozvoji služeb a systémů. Není to proto o tom, že by profesionálové měli „Přestat být profesionální“, není to dokonce ani o tom, že by měli uplatňovat nové intervence - je to o tom, *jak* jsou dané intervence poskytovány a v jakém kontextu.

10. „*Uzdravení zvyšuje vystavení poskytovatelů služeb riziku a odpovědnosti. Pokud je úzdrava odpovědností jedinice, pak jak to, že je vina na mně, když se nepovede?*“

Riziko je součástí všech služeb duševního zdraví. Ve službách orientovaných na „orientovaných na úzdравu“ může být riziko zvýšeno, ale někdy je nezbytné brát na sebe rizika, pokud se chceme učit a růst. Musíme rozlišovat mezi rizika, která musejí být minimalizována (sebeпоškození, ubližování druhým) a rizika, která jsou lidé oprávněni zažít. Myšlenky úzdravy posilují možnosti růstu a změny („důstojnost rizika“), ale zodpovědným způsobem.

Většina rizik jsou ve skutečnosti rizika sdílená a každý, kdo je sdílí, by měl mít jasno v tom, jaká rizika svým jednáním podstupuje. Pokud si jednotlivec zvolí, že bude ignorovat jasně dokumentovanou profesionální radu, pak na sebe bere jasné riziko. Pokud profesionál spáchá čin, který je nepochybně v rozporu s jeho „povinností péče“, pak je za něj zodpovědný. V obou případech nebylo riziko vhodným způsobem zvládnuto. Jistě není prospěšné, když si profesionálové myslí, že jedině oni nesou odpovědnost za to, jak lidé žijí svůj život.

## **JAK VYPADÁ PRAXE ORIENTO VANÁ NA ÚZDRAVU?**

Jednou z největších překážek uskutečnění praxe orientované na úzdравu byl nedostatek srozumitelnosti a shody týkající se toho, co vlastně znamená v praxi. Jak můžeme rozeznat službu „orientovanou na úzdравu“? Jak poznáme, kdy jsme učinili pokrok v jeho dosažení? Pokud se nám podaří uspět ve vytváření služeb, jaký pak budou mít z toho uživatelé služeb prospěch?

Pokusy definovat a měřit úzdравu se zdají být téměř nevyhnutelně odsouzeny k selhání. Tento proces je natolik jedinečnou a osobní záležitostí, že pokusy o vytvoření „ukazatelů“ procesu i výsledku se zdají v nejlepším případě troulalé a v nejhorším lehce urážlivé. Nicméně bylo v této oblasti provedeno několik pokusů vyvinout měření praxe orientované na úzdравu. (Campbell-Orde et. al., 2005); Tondora & Davidson, 2006) a práce na vyvinutí dalších ukazatelů pokračují (Andersen, Caputi & Oades, 2006).

Samozřejmě, že personál služeb pro duševní zdraví a služby pro duševní zdraví sami o sobě nemůže *praktikovat* úzdравu, to může být pouze zažíváno uživateli služeb a jejich rodinami. Ale oni mohou vytvářet podmínky, ve kterých se jedinec cítí oprávněn a může tak narůstat pocit jeho osobní síly. Jistě se mohou snažit vyhnout vytváření takových podmínek, ve kterých toto není možné.

Stáli bychom za tím, že navzdory nebezpečím „redukcionistického“ přístupu v této oblasti, jsou pokusy popsat co nejzřetelněji koncepce, které stojí za úzdравou a to, co znamenají v praxi, důležité. Nedávná zkušenost v této zemi ukázala, že bez jistého stupně „operacionalizace“ je obtížné dosáhnout smysluplné reformy služeb. Takže nezpochybnitelný úspěch reforem služeb duševního zdraví, který se uskutečnil ve posledních deseti letech, (Appleby, 2007b) je z velké části způsoben působením jasných modelů poskytování služeb, podepřených detailní „Směrnici pro implementace koncepce“ (PIG). Takže je vůbec potřeba „směrnice úzdravy“? Jak by asi mohla vypadat?

Pravděpodobně nejznámějším pokusem změřit praxi orientovanou na úzdravu v této zemi je DREEM („Vypracování měřítek pro zlepšení prostředí příznivé úzdravy“). To bylo původně vytvořeno Priscillou Ridgeway a jejími kolegy ve Spojených státech (Ridgeway & Press, 2004) a vydáno pro potřeby Velké Británie Piers Allotem a Peterem Higginsonem.

DREEM byl využit pro výzkumy názorů uživatelů na personál a služby, které se týkaly úzdravy a míry, kterou je v konkrétních službách podporováno (Dinniss et. al., 2007). Také začíná být využíván jako nástroj zlepšení služeb k podpoře praxe orientované na úzdravu ve službách (Gillespie, 2007).

DREEM se zdá být užitečným nástrojem. Poskytuje definici úzdravy a praxe, která se na něj zaměřuje, z mnoha pohledů a pokouší se identifikovat výsledky z hlediska uživatelů služeb. Posouzení stanovisek uživatelů služeb a personálu současně znamená, že mohou být porovnány a výsledná diskuse využita k informaci při pokračujících pokusech o zlepšení kvality služeb.

Nicméně stále zanechává otevřenou zásadní otázku, jaké chování by měl personál vykazovat, aby vytvářel služby orientované na úzdravu. Jaké druhy tréninkových programů jsou pro toto chování vyžadovány a jaké druhy organizačních faktorů pravděpodobně přispějí-nebí urychlí-převzetí těchto praktik v rámci organizace?

## **ZNALOSTI A DOVEDNOSTI PERSONÁLU**

Jeden z nejzajímavějších pokusů specifikovat klíčové součásti praxe orientované na úzdravu na úrovni praktikujících provedli Borg & Kristiansen (2004). Dospěli k závěru, že klíčovými charakteristikami jsou:

- Otevřenost
- Spolupráce jako se sobě rovnými
- Zaměření na vnitřní zdroje jedince
- Vzájemnost
- Ochota „udělat něco navíc.“

Pokračovali návrhem, že tyto obecné dovednosti musejí být kombinovány s vysokou úrovní vztahových dovedností - empatií, péčí, přijetím, vzájemným ujišťováním, podněcováním k zodpovědnému podstupování rizik, a k pozitivnímu očekávání budoucnosti. Perkins (2006) klade vztahy „navozující naději“ do centra svého návrhu praxe zaměřené na úzdravu.

Podobné pokusy definovat kompetence a dovednosti praktiků zaměřených na úzdravu nalézáme rovněž u O'Hagana (2001, citováno v práci Robertse & Wolfsona, 2004) a Glovera (2002). Na základě těchto myšlenek je možné začít specifikovat druhy každodenních interakcí, které bychom očekávali ve službách zaměřených na úzdravu. Rámeček 3 je vymezuje v rámci „reflektivních praktik.“

**Rámeček 3** ukazuje začátek souboru standardů, které by, jak navrhují Slade & Hazard (2007), mohly být propracovány do „škály přesnosti“ pro stanovení míry toho, nakolik je každodenní praxe profesionálů skutečně „zaměřena na úzdravu“. Mohly by také poskytnout specifikace pro najímání zaměstnanců a základní strukturu pro manažery při poskytování zpětné vazby hodnocení personálu. Je dostatečně krátká, aby se s trochou úprav vešla na tabuli anebo se mohla vytisknout na kartičku, kterou by nosili zaměstnanci služeb u sebe. Není dokonalá, ale je krokem vpřed směrem k poskytnutí jasné definice praxe orientované na úzdravu na úrovni každodenních interakcí mezi jednotlivými zaměstnanci a uživateli služeb.



### **Rámeček 3: „top 10 tipů“ pro praxi založenou na úpravě:**

Po každé interakci by se měl profesionál sám sebe zeptat, zda jsem:

- Naslouchal jsem aktivně, abych člověku pomohl najít smysl jeho duševních problémů?
- Pomohl jsem tomu člověku poznat jeho osobní cíle a udělat z nich priority ve vztahu k úpravě - a ne k profesionálním cílům?
- Dal jsem najevo důvěru ve stávající sílu toho člověka a zdroje ve vztahu v plnění těchto cílů?
- Uvedl jsem příklady z mé vlastní „prožití existence“ nebo zkušenosti jiných uživatelů služeb, které je inspirují a dávají hodnotu jejich nadějím?
- Věnoval jsem přiměřenou pozornost významu cílů, které dostávají člověka z „role nemocného“ a umožnil mu aktivně přispět do života jiných lidí?
- Nalezl jsem zdroje mimo oblast duševního zdraví - přátele, kontakty, organizace, které mají vztah k dosažení jejich cílů?
- Podporoval jsem samostatné zvládnutí duševních problémů (poskytnutím informací, posílením existujících strategií zvládnutí problémů, apod.)?
- Prodiskutoval jsem s klientem, co sám chce v rámci terapeutické intervence, např. psychologické vyšetření, alternativní terapie, společné krizové plánování, s maximálním možným respektováním jeho přání?
- Choval jsem se vždy tak, abych projevoval respekt k člověku a přání rovného partnerství ve společné práci, naznačující ochotu udělat „něco navíc“?
- Přestože jsem akceptoval, že budoucnost je nejistá a problémy se objeví, stále jsem vyjadřoval podporu pro možnost dosažení těchto jím samým určených cílů - udržování naděje a pozitivního očekávání?

(podle Shepherd, 2007)

Problém spočívá v převedení těchto principů (nebo něčeho podobného) do souboru standardů pro činnost týmu. Týmy jsou nyní klíčovými stavebními kameny služeb duševního zdraví-at' už se jedná o komunitní týmy duševního zdraví, krizového rozhodnutí, asertivního vyhledávání nebo rané intervence-měly by mít za cíl poskytovat služby s využitím přístupu orientovaného na úpravu. Mnoho týmů o to usiluje již nyní, ale musejí být pečlivě sledovány a soustavně posilovány vedoucími týmů, za pomoci jasného souboru standardů. Například:

- Existují příležitosti pro uživatele služeb, aby byli zaměstnáni v rolích, včetně personálu přímé péče, uvnitř týmů?
- Podněcuje tým skutečné zapojení uživatelů do rozhodnutí týkajících se léčby a plánů managementu?
- Je vedoucí týmu odhodlán zajistit, aby personál vždy zaujímal postoje profesionálního respektu a rovnosti vůči uživatelům (a jejich rodinám)?
- Jak vedoucí týmu zajistí, že se tak děje?
- Objevuje se monitorování kvality činnosti zaměřené na „úpravu“ členů týmu v jejich popisu práce a v jejich osobním ohodnocení?

Stanovení takovýchto základních standardů pro týmy a zajištění toho, že se tyto věci uskuteční, jsou pro budoucnost klíčovými úkoly.

Otázka tréninku personálu přichází po specifikaci praxe. V materiálu *Schopnosti pro začleňující praxi* (Národní program sociálního začleňování, 2007) bylo v oblasti znalostí a dovedností provedeno hodně užitečné práce. Ten navazuje na Rámec deseti základních společných schopností (NIMHE, 2004), který obsahuje mnoho myšlenek úpravy. Každá schopnost je pak rozvinuta v rámci svého použití pro začleňující organizaci/službu a pro člověka, který ji praktikuje. Existuje také oddělená schopnost „Propagace úpravy“, ale ta je relativně nová.

*Schopnosti pro začleňující praxi* je velice komplexní materiál a je navržen tak, aby poskytl informace při zavádění postupů a pomohl službám zvýšit své kapacity. Nicméně přiznává, že návod pro jednotlivé praktikující profesionály bude muset být zahrnut do každodenní praxe pomocí vhodných profesních rolí a popisů práce a efektivní supervize.

Konečným cílem je zapracovat všechny tyto myšlenky do organizačních pravidel a postupů s cílem vytvořit „kulturu“, která podporuje praxi zaměřenou na úpravu. Pokyny by pomohly řešit tyto otázky:

- Začínají „definicí poslání“ a vedením „odshora“, nebo by mělo být budováno „odspoda“?
- Jaké je místo tréninku personálu?

- Jak-a kým-by měl být trénink prováděn?
- Jaký je význam zaměstnávání lidí s uživatelskou zkušeností jako součást pracovní síly?
- Jaké by měly být cíle ve smyslu počtů lidí s duševními problémy jako součást pracovní síly?
- Jaký je přínos stávajícího personálu, který má „žitou zkušenost“ s duševními problémy?
- Jak se vyrovnáváme s problémem stigmatu v oblasti zaměstnávání a personalistických (HR) procesů?

Kromě procesu provádění praxe orientované na úzdravu se musíme rovněž zaměřit na výsledky, o nichž doufáme, že je tyto procesy přinesou. Z pohledu uživatele služeb je hlavní výsledek zřejmý: uspokojivý a naplňující život. Jak bylo naznačeno výše, ten je zřejmě nejlépe měřitelný nějakou formou svědectví.

Ale pro mnoho uživatelů služeb neznámá tento pojem jen „cítit se dobře“, „cítit se“ sociálně začleněný, atd. Oni chtějí vidět objektivní důkaz zvýšené účasti takového člověka na běžném bydlení, placeném zaměstnání, vzdělání a dalších komunitních aktivitách „většinové společnosti.“ Existují osvědčené metody měření takových výsledků a další přibývají se specifickým zaměřením na úzdravu a sociální začlenění (Huxley et. al., 2006). Podle našeho názoru jsou tato „objektivní“ měření také důležité pro poskytnutí dalších důkazů kromě osobních záznamů.

#### **Rámeček 4: Mohou být organizace „transformovány“?**

Od roku 1999 zastává jedna americká organizace duševního zdraví radikální přístup k podpoře úzdravy. META je malá (350 zaměstnanců), nezisková poskytovatelská organizace ve Phoenixu, Arizoně (Ashcraft & Anthony, 2005).

Na jaře 1999 navštívili zaměstnanci META pod vedením generálního ředitele Gene Johnsona národní workshop, kde mluvili lidé s duševní nemocí – včetně respektovaného psychiatra-o tom, jak je pro člověka srážející cítit se stále zahanbený, bez respektu a bez kompetence právě organizacemi poskytujícími služby, které by mu měly pomáhat. Toto vyvolalo v Genovi a jeho spolupracovnících velice nepříjemnou odezvu, když si uvědomili, že oni jsou právě takovou organizací.

Proto se rozhodli zahájit proces „úzdravy“ své organizace, který má mnoho paralel s ozdravným procesem pro jednotlivce. Jedna z vedoucích účastníků v tomto procesu, Lori Ashcraft, vymezila některé klíčové kroky:

- **Revize cílů organizace (definice poslání)**

Ta byla změněna z definice, kdy je organizace označena za „výbornou“, na definici, která zahrnuje odpovědnost zlepšovat životy druhých

- **Závazek plně začlenit lidi s duševní nemocí do činnosti organizace na všech úrovních a ve všech rolích**

META začala tím, že najala do manažerského týmu člověka se „žitou zkušeností“ duševních problémů. To mělo veliký dopad a brzy META výslovně takové lidi najímala a vzdělávala, aby pracovali společně s dalšími profesionály v organizaci. Nyní tvoří více než 70% zaměstnanců právě lidé s „žitou zkušeností.“ Z nich je 36% úplný úvazek a 64% pracuje na částečný. Tato změna struktury kvalifikace byla pro transformaci kultury organizace klíčová.

### **Příklad ze Severní Ameriky**

- **Posun směrem ke „vzdělávacímu“ spíše než „terapeutickému“ modelu.**

META si rychle uvědomila, že pokud budou lidé se zkušeností duševní nemoci schopni fungovat stejně efektivně jako zaměstnanci, mnoho z nich bude potřebovat specifický výcvik. Tak tedy vyvinuli 70ti hodinový a 5 týdnů trvající školící program pro „odborníky- pacienty v oboru údravy.“

Rok po dokončení tohoto školení bylo 89% členů jedné skupiny zaměstnaných: 29% na plný úvazek, 52% na částečný úvazek, 19% hodinově (Hutchinson et. al., 2006). Kromě výcviku specialistů na podporu spolupacientů poskytuje „Vzdělávací centrum údravy“ také školení pro uživatele v oblasti údravy jako takové pomocí „Akčních plánů pro údravu“ WRAP (Copeland, 2000).

Centrum rovněž poskytuje kurzy v oblasti bydlení, zaměstnávání a komunitního života a školí místní zaměstnance veřejného sektoru a zaměstnance z místních nezávislých agentur v oblasti duševního zdraví. Většina těchto školení je prováděna školenými „odborníky-pacienty“. Tento posun směrem k vzdělávacímu modelu byl motivován ideologickou důvěrou v hodnotu vzdělávacího, spíše než „terapeutického“, modelu.

*„Chtěli jsme, aby naše centrum bylo o posilování a rozvíjení silných stránek lidí, spíše než věnování pozornosti něčemu, co na nich bylo „špatně.“*

(Ashcraft & Anthony, 2005, str. 15)

„Vzdělávací centrum údravy“ se tedy stalo hlavním hnací silou pro posun organizace kupředu. Vyškolilo více než 500 specialistů-pacientů, aby pracovali jak v organizaci META, tak v dalších agenturách duševního zdraví v USA (a nedávno také ve Skotsku a na Novém Zélandu). To přináší světlo naděje a živý příklad toho, že lidé s duševní nemocí mohou přispět vlastními silami ke své údravě a údravě dalších pomocí vlastní zkušenosti v pozicích placeného personálu.

- **Poskytování systematického systému podpory pro „profesionály pacienty“, zaměstnané ve službách**

Organizace META si uvědomila, že aby si specialisté z řad pacientů udrželi svůj přínos službám duševního zdraví, budou potřebovat stálou podporu a supervizi, stejně jako jakákoli jiná profesionální skupina. Toho nyní bylo dosaženo, a to jak uvnitř META tak v dalších organizacích, kde pracují pacienti. Je to bráno jako zásadní, pokud se chceme vyhnout ztrátě jedinečného přispění specialistů pacientů.

- **Flexibilní růst, rozvoj nových aktivit bez ztráty základních hodnot a výkonnosti při plnění úkolů**

Během deseti let, ve kterých META rostla, vyvinula nové služby v oblasti krizové intervence, bydlení a zaměstnávání, ale neporušila přitom závazek zapojovat uživatele a směřovat k jejich údravě. Soustavně přitom plnila své dlouhodobé cíle z hlediska výkonu (snížení míry opětovných hospitalizací, zlepšení stability bydlení, snížení míry využívání fyzických omezení v léčebnách atd.), zatímco soutěžila v tvrdém světě nezávislých poskytovatelů v sektoru péče o duševní zdraví v USA.

### **ORGANIZACE ČINNÉ „V ÚZDRAVĚ“**

*„Rozhodně chci pracovat v něčem, kde cítím, že do toho nějak přispívám. Cítím, že mám hodně nespoutaného potenciálu, a když zůstanu zdravý, můžu se životem něco užitečného udělat. Nechci prožít život, aniž bych něco dokázal. „*

Transformace služeb s cílem převzít přístup údravy může proto vyžadovat docela radikální změnu ve způsobu, jak jsou dosavadní služby organizovány. META (rámeček 4) je příkladem organizace, která prošla takovou transformací, která je skutečně vedena uživateli.

V uvedeném příkladu organizace META měla zásadní význam „žitá zkušenost“, která byla pro organizaci sjednocující silou spíše než zdrojem konfliktu. Pronikla do podoby služeb a vývoje organizace, a protože je akceptováno, že většina pracovníků má žitou zkušenost duševních problémů buď ve svém vlastním životě nebo v životech blízkých lidí, zbortila tradiční předsudky mezi „zaměstnanci“ a „uživateli.“ Obojí jsou respektováni za to, co přinášejí, ale vnitřní síla organizace pramení ze zásadního zaměření na potřeby uživatelů spíše než z priorit profesionálů. Nastala zde hluboká kulturní změna.

Zdá se, že mnoho služeb duševního zdraví v této zemi je od tohoto cíle hodně vzdáleno. Faktory jako právně zaručené zájmy profesionálů, přílišné zaobírání se riziky řízení na úkor učení, finanční tlaky a žádosti nadací vyprodukovaly systémy, které zdá se ztratily kontakt s jasně vyjádřenými potřebami uživatelů a jejich rodin (Komise zdravotní péče, 2007). Zkušenost organizace META ukazuje, že by tyto organizace mohly být transformovány (a za pouhých 10 let!), ale vyžaduje to vizi, hodnoty, vedení a hodně tvrdé práce.

## ZMĚNA SLUŽEB PROSTŘEDNICTVÍM ZMĚNY PRAXE NAJÍMÁNÍ ZAMĚSTNANCŮ

V případě organizace META začala transformace zásadní změnou strategie při najímání personálu. Máme závazek zaměstnávat lidi s duševními problémy ve službách péče o duševní zdraví v této zemi (MZ, 2002) a existuje pro to hodně prováděcích směrnic (např. Seebohm & Grove, 2006). Iniciativa „STR“ („Podpora, čas, úzdrava“, Ministerstvo zdravotnictví, 2003) byla také velmi cenná, my ale máme před sebou ještě dlouhou cestu, abychom napodobili to, čeho dosáhly organizace jako META.

Dobrym příkladem zaměstnávání lidí s duševní nemocí v personálu nadace NHS je South West London a st. George's ([www.swlstg-tr-nhs.uk](http://www.swlstg-tr-nhs.uk)) Nadace zřídila „program podpory uživatelů“ v roce 1995, který byl navržen tak, aby zlepšil přístup k běžnému zaměstnání v rámci služeb péče o duševní zdraví lidem, kdo sami zažili problémy. V letech 1995 a 2007 bylo v rámci této nadace podpořeno 142 lidí na 163 místech a 1. ledna 2007 pokračovalo 86% těchto lidí v práci uvnitř nebo vně organizace nebo bylo zapojeno do profesionálního výcviku (Perkins, Rinaldi & Hardisty, 2008, pokračuje).

Kromě toho v každém roce v letech 1999 až 2006 mělo minimálně 15% z nově najatých zaměstnanců v této nadaci zkušenost s duševními problémy a podrobnější analýzy let 2005/6 ukazují, že počty nově najatých zaměstnanců s duševními problémy byly mezi lidmi najatými na vyšší pozice ještě vyšší.

To je velmi slibný pokrok, avšak South West London a st. George zůstávají spíše výjimkou než pravidlem. Dokud nezačneme radikálněji přemýšlet o tom, jak zformovat personál ve službách péče o duševní zdraví, pak je téměř nevyhnutelné, že kultura organizace zůstane profesionálně zaměřená.

## SHRNUJÍCÍ POZNÁMKY

*Zdá se těžké nesouhlasit s návrhem, že by úzdrava měla být hlavním cílem služeb v oblasti duševního zdraví v budoucnosti. Protože co jiného my a naše služby děláme, než že podporujeme jedince a jejich rodiny v procesu osobní údravy? Je stejně jasné, že rozhodně ne každému vyhovuje převzít „agendu údravy“ a profesionálové, uživatelé služeb i ti, kdo o ně pečují, obdobně vyjádřili námitky, kterými je třeba se zabývat.“ (Roberts & Hollins, 2007, str. 397)*

Uzdravení je důležitá a nová myšlenka, která má zásadní dopad na podobu a činnost služeb péče o duševní zdraví. V jejím uvedení do praxe ale existují jasné překážky. Abychom pomohli je překonat, mohlo by nám být přínosem uvažovat o „Průvodci koncepcí implementace“ zaměřeném na úzdravu, který by poskytl jednoduché postupy pro praxi na individuální, týmové úrovni a úrovni služeb.

Takový „průvodce údravy“ by mohl být využit jako rozvojový nástroj, který hodnotí a kontroluje místní praxi oproti odsouhlaseným standardům a posouvá službu kupředu směrem k zaměření na úzdravu pomocí opakovaného cyklu auditu. Toto je velice podobné paradigmatu „akčního výzkumu“, který se ukázal jako jeden z neefektivnějších způsobů dosažení zásadní organizační změny (Iles & Sutherland, 2001).

Radikálnějším způsobem transformace služeb duševního zdraví může být změna praktik zaměstnávání za účelem zapojení většího počtu osob se „žitou zkušeností“ jako placeného personálu, včetně pozic manažerů a praktiků.

Ať už je to jakkoli, dosažení „praxe zaměřené na úzdravu“ bude znamenat významnou změnu v *kultuře*, stejně jako *organizaci*, služeb. Bude to pro organizaci znamenat přijetí reality, že „duševní nemoc“ je všude kolem nás a že lidé s duševními problémy jsou již zapojeni do poskytování služeb duševního zdraví: Je to jen tak, že jsou podněcováni k tomu, aby tuto identitu udrželi v tajnosti.

Všechny tyto skutečnosti znamenají radikální změny tradičních vztahů moci a možná tradičních praktik najímání zaměstnanců. To se týká budoucnosti. Zatím doufáme, že tento dokument pomůže oživit národní závazek učinit praxi zaměřenou na úzdravu normou ve veškerých službách duševního zdraví Spojeného království.

Tento dokument zachycuje počátek práce Centra Sainsbury k zdokonalení této vize a kroků, které je potřeba splnit. Těšíme se na práci s ostatními, abychom podpořili změny, které pomohou uskutečnit úzdravu pro všechny.

## Literatura

- Andresen, R., Caputi, P., & Oades, L. (2006) Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **40**, 972–980.
- Andresen, R., Oades, L., & Caputi (2003) The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, **37**, 586–594.
- Anthony, W.A. (1993) Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, **16**, 11 –23.
- Appleby, L. (2007a) *Breaking down barriers: the clinical case for change*. Department of Health: London.
- Appleby, L. (2007b) *Mental health ten years on: progress on mental health care reform*. Department of Health: London. ([www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk))
- Ashcraft, L. & Anthony, W.A. (2005) A Story of Transformation: An Agency Fully Embraces Recovery. *Behavioural Healthcare Tomorrow*, **14**, 12–22.
- Australian Government (2003) *Australian Health Ministers National Mental Health Plan 2003 – 2008*. Australian Government: Canberra.
- Bennett, D. (1978) Social forms of psychiatric treatment. In J.K. Wing (ed.) *Schizophrenia: Towards a new Synthesis*. Academic Press: London.
- Borg, M. & Kristiansen, K. (2004) Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of Mental Health*, **13**, 493–505.
- British Psychological Society Division of Clinical Psychology (2000) *Recent advances in understanding mental illness and psychotic experiences*. British Psychological Society: Leicester.
- Brown, W. & Kandirikirira, N. (2007) *Recovering Mental Health in Scotland*, Scottish Recovery Network, Baltic Chambers, Suites 320–321, 50 Wellington Street, Glasgow G2 6HJ.
- Campbell-Orde, T., Chamberlin, J., Carpenter, J. & Leff, H.S. (2005) *Measuring the Promise: A compendium of recovery measures, Volume II: The Evaluation Centre at HSRI*. ([www.tecathsri.org](http://www.tecathsri.org))
- Clark, D. (1974) *Social Therapy in Psychiatry*. Penguin Books: Harmondsworth, London.
- College of Occupational Therapists (2006) *Recovering ordinary lives: The strategy for occupational therapy in mental health services 2007–2017*. College of Occupational Therapists: London.
- Copeland, M.E. (2000) *Guide to Developing a WRAP – Wellness Recovery Action Plan*. ([www.mentalhealthrecovery.com](http://www.mentalhealthrecovery.com))
- Davidson, L. (2008) *Recovery – Concepts and Application*. Devon Recovery Group ([www.scmh.org.uk](http://www.scmh.org.uk))
- Davidson, L. & McGlashan, T.H. (1997) The varied outcomes of schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry*, **42**, 34–43.
- Davidson, L., O’Connell, M., Tondora, J. *et al.* (2006) The ten top concerns about recovery encountered in mental health system transformation. *Psychiatric Services*, **57**, 640–645.
- Davidson, L. & Roe, D. (2007) Recovery from versus recovery in serious mental illness: One strategy for lessening confusion plaguing recovery. *Journal of Mental Health*, **16**, 459–470.
- De Silva, M. J., McKenzie, K., Harpham, T. & Huttly, S.R.A. (2005) Social capital and mental illness: a systematic review. *Journal of Epidemiology Community Health*, **59**, 619–627.

- Deegan, P. (1996) Recovery as a journey of the heart, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **11**, 11–19
- Department of Health (2001) *The Expert Patient*. Department of Health: London.
- Department of Health (2002) *Mental health and employment in the NHS*. Department of Health: London
- Department of Health (2003) *Mental health policy implementation guide: Support, Time and Recovery (STR) workers*. Department of Health: London.
- Department of Health (2006a) *Our Health, Our Care, Our Say*. Department of Health: London. ([www.dh.gov.uk/en/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/index.htm))
- Department of Health (2006b) *From Values to Action: The CNO's Review of Mental Health Nursing*. Department of Health: London. (<http://www.dh.gov.uk/en/index.htm>)
- Department of Health (2007a) *Commissioning framework for health and well-being*. Department of Health: London. ([www.dh.gov.uk/en/index.htm](http://www.dh.gov.uk/en/index.htm))
- Department of Health (2007b) *Mental Health: New ways of working for everyone, Progress report*. Department of Health: London. ([www.dh.gov.uk](http://www.dh.gov.uk))
- Department of Health (2007c) *Capabilities for inclusive practice*. NSIP / CSIP : London. ([www.socialinclusion.org.uk](http://www.socialinclusion.org.uk))
- Department of Health and Human Services (2003) *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America. President's New Freedom Commission on Mental Health*, pub no. SMA-03-3832. Department of Health and Human Services: Rockville, Maryland, USA.
- Devon Partnership NHS Trust (2007) *Our Values*. ([www.devonpartnership.nhs.uk/index.php?id=14](http://www.devonpartnership.nhs.uk/index.php?id=14))
- Digby, A. (1985) *Madness, Morality and Medicine – A study of the York Retreat, 1796–1796–1914*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Dinniss, S., Roberts, G., Hubbard, C., Hounsell, J. & Webb, R. (2007) User-led assessment of a recovery service using DRE M. *Psychiatric Bulletin*, **31**, 124–127.
- Falzer, P.R. (2007) Developing and Using Social Capital in Public Mental Health. *Mental Health Review Journal*, **12**, 34–42.
- Gillespie, S. (2007) *Recovery in Action: Evaluating Strategic Networks for Mental Health Services in the early implementation stage of their pilot recovery projects*. Paper presented at CSIP conference on 'Recovery Outcome Measures', 7th December, 2007. Available from Mental Health Foundation, London Office, 9th Floor, Sea Containers House, 20 Upper Ground, London, SE1 9QB. ([mhf@mhf.org.uk](mailto:mhf@mhf.org.uk))
- Glover, H. (2002) *Developing a recovery platform for mental health service delivery for people with mental illness/distress in England*. NIMHE: London.
- Healthcare Commission (2007) *Community mental health services – The views of mental health service users. Key findings from the 2007 survey*. Healthcare Commission: London. ([www.healthcarecommission.org.uk](http://www.healthcarecommission.org.uk))
- Henderson, C., Flood, C., Leese, M., Thornicroft, G., Sutherby, K. & Szmukler, G. (2004) Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: single blind randomised controlled trial. *BMJ*, **329**, 136–140.
- Hutchinson, D.S., Anthony, W.A., Ashcraft, L., Johnson, E., Dunn, E.C., Lyass, A., & Rogers, S.A. (2006) The personal and vocational impact of training and employing people with psychiatric disabilities as providers. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **29**, 205–213.

Huxley, P., Evans, S., Munroe, M., Webber, M., Burchardt, T., Knapp, M. & McDaid, D. (2006) *Development of a 'Social Inclusion Index' to capture subjective and objective domains (Phase I). Final report to NCCRM*. Unpublished. Available from Social Care Workforce Research Unit, Melbourne House, 5th Floor, King's College London, Strand, London WC2R 2LS.  
([peter.huxley@iop.kcl.ac.uk](mailto:peter.huxley@iop.kcl.ac.uk))

Iles, V. & Sutherland, K. (2001) *Organisational Chase— A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, 99 Gower Street, London WC1E 6AZ.

Larsen, J.A. (2004) Finding meaning in first episode psychosis: experience, agency and the cultural repertoire. *Medical Anthropology Quarterly*, **18**, 447– 471.

Leete, E. (1987) The Treatment of Schizophrenia: A Patient's Perspective. *Hospital and Community Psychiatry*, **38**, 486–491

Mental Health Commission (1998) *Blueprint for mental health services in New Zealand*. Mental Health Commission: Wellington NZ.

Mental Health Commission (2005) *A vision for a recovery model in Irish mental health services*. Mental Health Commission: Dublin

National Institute for Mental Health in England (2004) *The Ten Essential Shared Capabilities: A Framework for the Whole of the Mental Health Workforce*. Department of Health: London.

National Social Inclusion Programme / CSIP (2007) *Capabilities for Inclusive Practice*. National Social Inclusion Programme / CSIP : London.  
([www.socialinclusion.org.uk](http://www.socialinclusion.org.uk))

Perkins, R. (2006) First person: 'you need hope to cope'. In Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (eds.) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London.

Perkins, R. (2007) *Making It! An introduction to ideas about recovery for people with mental health problems*. London: South West London & St. George's Mental Health NHS Trust. ([www.swlstg-tr.nhs.uk](http://www.swlstg-tr.nhs.uk)) Perkins, R., Rinaldi, M. & Hardisty, J. (2008, forthcoming) *Harnessing the expertise of experience: increasing access to employment within mental health services for people who have themselves experienced mental health problems*. In preparation. London: South West London & St George's Mental Health NHS Trust.

Rapp, C. & Goscha, R.J. (2006) *The Strengths Model: Case Management with People with Psychiatric Disabilities*, 2nd Edition. Oxford University Press: New York.

Repper, J., Nolan, M., Grant, G., Curran, M. & Enderby, P. (2007) *Family Carers on the Margin: Experiences of Assessment in Mental Health*. Report to the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation (NCCSDO), London School of Hygiene and Tropical Medicine, 99 Gower Street, London WC1E 6AZ.

Repper, J. & Perkins, R. (2003) *Social Inclusion and Recovery*. Balliere Tindall: London.

Rethink (2008) *A brief introduction to the recovery approach*. ([www.rethink.org/living\\_with\\_mental\\_illness/recovery\\_and\\_self\\_management/recovery](http://www.rethink.org/living_with_mental_illness/recovery_and_self_management/recovery)) [Accessed February 2008]

Ridgeway, P.A. & Press, A. (2004) *Assessing the recovery commitment of your mental health services: A user's guide for the Developing Recovery Enhancing Environments Measure (DREEM) – UK version 1 December, 2004*, Allott, P. & Higginson, P. (eds.) ([www.recoverydevon.co.uk](http://www.recoverydevon.co.uk))

Roberts, G., Davenport, S., Holloway, F. & Tattan, T. (2006) *Enabling Recovery: The principles and practice of rehabilitation psychiatry*. Gaskell: London



- Roberts, G. & Hollins, S. (2007) Recovery: our common purpose? *Advances in Psychiatric Treatment*, **13**, 397–399.
- Roberts, G. & Wolfson, P. (2004) The rediscovery of recovery: open to all. *Advances in Psychiatric Treatment*, **10**, 37–49.
- Royal College of Psychiatrists / Social Care Institute for Excellence / Care Services Improvement Partnership (2007) *A common purpose: Recovery in future mental health services*. Social Care Institute for Excellence: London. ([www.scie.org.uk](http://www.scie.org.uk))
- Sainsbury Centre for Mental Health (2007) *Briefing 33: Mental Health and Employment*. Sainsbury Centre for Mental Health: London. ([www.scmh.org.uk](http://www.scmh.org.uk)).
- Scotland Government (2006) *Rights, Relationships and Recovery: The Report of the National Review of Mental Health Nursing in Scotland*. ([www.scotland.gov.uk/Publications/2006/04/18164814/0](http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/04/18164814/0))
- Seebohm, P. & Grove, B. (2006) *Leading by Example: Making the NHS an exemplar employer of people with mental health problems*. Sainsbury Centre for Mental Health: London.
- Seebohm, P. & Secker, J. (2005) What do service users want? In Grove, B., Secker, J. & Seebohm, P. *New Thinking about Mental Health and Employment*. Radcliffe: Oxford.
- Shepherd, G. (1984) *Institutional Care and Rehabilitation*. Longmans: London.
- Shepherd, G. (1991) Psychiatric Rehabilitation for the 1990s. Foreword to Watts, F.N. & Bennett, D.H. (eds.) *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. Wileys: Chichester.
- Shepherd, G. (2007) *Specification for a comprehensive 'Rehabilitation and Recovery' service in Herefordshire*. Hereford PCT Mental Health Services. ([www.herefordshire.nhs.uk](http://www.herefordshire.nhs.uk))
- Slade, M. & Hayward, P. (2007) Recovery, psychosis and psychiatry: research is better than rhetoric. *Acta Psychiatrica Scandanavica*, **116**, 81–83.
- Social Exclusion Unit (2004) *Mental Health and Social Exclusion*. Office of the Deputy Prime Minister: London
- South London and Maudsley NHS Foundation Trust (2007) *Social Inclusion, Rehabilitation and Recovery Strategy 2007–2010 (SIRR) v2.0*. April 2007.
- South West London and St George's Mental Health NHS Trust (2007) *Promoting Recovery and Facilitating Social Inclusion: A strategy for practice and implementation*, Paper accepted by the Board, 31st May 2007.
- Tondora, G. & Davidson, L. (2006) *Practice Guidelines for Recovery–Oriented Behavioural Health Care*. Connecticut Department of Mental Health and Addiction Services. ([www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/practiceguidelines.pdf](http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/publications/practiceguidelines.pdf))

### **O autorech:**

**Professor Geoff Shepherd** je vrchním koncepčním poradcem centra Sainsbury. Je psychologem a současně profesorem-hostem Výzkumného centra pro zdravotní služby a populaci (Health Services and Population Research Department), Psychiatry Institute.

**Dr. Jed Boardman** je koncepčním poradcem centra Sainsbury. Pracuje jako psychiatrický konzultant a lektor sociální psychiatrie v organizaci South London a Maudsley Trust. Je předsedou skupiny pro studium sociálního začleňování (Social Inclusion Scoping Group), Royal College of Psychiatrists

**Dr Mike Slade** je docentem v oblasti výzkumu zdravotních služeb (Health Services Research), Psychiatry Institute. Je také vedoucím Sekce komunitního duševního zdraví (Section of Community Mental Health) a konzultujícím klinickým psychologem v oblasti rehabilitace.

### **Poděkování**

Tento dokument byl vytvořen za významné pomoci projektu řídicí skupiny centra 'Implementing Recovery-Oriented Practice'. (Implementace praxe zaměřené na úzdravu). Jejími členy jsou:

- Sophie Corlett, metodická ředitelka, Mind
- Laurie Davidson, manažerka rozvoje praxe, Devon Partnership NHS Trust
- Mark Hayward, Akademický tutor univerzity Surfy a klinický psycholog, Sussex Partnership NHS Trust
- Naomi Hankinson, vrchní ředitelka pro terapie, North East London Mental Health NHS Trust
- John Larsen, ředitel vyhodnocování, Rethink
- Alison Moores, ředitelka, Community Care Trust (South Devon)
- David Morris, ředitel, Národní program sociálního začleňování
- Graham Munn, ředitel Centra duševního zdraví úzdravy (Centre for Mental Health recovery), Hertfordshire University
- Paul O'Halloran, ředitel zaměstnanců a rozvoje služeb, NIMHE Eastern
- Rachel Perkins, ředitelka pro oblast zajišťování kvality a zkušenosti uživatelů/pečovatelů, (Quality Assurance and User/Carer Experience), South West London a St. George's Mental Health NHS Trust
- Julie Repper, docentka ošetřovatelství a sociální péče v oblasti duševního zdraví, Nottingham University
- Miles Rinaldi, šéf Úzdravy a sociálního začleňování (Recovery and Social Inclusion), South West London & St. George's Mental Health NHS Trust
- Gabrielle Richards, Profesionální ředitelka pro pracovní terapii, South London a Maudsley NHS Foundation Trust
- Glenn Roberts, vedoucí odborník na Úzdravu, Royal College of Psychiatrist, a konzultant pro rehabilitační psychiatrii, Devon Partnership NHS Trust