

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra obecné antropologie

Bc. Mikuláš Tichý

Totální domov:

Péče a sociální život v psychiatrické instituci

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. Yasar Abu Ghosh, PhD.**

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 16. května 2014

Mikuláš Tichý

Poděkování:

Na tomto místě bych rád poděkoval několika lidem, bez nichž by tato diplomová práce pravděpodobně nikdy nevznikla. V první řadě své nastávající Barboře Vřeťonko za neutuchající podporu a popichování, svému synu Jonášovi za organizaci času, svým rodičům za finanční i morální podporu při studiu a také vedoucímu práce za trpělivost. Mimo to patří velký dík všem informátorům, kteří si na mne udělali čas a odpovídali na mé vlezlé otázky.

Abstrakt

Práce vychází z tříměsíčního zúčastněného pozorování uskutečněného v domově se zvláštním režimem v roce 2010 a interview sbíraných po další tři roky. Vychází z perspektivy medicínské antropologie a antropologie institucí. Zaměřuje se na etnografii instituce s cílovou skupinou lidí s chronickou duševní poruchou, demencí a závislostmi. Mapuje jednotlivé její složky a aktéry, jejich sociální život a vztahy v rámci instituce. Analýza je založena na konceptu totální instituce Ervinga Goffmana, dále s využitím myšlenek Josefa Piepera, Martina Bubera, Emanuela Lévinase, Ericha Fromma a Michela Foucaulta. Domov se zvláštním režimem je institucí, která s klasickými příklady totálních institucí sdílí některé problémy a klientelu, ale nedávné reformy směřovaly k maximálnímu omezení rysů totální instituce. Přesto se nezdá být institucí vitální a objevují se zde nové aspekty sociální situace obyvatel i zaměstnanců. Nové problémy zahrnují absenci terapie pro obyvatele, jejich marginalizaci danou špatnou finanční situací v instituci, kde je mnoho služeb placených a malou návaznost další péče komunitního a ambulantního typu.

Klíčová slova: totální instituce, domov se zvláštním režimem, psychiatrická péče, medicínská antropologie, antropologie institucí, sociální péče, duševní nemoc

Abstract

The thesis is based on three months of participant observation in a long-term care facility in 2010 and interviews conducted during next three years. It draws from a perspectives of medical anthropology and anthropology of institutions. The focus is on an ethnography of institution for clients with chronic mental disease, dementia and substance abuse. The thesis is mapping institution's components and actors, their social life and relationships in the institution. The analyses is based upon the concept of total institution by Erving Goffman, and draws from thoughts of Josef Pieper, Martin Buber, Emanuel Lévinas and Michel Foucault. A long-term facility is an institution, which shares clients and some of problems with classical examples of total institutions, but recent reforms aimed to minimalize features of total institutions. Still it does not seem to be a vital institution and new aspects of social situation of staff and clients are recognized. Among new problems is non-existence of therapy for the inhabitants, their marginalization through poor financial situation in an institution, where lot

of services are paid and little continuity to other forms of care of more community and ambulant character.

The key words: total institution, long-term facility, psychiatric care, medical anthropology, anthropology of institutions, clinical social work, mental disease

Obsah

Úvod.....	8
Medicínská antropologie	8
Téma a rozvržení práce	9
Metoda výzkumu, pozice výzkumníka.....	11
Způsoby narace, výběr terénu	13
Etika	14
Domov se zvláštním režimem	15
Sít' psychiatrických zařízení v ČR - institucionální pohled	15
Struktura Domova se zvláštním režimem Jedlička	19
Denní rutina.....	21
Uživatelé.....	23
Pracovníci přímé a sociální péče	28
Diplomované sestry	31
Aktivizace.....	32
Sociální oddělení	34
Supervize	39
Ředitel a manažerka kvality	44
Odtotalizování instituce.....	51
Předběžné poznámky.....	51
Charakteristika Domova ve vztahu k modelu totální instituce	52
Typologie, autorita, aktivity a přetrvávající formy disciplinace v Domově	54
Integrace klientů	55
Pracovní a rodinné vztahy v Domově	57
Diskulturace a hospitalismus.....	59
Umrtnování Já	61
Identita a její znečištění.....	61
Autonomie, tresty a odměny, strategie adaptace.....	63
Personál Domova	65
Dokumentace.....	69
Slova a pojmy.....	70
Ceremonie v Domově.....	72
Totální a vitální instituce.....	73
Péče jako služba	75
Model servisních služeb	75
Lékařský diskurs a servisní služby.....	77
Psychiatrická nemocnice a servisní služby	78
DZR a model servisních služeb.....	80
Příčiny	82
Organizace a komunita.....	83
Vztah a zpředmětnění.....	85
Mýt nebo bít?	86
Zdravotnická a sociální péče	87
Stát, péče a bio-moc	89
Závěry.....	92
Literatura	95
Knižní zdroje.....	95
Internetové zdroje.....	96
Přehled zkratk a slovníček pojmů.....	98

Přílohy 99

Úvod

Význam duševního zdraví populace lze jen těžko přecenit. Jen v roce 2012 bylo v ČR zaznamenáno téměř 60 000 hospitalizací a další stovky tisíc psychiatrických vyšetření ambulantních.¹ V průběhu posledních dvaceti let výskyt duševních nemocí v ČR kontinuálně stoupá - v roce 1994 bylo zaznamenáno 307 877 prvních vyšetření (celkový počet ambulantních ošetření 1 547 907), v roce 2003 to bylo již 419 175 (celkový počet ambulantních ošetření 2 450 106) a počet nadále stoupá.² Podle odhadovaných údajů z roku 2005 spadá 27% všech onemocnění v EU právě do oblasti duševních poruch, což znamená v celé EU cca 82,7 milionů postižených.³

Právě duševní choroby jsou ale spojeny s mnoha problémy - jsou obtížně léčitelné, často bývají považovány za chronické, jsou spojeny se silnou stigmatizací ve společnosti a na blízké postižených kladou velké nároky. Se stigmatizací je spojeno vyloučení ze společnosti a sama duševní nemoc mnohem zřetelněji závisí na sociálních faktorech, než je tomu u nemocí ostatních. To jsou jen několik z mnoha důvodů, proč je zajímavé na duševní nemoc pohlédnout nejen z psychiatrické a psychologické perspektivy, ale i z pohledu sociálních věd, tedy sociologie a sociokulturní antropologie.

Medicínská antropologie

Výzkum, týkající se medicíny, zdraví a nemoci v kulturním a sociálním kontextu, zkoumá *medical anthropology*. Tento termín je poněkud komplikované přeložit do češtiny. Překlad, který by se nabízel, totiž *lékařská antropologie*, je totiž v ČR již desetiletí tradičně užíván pro biologický směr antropologie, který se na západě většinou nazývá *physical anthropology*, nebo *biological anthropology*. Termín *antropologie medicíny* zase implikuje spíše zájem o tuto vědu samu, její historii, vývoj a diskurs, což je samozřejmě jedna z oblastí, kterou se *medical anthropology* zabývá, avšak nikoli jediný její zájem. Proto se v češtině začíná pomalu ujímat značně nečeské a kostrbaté označení oboru, které ale nejlépe odpovídá kontextu, totiž *medicínská antropologie*.

¹ *Psychiatrická péče v lůžkových psychiatrických zařízeních v roce 2012*, ÚZIS ČR, str. 2, dostupné na <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2012>.

² *Psychiatrická péče 2003*, ÚZIS 2005, str. 10. *Zdravotnická ročenka ČR 1994*, ÚZIS 1995, str. 39.

³ Wittchen, H.-U., Jacobi, F., *Size and Burden of Mental Disorders in Europe - A Critical Review and Appraisal of 27 Studies*, European Psychopharmacology, 2005, str. 1.

Tento směr se v antropologii začal ustavovat na konci 50. let 20. stol. a svou zlatou éru zažil v letech 90., kdy mnoho antropologů začalo obracet svůj zájem k západní kultuře a sledovat procesy, které formují náš pohled na svět. Medicínská antropologie se snaží z různých perspektiv uchopit téma člověka a jeho zdraví, léčebných technik a institucí, koncepcí zdraví a těla, vlivu státu na zdraví a sociálních podmínek moderní biomedicíny. Analyzuje vztahy mezi zdravím, nemocí, sociálními institucemi, kulturou, politickou a ekonomickou mocí, přičemž kombinuje biomedicínskou perspektivu s pohledy, které nastolují sociální a kulturní problémy skrze aktivismus a obhajování zdraví.⁴ Je zde tedy integrálně obsažena další složka - antropologie aplikovaná.

V ČR byla medicína spojena s antropologií již od samých počátků této disciplíny, která se pojímala spíše jako součást lékařského studia. Tento obor lékařské antropologie má ovšem málo společného s medicínskou antropologií, jak je pojmána dnes (která je blíže kulturní/sociální, spíše než fyzické antropologii), s ostatními antropologickými obory (zejména právě kulturní a sociální antropologií) příliš nekomunikuje a vědecké komunity jsou si přes stejný název oboru dost vzdáleny.⁵ Teprve v současné době se někteří výzkumníci začínají zaměřovat na tematiku blízkou medicínské antropologii, i když poskrovnu.⁶ Medicínská antropologie je tedy v ČR stále dost okrajovou záležitostí. Mnohem větší tradici má v ČR příbuzný obor, s medicínskou antropologií úzce provázaný - sociologie medicíny.⁷

Téma a rozvržení práce

Z perspektivy medicínské antropologie také vychází tato diplomová práce. Jejím hlavním tématem bude prozkoumání problematiky psychiatrické péče na případové studii

⁴ Viz M. C. Inhorn, E. A. Wentzell, (eds.), *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*, Duke University Press, Durham and London, 2012, str. 2.

⁵ Viz např. konference *Antropologie na začátku 3. tisíciletí a její perspektivy*

(http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/aktuality-fakult/fzv/03_Program_Antropologicka_doktorandska_konference_29_10_2013.pdf), kde přes prezentovaný

záměr chybí překročení hranic antropologie fyzické. "Hlavním cílem konference je umožnit mladým antropologům prezentovat poznatky, přístupy a trendy v oblasti antropologie. Vycházíme z poznání, že antropologie představuje v současné době komplex disciplín, který se zabývá původem člověka, jeho fyzickým a biosociálním vývojem a sleduje prognózy a trendy vývoje lidstva do budoucna. Složitost a problematika lidského bytí a existence člověka v celé jeho variabilitě vede k postupnému rozdělení antropologie na speciální odvětví, která mají vymezenou oblast svého bádání. Na druhé straně je nutná integrace jednotlivých antropologických disciplín, která vyústí v integraci a transfer poznatků z jednotlivých specializovaných antropologických oborů při studiu člověka a celé společnosti." Přesto z šestnácti příspěvků pouze dva nejsou přímo věnovány problematice fyzické antropologie (Mgr. Věra Bártová, *Celibát a sexuální zdrženlivost v náboženstvích světa* a Mgr. Lukáš Šin, *Charakter pohřebního ritu jako odraz události 19. století na střední Moravě*) a žádný příspěvek nereflktuje nutnost debaty o propojení jednotlivých antropologických podoborů.

⁶ Např. E. Hrešanová, *Kultury dvou porodnic: etnografická studie*, ZČU, Plzeň 2008.

⁷ Nebo dle Giddense (A. Giddens, *Sociologie*, Argo, Praha 1999, str. 138) *sociologie těla*. K sociologickému přístupu viz S. Bártlová, *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Grada, 2005.

instituce domova se zvláštním režimem.⁸ Teoretickým cílem je zjistit, jak lze na tuto instituci aplikovat koncept *totální instituce*, představený E. Goffmanem v jeho práci *Asylums*.⁹ A. Kleinman ve své nadávné práci představuje vizi témat medicínské antropologie pro příštích padesát let. Mj. zmiňuje i nutnost opětovného prozkoumání klasických konceptů, jako jsou habitus, stigmatizace, medikalizace, nebo právě totální instituce. Právě to mě inspirovalo k použití teorie totální instituce na terén, který se snaží všemožně tvářit jako otevřený a pro klienty přátelský. Hlavní otázky pak zahrnují: Opravdu je domov se zvláštním režimem tak vitální institucí, jakou se snaží prezentovat navenek, nebo zde přetrvávají některé prvky totálních institucí? Přinese nám něco aplikace teorie totální instituce ještě dnes, po mnoha reformách podobných institucí, nebo už se zde objevují zcela nové problémy a bude vhodnější teorii opustit? Popř. jaké nové prvky neladící s pojetím totální instituce se zde objevují a jaké teorie a metody by nám mohly pomoci při analýze těchto problémů?

Představíme si zde tedy prostředí domova se zvláštním režimem a prozkoumáme jednotlivé aspekty sociálního života této instituce. V analytické části se pokusíme aplikovat Goffmanovy poznatky o totální instituci na domov se zvláštním režimem. Nakonec se podíváme, které Goffmanovy závěry lze uplatnit, z jakých jiných perspektiv lze na problematiku nahlédnout a jaké nové prvky sociálního života instituce se v psychiatrické péči objevují.

Tyto tři části také ladí s rozvržením tří částí práce. První část, *Domov se zvláštním režimem*, je spíše empirické uvedení do prostředí Domova, tak jak jej výzkumník zažil. Tato část nemá větší teoretické ambice a zamyšlení zde prezentovaná většinou ladí s tím, o čem jsem přemýšlel v terénu a jak jsem terén zažíval. Právě kvůli vystižení atmosféry a "vtažení do děje" zde hrají poměrně velkou roli i zpracované části terénního deníku a přepisy interview.

V druhé části, *Odtotalizování instituce*, se na Domov podíváme optikou Goffmanovy teorie totální instituce a pokusíme se charakterizovat, v čem spočívá její přínos, v čem nikoli, v jakých ohledech je instituce vitální v jakých totální a kde nám toto rozlišení nepostačí.

Ve třetí části *Péče jako služba* se pokusíme na terén podívat z jiných pozic. První z nich je Goffmanův model servisních služeb,¹⁰ na základě kterého analyzuje psychiatrickou nemocnici. Dále se zamyslíme nad dvěma způsoby interpretace péče a přístupu ke klientům,

⁸ V průběhu práce budu používat označení "domov se zvláštním režimem" jako obecný název typu instituce, zatímco Domov (s velkým D) či Jedlička budou označení konkrétní instituce, ve které jsem výzkum prováděl.

⁹ Goffman, E., *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, New York 1961

¹⁰ Goffman, 1961, str. 321-386.

kteří lze označit jako *rodinný* a *profesionální přístup*, v sociologické rovině odpovídající rozdílu mezi organizací a komunitou¹¹ a navrhneme filosofickou optiku vycházející z myšlení M. Bubera a E. Lévinase.¹² Zmíníme Frommovo rozlišení na charakter mít a být¹³ ve spojitosti s chápáním formálních pravidel Domova a krátce se podíváme na roli státu v problematice péče z pohledu Foucaultova konceptu bio-moci.¹⁴ Pokusíme se charakterizovat na jaké úrovni probíhá spor či přepis mezi zdravotnickým a sociálním diskursem, které jsou v terénu patrné.

Pojem diskursu zde nebudu používat v širším smyslu, ve kterém jej užívá pozdní Foucault, ale spíše jako úžeji vymezenou heuristickou pomůcku pro pojmenování systému jazykových i praktických úžů spojených s určitou sférou. Takto budu mluvit o diskursu vězeňském, zdravotnickém či sociálním, vždy jako o určitém souboru jazykových skutečností, praktik a zavedených způsobů myšlení, které jsou v té které oblasti běžné. Tato práce v žádném případě nemá ambice na analýzu některého z těchto diskursů, i když by se tento směr zkoumání nabízel a diskursivní analýza sociálních služeb by mohla být odrazovým tématem pro případnou disertační práci.

Metoda výzkumu, pozice výzkumníka

Pro místo terénu jsem si vybral Domov se zvláštním režimem Jedlička,¹⁵ kde jsem se nechal zaměstnat jako dobrovolník na dva měsíce v červenci a srpnu roku 2010. Moje práce zahrnovala komunikaci s uživateli Domova, praktické výkony typu krmení, přebalování, koupání a pohybu s klienty, doprovod na výjezdech k lékaři, k soudu a na další místa a jiné podobné činnosti, běžně spadající pod působnost pracovníka v sociálních službách, nebo pracovníka sociální péče (tyto dvě pozice jsou vzájemně zaměnitelné).¹⁶ Při této práci jsem prováděl zúčastněné pozorování, hovořil s personálem i klienty a snažil se nasbírat co nejvíce poznatků pro svou práci. Ačkoli jsem při práci měl dost volného času na pozorování a rozhovory, docházel jsem do terénu i další dny, kdy jsem službu neměl, abych mohl lépe pozorovat dění v instituci. Na noc jsem odjížděl a noční službu jsem strávil v Domově jen

¹¹ Pieper, J., *Základní formy sociálních pravidel hry*, ISE, Praha 1994.

¹² M. Buber, *Já a Ty*, Kalich, Praha 2005, E. Lévinas, *Totalita a nekonečno*, Oikoymenh, Praha 1997.

¹³ E. Fromm, *Mít nebo být?*, Aurora, Praha 2001.

¹⁴ Např. Foucault, M., *Power: Essential works of Foucault 1954-1984*, (ed. J. D. Faubion), The New Press 2000.

¹⁵ Název instituce byl anonymizován.

¹⁶ Viz např. *Výklad MPSV k zařazování zaměstnanců, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o klienty v zařízeních sociální péče do povolání a příslušné platové třídy* (<http://www.mpsv.cz/cs/66>), kde je jednou uvedeno, že "Pro zabezpečování přímé obslužné péče o klienty v zařízeních sociální péče (ÚSP a DD) je možno využít povolání s názvem '*pracovník sociální péče*'" a o pár odstavců dále najdeme tvrzení, že "*přímou obslužnou péči zajišťují 'pracovníci sociálních služeb'*" (zvýraznění původní).

jednu. V září, poté co mi služba skončila, jsem se do Domova ještě několikrát vrátil. Také v následujících letech jsem se do Domova pravidelně vracel, ptal se na novinky a prováděl interview. Od výzkumu k jeho finálnímu zpracování uběhly bezmála čtyři roky a tato perioda mi umožnila jednak širší pohled na změny v Domově probíhající, jednak mi poskytla distanci od procesů, které jsem zde pozoroval a zároveň zažíval. Kromě zúčastněného pozorování jsem v letech 2011-13 zpracoval sedm polostrukturovaných interview se zaměstnanci Domova a jedno se zdravotní sestrou z jiného sociálního zařízení,¹⁷ ze kterých v práci uvádím úryvky.

V terénu jsem tedy byl v roli dobrovolníka, který vykonává výzkum pro svou diplomovou práci, což ale neznamenalo, že bych byl zproštěn pracovních povinností. Prakticky jsem dostal rozpis služeb jako kterýkoli jiný PSP i náplň práce této pozici odpovídající. Protože jsou v Domově zvyklí na to, že nejrůznější profese sem chodí na praxi, nepřipadlo nikomu divné, že chci dobrovolničit. Ředitel byl srozuměn s tím, že zde chci dělat antropologický výzkum a ani ostatním jsem se s tím netajil.

Popsaný postup má několik metodologických výhod. Jednak jsem si pozici PSP (pracovník sociální péče) v Domově vyzkoušel "na vlastní kůži". Omezenou dobu dvou měsíců pravděpodobně nelze považovat za Waquantovu metodu *becoming*,¹⁸ ale jistou příchut' karnální sociologie toto angažmá mělo. Podobně jako Waquant jsem totiž postupně nabýval habitu PSP a zkoumal, jak na mě tyto procesy působí. Takto jsem si je také (po večerech, abych nerušil přímé interakce) zaznamenával, z čehož pak vznikla spíše narativní forma vyprávění dle mého terénního deníku, jehož úryvky v práci užívám. Tyto části lze popsat jako text, kde středostavovský humanitně vzdělaný mladík popisuje a reflektuje každodennost domova se zvláštním režimem, jeho klientů a jeho personálu, při procesu stávání se součástí této instituce v pozici PSP. V této fázi výzkumu jsem nečetl literaturu a zařekl jsem se příliš neteoretizovat, abych do terénu nekladl svá předporozumění. Teprve s odstupem jsem si uvědomil, jak terén zapůsobil na mě a jak jsem ve svých poznámkách přejímal pohledy svých kolegů. Ve finální práci se snažím tento efekt korigovat, ale na některých místech, např. kapitole o vedení Domova, mohlo něco z tohoto efektu *becoming* zůstat.

Tento přístup má výhodu v tom, že jsem se stal svědkem situací a výpovědí, na které bych se normálně asi neptal, pocítil jsem na vlastním těle důsledky toho, co to znamená

¹⁷ Protože jsem si nebyl jist, zda některé procesy a praktiky, které jsem v Domově pozoroval, mají širší platnost, nebo jsou omezeny pouze na tento konkrétní terén, chtěl jsem si je ověřit v jiném zařízení.

¹⁸ Wacquant, L., *Body & Soul: Notebooks of an Apprentice Boxer*, Oxford University Press 2006.

takovou práci vykonávat a získal jsem blízkost terénu, jakou by mi jiná participace těžko umožnila.

Způsoby narace, výběr terénu

Antropologie je jedna z mála disciplín v sociálních vědách, která natolik poctivě reflektuje svou metodologii a přístupy, že se jí málem povedlo je zcela vyvrátit a zavrhnout. Toto období proběhlo v 80. letech a většinou se shrnuje jako *trojitá krize*. Její součástí byla kritika antropologické etiky a legitimacy, praxe terénního výzkumu, a zejména způsobů reprezentace antropologického vědění. Vzhledem k tomu, že při terénním výzkumu antropolog získává znalosti i praktickou podporu od konkrétních aktérů, jimž jejich ochotu často není možné nijak oplatit, je vhodné si dávat pozor, aby jim výzkumník svou prací nijak neublížil a naopak se snažil jim pomoci a v ideálním případě umožnil jim dostat i určité uznání jako součást výzkumu. Je také důležité si uvědomit, že antropolog je vždy limitován svým předporozuměním, kulturou a sociální vrstvou, ze které pochází a v neposlední řadě vzděláním.

Mezi poctivé metody tedy patří nepopisovat situaci z nějakého neexistujícího objektivního pole, ale zdůraznit osobnost antropologa, který terén interpretuje a jeho zasazenost v terénu. Proto v práci používám první osoby a reprodukuji své vlastní vyprávění. Dalším mottem pro mne byla snaha o dávání hlasu konkrétním aktérům. Proto se v práci objevuje hodně výňatků z interview, rozhovorů, kde používám zkratku MT (Mikuláš Tichý), k vyznačení pozice výzkumníka. Snaha o co možná barvitě přiblížení terénu i v akademické práci se projevila tím, že jsem rozhovory nijak necenzuroval, tudíž se zde objevují nespisovné výrazy i vulgarismy. Pokud se mi povedl můj záměr, čtenáře by tento přístup měl co nejvíc přiblížit do atmosféry Domova a nechat ho "přičichnout" k reálnému životu zde.

Terén související s psychiatrií jsem si vybral víceméně nahodile, když mě zaujala externí přednáška týkající se vztahu psychiatrie a náboženství. Protože jsem se o problematiku náboženství a rituálu zajímal již dříve, chtěl jsem v Domově studovat stigmatizaci duševně nemocných a její vztah ke konceptu liminality. Po určitém čase stráveném v terénu mi ale došlo, že svůj výzkumný záměr budu muset změnit - pracovníci Domova projevovali stigmatizační vzorce vůči klientům minimálně, spíše skoro vůbec ne a i přes otevřenost instituce se klienti na veřejnosti nepohybovali tak často, aby bylo možné sledovat stigmatizační působení okolí. Jak se přede mnou postupně odhalovaly složité a napjaté

pracovní vztahy v Domově, rozhodl jsem se zaměřit svou práci spíše na PSP, než samotné klienty a na instituci jako celek.

Etika

V průběhu svého výzkumu i jeho zpracování jsem řešil mnoho etických dilemat. První z nich se ukázalo hned zpočátku, když jsem spolu se smlouvou dobrovolníka musel podepsat prohlášení, které mi ukládalo mlčenlivost o všech skutečnostech a informacích v Domově zjištěných. Ačkoli vedení bylo seznámeno s faktem, že zde chci provádět antropologický terénní výzkum, byl jsem postaven před volbu vstup do terénu vzdát, nebo toto prohlášení podepsat.

Druhá eticky citlivá situace se týkala uživatelů. Protože většina z nich neměla způsobilost k právním úkonům, nemohli mi odsouhlasit výkon interview a pro tento souhlas bych musel složitě kontaktovat jejich opatrovníky. S klienty jsem se tedy nakonec rozhodl nahrávané rozhovory neprovádět.

Třetí etické dilema přišlo po několika týdnech, kdy jsem se v ústavu natolik "zabydlel", že mi začali PSP věřit a svěřovat se mi s nejrůznějšími problémy, týkajícími se hlavně vedení. Ačkoli jsem tyto tenze v Domově nemohl pominout a začaly se mi ukazovat jako jeden z hlavních problémů zde, hrozilo, že reprodukcí těchto historek ohrozím své informátory, kteří jsou v regionu s vysokou nezaměstnaností na své práci závislí. Protože mnoho z nich vyjadřovalo podezření na šikanu podřízených a zneužívání vyšší pozice vedením Domova, zdálo se poměrně pravděpodobné, že by moje práce mohla vzbudit nelibost u vedení instituce, která by se mohla proměnit v přímou perzekuci mých informátorů.

Všechny uvedené důvody jsem se nakonec rozhodl vyřešit formou důsledné anonymizace. Krom změny jména instituce a všech aktérů jsem též změnil jména míst, o kterých je řeč, aby nemohlo dojít k identifikaci Domova. Z celé práce a zejména interview jsem se snažil odstranit zmínky, které by mohly napomoci identifikaci jak instituce, tak jednotlivých informátorů. Pro některá interview jsem použil metodu *composite person*, resp. *decomposite person*, což znamená, že jsem některé výpovědi různých lidí vložil do úst jedné osoby, jinde jsem naopak výroky jedné osoby rozdělil mezi více různých jmen. Toto záměrné zmatení má zamezit identifikaci jednotlivých aktérů v případě, že by se k práci dostal někdo z terénu, který by podle různých znamení mohl rozpoznat o koho jde.

Domov se zvláštním režimem

Sít' psychiatrických zařízení v ČR - institucionální pohled

Psychiatrická zařízení lze rozdělit na dvě skupiny¹⁹ - intramurální a extramurální.²⁰ Zatímco intramurální se starají o dlouhodobou lůžkovou péči a spadají do nich instituce jako psychiatrická oddělení nemocnic, psychiatrické nemocnice (v roce 2013 se *psychiatrické léčebny* změnilo v *psychiatrické nemocnice*) a jejich pobočky, extramurální se starají o klienty spíše formou volnější - patří sem např. denní centra nebo chráněné bydlení. Některé instituce (jako např. krizová centra nebo ambulance) se nacházejí někde uprostřed - nejsou primárně určeny k trvalému pobytu klientů, ale v případě potřeby je zde několik lůžek vyčleněných.

Další rozdělení psychiatrických institucí je možné z hlediska provozovatele. Většina nemocnic je státních, zřizovatelem bývá Ministerstvo zdravotnictví, kraj, nebo město. Od toho se liší extramurální péče, která je často v soukromých rukou. Psychiatrické ambulance mohou provozovat soukromníci, zatímco krizová centra, chráněné bydlení, svépomocné skupiny a další služby často zajišťují nejrůznější neziskové organizace.

Psychiatrické ambulance

Základní jednotkou psychiatrické péče jsou psychiatrické ambulance.²¹ Jejich základní charakteristikou by měl být nízkoprahový, bezbariérový přístup pro kohokoli, kdo má podezření, že trpí duševní poruchou. Péče by zde měla být kontinuální, dlouhotrvající, personál by měl mít přehled o vývoji duševní nemoci a stavu pacienta. Péče by také měla být komplexní - po úvodní diagnóze by se měla dále zaměřit na terapii a rehabilitaci. Další samozřejmostí by měl být komplexní přístup k biologickým, psychologickým a sociálním aspektům nemoci. Vzhledem k tomu, že duševní nemoc²² postihuje pacienty na mnoha

¹⁹ Viz Marková, E. a kol., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Grada Publishing, Praha, 2006, kap. 4.

²⁰ Jinými slovy lůžková, resp. ambulantní zařízení.

²¹ Následující výklad (s výjimkou části o domovech se zvláštním režimem) volně dle *Koncepce oboru psychiatrie, 1. revize 2008*, http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf a *Strategie reformy psychiatrické péče*, MZČR, http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

²² Pojem duševní nemoci může být cílem mnohých různě zaměřených kritik. Z těch nejčastějších mohu uvést kritiku antipsychiatrickou, která duševní nemoc konstruuje jako sociální fenomén související se sociální deviací (nejznámější jsou v tomto kontextu názory T. Szasz, pro krátké shrnutí viz např. Bártlová 2005, str. 57, nebo Goffman 1961, str. 364-365). Moderní medicínská antropologie často kritizuje medikalizaci duševní nemoci – totiž fakt, že v rozvinutých západních společnostech je celá řada psychických fenoménů vykládána z perspektivy duševní nemoci a je léčena farmaky, ačkoli tyto fenomény mohou mít jiné kořeny a v jiných kulturách a dobách takto vykládány nebyly (viz Hrešanová, E., *Medicínská antropologie a její aplikace* in: Hirt, T., (ed.), *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*, ZČU, Plzeň, 2012, str. 231-2). Pro účely této práce budu osobu duševně nemocného pojímat jako toho, kdo byl jako takový diagnostikován – pokud psychiatr uzná, že spadá do některé kategorie Mezinárodní klasifikace nemocí, je tedy duševně nemocný. Ačkoli tento přístup nepřispívá

úrovních, je nezbytností, aby krom farmakologické léčby byla také nabízena vhodná terapie a psychologická pomoc a byly řešeny dopady na sociální život pacienta. V těchto oblastech by měl ambulantní psychiatr spolupracovat s dalšími odborníky a institucemi, které na tuto péči navazují. Psychiatr by v tomto smyslu měl být koordinátorem, průvodcem po možnostech nabízené péče a kooperovat zdravotnickou a sociální péči. Ambulantní péče by měla navazovat na komunitní služby, které zajistí pomoc v domácím prostředí a minimalizuje nutnost hospitalizací. Jednak tento přístup omezí stigmatizující vytržení se ze společnosti, jednak je mnohem levnější.

Psychiatrické ambulance mohou být specializované (např. pro děti a dorost, gerontopsychiatrické ambulance, ordinace pro prevenci a léčbu závislostí, substituční centra, sexuologické ambulance, psychoterapeutické ambulance aj.), nebo všeobecné. Mohou být soukromé nebo veřejné, mohou být také navázány na konkrétní instituci (např. psychiatrickou nemocnici). Alespoň některé ambulance by měly mít terénní a návštěvní služby, které umožní vyšetření v případě, že se pacient nemůže fyzicky dostavit. V ambulanci by měly fungovat multiprofesní týmy koordinované psychologem, které mohou zahrnovat klinického psychologa, sociálního pracovníka a psychiatrickou sestru. Dále by ambulance měly být připraveny na pomoc "ve veřejném zájmu" pro osoby, které nejsou motivovány k léčení, kterým je léčba nařízena soudně atd. Ambulance by měla být připravena na krizovou pomoc v případě akutní ataky nemoci.

Lůžková psychiatrická péče

Lůžkovou péči v psychiatrii je možné rozdělit na akutní a následnou. Do akutní péče spadají hlavně psychiatrická oddělení nemocnic. V psychiatrických nemocnicích je prováděna péče akutní, následná i specializovaná. Posledním typem jsou lůžková zařízení specializovaná na určitý typ poruchy.

Komunitní péče

Typem péče, který je v ČR dosud nejméně rozvinutý je péče komunitní. Lze ji rozdělit na péči intermediární (mezi lůžkovou a ambulantní péčí) a mezirezortní (která má sice sociální status, ale prakticky je její náplní péče na pomezí zdravotnické a sociální).

Do intermediární péče spadají krizová centra, která jsou nízkoprahovou institucí zaměřenou na akutní pomoc a do jisté míry se jejich působnost překrývá s ambulancí. Mobilní

k debatě o tom, nakolik je duševní nemoc fenomén substanciální či konstruovaný, jeho výhoda tkví v tom, že se blíží všeobecně sdílenému pohledu na duševní nemoc a dává nám jasné vodítko, kde duševní nemoc najít.

krizové týmy nejsou vázány na centrum a pomáhají přímo v terénu. Denní stacionáře doplňují terapii a jiné služby pro ty, u nichž není třeba lůžková péče, ale jistý dohled je nutný. Také sem spadá činnost psychiatrických sester, které pomáhají v terénu a krom motivace a poradenství zajišťují i jednodušší lékařské úkony.

Mezirezortní komunitní služby zahrnují rehabilitaci pacientů, pomáhající jim vrátit se zpět do běžného života. Dále sem patří přístup případového vedení (*case management*), kdy několik odborníků spolupracuje při vedení konkrétního případu. Jde o službu zaměřenou na konkrétní situaci, kdy z logiky věci je omezen počet klientů na skupinu a je tak zdůrazněn kvalitativní rozměr péče. Další širokou oblastí mezirezortních služeb je poradenství a v neposlední řadě centra, zajišťující nejrůznější aktivity.

Tyto podpůrné služby se týkají několika oblastí života, kde se snaží pomoci klientům zařadit se (zpět) do běžného života a umožnit jim aktivní fungování ve společnosti. Jednou z těchto oblastí je práce. Vzhledem k tomu, že duševně nemocní jsou ze zřejmých důvodů²³ na trhu práce diskriminováni a často nejsou schopni plného pracovního úvazku, jsou pro ně zakládány podpůrné služby různého druhu. Rehabilitační a chráněné dílny jsou nástrojem pro terapii a k vytvoření si pracovních návyků.²⁴ Jsou určeny pro lidi, kteří by se jinak těžko uplatnili na trhu práce a umožňují jim pracovat v prostředí, které neklade tlak na pracovní výkon. Ve formě tréninkových resocializačních kaváren a obchodů také mají destigmatizační působení.²⁵ Sociální firmy a družstva jsou zakládány právě pro zaměstnávání znevýhodněných skupin, i když jsou již zapojeny do tržního prostředí. Přechodné zaměstnávání je formou práce, kde klient dostane úvazek na určitou dobu (obvykle několik měsíců), aby si osvojil pracovní návyky a zvykl si na pracovní prostředí v běžných pracovních podmínkách, ovšem s pomocí sociálního pracovníka či terapeuta. V podporovaném zaměstnávání jde již o dlouhodobý úvazek v běžném pracovním prostředí, kde se liší míra podpory poskytované pracovním konzultantem v závislosti na potřebách klienta. Patří sem také edukativní programy, pomáhající klientům si zaměstnání sehnat, naučit se praktické dovednosti se zaměstnáním a jeho hledáním související a jak si práci udržet.

²³ Diskriminace lidí s psychiatrickou diagnózou na trhu práce je velmi častým jevem. Souvisí se stigmatizací duševních chorob obecně, o níž bude řeč níže.

²⁴ Mají tedy dvojitý smysl - jednak osvojení si pracovních návyků a integraci na trh práce, jednak smysl terapeutický. Formy terapie se samozřejmě různí, ale hlavními prvky zde jsou dodání si sebedůvěry při pohledu na vykonanou práci, v uměleckých dílnách (arteterapie, muzikoterapie, psychodrama) i ve vyjádření vlastních pocitů a uvolnění z toho plynoucího.

²⁵ Takový je sdílený předpoklad většiny NNO tématem se zabývajících (např. Fokus, <http://www.fokus-praha.cz/>). Ačkoli základní princip destigmatizace skrze integraci a setkávání se s příslušníky stigmatizované skupiny vychází z poměrně uznávané *kontaktní hypotézy* (pro literaturu tímto tématem se zabývajících viz <http://www.rexter.cz/kontaktni-hypoteza-v-odborne-literature-pojednavajici-o-interetnickych-vztazich/2007/11/01/>), pro hlubší posouzení tohoto působení by byl třeba zvláštní výzkum.

Další oblastí je bydlení. Vzhledem k tíživé situaci, často doprovázející duševně nemocné, pro ně není jednoduché si bydlení sehnat a není výjimkou, že mnoho lidí, kteří byli propuštěni z lůžkové péče, pokračují svou životní dráhu jako bezdomovci. Také často trpí tzv. hospitalismem - syndromem, kdy člověk při dlouhém pobytu v nemocnici, či jiné instituci začne spoléhat na ošetřovatele a přestane se sám starat o základní hygienické, stravovací a jiné návyky. Proto je snaha vybudovat pro duševně nemocné síť podpůrných prostředků řešících tyto problémy. Prvním z nich je komunitní bydlení, podporující každodenní úkony běžného života, kde si skupina duševně nemocných vzájemně vypomáhá dodržovat běžné návyky spojené s bydlením. Chráněné bydlení je již samostatné bydlení v běžném bytě se zajištěním podpůrných služeb různé intenzity. Domy a byty na půl cesty jsou formou, kde je na přechodnou dobu (obvykle půl roku až dva roky) zajištěno bydlení pro duševně nemocné, kteří si zde osvojují sociální dovednosti. Podporované bydlení se zaměřuje na podporu sociálních návyků přímo v bytě klienta.

Pro oblast aktivit fungují centra denních aktivit a sociální služby, a také poradenská centra. Dalším rozvíjejícím se typem péče jsou svépomocné skupiny lidí s duševní poruchou a jejich rodinných příslušníků.

Domov se zvláštním režimem

Z hlediska shora uvedeného rozdělení je domov se zvláštním režimem určitou hybridní formou mezi lůžkovou a komunitní péčí. Sice jako instituce zajišťující lůžkovou péči spadá do intramurálního typu zařízení, na druhou stranu je to ovšem sociální služba mezirezortního charakteru. Domov se zvláštním režimem je určen těm klientům, u nichž není třeba neustálý dohled (mohou ze zařízení odcházet a přicházet), ale nemají potřebnou míru samostatnosti pro chráněné či komunitní bydlení. V domovech se zvláštním režimem je zajištěna ošetřovatelská péče a psychiatrický dohled, ovšem bez restrikcí spojených s pobytem v psychiatrické nemocnici a spíše na volnější bázi sociálního typu zařízení.

Dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., je určen pro osoby s chronickou duševní nemocí, se závislostí na návykových látkách a s demencí, které mají v důsledku těchto onemocnění sníženou soběstačnost.

Z logiky věci tedy domovy se zvláštním režimem navazují na psychiatrické nemocnice, či psychiatrická oddělení nemocnic běžných, kdy se stabilizovaní pacienti, u kterých není třeba neustálého dozoru a nepřetržité psychiatrické péče, ale nejsou schopni samostatného života, přesouvají do těchto zařízení, která by jim měla přinést "domáctější" život, než nabízí nemocnice. V případě zhoršení stavu může klient přejít zpět do psychiatrické

nemocnice, v případě zlepšení by pro něj měly být připraveny služby komunitní péče, které se postarají o jeho navrácení do běžného života, nakolik je to v daném případě možné. V praxi ovšem často klienti v těchto domovech zůstávají nastálo (resp. do smrti).

Problematizace

V praktickém naplnění výše uvedeném modelu psychiatrické péče je samozřejmě řada problémů. Hlavním problémem je, že donedávna chyběl vládní program péče o duševní zdraví.²⁶ Díky tomu je patrná jistá nesystematičnost při zřizování psychiatrických institucí, nerovnoměrnost pokrytí území ČR ambulancemi, zastaralá struktura lůžkové kapacity a nedostatek zařízení komunitní péče. Systém je podfinancovaný a zastaralý, dostupnost péče je leckde neuspokojivá. Také systém odměňování psychiatrů klade důraz na kvantitu, nikoli na kvalitu péče. Protože jsou stále málo rozvinuty komunitní a terénní služby, lze očekávat vysokou skrytou nemocnost.²⁷ Chybí také specializované ambulance a systém je často špatně provázaný. Velkým nedostatkem je protěžování farmakologické léčby oproti léčbě terapeutické, což je dáno nedostatkem a finanční nedostupností školených terapeutů a možná zčásti i farmaceutickou lobby.

Při výše popsaném rozdělení je důležité si uvědomit, že všechny tyto služby se dělí na dvě dosti odlišné struktury - jeden pól jsou služby zdravotnické, druhý pól služby sociální. Vzhledem k tomu, že mají odlišný charakter, potřebné vzdělání a různé zdroje financování, jsou tyto služby do jisté míry diskontinuitní, což vytváří jak napětí mezi zaměstnanci, tak organizační problémy. Psychiatrické nemocnice, psychiatrická oddělení běžných nemocnic i ambulance spadají do zdravotnické sféry, zatímco všechny varianty komunitní péče a domovy se zvláštním režimem spadají do sféry sociální. Nicméně i tyto sociální instituce zaměstnávají zdravotnické pracovníky (hlavně sestry), což systém dále komplikuje.

Struktura Domova se zvláštním režimem Jedlička

Domov se zvláštním režimem (DZR) Jedlička se nachází v Bílé bříze,²⁸ menším městečce s vysokou nezaměstnaností. Součástí Domova je sedm budov spolu navzájem sousedících, situovaných v prudkém svahu. Jedna budova slouží jako sídlo vedení ústavu, je zde sociální oddělení a kancelář ZPVC (viz níže) a její podkroví bylo v roce 2012 upraveno k pořádání vzdělávacích akcí. V ostatních budovách žijí klienti. Velká stavba (pavilon I) slouží jako

²⁶ *Koncepce oboru psychiatrie, 1. revize 2008*, str. 2.

²⁷ *Tamt.*, str. 3.

²⁸ Stejně jako jména klientů a pracovníků Domova, byla i jména obce a Domova samotného anonymizována.

domov pro celkem 53 klientů.²⁹ Nachází se zde kuchyně a prádelna. Pavilon má velkou společenskou místnost a venkovní atrium s bazénem a v létě se zde konají společenské akce. Pavilon II, zvaný "Rozhledna" je funkcionalistická vila z počátku 20. stol., upravená pro potřeby Domova, ve které žije 32 klientů. Třetí pavilon, zvaný "Baráček", je zděný dům, ve kterém bydlí 13 klientek. Tento pavilon je určen pro samostatnější uživatele. V pavilonu IV, z neznámých důvodů zvaném "Petrohrad" je umístěno 20 klientů. Je zde také kantýna a lékařská ordinace a vzhledem k vybavení budovy výtahem jsou zde umístováni přednostně imobilní uživatelé. Na Pavilonu V ("Roubenka") je 10 klientů, kteří splňují předpoklady pro samostatné bydlení. Pavilon VI ("Činžák") poskytuje domov osmi klientům v podmínkách blížících se chráněnému bydlení.

Uživatelé Jedličky víceméně odpovídají zákonnému vymezení klientely domova se zvláštním režimem. Co se diagnóz týče, najdeme zde alkoholiky, lidi s různě pokročilým stupněm demence, z duševních nemocí jsou asi nejčastější různé formy schizofrenie. Jako určitý "bonus" zde zůstává několik uživatelů "jen" s fyzickým postižením. Ti zde zůstali jako dědictví po dřívějším Ústavu sociální péče, ve kterém se různá postižení příliš nerozlišovala. Vzhledem k jejich věku ale rychle mizí (jen v letech 2010-12 zemřeli dva z nich).

Nejvyšší postavení v celé instituci má **ředitel**, který formálně rozhoduje o hlavních otázkách, řeší administrativní záležitosti, sepisuje zprávy, udává směr celkové koncepci ústavu a v neposlední řadě jej reprezentuje.

Manažer kvality zajišťuje hladký průběh fungování ústavu, kontroluje dodržování standardů péče a v nepřítomnosti ředitele jej zastupuje. Manažer kvality je jedna z pozic, která vznikla v návaznosti na reformy z roku 2007.

Do **sociálního oddělení** spadá účetní a sociální pracovnice. Účetní zajišťuje kontrolu finančního zajištění uživatelů a spravuje finance ústavu i uživatelů. Sociální pracovník má na starosti hlavně jednání se zájemci o přijetí do Domova a právní záležitosti klientů.

Další skupinou pracovníků je **aktivizační oddělení**, které zajišťuje program pro uživatele a jejich psychický i fyzický rozvoj. Aktivizační oddělení bylo v roce 2012 přejmenováno na "oddělení základní výchovné nepedagogické činnosti." Od té doby také není jen jedno centrum těchto aktivit, ale každý pavilon má svého pracovníka, který se stará o zájmy klientů.

²⁹ Počty klientů se samozřejmě mění, údaje jsou pro rok 2014.

Každý pavilon má svého **vedoucího**, který odpovídá za jeho hladký chod a má na starosti administrativní záležitosti spojené s uživateli zde ubytovanými. Protože je třeba šetřit a platy nejsou nijak vysoké, bývá časté, že navíc zastává i funkci diplomované psychiatrické sestry, nebo jinou. Zatímco dříve bylo časté, že tyto funkce zastávaly zdravotní sestry, v posledních letech se vedoucími na všech odděleních stali bývalí PSP.

Zmíněné **zdravotní sestry** mají na starosti dohled nad léky klientů, jejich doplňování, aplikaci injekcí, podávání léků a navrhují psychiatrovi či lékaři snižování a zvyšování dávek léků. Po změně systému jsou sestry jediným stálým zdravotním personálem v instituci.

Nejpočetnější skupina zaměstnanců jsou tzv. **PSP - pracovník sociální péče**. Na jejich bedrech leží přímý kontakt s uživateli, pomáhání jim v každodenních situacích, zjišťování jejich přání a problémů, u těch, kteří se nemohou obsloužit sami také krmení, mytí apod. Jejich denní povinnosti podrobněji popisují v části o denní rutině. PSP zároveň zastávají pozici klíčových pracovníků (v roce 2010 jen část z nich, kteří měli kurz splněn, v roce 2012 už jej měli hotový všichni PSP). To znamená, že každý pracovník má na starosti určitý počet uživatelů (obvykle 3-4), s nimiž komunikuje, snaží se zlepšit jejich stav, navrhopvat změny a zlepšení, monitorovat finanční situaci, zjišťovat přání uživatelů atd. Pozice PSP opět vznikla na základě reformy, PSP jsou většinou rekvalifikovaní sanitáři, nebo ošetřovatelky.

Další skupinou zaměstnanců byli v roce 2010 **sanitáři**. Ti teoreticky zajišťovali manuálně namáhavé práce, na které by PSP (převážně ženského pohlaví) nestačili, prakticky však sloužili jako "děvčata pro všechno" a jejich nejčastější upotřebení zahrnuje odvoz uživatelů k lékaři a do nemocnice, manipulaci s imobilními klienty, likvidaci zdravotnického materiálu, krmení, přebalování, apod. Tato "zdravotnická" pozice nicméně byla zrušena a sanitáři si většinou dodělali kurz PSP, nebo odešli.

Krom toho jsou v ústavu zaměstnány **uklízečky, kuchařky a údržbáři**, kteří mají na starosti rozsáhlé zahrady a nejrůznější opravné a zušlechťovací práce. Jako dojíždějící **externisté** jsou zde holič, lékař a psychiatr.

Denní rutina

Směny zaměstnanců jsou rozděleny na denní (7:00-19:00), dopolední (7:00-15:00), odpolední (15:00-20:00) a noční (19:00-07:00). Zatímco ve dne bývají potřeba alespoň čtyři zaměstnanci (dva PSP, sestra, vedoucí oddělení), v noci zůstává jen jeden.

Co se denní směny týče, den je strukturován hlavně stravou, která je vždy v 8:00, 12:00 a 18:00. Pro PSP toto obnáší vždy podobné povinnosti - dopravit jídlo z jídelny (na

ostatní pavilony se vozí na vozících, autem, na Rozhlednu lanovkou), připravit ho a nandat, svolat uživatele a pomoci imobilním, ty, kteří nejsou schopni se sami najíst, nakrmit. K tomu pomáhá čtyřčlenný tým klientů, kteří pomáhají v kuchyni, nosí jídlo a myjí nádoby.

Po vyřízení snídaní a odvezení uživatelů zpět na pokoje bývá chvíle na snídani či dopolední kávu zaměstnanců - ti se shromáždí v sesterně, jedí, pijí kávu, probírají novinky a úkoly. Poté se každý rozejde za svou činností - různí PSP si svou činnost rozvrhují různě, ale je třeba v průběhu dne stihnout uklidit prádlo, vyhovět specifickým potřebám a přáním jednotlivých uživatelů, pomoci komukoli, kdo to zrovna potřebuje, promluvit si s uživateli, kteří mají právě vás za klíčového pracovníka, pomoci jim s plánováním různých akcí a jiných přání, někdy zajít někomu (či s někým) nakoupit a v neposlední řadě doprovázet klienty na zdravotní prohlídky. Krom toho je vše třeba zapisovat do knihy výkonů, což ale mnoho pracovníků dělá až zpětně za celý den.

V roce 2012 byly zavedeny čipové čtečky, které počítají výkony služby. Každý výkon (koupání, mytí, příprava jídla, ukládání do postele apod.) má vždy svůj čárový kód a PSP načtou příslušný čárový kód a výkon se započítá do počítače. Toto opatření by mělo šetřit čas, aby se všechny výkony nemusely ručně zapisovat do knihy, jak tomu bylo dříve. Krom toho dodává tento systém nástroj pro jednoduché srovnání pracovníků a také dobrý přehled o tom, kolik pro jednotlivého uživatele je třeba výkonů, tzn. kolik stojí peněz. Zavádění systému čteček bylo vnímáno jako náročné, a názory se různí, ale po jistém zapracování si většina pracovníků čtečky pochvaluje. Jde spíše o kontrolu práce pro účely vykazování, než o urychlení nutných záznamů.

Okolo jedenácté hodiny se opět začíná připravovat oběd. Po obědě je dvě hodiny polední klid, kdy se imobilní uživatelé dávají na lůžko a nechávají odpočívat a personál obědvá. Po klidu obvykle následují (opět zejména u imobilních klientů, ostatní si hygienu obstarávají sami) koupele, stříhání, holení a podobné výkony. Uživatelé se obvykle koupají jednou až třikrát týdně, holí se spíše jednou týdně. Čas do přípravy večere je vyplněn denní rutinou popsanou výše, po večeri už zbývá jen dodělat, co kdo nestihl, denní směna řekne noční význačné události, co se staly přes den a odchází domů.

Noční směna potom rozdává druhé večere, zamyká budovu a hlídá, pokud by byl nějaký problém a někomu se udělalo nevolno. Někdy, když se PSP bojí (vyskytly se případy, kdy uživatelé byli agresivní), přichází sanitář (jeden na celý domov), aby pomohl. Od té doby, kdy byla pozice sanitáře zrušena, si musejí PSP vystačit sami, mohou jen zavolat na jiný pavilon, aby jim ve výjimečných situacích pomohla tamější služba, když se vyskytne. Jinak je noční směna spíše poněkud nudná záležitost, PSP ji často tráví surfváním na internetu,

poslechem hudby, vzděláváním, čtením, doplňováním zápisů apod. V některých pavilonech, kde mají dobrou zkušenost s uživateli, kteří jsou samostatnější si personál i zdřímneme, což ale na Rozhledně většinou není možné. Kolem třetí až čtvrté hodiny začíná již být rušněji, protože někteří uživatelé nemohou spát, chodí po domě a pokud dělají hluk, je třeba je usměrňovat. Od této doby začínají ranní povinnosti směny a probíhají pozvolné přípravy na snídani, převlékání znečištěných postelí apod.

Uživatelé

Jedlička je "Domov se zvláštním režimem", což značí, že jde o sociální zařízení, jehož služby využívají převážně uživatelé s nějakým druhem psychického onemocnění. Nejčastějším typem je schizofrenie, poruchy osobnosti, demence a různé stupně mentálních retardací. K tomu se často přidružují zdravotní problémy související se stářím, nebo úrazy. Z dřívějších dob také ústav "zdedil" několik osob, které nemají psychickou nemoc, ale trpí nějakou formou fyzického postižení.

Určité procento osob je imobilních, poměrně velké procento inkontinentních. Skoro všichni berou medikaci, která někdy nabírá poměrně velkých rozměrů (až třicet prášků denně, někdy injekce). U mnoha uživatelů je jisté postižení vidět již na první pohled (zkroucené končetiny, výraz tváře), u jiných je jejich nemoc poznat z chování, nebo stavu těla (zkažené zuby, neudržované nehty). U mnoha ovšem nezpozorujete žádnou odlišnost od průměru na první, druhý, ani třetí pohled.

Cílová skupina Domova je problematická z hlediska zacházení. Lidé se závislostmi, s demencí a chronicky duševně nemocní mají totiž poněkud odlišné charakteristiky a vyžadují rozdílné zacházení. Vzhledem k tomu, že je Domov otevřeným zařízením, připadalo mi, že hlavní spory budou okolo lidí, jejichž problém spočívá v závislosti, zejména na alkoholu. Podle stanov Domova mohou totiž kdykoli odejít na vycházku a nikdo jim nemůže zabránit opít se v některé nálevně. Tento můj předpoklad ale personál nepotvrdil. Sociální pracovnice na Jedličce si stěžuje spíše na spojení lidí s duševní poruchou a demencí:

SP: Obecně domovy se zvláštním režimem podle zákona mají cílovou skupinu osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s demencí, Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence, osoby se závislostmi, o závislostech léky, alkohol. U nás je ta cílová skupina taková, jaké je znění v tom zákoně. Ale teď (...) domovy důchodců, domovy pro seniory si registrujou domovy se zvláštním režimem, ale tu cílovou

skupinu mají vymezenou na osoby s demencí. Protože spousta seniorů má demenci. (...) Můj názor je ten, že my bysme měli mít cílovou skupinu chronicky duševně nemocný a lidi s těma závislostma. Protože ta demence, ta má úplně jiný projevy. Protože i ten systém péče, jako... Když už tam má bejt ta demence, tak ať je na jednom pavilonu, kde ta péče může bejt opravdu směřovaná pro ty lidi s demencí. Protože oni potřebujou úplně jiný úkony. Ty potřebujou jídlo, nakrmit, hygiena a takovýhle věci, ale pak ty psychotici, do těch čtyřiceti, do padesáti, tak jsou zase úplně jiný aktivity. (...)

MT: A myslíš, že je dobrej nápad, že je to takhle pohromadě, psychotici a lidi se závislostma? (...) Třeba v tom manuálu bylo, že je potřeba respektovat přání klienta, i v tom smyslu, že když chce kouřit a pít alkohol, tak je to jeho věc, je to nezdravý, ale my mu v tom nemůžem bránit. No a teďka tam máme skupinu, kde jsou zároveň lidi jako třeba alkoholici, kterejm v tom na jednu stranu musíme bránit. (...)

SP: To si myslím, že je v pohodě. Mě přijde blbý, když tam jsou ty lidi s demencí. Ale ty psychotici a ty alkoholici, nebo toxikomani, opravdu, to jsou lidi, který maj v uvozovkách ten mozek vychlastanej, vyfetovanej, takže ty projevy jsou tak nějak... Nějak se jako nenarušujou, že by docházelo k něčemu. Tam spíš jako máme třeba novýho na tý Rozhledně a ten tahá do hospody. A tak to jsou ty individuální plány.

V roce 2010, kdy jsem v Domově prováděl terénní výzkum, bylo na našem pavilonu (Rozhledně) 34 lidí - 3 ženy a 31 mužů. Sice mi nebylo umožněno nahlédnout do evidence, takže nevím přesná data a diagnózy, ale většina uživatelů bylo spíše starších (45-70 let), pouze dva byli mladší třiceti let a jeden mezi třicítkou a čtyřicítkou. Diagnózy zahrnovaly různé formy a progrese schizofrenie, poruchy osobnosti, demenci, alkoholismus a u dvou uživatelů fyzické postižení.

Denní režim uživatelů se s výjimkou akcí a dovolených prakticky nemění. Opět se točí kolem jídla v pravidelnou denní dobu, někteří uživatelé mají své zájmy a kroužky, ale většinou jen posedávají, kouří, povídají si, odpočívají, bloumají po chodbách, nebo sledují televizní pořady. Další aktivity zahrnují čtení, pomoc s prádlem a s kuchyní.

Každý má své místo v pokoji, kde ve skřínce má své vlastní věci, někdo má své vlastní křeslo či pohovku, někdo vlastní televizi. Obecně mají málo peněz, takže jim příliš nezbyvá na to pořizovat si vlastní věci. To je pak někdy problém, protože někteří podnikavější uživatelé se snaží s věcmi různě kšeftovat a obchodovat. Proto je také třeba, aby se PSP starali o oblečení klientů, které musí být zamčeno ve skříni, jinak by si ho kradli. Každý má své

číslo, které je vyšito na prádlo a značí vlastnictví daného uživatele. Někdy se ovšem stane, že se číslo smyje či odpáře, popřípadě některé nové části oděvu nejsou označeny, z čehož plynou spory o prádlo a udivená konstatování "tohle ale není moje", na která PSP často příliš zřetel neberou. Také boty (které většina uživatelů používá jen minimálně - ti, kteří neopouští budovu, si vystačí s pantoflemi) jsou uloženy v jedné místnosti a nejsou označeny příslušným číslem. Tak se stalo, že když jsem se starším pánem (který prakticky nevychází) jel na lékařskou prohlídku, nevěděl, které jsou jeho boty, a nevěděl ani jaké má číslo bot. Z jednoduchého úkonu obutí se se pak rychle stane mnohem složitější úkon, spíše podobný nakupování bot, kdy jsme museli zkoušet jedny boty po druhých, abychom zjistili, které mu padnou. Mám podezření, že ani ty, které jsme nakonec vybrali nebyly jeho, ale již jsme měli 20 minut zpoždění a boty relativně seděly.

Nejdůležitějším zbožím jsou ale bezesporu cigarety. Bylo již popsáno mnoho stránek teoriemi o tom, proč většina obyvatel psychiatrických léčeben jsou tak silní kuřáci, přesto v této otázce nepanuje shoda. Je to nicméně jedna z prvních věcí, které si člověk všimne, když do podobného zařízení přijde - kouří všichni, kouří hodně a jeden z nejlepších způsobů, jak se s někým dát do řeči, je nabídnout mu cigaretu. Personál přiznával, že kdo chce v tomto prostředí přestat kouřit, má to opravdu těžké (pracovníky samotné nevyjímaje). Vyslechnul jsem si mnoho historek o tom, jak někdo přestal kouřit na dovolené, ale když se vrátil do práce, prostě to nevydržel. Někteří PSP, ač sami nekuřáci, u sebe nosí cigarety, aby mohli patřičně motivovat nebo odměnit uživatele, pokud chtějí s něčím pomoci. Protože mají málo peněz, kouří uživatelé nejčastěji nejlevnější cigarety a tabák. Časté je dokuřování odhozených nedopalků, vybírání zbytků tabáku z popelníku a jeho nové balení do papírků. Je známo, že silní kuřáci mívají zažloutlé prsty, ale u některých uživatelů dosáhla tato barva až tmavé hnědi.

Další důležitou komoditou je káva. Většina uživatelů vypije jeden až čtyři hrnky turecké kávy denně, což má někdy (zvláště v parném létě) za následek bolení hlavy, díky nedostatečnému přísunu tekutin. Práce PSP potom mj. spočívá v tom všimnout si kdo kolik kouří, kolik pije a jak jí, aby případný nedostatek živin a tekutin bylo možné napravit.

Většina klientů Jedličky má omezenou způsobilost k právním úkonům, což znamená, že mohou činit právní rozhodnutí jen v míře omezené většinou určitou finanční částkou (která bývá různá, řádově většinou několik tisíc korun).³⁰ Takoví uživatelé mají soudně stanoveného

³⁰ Právní úkony nesouvisející s financemi musejí konzultovat se svým opatrovníkem. Většina běžných právních úkonů se ale týká prodeje a nákupu, proto podivná definice toho, že právní úkony jsou omezeny finanční částkou.

opatrovníka, který by měl zastupovat jejich zájmy a činit spolu s nimi důležitá rozhodnutí týkající se majetku a právních úkonů vůbec. Zatímco do roku 2006 byl většinou opatrovníkem přímo ústav, po změně zákona o sociálních službách je na tuto variantu pohlíženo spíše jako na střet zájmů. Klient by tedy měl mít vnějšího opatrovníka, aby Domov nemohl nakládat s jeho penězi a aby se mohl obrátit na někoho, kdo může zastupovat jeho zájmy i proti ústavu. V praxi to vypadá tak, že u většiny uživatelů jsou opatrovníky jejich příbuzní, kde to z různých důvodů není možné, je to město. Vzhledem k tomu, že většina klientů si při příchodu do Domova přihlašuje k trvalému pobytu do města Bílá bříza, kde Domov sídlí, toto město by mělo být opatrovníkem pro ty klienty, kteří z různých důvodů (střet zájmů, spory o majetek, jejich absence) nemohou být zastupováni příbuznými. Nechme promluvit sociální pracovníci Domova:

SP: (...) pak je tu spousta lidí, který jsou taky zbavený způsobilosti k právním úkonům, ale maj bud' veřejného opatrovníka, takže často jedná s těma veřejnýma opatrovníkama, nebo maj opatrovníka rodinného příslušníka. Právně odpovědný.

MT: Když jsme u toho práva, tak jak se to dělá, když je ústav opatrovník, tak oni musejí přeci uzavřít smlouvu s ústavem?

SP: No, takže v tom případě nastupuje kolizní opatrovník.

MT: Takže nějaké příbuznej?

SP: Ne, ne, ne, kolizním opatrovníkem je většinou město Bílá bříza a u pár lidí máme město Bramboř. (...) A je to kolizní opatrovník stanovený pouze pro uzavírání smluv, k jejich doplňku, dodatku a tak. Ale dřív byla taková praxe, že klienti zbavení způsobilosti... pro ně byl opatrovníkem ústav. Když přišel zákon 108 v roce 2006, tak vlastně... se to definuje jako střet zájmů. Takže pokud k nám nastoupí nějaký nový klient, (...) tak se přihlásí do Bílé břízy k trvalému pobytu. Takže ty opatrovníci předávají to opatrovnictví. (...) A dřív se to samozřejmě automaticky dávalo tomu zařízení. Ale teď už máme spoustu těch klientů, který měli veřejného opatrovníka [v předchozím místě bydliště], takže k tomu trvalému bydlišti dáme město Bílá bříza, právě kvůli tomu, aby nedocházelo k tomu střetu zájmů.

MT: A já si neumím představit, jak to může fungovat na tom městě, tam je nějaký úředník, jmenovanej?

SP: Oni tam maj jednoho člověka, kterej je jmenovanej k výkonu toho... opatrovnictví.

MT: A u šedesáti je to furt ústav?

- SP: No, šedesát, já jsem to teďka nepočítala, poslední dobou, protože dřív to byli všichni. A ještě dřív to ještě bylo tak, že nebyl ustanovenej domov se zvláštním režimem, ale vyloženě ta osoba toho sociálního pracovníka, což taky přináší...*
- MT: ...komplikace...*
- SP: ...problémy. A i já, jako sociální pracovnice jsem tam jako metodik standardů kvality. Vytvářím, kontroluju, vedu, aby to na sebe navazovalo a děly se stále nějaký aktualizace.*
- MT: Já jsem teď studoval nějaký ten manuál pro zavádění standardů kvality a bylo to docela zajímavý. A je nějaká snaha i ty, u kterejch je opatrovníkem ústav postupně dávat... převádět pod opatrovnictví někomu jinýmu?*
- SP: Já jsem zatím podávala dva, protože když jsem mluvila s tím opatrovnickým soudem v Měříně, tak ono se jim to nelíbí, samozřejmě, abysme dali těch padesát, šedesát lidí, (...) tak oni nechtějí. Protože to je pro ně jako záhul. Ale druhá věc je ta, že město Bílá brýza se tomu brání. Protože ona říká, ta slečna Skopcová, která teď tam dělá to opatrovnictví, (...) že dřív tam byli jako opatrovníci lidi tři. (...) Ale tím, že teďka v těch zařízeních se zbavujou toho opatrovnictví a předávaj to tomu městu a těch lidí je čím dál tím víc a oni musejí uvažovat o tom, že přijmout novou pracovní sílu, navýšili jeden úvazek na to opatrovnictví. Protože ona provozuje to opatrovnictví, dělá tam spoustu dalších věcí, takže na tom opatrovnictví leží jenom část její práce, takže je toho hodně. (...) Ale jde ještě o to, že v Brýze je ten domov pro lidi se zdravotním postižením, tak je to vlastně stejná situace jako u nás.*

Ačkoli tedy nový zákon stávající situaci, kdy opatrovníkem klientů Domova je Domov sám, definuje jako střet zájmů, opatrovnický soud od roku 2007, kdy zákon nabyl účinnosti, nedokázal do roku 2012, kdy se odehrál tento rozhovor, převést opatrovnictví z Domova na město, popř. jinam. Soudy také řeší navrácení způsobilosti k právním úkonům, když se stav uživatelů zlepší, což bývá také dlouhotrvající proces. Mluvil jsem s klientkou, která o ně žádala už poněkolkáté a proces pokaždé trval několik let.

S touto problematikou souvisí finanční situace uživatelů. Většina z nich má invalidní důchod, z něhož si platí služby zařízení. Nicméně každý z nich musí ze zákona dostat alespoň 15% ze svých příjmů jako kapesné. U nižších důchodů touto formou vzniká dluh, se kterým instituce musí hospodařit. Invalidní důchod nicméně nebývá příliš vysoký, takže většina uživatelů musí měsíčně vyjít s penězi čítajícími řádově několik set až několik málo tisíc korun. Toto kapesné pak utrácejí nejčastěji za cigarety a kávu, jindy také noviny a časopisy,

oblíbené jídlo a (spíše ženy) občas oblečení. Co se jídla týče, někteří uživatelé jedí opravdu málo a jíst odmítají, jiní naopak schraňují, co se dá a občas se stane, že PSP najde v nočním stolku zásobu plesnivých rohlíků.

S hospodařením s takto malými financemi je spojeno mnoho problémů. Jedním z nich jsou příplatky za fakultativní (nadstandardní) péči. Takto si klient musí platit poplatky za možnost mít na pokoji osobní televizi či rádio (kvůli elektřině, kterou spotřebují), nebo jakýkoli výjezd, který není k lékaři. Krom toho si ze svých příjmů musí hradit léky, což může znamenat velké zatížení. Opět sociální pracovníce:

MT: Já jsem ještě přemejšlel o těch lécích. Jak jsi říkala, že si je musí platit a tak, to není hrazený pojišťovnou?

SP: Neení, není. To jsou normálně ty běžný lidi jako my, doplatky v lékárnách.

MT: Jasně. A když má někdo diagnostikovanou schizofrenii... tak si taky musí doplácet?

SP: Doplatky jsou. Jsou lidi, který peníze mají, takže se to neřeší, ale je potřeba s tím psychiatrem, pokud jsou na tom ty lidi blbě, tak jít za ním, nebo ke [zdravotní sestře], ať mu řekne, že ten člověk má minimum, ať mu dá co nejvyšší úhradu. A stejně to jsou pátky. Psychiatr to píše jednou za tři měsíce, aby se zase ušetřilo třicet korun za poplatek a praktickéj [lékař] aby tam přišel jednou za dva měsíce. Takže se jednou za čas sejde i psychiatr i praktickéj a to je pátko. My těm lidem i vždycky... Jsme propojený s lékárnou, že my celej měsíc hromadíme ty účtenky za léky a v den důchodu se jim to odečte. Aby prostě věděli na čem jsou. A jsou lidi, který jsou toho patnáctýho v mínusu. Kvůli lékům.

Pracovníci přímé a sociální péče

Skupina zaměstnanců v nejbližším kontaktu s klienty se podle vzdělání a povinností dělí na dvě skupiny – tzv. PSP (pracovník sociální péče) a PPOP (pracovník přímé obslužné péče). Zatímco PSP zajišťuje krom běžných povinností i funkci tzv. *klíčového pracovníka* (KP) a zajímá se o potřeby a přání jemu svěřených uživatelů, obslužná péče zahrnuje pouze méně kvalifikovanou pomoc spíše praktického rázu a PPOP takto nepřebírá tolik odpovědnosti za spokojenost uživatelů samotných. V praxi ale veškerý personál, který jsem potkal, měl kurz pracovníka v sociálních službách (což je jiný název pro stejnou pozici, kurz čítal 150 hodin výuky), takže kategorie PPOP byla poměrně zbytečná. Jediné, kde je užitečná, je rozlišení PSP a sanitářů. Protože sanitáři se měli v době výzkumu rušit (sanitář je

zdravotnická pozice, zatímco PPOP sociální), museli si změnit kvalifikaci a napříště fungovat právě jako POP. Do dvou let již byli všichni sanitáři rekvalifikováni na PSP a všichni PSP zároveň vykonávali funkci klíčového pracovníka.

Pro práci PSP stačí základní vzdělání a zmíněný kurz pracovníka v sociálních službách, který zahrnuje 150 hodin. PSP se musejí dále vzdělávat (mají povinných 24 hodin vzdělávání ročně, což většinou zajišťuje zaměstnavatel) a dodělávat si další kurzy, jako např. zmíněný kurz KP. Předpokladem pro výkon PSP je kromě jisté fyzické zdatnosti také empatie a cit pro práci s lidmi. Od zrušení pozic sanitářů, zdravotních dělníků a POP je pozice PSP na samém konci hierarchie zaměstnanců v sociálních službách a tomu odpovídá jeho plat a status. Díky velkému pracovnímu vytížení, nedostatečné odměně a náročnosti práce byl mezi PSP častý pocit nedocení. *"My tady fungujeme na 180% a ještě dostaneme vynadáno, zatímco bysme měli dostat metál"*, slyšel jsem od jedné PSP.

Většina z PSP byly ženy. Z devíti lidí byli pouze dva muži a ani na jiných pavilonech nebyl poměr rovnoměrnější. Věkové složení vypadalo tak, že ač na jiných pavilonech pracovali i starší PSP, na našem se věkový průměr pohyboval okolo 35 let. Protože pavilon II byl jeden ze dvou pavilonů, na kterých byli ubytováni imobilní uživatelé, mladší věkový průměr odrážel větší fyzickou namáhavost práce. V průběhu dalších let se výcvik bývalých sanitářů (a nedostatek pracovních míst v regionu) promítnul do složení kolektivu. V současné době je pracovní kolektiv Jedličky mnohem méně feminizován, než je u podobných zařízení obvyklé. Přestože ženy nadále tvoří většinu, není to zcela převažující většina, ale pohybuje se spíše mezi 60-70% personálu.

Klíčový pracovník je pozice, na které má jednotlivý pracovník na starosti několik uživatelů, pro které je určitým prostředníkem s Domovem. KP sleduje klienta, povídá si s ním, snaží se zmapovat jeho zájmy, přání a potřeby a na tomto základě pak podává návrhy na aktivity aktivizačním pracovníkům. V současné době jsou již všichni PSP na Jedličce vyškoleni jako KP, tudíž na jednoho připadá tři až pět klientů, které již znají, takže tato činnost není tak složitá, jak tomu bylo dříve. V začátcích totiž PSP často nevěděli, jakým způsobem zohledňovat přání klienta, jak provádět mapování a navíc - z důvodu neproškolenosti personálu - měli na starosti mnohem více uživatelů. Nechme promluvit zdravotní sestru Sylvu:

S: Tam se zohledily tyhle ty stížnosti, přání, hlavně, to furt se tam omílalo dokola, že by se měly plnit potřeby těch lidí. Bio-psycho-sociální, duchovní. To vlastně znamená ne vlastně plnit jejich přání, protože to by si mohl někdo přát modrý z nebe, ale právě

plnit tyhle ty jejich potřeby na základě čehosi. A to by bylo právě nějaký plán tý péče, kterej se vyvíjel od té doby, co tam ten člověk nastoupil. Pak se právě na základě těchle standardů vymyslelo, že by každej ten človíček, co tam je, měl mít takovýho svýho jakoby důvěrníka, nebo nazvalo se to docela nešťastně "klíčový pracovník". A zatím se teda nevymyslelo jinej výraz pro to.

MT: Proč myslíš nešťastně?

S: Já si myslím, že to není slovo, který by vyjadřovalo to, co to obnáší. Kdo to je klíčovej...? A teď ty lidi... Ani si pod tím nedokážou nic představit a říkaj něco, jako: "zavolejte mi tu klíčnici".

MT: Kolik třeba v těch začátkách měl ten klíčák na starosti lidí?

S: V těch začátkách to byla úplná hrůza, protože to neměly ty pečovatelky, ty sanitárky, nebo ošetrovatelky, ale měli to aktivizační pracovníci. A to v té době tam byly na celej barák asi čtyři nebo pět holek na těch sto padesát lidí (...). A to byly takový holky, který měly střední školu (...) a zaměřovaly se na vyžití volnočasový. Takže tam s nima dělali nějaký zpívání, nějaký koncerty, keramika tam byla, takovýhle věci, jako ty lidi zabavit. A ty holky byly klíčovými pracovnícemi pro všechny, takže každá jich měla třicet. To bylo úplně ze začátku. Ale to trvalo docela dlouho, až do nějakýho roku 2009, bych řekla, kde došlo k velikánský organizační změně, že se prostě ten barák rozdělil na takový čtyři úseky, oddělení, a tyhle ty aktivizační nebyly už někde, nehnízdily v jednom místě, oni měly někde nějakou kancelář a byly tam a z té vybíhaly po těch lidech a byly jako takový sólo, a že byly přiřazený vždycky k té jednotce, k tomu oddělení. A ke každému oddělení dvě a oni tam pak někoho napřijímali, takže na celým tom baráku bylo osm lidí. Ale pak se zjistilo, že to je blbost, aby na tom oddělení bylo pětáctýřicet lidí, a že by oni jich zase měly dvacet, nebo přes dvacet, to nic neřeší, takže se přišlo na to, že všichni prodělaj nějaký ten kurz pro klíčový pracovníky a na základě tohoto kurzu bude mít každá ženská i ten chlap přidělený nějaký lidi. Takže pak to bylo tak, že měly zhruba tři, maximálně čtyři lidi. Což je vlastně dodneška tam. Což samozřejmě se dá. Ale má to trochu nevýhodu, protože tyhle ty holky, ty nynější pracovníce s sociálních službách jsou normálně, že dělaj na směny, denní a noční a maj nějaký harmonogram zajetej, takže jsou tři dny v práci a tři dny maj volno, takže to taky není úplně ideální, protože tři dny tam nikdo není. Což samozřejmě, ta práce se dělá, jako vždycky, ale ten klient tam nemá toho svýho prostředníka.

MT: Tam nefungujou nějaký zástupci, když tam zrovna není tenhle, tak to vezme tadyten?

S: To je zástupce, když třeba je někdo nemocnej, nebo má dovolenou, tak se ustanoví zástupce. Ale jinak když jsou jenom ty turnusy, tak to ne, ten člověk se samozřejmě může obrátit na kohokoli jinýho, ale ten jeho, ten klíčák tam není. To se musí počkat až přijde.

MT: Zohledňují se třeba nějaký požadavky těch klientů na to, koho by chtěli mít jako toho klíčovýho pracovníka?

S: No jasně. Můžou si samozřejmě klienti vybrat.

MT: Jsou tam nějaký oblíbený sestry, ke kterým chtějí všichni?

S: Dělá se to tak, že jsou jim přiděleny, aby to měli všichni stejně, protože pak by se stalo, že by někdo měl padesát a někdo nic. Ale můžou si samozřejmě to změnit a stalo se to, stalo už se to párkrát, že z jedný nebo z druhý strany... Řeklo se, že si prostě nepadli do oka, byly tam nějaký averze, takže se to vyměnilo.

Diplomované sestry

Další nepostradatelnou skupinou zaměstnanců v Domově jsou zdravotní sestry. Hlavní a nejdůležitější náplní jejich práce je rozdávat léky, kontrolovat jejich zásoby, zaznamenávat jejich výdej a doplňování a dohlížet na zdravotní (fyzický) stav klientů. Když jsem prováděl výzkum, byl počet a náplň práce sester poměrně frekventované téma, protože několik měsíců předtím se dramaticky snížil počet sester a jejich propouštění nebylo pro ně ani ostatní personál příliš pochopitelné a rozvířilo nejistotu. Protože práce sester se vykazovala pojišťovně, byly placeny podle jiného klíče, než např. PSP a jejich plat závisel na vykázaných výkonech. Pojišťovna ovšem měla určité standardy, kolik výkonů je možné za den stihnout a více odmítala proplatit. Protože ale sester bylo málo, bylo třeba výkony stejně provést, takže ve skutečnosti sestry vykonávaly odhadem o 50% více výkonů, než byla pojišťovna ochotna akceptovat. V praxi tedy sestry stíhaly mnohem více práce, než za kterou byly placeny a často obcházely různé pavilony, aby se všem dostalo odpovídající péče. Vedoucí našeho pavilonu (která zároveň zastávala funkci sestry) tento problém často řešila tak, že si uživatele ostatních pavilonů zvala k nám. *"Mě to ušetří lítání a oni se aspoň trochu hýbou,"* říkala o svém systému.

V roce 2010 se na Jedličce většina vedoucích oddělení stále rekrutovala ze zdravotních sester. V roce 2012 již byli všichni vedoucí PSP. Zatímco před reformou systému byly v obdobných sociálních zařízeních zdravotní sestry spolu se sanitáři hlavní složkou personálu, po reformě se jejich počet dramaticky snížil a na jejich místo přišli PSP. Dopady této změny

budu analyzovat níže, ale už zde bych chtěl krátce zmínit, jak se tyto změny projevily v chodu instituce. Jednak se zdravotní sestry - dříve tak trochu "děvčata pro všechno" - staly úžeji specializovaným personálem, který má na starosti čistě zdravotní výkony. To je velká změna oproti dřívějšímu stavu, kdy krom podávání léků, vedení dokumentace a dalších výkonů měly na starosti i praktické obstarávání klientů. S reformou vzdělávání zdravotních sester se začal klást větší důraz na jejich vzdělávání. Zatímco dříve pro povolání zdravotní sestry stačilo mít střední zdravotnickou školu, v současné době je třeba bakalářské studium. To je poněkud vzdaluje pozici PSP a spolu s rozdělením na zdravotnickou a sociální sféru v rámci jedné instituce může napomáhat vzájemným animozitám. Právě mezi zdravotními sestrami a PSP je dobře vidět rozdíl mezi sociálním a zdravotnickým diskursem, který probereme níže.

Aktivizace

Jak již bylo řečeno, původní oddělení aktivizace se sídlem v jedné části ústavu se v roce 2012 proměnilo v "oddělení základní výchovné nepedagogické činnosti" (ZVČN) kde každý pracovník má na starosti jednu budovu a stará se o aktivity klientů, které by v jiné instituci mohly nést název "volnočasové". Vzhledem k tomu, že klienti Domova nemají krom jídla a spánku žádnou předepsanou činnost, "volný čas" zabírá takřka celou dobu a proto tento pojem není příliš popisující, možná by bylo lepší použít pojem "zájmové". Mezi aktivity, které toto oddělení pořádá, patří sportovní vyžití (pěší a cyklistické výlety, "dovolené" uživatelů, tzn. pobyt v rekreačních objektech), kulturní aktivity (návštěvy místních výrobních podniků, divadelních představení), hudba (pěvecký sbor), má na starosti truhlářskou, keramickou a výtvarnou dílnu, počítačový kroužek, promítání filmů, relaxační cvičení, vaření a pečení. Oddělení vydává měsíčník *Jehličky z Jedličky*, ve kterém najdeme přehled aktivit za minulý měsíc, rozhovor s vybraným zaměstnancem, stránku o módě a oblékání a další zajímavé příspěvky. Tito zaměstnanci také organizují výroční pochod, soutěž o nejhezčí velikonoční vajíčko, dobročinný bazar a ples DZR.

Podklady pro tyto činnosti dodávají klíčoví pracovníci, kteří mapují zájmy a přání klientů a na jejich základě navrhují ZVČN vhodné aktivity. Ačkoli se toto oddělení nadále stará o aktivity uživatelů, změna názvu má nejspíše reflektovat změnu pohledu na tyto činnosti. Zatímco dříve se tito pracovníci snažili "aktivizovat" klienty, přimět je k nějaké činnosti, dnes je snaha vycházet z představ klientů samých a do ničeho je nenutit. Přesto si myslím, že "výchovná" činnost spíše odkazuje k představě dětí, než lidí v pokročilém věku,

jichž je v Domově většina. Zajímavé je, že absence jakýchkoli vzdělávacích programů pro klienty si našla cestu i do pojmenování tohoto oddělení v adjektivu "nepedagogický".

V minulosti byla snaha výše popisované aktivity interpretovat jako terapii, ale vzhledem k absenci školení kteréhokoli z pracovníků pro nějakou variantu terapie od tohoto Domov upustil. V rámci těchto aktivit se přímo nabízí klienty nějakým způsobem integrovat do většinové společnosti a bourat bariéry mezi světem klientů a světem "normálních" lidí vně, ale ač v dokumentech zmiňované, tyto snahy jsou zde velice omezené.

MT: (...) projekty integrace, jak jsi o tom říkala, v těch standardech jsou nějaký opatření, proti stigmatizaci, proti předsudkům a tak. Jak funguje něco takovýhleho? Snažíte se nějak spolupracovat s Bílou břízou, nebo nějak je zapojit do obecního života, nebo...?

Mar: Já tohle vnímám jako trochu problém. Ona je integrace a integrace - co jako myslíš integrací? Vpravit lidi do života. Ale tam je paradox, že ty lidi, který jsou vlastně v chráněném bydlení, v podporovaném bydlení a kam my je máme vracet, když oni selhali už jednou? Ale mám pocit, že ta integrace je taková, že se stejně integruje zase mezi hendikepovaný. Akce, jezdí se na akce, soutěž v malování vajíček a přijedou ústavy. Dělalí jsme ples, já jsem přesně prosazovala to, ať přijdou běžný lidi. Pozvaly se jiný zařízení - to není integrace. No a (...) prodávaj na nějakých trháč. Výborný je, že navštěvujou tu agenturu Středa, kde maj to podporovaný zaměstnávání. Ted'ko otevíraj pivovar v Bílý bříze, tak ty lidi by tam měli jít pracovat na část úvazku, to je výborný, to je skvělý. Je spousta pozitivních věcí, ale [spousta] by se mělo změnit.

Ačkoli tedy několik lidí pracuje v podporovaném zaměstnávání, integrace do společenského dění v okolí se příliš neprovozuje. Marta zde vyjadřuje přesvědčení, že "oni maj krásný tyhlety akcičky jako pro nás", ale na tyto akce se nezvou "normální" lidé z okolí, ale opět jiné ústavy sociální péče. Chybí zde i obecný přehled o protistigmatizačních opatřeních a významu integrace.

Problém je také ve finančních zdrojích - pokud si každý výlet musí klienti platit "ze svého", mnoho klientů na to nemá a z podobných zájmových a druhotně integračních aktivit jsou vyloučení.

Mar: Pak máme výjezdy služebním autem. 3,90 za kilometr. Ale mluvila jsem s ředitelem jinýho ústavu...

MT: Počkej, ale když jede třeba k doktorovi, to ne.

Mar: K doktorovi ne, to hradíme my. Ale když se jede do kina, na výlet, tak si to platěj. A mluvila jsem třeba s ředitelem jinýho zařízení, tomu jsem to říkala, a on že u nich za výlety a kulturní akce neplatěj, protože oni je chtěj integrovat. Ale u nás lidi neintegrujeme, spousta lidí nikam nejezdí, protože na to nemá. Oni by třeba ještě vyškrábali na to vstupný, průkazky ZTP, takže můžou, ale zacálovat to...

MT: ...ale nemaj na to auto.

Sociální oddělení

Sociální oddělení, jak se v ústavu nazývá oddělení starající se o finance a administrativní záležitosti s nimi spojené, sídlí v hlavní budově spolu s vedením ústavu a aktivizací. Právě zde se řeší záležitosti peněz klientů, sem se chodí pro peníze, když je třeba zaplatit poplatek u lékaře apod. V tomto oddělení sídlí účetní, sociální pracovníce a sekretářka. Účetní se stará o finance klientů, přebírá důchody a kontroluje stav účtů klientů.

Sociální pracovníce má na starosti výkon opatrovníka tam, kde je opatrovníkem Domov, evidenci a vyřizování žádostí o příjem do Domova, vyřizování pozůstalostí, administrativy spojené s úmrtím klienta, vyřizování příspěvků na péči, komunikaci s opatrovníky a soudy a mnoho dalších, podobných záležitostí. Dejme opět hlas přímo informátorce:

MT: Co to znamená sociální pracovník v takovymhle ústavu?

SP: Co to znamená v takovymhle zařízení tak je to, co mám třeba v náplni práce. To je jako docela široký, protože... Zrovna jsem byla asi před půl rokem na konferenci a tam byl hrozně zajímavěj takovej příspěvek, mluvil tam sociální pracovník z domova pro osoby se zdravotním postižením. A on se ten příspěvek jmenoval: "sociální pracovníce - holka pro všechno". A ono to tak opravdu je.

Práce je hodně a často pak není možné stihnout každodenní komunikaci s klienty. Krom toho také vytváří standardy kvality, podle kterých by se měla práce organizovat. Podle supervizorek by na podobný domov měly být alespoň tři sociální pracovníce, na což ale nejsou peníze.

Standardy kvality,³¹ na jejichž tvorbě se sociální pracovníce podílí, vycházejí z obecně definovaného návodu, podle jakých pravidel by se podobná zařízení měla řídit. Konkrétní znění si ale vytváří každá instituce sama. Proto je jejich konkrétní vytváření dlouhodobý proces, do kterého zasahují skoro všichni zaměstnanci, každý dle své profese. Jejich znění by pak mělo reflektovat zákony, vyhlášky a doporučení ministerstva, dále obecná etická pravidla a nastolovat jejich konkrétní naplňování v dané instituci.

Jedním z problematických témat je zde jednání se zájemcem o službu (tzn. s klientem, který chce do Domova nastoupit). Podle pravidel by měl proces probíhat tak, že zájemce se domluví s Domovem, jaké zde jsou podmínky, zda mu vyhovují a následně požádá o zařazení do seznamu čekatelů. V praxi ovšem proces probíhá jinak. Opět sociální pracovníce:

SP: Tak podle těch standardů by to mělo chodit tak, že by někdo, zájemce, to může být kdokoli, budoucí uživatel, klient, opatrovník, kdokoli... tak ty by se měli zajímat o tu službu. Oni se zajímají až potom, a to jenom pár. Opravdu naprostá většina těch žádostí se stává, že přijde ta žádost bez nějakého předchozího jednání. Takže z jednání se zájemcem je pak jednání s žadatelem.

MT: To je fakt, já teď když jsem přemýšlel o tom, tak si vzpomínám, že když tam byl, v tom manuálu, že jako ještě před nástupem, před uzavřením té smlouvy, by se měl nějak dojednat, co si vlastně představuje...

SP: ...ten osobní cíl. No a problém je v tom jednání i ta cílová skupina. Tam prostě záleží na tom, aby bylo jednání přímo s tím zájemcem, s tím žadatelem, že jo, ale vzhledem k tomu, že spousta lidí má onemocnění demence, tak opravdu je tam hrozně složitý to jednání, protože se to třeba tomu člověku řekne, on to v tu chvíli třeba nějak zpracuje, ale za pět minut neví nic. Anebo hlavně... že ten nástup do toho zařízení musí být dobrovolnej. A tak jako hodně těch psychotiků, že jo, ty nechtěj nastoupit a my jakoby... teďka se řeší různé věci. Je to hrozně jako složitý, protože... Uvolní se místo a teď ty lidi jsou z 80% na antipsychotikách a já jednám s opatrovníkem a se sociální pracovnící v Blázinci³² a tři instituce se musejí domlouvat. Pak třeba zjistím, že ten člověk nastoupit nechce vůbec. A všichni říkáme: "vždyť ono to pro něj bude dobrý, on prostě potřebuje nastoupit, on je tady v Blázinci deset let", ale oni třeba vůbec

³¹ Viz Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, MPSV, Praha 2002, <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>, Čámský, P., Krutilová, D., Sembdner, J., Sladký, P., Manuál po tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb, Centrum sociálních služeb, Praha 2008, http://www.csspraha.cz/users_data/file/manual-standardy-kvality.pdf, Standardy kvality v sociálních službách, Občanská poradna Plzeň, 2006.

³² Název instituce byl anonymizován.

nastoupit nechce. Oni vůbec v těch zdravotnických zařízeních, teda v tom Blázinci konkrétně, nechápou ten nový systém těch sociálních služeb. Oni dřív zavolal sociální pracovník: "uvolnilo se nám místo, někoho nám pošlete", oni někoho posadili do sanitky a jel. Aniž by se ho ptali.

Vážně zde tedy komunikace mezi psychiatrickou nemocnicí a Domovem, způsobená jiným přístupem k péči o klienta. O rozdílnosti těchto přístupů ještě bude řeč. Nicméně pravidla nezohledňují obtíže v komunikaci s psychotickými a demenčními klienty, a proto se musí různě obcházet. Klienti se často bojí změny prostředí a nerozumějí tomu, že v psychiatrické nemocnici nemohou zůstat nastálo.

S odchodem z psychiatrické nemocnice a příchodem do Domova jsou také spojeny finanční obtíže.

SP: A další problém je ten, nebo jako problém pro nás, oni ty, co jsou v Blázinci, tak platěj jenom ten [příspěvek], protože jsou v nemocnici. Tak platili šedesát korun a teďka je to stovka. A oni když maj nízký důchod, třeba sedm a půl tisíce, tak jim pořád zbývalo hodně. Ale oni nastoupěj k nám a oni ze zákona musej dostat přímo 15%, to asi víš. Z příjmu. Že i když nemaj na to, aby zaplatili pobyt a stravu, tak maj neuhrazeno, ale maj těch 15% aspoň.

MT: A to doplácí stát.

SP: No, ne že by to doplácel stát, ale jsme jakoby v mínusu. Zařízení.

MT: No a kde se to bere?

SP: No, tak příspěvky na péči mají ty lidi. Takže pobyt a stravu si platěj z důchodu, pak maj příspěvek na péči, kterej dostane zařízení, 100%, takže z toho se platí péče, ale ne všichni ty klienti maj příspěvek na péči.

MT: Fakt?

SP: No, máme jich tam asi pět, kterejm nepřiznali příspěvek na péči.

MT: Jak je to možný?

SP: Protože ono je to taky třeba s tou Bramboří.³³ Když dělá šetření Bramboř, dřív sociální odbor jako úřad práce, tak ty chápou tu psychiatrii. Že jim vysvětluju, že ten stav je takovej, že jeden den zvládnou všechno, pak upadnou do nějakých depresí, halucinací a nezvládají vůbec nic. To třeba ta jedna paní viděla, když šla k pánovi

³³ Všechny názvy měst byly anonymizovány, aby nemohlo dojít k identifikaci Domova.

jednou, na sociální šetření kvůli příspěvku a on byl v pohodě, si tam klohnul a přišla podruhý a on byl v posteli a nekomunikoval. Protože měl období, kdy měl těžký deprese. Takže oni to chápou a tam ten stav zohledněj, ale když nám právě choděj z Hranic, ty klienti, tak oni na dálku je to takový to... Oni teda požádali (...) ať to nějak předaj tý Bramboři, tam provýst to sociální šetření, ale mám ty zkušenosti, že v tý Bramboři je to docela v pohodě, ale jak je ten klient z Hranic, protože ne všichni se chtěj přihlásit k trvalému bydlišti u nás...

MT: Kdyby si potřebovali nechat byt, třeba...

SP: No, nebo příbuzný nechtěj, nebo tak. Takže pak s těma důchodama a ty lidi pak zas nechápou, co vlastně a jsou kvůli tomu ve stresu, protože byli zvyklý, že dostali třeba každěj tejden pětistovku a měli na cigarety a na všechno a teď si najednou musej platit léky, ještě. Třeba jim zbyde dvanáct set z důchodu a z toho si zaplatěj léky, to je třeba šest set a pak jako co?

Sociální pracovníci ve městech tedy ne vždy chápou psychiatrickou problematiku a protože sociální šetření probíhá často tak, že sociální pracovník se jde jednorázově podívat na člověka a jeho domácí prostředí, může se stát, že špatně vyhodnotí jeho situaci a psychicky nemocnému člověku nepřizná příspěvek na péči. V některých případech může být také po určitou dobu problém získat invalidní důchod.

Sociální pracovnice zde zmiňuje dobrou spolupráci s úřady nedalekého většího města Bramboř a komplikovanější spolupráci se sociálními úřady většího města Hranice, která je vzdálenější, ale odkud se rekrutuje většina klientů Jedličky. Hranice jsou také zřizovatelem ústavu.

Klienti často nerozumějí rozdílnému způsobu financování pobytu v psychiatrické nemocnici a v sociálních zařízeních, jako je Domov a zlobí se, protože na služby, které byli zvyklí dostávat zdarma najednou musí platit. Z osobního ekonomického hlediska je pro ně tento přesun nevýhodný. To může být jeden z problémů, na který naráží sociální politika, která přistupuje ke všem klientům partnersky a jejich pobyt v nejrůznějších institucích sociální péče považuje za službu. K tomuto tématu se ještě vrátíme.

Když se v Domově uvolní místo, je třeba obvolat zájemce, kteří jsou v pořadníku. Žadatelů o službu bylo v roce 2012 zhruba 180. Je tedy vidět, že Domov nemá kapacity na to, aby ubytoval všechny, a že Domovy se zvláštním režimem (podobně jako jiné státní instituce, jako domovy důchodců, školky a v blízké době lze totéž očekávat u škol) jsou přeplněné. Přestože má k dispozici statistická a demografická data, stát selhává v proklamovaných

funkcích jako je zajištění kapacit pro očekávaný počet důchodců, nebo v tomto případě lidí s demencí, chronickou duševní nemocí a závislostmi. Tento stav samozřejmě podporuje korupční prostředí.

V Jedličce jsem nenarazil na žádné indicie, které by svědčily o úplatcích za účelem posunutí místa na pořadníku, ale peníze přesto hrají jistou roli. Jelikož se do žádostí uvádí výměr důchodu, je pro Domov snadné zjistit, zda daný žadatel má či nemá dost peněz na zdejší služby. Ačkoli supervizorky říkají, že by se ústav neměl starat o příjmy klienta, zároveň je problém v tom, že pokud zařízení hospodaří se ztrátou, dostane pak menší dotace. *"Takže to je úplně katastrofální, protože oni v žádostech uvádějí důchod, musejí uvádět důchodovej výměr, jakej maj. Ale ted' jsme se na tý inšpekci dozvěděli, že to nás vlastně nemá zajímat. Že to by měl napadnout. Ale já na jednu stranu chápu, že to musí nějak fungovat. Protože paradoxní je to, že pokud špatně hospodaříme, tak ty dotace jsou nižší. Já to nechápu. Za trest, nebo nevím. Nechápu to."* (Marta) Ztráty se v zařízení objevují výše popsáním způsobem - klient musí ze zákona dostat 15% svých příjmů, ať má příjem jakýkoli, a pokud zbývajících 85% ani s dalšími příspěvky (nebo bez nich) nepokryje náklady na péči, Domov zůstává v mínusu. To samozřejmě motivuje Domov k tomu, přijímat pouze klienty s dost vysokými příjmy, což se také děje.

Příjmy klientů bývají někdy opravdu velmi nízké a aby z nich něco zbylo, je nutné složitě kličkovat mezi předpisy. Opět sociální pracovnice:

SP: To jsem třeba psala, to byl takovej zoufalej pokus, jsem psala tomu ministrovi. [Klientka] je svéprávná, takže jsem jejím jménem psala žádost o přiznání důchodu podle zákona. Protože ona když byla mladá, tak tím, že se jí rozjížděla nemoc, tak vedla takovej jako život nezřízenej, alkohol a to. Tak ona chodila do práce, měsíc a nic a to. A pak jí přiznali invalidní důchod, ale oni to spočítali z těch nějakých krátkodobých zaměstnání, takže má 3500 invalidní důchod.

MT: A dyť nemůžeš mít snad důchod menší než životní minimum...?

SP: Ale ona tím, že je v zařízení sociálních služeb, tak tím je jakoby krytá, protože zůstane těch 15% z příjmu. Hele to když ti řeknu, to jsou paradoxy úplně hrozný. To je asi dva roky, tak jsem jí vyřídila dávku hmotný nouze. Že prostě dostávala asi 800 dávky hmotný nouze. (...) A ted'ka od novýho roku začalo platit to, že i lidi tady v zařízení sociálních služeb můžou dostávat doplatek na bydlení. To jsou přídavky hmotný nouze. Jednak je příspěvek na živobytí, to je to, co on bere, pak je doplatek na bydlení a příspěvek na bydlení, ale tadytoho se týká ten doplatek na bydlení. Tak oni kvůli tomu,

že má jako nízký důchod, daj doplatek na bydlení 2300, ale snížili jí tu dávku hmotný nouze, na živobytí. Asi o 150 korun. Takže ona je na tom jako chudák ještě hůř. Protože ta dávka toho doplatku na bydlení, jde celá k nám, tomu zařízení. A tahleta, která se započítává do příjmu, takže aspoň nějakou tu korunu z toho má. Takže třeba říkám řediteli: "podívejte se, máme to každý tři měsíce aktualizovat, jestli je na tom pořád takhle finančně, a teď co já mám upřednostnit, jestli zařízení, nebo tu paní, která může mít o stovku víc měsíčně". No a já jsem musela upřednostnit zařízení! Tak co jsem, sociální pracovnice, ne?

Supervize

Jak jsem již zmínil, od roku 2007, kdy se změnil zákon o sociálních službách, se začalo pracovat na vytváření standardů sociálních služeb. Na metodikách se podílely různé neziskové organizace a ministerstvo, ale praktickou aplikaci si vytváří každá instituce sama. Za tímto účelem na Jedličku přišla manažerka kvality, která má za úkol na tuto implementaci dohlížet, změnila se náplň mnoha pozic, některé zanikly (sanitáři), jiné se naopak objevily (PSP, klíčoví pracovníci).

V roli konzultanta a dozoru na implementaci standardů kvality je zde supervize. Supervizoři jsou lidé vzdělaní v problematice organizace zdravotních a sociálních služeb. Dvě supervizořky působící na Jedličce měly vystudovaný obor Supervize na Katedře řízení a supervize ve zdravotních a sociálních organizacích Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy. Jejich práce z pohledu Domova vypadá tak, že zhruba jednou týdně až jednou měsíčně (krom léta) přijedou na Jedličku a konzultují nejrůznější problémy týkající se vytváření a zavádění standardů kvality do praxe. Dále organizují různé kurzy a vzdělávací akce pro personál a navrhují, kam by se změny měly ubírat.

Smysl zavádění těchto standardů spočívá v tom, decentralizovaně a s přihlédnutím k aktuální praxi uvést do souladu teoretická práva a nároky klientů a praxi v institucích služby poskytujících. V zásadě jde o minimalizaci disciplinačních opatření a maximální sladění praxe s modelem servisních služeb, jak o něm mluví Erving Goffman.³⁴

Ačkoli smysl supervize spočívá v pomoci personálu se zorientovat v nových pravidlech a jejich aplikaci do praxe, reakce na její fungování byly i po několika letech

³⁴ Goffman, E., *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, New York 1961. Podrobněji se tomuto tématu budu věnovat níže.

smíšené. Všichni PSP si pochvalovali přínos supervize v pomoci mapování klienta, vytváření individuálního plánu a přímé pomoci s klientem, se kterým si PSP neví rady.

Radan:

MT: A jako nikdy ses tam nedozvěděl nic dobrýho?

R: Jo, to jsem se dozvěděl, když jsem potřeboval zmapovat někoho. To oni dovedou, víš, (...) oni rozuměj jako určitejm stránkám, dokážou pomoct, rozuměj jako, maj vyštudovaný školy.

Sociální pracovnice: "A výborný supervize jsou když je problém s klientem. Když je potřeba udělat nějaký plán rizik, prostě. Prevence, nebo jak s tím klientem pracovat. To pomohlo na čtyřce, je tam holčina, je jí dvacet, prošla si prostě hrozným... vyloženě tam bylo nějaký zneužívání, otec bezdomovec jí prodával a maminka zemřela, ona byla v dětským domově se školou, dřív výchovňák. A potom, protože opatrovnice byla ženská se zlatým srdcem, protože ona s dovršením devatenácti let musí z děcáku. A ona vzhledem ke svý diagnóze, těžká porucha osobnosti, skončila v Blázinci, na chronikách. A ona jí sehnala v DZR v Lukách, u Houpova někde. Jenomže tam byla na nějakým nemocničním lůžku, protože tam maj cílovou skupinou od 26 let. Tak chudák volala, sháněla, tak jsme jí sem vzali my. Takže tímhleť oni na ní tlačili zase, že tam budou mít někoho, kdo není jejich cílová skupina. Holčina prostě problémy, čím vším si prošla a na ní byly čtyři supervize a to mi třeba dělá hroznou radost, jak to funguje, nejen ta supervize, ale i díky těm standardům, v tom systému ta spolupráce. To jsme řešili z agentury Středa, tady v Bramboři, u toho denního centra, chodí tam do kapely, bubnuje, na ty bubínky. A my jsme prostě měli schůzku, pracovní. Klíčovej pracovník z agentury Středa, opatrovnice a sociální pracovnice. A ta opatrovnice říkala, že je úplně šťastná, že vůbec nečekala, jak bude dobrá. Ona říkala: "já vám řeknu upřímně, já jsem se bála, že ona u vás dlouho nevydrží, já jsem spíš čekala na telefon, kdy někoho zmlátla do krve", v těch Lukách to dělala, v děcáku, prostě šílený, ale u nás se to nestalo, ještě. Jako ona chodí do města, chlastá, je sprostá, ale není agresivní. A je nadšená tím, jak se zlepšila. (...)"

Jiný výňatek z rozhovoru se sociální pracovnicí:

SP: Zaměstnanci mají problém, když aktivizují toho klienta. To jsou třeba lidi, který ležej v posteli a nedělaj nic a ted' maj jako pocit, že dělaj špatnou práci, protože ty lidi ležej v posteli. Takže se spojily ty supervize to bylo šest hodin to trvalo a tam jsme vlastně zjistili, že i když ten člověk zdánlivě nedělá nic, tak vlastně uspokojuje svojí...

MT: *...lenost... (smích)*

SP: *...potřebu. Ne, když jsme to třeba probírali na jednotlivých klientech, paní, která má takový ty stupory, najednou zcepení, tak ona leží v posteli. Ale uspokojuje to svou potřebu bezpečí, když se na ní přijde, takže vlastně ta aktivita je. A pak zjistili, že si chce barvit vlasy, tak si vždycky nabarvěj vlasy. A je to aktivita.*

Zaměstnanci si také pochvalují konkrétní kurzy typu relaxace, nebo bazální stimulace a schopnost supervize jim poradit s rozdělením práce.

PSP Andrea:

A: *Všecko jsme si vyříkali na těch supervizích. Vyříkali, rozdělili. Je fakt, že jsme si rozdělili ty role - moje, tvoje, vaše. Nelezem si do toho. A ono to fakt funguje, protože ty víš přesně, co máš dělat.*

MT: *To jo, stačí tak málo, jenom se domluvit.*

A: *To jo, ale hlavně taky domluvit se s někým, kdo to ví. Ty supervizorky to vědí a ty ti řeknou "Proč byste to měli dělat?"*

Vedoucí Rozhledny Miloš: *"[Supervize] nám otevřela oči, že nám dala kompetence, naučila nás komunikovat, naučila nás profesionalitu, určitě, protože tady mezi náma byli lidi, že když umřel uživatel, tak ta jeho klíčová pracovnice to těžce nesla atd. Tak i tyhle věci. Hodně lidí jsme dokázali v tý supervizi, když to řeknu v uvozovkách, 'rozebrat', ukázali nám ten postup, jak s tím uživatelem pracovat. Souhlasím se supervizí."*

Zdravotní sestra Sylva z jiného zařízení sociálních služeb, které má ovšem stejné supervizorky: *"Jediný, co se mi líbilo, když (...) jsem si vyžádala relaxační supervizi. A oni přijeli a předváděli nám tam nejrůznější relaxační techniky, tak to bylo supr. To fakt jako supr a to uměly."*

Supervize však patrně neumí dobře vysvětlit některé problémy a pomoci tam, kde PSP cítí potřebnost podpory. Někteří pracovníci si stěžují, že si supervizorky neumí představit denní provoz Domova, že standardy nejsou v souladu s cílovou skupinou Domova a že některé rady jsou v rozporu se "selským rozumem".

PSP David:

D: *Mají jeden názor na všechno, na ty sociální služby, takže pro ně nějaký ty starý věci, že se holili všichni najednou, nebo že ty jsi mu řekl: "ted' se jdeš umejt," tak to oni*

absolutně nechápou, že tohle se někdy mohlo dělat. To je prostě... jako eticky to není možný pro ně. Ale ty řádový sestry to takhle dělaly, bylo to ještě za Šťastnýho... [bývalý ředitel ústavu] (...) Víš co je problém? Že ty (...) základní myšlenky, jak provozovat tyhle sociální služby, tak je to právě napsaný na domovy důchodců, na eldéenky, nebo nemocnice, ale není to tady pro ty lidi, vůbec. To by měli bejt nějak speciálně napsaný, si myslím. Že to v plno věcech nejde, tak jak to píšou. U těchle lidí, nebo v tomhle zařízení. (...) Standardy. No a tyhle ty standardy jsou dělaný celkově na sociální služby. To všude nemůžeš dělat stejně. Tohle je jiná klientela a úplně jinak se tam žije. (...) V plno věcech se to rozchází. No a oni furt jedou ty supervizorky, (...) ti jako cpou do hlavy standard jedna, dvě, podle toho. Ale kdyby byly aspoň tejdén na [oddělení], tak pochopí, že to takhle nejde.

MT: Co třeba je konkrétní nějaký rozpor v tadytom? Kterej třeba z těch standardů?

D: No tak třeba s tou Miriam. Ve standardu je, že jsme otevřenej ústav, že si může chodit, kde chce. Ale to ona uteče a volá zespoda manažerka: "zadržte jí tam, zadržte jí tam." Jako aby neutekla. Ale co teda máš dělat? Poslouchat je, nebo to dělat podle předpisů? (...) Měl by někdo k tomu sednout a napsat pro tyhle zařízení zvlášť ty standardy. To je můj názor, nevím, třeba to tak není.

PSP Radan:

R: Například oni ti řeknou, že když člověk ti tady ve tři ráno vstane, půjde za tebou a řekne ti, že jde ven, tak ty ho pustíš. Ty ho musíš pustit. Ve tři ráno mu otevřeš barák a "běž". Bláznovi. A ty jseš ale za něj zodpovědný. Do sedmi do rána.

MT: A zároveň musíš bejt tady, aby tady nezačalo hořet.

R: Aby tady dalších třicet jedna lidí nezačalo něco řešit. A ted' přemejšlej co on dělá, nemocnej člověk psychicky. A ty mu to musíš dovolit. Tak tohle ti oni tam cpou. Takovýhle zhovadilosti. Já bych to tady zamknul a nazdar. "Chceš jít, tak jdi ráno, jako normální člověk." Prostě maj svý práva a ty je musíš tolerovat. Podle nich. A to je všecko nějaký koncept, kterej vyplývá z něčeho a to vůbec nezapadá sem. Já se kolikrát směju, protože člověk logickým i sedláckým rozumem přemejšlí líp jak oni.

Mnozí zaměstnanci ale opakují, že k supervizi nemají důvěru, připodobňují supervizi ke školnímu zkoušení či soudnímu přelíčení a bojí se otevřeně diskutovat, protože by se jejich případné pochybení mohlo přes supervizorky dostat k vedení, které je může sankcionovat. Časté také bývají stížnosti, že problémy, které lze vyřešit rychlou domluvou, se místo toho

nosí na supervizi. Supervize tak funguje jako kanál pro vzájemné animozity zaměstnanců, které nechtějí řešit přímo.

Marta:

Mar: Když jsem začala na ty supervize chodit, tak já jsem se tam cítila jako u soudu. Nebo jako u soudu, že se musím z něčeho jako zpovídat. (...) V dobrý víře... teda překračovala jsem svoje kompetence. A když si to se mnou chtěl někdo vyříkat, tak si na mě vzal supervizi. (...)

MT: Místo toho, aby ti to řekla rovnou...

Mar: Byla to moje chyba, my jsme si to říkali. (...) Nebyla to moje kompetence, ale myslím si, že to stačilo vyřešit mezi čtyřma, šesti očima, a vlastně to vzala supervize. A já jsem z toho měla [problémy]

Formalismus spojený se standardy kvality také mnoha pracovníkům vadí. Závěry supervize také často nebývají všeobecně distribuovány mezi personál, což poněkud oslabuje její konzultační smysl a podporuje interpretaci supervize jako spíše disciplinační techniky. Celkově lze říci, že supervizorky si mezi zaměstnanci nedokázaly získat příliš důvěry.

PSP David:

„Tam přijde na oddělení komise a budou tě zkoušet. „Znáte číslo dvojku, co to obsahuje, vnitřní předpisy...?“ To je jak ve škole. Oni ti nedávaj prostor pro ty lidi moc.“

Zdravotní sestra Sylva:

S: U nás to hustěj velice dobře. Jsou tam každou chvíli. Ale ty holky se jich jakoby bojejí, nebo to chápou ne jako podporu, co by mělo bejt, ale spíš jako nějaký takový zkoušení. (...) U nás (...) přesně bylo vidět, že oni to říkaj tomu řediteli. Což oni můžou říkat, ale ne úplně konkrétně. Oni to maj zevšeobecnit, ale tady se nějak to provalilo docela konkrétně a to bylo blbě, že jo. A podle mě je to docela v tomto podání přehlídká ztracenýho času. Já jsem z toho teda byla vždycky šílená, dvě hodiny...

MT: Ty si myslíš, že ti to nedalo nic?

S: Mě ne.

MT: Že to znáš...

S: Neznám nic, ale tydle baby mně nesedly, ani mně ne. A nenašla jsem si k nim důvěru a nepocítovala jsem to ani já jako nějakou podporu. Kdyby to byl tenhle Postýlka, už

jsem si vzpomněla, Postýlka, fousatej, beznohej, tak určitě by to šlo. Ale tyhle ty baby mně nasedly.

MT: A i kdybyses oprostila od toho, že to jsou zrovna tady ty babizny a zkusila hodnotit jenom ty věci, co jste řešili?

S: Ne, ne, oni maj blbej přístup. (...) Vždycky to mělo takovej podtext toho zkoušení, nebo tý revize.

Marta:

"Nevím, třeba to vnímám moc emočně, nebo to беру na sebe, ale někdy mi to přijde, že supervize... je aby mi někdo dokázal, že něco dělám špatně. Já nevím, třeba to jenom blbě přijímám. Já jsem třeba ráda, že to slyším, já vždycky říkám: ,tak mi to řekněte, já to potřebuju slyšet, co chcete ode mě', ale pak třeba ty informace ze supervize dostává manažerka, tak mám pocit, že ona si to tam přehodnotí po svym a používá to jako... sankce nějaký kvůli tomu. A že ta supervize by měla fungovat ke zlepšení. Oni vědí, jak to má bejt. A mám pocit, že manažerka přesně ví, co kdo tam řekne, na tý supervizi."

Supervize v Domově pomáhá s interpretací principů standardů kvality, ale protože jedná způsobem, který mnoha zaměstnancům připadá ohrožující a neumí věci vždy dobře vysvětlit, napomáhá spíše atmosféře nejistoty a vzájemného obviňování. Na výkonu práce samé se nedůvěra k supervizorkám příliš nepodepisuje, ale mnoho času se ztratí organizačními nejasnostmi a řešením vzájemných sporů. Supervize tak paradoxně zesiluje nedůvěru zaměstnanců mezi sebou navzájem i k supervizi a tím se oslabuje její konzultační smysl. Díky špatnému vysvětlení se někteří zaměstnanci na tvorbě standardů kvality nepodílejí a supervizi se pokud možno vyhýbají, což pak vede k tomu, že na vývoji norem nemají účast a k výsledkům mají mnoho výhrad. Je výmluvné, že za pět let supervize se nepovedlo vytvořit závazný a jasný systém standardů kvality, který by dobře odpovídal podmínkám instituce.

Ředitel a manažerka kvality

S ředitelem ústavu jsem během svého výzkumu přišel do kontaktu minimálně. Stejně jako manažer kvality není příliš v kontaktu s uživateli a veřejně se ukazuje obvykle jen při akcích, které mají instituci nějakým způsobem reprezentovat navenek. V takových případech dobře zastával roli dobromyslného symbolu ústavu - usmíval se na všechny strany, zdravil uživatele, v případě úklidu po požáru v roce 2012 aktivně pomáhal s manuální prací.

Manažerka kvality přišla do ústavu v roce 2007 a jak již bylo řečeno, jejím úkolem je zajistit vypracování standardů kvality, jejich dodržování a jiné manažerské funkce. Krom toho je zástupcem ředitele v jeho nepřítomnosti.

Na manažerku jsem od PSP a jiných zaměstnanců slyšel mnoho stížností. Nerad bych zde reprodukoval hrubé pomluvy, ale vzhledem k tomu, že tyto tenze byly součástí terénu a součástí situace v zařízení, nemohu se vyhnout tomu tyto problematické vztahy mezi vedením a nižšími zaměstnanci zmínit. Vzhledem k tomu, že jsem přišel do styku hlavně s nižšími zaměstnanci, jako PSP, aktivizačními pracovníky a zdravotními sestrami, a právě jejich pohled zde chci zdůraznit, je možné, že celkový pohled nebude vyvážený.

Pro tento důraz na personál v nižších pozicích mám několik důvodů. Prvním z nich je moje původní zaměření práce, od něhož jsem se v průběhu odchýlil - chtěl jsem zkoumat stigmatizační procesy a tudíž bylo třeba být co nejbližší klientům samým. S tím souvisí druhý důvod, totiž fakt, že za tímto účelem jsem nastoupil do Domova jako dobrovolník, jehož náplní práce bylo pomáhat zejména PSP a aktivizačním pracovníkům, takže jsem s nižším personálem trávil nejvíce času a zároveň moje práce nejvíce odpovídala jejich. Vzhledem k tomu, že v Domově je poměrně silná sociální distance mezi vedením a řadovými pracovníky, do přímého kontaktu s vedením jsem se dostal minimálně. Protože jsem v době výzkumu neměl ujasněn princip, podle něhož bych ochránil svoje informátory před předpokládanou reakcí manažerky, pokud bych ji konfrontoval se svými zjištěními, v době výzkumu jsem interview s ní odložil. Když jsem ji o interview opakovaně žádal později, nebylo mi již vyhověno, což je další důvod, pro nemohu náhledy nižšího personálu vyvážit pohledem vedení.

Dalším důvodem je obecný (a mně osobně blízký) důraz antropologie na pohled zdola. Historicky antropologie zkoumala hlavně jednoduché a neliterární společnosti. Na nich se původně ustavila metodologie zkoumání a zúčastněného pozorování. Když antropologové obrátili svůj pohled k západním a industriálním společnostem, antropologická metodologie zkoumání lépe odpovídala zkoumání mikroprocesů a vztahů na dně společnosti. Proto mnoho antropologů obrací svůj pohled spíše do nižších pater společenského uspořádání a spíše k chudým, utiskovaným a marginalizovaným. Nechci zde tvrdit, že PSP mají tyto charakteristiky, ale v rámci instituce Domova se nacházejí na nejnižší pozici a s novým důrazem na práva klientů mohou být někdy v horším postavení, než sami uživatelé.

Posledním, teoretičtěji zaměřeným důvodem je to, že je zajímavé se soustředit nikoli na ty, kteří prosazují nadvládu dominantního diskursu, ale spíše na ty, kteří jsou konfrontováni s jeho překládáním do praktik, kteří se ocitají na hranicích, kde se slovo stává

činem, a kteří mají největší důvody s dominantním diskursem nějak polemizovat, interpretovat jej, případně podvracet.

Pro uvedení do situace a ilustraci atmosféry vztahů s vedením Domova v roce 2010 bych rád reprodukoval vyprávění zpracované na základě mého terénního deníku.

Dvě hlavní postavy ústavu jsou ředitel a manažer kvality. Zatímco ředitel se objevoval jen při akcích, kdy bylo třeba prezentovat ústav veřejnosti, většinu běžných konzultací a věcí, týkajících se chodu domova, zajišťovala manažerka. Zatímco o řediteli většina PSP mluvila s porozuměním a laskavostí (i když ne zrovna s úctou), o manažerce se vyslovovali zcela jinak. V době mého nástupu měl ředitel zdravotní problémy a proto nějakou dobu nebyl v ústavu přítomen. Podle všeho to vypadalo, že ústav v praxi řídí manažerka, což většina zaměstnanců více či méně kritizovala. Její nástup souvisel s reformou sociální péče a jejím hlavním úkolem bylo dohlížet na kvalitu zacházení s uživateli a dodržování moderních standardů kvality.

V průběhu času se nicméně ukazovalo, že tuto kontrolu prováděla manažerka dost zvláštním způsobem. U většiny zaměstnanců panoval strach a nepřátelství vůči manažerce, které jsem zpočátku nemohl příliš pochopit. Postupně jsem ale začal slyšet různé historky o tom, jak to v ústavu chodí a začalo mi pomalu svítat. Časté příběhy se týkaly toho, že když na nějakém pavilonu fungoval dobře kolektiv zaměstnanců, ale zároveň zde byl někdo, koho manažerka příliš ráda neměla, stávalo se to, že zamíchala osazením pavilonů tak, aby právě tento kolektiv rozbila. Nedávalo mi to smysl - proč rozbíjet dobře fungující pracovní kolektiv? Odpověď na tuto otázku jsem ale získal na dovolené uživatelů. Manažerka tam prohlásila, že se snaží, aby na sebe v rámci ústavu všichni zaměstnanci dávali pozor navzájem, zda provádějí práci dobře. To je asi běžná vlastnost dobrého pracovního kolektivu, ale v tomto případě tato pozornost hypertrofovala do přístupu, kdy si s každou drobností nikdo nemohl být jist, zda někdo nedonese manažerce, že to nebo ono udělal špatně. Ani to by nevadilo tolik, kdyby byly jasně stanovené povinnosti, ale vzhledem k nedostatku personálu a nemožnosti za každých okolností naplňovat protichůdná pravidla byla určitá chyba, nebo nedodržení drobného pravidla na denním pořádku. Toho šlo samozřejmě lehce zneužít a tak jsem si postupně začal všimnout, jak někteří PSP ztišují hlas či mění téma, pokud jsme se dostali k ožehavějším otázkám, týkajícím se kritiky vedení, a zároveň se přiblížil někdo, koho považovali za informátora manažerky. Z vyprávění různých PSP mi začalo připadat, že manažerka má v ústavu svou síť informátorů, jak mezi uživateli, tak mezi zaměstnanci, která jí podává zprávy o tom, co se kde děje. Ani to by nemuselo být nutně tak špatné, ale s celkovou

nejistotou to vytvářelo udavačské prostředí, kdy se lidé báli spolu otevřeně promluvit a kritizovat kroky vedení, nebo fungování ústavu.

Problematická praxe se také týkala platů zaměstnanců. Již v době výzkumu byl plat PSP rozdělen na pevnou část a prémie. Po změnách schválených kvůli řešení finanční krize v roce 2011 se tento poměr proměnil a zatímco pevná část se snížila, prémie vzrostly. Platy PSP se takto nijak výrazně nesnížily. Druhou stranou mince ovšem je to, že vedení takto získalo větší kontrolu nad penězi zaměstnanců a zvýšila se jeho přímá moc nad personálem.

To je dobře vidět na příběhu, který jsem si vyslechl, když jsem do ústavu přijel na jaře 2011. Počátek této smutné historie byl v tom, že přijeli příbuzní jednoho z uživatelů podívat se, jak si v ústavu žije. Strávili v pavilonu celý den a byli nadšeni službami, jakých se zde uživatelům dostává a jakým způsobem se PSP o ně starají. Protože chtěli svou vděčnost nějak vyjádřit, nechali na pavilonu tisíc korun. Pí. Vařilová, která byla vedoucí pavilonu, si ovšem uvědomila, že kdyby peníze přijala, mohlo by to být hodnoceno jako úplatek. Proto peníze odevzdala na sociálním oddělení. Čas běžel a na peníze se poněkud pozapomnělo. Když asi po třech měsících šel někdo z pavilonu vyzvednout něco na sociální oddělení, byl upozorněn, že peníze zde stále leží. Když tedy PSP viděli, že se s nimi nic neděje, rozhodli se, že si uspořádají malou oslavu a vybrali tři sta korun, aby si zaplatili kuželky v nedalekém podniku. Záhy se o celé věci dozvěděla manažerka. Zavolala si všechny, kdo se akce účastnili, prohlásila, že jde o úplatek a zneužívání majetku ústavu a všem snížila plat. U většiny toto snížení bylo kolem tisíce korun, ale pí. Vařilovou navíc odvolala z funkce vedoucí, přesunula ji na jiný pavilon a plat jí snížila o tři tisíce, takže její výplata se snížila opravdu drasticky. Krom toho byl (bez zjevného důvodu) snížen plat její dceři, která pracuje v ústavu v kuchyni, což mělo za následek, že rodina nebyla schopna splácet hypotéku a začala se zadlužovat. Můj informátor tvrdil, že tato akce byla pečlivě promyšlená, že manažerka věděla, že jim takto znemožní hypotéku splácet a chtěla odstavit svého soka. Z hlediska péče nemělo toto rozhodnutí smysl, protože pí. Vařilová byla jedním z nejlepších pracovníků celého ústavu, jak co se vzdělání týče, tak popularity mezi klienty i v nacházení nejrůznějších inovací a zlepšení. Problém byl (dle mého informátora) v tom, že příliš nešla manažerce na ruku a že jí nebyla sympatická.

Tento příběh již zavání otevřenou šikanou zaměstnanců a je vidět, jak z určitého pohledu logické opatření, zajišťující udržení stávajících platů, vedlo k tomu, že vedení má své zaměstnance v hrsti a pokud někdo udělá drobnou chybu a zároveň je vedení nesympatický, může na to tvrdě doplatit.

Vedení samozřejmě může se svými zaměstnanci rozvázat smlouvu a také jim může upravovat osobní hodnocení, které může dělat cca 10-30% platu. To je běžná praxe na každém pracovišti, ač se podíl osobního ohodnocení může lišit. Problém tkví v tom, že zaměstnanci nemají jasno, za co jsou hodnoceni, což často může vést k nedůvěře a špatným pracovním vztahům. Mezi řadovými zaměstnanci je takto jistá linie, kde na jedné straně jsou ti, kteří manažerce „jdou na ruku“ a na druhé straně zaměstnanci kritičtí. Kritika se ale nikdy neozývá přímo, ale jen za zavřenými dveřmi a ztišeným hlasem. Zároveň je třeba zpracovávat standardy kvality, na jejichž tvorbě by se měli podílet zaměstnanci všichni. Pokud zde není prostor pro kritiku praxe, není možné normy dobře zpracovat. Celková atmosféra v Domově tedy připomíná udavačské prostředí, kde se mnoho zaměstnanců bojí říct svůj názor, protože by ho někdo mohl slyšet, reprodukovat manažerce nebo na supervizi, což by se mohlo projevit na jeho výplatě.

PSP se na vedení často dívají kriticky. Jeden z problémů dle mého názoru spočívá v tom, že vedení neumí vysvětlit řadovým zaměstnancům proč po nich některé věci chce. Častý je pohled, že ředitel příliš nerozhoduje a manažerka kvality instituci řídí instituci sice dobře ekonomicky, ale bez snahy se vážně starat o uživatele. *"A pan ředitel je loutka, kterou takhle hejbou. A ten měl strašně moc rozumu, strašně moc energie do toho měl. (...) To byl... strašně moc emocí do toho..." (Radan)*

"Myslím, že nás pan ředitel je už poslední ředitel, kterej nemá vysokoškolský vzdělání. Je zdravotní bratr. A ten to vlastně převzal po tom Šťastným, kterej byl voják z povolání. (smích) A ten byl zas dobrej. A jako jo, myslí to asi dobře, nebo já nevím, ale prostě drží se toho klacku a je to slaboch. Není to chlap, nebo... Myslím si, že jemu vyhovuje, že tam má tu manažerku, která velice ráda dělá tu špinavou práci, jakože vyhazuje lidi a sbírá osobka. Tohle, to jí jde, takovýhle věci." (Marta)

Další problém je ve formalismu. Někteří PSP cítí, že namísto péče zajímají manažerku formální podoba instituce a standardy kvality. Extrémní příklad ukazuje tento výňatek, kde Radan vyjadřuje svou frustraci z reakce manažerky na to, co zbylo na Petrohradě po požáru:

R: *Ale když mi [manažerka] zavolala ráno, tak jsem běžel, protože to dělám ne pro tyhle svině, co to vedou, ale pro ty lidi. To je úplně jinde člověk, víš co? Ale je to smutný, oni "práva, práva", vole, a vidíš jak to dopadá.*

MT: *Že hodně mluvěj a nic nedělaj.*

R: *(Křičí) Ty vole, "standardy přežily", jak u toho jásala, ne? Tam patnáct listů, ohořelý listy, nechápal jsem, tam ohořelý krovky, všechno a ona "standardy přežily"? Chápeš to?*

Nepochopím. Ne. Ne. To byla první její reakce. Chápeš to v tom ohořelým baráku? Ty vole nějakejch patnáct listů. Nepochopíš. Nepochopíš tu reakci. Říkám: "kde to jsme, na Marsu, nebo co?". Ta Věra Goliánová, jak je na planetě Era, ta furt má víc rozumu jak ona. To je mírumilovnej člověk.

Časté stížnosti se týkají nejistoty a tenzí v Domově a celkové atmosféry. *"Paní manažerka, ona ráda mluví tak jako v hádankách, chodí okolo, člověk neví, co se děje, je z toho vystreslej jak blázen..."* (Marta) Situace došla tak daleko, že se někteří zaměstnanci začali obracet na policii a právníky. Opět Marta:

Mar: Třeba jsme byli s kolegyní u právníka, tam je ten bossing, prostě jako šikanování nadřízeným, tam je to evidentní a on se jenom smál, že už jsme několikátý, který tam přišli z našeho zařízení. A že je to těžký prokázat to, tadyty věci.

MT: Atmosféra se prokazuje těžko.

Mar: Nebo tadyta šikana.

Radan: "Tadyten Petrohrad, co dneska hořel, tak tam je vedoucí tadyten Nový. (...) Ale (...) to je prostě sviňárna, co se tu děje. Je to týpek, kterej je zvolenej manažerkou, kterej prostě neumí jednat s lidma, nic. Týrá lidi, psychicky. Prostě rozjíždí takový věci, že nepochopíš. A důležitý je, že i on sám dělá poděly na klienty. Telefonoval a účtoval to na klienty. Prostě psycho. Ten člověk prostě využíval týhle situace. Začal rozjíždět věci, který by se absolutně neměly dít, a už vůbec ne od vedoucího. Rozjížděl věci, takovýhle a paní manažerka ho kryje. Kryje ho v tom, že je to její kůň a nedokáže uznat, že je chyba v něm. A ty holky, co tam pracovaly, jestli jich tam bylo osm a z toho pět braly léky na psychiku, protože on je vydíral. Ty holky dělaly všechno za něj. Ty holky psaly za něj všechno. Když jsem se ho dneska ptal, kde kdo leží, tak on ani neví, kde kdo leží a dělá tam tři roky vedoucího. Chápeš to? (naléhavě) Dneska jsem se ho ptal, kde leží pan Kantor a on neví, kde leží. To je prostě lempl. Lempl, ten nemá ani střední školu. A ta si ho tam drží, jak hada na duši, prostě ta ho nepustí. Fakt udělal takovýhle psycho, byli tam třikrát bengá kvůli tomu. Protože ho udaly ty sestry, protože už ho měly dost. Normálně personál ho udal a nic se neděje. Ona ho kryje a byli tu už třikrát policajti kvůli tomu. Prostě on na někoho volal a udal to jako... tři sta korun. Je to banalita, ale je to přestupek. Víš co a oni už jsou tak beznadějný, že to dali policajtům, už to jako nechtěli, prostě, už měli toho dost. Je psychicky vydíral, víš co? To je magor, ten člověk. To je magor. Má zastoupení a nic s tím neudělaj. Zvolenej člověk a dělej si co chceš. Ten kluk,

ten má základní vzdělání, chápeš? Nemá maturitu, dělal skláře a ani nedodělal skláře, tak co to je? A bude chtít tady rozhodovat. A když sem přišel on, já už jsem tady pracoval nějaký čtyři roky, šel jsem na Petrohrad, byl jsem vedle něho, protože jsem dělal sanitáře a on dělal PSP, takže jsem vedle něj pracoval. Miki, můžu ti říct, on na ty lidi nešáhl holou rukou. Štítíl se jich. Aby jim podal svetr, kterej je od lupů nebo... Štítíl se těch lidí. Ten tady nemá co dělat. A vzal si rukavice i když dělal culík ženský, nebo... Prostě si vzal rukavice, na všechno si bral rukavice. (...) Vždycky nadával na peníze, byl strašně nenažranej. Já říkám: 'to není dobrej charakter' a on je teď vedoucí. Rozumíš tomu? Já už jsem v tu chvíli, když jsem s ním o tom hovořil, věděl že to je zmrd. Že je to prostě podšívka, kterej pojede, chápeš to? Mladý holky, krásný, kdybys je viděl a oni berou léky, protože jsou s nervama v prdeli, jak je týrá."

Uvedenou historii jsem slyšel několikrát z nezávislých stran a je vidět, že toto prostředí nemůže být zdravé ani pro klienty, ani pro zaměstnance. Zneužívání medikace je jedním z klasických indikátorů zaměstnance směřujícího k syndromu vyhoření a při podobné atmosféře se není čemu divit.

Z uvedeného je vidět, že pracovní prostředí na Jedličce má do ideálu daleko, ačkoli se všichni zúčastnění snaží, aby se problémy nepřenášely na klienty. Je zde napětí mezi vedením, reprezentovaným zejména manažerkou kvality, které má díky velkému podílu osobního ohodnocení na mzdě přímou moc nad výší platu zaměstnanců, skupinou lidí vedení loajálních a skupinou, která by chtěla dělat svou práci dobře, ale cítí, že v daném prostředí pro to nejsou vhodné podmínky. Jak to definuje Marta: *"Kdyby prostě atmosféra v době 2000 a standardy kvality teď byly dohromady, tak úžasný. Tak máme vyhráno. A je to opravdu tím vedením."*

Díky tomu mají někteří pracovníci pocit, že všechny problémy se týkají reformy sociální sféry. *"Všechno to zkurvili tím, že to převedli do sociální sféry. Hm. Už tady žádněj zdravotník není. Je to všechno sociál, kterej nemá ani školu, má jenom maturitu a rozumí sociálním službám a stačí to. To je průser. Jako když postavíš k šachům dementa, tak takhle to funguje."* (Radan)

Odtotalizování instituce

V následující části se pokusím ukázat, jak lze na Domov se zvláštním režimem aplikovat Goffmanovu analýzu totální instituce.³⁵ Reforma psychiatrické péče³⁶ směřuje k minimalizaci tendencí spojených s totálními institucemi, takže bude zajímat prozkoumat, v čem je Domov nadále totální institucí a v čem nikoli. Ačkoli v USA a západní Evropě se reformní trendy objevily mnohem dříve, v ČR se tak stalo po roce 2000, což znamená zhruba čtyřicetileté zpoždění oproti Goffmanově kritice.

Protiklad goffmanovské totální instituce bývá někdy označován jako instituce *vitální*.³⁷ V následující kapitole se pokusím ukázat v jakých ohledech Domov se zvláštním režimem naplňuje charakteristiky totální instituce, v jakých ho lze považovat za vitální instituci a jaké charakteristiky s těmito koncepty neladí.

Předběžné poznámky

V ČR se od roku 2004 začala připravovat rozsáhlá reforma sociální péče a v roce 2007 vyšel nový zákon o sociálních službách,³⁸ který uváděl tyto reformy do praxe. Proces vytváření a implementace standardů kvality do praxe sociální péče probíhá dosud.

Tyto reformy měly mnoho dopadů. Jedním z nejviditelnějších bylo přísnější oddělení sociálního a zdravotního sektoru služeb a z toho plynoucí rekvalifikace, resp. obměna zaměstnanců zde pracujících. V Domově samém se to odrazilo zejména zrušením pozice vrchní sestry, místo níž byla zřízena pozice manažerky kvality, výrazným omezením počtu zdravotních sester, postupným rušením pozic sanitářů a ošetřovatelek a naopak zřízením pozic PSP s kurzem klíčového pracovníka. V souvislosti s Goffmanovou analýzou je vhodné si uvědomit, že jak zdravotní, tak sociální služby jsou založené na servisním modelu, ale jejich praxe a principy fungování jsou poněkud jiné. K tomuto tématu se vrátíme později.

Jak jsem již předeslal, nebudu zde mluvit o současném stavu psychiatrických nemocnic, kde mohou být podmínky jiné, protože z poněkud hybridního statusu psychiatrických léčeben (kombinujících účel zdravotní, sociální, ale v určité míře i detenční)

³⁵ E. Goffman, *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, New York 1961.

³⁶ Viz níže.

³⁷ S. Wallace, *Total Institutions*, Transaction publishers, 1971, str. 5.

³⁸ Zákon 108/2006 Sb. Viz http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf.

se přejmenovaly na psychiatrické nemocnice, čímž má být potvrzen jejich zdravotní status. Na rozdíl od domova se zvláštním režimem jsou tedy psychiatrické nemocnice součástí zdravotnického systému péče, způsob jejich organizace je poněkud odlišný a zejména se jich nedotkly (nebo mnohem méně) zmiňované reformy, soustředující se na sociální péči.

Omezím se tedy pouze na přístup k péči v domově se zvláštním režimem, což je zařízení, které se maximálně snaží o to nebýt totální institucí, ale s psychiatrickými léčebnami, klasicky goffmanovským příkladem ústavu s mnoha prvky totální instituce, sdílí klientelu i některé strukturální prvky.

Charakteristika Domova ve vztahu k modelu totální instituce

Pojďme tedy přikročit k samotné aplikaci Goffmanova modelu na náš typ instituce. Goffman definuje totální instituci následovně: *"Totální instituce může být definována jako místo pobytu a práce, které je odděleno od širší společnosti, ve kterém po určitou významnou dobu větší skupina stejně postavených jedinců vede uzavřený, formálně spravovaný život."*³⁹ Totální instituce je tedy dána místem, které je nějak odděleno od ostatní společnosti, časem, po který jsou její obyvatelé odděleni, uzavřeností a správou života těchto lidí. Mezi příklady takových institucí může patřit vězení, koncentrační tábory, internátní školy, dětské domovy, kláštery, kasárny, nebo psychiatrické nemocnice.

V případě Domova jde o místo tvořené souborem budov, které spolu sice sousedí, ale nejsou od vnějšku oddělené žádným pevnějším způsobem. Na kopci nad Domovem je sice plot, který ale spíše brání vstupu na soukromý pozemek za ním, než aby bránil obyvatelům v odchodu. Na silnici vedoucí skrze areál si všimneme upozornění na možnost pohybu špatně pohyblivých osob a omezení rychlosti automobilů na 20 km/h, ale jiný znak toho, že jsme se ocitli na území instituce není vidět. S areálem těsně sousedí velká budova, kde žije několik romských rodin, z druhé strany chalupa a dvorek, na kterém jeho majitelé chovají nejrůznější zvířenu (králíky, slepice). Pod areálem se nalézá ruina bývalé fabriky, naproti stojí fabrika částečně dosud fungující. Co se týče místa samého, je Domov tedy dobře integrován do městečka a není nijak oddělen.

Distance je ovšem dána sociálně. Protože se zde ústav sociální péče nacházel již od 50. let 20. stol., všichni obyvatelé města dobře vědí, co a kdo se v tomto areálu nalézá a např. procházející rodiny s dětmi zde člověk vidí minimálně. Ačkoli je určitá snaha pořádat "integrační" akce i pro veřejnost, většinou se dostaví jen příbuzní zaměstnanců Domova, nebo

³⁹ Goffman 1961, str. xiii.

několik seniorů, ale širší veřejnost se Domova spíše straní. Pro zjištění, čím je to dáno, by byl třeba další výzkum, ale klasické stigmatizační vzorce se přímo nabízejí.⁴⁰

Stejně tak sami uživatelé⁴¹ Domova mohou víceméně kdykoli odcházet a přicházet, za předpokladu, že se domluví s personálem a dostaví se např. k večeři. Přesto jsem si nevšiml, že by některý z nich aktivně mluvil o dění ve městě, nebo by jinak bylo znát, že vnější prostředí má na život instituce vliv. Protože právě propojenost vnějšího prostředí a instituce dle Goffmana charakterizuje míru uzavřenosti,⁴² lze konstatovat, že ačkoli je fyzicky i organizačně instituce velmi otevřená, na sociální stránce se tato otevřenost příliš nepodepisuje.

Co se týče doby, kterou klienti v instituci stráví, ta naopak bývá opravdu dlouhá. V době mého výzkumu se zde vyskytovali klienti, kteří zde byli "odjakživa" - byli zde již v době, kdy nastupoval služebně nejstarší zaměstnanec. O některých z nich se říkalo, že zde žijí již třicet let, jiní patnáct, nebo deset let, někteří přišli relativně nově a byli zde pouze rok nebo dva. K tomu je ovšem třeba připočítat další léta strávená v psychiatrických léčebnách a nemocnicích. Neslyšel jsem o nikom, kdo by se odtud vrátil do běžné společnosti a jen o jednom případě, kdy žena z Jedličky našla chráněné bydlení a takto se do většinové společnosti integrovala alespoň částečně. Z tohoto pohledu je tedy Domov instituce vskutku totální - nejčastější způsob, jak se odsud dostat pryč, je smrt.

Také správa lidí zde probíhá formou, jakou popisuje Goffman⁴³ - formální administrativní a byrokratické procesy zajišťované menším počtem zaměstnanců mají na starosti potřeby většího počtu klientů.

⁴⁰ Viz Goffman 2003.

⁴¹ Vhodně nazvat "obyvatele" totálních institucí je poněkud problém, protože většina pojmenování v sobě nese implicitní hodnotící hledisko, nebo poukazuje k určitému konceptu instituce. Goffman užívá označení *inmates*, tzn. lidé, kteří jsou uvnitř a spolu, který je velmi výstižný, ale je poněkud problém pro něj najít vhodný český ekvivalent. Na místech, kde píšou o totální instituci obecně, budu vzhledem ke snaze o obecnost a neutralitu užívat označení *obyvatel* (protože totální instituce je vskutku místem pobytu) a starší pojem *chovanec* (protože všechny totální instituce vykazují starost o své obyvatele, která není nepodobná chovatelskému zvířeti). Abych předešel nedorozumění, připadá mi vhodné zmínit, že stigmatizační nádech slova *chovanec* pochází z vnímání toho, že takový člověk potřebuje, aby ho někdo choval, protože to nedokáže sám. Moje užití slova má opačnou logiku - je to instituce, která přistupuje k obstarávání lidí jako k "chovu", a protože právě těmito rysy totálních institucí se budeme zabývat, připadá mi užití tohoto označení opodstatněné. Pojem *chovanec* také lépe odděluje *personál* či *zaměstnance* (který instituci může též trvale obývat; Goffman užívá termínu *staff*) a vlastní "cílovou skupinu". V případě, kdy popisují Domov, budu respektovat emické označení *obyvatelé*, *klienti*, nebo *uživatelé*. Záhy si ukážeme, jak se tento typ instituce snaží sladit svůj přístup se servisním modelem, výrazem čehož je mj. právě preferované označení *klient* či *uživatel služeb*.

⁴² Goffman 1961, str. 4.

⁴³ Tamt., str. 6-7.

Typologie, autorita, aktivity a přetrvávající formy disciplinace v Domově

Jak je zřejmé, domov se zvláštním režimem je instituce pro lidi, kteří se o sebe nemohou postarat, ale pro vnější společnost jsou víceméně neškodní. Z toho plyne otevřenost Domova - protože problematičtí (např. agresivní) psychiatričtí pacienti jsou umístěni v jiných institucích, není třeba se obávat, že by klient ve městě způsobil nějakou zásadní škodu. Problém ovšem může být v sociálních normách (někdy se stává, že některý sociabilní uživatel sedí v Bílé bříze na náměstí a pokřikuje na všechny procházející, dříve u některých klientů bývalo časté žebrání ve městě) a také v odpovědnosti za uživatele. Extrémní případ se stal před několika lety, kdy klient v zimě odešel a po několika dnech byl nalezen v lese, kde zemřel podchlazením. Dvojí ostří svobody uživatele, ale současné odpovědnosti personálu za něj, provokuje někdy kritiku zaměstnanců, kteří se zlobí na nerealistické standardy toho, jak s klienty jednat. Protože se ale na dodržování stávajících pravidel přísně dohlíží, není již tato kritika překládána do praktik (např. uzamykání klientů), jak tomu někdy bylo dříve.

Forma autority sice nejobecněji odpovídá Goffmanovu popisu,⁴⁴ protože ať dělají cokoli, na klienty vždy dohlíží pracovníci ústavu, ale je zde snaha o určitou diferenciaci. Ta spočívá v tom, že zájmové aktivity probíhají pod dohledem pracovníka ZVNČ a při běžném chodu zde každý uživatel má svého klíčového pracovníka, na kterého se může obracet se svými přáními, potřebami a stížnostmi.

Náplň času není tak pevně narýsovaná, jak popisuje Goffman stav v totálních institucích.⁴⁵ Regimentační přístup⁴⁶ se z pochopitelných důvodů objevuje např. na výletech, při společném jídle a někdy při koupelích, když je nutné stihnout obsloužit mnoho klientů, ale jinak není čas uživatelů nijak pevně organizován a většinou jsou ponecháváni nečinnosti. Ačkoli se pracovníci ZVNČ snaží organizovat nejružnější činnosti jako náplň času klientů, nebývá o tyto aktivity vždy široký zájem a kruciólní je zde otázka peněz. Protože uživatelé mají často k dispozici na útratu jen pár set či tisíc korun měsíčně, často si nemohou dovolit placené akce, které ZVNČ nabízí.

Mezi některými uživateli se objevuje silná solidarita a sdílejí cigarety, kávu, nebo jídlo, mezi jinými může panovat nesnášenlivost a někde i formy šikany, kterým se ale personál snaží zabránit. Takto jsem slyšel, že jeden z uživatelů svému spolubydlícímu brání dívat se na televizi, pokud mu nezaplatí poplatek. Sociální hierarchie podle důvěry se spíše

⁴⁴ Tamt., str. 10, 42.

⁴⁵ Tamt., str. 6-7.

⁴⁶ Tamt., str. 42.

než mezi uživateli objevuje mezi zaměstnanci. Ti si dávají velký pozor na to, kdo donáší vedení a kdo je důvěryhodný, stejně jako si dávají pozor před uživateli.

Jistá pravidla omezující volnost zde ovšem jsou - za standardních okolností by se uživatel měl dostavit ke společným jídlům (snídaně, oběd, večeře), při kterých se také podává medikace. Po večeři se již procházky většinou netolerují a klient je přesvědčován, že může jít ven zase zítra. Na noc se také pavilony zamykaly, i když na žádost klienta by ho měl pracovník pustit ven.

Zvláštní a nepřilíš reflektovaná forma disciplinace je rutinní podávání sedativ spolu s večeří. To se děje i na tzv. dovolených, kde je jinak volnější režim. Takto jsem zažil případ, kdy se pro uživatele uspořádalo večerní opékání špekáčků na ohni, ale nikdo nereflektoval fakt, že již před hodinou byly většině uživatelů podány večerní sedativa, a tak jsme během několika desítek minut byli svědky scény, která bývá obvykle vyhrazena pozdním večerním hodinám opileckých dýchánek v přírodě - kolem ohně pospávali lidé právě tam, kde se kdo uvelebil a vzhledem k dezorientaci a nekoordinovaným pohybům nebylo právě snadné všechny bezpečně odvést do postele.

Integrace klientů

Počet klientů na jednoho člena personálu je poměrně nízký. Při běžné službě na Rozhledně dává cca 5 členů personálu pozor na 32 uživatelů. Klíčoví pracovníci mají na starosti průměrně po 4 klientech. Ačkoli Goffman nespecifikuje konkrétní poměr ovládajících a ovládaných v totální instituci, jeho závěry působí tak, že tento poměr je mnohem menší (tzn. větší počet klientů na menší počet pracovníků).⁴⁷ Nepřátelské stereotypy uživatelů⁴⁸ vůči personálu se na Jedličce objevují výjimečně, spíše je časté, že si některý klient některého pracovníka oblíbí. To je projevem faktu, který po Goffmanovi analyzuje také Murphy,⁴⁹ totiž že v totální instituci nastává jistý přepis, kdy *významní jiní*,⁵⁰ jak se v sociologii nazývají blízcí lidé, přestávají být členové rodiny, přátelé a další lidé, mezi něž a obyvatele byla postavena (reálná či metaforická) zeď instituce a těmito významnými jinými se stává obsluhující personál (v tomto případě PSP a klíčoví pracovníci). Mezi zaměstnanci sice kolují o klientech různé historky, ale většina je spíše úsměvných a skrývá se pod nimi porozumění

⁴⁷ Tamt., str. 7.

⁴⁸ Tamt., str. 7.

⁴⁹ Murphy, R. F., *Umlčené tělo*, Sociologické nakladatelství, Praha 2001.

⁵⁰ Orig. *significant other*. Užití tohoto pojmu se může lišit. Někdy bývá užíván jako dominantní protiklad identity, ale Goffman i Murphy jej užívají ve smyslu blízké osoby, ke které máme nějaký vztah (viz např. Goffman 1961, str. 32).

pro situaci uživatele. To je dáno tím, že sociální distance mezi klienty a nižším personálem není velká.⁵¹ Vzájemná komunikace je podporována, jediné distanční předpisy se týkají hygieny. Personál má takto vlastní oddělenou koupelnu (která je ovšem mnohem čistší než ta užívaná uživateli) a na některé úkony jsou předepisovány rukavice. Pokud ale PSP užívá rukavice mimo tuto "špinavou práci" (přebalování, manipulace s nádobami na moč apod.), vystavuje se riziku disciplinace ostatními PSP, kteří - oprávněně - cítí, že se klientů štítí a nechce se jich dotýkat, což je v podobném zařízení špatně. *"On na ty lidi nešáhl holou rukou. Štítí se jich. Aby jim podal svetr, kterej je od lupů nebo... Štítí se těch lidí. Ten tady nemá co dělat. A vzal si rukavice i když dělal culík ženský, nebo... Prostě si vzal rukavice, na všechno si bral rukavice."* (Radan)

Integrace do vnějšího světa mimo instituci se různí podle zájmu klienta. Není příliš zájem prosazovat integrační opatření, o které si uživatelé sami neřeknou, jak je vidět např. z následujícího úryvku interview s Milošem:

Mil: Takže sem docházej i školky, nebo naši lidičky choděj do těch zařízení. To jsou různý... já nevím, Mikuláše a takový. I když už se od toho ustupuje, mě se to třeba moc nelíbí. Pokud to vychází z individuálu [individuální plán, mapující potřeby a přání klienta] toho člověka, má tu potřebu zavzpomínat si, jaký to bylo ve školce, tak ať ho tam teda vemou, ale myslím si, jestli mi rozumíš (...)

MT: Já jsem to spíš chápal tak, tyhle akce s těma dětma, že je tu přece jenom víc starších lidí, seniorů, a ty mají potom často potřebu se stýkat s těma malejma dětma a takhle. Přirozeně to tak funguje většinou ve společnosti, že prarodiče... Takže to mi dává spíš takovejhle smysl.

Mil: Já to spíš беру jako tu vazbu, ale obráceně, líbilo by se mi to, jako že tady bude nějaký vystoupení, nějaký představení těhletěch... "Chcete jít? Kdo chce...", ale brát ty [lidí] do školky mi přijde divný.

Ačkoli integrace do společnosti má ve standardech kvality důležité místo a Domov se prezentuje jako zařízení, které se integraci snaží, pracovníci sami nemají pro integrační programy velké pochopení. Spíše je praxe nechávat zájem o okolní svět a naopak zájem

⁵¹ Mluvím o pohledu v rámci instituce. Již bylo řečeno, že personál má - na rozdíl od klientů - vazby na jiné prostředí mimo instituci, kde jsou role a sociální status jiný. Zatímco mimo Domov může být PSP někdy jeden z nemnoha, který práci a peníze má, tudíž má poměrně vysoký sociální status, v rámci instituce může mít někdy marginálnější pozici, než uživatelé sami. Samozřejmě, že v systému je jeho pozice vyšší, ale v porovnání s Goffmanem popisovanými situacemi, je sociální distance mezi personálem a klienty v Domově mnohem menší a vztahy jsou difúznější.

okolního světa o klienty volnému průběhu dobrovolných aktivit. Jak již bylo řečeno výše, akce, které pořádá ZVČN, častěji propojují spíše podobná zařízení, než obyvatele zařízení a vnější svět.

Tento přístup je poněkud zvláštní, protože integrace není jen prostředkem, jak instituci "odtotalizovat", ale má zejména protistigmatizační efekt. Jednak se tím snižuje riziko hospitalismu, kdy si klient natolik zvykne na institucionální prostředí, že nezvládá ani rutinní úkony péče o sebe, jednak je známo, že stigmatizace je nejčastější tam, kde většinová a stigmatizovaná skupina se stýkají minimálně a jejich vzájemný vztah je postaven na základě stereotypů.⁵² Pokud by se tedy zintenzivnily kontakty mezi klienty Domova a veřejností, je možné, že by se zlepšil i náhled, který má veřejnost na duševní nemoc a lidi, kteří jí trpí. Miloš zmiňuje, že většina lidí nerozumí práci v Domově: *"Já si myslím, že ty běžný lidi, nevím kolik procent, ale furt tak 70% toho národa nevědí, neznají vlastně naši práci, nevědí, že ten člověk, i když je zbavenej, tak má nějaká svoje práva, občas se stane, že nám volaj z města: 'Hele, máte tady tohohle, asi vám utekl chovanec.' To jsou hrozný slova: 'utekl chovanec'. I v televizi něco takovýho proběhlo."* Jednoduchý a levný způsob, jak zároveň integrovat uživatele do společnosti a poučit veřejnost by spočíval právě v různých integračních akcích, kdy by byli v kontaktu ti "uvnitř" a ti "venku", jako se již léta snaží provozovat pražská psychiatrická nemocnice v Bohnicích (festival "Mezi ploty" a mnoho dalších, podobných akcí).

Pracovní a rodinné vztahy v Domově

Práce klientů v Domově probíhá dvěma způsoby. Jeden je podporované zaměstnávání, kterého se v roce 2012 účastnili čtyři lidé z Domova, kdy chodili na částečný úvazek pracovat do organizací mimo Domov a byli za ni standardně placeni. Taková práce má za úkol integraci, nácvik praktických dovedností, s tím související zvýšení sebevědomí a v neposlední řadě i ekonomické konsekvence. Krom pozitiv pracovní terapie se tu tedy objevují i běžné vzorce motivace k práci, které Goffman u totálních institucí vylučuje.⁵³

Druhou variantou zaměstnávání je práce v Domově samém. Klientům je takto umožněno pomáhat s praním prádla, dopravou a servírováním obědů a dalšími jednoduchými manuálními pracemi. Uživatelé mají oficiálně dohodu o provedení práce, ve které je uvedena hodinová mzda 49,- Kč/hod., pracují skoro každý den, takže by si měli poněkud přilepšit.

⁵² Viz pozn. k integraci, stigmatizaci a kontaktní hypotéze výše.

⁵³ Goffman 1961, str. 10-11.

Problém je nicméně v tom, že fond, který je určen na výplaty pro klienty tolik prostředků nemá, takže pracující uživatelé dostávají proplacen vždy jen omezený počet hodin měsíčně. V době, kdy jsem v Domově dělal výzkum se také přišlo na to, že v systému je chaos, protože někteří uživatelé, kteří již nepracovali odměnu stále dostávali, zatímco jiní, kteří pracovali, nikoli.

MT: Já vím, že Ota Němec a pár dalších lidí tam pracujou jako pro ústav, dělají něco v prádelně a takhle. A když jsem četl ten manuál, tak tam bylo napsaný, že by měli mít normálně smlouvu...

Mar: Maj, maj normálně pracovní smlouvu, to jako maj, ale maj 49 korun na hodinu, což jako... To nevadí, to není zas tak...

MT: Jak dlouho to je takhle? Protože mě před těma dvěma lety, když jsme se o tom s někým bavili, tak mi říkali, že je to asi 150 za měsíc, nebo něco takovýho.

Mar: Právě, právě. Protože oni vlastně dělají každé den, ale je tam nějaký fond pro práci těch klientů, který se nesmí přečerpat. Ty klienti pracujou každé den, ale kdo má opravdu hodně hodin, tak má pět měsíčně zaplacených. V průměru jsou to dvě, tři hodiny, co dostávají, což jako...

MT: A přitom pracujou každé den.

Mar: Každé den.

MT: To je ale podvod.

Mar: Je, no.

MT: To je takový zvláštní. A na to se jako supervizorky neptaj.

Mar: Ale jako jo, ale... Třeba se vůbec, měly by se dělat jako výkazy práce, jako máme my výkaz práce. A to se nedělá u těch klientů. To si myslím, že kdyby přišla inspekce, tak to taky napadne.

Krom toho, že taková praxe odporuje zákonu i etickým kodexům a jedná se vlastně o zneužívání klientů k neplacené práci, taková práce také velmi dobře ladí s goffmanovským pojetím práce v totální instituci.⁵⁴ Odměna je takto spíše minimální, spíše rituální, čemuž nahrává i fakt, že v některých případech za pomoc při vykonání nějaké práce PSP rozdávají cigarety (ovšem většinou ze svého, není to oficiální praxe posvěcená vedením). Motivace zde tedy nebývá ekonomická, ale může částečně zahrnovat prestiž (přiblížení se zaměstnancům),

⁵⁴ Tamt., str. 10-11.

prostá chuť pomoci a snaha uniknout všudypřítomné nudě. Prestiž ale dle mého pozorování je důležitá spíše na osobní než sociální úrovni - klient má pocit důležitosti, nebojí se okřiknout ostatní, kteří mu překážejí, neboť má jistý úkol, narozdíl od "poflakujících se" ostatních uživatelů.

Goffman považuje rodinné vztahy za něco, co je implicitně nekompatibilní s životem v totální instituci. Vzájemná kontradikce totálních institucí a rodiny je podle něj tak silná, že se projevuje oboustranně - nejen že totální instituce vylučují možnost rodinného života, ale i naopak - rodina je zdrojem resistance proti totálním institucím.⁵⁵ Proto je zajímavé se podívat na způsob, jak se s intimními vztahy v instituci vyrovnává Domov se zvláštním režimem. Teoreticky zde možnost navazování sexuálních vztahů není nijak omezena. Problém ale je v nedostatku soukromí, které je vlastní každé podobné instituci. V posledních letech byla snaha omezit pokoje na kapacitu maximálně tří uživatelů, aby bylo soukromí zajištěno alespoň do určité míry. Pokoje po dvou se ale vyskytují výjimečně a jsou dražší. Z toho pak vychází omezení možnosti vztahů a jejich potřeby soukromí. V Domově je jeden pár, který spolu trvale žije, dalším párem jsou Erika s Tadeášem na Rozhledně a zmíněný Ota Němec má slečnu Adélu v chráněném bydlení v nedaleké Bramboři. Na příkladu Eriky a Tadeáše je dobře vidět, s jakými problémy se formující se páry v takové instituci potýkají. Z kapacitních a finančních důvodů již několik let nemohou mít svůj vlastní pokoj, takže spolu sice mohou trávit čas, ale pouze vystaveni pohledu všech ostatních. Pokoje si uživatelé sami nemohou zamykat, takže ani takto není možné ukořistit chvíli sami pro sebe. Aby byl jejich svazek potvrzen, rádi by si uspořádali svatbu, ale na to jim chybí peníze. Ze vztahu tedy zůstávají jen společně sněné představy o tom, jestli se situace někdy zlepší, na což ale příliš šancí není, protože jejich situace je primárně dána penězi a malými příjmy na to, aby si mohli zaplatit vlastní pokoj.

Diskulturace a hospitalismus

Goffman ukazuje,⁵⁶ že lidé přicházejí do totálních institucí s kulturou osvojenou ve vnější společnosti. V rámci instituce ale musí své jednání změnit - mnoho z toho, co se naučili, jim zde není k ničemu a musí se učit pracovat s pravidly dané instituce. Přijetí prostředí a pravidel totální instituce ale není tolik *akulturací* (přijetím, či přizpůsobením se nové kultuře), ale spíše *diskulturací* (ztráta kulturních zvyklostí bez nahrazení zvyky novými).

⁵⁵ Tamt., str. 11-12.

⁵⁶ Tamt., str. 12-13.

Když pak chovanec stráví v totální instituci několik let, není pro něj jednoduché se navrátit zpět do společnosti.

Tento popis diskulturace lze na Domov poměrně dobře aplikovat. Jeho hlubším projevem je to, co se nazývá *hospitalismus*, kdy člověk ztrácí nejen běžné kulturní návyky, ale i schopnost se o sebe základně postarat (umýt se, vhodně se obléci apod.). Proti hospitalismu je snaha bojovat tím způsobem, že se klade důraz na samostatnost klientů a většina úkonů, které zvládnou sami, se ponechává na nich. Opět Miloš: *"Samozřejmě, máme tady zaměstnance, kteří jsou profesionálové, tzn. dělají to profesionálně, naše uživatele mají jako partnery, dokážou si třeba i navzájem vyměnit nějaký názory. Což si myslím, že je v pořádku, takhle by to mělo fungovat, mít odstup, nějaký odstup, prostě takovou tu profesionalitu. Jako rovně s rovným. Ale máme zaměstnance, který jsou to takový maminy, berou je jako svoje děti, takže je to odnaučujeme, je to v nich. A pak jsme tady měli zaměstnance, který vůbec k těm lidem nic necítily, neuměli s nima pracovat, ale myslím, že s těmadle lidma jsme se tak nějak už rozloučili a jestli je nás padesát zaměstnanců, jestli se tady objeví dva, tři, tak se to už jenom vychytá. I ten tým to dneska už vidí, že ten člověk je jinej, že nemá vztah k tomu. (...) Proto právě jsou ty plány péče, kde je jasně nastavený, že ten uživatel, třeba ten klíčák řekne tomu týmu, předá tu informaci, že tomuhle uživateli se bude jenom s tímhle úkonem dopomáhat, a pokud to budou dělat všichni stejně, tak mu budou všichni dopomáhat. Ale pokud se tam najde nějaká mamina, která prostě mu to celý provede, tak je to špatně."*

Diskulturace se projevuje v tom, že lidé ztratili své kulturní návyky mimo instituci a jsou již adaptováni pouze na život v ní. To je vidět na mnoha klientech, kteří celé hodiny jen hledí do zdi a nenechají se vyprovokovat k žádné činnosti. Protože ale možnost komunikace s vnějším světem zde není omezená, je třeba hledat důvod jinde, než v omezeních daných institucí. Nabízejí se dva důvody. Jeden souvisí s faktem, že všichni uživatelé mají za sebou různě dlouhou kariéru v psychiatrických nemocnicích, což může být instituce s více totálními rysy než Domov, kam si již přinesou adaptaci z psychiatrické nemocnice. Druhým důvodem je silná medikace, kterou dostává většina uživatelů Domova. Podle vyjádření uživatelů, personálu i jiných zdrojů mohou některé léky navozovat otupělý stav, který může vysvětlit letargii, kterou lze pozorovat na mnoha klientech Domova.

Umrtvování Já⁵⁷

Goffmanovy analýzy umrtvování Já⁵⁸ na Domov lze aplikovat jen omezeně. Je zde patrná snaha co nejvíce omezit aktivní umrtvování z hlediska personálu ve formě drobné šikany. Pokud by někdo měl silnou koncepci Já z předchozího života (tyto lidi ale v Domově příliš často nenajdeme),⁵⁹ nebudou mu zde kladeny větší překážky. Mállokterý uživatel ale odkazuje na svůj předchozí život jako něco smysluplného, z čeho by nadále čerpal uspokojení. Spíše jsem se setkal s tím, že klienti poukazují na předchozí život jako selhání a život v instituci je jen logickým prodloužením tohoto selhání. Goffmanovsky interpretováno by to znamenalo zvnitřnění teze o úpadku *morální kariéry* klienta.⁶⁰ Pokud nám takový přístup připadá nepravděpodobný, můžeme opět odkázat k dlouhodobému pobytu v psychiatrické nemocnici. Z tohoto hlediska je zajímavé, že nejstarší (nikoli nutně věkem, ale délkou pobytu v Domově) uživatelé vykazovali často mnohem silnější osobnost a více osobních zájmů, než obyvatelé, kteří byli v Domově kratší dobu.

Některé věci ovšem nelze změnit ani kdyby se organizace Domova změnila sebevíce. Patří mezi ně stigmatizace duševně nemocných ve vnější společnosti, která blokuje sebezpotvrzení ve vnějším světě⁶¹ a dále *občanská smrt*,⁶² kdy mnoho klientů má omezenou způsobilost k právním úkonům, tudíž ani z pohledu státu nejsou plnohodnotnými osobami. Také nemožnost vystoupit z role, související s trváním jednoho prostředí a stýkání se se stále stejnými lidmi neumožňuje si experimentálně vyzkoušet jiné způsoby konstruování Já.⁶³

Identita a její znečištění

Přijímací rituály, které Goffman považuje za klíč k sociální situaci totální instituce a první fázi umrtvování Já,⁶⁴ se v Domově v této tvrdé formě neprojektují. Žádné lámání vůle, žádné testy poslušnosti, jen seznámení s domovním řádem, probrání toho, co obsahuje smlouva a provedení po instituci. Majetek se klientům obvykle ponechává, oblečení též,

⁵⁷ Goffman užívá pojmu *self*, přičemž tento pojem neužívá v běžném psychologickém významu, ale spíše jako sebezazírání jedince, význam, který dává sám sobě. Ten je samozřejmě konstruován a udržován sociálně. Jako překlad tohoto pojmu budu používat termín *Já*, ovšem v goffmanovském smyslu, bez návaznosti na psychoanalytické teorie.

⁵⁸ Tamt., str. 14-63.

⁵⁹ Toto silné tvrzení je interpretací mého pozorování, kdy jen málo klientů mělo nějaké aktivity a zájmy, které by se snažilo si v Domově prosadit, většinou jen pasivně využívali nabídky, nebo ani to ne.

⁶⁰ Tamt., str. 14.

⁶¹ Viz Goffman, E., *Stigma*, Sociologické nakladatelství, Praha 2003.

⁶² Goffman 1961, str. 16.

⁶³ Tamt., str. 14-15.

⁶⁴ Tamt., str. 17-18.

vzhled se nijak neupravuje. Osobní informace jsou tajné a mohou se mezi zaměstnanci rozšířit jen formou šeptandy, kdy si ale všichni dávají pozor, aby to nezjistili ostatní a zejména uživatel sám. Neexistují zde žádná vyžadovaná gesta, ani zdvořilá oslovení. Jediné, kdy je nucen uživatel stanout nahý proti někomu z personálu je případ, kdy se nedokáže sám obsloužit při koupeli. To samozřejmě není případ ponižování, nebo rituálního zbavování identity, ale - jakkoli to může být pro obě strany nepříjemné - nutná podmínka praktického fungování zařízení. V totálních institucích může být umrtvování racionalizováno hygienickými pravidly, v Domově naopak někdy nastává situace, že hygiena není příliš přísně dodržována, což se někdy projevuje na jisté neudržovanosti klientů - v době, kdy jsem v Domově prováděl výzkum měli uživatelé někdy špinavé a neudržované nehty, v některých případech vlasy, koupání a holení probíhalo typicky dvakrát týdně a ani oblečení klientů nebylo vždy padnoucí. Jak bylo zmíněno výše, distanciací zaměstnanců a stigmatizace klientů je omezována nejen v rámci oficiálního diskursu, ale i tlakem kolektivu mezi zaměstnanci samými.

Znečištění poskvřující identitu⁶⁵ se ale někdy objevit může. Již bylo zmíněno volnější dodržování hygienických pravidel, u osobních věcí, jako oblečení či bot, někdy dochází k záměně. Ani sociální zařízení jak záchod a koupelna nebyly vždy v perfektně čistém stavu. Extrémní příklad jsem slyšel od jedné PSP, když mluvila o dřívější doktorce, která někdy např. cévkovala, aniž by měla nástroje sterilizované. O otázce užití rukavic bylo pojednáno výše.

Na listovní tajemství⁶⁶ je kladen poměrně velký důraz, je ovšem poměrně časté, že sami klienti přijdou s dopisem od příbuzného, který některému PSP chtějí přečíst. Nucený sociální kontakt, jaký popisuje Goffman⁶⁷ zde samozřejmě je (při mytí, přebalování, takřka jakékoli manipulaci s imobilními klienty), ale je snaha, aby při něm nedocházelo k ponížení, které by nabořovalo Já.

Znečištění kontaktů s blízkými,⁶⁸ kteří přijdou na návštěvu lze také poměrně efektivně zamezit. V Domově je dost klidných a odlehlých míst, kam si s návštěvou uživatel může sednout, navíc může jít na vycházku do města.

⁶⁵ Tamt., 25-28.

⁶⁶ Tamt., str. 31.

⁶⁷ Tamt., str. 28-29.

⁶⁸ Tamt., str. 32-33.

Autonomie, tresty a odměny, strategie adaptace

Osobní autonomie jednání⁶⁹ je v Domově relativně volná - pokud si klient chce naplánovat den a činnosti jinak, než je oficiální režim, má k tomu poměrně velkou volnost. Předpokládá se sice, že hlavních jídel se zúčastní všichni, ale i to lze po domluvě pozměnit.

Autorita je zde všeobecná, tak jak popisuje Goffman,⁷⁰ ale v konečném důsledku klienti často zjistí, že ten či onen PSP je méně přísný, takže se pak chovají spíše podle toho, kdo na ně právě dohlíží. Vzhledem k tomu, že personál nemá právo mluvit do psychiatrického profilu klienta a s psychiatrem ani nepřijde do styku, chybí zde Goffmanem popisovaný důraz na abnormalitu a interpretace mnohého jednání jako důsledku duševní nemoci.⁷¹

"Domácí pravidla"⁷² zde jsou, ale jiného typu. Vzhledem k tomu, že Domov je organizován dle modelu servisních služeb,⁷³ je možné v extrémním případě klienta z Domova vyloučit a poslat zpět do psychiatrické nemocnice. Jak bylo naznačeno výše, odměny zde jsou, ale tresty jen výjimečně. Při zuřivém záchvatu klienta je nutno postupovat podle vymezených opatření tak, aby jakékoli omezující opatření bylo efektivní, ale nemohlo být vykládáno jako trest. Nechme opět promluvit vedoucí Rozhledny Miloše:

Mil: Ono se to od té doby, já nevím, kdys to jako viděl, ale já si myslím, že od té doby se to změnilo malinko. Ten náhled na tyhlety restriktce, protože postranice, který jsou u postelí oni chtěli taky začít brát jako restriktce. Ale pokud si jí ten uživatel umí sundat sám, jednak sundat, jednak zvednout, nebo pokud je třeba napůl spuštěná, tak to nemůže být braný jako restriktce. Ten člověk může vylízt, používáme těmhle lidem i zvonky, protože jeden den on si jí dokáže sundat, druhý den zase ne. Že tohle je vlastně období normálu, pro uživatele našeho, kde my začínáme zjišťovat, v týchletý fázi, v tý eskalaci, začínáme zjišťovat nějaký změny našich uživatelů. Takže vidíme - budu říkat příklady jenom - že má tady díru na čele, nebo na krku, (...) tím, že ty lidi známe, jsou tam vidět změny. My v týchletý době je naší prací vlastně to, že my s těmi uživateli hovoříme, snažíme se to různě zklidnit, aby to pak nevyvrcholilo do krize. Pokud se to nepodaří... Ještě jsem chtěl říct, že v týchletý době tý eskalace (...) - to ještě nemluvíme o nějakých restrikcích, o nějakých omezeních - (...) ten uživatel má od doktora třeba napsanou nějakou zklidňující injekci a (...) může přijít a může si o ni

⁶⁹ Tamt., str. 38-41.

⁷⁰ Tamt., str. 42.

⁷¹ Tamt., str. 85.

⁷² Tamt., str. 48.

⁷³ Viz níže.

říct. A musí jí podepsat, a pak jí může aplikovat sestra. Jedině sestra, bez lékaře. Když se tohleto všechno nepodaří, vstupuje uživatel do krize, kde už se dostáváme do restrikcí. Z našeho zákona, ze stoosmičky, používáme fyzický, mechanický a trošičku, v uvozovkách, chemický.

MT: No jasně, to jsou třeba ty injekce, zklidňující, nějaký... A jak se liší fyzický a mechanický?

Mil: Vysvětlím. Tydlety tři druhy restrikcí nikdy nesmějí jít na přeskáčku. Vždycky musejí jít posloupně po sobě. To znamená fyzickou, to jsou různé úchopy, sebeúchopy toho uživatele, mechanická je místnost, ta místnost nemá svojí velikost, ani není předepsaný, že by tam muselo být támhleto zadělaný nějakým polystyrénem, nebo tímhletem, ale jediný, co má předepsaný, že musí být do té místnosti vidět do všech rohů a musí být vevnitř... Takhle, musí se tím uživatelem hovořit. Někdo má nějaký ty audiosystémy vevnitř, v těch místnostech a komunikuje s ním přes dveře. Ty dveře se můžou držet, za ruku, ale nesmí se zamykat. No a když nepomůžou ani jedny, ani ty druhý, tak už přichází na řadu ta nejhorší restrikce, to omezení, což je ta aplikace injekce, kterou aplikuje lékař, v našem případě to je, že voláme rychlou záchrannou službu.

MT: A to by mě teda zajímalo, prošli jste někdy celou tuhle cestu, až k tý chemický?

Mil: Ne. U nás se dostáváme - naštěstí - k tomudle, do takový tý eskalace, kdy vlastně ten uživatel požádá, už cejtí nějakou tu svojí změnu, požádá o tu injekci zklidňující a fyzický ani natož chemický restrikce... Za mojí doby, co jsem tady, tak ne.

MT: A máte připravenou nějakou takovou místnost, jak jste říkal, pro tu mechanickou?

Mil: To může být třeba jenom pokoj.

Také různá oddělení zde jsou, ale klienti se v rámci nich příliš nepřesouvají. Za dobu svého výzkumu, ani v pozdějších letech, když jsem mluvil s personálem a uživateli jsem nezaregistroval jediný případ přesunutí klienta z oddělení na oddělení, tudíž tato forma trestů zde také absentuje. Jediný případ stěhování klientů se stal v roce 2012, kdy Petrohrad vyhořel a zdejší obyvatelé museli být po dobu rekonstrukce ubytováni v ostatních pavilonech. Je zřejmé, že toto byla organizační záležitost a nikoli forma trestu.

Nicméně o formě racionalizovaného trestu⁷⁴ by se z jistého pohledu dalo mluvit v případě přesouvání zaměstnanců z pavilonu na pavilon. Jak píše výše, PSP často mluvili o rozbíjení dobře stmeleného kolektivu vedením.

Druhotné přizpůsobení uživatelů, o němž píše Goffman,⁷⁵ se v Domově najde, ale není nijak časté. Rezistence vůči ústavním podmínkám a způsoby to, jak "vyzrát" na instituci se projevují maximálně v praxi některých uživatelů, kteří se jdou opít, nebo žebrat do města, popř. obchodování s různými komoditami, hlavně oděvem.

Goffmanovské strategie adaptace na život v totální instituci⁷⁶ zde příliš dobře aplikovat nejdou. Klienti jsou možná již z kariéry v psychiatrické léčebně natolik adaptováni, že jedinými strategiemi, které můžeme v Domově pozorovat, jsou *kolonizace*⁷⁷ a *konverze*.⁷⁸ Někteří uživatelé skutečně hrají roli ideálního klienta, snaží se pomáhat a nepřekážet PSP. Na mnoha uživatelích je také vidět, že jim pobyt na Jedličce vyhovuje a nikam by se stěhovat nechtěli.

Od žádného z klientů jsem neslyšel stížnosti v tom smyslu, že by období zde strávené bylo nějak vyjmuté z jejich života a měli by zakázáno žít.⁷⁹ Volný čas zde nejčastěji tráví nicneděláním, aktivnější se účastní pomáhání s pracemi, nebo participují na akcích ZVČN.

Personál Domova

Pozice zaměstnanců je totálních institucí velmi specifická - na jedné straně jsou vystaveni nepřátelství a požadavkům obyvatel, na druhou stranu ale musejí dodržovat racionální pravidla instituce. Cíle totálních institucí nejsou většinou početné, ale může být složité jich dosáhnout. Patří mezi ně elementární ekonomie instituce, vzdělání a vycvičení, zdravotní a psychiatrická péče, náboženské očištění, ochrana širší společnosti před znečištěním, „*zneschopnění, odplata, oddělení a převýchova*“.⁸⁰ Nutno podotknout, že totální instituce v těchto proklamovaných cílech často selhávají, ale o to lépe zajišťují vysvětlení a diskurs pro své zaměstnance a obyvatele. Diskurs každé totální instituce pak stanovuje nejen s ním přímo související výkony, ale zajišťuje i explanaci a interpretaci všech výkonů v totální instituci. „*Je paradoxem, že zatímco totální instituce vypadají jako to nejméně intelektuální*

⁷⁴ Tamt., str. 50-52.

⁷⁵ Tamt., str. 54.

⁷⁶ Tamt., str. 61-65.

⁷⁷ Tamt., str. 62.

⁷⁸ Tamt., str. 63.

⁷⁹ Tamt., str. 67-70.

⁸⁰ Cressey in: Goffman, str. 83.

*místo, právě zde se - alespoň v poslední době - stalo, že zájem o slova a verbalizované perspektivy začal hrát ústřední a často horečnatou roli.*⁸¹ O tomto nevšedním zájmu o slova a verbalizované perspektivy ještě bude řeč.

*"Když nelze použít běžné racionalizace širší společnosti, nebezpečně se otvírá pole pro všechny druhy interpretačních úletů a výstředností a následně pro nové druhy tyranie."*⁸² Racionalita běžné společnosti je tedy jistou ochranou proti interpretativním úletům. Personál totální instituce se dostává do konfliktu mezi relativně humánní racionalizací instituce a imperativem poslušnosti chovanců a jediné manévrovací pole se mu otevírá právě v interpretaci diskursu a jeho překládání do každodenních praktik. Když je instituce uzavřená a chybí zde regulativní role veřejného mínění, tyto interpretace mohou dosáhnout netušené volnosti.

Podívejme se tedy, jak se s prací v Domově vyrovnává zdejší personál. Klasický způsob, jak zacházet s lidmi v totální instituci je jejich *objektivace* - aby se člověk nemusel stydět za různé donucovací praktiky a další způsoby zacházení, které pro plnohodnotné osoby nejsou přípustné, pohlíží personál na obyvatele totální instituce jako na "lidský materiál", nebo "lidské objekty", tzn. jako na věci, s nimiž je třeba nějak zacházet, aniž bychom se museli obávat o náš vztah k nim.

Druhý pól přístupu k uživatelům, který chrání personál před výčitkami a poskytuje mu explikační model toho, jak ke klientům přistupovat, je to, co bych nazval *rodinný přístup*. V rodině totiž nacházíme jedince, kteří jsou sice lidmi, ale ne plně osobami, proto je omluvitelné je vychovávat a je nutné se o ně starat - totiž děti. Tento model je široce rozšířený mezi pomáhajícími profesemi a někdy se nazývá *infantilizace*.⁸³ Na seniory, kteří se o sebe nemohou postarat a v případě Alzheimerovy nemoci nebo stařecké demence se nechovají ani příliš racionálně, se pak aplikuje přístup stejný. Infantilizace je charakterizována afektivním vztahem ke klientům, jejich láskyplnému opečovávání a ve slovních projevech personálu často neuvědomovaným užíváním zdvořilých. Často může vést k přepečovávání, tzn. obsluze klienta i těch ohledech, kde by se mohl obsloužit sám. To zase vede k výše zmíněné diskulturaci a hospitalismu. Tuto problematiku jsme již ilustrovali názorem Miloše, pojďme se podívat ještě na názor zdravotní sestry Sylvy:

⁸¹ Goffman 1961, str. 84.

⁸² Tamt., str. 91.

⁸³ Nebo v překladu "zdětinštění" (Bártlová 2005, str. 47).

S: *Každý jsme nějaký, já osobně jsem nikdy neměla ráda, já jsem nesnášela nějaký to: (šišlá) "Ježíši marja babičko", takovýto: "nožičky, ručičky, botičky", to mě přišlo vždycky blbě. Proč bych měla osmdesátiletý paní říkat "Boženko vem si ty botičky," at' je na tom jakkoliv? Takže já jsem vždycky striktně říkala: "Paní Nováková, obujem si boty, zkuste to sama, pokud vám to nepůjde, já vám pomůžu." Ale tohle jsem nikdy nedělala. Ale jsou lidi, který "a pũũũ" a objímání a hlazení. Já to nemám ráda ani moc ve svym normálním životě. Natož s cizejma lidma. Každý jsme nějaký. Ale vždycky jsem řvala na ty holky, pokud začly přepečovávat.*

MT: *To je důležitý. Ale možná tam najít - kde tys viděla tu hranici?*

S: *No, ta je samozřejmě hrozně těžko rozpoznatelná, ale třeba když tam leží člověk, kterej je v podstatě nehybný, ale ruce má, rukama vládne, nějak, tak nevidím důvod, proč ho krmit. At' se nají sám. Proč bych neřekla: "Paní Nováková, vemte si hřeben a učešte se"? Ale ono je rychlejší vzít ten hřeben, udělat raz dva a ono je to pryč. Tak to jsem vždycky hrozně řvala, když to ty holky dělaly. To jako jsem jim to nedovolila. Protože zase na druhou stranu tyhlecky stařečci jsou jakoby líný už. Jakmile zjistěj, že je někdo nakrmí a učeše, a obuje jim botičky, tak proč by to dělali sami, neudělaj to. A my jsme měli ve svých cílech mj. podporovat v soběstačnosti. Je fakt, že to je strašný někdy zdržování, nervy, ale pak se to ve finále vyplatí, ty lidi si udělaj co nejvíc věci sami. Když museli bejt doma, tak si to taky museli udělat. Nikdo jim nepomůže. (...)*

MT: *Myslíš, že dřív se to dělo často? Já vím, že svoje podřízený jsi držela a snažila se, aby to nedělali, ale to přepečovávání jako...*

S: *A děje se to i teď. Mnohdy si to ty lidi, ty klíčáci právě, si to pletou s tím, co to obnáší, ta funkce toho klíčovýho. A myslej si, že když ho maj na starosti, tak mu musej udělat první poslední. A ty lidi samozřejmě hnedka si z nich udělaj pěkně posluhy. A ona řekne: "Jaruško, kupte mi..." co, já nevím, "šampon s kondicionérem" - protože tady ho v kantýně nemaj - a Jaruška jako po službě běží a obchází nějaký drogerie, aby babičce koupila něco. Já říkám: "Na co? Má svojí rodinu, at' jí to koupí rodina. Na to ty tady nejseš, jako běhat po krámech." Boty, spod'áry, cokoliv. To oni zase toho hnedka využili a holky některý to blbě pochopily. Takže se jim to musí dokola, nebo se jim to muselo opakovat.*

Většina dřívějšího personálu Domova směřovala k tomuto rodinnému přístupu. Někdy to mohlo vést k přepečovávání, ale zdaleka ne vždy. Používám raději toto neutrálnější označení, než pojem infantilizace, protože jsem zažil PSP a zdravotní sestry, které k uživatelům

přístupovaly afektivně, láskyplně, oddaně, ale zároveň bez některých průvodních znaků infantilizace jako jsou zdobněliny v řeči nebo přehnaná péče o klienta. Nový systém péče klade důraz na profesionalitu, což znamená důraz na práva klienta, na jeho samostatnost a na jistou citovou nezainteresovanost personálu. Toto omezení citové složky se většinou popisuje jako emocionální neutralita, která by neměla znamenat nepřítomnost, ale ovládnutí citů.⁸⁴

To by mělo personál ochránit proti syndromu vyhoření, což je v pomáhajících profesích velké téma. Mezi průvodními znaky syndromu vyhoření patří cynismus, nezáměr o klienta, jeho objektivace a automatizace výkonů, nad kterými člověk již nepřemýšlí a vykonává je zcela mechanicky. Klasický syndrom vyhoření jsem v Domově nepozoroval, ale nejistota, nedůvěra a všeobecná atmosféra zde vytvářejí prostředí, které je z hlediska tohoto fenoménu velmi ohrožující.

Na druhé straně je otázkou, zda výše zmíněný důraz na profesionalizaci péče nemá za následek chladnější vztah ke klientům. Bártlová zmiňuje,⁸⁵ že mnohem častější, než problematika přepečování je spíše různě odstupňované zanedbávání klientů či pacientů. PSP David takto popisuje stav, kdy všechny klienty koupe jen on a ještě jedna PSP, když mají službu ostatní, tak se těmto výkonům vyhýbají. K otázce vztahu PSP a klienta se ještě vrátíme.

Goffmanova poznámka o tom, že pokud není možné užít modely z běžné společnosti, otevírá se prostor pro nejrůznější interpretační excesy a úlety,⁸⁶ dobře ladí se situací v Domově. Dokud vrchní sestry kladly důraz na to, starat se o klienty jako o svoje děti či staré rodiče, bylo všem pracovníkům jasné, co se po nich chce. V momentě, kdy se tohoto pohledu přestává používat, nemají PSP známý model, ke kterému by péči o klienta přirovnali. Na jednu stranu je třeba se o klienty starat a pečovat o ně, na druhou stranu se po nich chce emocionální neutralita a profesionalita. Tento model neladí s žádným schematem známým z běžného života, takže se otevírá prostor pro interpretaci toho, co ona emocionální neutralita může znamenat. Davidovy stížnosti na PSP, kteří nechtějí koupat klienty a "napíápávají" si výkony na čtečkách "z křesla", mohou poukazovat k tomuto problému.

Je důležité si uvědomit, že rodinný a profesionální přístup nejsou nutně vzájemně se vylučující kategorie, do kterých by bylo možné zařadit každého zaměstnance. Jsou to spíše tendence k hlavnímu směru interpretace, pohledu na svou práci a způsobu jejího vykonávání. Protože tyto dvě tendence budu níže dále interpretovat, je důležité poznamenat, že se mohou

⁸⁴ Srov. Bártlová 2005, str. 110, 137.

⁸⁵ Tamt., str. 142.

⁸⁶ Viz výše.

doplňovat. Vedoucí Rozhledny v době mého výzkumu vysvětlovala ideální přístup právě poukazem na rodinu, ale rozhodně klienty nepřepečovávala a i průvodní znaky infantilizace by se u ní hledaly těžko. Naopak byla ve vedení pracovníků i komunikaci s uživateli velmi profesionální a těžko si představit, že by se rozložila, když by se některému klientovi něco stalo.

Naopak i Miloš zdůrazňuje nutnost doplnění profesionálního přístupu city. *"Máme tady zaměstnance, kteří jsou profesionálové, tzn. dělají to profesionálně, naše uživatele mají jako partnery, dokážou si třeba i navzájem vyměnit nějaký názory. Což si myslím, že je v pořádku, takhle by to mělo fungovat, mít odstup, nějaký odstup, prostě takovou tu profesionalitu. Jako rovně s rovným. (...) A pak jsme tady měli zaměstnance, který vůbec k těm lidem nic necítili, neuměli s nima pracovat, ale myslím, že s těmadle lidma jsme se tak nějak už rozloučili."*

Podstatný je důraz, uchopení toho nejdůležitějšího na práci PSP. Zvláště lidé zvyklí na lidovější a intuitivnější chování ke klientům a větší důraz na klienta, než na formální pravidla a dokumentaci, se hůře učí novému přístupu.

Dokumentace

Dalším goffmanovským rysem práce personálu je dokumentace.⁸⁷ Ačkoli je zcela jasná její potřebnost, jak pro praktické informace o stavu klienta, tak pro potřeby instituce, mnoho PSP má pocit, že je zdržuje od praktické práce a věnování se klientům. V tom někteří pracovníci vidí rozdíl mezi tím, jak fungovala práce v roce 2010 a dříve, kdy byly vedoucími oddělení většinou zdravotní sestry a roky následující 2011, kdy se vedoucími stali pracovníci v sociálních službách.

MT: Hele a ty jsi říkal, že ta Alena Vařilová měla takovej lidštější přístup, než tenhle týpek, tak v čem se to projevuje, liší?

D: Tak on taky ty uživatele má rád, bere je, pokecá s nima a tak. Má jako kladnej přístup, jinak by to nemohl dělat, ale ta Alena... ona na tu manažerku tak nedala, (...) třeba to dýl trvalo, ale spíš ona chtěla, abysme se věnovali těm lidem. Ted'kom zas ten Miloš chce, abysme se hodně věnovali těm papírům. Jenže když jseš tři roky v tomhleto a pak přijde najednou to... je v tom trochu hokej. Není to... ale to jde o to, než se to člověk naučí používat, ale (...) budeš spěchat u tý práce, nebo u toho psaní a nebude to

⁸⁷ Goffman 1961, str. 74-75.

tak, jak by to mělo být. Nebude to sedět, jak by to mělo být. A když to pak píšeš o nočních, tak... nepíšeš tam úplně... píšeš tam pravdu, nebo to, co se s nima bavíš, ale nemáš ty potřeby z toho, když se bavíte spolu, on ti řekne a ty to jdeš zapsat. Je to prostě už trošku jinak daný.

Extrémnější je Radan: *"Protože vím, že já ty lidi mám zmapovaný, já je mám v hlavě, já s nima soucítím. A nepotřebuju si psát všechno. To, co mi řekne, že potřebuje srát, nebo chcát, jako tady píšeš všechno, kdy si uprdne, kdy si ukrkne... Tak kde to jsme, vole? Někdy - víš co mi to přijde? Hlubokej komunismus."* Vyjadřuje zde přesvědčení, že hlavní na práci PSP není důraz na formální pravidla a dokumentaci, ale soucit s klienty, znalost jejich problémů, porozumění a aktivní práce s nimi.

Jak bylo zmíněno výše, restriktivní opatření se používají jen výjimečně, a to pouze v případech, kdy klientovi nebo personálu hrozí nějaké fyzické nebezpečí. V Domově tedy najdeme postranice u postelí uživatelů, u kterých hrozí, že by z postele mohli spadnout a kteří nemohou samostatně chodit, nebo připnutí klienta zvláštním pásem k židli. Všechny tyto praktiky jsou ale skutečně motivovány snahou o bezpečí obyvatel a nejsou to jen racionalizace jednání, které ve skutečnosti umožňuje personálu jednodušší a efektivnější zacházení s obyvateli.⁸⁸

Slova a pojmy

Ačkoli příčiny budou jiné, v Goffmanově práci mě zaujal popis toho, jak důležitá jsou v psychiatrické nemocnici slova a termíny.⁸⁹ Podobný - pro vnějšího pozorovatele těžko pochopitelný - zájem o slova a termíny jsem totiž shledal ve svém terénu. Goffman tento zvláštní důraz připisuje souboji dvou diskursů - oficiálního diskursu zdravotnické servisní péče, který se v nemocnici prezentuje a praktického jednání v psychiatrické nemocnici, které má poněkud jiné konotace a v mnohém souvisí s diskursem spíše vězeňským. Protože mnohé praktiky do zdravotnického diskursu nezapadají, musí být věnována nemalá energie na reinterpetaci těchto praktik tak, aby do tohoto diskursu zapadaly.

V Domově jsem také zaznamenal neobvyklý důraz na přesné pojmenování praktik. Tyto termíny nejsou psychiatrické, nýbrž jsou dány standardy kvality sociálních služeb. S malým důrazem na psychiatrický diskurs také souvisí fakt, že personál Jedličky nemá

⁸⁸ Tamt., str. 78-79.

⁸⁹ Tamt., str. 84.

Goffmanem popisované tendence interpretovat všechno klientovo jednání jako výraz duševní poruchy. Vzhledem k relativní blízkosti mezi klientem a jeho klíčovým pracovníkem jsem naopak někdy viděl snahu hledat v klientových požadavcích, plánech a zájmech racionalitu, která na první pohled nemusela být patrná.

Zpět ale k pojmům diskursu sociálních služeb. Většina nižšího personálu měla v praxi poněkud problém s jejich použitím. Když byla řeč o restrikcích, klíčových pracovnících, integraci, nebo cílech instituce, pracovníci často v rozhovorech dělali dlouhé pauzy, jak se snažili vybavit si správný termín pro ten či onen problém. V extrémních případech někdy bylo vidět, že neumějí termíny správně použít a obecně mluví o něčem takovém způsobem, aby bylo navenek vidět, že termíny znají, zatímco v praxi nechápali, o co jde.

Význam tohoto důrazu na pojmy vychází ze zmiňovaných reforem sociální péče a formy jejich prosazování. Personál Domova se musel během několika let naučit, jak proměnit svou práci v souladu se standardy kvality sociální péče a jak správně pojmenovat všechny výkony a problémy, se kterými se setkávají. V roce 2010, kdy jsem prováděl svůj výzkum ještě mnoho zaměstnanců Domova nemělo nový diskurs "zvnitřněný", ale byl na ně kladen velký tlak, aby se chovali a mluvili podle nových pravidel. Toto prosazování nového pojetí spočívalo jednak v absolvování kurzů PSP, klíčového pracovníka a dalších, v praxi ústavu je má na starosti hlavně manažerka kvality, externě podporovaná supervizí. Dle mého soudu bylo zejména v počátcích tato proměna prosazována velmi formalisticky. Samozřejmě, že šlo o proměnu praxe jako takové, ale vedlejším efektem byl neustálý důraz na správná pojmenování, bez větší starosti o hlubší porozumění těmto termínům. Z toho neporozumění pak plynula nejistota personálu, zda dělá věci dobře a rozšířený pocit "zkoušení" či "soudního přelíčení" při supervizích. Z mého hlediska zde jak manažerka, tak supervize selhaly v efektivním vysvětlení těchto pojmů a pravidel personálu. V pozdějších letech, když jsem se do Domova vracel dělat rozhovory a vyptávat se na současný stav, bylo toto porozumění lepší a pracovníci již lépe chápali, co se po nich chce a proč. Problémy, které nadále přetrvávaly, jsou popsány výše. Formalismus manažerky kvality je dobře vidět na scéně popsané Radanem, kdy se manažerka při prvním vstupu do vyhořelého domu nestarala o to, co zbylo z pokojů a o jaké osobní věci kdo přišel, ale začala jásat nad tím, že přežily standardy kvality vyvěšené na nástěnce. Ačkoli jde samozřejmě o nadsázku, dobře to ukazuje míru, v jaké je kladen důraz na formální pravidla a nikoli na intuitivní pochopení těchto pravidel. To ilustruje výňatek z interview s Martou:

Mar: Ale je prostě guláš v tý administrativě a v těch změnách toho zákona. Ted' máme těch standardů zase deset, maj bejt udělaný jinak, my už se s tím pět let sereme a ted' se zase bude předělávat... Je to těžký, prostě, zavádět to do tý praxe. Kdyby to tak opravdu fungovalo. A vlastně se s tím veze všechno. Člověk to musí cejtít, že to takhle má bejt, pak si to jen hodit na ten papír, aby ty lidi podle toho jeli. Nemůže se vyžadovat znalost standardů celejch od těch zaměstnanců, protože to jako nejde. Já vlastně když to tvořím, tak taky zapomenu, co tam je a musím se podívat, protože to je prostě složitý, abych to obsáhla.

MT: Ale tak jako ty principy by zase každej měl znát, ne? Takový ty elementární, jako že...

Mar: Samozřejmě, tam je důležitá dvojka a důležitý pro ty pracovníky jsou ty postupy, třeba to když ten klient chlastá, chodí chlastat, že mu to nemůžeme zakázat, ale tam je postup, jak zdravotnice působěj a vysvětluje se to a co se dělá, když přijde vožralej, když přijde vožralej a jde si lehnout, tak at' si spí, ale když zvrací a rozbíjí nábytek, tak co se má dělat.

Marta zde mluví o tom, že člověk musí principy péče cítit a nelze si pamatovat formální znění všech standardů. Často je ale vyžadována spíše tato formální znalost.

Překlad teorie standardů kvality do praktických návodů na péči o klienty se pak děje pod dohledem supervize. Poslední instancí jsou samozřejmě PSP sami, kteří diskurs ztělesňují praktikami, ale návody k tomu, jak tento překlad dělat, poskytuje právě supervize.

Ceremonie v Domově

Goffman udává celou řadu příkladů institucionálních ceremonií,⁹⁰ které přemost'ují distanci mezi personálem a chovanci. Na všech těchto akcích funguje nejvyšší management totální instituce jako její reprezentace, do níž si obyvatelé projektují různé představy. *"Totální instituce pravděpodobně potřebuje kolektivní ceremonie, protože je něco více, než jen formální organizace, ale její ceremonie jsou často prázdné a ploché, snad protože je něco méně než komunita."*⁹¹

Mezi institucionální ceremonie Domova patří krom oslav Vánoc, Velikonoc a podobných svátků také "dovolená" uživatelů. Jde o pobyty v rekreačních objektech mimo zařízení. Pro bohatší uživatele je možnost jet do některého letoviska k moři, pro chudší se

⁹⁰ Tamt., str. 94-110.

⁹¹ Tamt., str. 110.

organizuje pobyt na podnikových chatách v regionu. Program na těchto dovolených zahrnuje výlety a volnější denní režim, než mají uživatelé v Domově.

Jak jsem již zmínil výše, i na Jedličce se vydává měsíčník, do kterého ale nepřispívají jen uživatelé, ale i zaměstnanci. Protože distance mezi nižším personálem a klienty není příliš velká, nemá ani časopis úlohu překonávání mezery mezi nimi, ale spíše má charakter zájmové činnosti. Vzhledem k nižšímu vzdělání personálu pak na některých místech časopis připomíná časopisy školní.

Pohled klientů na zaměstnance není zatížen velkými předsudky a většinou nedávají najevo žádnou formu animozity. Zaměstnanci sami nicméně často artikuluji pohled, podle něhož ze sebe nižší personál vydává pro klienty to nejlepší, ale celkovou atmosféru a organizaci instituce kazí vedení.

Totální a vitální instituce

Dlouhodobá kritika nakonec vedla ke snahám o reformy nejrůznějších institucí a snahu o jejich humanizaci. V institucích pro duševně nemocné to vedlo v posledních desetiletích ke snahám o rozšíření komunitní péče a omezování velkých psychiatrických institucí.⁹² Tento trend v ČR nastoupil od roku 1990.⁹³ Od té doby se neustále mluví o snižování počtu lůžek v psychiatrických nemocnicích (dříve léčebnách), což se opravdu děje, ale bez plnohodnotného nahrazení službami komunitními.⁹⁴ V jistém smyslu jde o protiklad tendence zakládání dílen, o které mluví Goffman.⁹⁵

Je tedy otázka, zda dnes, kdy mnohé instituce své totální rysy pomalu ztrácejí, je možné ještě koncept totální instituce využít pro analýzu. To byl jeden z důvodů, proč jsem chtěl na terénu Domova se zvláštním režimem Jedlička ověřit její funkčnost. Pokud zkusíme zobecnit zjištění, která jsme získali aplikací teorie totální instituce na tento terén, můžeme konstatovat následující.

Mezi rysy, v nichž může přetrvávat totalita instituce, je její uzavřenost a distance od širší společnosti, ať již ve smyslu fyzickém, či sociálním. Stále také přetrvávají některé formy disciplinace. Problém práce, její motivace a odměny za ni se ukázal jako přetrvávající. Stejně tak diskulturace v institucích, ač jsou snahy proti ní bojovat, se stále udržuje.

⁹² Viz např. Bártlová 2005, str. 62.

⁹³ Bártlová 2005, str. 62-63.

⁹⁴ *Koncepce oboru psychiatrie, 1. revize*, str. 2.

⁹⁵ Goffman 1961, str. 332.

Plně vitální instituce je pak otevřená a plnohodnotně se stará o své obyvatele. Autonomie jednání je zde plně umožněna, s klientem se nenakládá jako s věcí, aby byla umožněna větší efektivita práce a obyvatelé nejsou organizováni formou regimentace. Sociální distance mezi klienty, zaměstnanci a vedením zde není velká. Je zde umožněna seberealizace a naplňování zájmových aktivit. Možnost partnerských, sexuálních a rodinných vztahů je zde byla umožněna dostačující mírou soukromí. Skrze integraci (a na ni navazující destigmatizaci) se posiluje navázanost klientů na vnější společnost, což společně s důrazem na schopnost se o sebe postarat brání diskulturaci a hospitalismu. Všechny formy šikany, umrtvování Já a poskvrnění identity jsou vymýceny. Systém odměn a trestů, zajišťující věci každodenní potřeby a disciplinující obyvatele je minimalizován. Restrikce je omezena jen na nejnnutnější příležitosti a v tom případě je pak trpělivě vysvětlena.

Jak vidno, Domov se zvláštním režimem si přes všechnu snahu reformy sociálních služeb několik aspektů totální instituce stále podržuje. Podstatné ovšem je, že ač se zde většinu rysů klasické totální instituce podařilo vymýtit, Jedlička stále není institucí vitální. Pro další analýzu se tedy musíme obrátit jinam.

Péče jako služba

Model servisních služeb

Z jiného pohledu se můžeme na problematiku Domova podívat v souvislosti s tím, co bych poněkud tautologicky přeložil jako *servisní služby*.⁹⁶ V každé společnosti jsou určité favorizované způsoby, jak k sobě mohou dva jedinci přistupovat a jednat spolu. Příklady mohou zahrnovat jednání rovného s rovným, nebo typické jednání člena vysoké kasty s příslušníkem kasty nízké. Každá tato strategie má v sobě zakódováno spojování nebo oddělování sociálních statusů. V naší kultuře (někdy označované jako společnost služeb) má výsadní místo vztah obsluhy a obsluhovaného.⁹⁷ Skrze jeho analýzu se můžeme leccos dozvědět mj. právě o psychiatrických léčebnách.

Servisní vztah, o kterém zde Goffman mluví, je většinou založen na potřebě něco fyzického opravit, vyladit či vybudovat, pro co člověk musí najít experta, který to dokáže. Objevuje se zde tedy trojúhelník vlastník-objekt-expert. Proces pak probíhá tak, že vlastník vkládá svůj objekt do rukou experta a přináší s sebou respekt ke kompetenci tohoto experta, důvěru v etické užití objektu, vděčnost a poplatek za práci. Služba pak zahrnuje "*ezoterickou a empiricky efektivní kompetenci*",⁹⁸ vůli k jejímu užití ve prospěch klienta, diskrétnost a nezájem o důvody, proč klient o službu žádá a jistou neservilní zdvořilost. Expert se často silně identifikuje se svým povoláním a někdy může mít vznešenou motivaci sloužit lidstvu. Racionální schopnosti experta podkládá víra v racionalismus, empirismus a mechanicismus.⁹⁹ Interakce mezi klientem a expertem probíhá na třech úrovních - expert sdělí klientovi technické detaily opravy a diagnózu problému, dále kontraktuální informace (odhad ceny a času, který oprava potrvá) a probíhá také sociální část (vzájemné prokazování úcty a respektu). Zde je důležité rozlišovat mezi *symptomy* (verbální popis problému) a *znaky*

⁹⁶ Goffman 1961, str. 321. Ačkoli tento esej je také součástí knihy *Asylums* a souvisí s psychiatrickými léčebnami, nejedná se již charakteristiku totální instituce. Goffman užívá termínu *tinkering trades*, což je poněkud obtížné přeložit do češtiny. Jde o obchodní vztah spadající do služeb, zaměřený na opravu nejrůznějších věcí. *Tinker* znamená v češtině tak rozdílné věci jako *kutil*, *dráteník*, *oprava*, ale také *pobuda* a mnoho dalších. Vzhledem k tomu, že analýza je zaměřena na službu jako vztah zákazníka a experta na opravu, připadalo mi vhodné podržet v překladu slovo služba. Ačkoli anglické *service* původně znamená právě *službu* (srov. *to serve*, *servant* apod.), česká přejímka má již poněkud jiné zabarvení a může znamenat právě *opravu* (např. autoservis). Proto si myslím, že překlad *servisní služby*, ač může znít poněkud podivně, je nakonec přiléhavý.

⁹⁷ Tamt., str. 323.

⁹⁸ Tamt., str. 326.

⁹⁹ Tamt., str. 328.

(vycházející z objektu samého).¹⁰⁰ Expert tedy zachází jednak s klientem (sociální, rituální přístup) a jednak s objektem (technický přístup), které je třeba podržet odděleně.

Cyklus opravy má několik fází. Poškození věci nemusí být jejímu vlastníkovvi hned zřejmé, takže první fáze zahrnuje samotný fakt zjištění, že se něco pokazilo. Druhá část je oprava sama, kdy vlastník přinese věc expertovi a ten ji opraví. Následuje období kontroly a "rekonvalescence", kdy objekt nefunguje plně a musí se dávat pozor, zda se vada nevrací a všechno funguje správně. Po určité době, když se žádné problémy neobjeví, je objekt opět plně použitelný, "jako nový". Předpokladem zde je, že poškození věci není jejím vlastním záměrem a věc sama na něm nenese žádnou vinu.¹⁰¹

Goffman poznamenává,¹⁰² že v posledních 100 letech (v současné době tedy zhruba 150 let) nastala v servisních službách důležitá proměna. Místo toho, aby opravář chodil za klientem domů a spravoval věc v klientově domě, zřizuje si dílnu, kam klienti chodí za ním. Expert si tak může dovolit těžší vybavení, které je kvalitnější, ale imobilní a může také lépe dělit práci, zabývat se pouze kvalifikovanou prací a jednodušší úkony nechat na pomocnících. I v sociálním smyslu má dílna svou výhodu - klient je zde hostem, tudíž má větší úctu a protože nezůstává v dílně, aby dohlédl na proces opravy, je možné lépe schovat či napravit pochybení, které případně vzniklo. V dílně je také možno oddělit pracovní a sociální část vztahu - obchod a domluva se odehraje u kasy, řemeslník pak oblékne pracovní oděv a jde provést technickou část výkonu. Na druhou stranu klienti vědí, kde experta najít - je tedy třeba si dávat pozor, aby neudělal chybu, protože laický referenční systém (šeptanda) v komunitě může být silnou zbraní. V tomto momentě máme co do činění s trojúhelníkem expert-zákazník-komunita. V komunitě pak expert požívá určité pověsti, která jednak souvisí s jeho osobou, ale v některých případech vychází čistě z jeho povolání (právník nebo doktor byli vždy symbolem autority a důvěryhodnosti).¹⁰³

Existují jisté konceptuální předpoklady pro to, aby výše naznačený vztah mohl fungovat. Předně, předmět musí sám o sobě fungovat, aby ho vlastník mohl užívat (věc která nikdy nepracovala nelze opravit). Za druhé, věc musí patřit pouze vlastníkovvi a toto jeho vlastnictví je právně vymahatelné. Třetím předpokladem je, že objekt tvoří uzavřený celek, v kterémžto rysu je nahlížen stejně opravářem, jako jeho zákazníkem. Poslední podmínka je, že spadá do určité třídy věcí, na kterou je expert specializován.¹⁰⁴

¹⁰⁰ Tamt., str. 329.

¹⁰¹ Tamt., str. 330-332.

¹⁰² Tamt., str. 332.

¹⁰³ Tamt., 332-333.

¹⁰⁴ Tamt., str. 333-334.

Krom toho jsou určité předpoklady, aby mohla fungovat dílna. První z nich je, že v dílně se věc nebude dále kazit, že i v případě, že se k její opravě nedostane hned, zajistí opravář její konzervaci. Druhou podmínkou je, že věc není přímo závislá na prostředí, ve kterém se běžně nachází, a že jí tedy v dílně nebude hrozit nové nebezpečí, když z tohoto prostředí bude vytržena. Třetím předpokladem zde je, že klient není nerozlučně vázán k objektu a může se na čas obejít i bez něj.¹⁰⁵

Goffman konstatuje, že toto je ideální model, který bude každé povolání specificky proměňovat.¹⁰⁶ Některé trendy tento model oslabují, jako tendence věci nespravovat, ale prodávat rovnou nové, nebo vyměňovat celé části, místo elaborované opravy. Těmto trendům napomáhá automatizace a stále větší složitost moderních přístrojů. Na sociální úrovni je zase možné omezit předpokládanou všeobecnou dostupnost těchto služeb a vybírat si klienty dle sociálního statusu, nebo schopnosti platit. Profesionalizace také může vést k tomu, odmítat některé zakázky jako nedůstojné.¹⁰⁷

Lékařský diskurs a servisní služby

Pojďme se tedy podívat, jak tento model lze aplikovat na lékařství. Tělo se s rozvojem lékařské vědy v západní společnosti konstituuje jako opravitelná věc, což nahrává pojetí medicíny jako servisu.¹⁰⁸ Lidé se samozřejmě s tělem mnohem více identifikují, takže potřebují více ujišťování o tom, že oprava dopadne dobře, ale na druhou stranu se často mohou silně identifikovat i s neživými objekty (dům, auto, rodinné hodinky). Z pohledu doktora může fakt této identifikace vést k soucitu s klientem, který může bránit efektivní komunikaci. Klient je také v této situaci neustále přítomen, což může doktora znervózňovat při opravě. Tento problém nejnázve řeší anestézie, na psychologické úrovni pak objektivace. To znamená, že doktor bere svého pacienta jako klienta jen zpočátku, v průběhu léčby jej vnímá jako objekt a až při rozloučení s ním opět jedná jako s klientem a plnohodnotným člověkem. Zůstává zde ovšem problém, že tělo nebývá možné opravit tak rychle a efektivně, jako většinu věcí.¹⁰⁹ Za těchto okolností může vypadat mírně podivně, že tolik lidí je ochotno vkládat svá těla do rukou doktorů, často za nemalé peníze, když záruky léčení často nebývají

¹⁰⁵ Tamt., str. 334-335.

¹⁰⁶ Tamt., str. 337.

¹⁰⁷ Tamt., str. 337-339.

¹⁰⁸ Tamt., str. 340.

¹⁰⁹ Tamt., str. 340-342. Ačkoli by se mohlo zdát, že s rozvojem farmakologické léčby je možné podat lék a rychle restituovat funkčnost těla, farmaka často fungují spíše jako potlačení projevů nemoci, než její hlubkové vyléčení. S tím souvisí nový důraz na nejrůznější dlouhodobé terapie, jako je např. rehabilitace. To platí zvláště o duševních nemocích.

velké. Důvodem je zde to, že člověk je tak pevně svázán se svým tělem, že se radši podrobí léčbě, která má alespoň malou šanci na úspěch, než se spokojit s tělem porouchaným.¹¹⁰

Se zdravím je možné také pracovat na úrovni komunity, nebo celé populace (očkování, hygienické normy), což nijak výrazněji nekonkuruje výkonu lékařství na místní úrovni (ordinacím a nemocnicím).¹¹¹ Výše zmíněnému trojúhelníku expert-objekt-klient v lékařství mizí jeden vrchol, protože objekt splývá s klientem. Další komplikace nastává, když nemocný není svéprávný. Pak na rozhodovací místo nastupuje jeho opatrovník a trojúhelník zahrnuje tři lidi: lékaře, nemocného a opatrovníka, z nichž ovšem jen dva jsou bráni jako lidé, protože nesvéprávný nemocný je pouhým objektem a pozorovatelem.

Rozdíl od ideálu servisních služeb se může projevit i na tom, že nemocnice se nemusí vždy řídit jen čistě ohledy na zdraví. Na rozhodování jakou léčbu pacientovi poskytnout mohou mít vliv i ekonomické (jsou různě drahé způsoby léčby), studijní (když jsou zde na praxi studenti, je možné jim ukázat konkrétní zákrok), nebo výzkumné důvody (v případě, že v nemocnici probíhá vědecký výzkum).¹¹² Nemocnice také v některých případech nemusí být neutrální dílna, ale může být zraňující. Zvláště u dětí a starých lidí, kteří jsou citliví na změnu prostředí a odloučení od rodiny, může být pobyt v nemocnici pohroma. Zároveň čím delší čas pacient v nemocnici stráví, tím má větší problém ji vnímat jako racionální instituci. Může vidět různé organizační nedokonalosti a stávat se čím dál tím kritičtější k jejímu naplňování proklamovaného účelu. Na druhou stranu, nemocnice má k dispozici specializované přístroje a nástroje, které činí léčbu efektivnější a ze sociálního hlediska je nepohyblivě ležet na posteli přesně to, co se od člověka, když je nemocný, očekává.¹¹³

Psychiatrická nemocnice a servisní služby

Pomalou se dostáváme k aplikaci tohoto servisního modelu na psychiatrickou nemocnici. Psychiatrické instituce přebírají totiž dle Goffmana lékařský přístup a spolu s ním také výše popsany servisní model. Nicméně je zde několik důležitých rozdílů. Jedním z nich je, že psychiatrické léčebny mají krom léčebného účelu také smysl detenční, tzn. vyčlenit

¹¹⁰ Tamt., str. 342-343.

¹¹¹ Tamt., str. 344.

¹¹² Tamt., str. 346.

¹¹³ Tamt., str. 346-347.

duševně nemocné ze společnosti, aby nemohli ohrožovat a obtěžovat okolí. Krom funkce opraváře má tedy psychiatrický personál také funkci hlídače.¹¹⁴

Samy psychiatrické nemocnice ale mají tendenci svůj smysl vykládat spíše v diskursu lékařském, než vězeňském. Při přijetí pacienta se s ním jedná tak, jako by se jeho problém (ať už je jakýkoli) dal zcela samozřejmě vyřešit technicko-psychiatrickými metodami. Psychiatri jej vezmou, vyšetří, zjistí jeho problém, aplikují správnou léčbu a nemocný odejde uzdraven, nebo alespoň ve stabilizovaném stavu, ve kterém se o něj jeho příbuzní mohou postarat. Tento přístup nahrává servisnímu modelu, ve kterém je snaha psychiatrické nemocnice nahlížet.¹¹⁵

Široká společnost ale vnímá pobyt v psychiatrické nemocnici jako něco, co člověka stigmatizuje, tudíž je pro jedince s touto kariérou výjimečně těžké navrátit se na místo ve společnosti, ze kterého odešel. Díky této stigmatizaci se pacient odcizuje vnější společnosti, kterýžto moment se objevuje napříč různými diagnózami duševních poruch. Je tedy vidět, že psychiatrická nemocnice nesplňuje jeden ze základních předpokladů dílny - pacient se zde "kazí", protože díky stigmatizaci mu pobyt v psychiatrické léčebně systematicky ničí životní šance po návratu do běžné společnosti. Ani toto příliš nezapadá do servisního modelu.¹¹⁶

Goffmanova kritika se zaměřuje na problém toho, že personál nemocnice pracuje hlavně s psychiatrickým diskursem, ale mnoho znaků, které takto interpretuje, může být přirozenou adaptací na život v totální instituci. Typickým příkladem je bezcílné posedávání a absence jakékoli aktivity, kterou můžeme vidět u chovanců mnoha psychiatrických institucí. To může být interpretováno jako důsledek psychické poruchy (apatie), nebo jako projev nudy v instituci, která nenabízí žádné smysluplné trávení času.

Jak Goffman dále analyzuje ve své práci o stigmatizaci,¹¹⁷ duševní porucha není něco neutrálního, co někoho potká a někoho ne, ale je bytostně spojena s morálním selháním. To pak nastoluje otázku po spojení (a rozdílu) duševní nemoci a sociální deviace. To je dobře vidět právě na chování personálu. Zatímco oficiální interpretace v rámci servisního modelu by byla každou deviací, neposlušnost a nepochopitelné jednání vnímat jako patologii, personál je nucen zároveň určitou poslušnost vyžadovat, tudíž disciplinovat a nepřizpůsobivost této disciplíně chápat jako morální problém. Podobný příklad můžeme najít i v jiných institucích. V domově důchodců je časté, že někteří senioři neudrží stolicí. Když je pak sestry myjí, mohou tento fakt interpretovat neutrálně ("*ona za to nemůže, už je stará*"), nebo jako morální

¹¹⁴ Goffman 1961, str. 352-353. Tento předpoklad v současném systému psychiatrických zařízení v ČR má jen omezenou platnost, protože jen malé procento nemocnic je zaměřeno na detenci. Přesto předpoklad do jisté míry platí, protože psychiatrické nemocnice nebývají tak otevřené, jako domov se zvláštním režimem.

¹¹⁵ Tamt., str. 350-352.

¹¹⁶ Tamt., str. 354-356.

¹¹⁷ Goffman, E., *Stigma*, Sociologické nakladatelství, Praha 2003.

problém spojený s disciplínou ("vy mi to snad děláte schválně"). Problém je zde ten, že personál je okolnostmi tlačěn do obou těchto pólů a nemůže si jednoznačně vybrat jedno stanovisko.¹¹⁸

Ze všech těchto důvodů je problematické psychiatrickou léčebnu chápat v rámci lékařsko-servisního diskursu. Přesto se tak děje. Mezery v tomto náhledu jsou ale zřejmé, takže se musí zaměstnat neobvyklé množství energie na to, aby se tento pohled udržel. Dobře se tato ideologie ukazuje ve vnější prezentaci instituce - přijímací a návštěvní pokoje, brožury a letáky o instituci, všechno podporuje tento servisní model. Také příběhy vyprávěné mezi personálem o příliš brzy propuštěných pacientech, kteří spáchali vraždu či sebevraždu, nebo naopak příběhy o pacientech s ideální kariérou, kteří se zde uzdravili, slouží k potvrzení tohoto pohledu.¹¹⁹ Lékařský model je zabudován v jazyce instituce a nejrůznější výkony se interpretují v rámci lékařského diskursu. Ženy, které dávno neumějí ani odebrat krev se nazývají sestry, regimentace je vykládána jako rámec terapeutické pravidelnosti, která brání nejistotě, večerní nucená aplikace sedativ kvůli nočnímu klidu se nazývá medikace apod. Zde je dobře vidět, jak jsou původně lékařské služby využívány k disciplinaci a naopak disciplinace je interpretována jako lékařské služby.¹²⁰

DZR a model servisních služeb

Dostáváme se k aplikaci modelu servisních služeb na Domov se zvláštním režimem. Shora zmíněné reformy jasně směřují k tomu, aby se tento koncept mohl šířeji uplatnit. Klade se velký důraz na to, aby klient nastoupil do Domova dobrovolně, jsou archivovány smlouvy mezi klientem (resp. jeho opatrovníkem) a DZR a v případě porušení podmínek je možné klienta z Domova vyloučit, nebo ho na jeho žádost přesunout do jiné podobné instituce. To všechno dobře naplňuje koncept služby.

Nicméně jako ve všech službách, kde se pracuje s "lidským materiálem", i zde najdeme určité inkonzistence. Ideální stav z hlediska zdravotnických služeb by byl takový, že po zaléčení v psychiatrické léčebně se pacient s chronickým duševním onemocněním přesune do DZR, kde se dále pracuje na zlepšení jeho stavu a u těch, kteří to zvládnou, jsou připraveny další "měkčí" instituce, jako chráněné bydlení či podpora ve vlastním bytě a docházení do psychiatrické ambulance tak, aby byla možná co největší integrace zpět do společnosti.

¹¹⁸ Tamt., str. 366.

¹¹⁹ Tamt., str. 373-374.

¹²⁰ Tamt., str. 381.

Místo toho je Domov pro většinu uživatelů konečnou zastávkou v jejich institucionální kariéře. Existují výjimky, ale naprostá většina klientů zůstává zde nebo v jiném podobném zařízení až do smrti. Pokud se přidržíme Goffmanovy analogie, místo dílny, určené k opravě objektů, se nám zde objevuje určité smetiště či odkladiště, kam lze odsunout předměty, které již nikdy více k užítku nebudou, ale není možné se jich přímo zbavit. Analogie je to nepřesná, protože i např. vrakoviště aut je nějakým způsobem využíváno a je možné z vraků využívat náhradní díly. Nicméně objekt, který již nepotřebujeme, takto odepíšeme k ekologické likvidaci, se kterou si nemusíme dělat starosti, protože se o ní postarají profesionálové, kteří zajistí, že objekt nijak neznečistí naše životní prostředí.

Analogie sice zcela přesná není, ale i o Domově lze říci, že sem míří skupina lidí, se kterými se do budoucna ve společnosti již nepočítá. Demence ani duševní nemoci s nálepkou chronicity vyléčit dle oficiálního pohledu nelze (zajímavé je zařazení závislostí mezi tyto onemocnění s nejhorsšími prognózami), takže je zbytečné v takové instituci provádět terapii, není nutné zaměstnávat psychologa a bohatě stačí rutinní farmakologická léčba a prostá péče. Stejně tak není nutné se snažit o jejich integraci do společnosti, protože tato snaha je předem odsouzena k nezdaru. Takto příbuzní nebo další blízcí, kteří se nemohou starat o nefunkčního chronika, jej odevzdají profesionálům, kteří zajistí jeho izolaci, aby nemohl nabourávat životní prostředí rodiny. Nemusejí si dělat starosti o etiku takového rozhodnutí, protože péče je zde na vysoké úrovni, s klienty je zacházeno dobře a jsou v tomto novém (a posledním) domově hezky a čistě vedeni k pomalému dožívání jejich podivného života.

Zatímco tedy Goffman analyzuje psychiatrickou nemocnici jako totální instituci, která se snaží reprezenovat v rámci zdravotnického diskursu, který ale neustále podvracejí praktiky patřící spíše do diskursu vězeňského, v domově se zvláštním režimem lze vidět instituci, která se snaží o odtotalizování výměnou diskursu zdravotnického za diskurs sociální péče. To v důsledku vyjímá DZR ze systému zdravotní péče a vzniká zařízení, které rezignovalo na "servis" a léčení svých obyvatel, ačkoli jsou podle všech měřítek naší společnosti nemocní. DZR poskytuje domov a sociální služby klientům, u kterých se nepředpokládá žádné zlepšení. Místo křečovitě snahy přeložit vězeňské praktiky do diskursu zdravotnického, zde nacházíme křečovitou snahu naplnit diskurs sociálních služeb tam, kde je limitován klientelou běžně zapadající do služeb zdravotnických.

Příčiny

Tento stav nemusí být záměrnou snahou o marginalizaci takto postižených lidí, ale je spíše výslednicí několika souvisejících problémů. První z nich je podfinancování psychiatrické péče v ČR. Ačkoli se z posledních dvacet let zvedl výskyt duševní nemoci v populaci řádově o desítky procent, na psychiatrickou péči se počítá s necelými 4% z rozpočtu pro celý zdravotní sektor, což je jedno z nejnižších čísel v EU.¹²¹ S tím souvisí neschopnost podobných zařízení financovat adekvátní úvazek pro psychiatry, psychology a psychoterapeuty.

Druhým problémem je deinstitucionalizace psychiatrické péče, což je reforma, která prozatím skončila v půli cesty. Ačkoli je snaha snižovat počty lůžek v nemocničních psychiatrických zařízeních a klienty distribuovat do extramurálních zařízení komunitního typu, síť těchto zařízení je málo vyvinutá, nepojme počty klientů a není vhodně zajištěna návaznost péče mezi nimi.¹²² I v Domově najdeme návaznou péči, kterou zajišťuje agentura Středa v blízké Bramboři (viz výňatky z interview výše), která organizuje chráněné zaměstnávání, chráněné bydlení a některé další služby. Je nicméně charakteristické, že její služby využívá jen malý zlomek klientů Domova.

Třetí problém spočívá v jednostranném důrazu na sociální charakter těchto služeb. Pokud nepřipustíme, že klienti zařízení typu Domova potřebují odbornou psychiatrickou, psychologickou a psychoterapeutickou (tzn. zdravotnickou) péči a je vůle jim poskytovat pouze péči sociální, není možné jejich stav nijak zvrátit a efektivně je odsuzujeme k doživotnímu pobytu v těchto zařízeních.

Posledním problémem je otázka chronicity duševní nemoci (a v tomto případě také demence a závislosti). Většina forem psychóz je všeobecně považována za chronické duševní onemocnění. Je ovšem důležité si uvědomit, co to znamená. Zaléčený schizofrenik si sice nikdy nemůže být jist, že je naprosto v pořádku, a že již nikdy nepřijde nová ataka onemocnění, ale je řada lidí, kterým obtíže vymizí, nebo se s nimi naučí poměrně dobře žít. Ačkoli bývá někdy kritizováno, zmiňuje se u schizofrenie často tzv. *třetinové pravidlo*. To spočívá v empirických pozorováních, na nichž se ukazuje, že cca třetina pacientů je schopna se ze schizofrenie vyléčit bez silných přetrvávajících příznaků, třetina musí brát medikaci, být opatrná pro případ nové ataky nemoci a z času na čas vyhledat odbornou pomoc, ale zvládne vést relativně normální život (např. v chráněném bydlení a zaměstnávání) a poslední třetina

¹²¹ Viz např. Raboch, J., *Má rozvoj psychiatrické péče v ČR šanci?*, Česká a Slovenská Psychiatrie 2012; 108(3): 113–114, http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2012_3_113_114.pdf.

¹²² *Koncepce oboru psychiatrie, 1. revize 2008*, str. 3.

zůstává nevyléčitelná. U demence bývá sice prognóza špatná, ale i zde lze progresi nemoci alespoň zpomalit. Nejproblematictější jsou z hlediska chronicity závislosti - z nich se totiž vyléčit lze prakticky vždy, ačkoli užívání návykových látek může člověka trvale poznamenat. Označení člověka jako chronika navíc vede k jeho větší stigmatizaci, což může souviset s jeho liminálním postavením.¹²³

Ačkoli tedy demence a některé formy psychóz mohou být chronické, nemusí to znamenat trvale dezorientovaný stav, ve kterém by člověk potřeboval neustálou péči po zbytek života. Většina z těchto onemocnění se tedy může zlepšit, a pokud zde možnost je, rovná se umístění v instituci typu Domova odeřpení lékařské péče a odsouzení klienta k soužití s jeho problémem bez jakékoli snahy o nápravu.

Organizace a komunita

Zajímavá perspektiva, ze které je možné nahlédnout problematiku Domova se zvláštním režimem, se týká Pieperova rozdělení na společenství, společnost a organizaci.¹²⁴ Pieper takto charakterizuje společenství jako sociální vztah, kde primárně jde o vzájemné přitakání. Příkladem takového společenství může být skupina přátel, nebo zejména rodina. Společenství bychom v současných termínech nejlépe charakterizovali jako komunitu. Druhou formou sdružování je společnost - zde každý stojí sám za sebe a udržuje si svou privátní sféru intimity, která je ve společenství otevřená. Ve společnosti jsou vztahy zdvořilé, dary se oplácejí, aby se účastníci vyhnuli hlubším vztahům a domluvy mezi účastníky jsou často potvrzovány smlouvami. Organizace je pak formou sdružování, kdy nejde o sdružování samo, ale pospolitost je předepsána za určitým účelem, který má naplňovat a kde má každý svou roli, kterou musí v rámci celku naplňovat.

Je zřejmé, že forma sociálních vztahů v Domově je dána organizačně. Každý zaměstnanec zde má svou roli, kterou musí plnit, ať je to přímá péče u PSP, zájmové aktivity u ZVČN, nebo naplňování předepsané kvality zařízení u manažerky kvality. Tyto role se pak spojují, aby naplnily cíl instituce. Přesto se ale i v oficiálním slovníku dostává do hry mnoho

¹²³ Pro obšírný výklad této problematiky zde není místo, poukáží tedy jen na relevantní literaturu. Pro souvislost chronicity a stigmatizace viz Bártlová 2005, str. 55. Pro souvislost těchto jevů s konceptem liminality viz např. Murphy, R. F., *Umlčené tělo*, Sociologické nakladatelství, Praha 2001, nebo Barrett, R. J., *The „Schizophrenic“ and the Liminal Person in Modern Society in: Culture, Medicine and Psychiatry 22*, Kluwer Academic Publishers 1998, str. 465-494. Pro koncept liminality viz Turner, V., *Průběh rituálu*, Computer Press, Brno 2004 a Gennep, A., *Přechodové rituály*, NLN, Praha 1997.

¹²⁴ Pieper, J., *Základní formy sociálních pravidel hry*, ISE, Praha 1994.

pojmu, spojovaných spíše se společenstvím. Služby poskytované na Jedličce spadají do kategorie služeb *komunitních*, sama instituce sluje *domov*.

Jak se tyto kategorie v Domově spojují? Na jednu stranu je třeba, aby instituce fungovala po organizační stránce, na druhou stranu vykazuje určitou snahu projevovat se komunitním způsobem. *Rodinný přístup* PSP, o kterém píše výše, je snahou posunout toto ekvilibrium směrem ke komunitě. Takto Jedlička směřuje k opravdovému domovu, ve kterém k sobě personál i jeho trvalí obyvatelé přistupují afektivně, lidsky se o sebe zajímají a snaží se spolužít v modelu, který se blíží komunitě.

Profesionální přístup, o kterém mluví Miloš, naopak implikuje organizační model. Není možné, aby se PSP osobně dotýkalo, když nějaký uživatel zemře, protože to omezuje jejich pracovní schopnosti, a tím pádem nejsou schopni dobře vykonávat svoji roli v organizaci. Také ze strany vedení je protěžován spíše organizační model, ve kterém není příliš místa pro intuici a lidské porozumění, protože veškerá činnost je regulována přísně vyžadovanými pravidly.

Stejně, jako u výše popisovaných přístupů, ani zde není skutečnost černobílá. Pokud by zařízení bylo komunitou, chyběla by racionalizace, která má pro nejrůznější situace připravený scénář a pomáhá instituci šlapat jako dobře promazaný stroj. Pokud by chyběl komunitní rozměr, zaměstnanci by ke klientům přistupovali chladně a otráveně, jak bývají často karikováni nejrůznější úředníci. V podobném zařízení tedy nemůžeme očekávat ani jeden z pólů, ale jistý jejich souboj, vyjednávání, či přepis. V době výzkumu bylo patrné, že ze strany vedení a supervize je tlak dostat dobře organizačnímu modelu, zatímco kolektivy na některých odděleních si snažily udržet pracovní prostředí bližší komunitnímu modelu, na jiných o tom zaměstnanci jen snili a s nostalgií vzpomínali na dřívější časy, kdy atmosféra bývala uvolněnější a vztahy difúznější. Solidarita na oddělení je jedna věc, ale vzájemné krytí při zanedbávání dokumentace, aby se PSP mohl lépe věnovat klientům je věc druhá. V tomto případě již nejde o prostou resistenci vůči vedení, ale o cílenou resistenci za účelem poctivějšího naplňování smyslu instituce. Napětí mezi popsányými modely nicméně může vést k vzájemnému nepochopení mezi jednotlivými aktéry a ke komplikacím jak ve vztahu ke klientům, tak v organizační sféře.

Vztah a zpředmětnění

S výše nastíněným rozlišením společenství, společnosti a organizace souvisí Buberův pohled na vztah, který nabývá dvou modalit - Já-Ty a Já-Ono.¹²⁵ Já-Ty je v tomto pojetí pravý vztah založený na účtě k druhému (Ty), který je bytostně citový a iracionální. Naopak "svět slova Ono" je zpředměťující pohled, bez něhož se nemůžeme obejít, ale který neobsahuje autenticitu našeho lidství.

Podívejme se na to, co nám tento pohled může říci o institucích. Člověk, který není schopný vstoupit do vztahu, dělí svět na sféru Já, kam patří city, osobní život a sféru Ono, kde mají své místo instituce a veřejný život. Lidé ale cítí, že instituce jaksi nepostačují, setkáváme se tedy s výzvami k rozpuštění institucí a nahrazení je city. To ale samozřejmě nepomůže - chybí základní schopnost vztahu, schopnost vnímat Ty. V institucích tedy neustále bují svět slova Ono a zastáváme-li se jich s tím, že mají určitou smysluplnou funkci, přicházíme pozdě. Instituce totiž hypertrofují, spíše již lidé slouží jim než ony lidem, lidé se musejí přizpůsobovat institucím, světu Ono, který se stále zvětšuje. Stát (a jeho instituce) může fungovat správně, jen pokud lidé nezapomněli říkat Ty.

V souvislosti s Pieperem mluvím o tomto pohledu proto, že dobře odpovídá jeho rozdělení. Ve společenství je preferovaným vztahem Já-Ty, zatímco ve společnosti a organizaci je to Já-Ono. Pokud toto rozlišení aplikujeme na instituci Domova, máme zde část zaměstnanců, kteří se snaží se svými klienty budovat vztah Já-Ty a druhou část lidí, kteří s nimi zacházejí v modu Já-Ono. Ačkoli svět slova Ono je bezpečnější a jistější, říkat "Ty" znamená autentický vztah a jedině tak můžeme na druhého pohlížet jako na člověka se vším, co to znamená.

Tuto linii dále rozvádí E. Lévinas.¹²⁶ Ten ukazuje, že při setkání tváří v tvář na nás naléhá bytí druhého, který vždy stojí nade mnou a domáhá se mé pomoci. Lévinas popisuje archetypální situace setkání s tváří sirotka a vdovy, které na nás naléhají ve své bídě a žádají o pomoc. Pokud vztah prožívám autenticky, tuto naléhavost nemohu nijak zrušit, odmítnout - druhý se mi vždy zjevuje jako žádost, jako rozkaz.

Ačkoli nevyzývám, jak říká Buber, k rozpuštění instituce a jejímu nahrazení bytostným vztahem, tento vztah mi připadá klíčový. Buberovsky kladený vztah Já-Ty, popř. Lévinasova interpretace naléhavosti tváře je po mém soudu právě tím momentem, který volá lidství k odpovědnosti za druhého, která brání jeho zpředmětnění a znásilnění, a která vposledku brání institucionálním excesům typu koncentračních táborů. Ačkoli je tedy zřejmé,

¹²⁵ M. Buber, *Já a Ty*, Kalich, Praha 2005.

¹²⁶ Např. E. Levinas, *Totalita a nekonečno*, Oikoymenh, Praha 1997.

že se bez organizačního principu neobejdeme, připadá mi důležité klást vztahy tímto způsobem, který velmi dobře odpovídá původnímu smyslu sociálních služeb jako *charitas*, jako lásky k bezmocnému bližnímu a snahy mu pomoci a postarat se o něj.

Ačkoli racionalizace institucí napomáhá efektivnímu starání se o potřeby obyvatelů těchto institucí, vedlejší důsledek je to, že ničí prostou empatii, spontaneitu a definujeme-li člověka vztahem, pak vysává jeho lidství. Jak říká Buber: "*A ve vši vážnosti pravdy poslyš: kdyby neexistovalo Ono, nemohl by člověk žít. Ale ten, kdo žije pouze s ním, není člověkem.*"¹²⁷

Mýt nebo bít?

Podobnou látku zpracovává také psycholog Erich Fromm ve své slavné práci *Mít nebo být?*.¹²⁸ Předkládá zde opět dva mody lidského přístupu ke světu (Fromm je ale staví trvaleji, jako charakter), přičemž jeden charakterizuje strukturou vlastnictví, druhý je autentickým bytím a prožíváním světa v plnosti jeho hodnot.

Pro aplikaci na problematiku Domova je zajímavé si uvědomit, jakým způsobem je zde vyžadováno respektování pravidel. Způsob, jakým supervize a manažerka kvality po svých zaměstnancích požaduje znalost těchto pravidel, lze totiž frommovsky charakterizovat jako *mít pravidla* - znát jejich literu, pamatovat si jejich čísla a pojmy.

Druhým modem by pak bylo *být pravidly* - totiž přes nejistotu ohledně přesného znění znát jejich význam a umět je aplikovat na nejrůznější situace. Protože tento modus pochopení je bezesporu důležitější, myslím si, že právě ve formalismu spočívá jeden z hlavních problémů, které se v instituci dají vysledovat. Vlastněná pravidla je totiž možné různě ohýbat podle potřeb a pohodlnosti personálu, ale bez pochopení jejich podstaty a smyslu není možné je správně naplňovat, tudíž je v extrémním případě možné klienty i *bít*. Při zvnitřnění pravidel a jejich intuitivní aplikaci pak personál jedná v souladu s jejich duchem a smyslem, což znamená klienty *mýt* při současném zachování jejich důstojnosti, pečovat o ně, a zároveň jim nechat prostor pro vlastní život.

¹²⁷ M. Buber, *Já a Ty*, Kalich, Praha 2005, str. 65.

¹²⁸ E. Fromm, *Mít nebo být?*, Aurora, Praha 2001.

Zdravotnická a sociální péče

Můžeme konstatovat, že dle Goffmana dochází v psychiatrické nemocnici k souboji dvou diskursů - v praktikách se projevují prvky diskursu vězení, zatímco v oficiálním jazyce instituce a interpretacích jejích zaměstnanců vládne diskurs zdravotnický.

V Domově nacházíme snahu o prosazení diskursu sociálních služeb a jeho aplikaci na terén, který se donedávna nacházel v hájemství diskursu zdravotního. Z toho plynou různé změny a problémy. Zdravotnický diskurs klade hlavní důraz na zdraví, podřizuje tomu často i rozhodování klienta, což lze popsat jako paternalistický přístup. Současný diskurs sociální péče naopak klade hlavní důraz na symetrický vztah mezi klientem a danou institucí, který probíhá podle tržního modelu nabídky a poptávky, služby a klienta. Je ovšem nutné si uvědomit, že klient je omezen nabídkou.

Shora jsem se pokusil ukázat, jak se tento přístup snaží (do velké míry úspěšně) vyhnout nebezpečí proměny zařízení v totální instituci. Protože se ale v případě Domova zavádí do prostředí, které bylo donedávna součástí diskursu zdravotního, přepis je poněkud agresivnější, než by se mohlo zdát. To je vidět na napětí, které v Domově stále panuje ohledně zdravotnických pozic (zdravotní sestry) a čehokoli, co zavání zdravotnictvím. *"Naopak bych chtěl, aby na všech těch odděleních byli vedoucí oddělení sociální pracovníci nebo pracovníci v sociálních službách, protože tyhle vedoucí by pak dávali větší prostor těm pozicím PSS [pracovník v sociálních službách], pro tu práci s tím uživatelem. Když na tom oddělení je typickej zdravotník, tak to prostě ze sebe nedostane, to zdravotnictví. Zdravotní sestry se nad náma vždycky povyšovaly a povyšují i nadále, i když už ne na tomhle oddělení, už to není tak hrozný, ale vím a mám ty informace a poznatky z těch ostatních, kde jsou vedoucí zdravotní, že nemaj tam takovej velkej prostor ty zaměstnanci, pro tu práci s tím uživatelem, co se týká té sociální oblasti."* (Miloš) Radan naopak preferuje zdravotnický přístup: *"Všechno to zkurvili tím, že to převedli do sociální sféry. Hm. Už tady žádný zdravotník není. Je to všechno sociál, ktorej nemá ani školu, má jenom maturitu a rozumí sociálním službám a stačí to. To je průser. Jako když postavíš k šachům dementa, tak takhle to funguje."*

Konfliktní identity *zdravořandy* a *sociála* jsou v terénu častým tématem. Ačkoli do roku 2007 se zařízení nazývalo Ústav sociální péče, personál zde sestával z nižších zdravotnických pozic (zdravotní sestry, ošetřovatelky, sanitáři, dokonce i ředitel byl zdravotní bratr). Reforma postupně nahrazuje zdravotnický personál personálem sociálním. Zdravotní sestry zde stále jsou, ale v porovnání s rokem 2007 je jich jen zlomek. Většina personálu

prodělala kurzy PSP a KP, nebo kurzy aktivizačního pracovníka, většina zdravotních sester, které tuto práci vykonávaly dříve, odešlo. Z této obměny, která se shodovala s nástupem manažerky kvality, později s pravidelnými supervizemi a s postupnou proměnou způsobu práce i vztahů v Domově se toto dělení vynořuje a vyvolává silné emoce na obou stranách. Ačkoli zaměstnanci spolupracují a na první pohled žádné problémy vidět nejsou, různé skupiny se více či méně identifikují spíše s dřívějším systémem, nebo se systémem novým. V tomto interpretacemi a emocemi nabitém prostředí je jen výjimečně místo pro nezaujaté zamyšlení nad tím, co je oběma identitám společné a co mohou přinést do problematiky péče každý ze své pozice.

Ačkoli Goffman charakterizuje servisní služby mj. tím, že poplatek nemusí být důležitý, často se neshoduje s hodnotou opravy pro zákazníka a někdy může být zcela odpuštěn, pro současnou společnost to zdaleka vždy neplatí. Výše jsem pojednal o ekonomických omezeních Domova, které instituci tlačí do toho, být ekonomicky efektivní. To se projevuje jednak na přijímání klientů Domova, kdy jsou upřednostňováni ti s dostatečnými příjmy pro zaplacení všech služeb, jednak na snaze rozšiřovat oblast fakultativní (nadstandardní) péče. Do té pak spadají léky, jakákoli doprava, akce ZVČN, které by mohly mít integrační působení atd.

V sociálním zařízení není třeba aktivního léčení klientů. V Domově sice nebyl psycholog ani v době, kdy zde vládnul zdravotnický diskurs, ale v rámci něho bylo možné tuto praxi alespoň legitimně napadnout. Z hlediska diskursu sociální péče se i z léčení stává služba, která je volitelná, v jistém smyslu nadstandardní a není nutnou součástí instituce.

Nové uspořádání Domova sice efektivně brání jeho přiblížování k totální instituci, přináší ale rizika jiná. Protože je to smluvně založená služba, stává se skoro všechno mimo základní obsluhy, jídla a ubytování otázkou peněz. Neoliberální smýšlení takto proniká i instituce sociálního státu a místo disciplinace se objevují nová, totiž finanční omezení. Systém sice aktivně neumrtvuje Já, ale nedává mu příliš možností k seberealizaci, protože ta skoro vždy vyžaduje nějakou službu "navíc", na kterou uživatelé při svých skrovných důchodech často nemají peníze.

Slovo *služba* má v češtině mnoho velmi rozdílných konotací. V průběhu věků označovala službu poddaného svému feudálovi, službu kněze Bohu, vojenskou službu státu, sociální službu dodávanou státem potřebným, nebo službu jako tržní vztah mezi kupujícím a tím, kdo pro něj službu zajišťuje a inkasuje za to peníze. Zatímco počátky péče o chudé, sirotky, choré a šílence je spojena s kláštery a řády, které služby těmto potřebným chápaly jako službu Bohu, sociální služby jsou již plně sekularizované. Přesto v nich zůstává jistý

pozůstatek Lévinasovského étosu, který nenechává člověka klidného před trpící tváří druhého a pomoc cítí jako povinnost. Bez tohoto naladění ani není možné na nejnižší úrovni práce s klienty tuto činnost vykonávat. Infiltrací tržního modelu péče jako placené proti-slужby do systému sociální péče se vytrácejí další aspekty tohoto - pro lidství samotné důležitého - vztahu.

Stát, péče a bio-moc

Ačkoli jsem se dosud Foucaultovými myšlenkami nezabýval, na konec bych rád uvedl alespoň krátkou úvahu spjatou s jeho myšlením. Od 18. stol. se totiž rozšiřuje pojetí péče o lidské zdraví, které ji klade do sféry státu a začíná se považovat za jeho hájemství. Poprvé se zde začíná počítat s populací, jako něčím, na čem stát stojí, co mu zajišťuje ekonomickou produktivitu a tím bohatství.¹²⁹ Je tedy racionální starat se o zdraví obyvatel, aby mohli být výkonní a mohli tento produktivní ideál naplňovat. Postupně se tedy zpřísňují hygienická nařízení, staví se nemocnice a jiné útulky, reformují se práva, povinnosti a vzdělávání lékařů a celý zdravotnický systém se propracovává a racionalizuje. Spolu s disciplinací v armádě, vězení, továrnách, školách a dalších institucích¹³⁰ se tedy lidské tělo dostává pod pravomoc a dohled státu i v lékařství. Bio-moc *"nechává život a jeho mechanismy vstoupit do oblasti explicitních kalkulací a činí z moci-věděni činitele transformace lidského života... Moderní člověk je živočichem v politice, v níž je jeho život jako živé bytosti zproblematizován."*¹³¹

Ještě než si popíšeme jak do tohoto modelu zapadá bio-moc, je důležité si uvědomit, jak se Foucault na moc dívá. Není to pro něj totiž nějaká síla, která by nás násilím nutila dělat něco, co nechceme. Moc je spíše strategickou situací. Foucault užívá poněkud obtížně pochopitelné koncepce *kapilární moci*, aby ukázal, že moc není něco, co drží nejvýše postavený jedinec, ale rozlévá se v těle společnosti podobně, jako krev v těle jedince. Krom toho její působení není nikdy jednosměrné. I ovládaný vždycky má jistý podíl na moci a podobně jako v kapilárách nemáme jen tepénky, ale i žilky, které krev vracejí zpět na cestu k srdci, i moc je něco, co ve společnosti proudí různými směry.

Bio-moc je tedy forma moci, provádějící kontrolu nad lidským tělem za účelem udržení jeho zdraví a v důsledku ekonomické produktivity. Foucault ukazuje, že ačkoli

¹²⁹ *The Politics of Health in 18th Century* in: Foucault, M., *Power: Essential works of Foucault 1954-1984*, (ed. J. D. Faubion), The New Press 2000, str. 101.

¹³⁰ Srov. Foucault, M., *Dohlížet a trestat*, Dauphin, Praha 2000.

¹³¹ Foucault in: Dreyfus, H. L., Rabinow, P., *Michel Foucault (Za hranicemi strukturalismu a hermeneutiky)*, Herrman a synové, Praha 2002, str. 213.

bychom s rozvojem kapitalismu čekali spíše přesun lékařské péče do soukromých rukou, tuto péči naopak přebírá čím dál, tím aktivněji stát. Ať už má tento proces jakékoli důvody - vznešeně humanistickou starost o zdraví populace, vykořisťovatelsky kapitalistickou starost o kvalitní fungování pracovních sil a ekonomickou produktivitu,¹³² nebo prostou kalkulaci, že zdraví lidé se budou méně bouřit a města budou bezpečnější - faktem je, že starost o lidské zdraví se stala (podobně jako např. školství) tradiční úlohou státu, kterou dnes málokdo zpochybňuje. Protože stát má zájem na tom, aby lidé byli zdraví, je z jeho hlediska racionální udržovat technik bio-moci v chodu. *"Tělo je biopolitická realita, medicína je biopolitická strategie."*¹³³

Tento pohled ale příliš nezapadá do starosti o duševní zdraví populace v ČR. Přes mnohá upozornění odborné veřejnosti, že podíl duševních nemocí na celkové nemocnosti prudce vzrůstá,¹³⁴ se rozpočet na psychické zdraví nezvětšuje a v síti psychiatrických zařízení zůstávají veliká oka.¹³⁵ To pak má za následek špatnou návaznost a malou dostupnost levnější komunitní extramurální péče.¹³⁶ Tím pádem je část pacientů ponechána svému osudu bez systematické lékařské pomoci a druhá část je odsouzena k pobytu v intramurálních zařízeních, kde pro ně není dost místa. Protože dlouhodobý pobyt v psychiatrické nemocnici není žádoucí, posílají tyto pacienty nemocnice do institucí, jako je domov se zvláštním režimem. Zde ale nejsou připraveny návazné služby, které by mohly pokrýt další léčbu v domovech a následnou integraci do komunitních zařízení, které by části klientů mohly pomoci se do společnosti navrátit a o část by se postaraly ve volnějších a levnějších extramurálních podmínkách. Krom toho v rámci duševního zdraví neprobíhají žádné preventivní aktivity a není rozvinutá síť ambulancí a denních stacionářů, kam by lidé mohli docházet při zaměstnání a v ideálním případě tak včas podchytit duševní poruchu, která se teprve rodí. Stát tak vytváří poměrně širokou vrstvu duševně nemocných lidí, kteří jsou bez léčby ponecháni sami sobě, což tvoří podmínky pro hlubší rozvoj duševní poruchy a následnou nutnost institucionální péče. Protože tito lidé nejenže nejsou ekonomicky aktivní, ale odvádějí část peněz státu na své důchody a financování relativně drahé ústavní péče, jedná se o velmi neekonomický přístup.

¹³² Ta také produkuje sílu státu a vzhledem k tomu, že se v osvícenství stává stát cílem sám o sobě, byl by - alespoň podle interpretace Dreyfusa a Rabinowa (Dreyfus a Rabinow, 2002, str. 217-218) - právě tento důvod Foucaultovu uvažování nejbližší.

¹³³ *The Birth of Social Medicine* in: Foucault, M., *Power: Essential works of Foucault 1954-1984*, (ed. J. D. Faubion), The New Press 2000, str. 137.

¹³⁴ Viz statistika v úvodním odstavci práce.

¹³⁵ *Koncepce oboru psychiatrie, 1. revize 2008*, str. 3.

¹³⁶ I pro výše zmíněné problémy viz *Deklarace platformy pro transformaci systému péče o lidi s duševním onemocněním v ČR*, http://www.askos.cz/dokumenty/deklarace_def_verze.pdf.

Na tyto nedostatky odborná veřejnost upozorňuje již léta, ale přístup se začal pozvolna měnit teprve v roce 2013. V Domově jsem se setkal s řadou klientů s chronickou duševní nemocí nebo demencí, ale většina z nich se svými finančními prostředky zacházela s mnohem větší mírou racionality, než jaká vysvítá z tohoto pohledu na finanční hospodaření státu ohledně problematiky duševního zdraví.

Závěry

Ukázali jsme si, že Domov se zvláštním režimem Jedlička je institucí, která s klasickými příklady totálních institucí sdílí klientelu a některé problémy, ale poměrně úspěšně totalizaci odolává. Pojdme si tedy shrnout závěry a spíše zhuštěně si ukázat, v jakých rysech může být považována za totální instituci, v jakých za vitální a kde se objevují nová nebezpečí.

Mezi vlastnosti, které i po reformě Domov sdílí s totálními institucemi je jistá forma sociální distance od běžné společnosti. Tato forma není dána fyzickými překážkami, ale překážkami sociálními, protože zde chybí větší snaha o integraci jak ze strany Domova, tak ze strany společnosti, reprezentované např. zástupci města. Tato distance je zesilována *neprůchodností* Domova, čímž rozumím fakt, že jen malé procento uživatelů pokračuje k dalšímu léčení a směrem k "měkčím" institucím typu chráněného bydlení nebo ambulantních psychiatrických služeb. Goffmanovské formy disciplinace pacientů psychiatrické léčebny se zde objevují minimálně, jedna z mála, která zůstává je rutinní večerní podávání sedativ. Je důležité pochopit, že medikace je dobrovolná a disciplinační efekt této praxe si neuvědomují klienti ani personál. Dalším rysem totální instituce je minimálně ohodnocená práce klientů pro Domov. Vzhledem k tomu, že jde o praxi, která odporuje jak zákonu, tak standardům kvality, lze očekávat, že bude spíše dříve, než později korigována. Diskulturace se v Domově sice projevuje, ale je snaha proti ní bojovat a zavádět opatření pro její zmírnění. Z technik umrtvujících Já jsem v Domově pozoroval jen drobné případy, jež je možné vykládat jako znečištění identity, jako záměnu oblečení klientů a volnější dodržování hygienických pravidel. V Domově se v době mého výzkumu v roce 2010 někdy objevovala infantilizace klientů, proti níž je ale snaha zavádět efektivní opatření. Pokud by tato opatření byla příliš silná, hrozila by naopak objektivace klientů, ale v praxi jsem se s ní nesetkal.

Domov se zvláštním režimem Jedlička je naopak vitální institucí v těchto ohledech: místo, kde se Domov nachází, není nijak odděleno od ostatní společnosti, je otevřenou institucí v tom smyslu, že klienti mohou odcházet a přicházet víceméně jak se jim zlíbí. Formální a byrokratické vedení nemá za důsledek regimentaci, ani praktiky, které by na úkor klienta zdůrazňovaly efektivitu zacházení s ním. Náplň času je volná a je umožněna autonomie jednání. Autorita je sice všeobecná, ale sociální distance mezi personálem a klienty je malá a vztahy často poměrně vřelé. Pro zájemce je umožněno chráněné zaměstnávání mimo Domov a další aktivity, které mohou naplňovat čas strávený v Domově. Rodinné a partnerské vztahy nejsou v Domově omezovány a projevuje se určitá snaha párům zajistit alespoň

základní míru soukromí. Program připravovaný ZVČN a kladení důrazu na schopnosti klienta mají zabránit diskulturaci a hospitalismu. Techniky umrtvování Já se zde projevují minimálně, šikana ze strany personálu též. Listovní tajemství je zachovááno, osobním majetkem mohou klienti disponovat, rituály lámající vůli zde absentují, osobní informace jsou tajné a nejsou zde vyžadována gesta a zdvořilá oslovení, která by mohla klientům připadat nevhodná. Systém trestů a odměn je také minimalizován, objevují se pouze odměny za práci a při nutných restriktivních opatřeních je kladen velký důraz na formální poslušnost výkonů a vysvětlení klientovi tak, aby nemohlo dojít k záměně s trestem. Ani prostorové oddělení "lepších" a "horších" pavilonů se nevyužívá k disciplinaci a umrtvování Já.

Domov se snaží maximálně dostat modelu servisních služeb. V tom ale tkví některé nové problémy. Protože cílová skupina nemusí vždy konzistentně vyžadovat stejný přístup, je zde jisté napětí mezi odpovědností za uživatele a jeho svobodami. Také smlouvy s klienty a jednání o příchodu do Domova jsou touto problematikou komplikovány. Důraz na přání klienta vylučuje služby, které by byly v podobné instituci vhodné, ale klienti je sami nevyžadují. Mezi ně patří antistigmatizační opatření a integrace do většinové společnosti, větší nabídka zájmových aktivit, návazné služby komunitního typu a zejména psychologické, psychiatrické a psychoterapeutické zajištění klientů, které je suplováno jen rutinní farmakoterapií. Krom toho se zde objevují problémy, spojené s ekonomickým chodem instituce a finančními možnostmi klientů. Objevuje se zde tlak na výběr klientů podle jejich příjmů, aby instituce nebyla ve ztrátě. Práce klientů není zaplácena dle smluv, protože instituce nemá dost peněz ve fondu na tyto účely určeném. Model služeb klientům také ponechává velký prostor pro tzv. fakultativní služby, které si klienti musí platit sami, kam spadají zejména zájmové (ale v druhém plánu také integrační) aktivity a možnost soukromí (a tím pádem možnost partnerských vztahů). Z těchto důvodů klienti mají efektivně velmi omezené možnosti léčby a výstupu z koloběhu institucionální péče.

Příčiny těchto problémů zahrnují podfinancování psychiatrické (ale i sociální) péče, nedotaženou reformu deinstitucionalizace, jednostranný důraz na charakter sociální péče, pronikání liberálního modelu trhu do sféry sociálních služeb, nezájem o finanční situaci klientů v souvislosti s široce definovanými nadstandardními službami a otázkou chronicity a léčitelnosti zmíněných onemocnění.

Mezi problémy objevující se na organizační úrovni Domova patří personálem na nižších pozicích široce sdílené podezření z šikany zaměstnanců vedením (zejména manažerkou kvality), formalismus a neprůhlednost prosazování nových pravidel s čímž souvisí nízký důraz na kvalitu přímé péče o klienty. To pramení mj. z napětí mezi přístupem

rodinným a přístupem *profesionálním*, který lze na sociologické rovině přeložit do směřování ke komunitnímu modelu vztahů proti organizačnímu modelu vztahů. Na filosofické úrovni pak navrhuji optiku, podle které je člověk definován schopností autentického vztahu, který je nutný zejména pro pomáhající profese a podporuje spíše onen komunitní a *rodinný* přístup. Na Frommově rozlišení mezi charakterem *být* a *mít* ukazují nutnost vysvětlovat pravidla přístupem vedoucím k rozumění, nikoli k formální znalosti. Problematiku Domova se snažím ukázat jako přepis zdravotnického prostředí do sociálního diskursu. Nakonec charakterizují bio-moc, jako provádění kontroly státu nad lidským tělem, jejímž účelem je ekonomická produktivita, a která v případě problematiky duševního zdraví selhává.

Literatura

Knižní zdroje

- Barrett, R. J., *The „Schizophrenic“ and the Liminal Persona in Modern Society* in: *Culture, Medicine and Psychiatry* 22, Kluwer Academic Publishers 1998, str. 465-494
- Bártlová, S., *Sociologie medicíny a zdravotnictví*, Grada, Praha 2005
- Buber, M., *Já a Ty*, Kalich, Praha 2005
- Černoušek, M., *Šílenství v zrcadle dějin*, Grada Avicenum, Praha 1994
- Douglas, M., *Purity and Danger*, Routledge, London 1966
- Dreyfus, H. L., Rabinow, P., *Michel Foucault (Za hranicemi strukturalismu a hermeneutiky)*, Herrman a synové, Praha 2002
- Foucault, M., *Dějiny šílenství*, Lidové Noviny, Praha 1994
- Foucault, M., *Psychologie a duševní nemoc*, Dauphin, Praha 1997
- Foucault, M., *Dohlížet a trestat*, Dauphin, Praha 2000
- Foucault, M., *Power: Essential works of Foucault 1954-1984*, (ed. J. D. Faubion), The New Press 2000
- Frankl, V. E., *Psychoterapie a náboženství*, Cesta, Brno 2006
- Frankl, V. E., *Vůle ke smyslu*, Cesta, Brno 2006
- Fromm, E., *Mít nebo být?*, Aurora, Praha 2001
- Genep, A., *Přechodové rituály*, NLN, Praha 1997
- Giddens, A., *Sociologie*, Argo, Praha 1999
- Goffman, E., *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Doubleday, New York 1961
- Goffman, E., *Stigma*, Sociologické nakladatelství, Praha 2003
- Hrešanová, E., *Medicínská antropologie a její aplikace* in: Hirt, T., (ed.), *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*, ZČU, Plzeň, 2012
- Inhorn, M. C., Wentzell, E. A., (eds.), *Medical Anthropology at the Intersections: Histories, Activisms, and Futures*, Duke University Press, Durham and London, 2012
- Kalina, K., *Jak žít s psychózou*, Portál, Praha 2001
- Kesey, K., *Vyhoďme ho z kola ven*, Odeon, Praha 1988
- Lévinas, E., *Totalita a nekonečno*, Oikoymenh, Praha 1997.
- Marková, E. a kol., *Psychiatrická ošetrovatelská péče*, Grada Publishing, Praha, 2006

Mašková, Z., *Analýza péče o klienty ÚSPKL a návrh opatření zkvalitňujících život obyvatel*, Pedagogická fakulta Technické university v Liberci, 2006 (bakalářská práce; název byl krácen z důvodu zachování anonymity)

Motlová, L., Koukolík, F., *Schizofrenie*, Galén, Praha 2004

Murphy, R. F., *Umlčené tělo*, Sociologické nakladatelství, Praha 2001

Pieper, J., *Základní formy sociálních pravidel hry*, ISE, Praha 1994

Standardy kvality v sociálních službách, Občanská poradna Plzeň, 2006

Turner, V., *Průběh rituálu*, Computer Press, Brno 2004

Votřel, J., *Sanitáři: Etnografie zdravotnické instituce "zdola"*, FHS UK 2011 (diplomová práce)

Wallace, S., *Total Institutions*, Transaction publishers, 1971

Wacquant, L., *Body & Soul: Notebooks of an Apprentice Boxer*, Oxford University Press, New York 2006

Internetové zdroje

Antropologie na začátku 3. tisíciletí a její perspektivy (anotace konference),
http://www.upol.cz/fileadmin/user_upload/aktuality-fakult/fzv/03_Program_Antropologicka_doktorandska_konference_29_10_2013.pdf

Čámský, P., Krutilová, D., Sembdner, J., Sladký, P., *Manuál po tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*, Centrum sociálních služeb, Praha 2008,
http://www.csspraha.cz/users_data/file/manual-standardy-kvality.pdf

o. s. Fokus, <http://www.fokus-cr.cz/>

Koncepce oboru psychiatrie, 1. revize 2008,
http://www.psychiatrie.cz/images/stories/revize_koncepce_2008.pdf

Kontaktní hypotéza v odborné literatuře pojednávající o interetnických vztazích
<http://www.rexter.cz/kontaktni-hypoteza-v-odborne-literature-pojednavajici-o-interetnickych-vztazich/2007/11/01/>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, Desátá revize (aktualizovaná verze k 1.1. 2014), <http://www.uzis.cz/cz/mkn/seznam.html>

Psychiatrická péče 2003, ÚZIS 2005, <http://www.uzis.cz/katalog/zdravotnicka-statistika/psychiatricka-pece>

Psychiatrická péče v lůžkových psychiatrických zařízeních v roce 2012, Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, <http://www.uzis.cz/rychle-informace/psychiatricka-pece-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-roce-2012>

Raboch, J., *Má rozvoj psychiatrické péče v ČR šanci?*, Česká a Slovenská Psychiatrie 2012; 108(3): 113–114

http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2012_3_113_114.pdf

Strategie reformy psychiatrické péče, MZČR, http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

Výklad MPSV k zařazování zaměstnanců, kteří vykonávají přímou obslužnou péči o klienty v zařízeních sociální péče do povolání a příslušné platové třídy, <http://www.mpsv.cz/cs/66>

Wittchen, H.-U., Jacobi, F., *Size and Burden of Mental Disorders in Europe - A Critical Review and Appraisal of 27 Studies*, European Psychopharmacology, 2005,

http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/Publications/Size_Burden%20of%20Mental%20Disorders%20-%20ecnp.pdf

Zákon o sociálních službách, 108/2006 Sb.,

http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf

Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe, MPSV, Praha 2002,

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>

Zdravotnická ročenka ČR 1994, ÚZIS 1995, <http://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-1994>

Přehled zkratk a slovníček pojmů

DZR - Domov se zvláštním režimem; otevřená instituce pro osoby se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění, onemocnění demence a závislosti na alkoholu a návykových látkách; o konkrétní instituci, kde jsem prováděl výzkum referuji většinou jako o Domově nebo Jedličce, někdy také o zařízení či ústavu

KP - Klíčový pracovník; pracovník sociální péče, který má na starosti konkrétního klienta, stará se o jeho potřeby a zájmy, mapuje jeho přání, funguje jako jistý důvěrník a první prostředník v komunikaci klienta s institucí

PSP - Pracovník sociální péče; nejčastější pozice v sociálním zařízení, mající na starosti praktické obstarávání klientů

ZVNČ - Základní výchovná nepedagogická činnost; dříve aktivizační oddělení, starající se o vyžití (sportovní, kulturní, společenské atd.) klientů

Přílohy

Abych čtenáře uvedl blíže do prostředí Domova a vytvořil určitou představu, o jaké klienty se Domov stará, na následujících stránkách uvedu vyprávění o uživatelích, zpracované na základě mého terénního deníku:

Jeden z prvních uživatelů, se kterými jsem se blíže seznámil, byl Roman.¹³⁷ Často mluvil nesrozumitelně, ale když člověk měl trpělivost a poslouchal ho, začaly jeho příběhy dávat určitý smysl. Svou zkušenost často tematizoval v náboženských souvislostech, mluvil o počátku své nemoci jako o smrti a znovuzrození, byl přesvědčen, že vše, co se na světě děje, se děje s Boží spoluúčastí. V prvních dnech, když jsem ještě neznal tolik lidí a měl jsem více volna, jsme spolu často sedávali na lavičce za budovou a pokuřovali a on mi vyprávěl o svém světě. Měl rád hudbu a když se dozvěděl, že hraji na kytaru, začal mi vyprávět o tom, jak měl také kapelu a hrál a dokonce mi zazpíval píseň. Záhy jsem zjistil, že má své dobré a horší dny, což byl poměrně velký rozdíl. V dobrých dnech mu bylo poměrně dobře rozumět, mluvil víceméně logicky a zajímavě. V horších dnech buď nemluvil vůbec, nebo mu bylo stěží rozumět a často mluvil o svých bludech - takto jsem se dozvěděl, že je kardinál a papež, vyslanec Boží na zemi a že složil několik hitů Karla Gotta.

Tyto dobré a horší dny jsem postupně začal pozorovat u mnoha jiných uživatelů. Často to záviselo na počasí (horší byly dusné dny a změny tlaku), někdy na atmosféře v domově a od personálu jsem se později dozvěděl, že též hodně závisí na roční době. Léto a zima jsou takto klidnější, již méně podzim, ale ze všeho nejhorší je jaro, kdy jsou uživatelé neklidní a často mění nálady a stavy.

Další člověk, pro kterého bylo náboženství velmi důležité, byl pan Břetislav Zardík. Ten komunikoval jen minimálně, většinu času trávil sedící či ležící s minimem pohybu, často se pomočoval a navíc se bránil, když jsme ho chtěli odvést na oběd, nebo naopak z jídelny. Odmítal chodit a pohybovat se a už v prvních dnech jsem často slýchal jeho výkřiky "nechte mě", "já nemůžu, já jsem posranej", nebo "já umřu". Sám od sebe se pohyboval jen minimálně, a stalo se, že jednou přišla ranní směna, aby zjistila, že pan Zardík strávil celou noc tak, že seděl na záchodě. Postupně jsem zjistil, že má manželku, která se o něho při návštěvách oddaně stará a ona je jeden z mála lidí, které poslechne. Takto přišla zhruba po

¹³⁷ Protože zde často mluvím o citlivých údajích, důsledně jsem uplatnil princip anonymizace a všechna jména byla změněna.

prvním měsíci mého výzkumu, odvedla si ho a když večer přišli, prý za sebou měli asi dvacetikilometrový výlet. Nechtělo se mi věřit, že by pan Zardík ušel takový kus cesty, ale obdivoval jsem její nasazení a zaujetí pro manžela v ústavu.

Zanedlouho jsem se doslechl o jiné zvláštní historce. Ačkoli běžně odmítal vstát z postele a nebylo s ním mnoho pořízení, jedno nedělní ráno přišli PSP do jeho pokoje, ale on tam nebyl. Hledali ho po celé budově, ale pan Zardík nebyl nikde. Vedoucí tedy volala na ostatní pavilony, zda nešel někoho navštívit, ale ani tam pan Zardík nebyl. Pak si jedna pracovnice vzpomněla, že je věřící, a že je neděle, takže se vypravila do nedalekého (cca 2 km vzdáleného) kostela, kde pana Zardíka našla na mši, jak se modlí, před sebou Bibli a evidentně spokojen. Tato historka pro mě byla zajímavou látkou k přemýšlení a dlouho mi nedala spát.

Až na samém konci svého výzkumu jsem leccos o panu Zardíkovi pochopil lépe. Jednou, když se chýlila ke konci dvanáctihodinová směna a uklízeli jsme po večeri, přišel za mnou pan Zardík, jestli bych mu s něčím nepomohl. Již to bylo dost zvláštní, nikdy jsem ho neviděl někoho oslovit, nebo se samostatně a iniciativně něčím zabývat. Sedli jsme si ke stolu a on se (zcela souvisle) začal vyptávat na moje studium, vyprávět, jak býval doktor matematiky, ale skončil tady a teď ho trápí paradentóza, to, že neudrží moč ani stolicí a další problémy. Moje překvapení nebralo mezí - tak proto ty neustálé boje o to, že nemůže jíst, že nemá zuby a podobně - pokud ho při jídle bolí zuby, není divu, že se brání jíst. Také mi prozradil, že si již léta nemůže čistit zuby, protože kartáček je příliš drsný na jeho bolavé dásně. Navrhnul jsem ústní vodu, kterou by si mohl vyplachovat ústa a později jsem to vyřídil sestře. Co mě ale překvapilo nejvíce, byl fakt, že člověk, jehož jsem znal jako asociálního a nespolutracujícího, který splňoval všechna kritéria, díky kterým bychom ho mohli označit za "blázna", u kterého jsem za celé měsíce nespatriřil žádné rysy toho, co by mohlo být považováno za "normální" chování a jednání, najednou zcela změnil facetu a se zaujetím a porozuměním se se mnou bavil o nejrůznějších problémech. Tato proměna po tak dlouhé době mi připadla jako opravdové zjevení a velmi mě mrzelo, že jsem nemohl zůstat déle než hodinu, protože jsem byl po celodenní směně velmi unaven a navíc jsem potřeboval vyrazit, abych dojel za relativního světla (na mém prastarém kole chyběla světla). Bylo to jedno z nejsmutnějších loučení, které jsem kdy zažil a když jsem se naposledy ohlédl od dveří, viděl jsem beznadějný pohled člověka, který se na chvíli vynořil ze své samoty, aby mu o hodinu později nezbyla jiná možnost, než se do ní opět vrátit. Když jsem přišel příště, vše bylo opět ve starých kolejích a s panem Zardíkem již opět řeč nebyla. Když jsem se ovšem na Jedličku vracel v dalších letech, bylo mi řečeno, že se jeho stav hodně zlepšil.

S jinými uživateli jsme se docela sprátelili. Mezi nimi byl Lojzík, starý pán na vozičku, který měl fyzické postižení, díky němuž měl zkroucené ruce, bolestivé nohy a nemohl pořádně mluvit, ale jeho silnou osobnost to nijak nepoznamenalo. Posunky, výrazy tváře a různými zvukovými projevy si vytvořil druh komunikace, při kterém dokázal i beze slov sdělit většinu svých pocitů a přání. Seznámili jsme se nejprve tak, že jsem ho pravidelně krmil. Protože jsem to nikdy nedělal, zjistil jsem, že krmení je poměrně věda, člověk nesmí dávat ani příliš plné lžíce, ani příliš malé, musí dost dlouho počkat, aby mohl krmený jídlo patřičně strávit a být citlivý na nejrůznější drobné ukázky toho, zda již chce další sousto, nebo ještě ne, co chce jíst a co ne apod. Zpočátku k tomu přistupoval ještě můj ostych nad tím, co dělat, když starý pán žvýká, bylo mi hloupé ho upřeně pozorovat, abych zjistil, kdy již chce další sousto, ale pokud jsem se díval z okna, nebo po okolí, často jsem to přehlédl. Postupně jsme tyto těžkosti překonali (v čemž mi velmi pomohl Lojzův svérázný smysl pro humor) a já jsem mu u jídla vyprávěl různé příběhy a novinky ze světa.

Později jsem zjistil, že hraje rád šachy. Protože ve společenské místnosti sice různé hry byly, ale nikdy jsem nikoho hrát neviděl, zpočátku mě nenapadlo, že by se o takovouto činnost někdo mohl zajímat. Když jsem ale Lojzovi navrhnul, že bychom si mohli zahrát, nadšeně přisvědčil. Zpočátku jsem ho nechal vyhrávat, ale velmi rychle jsem zjistil, že je opravdu dobrý šachista a moje průměrné schopnosti na něj sotva stačí. Podle času jsme pak obvykle hrávali skoro každý den, kdy jsem v domově byl, někdy i tři hry za sebou. Lojza sice nemohl vždy uchopit figurku, ale ukázal mi, kterou hrát a kam a já jsem tah provedl za něj. Kromě zábavných chvil Lojzovi vděčím za vytríbení mých šachových schopností a znalost několika archetypálních situací, z nichž není jednoduché vybruslit.

Lojza byl v domově velmi oblíben, nejen mezi uživateli, ale i mezi personálem. Po každém jídle měl svůj rituál, kdy Otakar a Ludvík odvezli Lojzův voziček za budovu, kde si všichni tři dávali dohromady cigaretu. Lojzík měl svou dřevěnou cigaretovou špičku, do které cigaretu nasadili a pokuřovali z ní všichni tři. Jednou Otakar a Ludvík byli pryč a po obědě jsem šel na cigáro s Lojzou sám. Když jsem nasadil cigaretu do špičky, došlo mi, že ji budu muset zapálit a roztahat sám, protože Lojza by ji v ruce neudržel, a když jsem pohlédl na Lojzu, měj jsem dojem, že mu v očích zaplály zvědavé ohničky, zda se budu štítit vložit jeho špičku do svých úst, nebo ne. Uvědomil jsem si, že právě takto se projevuje drobná každodenní stigmatizace takto postižených lidí a cigaretu jsem zapálil.

Protože jsem byl v domově nový, přistupovali ke mě uživatelé poněkud jinak, než k ostatnímu personálu. Povídali si se mnou více a otevřeněji, protože jsem byl nový, neokoukaný, a také jsem je opravdu poslouchal a odpovídal jim. Ne, že by to ostatní PSP nedělali, ale jak jsem záhy zjistil, v rámci plnění denních povinností nezbylo tolik času na povídání a posedávání. Jeden z takových příkladů jsem zažil hned první den. Pan Opletal ke mně přišel, že by mi rád něco ukázal. Odvedl mě za budovu, kde jsme si sedli na lavičku a on mi přednesl svou prosbu. Tvrdil, že ho hrozně bolí za krkem, a že jediné, co mu pomůže, je když mu vši silou dám ránu pěstí do brady. Přesvědčoval jsem ho, že nejsem žádný fyzioterapeut, že bych mu mohl ublížit, a také že si to nemohu dovolit - hned by mě vyhodili. Pan Opletal si sice stále vedl svou, ale bylo vidět, že je rád, že mu někdo naslouchá a zajímá se o něj. Jeho naléhání postupně sláblo, a když jsme se asi o hodinu později rozloučili, vypadal docela spokojeně a dokonce poznamenal, že ho i ten krk už bolí méně.

V prvních dnech jsem byl nezkušený a příliš jsem nevěděl, jak pomáhat PSP, povídal jsem si tedy spíše s uživateli a snažil se jim pomoci, kde to jen šlo. Tak jsem se seznámil s Matoušem Staškem, který též měl "pouze" fyzické postižení. S rukama mohl zacházet poměrně zručně, ale chodil o berlích a nohy za sebou spíše tahal, než aby po nich chodil. Jeho velkou vášní byl chov králíků. Když mě poprvé vzal ke své králíkárně (bouda asi padesát metrů za budovou; protože však je budova ve svahu, bylo třeba překonat poměrně velký výškový rozdíl), nemohl jsem uvěřit, jakou energii tento starší pán vynakládá, aby mohl králíky chovat. Ačkoli měl velmi špatnou chuť a tupou kosu i srp, každý den chodil nasekat králíkům čerstvou trávu, přesně věděl, která je dobrá a která ne a pozemkem okolo králíkárně se klikatily lysé cestičky, které postupem času "vyšmajdal", jak chodil sem a tam a tahal nohy za sebou. Musel jsem se obdivovat jeho výdrži a nasazení a první měsíc jsem mu každé ráno naklepal kosu, posekal trávu a prováděli jsme spolu různá vylepšení králíkárně. V naprostém protikladu k letargii většiny ostatních uživatelů Matouš neustále vymýšlel nová vylepšení, plánoval rozšiřování chovu a své králíky měl upřímně rád. Ač jsem si dal předsevzetí, že v rámci výzkumu nebudu příliš teoretizovat, neubránil jsem se srovnání s logoterapií Viktora Frankla¹³⁸ a říkal jsem si, že takový přirozený smysl konání, jako starat se o zvíře, může být terapeutickou metodou s neuvěřitelnými výsledky.

Když přišlo období velkých veder, dva králíci Matoušovi zdechli. To a návštěva jeho bratra, který si vehementně stěžoval na to, že personál Matouše pouští tak daleko od budovy,

¹³⁸ Viz např. V. Frankl, *Vůle ke smyslu*, Cesta, Brno 2006.

kde nad ním nemají dohled a lehce se mu může něco stát, vedlo k tomu, že vedení vydalo příkaz králíkárně zbourat. Snažil jsem se ostatní přesvědčit, že to je špatné rozhodnutí, že Matouš takto ztratí to, pro co žil, ale nedalo se nic dělat. Když jsme s Davidem (dalším PSP) bourali králíkárně (v době, kdy byl Matouš na návštěvě u bratra), na které jsme oba pracovali a Matoušovi pomáhali, oba jsme se vytrvale styděli a modlili jsme se za to, abychom to nemuseli být my, kdo Matoušovi řekne, že jeho králíkárna byla zrušena, a aby nikdo neprozradil, že jsme to byli právě my, kdo králíkárně boural. Když se Matouš vrátil z dovolené, nebyl jsem u toho, ale když jsem ho viděl příště, se slzami v očích mi oznamoval, že králíkárně zbourali. Ačkoli to nebylo v mé kompetenci, začal jsem podnikat kroky pro to, aby dostal alespoň nějakou náhradu. Do toho přišel dopis Matoušova bratra, který si stěžoval na ústav a jak se o bratra stará. V dopise prošpikovaném sprostými slovy a hrubými gramatickými chybami si ostře stěžoval na jednání personálu, že jeho bratr má málo místa na pokoji, že když si pro něj přijel, měl na nohou nepadnoucí obuv (v tom jsem mu musel dát za pravdu) a mnoho urážek na adresu zaměstnanců. Krom toho mi někteří PSP začali vykládat různé historky o tom, jak se Matouš o králíky nestará, jak je trápí, že je chce neustále množit, že někdo viděl, jak mlátí s králíkem o futro a směje se u toho apod. Navzdory těmto zvěřinám a všeobecně nepřátelské atmosféře jsem nepolevil a nakonec jsem si vymohl slib, že se udělá nová králíkárna, hned u budovy, takže PSP budou moci kontrolovat, jak se o králíky stará a kolik jich má. Chtěl jsem se do díla hned pustit, ale bylo mi řečeno, že se musí počkat na materiál na stavbu králíkárně. S tím jsem se spokojil, nicméně když jsem končil výzkum, králíkárna stále nestála, a nic se nedělo ani o rok později. V roce 2012 králíkárna již stála.

Protože jsem v domově nepůsobil dost dlouho na to, abych lépe (a hlouběji) poznal osobnost každého uživatele, v lecčem jsem se musel spoléhat na názor ostatních PSP. To byl případ Ludvíka - sympatického muže středního věku, který zde byl kvůli alkoholismu. S lecčím pomohl, u všeho chtěl být, všechno chtěl vědět, hezky se s ním povídalo a všeobecně na mě dělal dojem, že je zcela v pořádku. Občas se mu podařilo sehnat peníze a přišel opilý a pak se projevila jeho drsnější stránka – nebylo to ale příliš často a ani tak jsem nezažil, že by byl agresivní, nebo jinak problematický. Postupem času jsem ale začal slýchat historky o tom, že když se opije, je často nezvladatelný. Jindy jsem přišel na sesternu, abych si vyslechl dialog o tom, že jednomu staršímu pánovi, se kterým Ludvík bydlí, bude třeba přestat dávat peníze, protože Ludvík mu brání dívat se na televizi, pokud mu nezaplatí a vydírá ho. Později jsem si všimnul, že když jsme s různými PSP mluvili o situaci v ústavu, o jejich (ne)spokojenosti a o různých problémech týkajících se organizace domova, vždy ztichli, když

šel Ludvík kolem. Když jsem se na toto podivné chování zeptal, bylo mi řečeno, že Ludvík donáší různé drby a informace manažerce kvality a PSP by si takto mohli uškodit.

Ani u dalších uživatelů nebylo na první pohled poznat, proč jsou v domově. Ota Němec byl možná trochu pomalejší, ale neuvěřitelně milý člověk, který se se všemi přátelil. Kromě lidí v domově udržoval přátelské vztahy i s lidmi, které znal z obchodu, kam si chodil pro cigarety a dokonce dojížděl na návštěvy za jistou paní do nedalekého města.

Pan Lesník byl také sympatický člověk se silnými brýlemi a vadou, kvůli které při řeči musel neustále vyplazovat jazyk. Byla s ním legrace a když jsem byl s uživateli na dovolené, nejhlasitěji se dožadoval hraní na kytaru a hudby. Měl ovšem své horší dny, kdy mu prakticky nebylo rozumět, nasupeně chodil po budově a když po něm někdo něco chtěl, rozzlobeně odsekl, ať mu dá pokoj. Byl to jeden z prvních lidí, o kterých jsem od sester a PSP slyšel, že některé jeho výkyvy nálady jsou způsobeny prášky, které musí brát.

Dalším uživatelem, se kterým jsem se sprátelil, byl Emanuel Seidel. Byl to mladý muž před třicítkou, kterému se rozvinula schizofrenie díky pervitinu. V domově žil už tři roky, měl za sebou léčení v psychiatrické léčebně a byl velmi hodný a snaživý. Pomáhal v kuchyni, s prádlem a vlastně s čímkoli bylo potřeba. Ptal jsem se sester, proč je vlastně ještě v Domově, když již vypadá zcela v pořádku a dostal jsem odpověď, že ačkoli se vyvíjí dobře, když vysadil prášky, vrátily se mu hlasy, ozývající se v hlavě, takže bylo třeba prášky opět rychle nasadit. Přesto mi bylo líto, že mladý a poměrně činorodý Eman musí neustále zůstat v domově, kde příliš mnoho činností není. Na dovolené jsem si všiml, že rád a dobře plave. Snažil jsem se potom zeptat aktivizace, zda by nebylo možné, aby např. jednou týdně jezdil plavat do bazénu, ale bylo mi řečeno, že by bylo třeba zorganizovat větší skupinu, aby se ježdění autem vyplatilo. Eman také neměl mnoho peněz, aby si mohl takové výlety zaplatit sám. V souvislosti s ním také někteří mluvili o tom, zda by nebylo vhodnější pavilony organizovat podle věku, aby mladší uživatelé nepřebírali letargický režim starších, ale vzájemně se motivovali k aktivní činnosti.

Příznaky onemocnění nebyly znát ani na Miriam Doušové, ženě asi okolo čtyřicítky, která zde žila. Aktivně se účastnila sborového zpěvu a dalších aktivit v Domově a v jednom období dokonce pracovala v chráněné dílně. Když jsem si s ní jednou sednul, abychom si lépe popovídali, sdělila mi, že je v ústavu nespokojená a že by chtěla někam jinam. Kromě toho jí také vadilo, že nemá způsobilost k právním úkonům a ve všem je takto odkázána na matku, se kterou nemá příliš dobré vztahy. Probírali jsme spolu možnost navrácení způsobilosti, ale

Miriam tvrdila, že žádost podávala již před téměř dvěma lety a stále jí nedošla odpověď. Sice jsem se z jiných rozhovorů poučil, že někteří uživatelé rychle zapomínají a tento vývoj nemusel být zcela pravdivý, ale na druhou stranu jsem neměl důvod Miriam nevěřit a doba, s jakou příslušný úřad vyřizoval poměrně banální záležitost mi připadla neuvěřitelná.

Když mě Miriam jindy zastavila a ukazovala mi mikinu a nějaké další šaty, zda bych nechtěl něco koupit, nepřikládal jsem tomu zvláštní význam, jen jsem doufal, že věci nejsou kradené. Skutečný význam se ale ukázal o několik dní později. Miriam tehdy nepřišla k obědu, což by ještě nebylo nic zvláštního, ačkoli domovní řád ukládal, aby při každém jídle byli přítomni všichni, stávalo se občas, že někdo byl na nějaké akci, nebo prostě neměl chuť a v době oběda zůstal na pokoji. Když se ale neukázala ani u večeře, začali jsme se po ní shánět a když se ukázalo, že není nikde k nalezení, spustil se poplach. Vedení ohlásilo policii, že se ztratila a začali jsme pátrat, kam asi mohla zmizet. Záhy se ukázalo, že odjela do Prahy domlouvát se s organizací, zajišťující chráněné bydlení, kde dříve Miriam pobývala, že by se chtěla vrátit. Na vlastní pěst takto odjela do Prahy, ale neměla již peníze na autobus zpět, takže se o ni organizace postarala a nazítří ji poslala autobusem zpět.

V této zjitřené atmosféře jsem si vyslechl od sester a PSP mnoho vyprávění týkajících se Miriam. Když jsem poukazoval na to, že se chová zcela racionálně, pokud chce odejít a bydlet jinde, odpovědí mi bylo ujištění, že není spokojená nikde, že v ústavu vystřídala již všechny pavilony a ani ve dřívějším bydlení nebyla spokojená. Krom toho sestry upozorňovaly na některé bludy, z nichž asi nejúsměvnější bylo přesvědčení, že jejím manželem je Jean-Claude Van Damme. Od Miriam samotné jsem ale nikdy podobné bludy neslyšel. Přesto mi připadalo, že s nespokojeností by se mělo něco dělat a pokud všichni budou zastávat politiku mlčení a odkládání řešení takovýchto problémů, připravují si tak půdu pro další útoky a problémy.

V ústavu sice jsou snahy vytvořit určité domácí prostředí, ale jako všem lidem, i zdejší uživatelé potřebují hřejivé teplo vztahu. Není proto divu, že i zde se tvoří páry a manželství. Nemají to ovšem lehké. Na našem pavilonu byl jeden pár - Erika a Tadeáš. Erika byla mladší žena okolo třicítky, které se též rozvinula schizofrenie na základě užívání pervitinu v době její mateřské dovolené. Ačkoli jsem s ní o tom nikdy nemluvil, ostatní PSP říkali, že neustále žije v představě, že její dcera je stejně stará, jako když ji opouštěla. Erice často chyběly peníze a byla silná kuřačka, takže se často stalo, že chodila za PSP a jinými uživateli a s neodbytností sobě vlastní neustále prosila o cigarety.

Tadeáš byl robustní muž s utkvělou představou, že všichni na světě jsou již mrtví a pokud nejsou, nemohou se rozmnožovat. Čechy jsou jedno z mála míst, kam se epidemie ještě nerozšířila. I když mu člověk ukazoval noviny a poukazoval na televizní zprávy, nebylo možné tento blud vymluvit ani zmírnit, takže po čase se člověk omezil na to, že ho nekomentoval. Skrze mé přesvědčení, že každý blud má určité racionální (ač překroucené) jádro, jsem se snažil pochopit, jak k němu mohl Tadeáš dospět, ale abych měl šanci jej pochopit, musel bych znát Tadeáše mnohem déle.

Tadeáš a Erika spolu již nějakou dobu chodili, ale jejich finanční nouze a nedostatek místa v domově znemožňoval, aby mohli svůj vztah dále rozvíjet. Erika bydlela s ostatními ženami v pokoji v suterénu, zatímco Tadeáš sdílel pokoj v prvním patře se dvěma dalšími muži. Svěřili se mi, že by rádi jeli na týdenní dovolenou, a ještě radši si uspořádali svatbu, ale ani na jedno z toho neměli peníze. Zatímco Erice často nezbyvaly ani peníze na cigarety, Tadeáš byl hospodárnější, ale přesto takové výdaje pro něho nebyly možné. Poprvé jsem se tak setkal s tím, že materiální a sociální podmínky domova příliš nepřejí této nejpřirozenější lidské potřebě.

Z dalších uživatelů, se kterými jsem se setkával, bych zmínil pana Kopeckého, mlčenlivého, ale příčinlivého pána okolo čtyřicítky, který, ač nebyl příliš sdílný a společenský, rád přiložil ruku k dílu a pomáhal, kde bylo potřeba. To nakonec vyústilo v to, že byl zařazen do skupiny, která pomáhá v kuchyni.

Tam také pomáhal Bernard Polanský, vášnivý čtenář rodokapsů a dobrodružné literatury, dobrák od kosti, který ovšem jednou za čas, když mu něco nesesedlo, dokázal vybuchnout tak prudce, že by to čekal málokdo.

Pan Rudolf byl tichý, subtilní pán, který sedával u jednoho stolu s Lojíkem a jedl velmi pomalu. Jednou přišel celý sedřený a zašpiněný, takže jsme začali pátrat, jak se to mohlo stát. Nakonec jsme zjistili, že již několik týdnů chodil na jedno místo ve svahu nedaleko za budovou, aby si tam zahrabával housky, které mu zbyly od jídla a tentokrát po cestě upadl.

Pan Štěpán byl upovídaný energický bělovlasý pán, který velmi rád vyprávěl o svých dovolených s bratrem v Turecku a jiných zemích a neustále vyžadoval pozornost. Bylo poněkud nepříjemné ho přerušovat, když již člověk neměl čas si s ním povídat, ale pokud jsem chtěl splnit své úkoly, bohužel to bylo nezbytné.

Zvláštní kapitolou byla Žofie. Starší paní byla v době, kdy jsem v ústavu prováděl výzkum již klidnější, její výlevy se omezovaly na občasné nadávání všem na světě a neřídko zůstávala celý den v posteli. Pamatuji si ji ale živě z dřívější doby, kdy byla poměrně známou

v celém městečku, protože celé dny trávil žebráním na náměstí, aby pak hrála v hospodě na automatech.

Poslední dva uživatelé, se kterými jsem se častěji potkával a které bych rád zmínil, byli „ležáci“, jak se mezi nemocničními pomáhajícími profesemi říká imobilním pacientům a klientům. Pan Hrubý byl starý pán, který nemluvil a dorozumíval se různými posunky a neartikulovanými zvuky. Bez praxe člověk těžko zjišťoval, co vlastně chce a hlavně zpočátku jsem cítil upřímný obdiv k Davidovi (PSP), který vždy přesně věděl, co pan Hrubý chce a porozuměl každému přání. Pan Hrubý měl ve zvyku vypít několik litrů tekutin denně a protože měl zavedenou cévku, bylo nutné neustále kontrolovat, zda již nemá plnou nádrž na moč.

Pan Švec sice trochu mluvil, ale ani jemu nebylo příliš rozumět. Hned první týden jsme s ním jeli k notáři, aby se vyřešilo jeho dědictví a tak jsem se s ním poněkud blíže seznámil. Když mi sestra řekla, že je mu jen málo přes padesát let, přijal jsem tuto informaci s hrůzou – soudě dle jeho tělesného stavu, tipoval jsem mu mezi sedmdesáti a osmdesáti. Později jsem se dozvěděl, že lidé, kteří dlouhodobě užívali psychiatrickou medikaci, mívají často problémy s játry a ledvinami. Díky tomu byli starší klienti, kteří patrně ještě zažili předchozí generaci antipsychotik často na první pohled k rozpoznání - jejich tělesný stav naprosto neodpovídal jejich věku a někdy měli zřetelně zažloutlou pokožku.

Pan Švec rád jedl a jednou jsem zažil, že si až do krku nasoukal neuvěřitelnou půlku (poměrně velkého) pomeranče. V tu chvíli jsem si toho nevšiml, ale David hned přiskočil, chytil pana Švece za hrudník a začal s ním cukat, posléze mu nevybíravě sáhnul hluboko do úst, aby pomeranč vytáhnul. Nebýt jeho výcviku a duchaplného jednání, asi by bylo po panu Švecovi, protože já bych pravděpodobně nevěděl co dělat.

Na dopoledne se většinou pan Švec dával posadit na křeslo, aby neměl proleženiny. Někdy tam pospával, jindy sledoval okolní dění, když měl ale zvlášť aktivní den, snažil se chodit, což obvykle skončilo tím, že spadnul na zem a bylo třeba ho zvednout. Protože nebyl zrovna nejlehčí, zažil jsem si s ním nejednu horkou chvíli, kdy jsem se ho snažil dostat zpět na křeslo, abych o dvacet minut později musel celou proceduru opakovat. Někteří PSP ho proto ke křeslu přivazovali postrojem, ale pan Švec někdy přelstil i je, protože leckdy se mu podařilo postroj rozepnout.

Když jsem mluvil s PSP o nočních směnách, bylo mi řečeno, že pan Švec, když to s ním ještě nebylo tak špatné, byl někdy agresivní a zejména ženy mající noční službu se ho bály. Jednou se dokonce stalo, že se začal sápat na pracovníci, která měla noční směnu a ta se

musela zabarikádovat na sesterně a čekat, než byl k dispozici sanitář, který pana Švece zkontroloval. Tyto divoké časy ale byly již dávno pryč a pan Švec, jak jsem ho poznal, střídal zcela letargické dny s těmi, kdy si alespoň částečně uvědomoval dění okolo sebe.