

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Podpora samostatného bydlení poskytovaná lidem s mentálním
postížením v České republice**

Diplomová práce

Mgr. Jan Šesták, Ph.D.

2010

Bc. Šárka Novotná

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 16. srpna 2010

.....
Šárka Novotná

Ráda bych poděkovala vedoucímu diplomové práce Mgr. Janu Šestákovi, Ph.D. za odborné vedení a konzultace, které pomohly ke zpracování této práce.

Podpora samostatného bydlení poskytovaná lidem s mentálním postižením v České republice

Podpora samostatného bydlení je terénní službou sociální péče. Jedná se o poměrně novou službu, která vznikla až účinností Zákona o sociálních službách. Podpora samostatného bydlení je poskytována lidem se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, včetně duševního onemocnění. Diplomová práce je zaměřena na poskytování této služby lidem s mentálním postižením. Lidé s mentálním postižením představují jednu z nejpočetnějších skupin mezi lidmi se zdravotním postižením. Začlenění těchto lidí je velmi důležité a prospěšné, a to nejenom pro lidi s mentálním postižením, ale i pro většinovou společnost. Služba Podpora samostatného bydlení je jedním z nástrojů tohoto začleňování.

V teoretické části diplomové práce jsou shrnuta nejdůležitější témata týkající se lidí s mentálním postižením. Dále teoretická část popisuje sociální službu Podpora samostatného bydlení a další doplňkové a navazující nástroje začleňování.

Cílem práce je analyzovat aktuální stav poskytování služby Podpora samostatného bydlení lidem s mentálním postižením v České republice z pohledu podmínek poskytovatelů pro poskytování služby, způsobů poskytování služby a struktury uživatelů služby. V souladu s cílem byly stanoveny tyto hypotézy: Hypotéza 1: „Počet registrovaných služeb Podpora samostatného bydlení poskytovaných lidem s mentálním se každoročně od účinnosti Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách zvyšuje.“ Hypotéza 2: „Na poskytování služby Podpora samostatného bydlení navazují další, v dosahu uživatelů dostupné, nástroje podporující jejich pracovní a sociální začlenění.“ Hypotéza 3: „Nejvíce uživatelů služby jsou lidé s přiznaným 1. stupněm závislosti na pomoci jiné osoby.“ Všechny tyto hypotézy byly potvrzeny.

Výzkum byl proveden kvantitativně. Byly použity metody analýza současné situace, zejména prostřednictvím registru poskytovatelů sociálních služeb, a metoda dotazování (technika dotazníku).

Výzkumem bylo zjištěno, že o službu Podpora samostatného bydlení je ze strany uživatelů zájem a je hodnocena jako vhodný nástroj začleňování lidí

s postižením. Dále bylo zjištěno, že způsoby poskytování služby se u jednotlivých poskytovatelů liší.

Support of independent housing provided to mentally handicapped people in the Czech Republic

Support of independent housing is a field service of social care. It is a relatively new service which was established when the Social Services Act entered into effect. Support of independent housing is provided to people with a health handicap or a chronic disease including a mental disease. The diploma thesis is focused on provision of this service to mentally handicapped people. Mentally handicapped people constitute one of the most numerous groups among the people suffering from a health handicap. Integration of these people is very important and beneficial not only for mentally handicapped people but also for the majority society. The support of independent housing is one of the integration tools.

The theoretical part of the diploma thesis summarizes the most important topics relating to mentally handicapped people. The theoretical part also describes the social service consisting in support of independent housing, and other additional and consequential integration tools.

The objective of the thesis is to analyze the current state of providing the service consisting in support of independent housing to mentally handicapped people in the Czech Republic in respect of the conditions set by the service providers for the service provision, the methods of the service provision and the structure of the service users. In accordance with the objective, the following hypotheses were set: Hypothesis 1: "The number of registered services consisting in support of independent housing provided to mentally handicapped people has been increasing every year since the effective date of the Social Services Act No. 108/2006 of the Collection of Laws of the Czech Republic.". Hypothesis 2: "The service consisting in support of separate housing is followed by further tools available to the users that facilitate their work and social integration." Hypothesis 3: "Most of the service users are people with the 1st degree of dependency on the help from another person." All these hypotheses have been confirmed.

The research was conducted quantitatively, using an interrogation method (a questionnaire technique) and a method of the current state analysis, in particular through the register of social services providers.

The research has revealed that users are interested in the service consisting in support of independent housing and that the service is regarded as a suitable tool for integration of handicapped people. The research has also shown that the methods of the service provision differ depending on the provider.

OBSAH

Úvod	10
1. Současný stav.....	11
1.1 Pohled společnosti na lidi s mentálním postižením	11
1.2 Operacionalizace základních pojmů	11
1.3 Osoby s mentálním postižením	12
1.3.1 Charakteristika osob s mentálním postižením	12
1.3.2 Mentální retardace	13
1.3.2.1 Definice mentální retardace	13
1.3.2.2 Etiologie mentální retardace	14
1.3.2.3 Diagnostika mentální retardace	16
1.3.2.4 Klasifikace mentální retardace	17
1.3.2.5 Lehká mentální retardace	18
1.3.2.6 Středně těžká mentální retardace	19
1.3.2.7 Těžká mentální retardace.....	20
1.3.2.8 Hluboká mentální retardace	21
1.3.2.9 Jiná mentální retardace	22
1.3.2.10 Nespecifická mentální retardace	22
1.3.3 Integrace lidí s mentálním postižením	22
1.3.4 Práva lidí s mentálním postižením.....	24
1.3.5 Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014.....	26
1.3.6 Sociální práce s lidmi s mentálním postižením	27
1.3.6.1 Cíle sociální práce	27
1.3.6.2 Metody a techniky sociální práce	29
1.3.7 Sexualita, partnerství a rodičovství lidí s mentálním postižením	30
1.3.8 Organizace pro lidi s mentálním postižením	32
1.3.8.1 Národní rada osob se zdravotním postižením.....	32
1.3.8.2 Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice	32
1.3.8.3 Mezinárodní organizace pro lidi s mentálním postižením.....	33
1.4 Sociální služby.....	33
1.4.1 Sociální služby v systému sociálního zabezpečení	33
1.4.2 Zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb	35
1.4.3 Zákon o sociálních službách	36
1.5 Podpora samostatného bydlení.....	38
1.5.1 Definice služby	38
1.5.2 Základní činnosti.....	39
1.5.3 Úhrada nákladů služby	40
1.5.4 Vhodnost služby pro lidi s mentálním postižením	41
1.6 Další nástroje podporující integraci lidí s mentálním postižením.....	42
1.7 Nástroje podporující zaměstnávání lidí s mentálním postižením	43
1.7.1 Zaměstnávání lidí s mentálním postižením	43

1.7.2	Chráněné pracovní místo a chráněné pracovní dílna	44
1.7.3	Podporované zaměstnávání	44
1.8	Sociální služby určené osobám s mentálním postižením	45
1.8.1	Sociální služby pro lidi s mentálním postižením podle zákona o sociálních službách	45
1.8.2	Chráněné bydlení	46
1.8.3	Osobní asistence	47
1.8.4	Denní a týdenní stacionáře	47
1.8.5	Centra denních služeb	48
1.8.6	Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	48
1.8.7	Sociálně terapeutické dílny	49
1.8.8	Sociální rehabilitace	49
1.9	Srovnání podpory samostatného bydlení s podobnými službami	50
1.10	Transformace pobytových služeb	51
1.11	Podpora samostatného bydlení a střednědobé plány rozvoje sociálních služeb krajů České republiky	52
2.	Cíl práce a hypotézy	54
2.1.	Cíl práce	54
2.2.	Hypotézy	54
3.	Metodika	55
3.1.	Použitá metoda výzkumu	55
3.2.	Charakteristika výzkumného souboru	56
4.	Výsledky	57
4.1	Výsledky k analýze současného stavu	57
4.2	Výsledky k dotazníku	83
5.	Diskuse	102
5.1	Diskuse k analýze současného stavu	102
5.2	Diskuse k dotazníku	105
6.	Závěr	114
7.	Seznam použitých zdrojů	116
8.	Klíčová slova	122
9.	Přílohy	123

ÚVOD

Různé aspekty života lidí s mentálním postižením pro mne byly vždy oblastí, která mne velmi zajímala. Za nejdůležitější považuji jejich začleňování do společnosti. Problematika integrace lidí s mentálním postižením je v posledních letech velmi aktuálním tématem, a to nejenom v oblasti školní integrace. Aby byla integrace plynulá a nenásilná, měla by se na ní podílet celá společnost a ne pouze lidé s postižením. Důležitou součástí problematiky integrace jsou nástroje, které začleňování lidí se zdravotním znevýhodněním, tedy i lidí s mentálním postižením, napomáhají. Mezi tyto nástroje patří i sociální služba Podpora samostatného bydlení. Služba Podpora samostatného bydlení bývá v případě lidí s mentálním postižením poskytována lidem s lehkou nebo středně těžkou mentální retardací. Ti tvoří nejpočetnější skupinu v populaci lidí s mentálním postižením.

Po přijetí Zákona o sociálních službách nastalo v systému poskytování sociálních služeb mnoho změn. Mimo jiné tento zákon umožňuje uživatelům sociálních služeb být rovnými partnery při poskytování služby, a tím rozhodovat ve větší míře o svém životě. Zároveň je v poslední době kladen velký důraz na rozvoj zejména terénních sociálních služeb, mezi které patří i Podpora samostatného bydlení. V současné době není tato služba příliš rozšířena, dá se ale předpokládat její rozvoj.

Cílem této diplomové práce je analyzovat současný stav poskytování sociální služby Podpora samostatného bydlení lidem s mentálním postižením v České republice. Výzkum bude zaměřen zejména na poskytování služby z pohledu podmínek poskytovatelů pro poskytování služby, způsobů poskytování služby a struktury uživatelů této služby.

Práce by měla napomoci poskytovatelům různých sociálních služeb a státním a samosprávným institucím k důkladnějšímu obeznání se se službou Podpora samostatného bydlení a k vytvoření vhodných podmínek pro poskytování této služby.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Pohled společnosti na lidi s mentálním postižením

Patrně žádný jiný druh postižení nečiní člověka v běžné populaci tak zvláštním a odlišným jako právě postižení mentální. Nikdo si vlastně nedokáže stav mentálního postižení dost dobře představit a vžít se do situace osob s tímto omezením. Lze poměrně dobře simulovat stav osob se smyslovým postižením či si vyzkoušet, jaké to je pohybovat se na ortopedickém vozíku. Nelze ovšem jakkoliv simulovat situaci člověka s mentálním postižením. (Slowík, 2007)

Lidé s mentálním postižením tvoří mezi občany se zdravotním znevýhodněním specifickou skupinu. Představují jednu z nejpočetnějších skupin mezi osobami s postižením, a přesto se o nic víc poměrně málo. Představy „zdravé“ populace o lidech s mentálním postižením bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a často i neopodstatněnými obavami. Z toho pak vyplývá rozpačitý, někdy až nepřátelský postoj společnosti k osobám s mentálním postižením. Někteří lidé se stále ještě domnívají, že všichni lidé s postižením by měli být „uklizeni“ do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním, kteří jsou dosud zdraví a „normální“, na očí. Zřejmě bude ještě nějaký čas trvat, než majoritní část společnosti pochopí, že je běžné nejen u nás, ale po celém světě, že určitá část populace bývá odlišná od společenského průměru, ať už svým mimořádným nadáním nebo různými formami postižení. (Švarcová, 2006)

1.2 Operacionalizace základních pojmů

Za osoby s mentálním postižením označujeme takové jedince, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. (Švarcová, 2006)

Psychopedie je součástí speciální pedagogiky a je tradičně pojímána jako nauka o zákonitostech rozvoje, výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením. (Černá, 2008)

Integrace bývá obecně pojímána jako snaha o začleňování lidí se sociálním nebo zdravotním znevýhodněním do společnosti. (Matoušek, 2003)

Podpora samostatného bydlení je sociální služba podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, a je definována jako terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. (Zákon o sociálních službách)

1.3 Osoby s mentálním postižením

1.3.1 Charakteristika osob s mentálním postižením

Charakterizovat osoby s mentálním postižením jako celek je velice obtížné z mnoha důvodů. Zejména proto, že tito lidé se od sebe vzájemně velmi liší, tak jako všichni lidé mají své osobní zvláštnosti významně se podílející na celkové charakteristice každého jedince. Dalším důležitým faktorem jsou zvláštnosti jejich psychických procesů, především v oblasti vnímání, pozornosti, paměti a myšlení, ale také emocionality a volných vlastností, závislé do velké míry na hloubce a nerovnoměrnosti postižení, na věku jedince i na míře podnětnosti sociálního prostředí, ve kterém žije. (Černá, 2008)

Každá osoba s mentálním postižením je tedy individuum s charakteristickými osobními rysy. Přesto se u většiny z nich projevují společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace. (Švarcová, 2006)

Mezi hlavní projevy mentálního postižení patří:

- zvýšená závislost na rodičích a vychovatelích
- infantilnost
- zvýšená pohotovost k neurotickým reakcím
- zvýšená pasivita v jednání a chování
- sugestibilita
- opožděný sexuální vývoj
- nerovnováha aspirací a výkonů
- zvýšená potřeba bezpečí
- poruchy interpersonálních vztahů a komunikace
- snížená přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům
- impulsivnost
- citová narušenost
- hyperaktivita nebo naopak zpomalené chování
- zpomalená chápavost
- primitivnost konkrétních úsudků
- ulpívání na detailech
- snížená mechanická a logická paměť
- nízká slovní zásoba
- těkavá pozornost
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace (Ira, 2006)

1.3.2 Mentální retardace

1.3.2.1 Definice mentální retardace

Mentální retardace je definována jako trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Nejedná se tedy o nemoc, ale o trvalý stav, který je způsoben neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením

mozku. Toto poškození vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Podle vývojového období, ve kterém k mentálnímu postižení došlo, se rozlišuje oligofrenie a demence. Oligofrenie je považována za opoždění psychického vývoje v prenatálním, perinatálním či časně postnatálním období. Demence je pak chápána jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života člověka, zpravidla po dovršení druhého roku věku. (Švarcová, 2006)

Samotný pojem mentální retardace vychází ze spojení dvou latinských slov, a to „mens“, což znamená mysl nebo duše, a „retardare“, které se překládá jako opozdit, zpomalit. Doslovný překlad by tedy zněl „opoždění (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti se však jedná o stav, který nepostihuje pouze mentální schopnosti, ale celou lidskou osobnost. (Slowík, 2007)

1.3.2.2 Etiologie mentální retardace

Mezi lidmi s mentální retardací existuje velká variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejích možných komplikací. Navíc je potřeba si uvědomit, že u každého jednotlivého člověka nelze většinou jednoznačně určit, zda byla jeho mentální retardace způsobena pouze jevy biologickými a do jaké míry se na jeho aktuálním stavu podílejí vlivy sociální. Biologické a sociální faktory se v osobnosti člověka prolínají, původní obraz postižení může být pozitivně i negativně pozměněn vlivem podnětného či nepodnětného sociálního prostředí a životních zkušeností. Důležitý je i časový faktor, tedy kdy a v jakých souvislostech k mentální retardaci došlo. (Černá, 2008)

Mentální retardace může být způsobena jak příčinami vnitřními, tak příčinami vnějšími. Vnitřní příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk při vzniku nového jedince, jedná se o příčiny genetické. Vnější příčiny, které mohou způsobit mentální retardaci, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodním období i v raném dětství. Vnější faktory mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku dítěte. Mohou hrát i roli činitele, který „spouští“ projevy zakódované patologie dědičnosti nebo modifikuje její průběh. (Švarcová, 2006)

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou velice různorodé, vždy se však jedná o závažné organické nebo funkční postižení mozku. Tím se vyřazuje z příčin vzniku mentální retardace nepodnětné a patologické sociální prostředí. Ve starší literatuře bývá opoždění mentálního vývoje způsobené výchovnými a sociálními vlivy označováno termínem pseudooligofrenie. Na rozdíl od organicky podmíněného postižení lze v tomto případě adekvátním a intenzivním pedagogickým působením mentální úroveň jedince někdy i relativně rychle a výrazně zvýšit. (Slowík, 2007)

Jako nejčastější příčiny vzniku mentální retardace se uvádějí:

- následky infekcí a intoxikací, a to v prenatálním i postnatálním období (například toxoplasmóza, zarděnky, encefalitida, toxemie matky, otrava olovem a další)
- následky úrazů nebo fyzikálních vlivů (například mechanické poškození mozku při porodu, hypoxie, postnatální poranění mozku)
- poruchy výměny látek, růstu či výživy (například hypotyreóza, mozková lipoidóza, fenylketonurie a další)
- makroskopické léze mozku (vzniklé například tumorem nebo degenerací)
- nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (například vrozený hydrocefalus, mikrocefalie a podobně)
- anomálie chromozomů (například Downův syndrom, Turnerův syndrom, Klinefelterův syndrom a další)
- nezralost (jedná se o různé stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů)
- vážné duševní poruchy
- jiné a nespecifické etiologie (Švarcová, 2006)

Jednoznačně lze určit příčiny mentální retardace u syndromů vyvolaných genetickými poruchami, jedná se o různé genetické mutace nebo chromozomální odchylky. Podobně lze najít přesnou příčinu postižení v případech metabolických poruch (například fenylketonurie) nebo intoxikací (fetální alkoholový syndrom).

V mnoha případech však příčinu nelze jasně a přesně stanovit a potvrdit, potom se jedná o multifaktoriální etiologii. (Slowík, 2007)

Uvádí se, že až 80 % případů mentální retardace, převážně v pásmu lehké mentální retardace, má neznámý, respektive neurčený původ. Další vývoj v oblasti výzkumu příčin mentální retardace, k němuž v posledních letech přispívají i nové diagnostické technologie, by měl vést k odhalování dalších možných příčin mentální retardace, které jsou dosud neznámé, a také k jejich prevenci. (Švarcová, 2006)

1.3.2.3 Diagnostika mentální retardace

Diagnostika osob s mentálním postižením používá metod a nástrojů psychologie, pedagogiky a speciální pedagogiky za účelem zjistit současnou úroveň jedince a určit směr, jímž by se měla ubírat následná intervence. Cílem psychopedické diagnostiky tak je najít oblast individuálních specifických potřeb daného jedince, tu se pokusit naplnit a tím mu umožnit důstojný život ve společnosti. (Černá, 2008)

Diagnostika je dlouhodobý proces, který musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Při provádění diagnostického šetření musí být bán zřetel na fakt, že jednou z podstatných charakteristik mentální retardace je snížení úrovně adaptačních schopností. Dítě s mentálním postižením se obtížně přizpůsobuje novým podmínkám, těžko se orientuje v novém prostředí a nesnadno navazuje kontakt s neznámými osobami. Tyto skutečnosti pak výrazně ovlivňují výkon, který dítě podává v různých zkouškách. K diagnostice rozumových schopností se využívají inteligenční testy spolu s dalšími metodami. (Švarcová, 2006)

Pro pojem inteligence neexistuje dodnes jednotná definice. Ale souhrnně ji můžeme definovat jako obecnou schopnost myslet, to znamená řešit problémy, učit se, to znamená řešit problémy lépe, využívat zkušenosti a na základě zkušenosti se účelným způsobem adaptovat na své životní prostředí, popřípadě ho přizpůsobit svým potřebám. (Vágnerová, 2003)

Měření inteligence se provádí pomocí testů inteligence, jejichž základem jsou standardizované úkoly. Výkony jsou pak podle určitých kritérií hodnoceny skórem,

které je podkladem pro výpočet úrovně inteligence. Ta je vyjadřována takzvaným inteligenčním kvocientem a vyjadřuje poměr mentálního a chronologického věku. Mentální věk vyjadřuje skutečnou úroveň mentálního vývoje, chronologický věk je skutečný kalendářní věk jedince. Zjištěná hodnota se poté násobí stem, aby byl odstraněn zlomek. (Nakonečný, 2003)

Při posuzování dítěte se sleduje zejména zdravotní stav současný i v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti zraková a sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky. (Švarcová, 2006)

1.3.2.4 Klasifikace mentální retardace

Přestože mentální retardace není nemocí, používá se při její klasifikaci 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací a platí od roku 1992. (Švarcová, 2006)

Klasifikace byla vydána Světovou zdravotnickou organizací z důvodů lepší mezinárodní komunikace. Mezinárodní Klasifikace nemocí používá alfanumerický systém s použitím velkých písmen a desetinného třídění do hodnoty tří čísel. (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005)

Podle této klasifikace se mentální retardace dělí na šest základních kategorií: lehká mentální retardace (F 70), středně těžká mentální retardace (F 71), těžká mentální retardace (F 72), hluboká mentální retardace (F 73), jiná mentální retardace (F 78) a nespecifikovaná mentální retardace (F 79). (Švarcová, 2006)

V této klasifikaci je sice klasifikačním kritériem úroveň mentální kapacity vyjádřená naměřenou hodnotou inteligenčního kvocientu, ovšem zdůrazňuje se zde, že se jedná pouze o klasifikaci orientační, protože přesně stanovená jednotná kritéria pro posouzení mentální úrovně a jasné hranice oddělující jednotlivé klasifikační stupně prakticky neexistují. (Slowík, 2007)

Klasifikace mentální retardace uvedená v Mezinárodní klasifikaci nemocí již neobsahuje kategorii „mírná mentální retardace“ (IQ 85-69), která byla u nás ve starších klasifikacích uváděna a v poradenské praxi se ještě někdy užívá dodnes. Toto snížení úrovně rozumových schopností většinou nesouvisí s organickým poškozením mozku, ale bývá zapříčiněno jinými faktory, například genetickými či sociálními. Proto se osoby s opožděným rozumovým vývojem v důsledku sociální zanedbanosti, nepodnětného výchovného prostředí, smyslových vad či podobných důvodů nepovažují za mentálně postižené. (Švarcová, 2006)

1.3.2.5 Lehká mentální retardace

Lehká mentální retardace je nejrozšířenější formou mentální retardace, je diagnostikována asi u 85% populace s mentálním postižením. Jedná se o jedince, jejichž inteligenční kvocient se pohybuje v rozmezí 50 až 69 bodů. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Tito jedinci jsou schopni používat řeč v běžném styku a většinou bývají zcela nezávislí v osobní péči, jako je stravování, oblékání či hygienické návyky, i péči o domácnost. I když je v porovnání s normou vývoj těchto schopností pomalejší. (Švarcová, 2006)

Po vhodném nácviku jsou někteří schopni samostatně docházet do práce, vykonávat různé manuální činnosti, pracovat v adaptovaném prostředí či samostatně bydlet. Na úspěšném fungování v běžném životě mají vliv i další faktory, jakými jsou například úroveň řečových schopností, přítomnost a závažnost poruch aktivity, pozornosti a chování či epilepsie. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Hlavní problémy se u nich objevují při teoretické práci ve škole. Většina z nich má specifické problémy se čtením a psaním. Dětem s lehkou mentální retardací tak prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování jejich nedostatků. (Švarcová, 2006)

Děti s lehkou mentální retardací si do dvaceti let věku osvojí akademické dovednosti na úrovni šestého ročníku základní školy. Obecně lze říct, že si neosvojí

předměty z druhého stupně základní školy a školy střední. potřebují speciálně pedagogický přístup, a to zvláště na úrovni středoškolského vzdělávání. (Černá, 2008)

V sociokulturním kontextu, kde je kladen malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky mentálního postižení se objeví, pokud je člověk s lehkou mentální retardací také značně emočně a sociálně nezralý. V tom případě se pak obtížně přizpůsobuje kulturním tradicím a normám, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství a výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života. Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální problémy lidí s lehkou mentální retardací a z toho plynoucí potřeby řešení či léčby bližší potřebám, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům lidí se středně těžkou či těžkou mentální retardací. (Švarcová, 2006)

1.3.2.6 Středně těžká mentální retardace

Středně těžká mentální retardace bývá diagnostikována u asi 10 % osob s mentálním postižením. Jedná se o lidi s mentálním postižením, jejichž úroveň rozumových schopností se pohybuje podle změřeného inteligenčního kvocientu mezi 35 až 49 body. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

U jedinců zařazených do kategorie středně těžké mentální retardace je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, a také jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také omezena a opožděna soběstačnost a zručnost. (Švarcová, 2006)

V sebeobsluze bývají osoby se středně těžkou mentální retardací samostatní, potřebují však dohled a také občasnou pomoc v složitějších situacích. K životu potřebují každodenní asistenci, nejsou schopni úplně samostatného života. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Také pokroky ve školní přípravě jsou limitované, někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si však při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy jim mohou poskytnout příležitost

k rozvíjení jejich omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. (Švarcová, 2006)

Pokud je dětem se středně těžkou mentální retardací poskytnuto kvalifikované speciální vzdělávání, osvojí si do svých dvaceti let funkční akademické dovednosti na úrovni čtvrté třídy základní školy. (Černá, 2008)

V dospělosti jsou lidé se středně těžkou mentální retardací obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. Většina z nich také prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. (Švarcová, 2006)

Skupina lidí se středně těžkou mentální retardací se však projevuje jako velmi rozdílná ve schopnostech. Zatímco někteří dosahují vyšší úrovně v manuálních dovednostech než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, jiní jsou značně manuálně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a jednodušší konverzace. (Hartl, Hartlová, 2004)

U mnohých osob se středně těžkou mentální retardací bývá diagnostikována také porucha autistického spektra, jejíž přítomnost pak značně snižuje celkovou adaptivitu a praktické využití jakýchkoli schopností. Oproti lehké mentální retardaci je zde také častější výskyt neurologických a somatických postižení. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

1.3.2.7 Těžká mentální retardace

Těžká mentální retardace je diagnostikována u osob, jejichž inteligenční kvocient se pohybuje mezi 20 až 34 body. Jedná se o přibližně 5 % osob s mentální retardací. Projevy jsou podobné jako u lidí se středně těžkou mentální retardací, potíže jsou ale výraznější. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Přestože jsou možnosti výchovy a vzdělávání lidí s těžkou mentální retardací značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich

motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. (Švarcová, 2006)

Lidé s těžkou mentální retardací dokážou zvládnout základní sebeobslužné dovednosti, potřebují však výraznější míru dopomoci. Pracovní dovednosti bývají elementární, při správném vedení je mohou uplatnit v každodenních životních aktivitách nebo například při práci v sociálně terapeutických dílnách. V oblasti motoriky však bývá přítomna výrazná neobratnost a dyskoordinace. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Oproti středně těžké mentální retardaci jsou zde mnohem častější poruchy motoriky nebo jiné přidružené vady, které prokazují poškození nebo chybný vývoj centrální nervové soustavy. (Hartl, Hartlová, 2004)

Při těžké mentální retardaci spojené s poruchou autistického spektra je navíc velmi často přidružena vývojová afázie, neboli vrozené nerozvinutí a neporozumění řeči. Pokud je tak přítomná řeč, má pouze minimální komunikační funkci a velmi omezené jsou i neverbální komunikační schopnosti. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

1.3.2.8 Hluboká mentální retardace

Hluboká mentální retardace se vyskytuje u méně než 1 % osob s mentálním postižením a je diagnostikována u osob, jejichž inteligenční kvocient dosahuje hodnoty nižší než 20 bodů. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Lidé s hlubokou mentální retardací jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Chápání a používání řeči je zpravidla omezeno pouze na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lidé s hlubokou mentální retardací mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby, a vyžadují tak stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou značně omezené. (Švarcová, 2006)

V současné době jsou však již známy metodické postupy, s jejichž pomocí je možné u některých lidí s hlubokou mentální retardací rozvíjet řadu dovedností, například komunikaci či motorické dovednosti. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

1.3.2.9 Jiná mentální retardace

Tato kategorie mentální retardace by měla být používána pouze v případech, kdy je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození. Jedná se například o osoby nevidomé, neslyšící, s autistickou poruchou, s těžkými poruchami chování nebo o osoby s těžkým tělesným postižením. (Švarcová, 2006)

1.3.2.10 Nespecifická mentální retardace

Tato kategorie se používá v případech, kdy je mentální retardace sice prokázána, ale chybí dostatek informací, aby bylo možno zařadit jedince do některé z ostatních kategorií mentální retardace. (Hartl, Hartlová, 2004)

Nespecifická mentální retardace zahrnuje mentální retardaci nervové soustavy, mentální subnormalitu nervové soustavy a oligofrenii nervové soustavy. (Švarcová, 2006)

1.3.3 Integrace lidí s mentálním postižením

Pojem integrace bývá používán v souvislosti s přirozeným a nenásilným začleňováním lidí se zdravotním postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili integrální součást této společnosti. Integrace souvisí s vyrovnáváním příležitostí, jde o vztah majoritní společnosti, tedy intaktní populace, a minority, neboli lidí se zdravotním postižením, jehož kvalita se prolíná do všech oblastí vzájemného soužití, jako například volný čas, zaměstnání, politika a samozřejmě vzdělávání. Integrace je tak nejenom stavem, ale především procesem. Postupně je pojem integrace nahrazován pojmem inkluze, což znamená rovnoprávný vztah majority a minority, tedy úplné začlenění, aniž by existovaly bariéry v nás samých. (Jankovský, 2006)

Postoje tolerance a intolerance a jejich vývoj jsou v procesu pozitivního ovlivňování soužití lidí s postižením a lidí intaktních důležitým určujícím faktorem. Udávají se dva základní směry integrace, a to směr asimilační a směr adaptační.

Asimilační směr integrace zastává názor, že integrace je záležitostí zejména lidí s postižením. Akceptuje předpoklad, že chování a jednání intaktní majority je jediné správné či přijatelné. Podle asimilačního směru je tedy základní podmínkou integrace přijetí striktně daných norem existence majoritní společnosti. V tomto pojetí je integrace splýváním minority s majoritou. Pro asimilační směr jsou typická spíše rychlá, praktická, organizační a legislativní opatření než opatření systémová.

Adaptační směr naopak vnímá integraci jako společný problém lidí s postižením i lidí intaktních, integrace je založena na partnerském vztahu mezi všemi zúčastněnými. Integrace je brána jako nová hodnota či kvalitativně vyšší forma fungování společnosti. Z této charakteristiky základních směrů integrace vyplývá, že vhodnějším, ale realizačně náročnějším řešením je integrace adaptačního směru. (Novosad, 2006)

Skutečné schopnosti lidí s mentálním postižením nejsou z hlediska jejich sociální integrace vždy rozhodující. Setkávají se totiž velmi často s předsudky, nepochopením a nepřijetím ze strany majoritní intaktní populace, která je v některých případech považuje za méně schopné, a někdy dokonce za méněcenné. V majoritní společnosti bývají zdůrazňovány obavy z možných rizik při osamostatňování lidí s mentálním postižením v oblasti práce a bydlení, zejména pak při jejich partnerském soužití. Není však pravda, že lidé s mentálním postižením si svou situaci neuvědomují a nezáleží jim na jejich společenském statusu. (Slowík, 2007)

Někteří zdraví lidé se setkání s lidmi s postižením vyhýbají, protože často nevědí, jak mu pomoci či jak s ním komunikovat. Ke vzniku nejistoty a odmítání přispívají i projevy lidí se zdravotním postižením, protože se jinak chovají a jinak vypadají. Ve společnosti obecně převládá tendence vidět všechny jedince s postižením stejně, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti. Navíc bývá intaktní společnost často neochotná měnit postoj k lidem se zdravotním postižením. Tato neochota souvisí s nedostatkem kvalitních informací i se stereotypním způsobem života. (Mojžíšová, 2008)

Velkým přínosem pro integraci jsou nestátní neziskové organizace pracující s lidmi se zdravotním postižením. Mimo jiné se totiž velkou měrou zasloužily o změnu přístupu intaktní majority k lidem, kteří jsou nějakým způsobem znevýhodněni. Přispěly tím k postupnému překonávání mnoha bariér, a to legislativních, sociálních, ekonomických, fyzických, ale také bariér v samotných lidech. Neziskové organizace tak vytvořily podmínky pro přirozenou a nenásilnou integraci lidí se zdravotním postižením ve společnosti. (Jankovský, 2006)

V souvislosti s integrací se také často hovoří o teorii normalizace, jejíž základní myšlenky formuloval O'Brien do pěti principů, podle kterých by měl člověk s mentálním postižením:

- žít v normálním prostředí, to znamená v podmínkách, které určují komunitu, obec
- mít příležitosti k informovanému a skutečnému rozhodování, a to jak na každodenní úrovni, tak také na úrovni závažných životních rozhodnutí
- mít dostatek příležitostí k rozvíjení kompetencí pro vykonávání funkčních a smysluplných činností
- být respektován a mít pozitivně hodnocenou společenskou roli
- na životě komunity se podílet prostřednictvím rozšiřování sítě sociálních vztahů s okolím. (Krahulcová, 2002)

1.3.4 Práva lidí s mentálním postižením

Lidská práva jsou obvykle charakterizována jako ta práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Vycházejí ze stále silněji pociťované potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každého člověka. Na osoby s mentálním postižením se vztahují veškerá lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti. (Švarcová, 2006)

V minulosti neměli lidé s mentálním postižením příležitost tato práva naplňovat a rozhodovat tak o svém životě. Přístup k člověku s postižením jako k občanovi a k uživateli veřejných služeb se s rostoucím vlivem nevládních organizací sdružujících lidi se zdravotním postižením neustále vyvíjí. (Černá, 2008)

V České republice jsou lidská práva uzákoněna především v Listině základních práv a svobod. Tato Listina vychází z nedotknutelnosti a univerzálního charakteru přirozených lidských práv a ve svém třetím článku vyjadřuje závazek státu zaručit tato práva a svobody všem bez jakékoli diskriminace. (Mojžíšová, 2008)

V roce 1948 přijala Organizace spojených národů Všeobecnou deklaraci lidských práv, čímž započala éra mezinárodního zájmu o formulaci standardů lidských práv a monitorování toho, jak jsou v jednotlivých státech lidská práva dodržována. (Matoušek, 2003)

V roce 1961 byla přijata Evropská sociální charta, která byla po dlouhou dobu jedinou mezinárodní smlouvou o lidských právech, která výslovně zmiňovala osoby s postižením jako nositele lidských práv. V roce 1971 pak byla Valným shromážděním Organizace spojených národů přijata Deklarace práv mentálně postižených osob. Ta mimo jiné uvádí, že osoba s mentálním postižením má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti. (Švarcová, 2006)

Mezi další významné mezinárodní dokumenty patří Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání, přijatá v roce 1987 v rámci Rady Evropy. Velmi důležitá je Úmluva o právech dítěte z roku 1989, která se v plné míře vztahuje i na děti a mladistvé s mentálním postižením. Tato úmluva je pro státy, které ji ratifikovaly, právně závazná, a u nás byla ratifikována v roce 1991.

Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, která byla schválena Valným shromážděním Organizace spojených národů v roce 1993, představují velmi důležitý dokument, které mohou organizace sdružující osoby se zdravotním postižením využít ve svých kampaních za rovnoprávnost. Nejsou sice právně závazná, ale znamenají silný morální a politický závazek států podnikat akce pro vyrovnávání příležitostí lidí se zdravotním postižením. (Švarcová, 2006)

1.3.5 Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením je dokumentem zabývajícím se právy lidí s mentálním postižením ve všech oblastech osobního i veřejného života, včetně způsobu života, včetně podmínek pro samostatný život, tedy i bydlení.

Tento dokument byl schválen usnesením Vlády České republiky v březnu roku 2010. Nejedná se však o první takovýto plán, v předchozích letech byly již vytvořeny, schváleny a realizovány čtyři podobné plány, první již v roce 1992. Významnou událostí, která ovlivnila přípravu i podobu tohoto Národního plánu, je skutečnost, že Česká republika v roce 2009 ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010)

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením byla přijata v prosinci roku 2006 Valným shromážděním Organizace spojených národů. Jménem České republiky byla podepsána v březnu 2007 a v platnost vstoupila v říjnu 2009. Účelem této Úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi lidmi se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. V preambuli se Úmluva odvolává na významné dokumenty z oblasti lidských práv, a to na Chartu Organizace spojených národů a Všeobecnou deklaraci lidských práv, a na práva v nich uznaná. V následujících člancích se Úmluva zabývá právy lidí se zdravotním postižením ve všech oblastech jejich života. Jedná se například o rovnost před zákonem, přístup ke spravedlnosti, ochrana před vykořisťováním, násilím a zneužíváním, nezávislý způsob života a zapojení do společnosti, respektování soukromí a rodiny, vzdělávání, práce a zaměstnávání či účast na kulturním životě. Vedle toho se v Úmluvě nacházejí články, které se samostatně věnují ženám a dětem se zdravotním postižením. (Ministerstvo zahraničních věcí, 2010)

Pro zpracování Národního plánu byly z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením vybrány pouze ty články, které jsou z hlediska vytváření rovnoprávného a nediskriminujícího prostředí pro osoby se zdravotním postižením nejdůležitější a

nejaktuálnější na následující období. Každá kapitola Národního plánu navazuje na jeden z článků Úmluvy a obsahuje vedle citace příslušného článku stručný popis stávajícího stavu, cíle a soubor opatření, jejichž prostřednictvím budou jednotlivé cíle splněny.

Důležitou v souvislosti s Podporou samostatného bydlení je zejména kapitola navazující na článek 19 úmluvy s názvem Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti. Ten se mimo jiné zabývá tím, že lidé se zdravotním postižením by měli mít možnost zvolit si místo pobytu, kde a s kým budou žít a neměli by být nuceni žít ve specifickém prostředí, měli by mít přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí. Zejména díky přijetí zákona o sociálních službách dochází postupně k rozšiřování nabídky služeb podporujících setrvání občanů se zdravotním postižením ve vlastním přirozeném domácím prostředí a umožňujících jim vést samostatný život. Cílem je pak pokračovat v započatém procesu reformy sociálních služeb. Průběžným opatřením je v rámci dotačního řízení podporovat takové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, které jim umožní setrvat v domácím prostředí, jako prevence proti jejich umisťování v pobytových zařízeních. (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010)

1.3.6 Sociální práce s lidmi s mentálním postižením

1.3.6.1 Cíle sociální práce

Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí s cílem naplnit tak jejich osobní blaho. Je to provázaný systém hodnot, teorie a praxe. Úkolem sociální práce je umožnit všem lidem plně rozvinout své možnosti, obohatit jejich životy a předcházet selhání. (Mojžíšová, 2008)

Jedním z cílů sociální práce může být integrace, či spíše inkluze, lidí s mentálním postižením do společnosti. Důležitým předpokladem je sama přítomnost těchto lidí v běžném prostředí, mnohá místa mohou lidé s mentálním postižením

navštěvovat jako zákazníci, ale mohou zde i pracovat. Využívání služeb, s podporou další osoby nebo bez ní, zvyšuje jejich samostatnost a je prvním krokem k integraci. (Matoušek, 2005)

Integrace je však především procesem, a to nejenom v tom smyslu, jak se daří jedince s postižením plně začleňovat do dané společnosti, ale také v tom významu, jak jsou členové té společnosti, tedy my sami, schopni tento žádoucí proces přirozeně akceptovat a identifikovat se s ním. (Jankovský, 2006)

Další cílem je, aby lidé s mentálním postižením co nejvíce rozvíjeli své schopnosti a dovednosti, a tím se mohli co nejvíce zapojit do společnosti. K tomuto učení je potřeba vytvářet příležitosti, které jim sice v určité míře poskytuje každý společenský kontakt, ten sám o sobě ale stačit nemusí. Stejně důležitým krokem je i osvětové působení na majoritní společnost, informování o možnostech těchto lidí, tedy o tom, v čem potřebují pomoci a co mohou zvládnout sami. Cílem osvěty je tedy změnit pohled veřejnosti na lidi s mentálním postižením tak, aby je chápala jako spoluobčany, s nimiž se dá žít a komunikovat. (Matoušek, 2005)

Ideál života ve společnosti zahrnuje mnoho oblastí, ve kterých lidé s mentálním postižením mohou potřebovat pomoci. Podporu mohou potřebovat již v období dětství, kdy žijí v rodině a vzdělává se, později v bytě s dalšími lidmi, nejlépe takovými, které si zvolí sám. podporovat člověka s postižením je často nutné, když se kvalifikuje pro povolání, hledá práci a začíná s ní. Zaměstnání je totiž nejenom zdrojem příjmů, ale také příležitostí rozvíjet své schopnosti a setkávat se s dalšími lidmi, s postižením i bez něj. Člověk s mentálním postižením má právo i na trávení volného času podle vlastních zájmů. Většina lidí s mentálním postižením potřebuje při těchto činnostech podporu, která doplňuje jejich schopnosti, a tato podpora je dalším cílem sociální práce. (Matoušek, 2005)

Cílem práce s lidmi s mentálním postižením je v neposlední řadě i směřování k postupnému zmenšování podpory, tedy k tomu, aby stále více pro sebe dělal sám klient. Tento cíl lze uplatňovat bez ohledu na míru postižení, protože každý člověk se může v něčem zlepšovat a následně zvládat některé činnosti nebo jejich části sám. Zároveň se však nesmí zapomínat na to, že člověk s mentálním postižením stejně jako

ostatní lidé má právo říci, že se již zlepšovat nechce. Cíl lze formulovat jako poskytování podpory klientovu rozvoji do takové míry, do jaké bude klient ochoten se na tomto procesu podílet. V případě, že klient není schopen aktivní participace, cíl se mění na zajištění kompenzace omezených schopností klienta. (Matoušek, 2005)

1.3.6.2 Metody a techniky sociální práce

Jednou z hlavních metod sociální práce s lidmi s mentálním postižením je asistence. Úkolem asistenta je nahrazovat dovednosti a schopnosti, které uživateli chybějí. Tato metoda je využívána v mnoha oblastech, kde lidé s mentálním postižením potřebují pomoc, jedná se například o bydlení, navštěvování běžné školy nebo zaměstnání. Nemusí se však jednat pouze o pomoc při praktických konkrétních činnostech, lidé s mentálním postižením potřebují podporu v organizování aktivit a někdy je nutná i pomoc při chápání souvislostí a uvědomování si rizik. Jejím důležitým rysem je zaměření na jednotlivce, reaguje tedy na konkrétní potřeby a může se přizpůsobovat změnám v klientových potřebách. (Matoušek, 2005)

Asistence je důležitá také pro oblast rozhodování, asistent by měl uživateli pomoci orientovat se ve vlastních preferencích, v možnostech, které se mu nabízejí, měl by mu pomoci rozhodovat se a vyjadřovat svá přání. V neposlední řadě zahrnuje asistence i pomoc při hledání způsobů, kterými může člověk s mentálním postižením přispívat do života komunity. (Černá, 2008)

Individuální sociálně – terapeutická práce s lidmi s mentálním postižením se do jisté míry překrývá s asistencí. Lidé s mentálním postižením se neučí dovednosti potřebné pro běžný život pouhým pozorováním, potřebují si tyto činnosti nacvičovat. K nácviku těchto činností se pak využívají různé techniky, každému uživateli pomáhají jiné techniky a jiné pomůcky, jako jsou obrázky, seznamy kroků a podobně. Postupy při nácviku jsou tedy individuální, ale jejich společnými charakteristikami jsou rozdělení činnosti na sérii kroků, zkoušení kroků bez stresu, kterým může být kompletní situace, využívání pomůcek, podpora motivace a aktivity uživatele.

Jinou formou terapeutické práce je potom pravidelné setkávání skupin lidí s mentálním postižením. Skupinová setkávání jsou vhodná, protože se zde uživatelé za pomoci pracovníka učí komunikovat ve skupině, tedy vnímat a respektovat ostatní, neskákat jim od řeči, vyslechnout jejich názor a projevit názor vlastní. Postupně se tak zlepšují ve formulaci svých postojů a v sociálních dovednostech. U lidí s mentálním postižením je skupina prostor, kde se lidé setkávají a mohou navazovat přátelské nebo partnerské vztahy. Důležitá je i sama práce skupiny zaměřená na oblasti, které jednotlivým uživatelům dělají potíže, například trávení volného času. Společnými silami hledají uživatelé řešení problémů a díky různým zkušenostem si mohou vzájemně poradit. (Matoušek, 2005)

Důležitou roli hraje pracovní terapie. Rozvíjí dovednosti a pracovní návyky a umožňuje seberealizaci lidí s mentálním postižením. Seberealizací je myšleno rozvíjení a soustavné využívání nadání a schopností jedince, tedy uplatnění přirozených a utváření nových dispozic člověka s mentálním postižením k určité činnosti. (Novosad, 2006)

Umělecké terapie, jako jsou taneční, hudební a výtvarné, jsou využívány spíše jako doplňkové aktivity v rámci komplexu jiných služeb. Jejich cílem je podpora osobnostního rozvoje a relaxace lidí s mentálním postižením. Usnadňují lidem s mentálním postižením komunikaci, mohou se například výtvarným dílem a následným rozhovorem s pracovníkem vyjádřit k tomu, co by si přáli, co mají rádi a co ne. Zároveň mohou být tyto aktivity chápány jako způsob trávení volného času a forma setkávání lidí. (Matoušek, 2005)

1.3.7 Sexualita, partnerství a rodičovství lidí s mentálním postižením

Jako každý člověk, tak i člověk s mentálním postižením, chce milovat a být milován. Proto by mu naše společnost měla umožnit, prožít svůj život podle jeho představ. (Vykydalová, 2007)

Pro partnerské soužití je nevhodnější přirozené prostředí, které může lidem s mentálním postižením zajistit Podpora samostatného bydlení.

Sexualita je neodmyslitelně spjata s životem každého z nás, zvyšuje kvalitu našeho života, a tak každý člověk, mladý, starý, zdravý i člověk s postižením má právo prožívat vlastní sexualitu. (Bazalová, 2004)

V důsledku sociální izolace v ústavní a rodinné péči žije mnoho lidí se zdravotním postižením v permanentní citové deprivaci a sexuální frustraci. Tato skutečnost výrazně omezuje jejich životní motivaci a základní zdravotní postižení umocňuje patopsychologickými tendencemi, které ohrožují osobnost jedince s postižením. Specifickou problematiku pak představuje sexualita a partnerství osob s mentálním postižením. Zde je nutno využít možnosti výchovy a vytvořit vhodné prostředí pro partnerské soužití. (Novosad, 2006)

Velmi důležitou roli v sexualitě lidí s mentálním postižením má sexuální výchova. Sexuální výchova u osob s mentálním postižením vyžaduje individuální přístup. Konkrétní forma by se měla odvíjet od stupně postižení. Sexuální výchova u zdravých dětí a dětí s lehkou mentální retardací se nemusí příliš lišit. Děti s těžkou mentální retardací se nebudou tolik zajímat o aspekty lidské sexuality, budou se více zabývat svým tělem a masturbovat. Je-li to možné, měly by se naučit uvolňovat sexuální napětí touto cestou tak, aby zaručovala potřebné soukromí a respektovala lidskou důstojnost, a alespoň základní návyky spojené se sexuálním životem, například hygienické návyky související s menstruací. (Šilerová, 2003)

Je nutné si uvědomit, že lidé s postižením mají rovnocenné právo na pozitivní vjemy a pocity, potřebují lásku, a je proto důležité vytvářet jim vhodné podmínky pro hodnotný sexuální a partnerský život. partnerský svazek lidí se zdravotním postižením má být logickým a pozitivním vyústěním jejich vzájemného vztahu, nikoli však útočištěm před nepochopením a nezájmem okolního světa. (Novosad, 2006)

Lidé s mentálním postižením jsou často schopni normálního sexuálního života. Palčivou otázkou však zůstává, nakolik jsou schopni stát se rodiči a nakolik je to zodpovědné ve vztahu k nim i k jejich dětem. Jedná se o citlivou problematiku, ve které se střetávají práva dětí, práva rodičů, ale i lékařské, psychologické a etické aspekty. (Šilerová, 2003)

Lidé s mentálním postižením mají však právo volby, zda chtějí mít a vychovávat děti či nikoliv. Rovněž mají právo na individuální podporu a pomoc, aby zvládly vychovávat děti ve své domácnosti (Dobromysl.cz, 2005).

1.3.8 Organizace pro lidi s mentálním postižením

1.3.8.1 Národní rada osob se zdravotním postižením

Národní rada osob se zdravotním postižením je zastřešující organizací pro všechna sdružení hájící zájmy lidí se zdravotním postižením. Tato organizace vznikla v roce 2000, důvodem vzniku byla snaha o nalezení co nejefektivnějšího způsobu spolupráce organizací lidí se zdravotním postižením v České republice. V současné době je uznávanými iniciačním a koordinačním orgánem pro obhajobu, prosazování a naplňování práv a zájmů osob se zdravotním postižením. (Švarcová, 2006)

Organizace má celostátní působnost s organizačními jednotkami s krajskou působností. Je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro osoby se zdravotním postižením a členem několika mezinárodních organizací. (Švarcová, 2006)

1.3.8.2 Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice

Toto občanské sdružení vzniklo již v roce 1969 jako dobrovolná organizace rodičů, příbuzných a přátel lidí s mentálním postižením a odborníků různých profesí, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením. Sdružení postupně rozšiřovalo okruh úkolů, vždy se snažilo iniciovat a realizovat různé formy péče o osoby s mentálním postižením. (Švarcová, 2006)

Mezi základní činnosti sdružení patří seznamování veřejnosti s problematikou mentálního postižení, poskytování sociálních služeb, organizace celoživotního vzdělávání a společenských akcí pro lidi s mentálním postižením, jejich blízké i

profesionály a veřejnost, převádění důležitých informací do podoby srozumitelné a přístupné pro osoby s mentálním postižením. Cílem organizace je zlepšit podmínky života občanů s mentálním postižením žijících v rodinách i v sociálních a vzdělávacích zařízeních. (Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, 2008)

1.3.8.3 Mezinárodní organizace pro lidi s mentálním postižením

V Evropě je významnou neziskovou organizací Inclusion Europe, která na evropské úrovni sdružuje organizace pomáhající lidem s mentálním postižením. Tato organizace má důležitou roli při ovlivňování politiky Evropské unie týkající se lidí s mentálním postižením. Zabývá se proto všemy tématy souvisejícími s touto problematikou, ale nejvíce je zaměřena na prosazování práv lidí s mentálním postižením. (Inclusion Europe)

Členskou organizací Inclusion Europe je i Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice. Ta na mezinárodní úrovni vystupuje pod mezinárodním názvem Inclusion Czech Republic. (Slowík, 2007)

1.4 Sociální služby

1.4.1 Sociální služby v systému sociálního zabezpečení

Sociální služba je definována zákonem jako činnost nebo soubor činností, které podle zákona o sociálních službách zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. (Zákon o sociálních službách)

Sociální služby jsou poskytovány lidem jakkoliv společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli.

Sociální službu proto zohledňují jak osobu uživatele, tak i jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství. (Matoušek, 2007)

Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem, umožňují jim pracovat, starat se sám o sebe a o domácnost, navštěvovat školy, účastnit se aktivit volného času či navštěvovat místa víry. Zaměřují se tak na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Mezi nejpočetnější skupiny uživatelů sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi a lidé, kteří z různých důvodů žijí „na okraji“ společnosti. (Mojžíšová, 2008)

V případě všech uživatelů, a u uživatelů s mentálním postižením zvláště, by neměly sociální služby řídit život uživatele, ale pomoci mu, aby ho mohl co nejvíce řídit sám. S tím úzce souvisí i snaha o to, aby byl uživatel na službě co nejméně závislý. Vhodné by bylo vytvořit síť služeb, mezi nimiž by si mohl uživatel vybírat, popřípadě by jich mohl využívat několik současně. (Matoušek, 2005)

Sociální služby jsou podrobněji definovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Sociální služba může být poskytována i jako služba komerční, a to na základě obchodní smlouvy mezi poskytovatelem a uživatelem sociální služby. (Matoušek, 2007)

V naší společnosti je pomoc znevýhodněným osobám podporována obecným uznáním základních lidských práv. Ve Všeobecné deklaraci lidských práv z roku 1948 je mimo jiné uvedeno právo na vzdělání, právo na práci, právo na přiměřené pracovní podmínky, na životní úroveň, na rodinu a také právo na systémovou ochranu při určitých sociálních událostech, což se v české odborné terminologii označuje souhrnným termínem sociální zabezpečení.

Mezi hlavní institucionální nástroje sociálního zabezpečení patří sociální pojištění, státní sociální podpora a sociální pomoc. (Tomeš, 2001)

Legislativa České republiky zařazuje sociální služby v současné době do oblasti sociální pomoci. Ta kromě sociálních služeb zahrnuje také finanční a věcné dávky, poskytované lidem, kteří se ocitli ve stavu hmotné nouze. Legislativa umožňuje poskytování sociálních služeb i mimo státní sociální pomoc – sociální služby mohou být

hrazeny příjemcem na základě kontraktu jako jakákoli jiná služba a jejich poskytovatelem může být i nestátní subjekt, který je uživateli poskytuje bezplatně.

(Matoušek, 2007)

Sociální služby jsou poskytovány místo peněžních dávek tam, kde je to sociálně efektivnější. Ekonomická efektivnost není a nesmí být kritériem volby, protože poskytování služeb je vždy finančně nákladnější než poskytování peněz. (Tomeš, 2001)

1.4.2 Zřizovatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb

Zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby v rezortním pojetí v České republice obce, kraje a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Obce mohou zřizovat v rámci své samostatné působnosti sociální služby jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity nebo jako příspěvkové organizace, které mají samostatnou právní subjektivitu. První možnost se využívá spíše v případech, kdy se jedná o službu nenáročnou na personál, prostory a techniku. Pokud chce obec zřizovat službu v těchto ohledech náročnou, je vhodnější forma samostatné příspěvkové organizace. Také kraje mohou zřizovat sociální služby v rámci své samostatné působnosti, a to stejně jako obce formou svých organizačních složek nebo jako příspěvkové organizace. Ministerstvo práce a sociálních věcí zřizuje některá zařízení sociální péče s celostátní působností.

Zřizovatelem a poskytovatelem sociálních služeb mohou být v České republice i nestátní neziskové organizace. Nestátní poskytovatelé sociálních služeb začaly vznikat jako právnické osoby v roce 1990. Do té doby nebylo poskytování sociálních služeb ze strany nestátních subjektů možné, nestátní subjekty v podstatě neexistovaly. V roce 1990 bylo zřejmé, že k rozvoji občanské společnosti jsou potřeba také nestátní subjekty, které mohou pracovat na neziskové bázi. Z počátku vznikaly téměř všechny tyto subjekty ve formě občanských sdružení. Díky dalšímu vývoji legislativy v druhé polovině devadesátých let je v současné době možné zakládat poskytovatele sociálních služeb v těchto právních formách:

- občanská sdružení;

- obecně prospěšné společnosti;
- církevní právnické osoby. (Matoušek, 2007)

Hlavními silnými stránkami nestátních neziskových organizací jsou nezávislost, aktivita a vstupní elán zapojených lidí, vyplnění bílých míst v poskytovaných službách, konkurence pro stávající služby a často i levnější poskytování služeb. Mezi slabé stránky patří zejména závislost na finančních zdrojích, nedostatek financí na zaplacení odborníků a nedostatečná projektová připravenost organizace. (Švestková, 2006)

Ani jedna z forem nestátních subjektů, které mohou působit jako poskytovatelé sociálních služeb, nemá ve své obecné úpravě žádná specifika týkající se poskytování sociálních služeb, protože všechny právní formy nestátních subjektů mohou být zřizovány k nejrůznějším účelům, jako jsou sportovní, výchovné, kulturní a podobně. Poskytovateli sociálních služeb mohou být vedle organizací také fyzické osoby. (Matoušek, 2007)

Osoba, která využívá sociální služby, je označována jako uživatel. Protože uživatelé sociálních služeb byli na změny v souvislosti s novou legislativou připraveni méně než poskytovatelé sociálních služeb, realizuje Národní rada osob se zdravotním postižením projekt „Poradenství uživatelům sociálních služeb“. Od počátku roku 2010 fungují poradny v každém krajském městě. (Michalík, 2009)

1.4.3 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách upravuje zejména podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, a to prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. (Zákon o sociálních službách)

Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách, je účinný od 1. ledna 2007. Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v tomto zákoně poskytovány osobám, které jsou na území České republiky hlášeny k trvalému pobytu; osobám, kterým byl udělen azyl; občanům a rodinným příslušníkům občana

členského státu Evropské unie; cizincům, kteří jsou držiteli povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než tři měsíce. (Mojžíšová, 2008)

Základní zásadou, kterou zákon zaručuje, je, že rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Sociální služby musí být podle zákona poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod. Zákon o sociálních službách dále ukládá, že pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí na osoby působit aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti. Musí je motivovat k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. (Zákon o sociálních službách)

Podle typu sociální situace rozlišuje zákon o sociálních službách služby sociální péče a služby sociální prevence. Cílem služeb sociální péče je pomoci osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Cílem služeb sociální prevence je zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto vyloučením ohroženi krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Dalším cílem služeb sociální prevence je také chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. (Mojžíšová, 2008)

Z toho vyplývá, že hlavním posláním sociální služby by měla být snaha umožnit lidem, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, zůstat rovnocennými členy společnosti a využívat jejich přirozených zdrojů, žít nezávisle, v kontaktu s ostatními lidmi a v přirozeném sociálním prostředí. Snahou zákona je udržet tyto osoby v domácím prostředí, kdy se budou moci díky podpoře a pomoci širokého spektra sociálních služeb o sebe postarat samy nebo o ně budou pečovat rodinní příslušníci. Tito lidé pak budou moci žít ve svém přirozeném prostředí, kde mají na blízku rodinu a přátele, a díky podpoře terénních a ambulantních služeb svou situaci zvládnou, aniž by museli odcházet do pobytových zařízení. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007)

Vedle sociálních služeb je lidem se znevýhodněním poskytována pomoc také prostřednictvím příspěvku na péči. Ten je poskytován osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Závislost na pomoci jiné osoby je posuzována podle počtu úkonů péče o vlastní osobu a soběstačnosti a je rozdělena na čtyři stupně:

- stupeň: lehká závislost
- stupeň: středně těžká závislost
- stupeň: těžká závislost
- stupeň: plná závislost

Výše příspěvku na péči se odvíjí od stupně závislosti na pomoci jiné osoby, která byla přiznána. Příspěvek je vyplácen vždy za příslušný kalendářní měsíc. Účelem příspěvku je zajištění potřebné pomoci, a to osobou blízkou, jinou fyzickou osobou či registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. (Zákon o sociálních službách)

1.5 Podpora samostatného bydlení

1.5.1 Definice služby

Podpora samostatného bydlení je sociální službou podle Zákona o sociálních službách a je poskytována osobám se zdravotním postižením nebo chronickým onemocněním, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. (Mojžíšová, 2008)

Podpora samostatného bydlení je terénní sociální službou. Je tedy poskytována v přirozeném sociálním prostředí uživatele, které je zákonem o sociálních službách definováno jako rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální

vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a dále místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. (Zákon o sociálních službách)

1.5.2 Základní činnosti

Podle vyhlášky číslo 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, musí být základní činnosti při poskytování služby podpora samostatného bydlení zajišťovány v rozsahu těchto úkonů:

a) pomoc při zajištění chodu domácnosti:

1. pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí,
2. podpora při získávání návyků souvisejících se zajištěním chodu domácnosti,
3. pomoc při údržbě domácích spotřebičů,
4. pomoc se zajištěním stravy,
5. pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezónního úklidu, úklidu po malování,
6. podpora v hospodaření s penězi včetně pomoci s nákupy a běžnými pochůzkami,

b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. podpora při zvládání výchovy dětí v rodině,
2. pracovní výchovná práce s dětmi,
3. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
4. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,
5. podpora v oblasti partnerských vztahů,
6. podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu,

c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení dětí do předškolního zařízení, školy, školského zařízení, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity a zpět,

2. doprovázení dospělých do školy, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity, na úřady a zpět,

3. podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do běžného společenského prostředí včetně využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,

d) sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,

2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí. (Vyhláška 505/2006 Sb.)

1.5.3 Úhrada nákladů služby

Za poskytování služby podpora samostatného bydlení hradí osoby úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou mezi poskytovatelem a uživatelem služby. (Zákon o sociálních službách)

Maximální výše úhrady za poskytování této služby činí 85 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí. (Vyhláška 505/2006 Sb.)

Poskytovatel sociální služby se může dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s osobou blízkou osobě, které je sociální služba poskytována, popřípadě s jinou fyzickou osobou nebo s právnickou osobou. Tato dohoda je možná, pokud osoba, které je sociální služba poskytována, nemá vlastní příjem nebo její příjem nepostačuje na úhradu nákladů. (Zákon o sociálních službách)

1.5.4 Vhodnost služby pro lidi s mentálním postižením

Nejpočetnější skupinu v populaci osob s mentálním postižením tvoří lidé s lehkou mentální retardací, u nichž je prognóza sociální integrace velmi dobrá. Pokud k tomu dostanou příležitost, jsou lidé s lehkou mentální retardací schopni samostatně nebo s minimální podporou, bydlet, pracovat a žít v běžné komunitě. (Slowík, 2007)

Velká část organizací, které poskytují službu Podpora samostatného bydlení lidem s mentálním postižením v popisu realizace poskytování služby uvádí, že cílovou skupinou této služby jsou lidé s lehkou, popřípadě středně těžkou mentální retardací. (Registr poskytovatelů sociálních služeb)

Například Diakonie ČCE – Středisko Plzeň uvádí, že do cílové skupiny spadají pouze lidé, kteří mají zájem o podporu vedení vlastní domácnosti, zvládají péči o vlastní osobu a jsou schopni samostatného pobytu v bytě. (Diakonie ČCE – Středisko Plzeň, 2010)

Je také prokázáno, že lidé žijící v přirozeném prostředí – komunitě mají vyšší míru sebeurčení než lidé žijící v hromadném zařízení a to bez ohledu na výši svého inteligenčního kvocientu. (Lečbych, 2006)

Podpora samostatného bydlení má jako služba velký potenciál umožnit lidem s mentálním postižením mít poměrně normální domov. Velmi záleží na kvalitě poskytované asistence. Asistent by měl dodržovat základní pravidla, jakými jsou například nerozhodovat za uživatele, nedělat za něj, co může udělat sám, nemanipulovat a podobně. (Matoušek, 2005)

Velmi častým požadavkem lidí s mentálním postižením je podpora trávení volného času. Nedostatek podnětů a smysluplné činnosti může způsobit u lidí s mentálním postižením řadu problémů. Je proto důležité, aby člověk, který žije sám, měl dostatek podnětů a kontaktů s okolím. Podpora k samostatnosti by tak měla být obohacena o podporu zapojení do komunity, nalezení přátel, umožnění klubové a zájmové činnosti pro osoby s mentálním postižením, která odpovídá jejich věku, podporu seznamování a navazování kontaktů. (Lečbych, 2007)

Také práce je pro lidi s mentálním postižením velmi důležitá. Je pro ně stejným přínosem jako pro lidi bez postižení, a to po stránce sociální i profesní. Nabídka pracovních programů pro lidi s mentálním postižením by měla svou šíří odpovídat jejich potřebám, od denních center a stacionářů, přes chráněné dílny až k podporovanému a běžnému zaměstnání. (Helpnet.cz)

Proto by měla být služba Podpora samostatného bydlení doplněna nějakými navazujícími nástroji pro zaměstnávání a trávení volného času uživatelů. Možnosti zaměstnávání jsou podrobněji popsány na závěr textu.

Mnoho lidí s mentálním postižením projevuje strach ze stěhování z domova rodičů, vnímá jako nebezpečí opustit rodinné vazby, které nabízejí emocionální ochranu a pocit jistoty. Proto je vhodné, aby se při nácviku sociálních dovedností a sociálních kompetencí v oblasti bydlení spolupracovalo s rodinou a docházelo k podpoře vztahů s lidmi, které měli uživatelé služeb podporovaného bydlení v době, kdy žili u rodičů, spolu s podporou vztahů nových. (Vavřík, 2007)

V některých případech může působit vztah pracovníka k rodičům uživatele problémy, protože zájmy rodičů nemusí být vždy v souladu se zájmy uživatele. Pracovník by měl být pro člověka s mentálním postižením nejenom pomocníkem, průvodcem životem či advokátem, ale i blízkým člověkem, který mu naslouchá. (Švarcová, 2006)

1.6 Další nástroje podporující integraci lidí s mentálním postižením

Velmi častým požadavkem lidí s mentálním postižením je podpora trávení volného času. Nedostatek podnětů a smysluplné činnosti může způsobit u lidí s mentálním postižením řadu problémů. Je proto důležité, aby člověk, který žije sám, měl dostatek podnětů a kontaktů s okolím. Podpora k samostatnosti by tak měla být obohacena o podporu zapojení do komunity, nalezení přátel, umožnění klubové a zájmové činnosti pro osoby s mentálním postižením, která odpovídá jejich věku, podporu seznamování a navazování kontaktů. (Lečbych, 2007)

Také práce je pro lidi s mentálním postižením velmi důležitá. Je pro ně stejným přínosem jako pro lidi bez postižení, a to po stránce sociální i profesní. Nabídka pracovních programů pro lidi s mentálním postižením by měla svou šíří odpovídat jejich potřebám, od denních center a stacionářů, přes chráněné dílny až k podporovanému a běžnému zaměstnání. (Helpnet.cz)

Proto by měla být služba Podpora samostatného bydlení doplněna nějakými navazujícími nástroji pro zaměstnávání a trávení volného času uživatelů. Možnosti zaměstnávání a další sociální služby jsou uvedeny dále v tomto textu.

1.7 Nástroje podporující zaměstnávání lidí s mentálním postižením

1.7.1 Zaměstnávání lidí s mentálním postižením

Význam zaměstnání pro lidi s mentálním postižením spočívá zejména v tom, že zaměstnání poskytuje ekonomickou nezávislost a vyšší životní standart a pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka. Práce je také jedním ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení svých kompetencí, pracovní místo v integrovaném prostředí je také prostředkem pro vytváření a rozvíjení nových sociálních interakcí. (Černá, 2008)

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením zdůrazňuje mimo jiné právo na možnost žít se prací svobodně zvolenou nebo přijatou na trhu práce a v pracovním prostředí, které je otevřené, začleňující a přístupné osobám se zdravotním postižením. Dále se státy touto Úmluvou zavazují podporovat pracovní příležitosti a profesní postup osob se zdravotním postižením na trhu práce, jakož i asistenci při hledání, získávání a udržení si zaměstnání. (Ministerstvo zahraničních věcí, 2010)

Aktuální Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením upozorňuje na přetrvávající nepříznivou situaci v zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Na konci roku 2009 bylo na úřadech práce registrováno přibližně 68 000 uchazečů se zdravotním postižením. Zaměstnávání lidí se zdravotním

postižením je dlouhodobě věnována zvýšená pozornost. V několika posledních letech došlo v této oblasti k mnohým legislativním změnám, které se dotkly jednotlivých nástrojů a opatření finančního i nefinančního charakteru. Momentální situace v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením ukazuje na potřebu celkové revize systému podpory zaměstnanosti. Zajištění komplexního řešení systému zaměstnávání osob se zdravotním postižením je obsahem projektu s názvem systém podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením. (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 2010)

1.7.2 Chráněné pracovní místo a chráněné pracovní dílna

Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením, a to na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na toto místo může úřad práce poskytnout zaměstnavateli příspěvek. (Ministerstvo práce a sociálních věcí)

V chráněné pracovní dílně nejsou lidé se zdravotním postižením vystavováni běžným podmínkám otevřeného trhu práce. Uživatelé zde pracují společně a v případě potřeby jim pomáhá asistent. (Matoušek, 2005)

Chráněná pracovní dílna je pracoviště přizpůsobené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením, kde je zaměstnáno nejméně 60 % těchto zaměstnanců. Chráněná pracovní dílna musí být provozována po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Úřad práce může na vytvoření chráněné dílny poskytnout příspěvek. (Ministerstvo práce a sociálních věcí)

1.7.3 Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, jejichž schopnosti nalézt a udržet si zaměstnání v běžném pracovním prostředí jsou z různých

důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou a průběžně poskytovanou podporu, a to před i po nástupu do práce. Smyslem této služby je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří v důsledku zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora také zaměstnavatelům uživatelů služby. (Česká unie pro podporované zaměstnávání, 2008)

Cílem podporovaného zaměstnávání je pomoci zájemci o zaměstnání v tom, aby si našel, získal a udržel místo na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek. Po nalezení pracovního místa podle preferencí uživatele a místních možností dochází k tréninku pracovních dovedností přímo na pracovišti za podpory asistenta. Uživatel tak poznává práci, kterou má vykonávat, prostředí zaměstnání i své spolupracovníky. Vzniká tak také prostor pro navazování vztahů mezi lidmi s postižením i bez něj. (Matoušek, 2005)

1.8 Sociální služby určené osobám s mentálním postižením

1.8.1 Sociální služby pro lidi s mentálním postižením podle zákona o sociálních službách

Sociální služby uvedené v zákoně o sociálních službách, které jsou určeny pro osoby se zdravotním postižením, tedy i pro osoby s mentálním postižením, jsou zejména služby sociální péče. Služby, které jsou osobami s mentálním postižením využívány nejvíce, jsou zejména tyto:

- osobní asistence
- pečovatelská služba
- odlehčovací služby
- centra denních služeb
- denní stacionáře

- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- chráněné bydlení

Přesto jsou některé služby využívány osobami s mentálním postižením službami sociální prevence. Jedná se o tyto služby:

- raná péče
- sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
- sociálně terapeutické dílny
- sociální rehabilitace (Zákon o sociálních službách)

Podrobněji budou zmíněny pouze sociální služby, které se týkají uživatelů služby podpora samostatného bydlení. Domovy pro osoby se zdravotním postižením, pečovatelská služba a odlehčovací služby jsou určeny především pro lidi s těžkou nebo hlubokou mentální retardací a osoby blízké, které o tyto lidi pečují v domácím prostředí.

1.8.2 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytovou službou sociální péče, která je poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení. (Zákon o sociálních službách)

Služba je poskytována za úplatu a uživateli se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. (Mojžíšová, 2008)

Chráněné bydlení je tak modernější formou celoroční péče a má velký význam pro dospělé lidi s mentálním postižením. Chráněné bydlení by mělo mít povahu

společné nebo samostatné domácnosti, kde dospělým uživatelům pomáhají asistenti. Tito asistenti by však neměli zastávat funkci rodiče nebo vychovatele, ale spíše pomocníka, přítele a konzultanta. (Švarcová, 2006)

Asistenti pomáhají jen s určitými činnostmi a informují uživatele o tom, co je potřeba udělat a jak to provést. Podporují tak uživatele, aby činnosti zkoušeli dělat sami. Chráněné bydlení tak může být pro některé uživatele přípravou na vyšší stupeň samostatnosti, například na podporované bydlení. (Matoušek, 2005)

1.8.3 Osobní asistence

Osobní asistence je terénní služba sociální péče poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení v přirozeném sociálním prostředí a je poskytována za úhradu. (Zákon o sociálních službách)

Organizace práce osobních asistentů může být náročná. Míra potřeb a z toho vyplývající organizace asistence se u konkrétních uživatelů výrazně liší v počtu hodin potřebné asistence za den. Z organizačního hlediska je důležité to, kolika lidem celkem je asistence poskytována, zda bydlí ve společné domácnosti či každý jinde. (Černá, 2008)

1.8.4 Denní a týdenní stacionáře

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám se zdravotním postižením, seniorům a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Týdenní stacionáře jsou určeny pro stejný okruh osob, ale jedná se o službu pobytovou. (Zákon o sociálních službách)

Služba obsahuje pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy

nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů a v případě týdenních stacionářů poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení. (Mojžíšová, 2008)

Některé stacionáře zajišťují jako doplňkovou službu i dopravu uživatelů z domova do zařízení a zpět. Se stacionářem nebo s domovem pro osoby se zdravotním postižením může být propojena i sociálně terapeutická dílna. (Matoušek, 2007)

1.8.5 Centra denních služeb

Tyto centra poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba je poskytována za úhradu. (Mojžíšová, 2008)

Centra denních služeb poskytují pomoc při hygieně, stravování, vedle toho výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. (Matoušek, 2007)

1.8.6 Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby, které jsou poskytovány osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením. Základními činnostmi jsou zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (Zákon o sociálních službách)

Služba může být realizována aktivitami zaměřenými na zlepšování orientace v prostoru, čase a konkrétním prostředí, rozvoj komunikace, podporu sebevědomí a sebeprosazování či podporu kladných vztahů s okolím. (Piafa)

1.8.7 Sociálně terapeutické dílny

Sociálně terapeutické dílny jsou služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Jedná se o ambulantní služby poskytované bez úhrady s výjimkou poskytnutí stravy. (Zákon o sociálních službách)

Pracovní terapie vychází z předpokladu, že lidé se rozvíjejí tím, že vykonávají nějakou smysluplnou činnost. Terapie spočívá především v provádění pracovních úkonů, v nichž se uživatelé postupně zlepšují. Důraz přitom bývá kladen na odpovědnost a také určitý řád, který uživatelé musí dodržovat, což uživatelům pomáhá získávat pracovní návyky. (Matoušek, 2005)

1.8.8 Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je definována jako soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace je poskytována formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Jedná se o službu bez úhrady, s výjimkou poskytování ubytování a stravy u pobytové formy. (Zákon o sociálních službách)

Sociální rehabilitace se zaměřuje na podporu fungování člověka v běžných životních situacích. Pomáhá budovat, zlepšovat a obnovovat sociální vztahy a praktické schopnosti a dovednosti, které jsou důsledkem zdravotního postižení a způsobu života dané osoby narušeny. (Mojžíšová, 2008)

Jednou z forem sociální rehabilitace může být například modelové bydlení. Tato služba je poskytována na omezené období několika měsíců a uživatelé se zde ve spolupráci s pracovníkem připravují k samostatnému způsobu života. Služba je většinou poskytována ambulantně, uživatelé tedy do tréninkových bytů docházejí. (Dětské centrum ARPIDA)

1.9 Srovnání podpory samostatného bydlení s podobnými službami

Cílem služby podpora samostatného bydlení je umožnit uživatelům žít téměř běžným způsobem života, rozvíjet sociální schopnosti a praktické dovednosti uživatelů, posilovat nezávislost, zodpovědnost a schopnost rozhodování. Důležitá je také podpora přirozených vztahů a spolupráce s rodinou uživatele služby. (Čtyřlístek - centrum pro osoby se zdravotním postižením Ostrava, 2009)

Služba je poskytována v přirozeném prostředí, převážně v bydlišti uživatele, který za podpory asistenta trénuje dovednosti potřebné pro samostatné bydlení. Konkrétně se jedná například o placení nájemného, praní oblečení, vaření jídla nebo vyjednávání si různých záležitostí na úřadech i se sousedy. Uživatel služby získá postupně takové dovednosti a schopnosti, které mu umožní bezpečně bydlet, trávit smysluplně volný čas, naučí se využívat služby v komunitě, navazovat a udržovat přirozené sociální vztahy. Cílem je, aby mohl uživatel bydlet srovnatelně se svými vrstevníky s žádnou nebo minimální podporou. (Arkádie, společnost pro komplexní péči o zdravotně postižené)

Zatímco hlavním cílem služby Podpora samostatného bydlení je umožnit člověku zůstat ve vlastním domácím prostředí, cílem služby Chráněné bydlení je podpora soběstačnosti uživatele, případný návrat do vlastního domácího prostředí nebo alespoň zachování či obnovení původního životního stylu. Uživatelé služby Chráněné bydlení často potřebují větší míru podpory než u podporovaného bydlení.

Na rozdíl od služby Podpora samostatného bydlení, která je poskytována v bytě uživatele, je součástí poskytovaných služeb u chráněného bydlení také poskytnutí bydlení v bytě, který je spravován poskytovatelem. Tyto byty jsou zpravidla součástí

běžné zástavby a uvnitř jeví všechny základní znaky běžného bytu a jeho provozu, zejména vedení společné domácnosti s možností individuálního hospodaření. (Dobromysl.cz, 2002)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou pobytovou službou a jsou určeny i pro lidi s těžším mentálním postižením.

V dalších letech se budou domovy pro osoby se zdravotním postižením měnit, a to díky procesu transformace pobytových služeb, který je již zahájen. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007)

1.10 Transformace pobytových služeb

Na podporu transformace sociálních služeb vznikla Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Tato koncepce se zabývá transformací sociálních služeb pro seniory a transformací pobytových služeb sociální péče pro osoby se zdravotním postižením. (Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb, 2007)

Proces transformace sociálních služeb bude trvat několik let, je otázkou přirozeného vývoje, který vychází z požadavků odborníků, uživatelů, jejich rodin i samotných poskytovatelů. Cílem Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb tak není samotná transformace, ale podpora těch poskytovatelů sociálních služeb, jejichž zájmem je nabízet vysoce kvalitní služby na odborné úrovni. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007)

V současné době probíhá projekt Ministerstva práce a sociálních věcí Pilotní ověřování transformace ve vybraných zařízeních služeb sociální péče. Model transformace bude pilotně ověřen v rámci realizace tohoto projektu ve vybraných zařízeních a bude po jeho ukončení použit pro transformaci v dalších pobytových zařízeních sociálních služeb. (Bellevue, poskytovatel sociálních služeb)

Ve většině krajů je současná situace taková, že je v kraji dostatečná kapacita pobytových služeb, zejména domovů pro osoby se zdravotním postižením. Tato

kapacita je postupně doplňována sítí ambulantních služeb, jejichž kapacita a územní rozložení nejsou zatím dostatečné. Naproti tomu jsou většinou zcela nedostatečně zastoupeny v kraji terénní sociální služby. Podobně jsou na tom i pobytové sociální služby, jejichž poskytování by umožnilo uplatňovat principy koncepce transformace pobytových zařízení na přijatelnější přístup pro osoby se zdravotním postižením z pohledu integrace a života v přirozeném prostředí. Mezi tyto služby patří zejména chráněné bydlení, týdenní stacionáře a odlehčovací služby. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje, 2006)

1.11 Podpora samostatného bydlení a střednědobé plány rozvoje sociálních služeb krajů České republiky

Hlavním cílem plánování sociálních služeb je zajištění jejich reálné dostupnosti v kraji na základě skutečných potřeb jeho obyvatel a vytvoření systému kvalitních, efektivních a stabilně finančně zabezpečených sociálních služeb v kraji. Výchozí metodikou pro tvorbu plánu je komunitní plánování. Zákon o sociálních službách ukládá jednotlivým krajům povinnost zpracovávat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb. Kraj má při tvorbě tohoto plánu spolupracovat s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a osob, kterým jsou sociální služby poskytovány. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2008 – 2010, 2007)

Střednědobé plány rozvoje sociálních služeb jsou důležitými dokumenty pro rozvoj všech sociálních služeb, tento text se zabývá tím, zda a jak je v plánech rozvoje zahrnuta služba Podpora samostatného bydlení.

Liberecký kraj má jako jeden z hlavních strategických cílů rozvoje sociálních služeb rozvoj a podstatné zvýšení podílů služeb sociální péče poskytovaných v přirozeném prostředí uživatele, využívání terénních a ambulantních služeb větším počtem uživatelů a podstatné snížení počtu uživatelů pobytových služeb. Ve plánu je zařazena služba podpora samostatného bydlení mezi sociálními službami s nedostatečnou kapacitou nebo nerovnoměrným územním pokrytím. (Střednědobý plán

rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2009 – 2013, 2008)

Karlovarský kraj jmenuje konkrétní služby pro osoby se zdravotním postižením, na jejichž rozvoj se zaměří především. Jedná se o chráněné bydlení, podporu samostatného bydlení, osobní asistenci, pečovatelskou službu a sociálně terapeutické dílny. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na období 2009 – 2013, 2008)

Aktuální Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji má jako jednu z priorit u sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením stejně jako většina krajů podporovat vznik a rozvoj terénních a ambulantních služeb. Oproti ostatním však zmiňuje službu podpora samostatného bydlení jako ve Zlínském kraji zcela nedostupnou sociální službu, která však může být v praxi částečně nahrazena jinými typy služeb, zejména pečovatelskou službou a osobní asistencí. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji na období 2009 – 2011, 2008)

Olomoucký kraj má jako skoro všechny kraje ve svém střednědobém plánu vedle rozvoje terénních a ambulantních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením za cíl podporu procesu transformace pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Jako možnou překážku této transformace spatřuje v pocitu ohrožení u stávajících poskytovatelů, kteří nejsou na tuto změnu většinou připraveni. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2009 – 2010, 2008)

V Jihočeském kraji je v současné době registrována pouze jedna služba Podpora samostatného bydlení. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje upozorňuje na nedostatečné zastoupení terénních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, včetně služby Podpora samostatného bydlení. Tato služba je také v plánu rozvoje uvedena mezi těmi službami, které by se měly v kraji rozvíjet. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje, 2006)

2. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1. Cíl práce

Cílem práce bylo analyzovat aktuální stav poskytování služby Podpora samostatného bydlení lidem s mentálním postižením v České republice z pohledu podmínek poskytovatelů pro poskytování služby, způsobů poskytování služby a struktury uživatelů služby.

2.2. Hypotézy

Hypotézy byly stanoveny na základě studia odborné literatury a na základě studia webových stránek registru poskytovatelů sociálních služeb a webových stránek poskytovatelů sociální služby Podpora samostatného bydlení.

Hypotéza 1: Počet registrovaných služeb Podpora samostatného bydlení poskytovaných lidem s mentálním se každoročně od účinnosti Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách zvyšuje.

Hypotéza 2: Na poskytování služby Podpora samostatného bydlení navazují další, v dosahu uživatelů dostupné, nástroje podporující jejich pracovní a sociální začlenění.

Hypotéza 3: Nejvíce uživatelů služby jsou lidé s přiznaným 1. stupněm závislosti na pomoci jiné osoby.

3. METODIKA

3.1. *Použitá metoda výzkumu*

Informace, které byly potřebné pro zpracování diplomové práce byly získány několika metodami. Byla použita technika obsahové a sekundární analýzy odborných monografií, článků a dalších dokumentů v elektronické podobě. Dále byla použita analýza současné situace, zejména prostřednictvím registru poskytovatelů sociálních služeb a metoda dotazování (technika dotazníku). Pro dosažení cíle byl zvolen kvantitativní výzkum.

Registr poskytovatelů sociálních služeb je veden krajem v listinné a elektronické podobě. Do registru jsou zapisováni poskytovatelé sociálních služeb, kterým byla udělena registrace a obsahuje údaje o poskytovateli a poskytovaných sociálních službách. Registr v elektronické podobě dále obsahuje údaje, podle kterých se sleduje kapacita, způsob zabezpečení a nákladovost jednotlivých sociálních služeb, údaje o výši poskytnuté dotace či výsledky inspekce kvality sociálních služeb. (Zákon o sociálních službách)

Registr poskytovatelů sociálních služeb je v elektronické podobě dostupný na internetovém portálu Ministerstva práce a sociálních věcí. Data z registru použita k analýze současné situace jsou platná k 21. červenci 2010.

Dotazník je nejpoužívanějším prostředkem ke sběru informací. Jedná se o techniku sběru dat, kdy respondent odpovídá písemně na otázky v tištěném formuláři. Jeho výhodou je získání velkého množství dat za poměrně krátkou dobu. Nevýhodou této techniky je častá nízká návratnost dotazníku.

Respondenty byli pracovníci organizací poskytujících sociální službu Podpora samostatného bydlení. Dotazník obsahoval identifikační otázku na pracovní pozici respondenta v zařízení a patnáct otázek, které se přímo týkaly zkoumaného problému. V dotazníku byly použity otevřené i uzavřené otázky. Dotazník byl zpracován v textovém editoru Microsoft Word jako formulář, aby bylo jeho vyplňování pro

respondenty to nesnazší. Výzkum probíhal od července do srpna 2010. Výzkum byl anonymní. Anonymita byla zaručena tím, že respondenti v dotazníku neuváděli údaje, podle kterých by je bylo možno identifikovat.

Výsledky výzkumu dotazníkového šetření jsou uvedeny v absolutní četnosti pomocí grafů a tabulek, ve vhodných případech je použita i četnost relativní.. U otevřených otázek byly odpovědi rozděleny do kategorií a poté byla spočítána četnost výskytu odpovědi. Ve výsledcích výzkum jsou také zaznamenány nejvýstižnější odpovědi respondentů na otevřené otázky.

3.2. Charakteristika výzkumného souboru

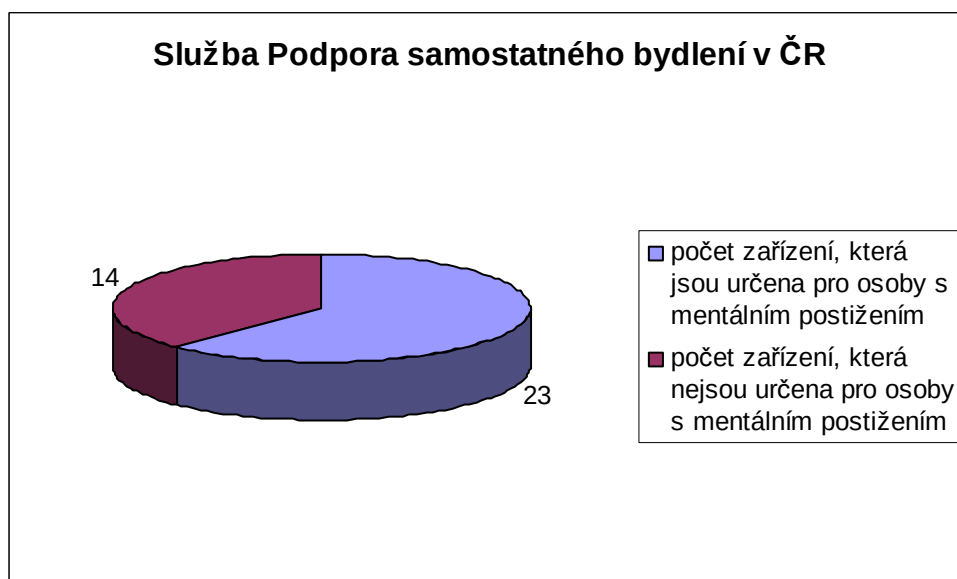
Předpokládaný počet respondentů byl dvacet tři, což je současný celkový počet poskytovatelů služby Podpora samostatného bydlení, kteří tuto službu poskytují lidem s mentálním postižením.

Nejprve jsem pomocí webových stránek jednotlivých poskytovatelů získala elektronické adresy na pracovníky, kteří v dané organizaci pracují přímo ve službě podpora samostatného bydlení. Tyto pracovníky jsem poté kontaktovala prostřednictvím elektronické pošty s žádostí o vyplnění přiloženého dotazníku. Návratnost však byla poměrně nízká, získáno bylo pouze devět dotazníků. Zbylé poskytovatele jsme proto kontaktovala znovu elektronickou poštou a zároveň jsem se s nimi spojila telefonicky. Celkem bylo získáno čtrnáct dotazníků (61 %).

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky k analýze současného stavu

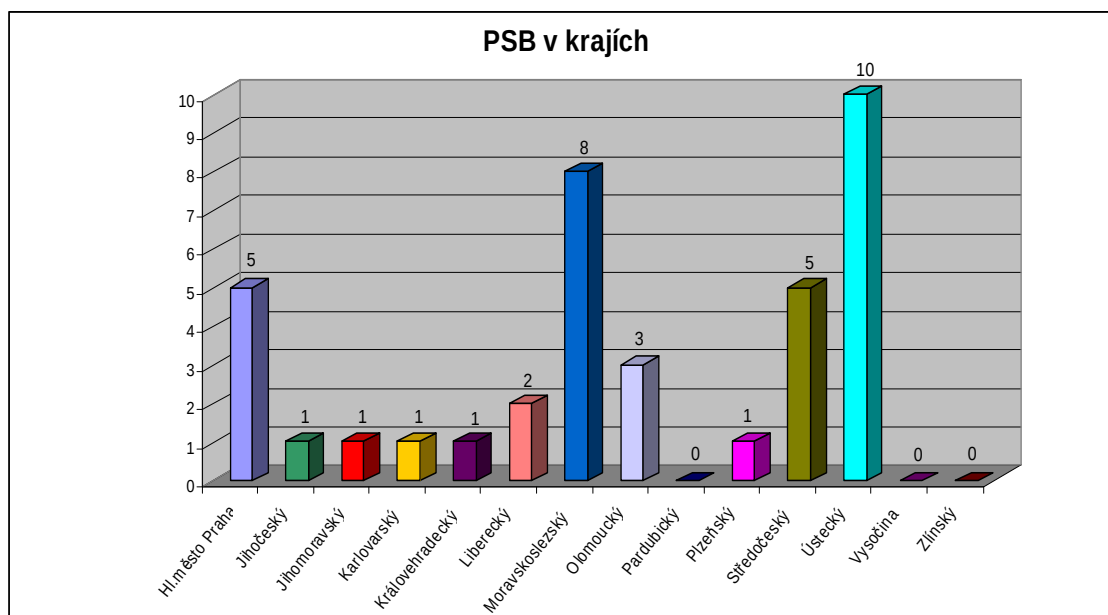
Graf 1: Služba Podpora samostatného bydlení v České republice
(absolutní četnost)



Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Celkový počet zařízení služby Podpora samostatného bydlení v České republice je 37. Z tohoto počtu 23 zařízení poskytuje tuto službu osobám s mentálním postižením. Zbývajících 14 zařízení nemá mezi cílovými skupinami osoby s mentálním postižením (Graf 1).

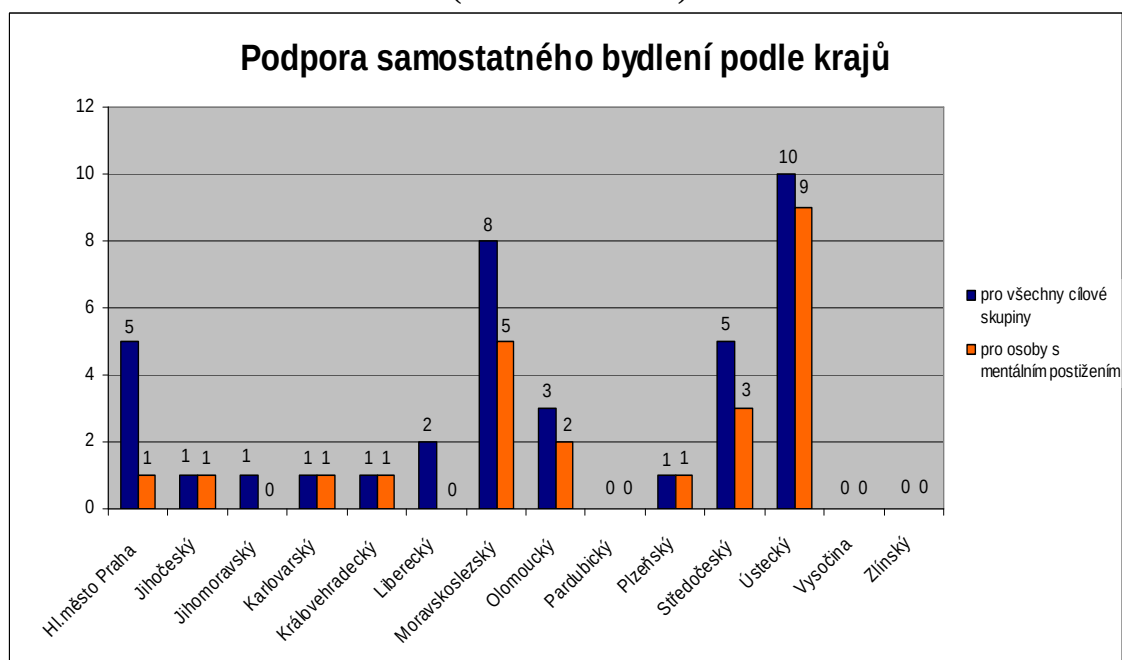
Graf 2: Služba Podpora samostatného bydlení v jednotlivých krajích České republiky (absolutní četnost)



Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

V grafu číslo 2 je znázorněn počet zařízení služby Podpora samostatného bydlení pro všechny cílové skupiny v jednotlivých krajích. Nejvyšší počet zařízení, a to 10, se nachází v Ústeckém kraji, následuje Moravskoslezský kraj s 8 zařízeními a Hlavní město Praha a Středočeský kraj, v každém se nachází 5 zařízení. Naopak v Pardubickém a Zlínském kraji a v kraji Vysočina není služba Podpora samostatného bydlení poskytována vůbec. (Graf 2)

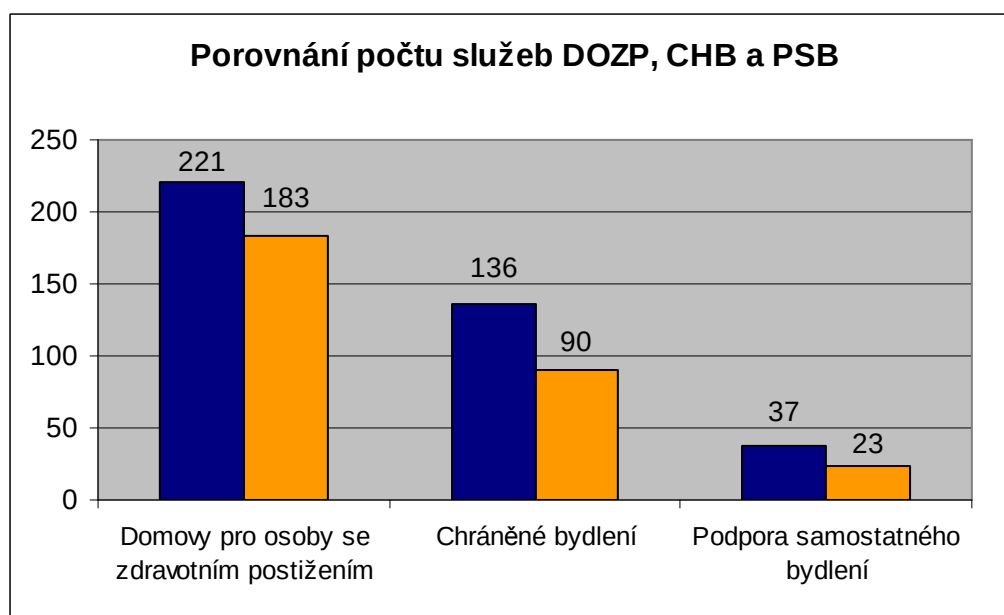
Graf 3: Služba Podpora samostatného bydlení v krajích podle cílových skupin
(absolutní četnost)



Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

V grafu číslo 3 je znázorněn celkový počet zařízení pro všechny cílové skupiny a vedle něj je uveden počet zařízení v kraji, která poskytují službu Podpora samostatného bydlení pro osoby s mentálním postižením. V Ústeckém kraji je z 10 služeb Podpora samostatného bydlení 9 určeno i pro osoby s mentálním postižením. V Moravskoslezském kraji je z 8 služeb určeno pro osoby s mentálním postižením 5 služeb. Ve Středočeském kraji jsou z 5 služeb Podpora samostatného bydlení určeno pro osoby s mentálním postižením určeny 3, zatímco v Hlavním městě Praha pouze 1 zařízení. V krajích Jihočeském, Karlovarském, Královéhradeckém a Plzeňském je poskytována pouze jedna služba Podpora samostatného bydlení, a její cílovou skupinou jsou i osoby s mentálním postižením. Naproti tomu v Libereckém kraji jsou poskytovány 2 služby, ale žádná z nich není určena pro osoby s mentálním postižením. (Graf 3)

Graf 4: Porovnání počtu služeb Domovy pro osoby se zdravotním postižením, Chráněné bydlení a Podpora samostatného bydlení (absolutní hodnota)



Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Z grafu vyplývá, že služeb nejvíce je zastoupena služba Domovy pro osoby se zdravotním postižením. Je registrováno 221 služeb a celých 183 z těchto služeb je určeno lidem s mentálním postižením. Služeb Chráněné bydlení se v České republice poskytuje 136, z toho 90 je určeno pro lidi s mentálním postižením. Služeb Podpora samostatného bydlení se nachází v České republice 37 a 23 z nich je určených pro lidi s mentálním postižením. (Graf 5)

Následující tabulky obsahují základní informace o službách Podpora samostatného bydlení, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením. V tabulce jsou uvedeny i další služby, které poskytuje daný poskytovatel osobám s mentálním postižením. Dále tabulky obsahují konkrétní údaje o službách Podpora samostatného bydlení. Jedná se o výčet cílových skupin, věkové kategorie uživatelů, kapacitu služby a počet pracovních úvazků pracovníků, kteří službu zajišťují. Data uvedená v těchto tabulkách jsou dále využita ve výzkumu. (Tabulka 1 – Tabulka 23)

Tabulka 1: Agentura Pondělí

název poskytovatele	AGENTURA PONDĚLÍ
IČ	26537788
právní forma	občanské sdružení
adresa poskytovatele	2.polské armády 1094/27, 408 01 Rumburk
název zařízení	Podpora samostatného bydlení
vedoucí zařízení	ing. Monika Lampová
adresa zařízení	Masarykova 1094/4, 407 46 Krásná Lípa u Rumburka
poskytuje službu	od 1.2.2009
poskytované služby	podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby se zdravotním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí od 18 let věku
kapacita služby	25 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	3 úvazky
kontakt - web	http://www.agenturapondeli.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 2: Arkádie, společnost pro komplexní péči o zdravotně postižené

název poskytovatele	Arkádie, společnost pro komplexní péči o zdravotně postižené
IČ	556203
právní forma	občanské sdružení
adresa poskytovatele	U Nových lázní 1286/9, 415 01 Teplice
název zařízení	Středisko Arkádie Bratislavská
vedoucí zařízení	Bc. Petra Hauptmanová
adresa zařízení	Bratislavská č.ev. 270, Řetenice, 415 03 Teplice
poskytuje službu	od 1.1.2009
poskytované služby	sociálně terapeutické dílny, denní stacionáře, služby, podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace, odborné sociální poradenství, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením
	osoby s mentálním postižením
	osoby s tělesným postižením
	osoby se zdravotním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let)
	dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	12 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	0,4 úvazku
kontakt - web	http://www.arkadie.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 3: Bellevue, poskytovatel sociálních služeb

název poskytovatele	Bellevue, poskytovatel sociálních služeb
IČ	71234438
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Ledce 74, 273 05 Smečno
název zařízení	Bellevue, poskytovatel sociálních služeb
vedoucí zařízení	František Váňa
adresa zařízení	Ledce 74, 273 05 Smečno
poskytuje službu	Od 1.4.2009
poskytované služby	chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let)
kapacita služby	4 uživatelé
počet pracovníků - úvazky	2,3 úvazku
kontakt - web	http://www.bellevue-domov.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 4: Čtyřlístek – centrum pro osoby se zdravotním postižením Ostrava

název poskytovatele	Čtyřlístek – centrum pro osoby se zdravotním postižením Ostrava, příspěvková organizace
IČ	70631808
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Hladnovská 751/119, 712 00 Ostrava
název zařízení	Podpora samostatného bydlení
vedoucí zařízení	Michaela Šarmanová, DiS.
adresa zařízení	Hladnovská 751/119a, 712 00 Ostrava
poskytuje službu	Od 1.1.2001
poskytované služby	denní stacionáře, týdenní stacionář, sociálně terapeutické dílny, podpora samostatného bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	od 18 do 80 let
kapacita služby	22 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	neuvedeno
kontakt - web	www.uspostrava.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 5: Diakonie ČCE - Středisko křesťanské pomoci v Litoměřicích

název poskytovatele	Diakonie ČCE - Středisko křesťanské pomoci v Litoměřicích
IČ	46768041
právní forma	církevní organizace
adresa poskytovatele	Rooseveltova 716/7, Předměstí, 412 01 Litoměřice 1
název zařízení	Podpora samostatného bydlení - Centrum sociálních služeb Klobouk Diakonie
vedoucí zařízení	Ing. Katarína Markošová
adresa zařízení	Komenského 224, 411 55 Terežín
poskytuje službu	od 1.1.2010
poskytované služby	podpora samostatného bydlení, sociálně terapeutické dílny, centra denních služeb, chráněné bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	8 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	1,5 úvazku
kontakt - web	http://www.diakoniecceltm.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 6: Diakonie ČCE – středisko v Plzni

název poskytovatele	Diakonie ČCE - středisko v Plzni
IČ	73632767
právní forma	církevní organizace
adresa poskytovatele	Prokopova 397/17, Plzeň 3-Jižní Předměstí, 301 00
název zařízení	MŮJ 1+0 CHRÁNĚNÉ A PODPOROVANÉ BYDLENÍ
vedoucí zařízení	Mgr. Jana Kalousová
adresa zařízení	Prokopova 207/25, Plzeň 3-Jižní Předměstí, 301 00
poskytuje službu	od 1.10.2010
poskytované služby	sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, denní stacionář,
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby se zdravotním postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	30 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	3,5 úvazku
kontakt - web	www.diakonieplzen.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 7: Domov sv. Anežky

název poskytovatele	Domov sv. Anežky, o.p.s
IČ	26018888
právní forma	obecně prospěšná společnost
adresa poskytovatele	Čihovice 30, 375 01 Týn nad Vltavou 1
název zařízení	Domov sv. Anežky - Terénní sociální služby
vedoucí zařízení	Mgr. Jan Šesták, Ph.D
adresa zařízení	Čihovice 30, 375 01 Týn nad Vltavou 1
poskytuje službu	od 1.1.2005
poskytované služby	sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace podpora samostatného bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s jiným zdravotním postižením osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	9 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	0,5 úvazku
kontakt - web	http://www.anezka-tyn.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 8: Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb

název poskytovatele	Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb se sídlem Svatý Jan 40
IČ	42727235
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Svatý Jan 40, 262 56 Krásná Hora nad Vltavou
název zařízení	Domov Svatý Jan, poskytovatel sociálních služeb se sídlem Svatý Jan 40
vedoucí zařízení	Ing. Marie Zámostná
adresa zařízení	Svatý Jan 40, 262 56 Krásná Hora nad Vltavou
poskytuje službu	od 1.10.2007
poskytované služby	odlehčovací služby, podpora samostatného bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	4 uživatelé
počet pracovníků - úvazky	0,4 úvazku
kontakt - web	http://www.domovsvatyjan.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 9: Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem

název poskytovatele	Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, příspěvková organizace
IČ	75149541
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Čajkovského 1908/82, 400 01 Ústí nad Labem 1
název zařízení	Domov pro osoby se zdravotním postižením Trmice
vedoucí zařízení	Lenka Reichelová
adresa zařízení	Za Humny 580/15, 400 04 Trmice
poskytuje službu	od 1.1.2009
poskytované služby	odlehčovací služby, podpora samostatného bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, denní stacionář, týdenní stacionář, chráněné bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	5 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	neuvedeno
kontakt - web	není uveden

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 10: Handicap centrum Srdce

název poskytovatele	Handicap centrum Srdce, o.p.s.
IČ	27576612
právní forma	obecně prospěšná společnost
adresa poskytovatele	Ostende 87, Poděbrady II, 290 01
název zařízení	Handicap centrum Srdce, o.p.s. - podpora samostatného bydlení
vedoucí zařízení	Mgr. Marcela Marková
adresa zařízení	U Zimního stadionu 762, Poděbrady II, 290 01
poskytuje službu	od 1.1.2007
poskytované služby	denní stacionáře, týdenní stacionáře, sociálně terapeutické dílny, podpora samostatného bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se sluchovým postižením osoby se zdravotním postižením osoby se zrakovým postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let)
kapacita služby	10 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	2 úvazky
kontakt - web	http://sdm.webnode.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 11: IC pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna

název poskytovatele	Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna
IČ	70872686
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Horní Poustevna 40, Dolní Poustevna, 407 47 Varnsdorf 1
název zařízení	Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna
vedoucí zařízení	Bc. Tomáš Sochorovský
adresa zařízení	Horní Poustevna 40, Dolní Poustevna, 407 47 Varnsdorf 1
poskytuje službu	od 1.1.2007
poskytované služby	denní stacionáře, chráněné bydlení, sociálně terapeutické dílny, podpora samostatného bydlení domov pro osoby se zdravotním postižením
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby s tělesným postižením osoby se zdravotním postižením
věkové kategorie uživatelů	od 18 let věku
kapacita služby	15 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	1 úvazek
kontakt - web	http://www.ichp.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 12: Kamarád - LORM

název poskytovatele	Kamarád - LORM
IČ	830437
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Zeyerova 859, Žatec, 438 01
název zařízení	Kamarád - LORM
vedoucí zařízení	Bc. Kateřina Frondlová
adresa zařízení	Zeyerova 859, Žatec, 438 01
poskytuje službu	od 1.1.2009
poskytované služby	podpora samostatného bydlení, denní stacionář, chráněné bydlení, týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, odlehčovací služby
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	od 17 let věku
kapacita služby	8 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	3 úvazky
kontakt - web	www.kamarad-lorm.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 13: Klíč – centrum sociálních služeb

název poskytovatele	Klíč - centrum sociálních služeb, příspěvková organizace
IČ	70890595
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Dolní hejčínská 50/28, Hejčín, 779 00 Olomouc 9
název zařízení	Klíč - centrum sociálních služeb, podpora samostatného bydlení Šance
vedoucí zařízení	Mgr. Ivana Bazínková
adresa zařízení	Dolní hejčínská 50/28, Hejčín, 779 00 Olomouc 9
poskytuje službu	od 4.1.2010
poskytované služby	podpora samostatného bydlení, denní stacionář, chráněné bydlení, týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	2 uživatelé
počet pracovníků - úvazky	1,05 úvazku
kontakt - web	www.klic-css.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 14: Marianum

název poskytovatele	Marianum, příspěvková organizace
IČ	71197061
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Rooseveltova 886/47, Opava - Předměstí, 746 01
název zařízení	Marianum, příspěvková organizace, pracoviště Lepařova ulice
vedoucí zařízení	Jana Michálková
adresa zařízení	Lepařova 1417/12, Opava -Předměstí, 746 01
poskytuje službu	od 2.1.2009
poskytované služby	domovy pro osoby se zdravotním postižením, centra denních služeb, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	od 18 do 64 let
kapacita služby	3 uživatelé
počet pracovníků - úvazky	0,5 úvazku
kontakt - web	www.marianum-opava.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 15: Městská pečovatelská služba s denním stacionářem Louny

název poskytovatele	Městská pečovatelská služba s denním stacionářem Louny
IČ	60275847
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Fügnerova 1668, Louny, 440 01
název zařízení	Městská pečovatelská služba Louny-Denní stacionář
vedoucí zařízení	Ing. Libuše Machillová
adresa zařízení	Fügnerova 1668, Louny, 440 01
poskytuje službu	od 1.2.2010
poskytované služby	denní stacionář, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let) mladší senioři (65 – 80 let)
kapacita služby	4 uživatelé
počet pracovníků - úvazky	1 úvazek
kontakt - web	www.mpslouny.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 16: Občanské sdružení Jurta, Děčín

název poskytovatele	Občanské sdružení Jurta
IČ	63778718
právní forma	občanské sdružení
adresa poskytovatele	Pěší 9, Děčín XXXIII-Nebočady, 405 02 Děčín
název zařízení	Občanské sdružení Jurta
vedoucí zařízení	Ing. David Landsperský, Ph.D.
adresa zařízení	Pěší 9, Děčín XXXIII-Nebočady, 405 02 Děčín 2
poskytuje službu	od 1.1.2007
poskytované služby	podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby se zdravotním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	10 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	1 úvazek
kontakt - web	http://www.jurta.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 17: Občanské sdružení Jurta, Ústí nad Labem

název poskytovatele	Občanské sdružení Jurta
IČ	63778718
právní forma	občanské sdružení
adresa poskytovatele	Pěší 9, Děčín XXXIII-Nebočady, 405 02 Děčín
název zařízení	Občanské sdružení Jurta
vedoucí zařízení	Ing. David Landsperský, Ph.D.
adresa zařízení	Dvořákova 1527/6, 400 01 Ústí nad Labem 1
poskytuje službu	od 11.2.2009
poskytované služby	podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením osoby se zdravotním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	14 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	1 úvazek
kontakt - web	http://www.jurta.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 18: Pferda – sdružení pro všestranný rozvoj osob s mentálním postižením

název poskytovatele	Pferda - sdružení pro všestranný rozvoj osob s mentálním postižením
IČ	26657431
právní forma	občanské sdružení
adresa poskytovatele	Panská 79, 516 01 Rychnov nad Kněžnou
název zařízení	Takový normální život
vedoucí zařízení	Mgr. Iva Lašticová
adresa zařízení	Městská Habrová 1558, 516 01 Rychnov nad Kněžnou
poskytuje službu	od 1.6.2010
poskytované služby	podpora samostatného bydlení, sociální rehabilitace
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s jiným zdravotním postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	od 18 do 64 let
kapacita služby	6 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	1,14 úvazku
kontakt - web	http://www.pferda.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 19: Rytmus

název poskytovatele	RYTMUS, o.s.
IČ	61383783
právní forma	občanské sdružení
adresa poskytovatele	Bruselská 183/16, Praha 2-Vinohrady, 120 00
název zařízení	Podpora samostatného bydlení
vedoucí zařízení	Šárka Paříková
adresa zařízení	Jednoty 1931, Sokolov, 356 01
poskytuje službu	od 1.7.2010
poskytované služby	sociální rehabilitace, osobní asistence, podpora samostatného bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	14 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	7 úvazků
kontakt - web	www.rytmus.org

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 20: Sagapo

název poskytovatele	Sagapo, příspěvková organizace
IČ	846350
právní forma	příspěvková organizace
adresa poskytovatele	Uhlířská 1353/2, Bruntál, 792 01
název zařízení	Sagapo, příspěvková organizace
vedoucí zařízení	Mgr. Petr Konečný
adresa zařízení	Zeyerova 1929/18, Bruntál, 792 01
poskytuje službu	od 1.1.2000
poskytované služby	sociálně terapeutické dílny, podpora samostatného bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	od 20 let
kapacita služby	3 uživatelé
počet pracovníků - úvazky	2 úvazky
kontakt - web	http://www.sagapo.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 21: Slezská diakonie, Frýdek - Místek

název poskytovatele	Slezská diakonie
IČ	65468562
právní forma	církevní organizace
adresa poskytovatele	Na Nivách 259/7, Český Těšín, 737 01
název zařízení	Podpora samostatného bydlení Frýdek-Místek
vedoucí zařízení	Bc. Halina Pientoková, DiS.
adresa zařízení	T.G. Masaryka 1101, Frýdek, 738 01 Frýdek-Místek
poskytuje službu	od 15.9.2009
poskytované služby	sociálně terapeutické dílny, denní stacionáře, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, tísňová péče, ranná péče, domovy pro osoby se zdravotním postižením, sociální rehabilitace, odborné sociální poradenství, týdenní stacionář, pečovatelská služba, centra denních služeb
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	od 18 do 64 let
kapacita služby	6 uživatelů
počet pracovníků - úvazky	1,5 úvazku
kontakt - web	www.slezskadiakonie.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 22: Slezská diakonie, Krnov

název poskytovatele	Slezská diakonie
IČ	65468562
právní forma	církevní organizace
adresa poskytovatele	Na Nivách 259/7, Český Těšín, 737 01
název zařízení	Noe Krnov
vedoucí zařízení	Ing. Milan Swider
adresa zařízení	Hlubčická 146/10, 794 01 Krnov
poskytuje službu	od 1.3.2005
poskytované služby	sociálně terapeutické dílny, denní stacionáře, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, odlehčovací služby, tísňová péče, ranná péče, domovy pro osoby se zdravotním postižením, sociální rehabilitace, odborné sociální poradenství, týdenní stacionář, pečovatelská služba, centra denních služeb
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s chronickým duševním onemocněním osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	dorost (16 – 18 let) mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	6 uživatelů
počet pracovníků- úvazky	6 úvazků
kontakt - web	www.slezskadiakonie.cz

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 23: okresní organizace SPMP ČR Šumperk

název poskytovatele	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením V ČR, o.s. okresní organizace SPMP ČR Šumperk
IČ	62353292
právní forma	občanské sdružení
adresa poskytovatele	Šumavská 1915/13, Šumperk, 787 01
název zařízení	Podporované bydlení Pomněnka
vedoucí zařízení	Ing. Mgr. Nataša Vykydalová
adresa zařízení	Temenická 3045/104, Šumperk, 787 01
poskytuje službu	od 1.1.2007
poskytované služby	centra denních služeb, sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení
forma poskytování	terénní
cílové skupiny uživatelů	osoby s kombinovaným postižením osoby s mentálním postižením
věkové kategorie uživatelů	mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
kapacita služby	10 uživatelů
počet pracovníků- úvazky	3,2 úvazku
kontakt - web	není uveden

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Následující tabulky a grafy popisují a porovnávají různé proměnné týkající se poskytování Podpora samostatného bydlení lidem s mentálním postižením.

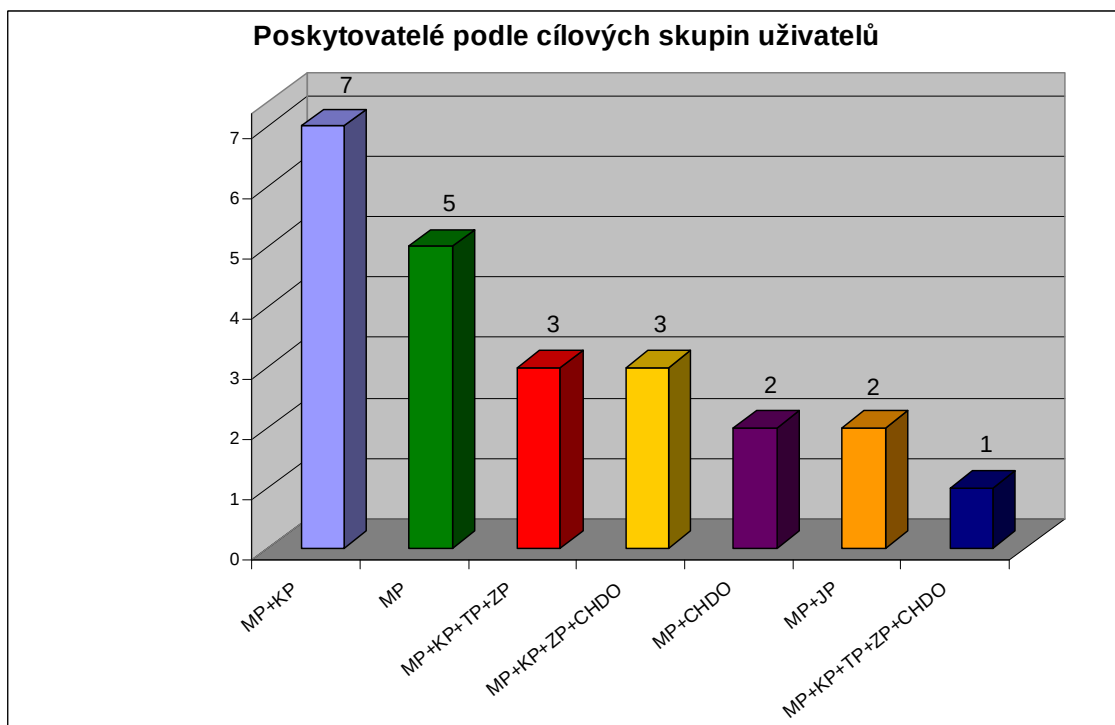
Tabulka 24: Cílové skupiny uživatelů služby (absolutní četnost)

cílové skupiny uživatelů podpory samostatného bydlení	zkratky jednotlivých cílových skupin uživatelů	počet poskytovatelů
osoby s mentálním a kombinovaným postižením	MP+KP	7
osoby s mentálním postižením	MP	5
osoby s mentálním, kombinovaným, tělesným a zdravotním postižením	MP+KP+TP+ZP	3
osoby s mentálním, kombinovaným a zdravotním postižením a s chronickým duševním onemocněním	MP+KP+ZP+CHDO	3
osoby s mentálním postižením a chronickým duševním onemocněním	MP+CHDO	2
osoby s mentálním a jiným postižením	MP+JP	2
osoby s mentálním, kombinovaným, tělesným, zdravotním a jiným postižením a s chronickým duševním onemocněním	MP+KP+TP+ZP+JP+CHDO	1

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

V tabulce 24 se nachází přehled cílových skupin uživatelů a četnost, s jakou jsou různé kombinace jednotlivých cílových skupin registrovány v jednotlivých zařízeních. Nejvíce zařízení, a to 7, poskytuje službu Podpora samostatného bydlení pro osoby s mentálním postižením a pro osoby s kombinovaným postižením. Celkem 5 zařízení poskytuje tuto službu pouze osobám s mentálním postižením. pouze jediné zařízení, a to Domov sv. Anežky poskytuje službu Podpora samostatného bydlení šesti cílovým skupinám uživatelů. V druhém sloupci tabulky jsou uvedeny zkratky pro jednotlivé cílové skupiny a jejich různé kombinace, které jsou dále využity pro orientaci v Grafu číslo 4. (Tabulka 24)

Graf 5: Cílové skupiny uživatelů služby (absolutní četnost)



Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Graf číslo 4 navazuje na tabulku číslo 24. Znázorňuje četnost, s jakou jsou registrovány různé kombinace cílových skupin u jednotlivých poskytovatelů služby pro lidi s mentálním postižením. (Graf 5)

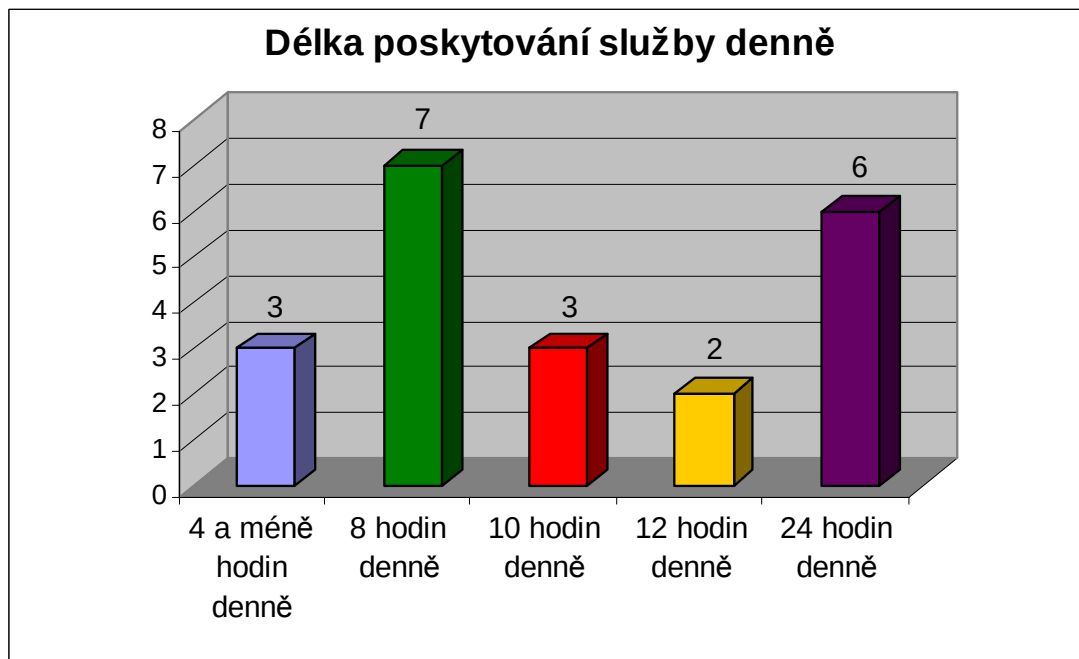
Tabulka 25: Pracovní doby v jednotlivých zařízeních

poskytovatel služby	pracovní doba poskytování služby	počet hodin denně	služba o víkendu
AGENTURA PONDĚLÍ	nepřetržitě	24	ano
Arkádie	Po - Pá: 11 - 19	8	ne
Bellevue	Po, St: 15 - 17	2 (2x týdně)	ne
Čtyřlístek	Po, St, Pá: 7 - 21 Út, Čt: 7 - 15,30 So: 7 - 19	10	ano
Diakonie ČCE, Litoměřice	Po - Pá: 8 - 16	8	ne
Diakonie ČCE, Plzeň	Po - Pá: 8 - 16	8	ne
Domov sv. Anežky	Po - Pá: 7 - 8, 15 - 18	4	ne
Domov Svatý Jan	Po - Ne: 8 - 22	10	ano
DOZP Ústí nad Labem	Po - Pá: 6 - 20	10	ne
Handicap centrum Srdce	nepřetržitě	24	ano
IC pro osoby se ZP Horní Poustevna	Po - Pá: 8 - 16	8	ne
Kamarád - LORM	nepřetržitě	24	ano
Klíč - centrum sociálních služeb	Po - Ne: 15 - 18	3	ano
Marianum	Po - Pá: 8 - 12	4	ne
MPS s denním stacionářem Louny	Po - Pá: 8 - 16	8	ne
o.s. Jurta, Děčín	Po - Pá: 8 - 16	8	ne
o.s. Jurta, Ústí nad Labem	Po - Pá: 8 - 16	8	ne
Pferda	nepřetržitě	24	ano
RYTMUS	nepřetržitě	24	ano
Sagapo	Po - Pá: 8 - 16,30	8,5	ne
Slezská diakonie, Frýdek-Místek	Po - Pá: 8 - 20	12	ne
Slezská diakonie, Krnov	Po - Pá: 8 - 20	12	ne
SPMP ČR Šumperk	nepřetržitě	24	ano

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tabulka 25 uvádí přehled pracovních dob v jednotlivých zařízeních. Vedle samotné pracovní doby uvádí tabulka také počet hodin pracovní doby denně a zda je služba poskytována i o víkendech. V šesti případech je služba poskytována nepřetržitě. Nejkratší pracovní dobu má poskytovatel Podpory samostatného bydlení Bellevue, kde je služba poskytována pouze 2 hodiny dvakrát týdně. Celkem 14 zařízení poskytuje službu pouze ve všední dny, 9 zařízení poskytuje službu i o víkendech. (Tabulka 25)

Graf 6: Délka poskytování služby denně (absolutní četnost)



Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tento graf navazuje na tabulku číslo 25 a znázorňuje četnost délky pracovní doby denně v jednotlivých zařízeních. Nejčastěji je služba poskytována v délce 8 hodin. V 6 zařízeních je služba poskytována 24 hodin denně, tedy nepřetržitě. Ve 3 případech je služba zajišťována 10 hodin denně a stejný počet zařízení poskytuje službu 4 a méně hodin denně. Pouze 2 zařízení poskytují službu v časovém rozsahu 12 hodin denně. (Graf 6)

Tabulka 26: Poměr kapacity služby a pracovních úvazků (absolutní četnost)

poskytovatel služby	kapacita služby	pracovní úvazky	počet uživatelů na 1 úvazek
AGENTURA PONDĚLÍ	25	2	12,50
Arkádie	12	0,4	30,00
Bellevue	4	2,3	1,74
Čtyřlístek	22	neuvedeno	
Diakonie ČCE, Litoměřice	8	1,5	5,33
Diakonie ČCE, Plzeň	30	3,5	8,57
Domov sv. Anežky	9	0,5	18,00
Domov Svatý Jan	4	0,4	10,00
DOZP Ústí nad Labem	5	neuvedeno	
Handicap centrum Srdce	10	2	5,00
IC pro osoby se ZP Horní Poustevna	15	1	15,00
Kamarád - LORM	8	3	2,67
Klíč - centrum sociálních služeb	2	1,05	1,90
Marianum	3	0,5	6,00
MPS s denním stacionářem Louny	4	1	4,00
o.s. Jurta, Děčín	10	1	10,00
o.s. Jurta, Ústí nad Labem	14	1	14,00
Pferda	6	1,14	5,26
RYTMUS	14	7	2,00
Sagapo	15	2	7,50
Slezská diakonie, Frýdek-Místek	6	1,5	4,00
Slezská diakonie, Krnov	6	6	1,00
SPMP ČR Šumperk	10	3,2	3,13

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

V této tabulce je uvedena kapacita služby – maximální počet uživatelů a dále počet úvazků pracovníků, kteří službu zajišťují. Čísla v posledním sloupci představují počet uživatelů, kteří připadají na jeden pracovní úvazek. Ve dvou případech nebyla výše pracovního úvazku zjištěna. Nejvíce uživatelů, konkrétně 30, připadá na 1 pracovní úvazek v zařízení poskytovatele Arkádie. V 6 zařízeních připadá na 1 pracovní úvazek mezi 10 až 20 uživateli. V dalších 6 zařízeních připadá na 1 úvazek více než 5 a méně než 10 uživatelů. V 8 zařízeních je na 1 úvazek méně než 5 uživatelů. (Tabulka 26)

Tabulka 27: Poměr kapacity služby a předpokládaných nákladů

poskytovatel služby	předpokládané náklady	na rok	kapacita služby	náklady/kapacita
AGENTURA PONDĚLÍ	1 206 000 Kč	2009	25	48 240 Kč
Arkádie	992 491 Kč	2009	12	82 708 Kč
Bellevue	109 800 Kč	2009	4	27 450 Kč
Čtyřlístek	830 000 Kč	2009	22	37 727 Kč
Diakonie ČCE, Litoměřice	1 263 997 Kč	2010	8	158 000 Kč
Diakonie ČCE, Plzeň	1 608 000 Kč	2011	30	53 600 Kč
Domov sv. Anežky	350 000 Kč	2010	9	38 889 Kč
Domov Svatý Jan	224 000 Kč	2009	4	56 000 Kč
DOZP Ústí nad Labem	nemá pro PSB		5	
Handicap centrum Srdce	568 924 Kč	2009	10	56 892 Kč
IC pro osoby se ZP Horní Poustevna	2 236 000 Kč	2009	15	149 067 Kč
Kamarád - LORM	263 000 Kč	2010	8	32 875 Kč
Klíč - centrum sociálních služeb	342 000 Kč	2010	2	171 000 Kč
Marianum	600 000 Kč	2009	3	200 000 Kč
MPS s denním stacionářem Louny	204 500 Kč	2010	4	51 125 Kč
o.s. Jurta, Děčín	1 289 175 Kč	2009	10	128 918 Kč
o.s. Jurta, Ústí nad Labem	2 609 075 Kč	2009	14	186 363 Kč
Pferda	466 400 Kč	2010	6	77 733 Kč
RYTMUS	1 133 560 Kč	2010	14	80 969 Kč
Sagapo	2 258 228 Kč	2009	15	150 549 Kč
Slezská diakonie, Frýdek-Místek	590 000 Kč	2010	6	98 333 Kč
Slezská diakonie, Krnov	1 001 136 Kč	2009	6	166 856 Kč
SPMP ČR Šumperk	718 200 Kč		10	71 820 Kč

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

V tabulce číslo 27 jsou zaznamenány předpokládané náklady na realizaci jednotlivých služeb a kapacita služby. Uvedené předpokládané náklady jsou aktuální podle finančních rozvah zveřejněných v registru poskytovatelů sociálních služeb, jedná se tedy o předpokládané náklady na různé roky. V posledním sloupci je uveden finanční obnos, který představuje předpokládané náklady připadající na jednoho uživatele sociální služby. Nejvyšší sumu, a to 200 000 Kč, připadá na jednoho uživatele u poskytovatele Podpory samostatného bydlení Marianum. Naopak nejméně, konkrétně 27 450 Kč, připadá v zařízení poskytovatele Bellevue. (Tabulka 27)

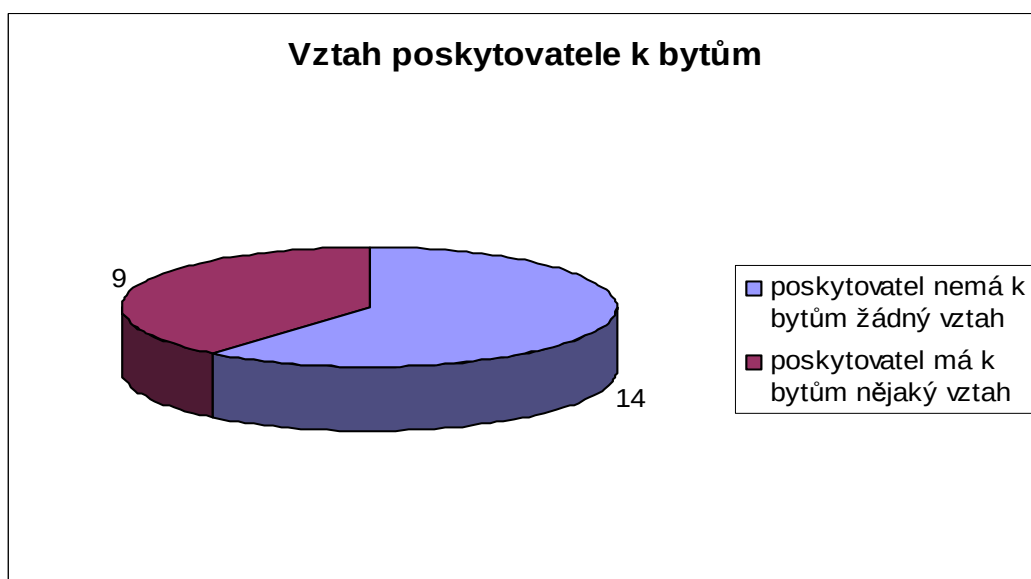
Tabulka 28: Průměrné náklady v porovnání s kapacitou (absolutní četnost)

	průměrné náklady/kapacita
celkem	96 596 Kč
nestátní neziskové organizace	96 102 Kč
příspěvkové organizace	97 310 Kč

Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Tato tabulka navazuje na tabulku 27. Obsahuje údaj o průměrném poměru všech organizací, který činí 96 596 Kč. Průměrný poměr předpokládaných nákladů a kapacity služeb je v nestátních neziskových organizacích 96 102 Kč a v příspěvkových organizacích 97 310 Kč. (Tabulka 28)

Graf 7: Vztah poskytovatelů služby Podpora samostatného bydlení k bytům, ve kterých je služba poskytována (absolutní četnost)

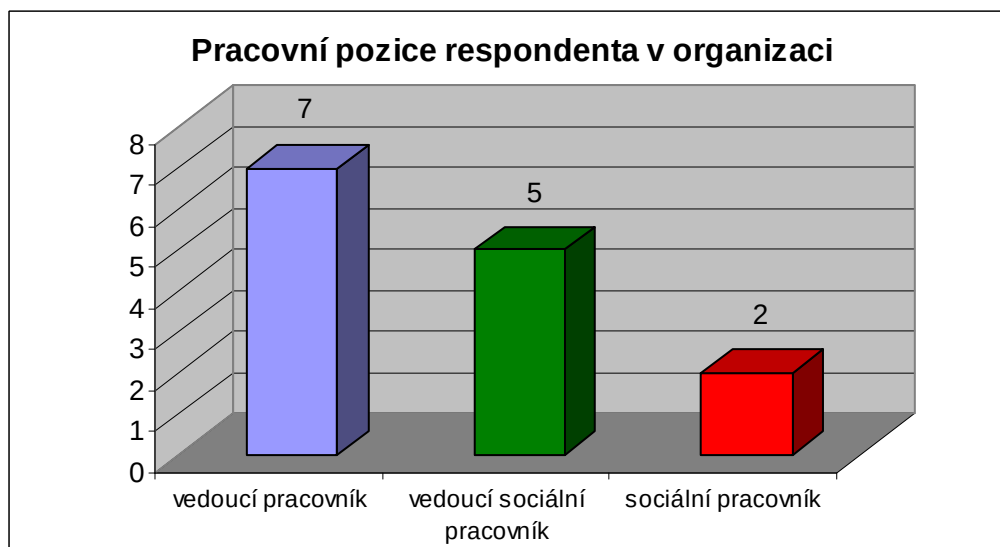


Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb

Z tohoto grafu vyplývá, že ve 14 případech nemá poskytovatel žádný vztah k bytům, ve kterých je služba poskytována. Celkem 9 poskytovatelů služby má nějaký vztah k bytům, ve kterých poskytuje službu. (Graf 7)

4.2 Výsledky k dotazníku

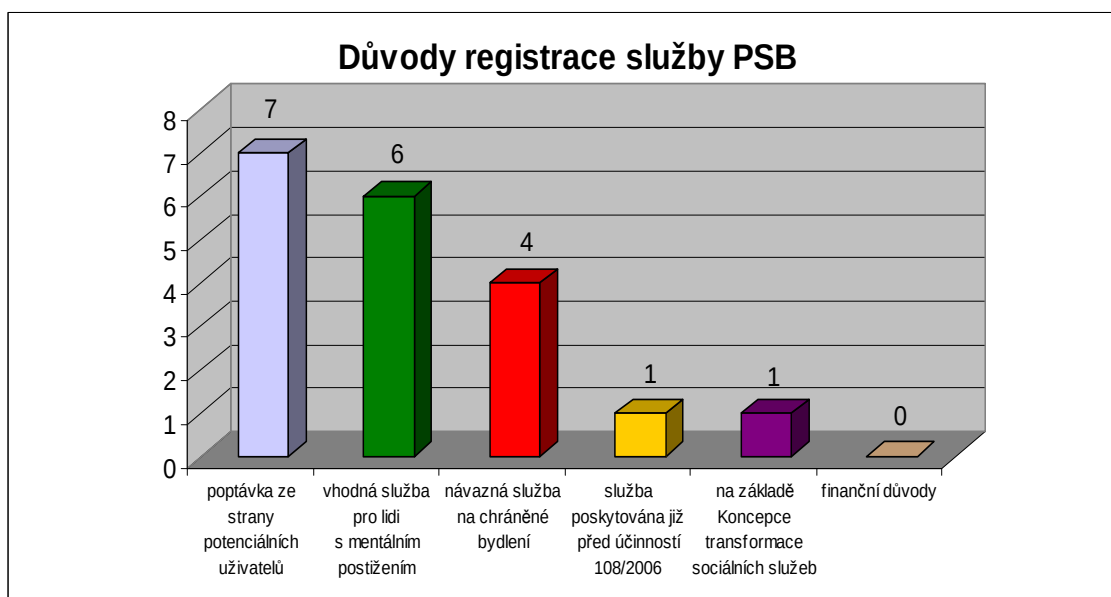
Graf 8: Pracovní pozice respondenta v organizaci (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Dotazník obsahoval jednu identifikační otázku, a to dotaz na pracovní pozici respondenta v organizaci. Z grafu vyplývá, že 7 respondentů byli vedoucí pracovníci organizace, 2 respondenti pracují jako sociální pracovníci a 5 pracovníků pracuje na pozici vedoucí sociální pracovník. (Graf 8)

Graf 9: Důvody registrace služby Podpora samostatného bydlení
(absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

V první otázce měli respondenti uvést, z jakého důvodu se stali registrovaným poskytovatelem služby Podpora samostatného bydlení. Nejvíce, tedy 7 respondentů, zvolilo možnost, že registrace byla reakcí na poptávku ze strany uživatelů. Odpověď, že služba Podpora samostatného bydlení je vhodnou službou pro lidi s mentálním postižením, zvolilo 6 respondentů. Žádný z respondentů neoznačil jako důvod registrace finanční důvody. Poslední z možností výběru v dotazníku byly jiné důvody, respondenti vypsali konkrétní důvody. Celkem 4 respondenti uvedli, že službu Podpora samostatného bydlení registrovali jako návaznou službu na službu Chráněné bydlení. Jeden respondent uvedl, že tuto službu poskytovali ještě před účinností Zákona o sociálních službách. Další respondent uvedl, že službu registrovali na základě Konceptu transformace sociálních služeb daného kraje. (Graf 9)

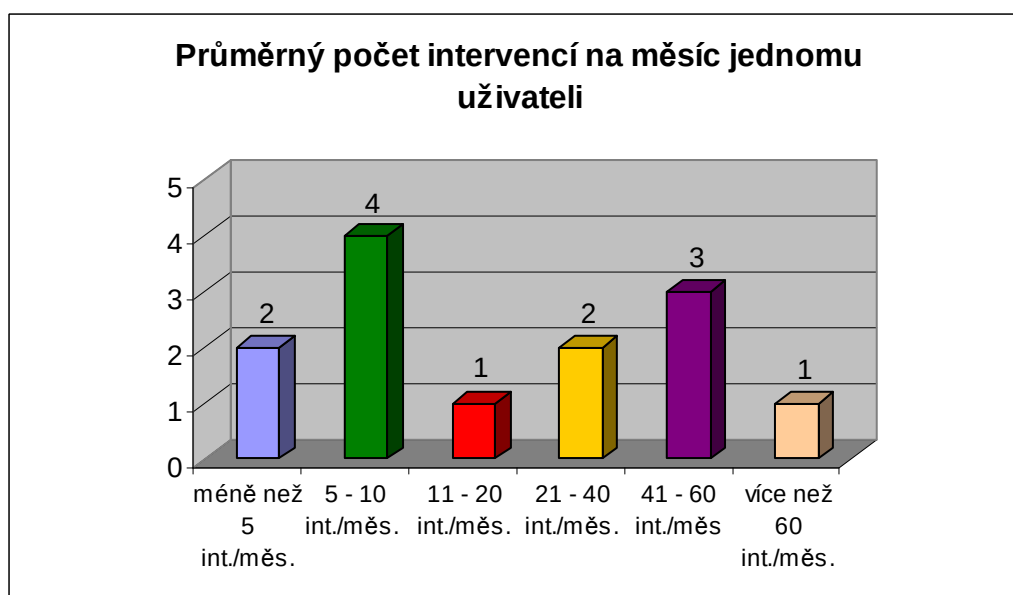
Tabulka 29: Nejčastěji poskytované základní činnosti služby Podpora samostatného bydlení (absolutní četnost)

základní činnosti služby PSB	průměrná hodnota poskytování základní činnosti
pomoc při zajišťování chodu domácnosti	1,29
pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí	2,76
výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti	3,14
zprostředkování kontaktu se společenským prostředím	3,21
sociálně terapeutické činnosti	3,71

Zdroj: Vlastní výzkum

Druhá otázka zjišťovala, jaké základní činnosti služby Podpora samostatného bydlení nejčastěji poskytují uživatelům služby. V dotazníku byly vypsány všechny základní činnosti, které obsahuje služba Podpora samostatného bydlení a respondenti je měli očíslovat od 1 do 5 (1 značila nejčastěji, 5 nejméně často). Někteří respondenti označili 2 základní činnosti stejnou hodnotou a hodnotu 5 nevyužili. V tabulce se nachází přehled jednotlivých základních činností seřazených podle průměrné hodnoty poskytování základní činnosti. To znamená, že čím nižší hodnotu daná činnost má, tím častěji je poskytována. Z tabulky vyplývá, že nejčastěji je poskytována základní činnost pomoc při zajišťování chodu domácnosti, následuje pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Dalšími v pořadí jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Základní činnosti s nejvyšší hodnotou, tedy nejméně často poskytovanou, jsou sociálně terapeutické činnosti. (Tabulka 29)

Graf 10: Průměrný počet intervencí při poskytování služby Podpora samostatného bydlení za měsíc jednomu uživateli (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve třetí otázce měli respondenti uvést konkrétní číslo udávající, jaký je průměrný počet intervencí jednomu uživateli za měsíc. Intervence byla definována jako minimálně 0,5 hodinový kontakt pracovníka s uživatelem zahrnující poskytnutí minimálně 1 ze základních činností. Odpovědi respondentů byly rozděleny do šesti kategorií. Nejvíce respondentů, konkrétně 4, uvedlo číslo pohybující se mezi 5 až 10 intervencemi za měsíc. Celkem 3 respondenti uvedli číslo pohybující se v rozmezí 41 až 60 intervencí za měsíc. Další 2 respondenti uvedli počet intervencí v rozmezí 21 až 40 a stejný počet respondentů uvedl počet menší než 5. Další 2 kategorie obsahují 1 číselný údaj o počtu intervencí. (Graf 10)

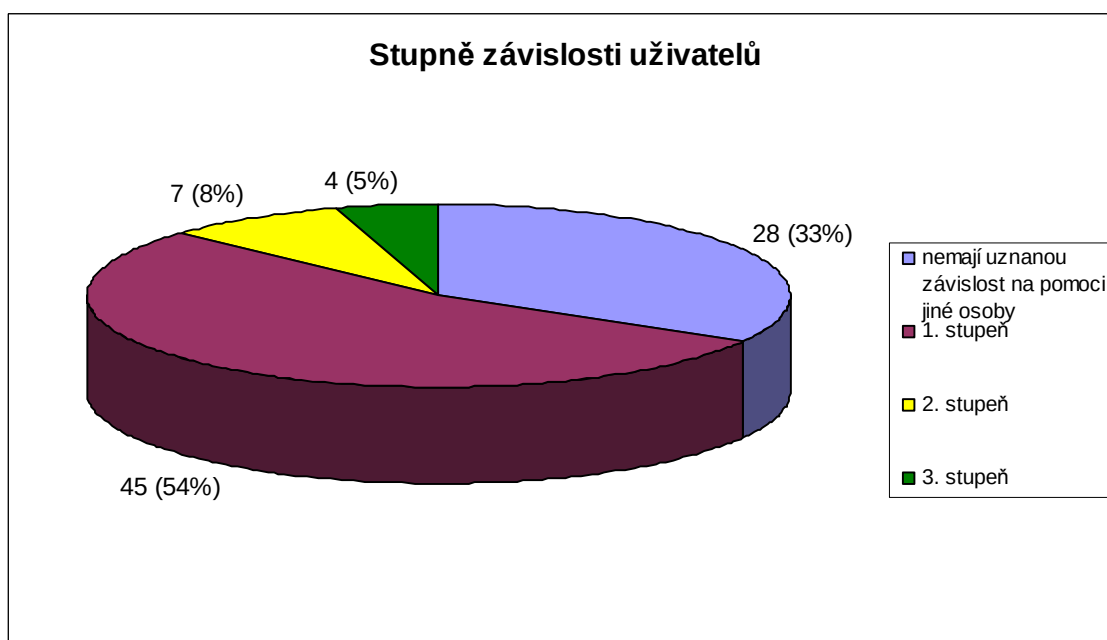
Tabulka 30: Porovnání současného počtu uživatelů s kapacitou služby
(absolutní a relativní četnost)

označení poskytovatele	současný počet uživatelů	kapacita služby	současné využití služby
1.	6	15	40,0%
2.	4	8	50,0%
3.	4	8	50,0%
4.	1	6	16,7%
5.	13	15	86,7%
6.	4	5	80,0%
7.	22	22	100,0%
8.	10	14	71,4%
9.	2	2	100,0%
10.	8	9	88,9%
11.	6	6	100,0%
12.	4	4	100,0%

*Zdroj: Registr poskytovatelů sociálních služeb
a vlastní výzkum*

Ve čtvrté otázce měli respondenti uvést konkrétní číslo uvádějící, kolik uživatelů v jejich zařízení využívá službu Podpora samostatného bydlení v současné době. Celkem je služba Podpora samostatného bydlení ve 12 zařízeních služba poskytována 84 uživatelům. Údaje ze 2 zařízení nebylo možno využít. Jedno zařízení službu ještě nezačalo poskytovat, v současné době tedy neposkytují službu žádnému uživateli. Jeden respondent tento údaj neuvedl. Z důvodu anonymity jsou poskytovatelé označeni čísly. V tabulce je srovnán současný počet uživatelů s kapacitou služby uvedenou v Registru poskytovatelů sociálních služeb. Údaj v posledním sloupci popisuje, kolik procent z kapacity služby je využito v současné době. Nejvyšší počet uživatelů má poskytovatel číslo 7, a to 22, což je i maximální kapacita dané služby. Celkem je kapacita služby plně využita ve 4 zařízeních, a to u poskytovatelů číslo 7, 9, 11 a 12. Nejnižší údaj je u poskytovatele číslo 4, kde je služba poskytována 1 uživateli z celkové kapacity služby 6 uživatelů. Průměrná využitelnost u všech poskytovatelů činí 73,6 %. (Tabulka 30)

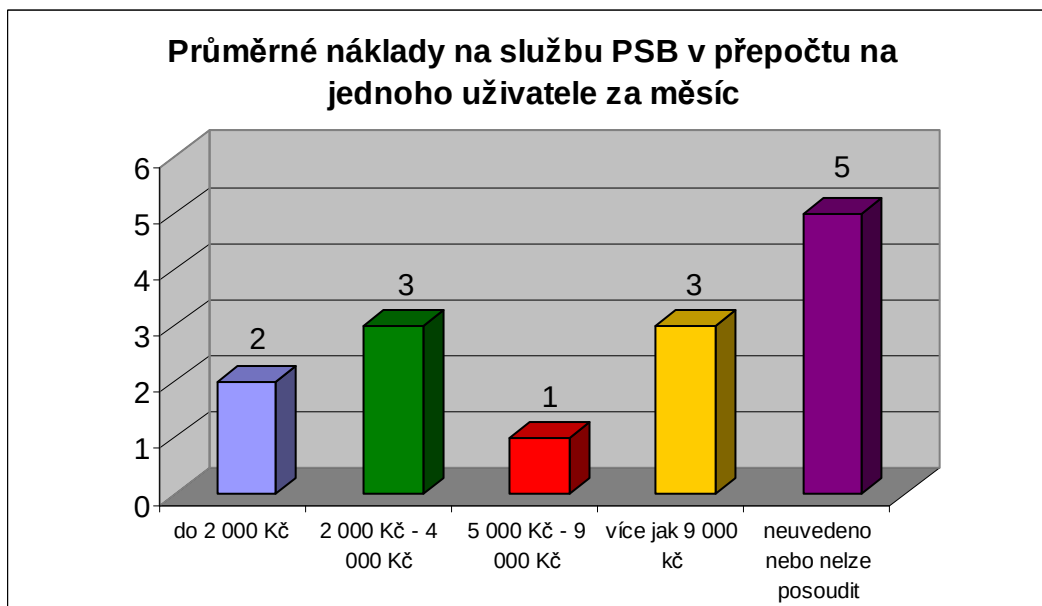
Graf 11: Podíl stupňů závislosti na pomoci jiné osoby u uživatelů služby
(absolutní a relativní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

V otázce číslo pět měli respondenti uvést konkrétní počet uživatelů u stupňů závislosti na pomoci jiné osoby. Z celkového počtu 84 uživatelů, kterým službu Podpora samostatného bydlení poskytují organizace, ze kterých byla získána data, nejvíce, tedy celkem 45 (54%), uživatelů má přiznán 1. stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. 28 uživatelů (33%) nemá uznanou závislost na pomoci jiné osoby. Přiznaný 2. stupeň závislosti pomoci na jiné osobě má celkem 7 uživatelů služby (8%). Zbylí 4 uživatelé (5%) mají přiznaný 3. stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. (Graf 11)

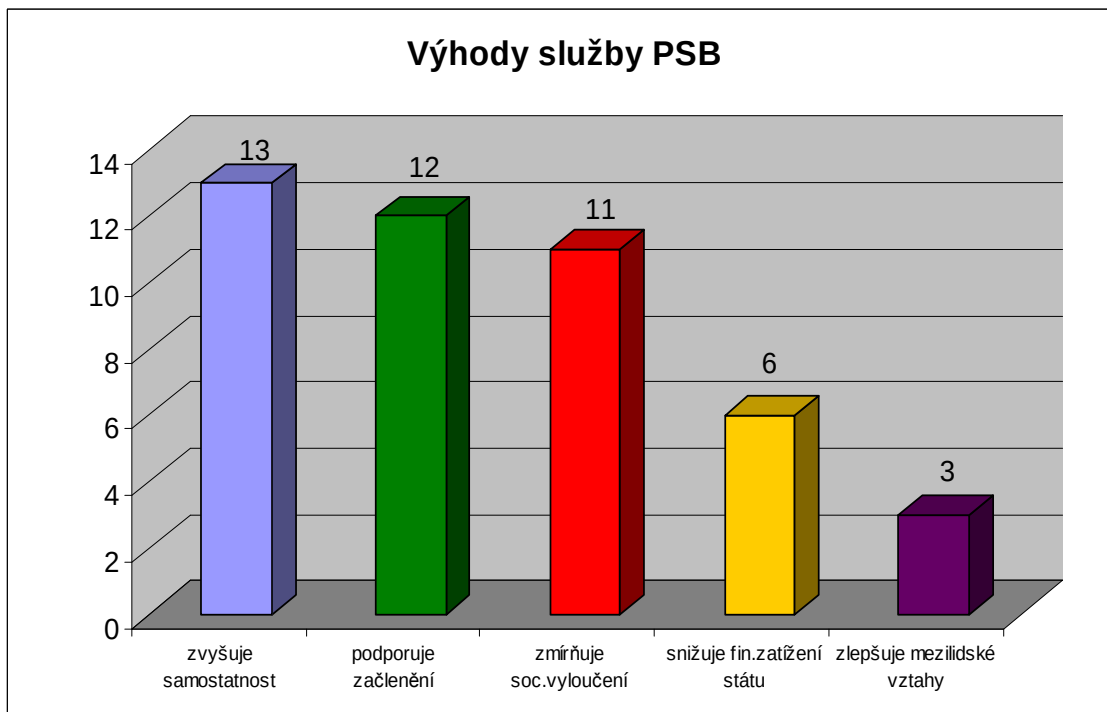
Graf 12: Průměrné náklady na poskytování služby Podpora samostatného bydlení v přepočtu na jednoho uživatele služby na měsíc (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

V šesté otázce měli respondenti uvést konkrétní číslo uvádějící, jaké jsou průměrné náklady na poskytování služby Podpora samostatného bydlení v přepočtu na jednoho uživatele služby. Údaje byly rozděleny do pěti kategorií podle uvedených částek. Částku nepřesahující 2 000 Kč uvedli 2 respondenti. Další 3 respondenti uvedli částku pohybující se mezi 2 000 Kč až 4 000 Kč na měsíc. Částku v rozmezí 5 000 Kč až 9 000 Kč uvedl 1 respondent. Celkem 3 respondenti uvedli částku přesahující 9 000 Kč. Ve 2 případech nebylo možno údaj použít, z důvodu prozatímního neposkytování služby a ve druhém případě proto, že v současné době tvoří náklady na jednoho uživatele finanční náklady na jednoho pracovníka. Další 3 respondenti tento údaj vůbec neuvedli. (Graf 12)

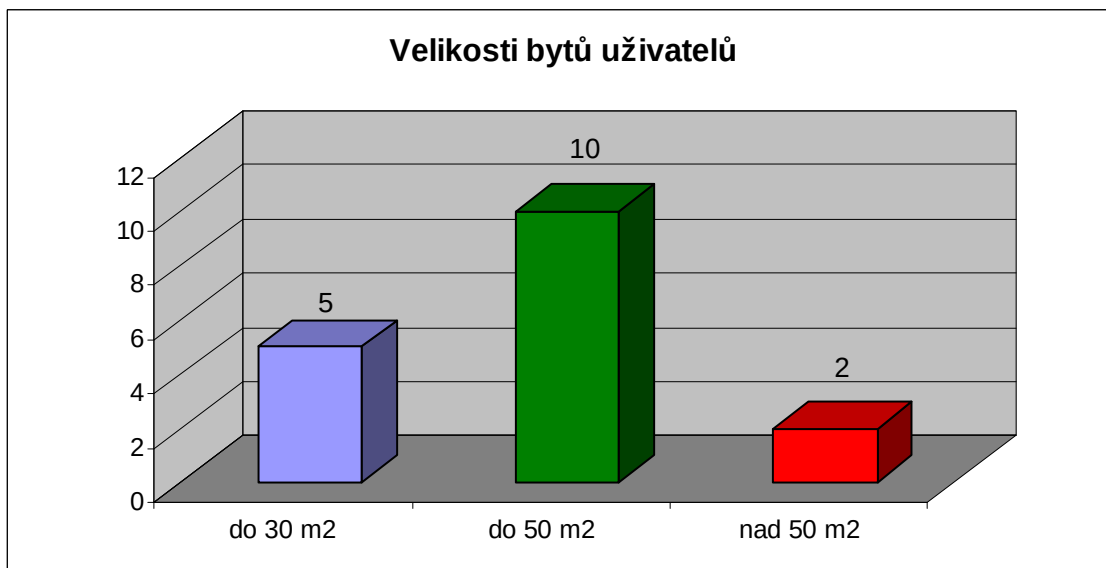
Graf 13: Hlavní výhody služby Podpora samostatného bydlení
(absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

V sedmé otázce měli respondenti uvést, v čem spatřují hlavní výhodu služby Podpora samostatného bydlení. Respondenti měli na výběr z 5 odpovědí, mohli označit i více možností. Jednotlivé sloupce grafu označují četnost zvolených odpovědí. Nejčastěji zvolenou odpovědí bylo, že služba zvyšuje samostatnost lidí s mentálním postižením, tato možnost byla označena celkem třináctkrát. Možnost, že služba Podpora samostatného bydlení podporuje začlenění lidí s mentálním postižením v jejich přirozeném prostředí, byla respondenty zvolena dvanáctkrát. Jedenáctkrát byla označena možnost, že služba zmírňuje sociální vyloučení lidí s mentálním postižením, šestkrát možnost, že tato služba snižuje finanční zatížení státu při péči o lidi s mentálním postižením a třikrát byla zvolena možnost, že služba zlepšuje vztahy mezi uživatelem služby Podpora samostatného bydlení a jeho blízkými. (Graf 13)

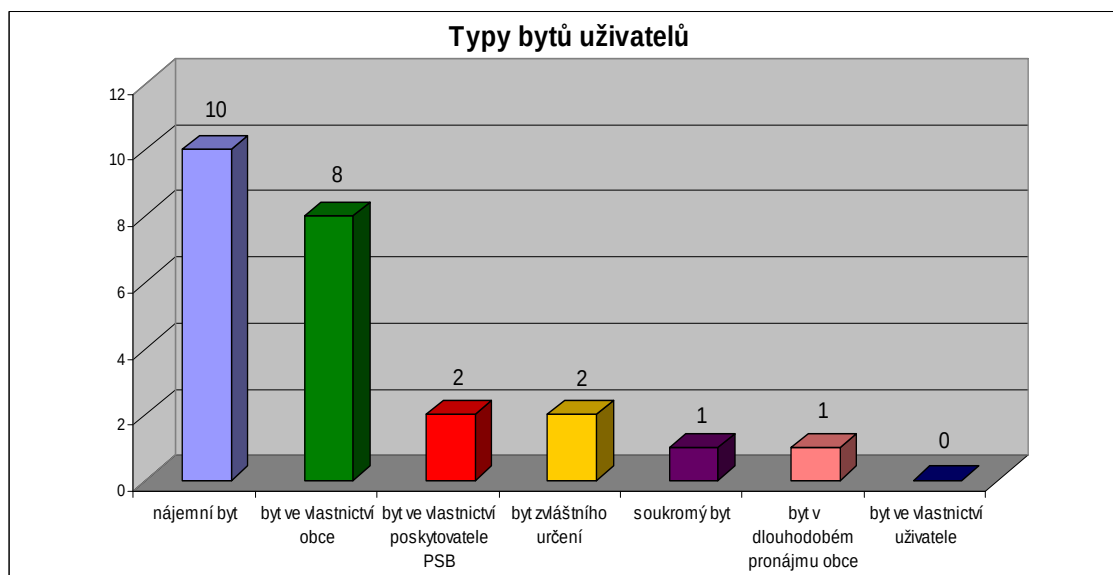
Graf 14: Velikost bytů, ve kterých bydlí uživatelé služby Podpora samostatného bydlení (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

V osmé otázce měli respondenti uvést velikost bytů, ve kterých bydlí uživatelé služby. Celkem 5 respondentů označilo možnost velikosti bytu do 30 m². Desetkrát byla zvolena možnost velikosti bytu do 50 m² a dvakrát možnost nad 50 m², z toho 2 respondenti označili obě tyto možnosti odpovědi. (Graf 14)

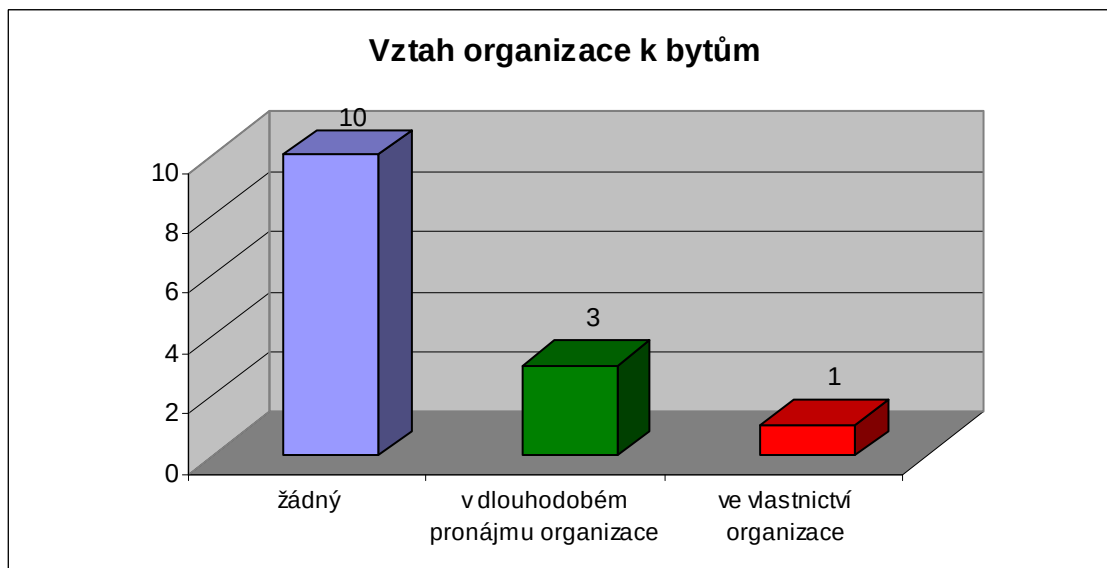
Graf 15: Byty, ve kterých nejčastěji bydlí uživatelé služby Podpora samostatného bydlení (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

V deváté otázce měli respondenti označit, v jakých bytech nejčastěji bydlí uživatelé jejich služby Podpora samostatného bydlení. Měli na výběr ze 7 možností odpovědí včetně možnosti jiné, kde mohli konkrétně uvést svou odpověď. Respondenti mohli označit více odpovědí. Nejčteněji označenou byla možnost nájemní byt, která byla uvedena celkem desetkrát. Osmkrát byla označena možnost byt ve vlastnictví obce. Možnosti byt ve vlastnictví poskytovatele bytu a byt zvláštního určení byly zvoleny každá dvakrát. Každá z možností soukromý byt a byt v dlouhodobém pronájmu obce byla zvolena jednou. Možnost byt ve vlastnictví respondentů nebyla označena ani jednou. (Graf 15)

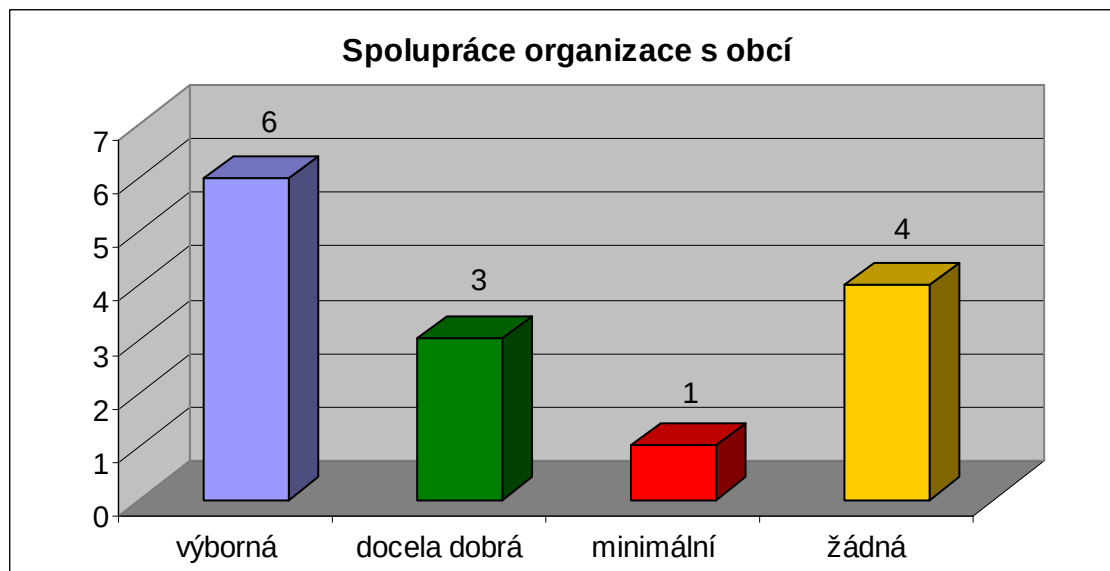
Graf 16: Vztah organizace poskytující službu Podpora samostatného bydlení k bytům, kde je tato služba poskytována (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

V desáté otázce uváděli respondenti, jaký je vztah organizace. Měli na výběr ze 3 možností. Nejvíce respondentů, celkem 10, označilo možnost, že organizace nemá žádný vztah k bytům, kde je služba poskytována. Další 3 respondenti uvedli, že organizace poskytující službu má byty, kde je služba poskytována, v dlouhodobém pronájmu. Pouze 1 respondent označil možnost, že byt je ve vlastnictví organizace, která službu poskytuje. (Graf 16)

Graf 17: Hodnocení spolupráce s městem při poskytování služby Podpora samostatného bydlení (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Otázka číslo jedenáct byla otevřenou otázkou a respondenti měli ohodnotit spolupráci při poskytování služby s obcí, ve které se nacházejí byty určené pro tuto službu. Odpovědi byly rozděleny do 4 kategorií. Nejvíce, celkem šestkrát, byla spolupráce popsána jako výborná. Další 3 respondenti popsali spolupráci jako docela dobrou, 1 respondent pak jako minimální. Ve 4 případech byla uvedeno, že s obcí není žádná spolupráce. (Graf 17)

Pro dokreslení uvádím zajímavou odpověď: „*Spolupráce je zatím bezproblémová, obec ovšem neví, jak přesně služba funguje a co od ní čekat.*“

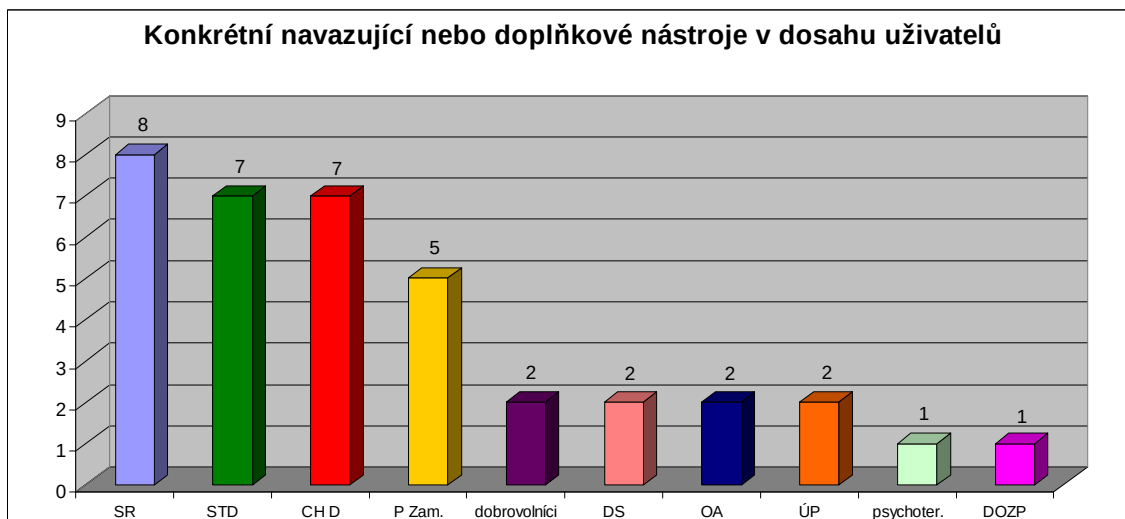
Graf 18: Navazující nebo doplňkové nástroje podporující začlenění uživatelů v dosahu uživatelů (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Ve dvanácté otázce měli respondenti uvést, zda se nacházejí v dosahu uživatelů nějaké navazující nebo doplňkové nástroje podporující začlenění. Všechny 14 respondentů označilo odpověď ano. (Graf 18)

Graf 19: Konkrétní nástroje začlenění v dosahu uživatelů (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf navazuje na graf 18. Respondenti měli také uvést konkrétní navazující nebo doplňkové nástroje v dosahu uživatele služby. Respondenti uváděli více nástrojů, sloupce vyjadřují četnost, s jakou byly jmenovány jednotlivé nástroje podporující začlenění. Nejčastěji byla uvedena sociální rehabilitace, celkem osmkrát. Sedmkrát pak byly jmenovány sociálně terapeutické dílny a chráněné dílny, pětkrát podporované zaměstnávání. Dvakrát byly uvedeny dobrovolníci, denní stacionáře a osobní asistence. Jednou pak byla uvedena psychoterapie a domov pro osoby se zdravotním postižením. (Graf 19)

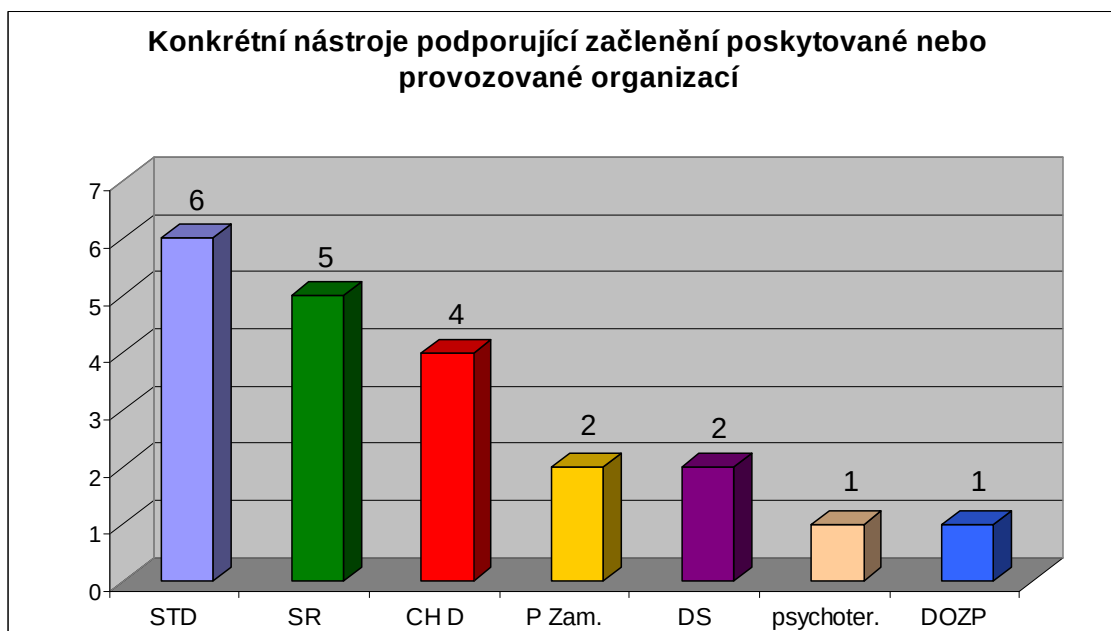
Graf 20: Navazující nebo doplňkové nástroje podporující začlenění poskytované nebo provozované organizací (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Třináctá otázka navazovala na otázku předchozí. Respondenti uváděli, zda některý z nástrojů podporujících začlenění poskytuje nebo provozuje jejich organizace. Celkem 13 respondentů uvedlo, že ano. Pouze 1 respondent označil odpověď ne. (Graf 20)

Graf 21: Konkrétní navazující nebo doplňkové nástroje podporující začlenění poskytované nebo provozované organizací (absolutní hodnota)

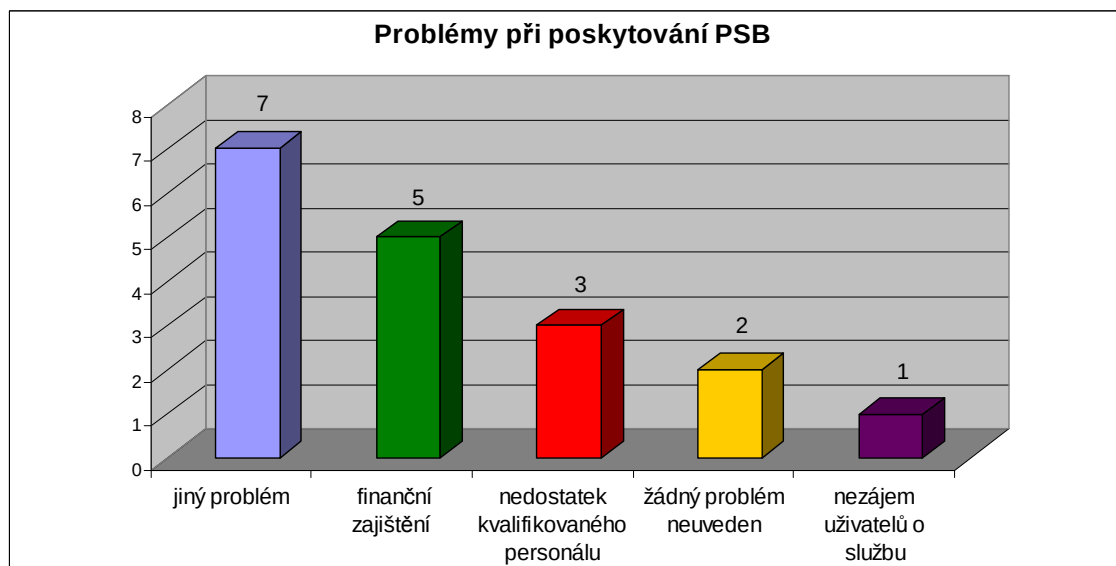


Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf navazuje na graf 20. Respondenti měli uvést konkrétní nástroje podporující začlenění, které poskytuje nebo provozuje jejich organizace. Sloupce představují četnost, s jakou byly uvedeny jednotlivé nástroje. Nejvíce, konkrétně šestkrát, byly uvedeny sociálně terapeutické dílny. Pětkrát byla uvedena sociální rehabilitace, čtyřikrát chráněné dílny. Dvakrát byly uvedeny podporované zaměstnání a denní stacionář. Jednou byly uvedeny psychoterapie a domov pro osoby se zdravotním postižením. (Graf 21)

Pro dokreslení uvádím odpověď jednoho respondenta: „Zaměstnáváme uživatele v naší organizaci (poskytujeme více služeb) Existuje zde úzká vazba mezi našimi dalšími službami a podporou samostatného bydlení – např. v možnosti vrátit se zpět např. do domova pro osoby se zdravotním postižením, nebo např. sociálně-terapeutické dílny. V regionu však chybí chráněné dílny pro mentálně postižené, či ochota zaměstnavatelů takové lidi zaměstnávat.“

Graf 22: Nejčastější problémy při poskytování služby Podpora samostatného bydlení (absolutní četnost)



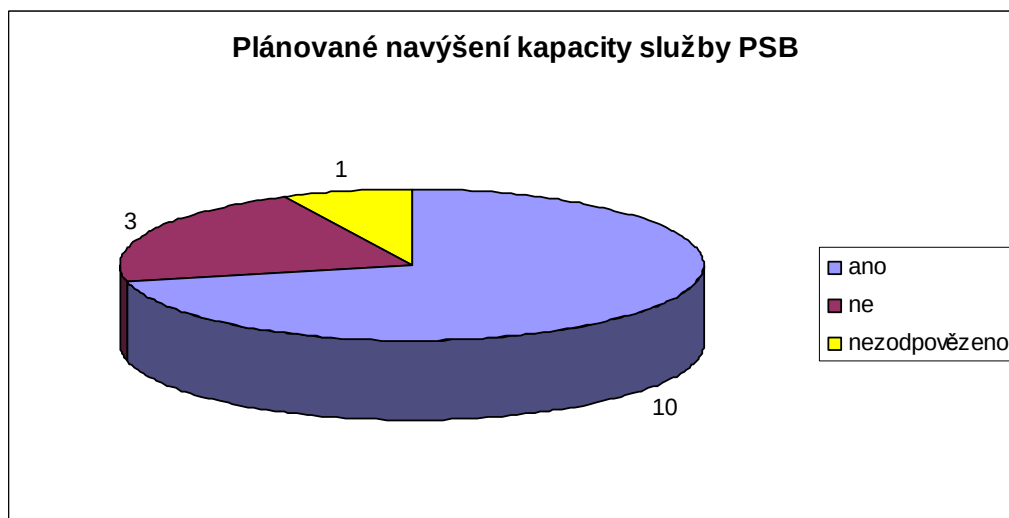
Zdroj: Vlastní výzkum

Čtrnáctá otázka se zabývala problémy, se kterými se nejčastěji respondenti setkávají při poskytování služby. Respondenti měli na výběr ze 4 možností a mohli označit více odpovědí. Jednou z možností byla odpověď jiný problém, který respondenti konkrétně rozepsali. Tuto možnost si také zvolilo nejvíce respondentů, celkem 7. Čtyřikrát byla označena možnost, že největším problémem je finanční zajištění služby, třikrát byla zvolena odpověď nedostatek kvalifikovaného personálu a jednou odpověď nezájem uživatelů o službu. Dva respondenti neuvedli žádný problém. (Graf 22)

U respondentů, kteří vypsali i konkrétní problémy, se celkem třikrát objevily odpovědi sousedské vztahy a nedostatek vhodných bytů. Dvakrát se objevily odpovědi problémy s opatrovníky a skutečnost, že uživatelé nepobírají příspěvek na péči. Ostatní odpovědi se vyskytly pouze jednou. Jedná se o problémy zadluženost uživatelů, špatná spolupráce při hospodaření, pomalé soudní jednání o zbavení způsobilosti k právním úkonům, neznalost služby ze strany jiných poskytovatelů a nedostatek dobrovolníků.

Pro zajímavost cituji komentář respondenta, který označil jako největší problém nedostatek kvalifikovaného personálu: „Jde o nedostatek kvalifikovaného personálu z důvodů nedostatečného finančního zajištění služby.“

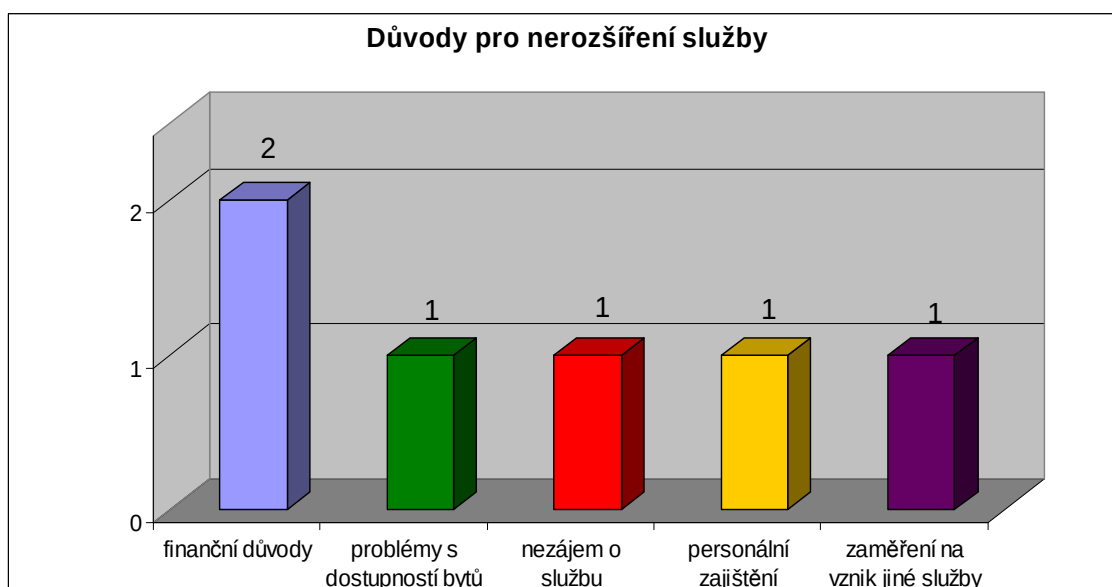
Graf 23: Plánované navýšení kapacity služby (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Čtrnáctá otázka zjišťovala, zda organizace plánuje navýšit kapacitu služby. Odpověď ano označilo 10 respondentů, odpověď ne 3 respondenti. V jednom případě respondent na tuto otázku nemohl odpovědět. (Graf 23)

Graf 24: Důvody pro nenavýšení kapacity (absolutní četnost)



Zdroj: Vlastní výzkum

Tento graf navazuje na graf 23. Respondenti uváděli důvody, proč neuvažují o navýšení kapacity. Bylo na výběr ze 4 možností. Jednou z nich byla možnost jiné důvody, které mohli respondenti konkrétně uvést. Tyto důvody jsou také uvedeny v grafu. Možnost finanční důvody byla označena dvakrát, ostatní možnosti jednou. (Graf 24)

Pro zajímavost uvádím odpověď jednoho respondenta: „*Chybí mezistupeň mezi Domovem pro osoby se zdravotním postižením a Podporou samostatného bydlení, tzv. typ chráněného bydlení, na které bychom se rádi v budoucnu více zaměřili.*“

5. DISKUSE

Cílem práce bylo analyzovat aktuální stav poskytování služby Podpora samostatného bydlení lidem s mentálním postižením v České republice z pohledu podmínek poskytovatelů pro poskytování služby, způsobů poskytování služby a struktury uživatelů služby.

Pro dosažení cíle byl zvolen kvantitativní výzkum, a to analýza současné situace a metoda dotazování (technika dotazníku).

5.1 Diskuse k analýze současného stavu

Analýzu současného stavu jsem prováděla zejména prostřednictvím údajů získaných z Registru poskytovatelů sociálních služeb. Tento registr je poměrně přehledný a lze z něj získat velké množství informací. Jediný problém se získáváním údajů byl s doplňkovými informacemi o službě, kde je na poskytovatelích, jaké informace uvedou a jak budou zpracovány.

Celkový počet služeb Podpora samostatného bydlení byl k 21.7.2010 v České republice 37, z tohoto počtu bylo 23 služeb určeno lidem s mentálním postižením. Domnívám se, že je to poměrně nízký počet. Při porovnání počtu služeb Domovy se zvláštním režimem, Chráněné bydlení a Podpora samostatného bydlení jsou vidět velké rozdíly. V současné době je registrováno 221 služeb Domovy pro osoby se zdravotním postižením a celých 183 z těchto služeb je určeno lidem s mentálním postižením. Služeb Chráněné bydlení se v České republice poskytuje 136, z toho 90 je určeno pro lidi s mentálním postižením. (Graf 4). Tato situace souvisí s tím, jak bylo na péči o lidi se zdravotním postižením, a s mentálním postižením zvlášť, nahlíženo v minulosti. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí by se tento stav měl v budoucnu postupně měnit v souvislosti s procesem transformace pobytových sociálních služeb, je to však otázka několika desetiletí, než bude situace ideální. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2007)

Navíc je sama služba Podpora samostatného bydlení nerovnoměrně rozložena v jednotlivých krajích. V Ústeckém kraji je registrováno 10 služeb Podpora samostatného bydlení a 9 z těchto služeb je určeno pro osoby s mentálním postižením, v Moravskoslezském kraji je z 8 služeb Podpora samostatného bydlení určeno pro osoby s mentálním postižením 5 služeb. Naproti tomu v Jihočeském, Karlovarském, Královéhradeckém a Plzeňském kraji je registrována pouze jedna služba Podpora samostatného bydlení, která je zároveň určena osobám s mentálním postižením. Ve třech krajích, a to v Pardubickém a Zlínském kraji a v kraji Vysočina, není služba Podpora samostatného bydlení poskytována vůbec. (Graf 3) Přitom ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb většiny krajů se hovoří o potřebě rozvíjet ambulantní a především terénní sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, mezi které Podpora samostatného bydlení patří.. Například Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje označil již v roce 2008 Podporu samostatného bydlení jako službu, která chybí, ale která je velmi žádaná. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2008-2010, 2008)

Dále je ve výsledcích uveden přehled všech služeb Podpora samostatného bydlení, které jsou poskytovány lidem s mentálním postižením, formou tabulek. Mimo základních informací o službě obsahují tabulky i výčet dalších služeb, které poskytovatel poskytuje a které mohou být využívány lidmi s mentálním postižením. V tabulkách jsou uvedena i data, od kdy je služba registrována. Je zajímavé, že z celkového počtu 23 služeb jich 8 bylo registrováno v roce 2009 a 6 služeb v roce 2010. (Tabulka 1 – Tabulka 23) Je tedy vidět, že se tato služba opravdu rozvíjí a lze předpokládat navyšování počtu služeb Podpora samostatného bydlení i nadále.

Dále byly mapovány jednotlivé cílové skupiny, pro které uvedení poskytovatelé službu poskytují. Nejvíce služeb, celkem 7, je určeno osobám s mentálním a kombinovaným postižením. 5 služeb je pak určeno pouze lidem s mentálním postižením. (Tabulka 24, Graf 5) Z toho lze usuzovat, že jsou osoby s mentálním postižením jednou z nejpočetnějších cílových skupin této služby.

Zajímavé je i srovnání pracovních dob, kdy je služba poskytována, v jednotlivých zařízeních. Některá zařízení se od sebe poměrně liší. Nejčastěji, a to

v sedmi případech, je rozsah pracovní doby 8 hodin denně, tedy klasická pracovní doba. V méně případech je pak služba poskytována 10 nebo 12 hodin denně. Překvapující pro mne bylo, že v celkem 6 případech z 23 je služba poskytována nepřetržitě. (Tabulka 25, Graf 6) Podle mého názoru je to možná zbytečné, protože lidé, pro které je služba Podpora samostatného bydlení, by neměli nepotřebovat podporu 24 hodin denně.

Poměr kapacity služby a počtu pracovních úvazků se v jednotlivých zařízeních se také velmi liší, pohybuje se od 1 uživatele do 30 uživatelů na 1 celý pracovní úvazek. (Tabulka 26) Může to značit, že v organizacích různě nahlíží na pracovní zatížení pracovníků, kteří službu Podpora samostatného bydlení zajišťují. Tento stav může také souviset s rozmístěním bytů, kde je služba poskytována a s dalšími konkrétními aspekty poskytování služby.

Dalšími údaji, které byly porovnávány, je kapacita služby a předpokládané náklady na službu. I zde se nacházejí velké rozdíly. Předpokládané náklady v přepočtu na jednoho uživatele se pohybují mezi 27 450 Kč až 200 000 Kč za rok. (Tabulka 27) Nelze však najít příčinu v pracovní době poskytování služby, v kapacitě služby ani v tom, zda organizace poskytuje službu v bytech uživatelů nebo v bytech organizace. Například poskytovatel služby Bellevue, u kterého je nejnižší předpokládaný náklad na jednoho uživatele, poskytuje službu pouze 2 hodiny dvakrát v týdnu. Tento vztah však již nelze vypožorovat u dalších poskytovatelů.

Průměrný poměr předpokládaných nákladů a kapacity u všech služeb Podpora samostatného bydlení pro lidi s mentálním postižením činí 96 596 Kč. Při porovnání pouze neziskových organizací činí průměrný poměr částku 96 102 Kč a v případě příspěvkových organizací 97 310 Kč. (Tabulka 28) Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí, že náklady na jednoho uživatele u nestátních neziskových organizací poskytujících Podporu samostatného bydlení činí 52 902 Kč a u příspěvkových organizací 82 360 Kč. Tento údaj zahrnuje všechny poskytovatele služby Podpora samostatného bydlení a vycházejí ze žádostí poskytovatelů o dotaci ze státního rozpočtu. Financováním služby se zabývala i jedna otázka v dotazníkovém šetření (Graf 12)

Průměrné předpokládané celkové náklady na jednu službu Podpora samostatného bydlení činí podle údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb 948 386 Kč, zatímco podle statistických údajů Ministerstva práce a sociálních věcí 845 686 Kč. (Ministerstvo práce a sociálních věcí 2010) Při srovnání všech těchto údajů lze vidět, že předpokládané náklady, které uvedly poskytovatelé, jsou vyšší než předpokládané náklady vycházející z žádostí o datace ze státního rozpočtu. Poskytovatelé služby Podpora samostatného bydlení však získávají finanční prostředky i z jiných zdrojů, například z úhrad uživatelů za poskytnutí služby či dotacemi obcí.

Výzkum byl zaměřen i na vztah organizací k bytům, kde je služba Podpora samostatného bydlení poskytována. Ve 14 případech z 23 nemá organizace žádný vztah k bytům nemá, služba je poskytována výhradně v bytech uživatelů. 9 organizací má nějaký vztah k bytům, kde je služba poskytována, je například vlastníkem bytu, pronajímatelem a podobně. (Graf 7) Vztah organizace k bytům je podle mého názoru důležitým ukazatelem z hlediska poskytování služby. Proto jsem se na něj zaměřila i v dotazníkovém šetření.

5.2 Diskuse k dotazníku

Pracovníky organizací, kteří byli vybráni jako respondenti, jsem kontaktovala první týden v červenci prostřednictvím elektronické pošty. Po dvou týdnech, kdy bylo získáno pouze 9 dotazníků, jsem se obrátila na zbývajících potencionálních respondentů znovu prostřednictvím elektronické pošty a svou žádost o vyplnění dotazníku jsem doplnila telefonickým kontaktem. Při telefonických rozhovorech mi někteří pracovníci slíbili, že vyplněný dotazník zašlou, ale často se tak nestalo. V několika případech se mi bohužel ani nepodařilo navázat kontakt s pracovníkem, který má službu Podpora samostatného bydlení na starost. Při druhém kole získávání dotazníků se mi podařilo získat 5 dalších dotazníků, celkem tedy 14 dotazníků z 23 možných.

Dotazník obsahoval pouze jednu identifikační otázku, a to na pozici, kterou respondent zastává v organizaci. Z celkového počtu 14 respondentů bylo 7 vedoucích pracovníků, 2 sociální pracovníci a 5 vedoucích sociálních pracovníků. (Graf 8) Často

je sociální pracovník zároveň vedoucím pracovníkem, který zajišťuje i organizační stránku poskytování služby. Pro výsledky výzkumu je podle mého názoru dobré, že většinu respondentů tvořili vedoucí pracovníci, protože dotazník obsahoval i otázky na údaje, kterými se většinou zabývají právě vedoucí pracovníci organizace.

První otázka zjišťovala důvody, proč poskytovatel službu Podpora samostatného bydlení registroval. Respondenti si mohli vybrat z nabídnutých důvodů i více odpovědí nebo měli možnost uvést odpověď vlastní. Nejčastěji, celkem sedmkrát, byla za důvod registrace uvedena poptávka ze strany potenciálních uživatelů. Z toho vyplývá, že mezi potenciálními uživateli je o službu zájem. Šestkrát pak byla označena odpověď, že služba je vhodná pro lidi s mentálním postižením. Pět respondentů si vybralo i možnost uvést vlastní důvod. Z toho ve čtyřech případech respondenti uvedli, že důvodem registrace byla potřeba vzniku návazné služby na službu Chráněné bydlení. (Graf 9) Z toho je možné usuzovat, že služba Podpora samostatného bydlení je mimo jiné určena také uživatelům Chráněného bydlení, kteří se již osamostatnili natolik, že jsou připraveni na další krok, kterým je právě podporované bydlení.

Dále měli respondenti označit jednotlivé základní činnosti služby Podpora samostatného bydlení podle toho, jak často kterou činnost poskytují. Jednotlivé činnosti byly ohodnocovány čísly od 1 do 5, kdy číslo 1 znamenalo nejčastěji a číslo 5 nejméně často. Z uvedených průměrných hodnot vyplývá, že jednoznačně nejčastěji poskytovanou základní činností je pomoc při zajišťování chodu domácnosti, jejíž průměrná hodnota byla 1,29. Druhou nejčastěji poskytovanou základní činností, u které činí průměrná hodnota 2,76, je pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Dalšími v pořadí jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti následované základní činností zprostředkování kontaktu se společenským prostředím. Jako nejméně často poskytovaná základní činnost byly označeny sociálně terapeutické činnosti. (Tabulka 29) Tyto výsledky zřejmě vycházejí z potřeb uživatelů, kteří nejvíce potřebují a chtějí pomáhat s praktickými věcmi spojenými s chodem domácnosti a také s vyřizováním různých záležitostí na úradech a podobně.

Další otázka byla otevřená a respondenti měli uvést, kolik intervencí poskytnou jednomu uživateli za měsíc. Intervence byla definována jako minimálně 0,5 hodinový kontakt pracovníka s uživatelem zahrnující poskytnutí minimálně 1 ze základních činností. Protože se odpovědi velmi různily, byly počty intervencí rozděleny do šesti kategorií. Jeden z respondentů tuto otázku nemohl zodpovědět, protože poskytovatel službu ještě nezačal realizovat. Nejvíce, konkrétně čtyřikrát, se vyskytl počet intervencí v rozmezí 5 až 10 intervencí na uživatele za měsíc. Celkem třikrát byl uveden údaj mezi 41 až 60 intervencemi na uživatele. Průměrný počet činí 27,7 intervencí na jednoho uživatele za měsíc. (Graf 10) Při porovnání počtu intervencí s délkou pracovní doby poskytování lze vypočítat určité souvislosti. Například nejvyšší počet intervencí, a to 76, uvedl respondent ze zařízení, které poskytuje službu nepřetržitě. Počet intervencí menší než 10 uvedli ve většině případů respondenti ze zařízení, která poskytují službu 8 hodin denně a méně. Přesto se tato souvislost nenachází u všech služeb Podpora samostatného bydlení, které se zúčastnily dotazníkového šetření.

V další, také otevřené otázce, měli respondenti odpovědět, kolika uživatelům je služba poskytována v současné době. Celkový počet uvedený respondenty byl 84 uživatelů. Při porovnání současného stavu s kapacitou služby, bylo zjištěno, že v 7 případech ze 12, které bylo možno použít, je služba naplněna z více jak 80 procent. (Tabulka 30) U poskytovatele s číslem 4, který má kapacitu 6 uživatelů a momentálně poskytuje službu 1 uživateli, bude důvodem nejspíše fakt, že tento poskytovatel poskytuje službu teprve velmi krátkou dobu. U dalších služeb, které jsou poskytovány od roku 2010, je v jednom případě kapacita služby naplněna z 50 procent a v druhém případě ze 100 procent. Z tohoto srovnání lze usuzovat, že o službu Podpora samostatného bydlení je ze strany uživatelů zájem. Hlavním opatřením k ještě většímu naplnění kapacit služeb je podle mého názoru zvýšení informovanosti veřejnosti a zejména potencionálních uživatelů o službě Podpora samostatného bydlení v dané lokalitě. Také Ministerstvo práce a sociálních věcí uvádí, že jednou ze společných priorit, která je součástí většiny střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb, je posílení informovanosti o síti sociálních služeb mezi občany. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010)

V další otázce měli respondenti uvést konkrétní počty uživatelů podle toho, jaký stupeň závislost na pomoci jiné osoby jim byl přiznan. Z výzkumu vyplynulo, že většina uživatelů má přiznaný 1. stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. Konkrétně se jedná o 45 uživatelů z 84 (54%). Velká část uživatelů, celkem 28 (33%) nemá závislost na pomoci jiné osoby přiznanou vůbec. (Graf 10) Tento fakt je podle mého názoru jednou z příčin problémů s financováním služby a ze strany uživatelů to může vést například i k jejich zadlužování. Zákon o sociálních službách uvádí, že účelem příspěvku na péči je zajištění potřebné pomoci. (Zákon o sociálních službách). To by znamenalo, že lidé, kteří nemají přiznanou závislost na pomoci jiné osoby, pomoc nepotřebují a nepotřebují tedy ani službu Podpora samostatného bydlení. Přesto se nedomnívám, že by poskytovatelé poskytovali tuto službu i lidem, kteří by ji nepotřebovali. Problémem tak bude podle mého názoru samotné posuzování závislosti pomoci na jiné osobě, které je závislé na individuálním posouzení sociálních pracovníků a posudkových lékařů, kteří se přiznáváním nároku na příspěvek na péči zabývají. Dalším zajímavým výsledkem je počet uživatelů služby, kteří mají přiznaný 3. stupeň závislosti na pomoci jiné osoby. Z celkových 84 uživatelů mají 4 z nich (5%) přiznaný 3. stupeň, tedy těžkou závislost na pomoci jiné osoby. Je na zvážení, zda je pro tyto lidi vhodná právě Podpora samostatného bydlení a zda je pro ně dostatečný okruh základních činností a zejména možná míra podpory ze strany pracovníků služby. Bylo by tedy zajímavé další podrobnější prozkoumání celé této problematiky.

Respondenti v dotazníku také uváděli současné průměrné náklady na poskytování služby Podpora samostatného bydlení v přepočtu na jednoho uživatele služby na měsíc. Tento údaj byl získán v 9 případech. Ostatní respondenti údaj neuvedli nebo nemohl být použit. Uvedené údaje byly rozděleny do kategorií. V 6 zařízeních se tato částka pohybuje do 9000 Kč za měsíc a ve 3 zařízeních nad 9000 Kč. (Graf 12) Při přepočítání těchto výsledků na roční náklady a porovnání s výsledky průměrných předpokládaných nákladů na jednoho uživatele na rok (Tabulka 27) bylo zjištěno, že ve většině případů se od sebe tyto částky liší.

Respondenti měli v další otázce označit největší výhody služby Podpora samostatného bydlení. Respondenti mohli označit i více odpovědí, počítána byla jejich

četnost. Celkem 13 respondentů považuje za výhodu, že služba zvyšuje samostatnost uživatelů. Dvanáctkrát byla označena odpověď, že služba podporuje začlenění, a jedenáctkrát, že zmírňuje sociální vyloučení. Další odpovědi se vyskytly méně často. (Graf 13) Tyto odpovědi korespondují s cílem služby. Jak uvádí Lečbych, Podpora samostatného bydlení by měla podporovat lidi s mentálním postižením, aby mohli žít v přirozeném prostředí a mít přirozené kontakty se svým okolím. (Lečbych, 2007) Z odpovědí respondentů lze usuzovat, že Podpora samostatného bydlení je vhodnou službou pro lidi s mentálním postižením, která pomáhá jejich začleňování do společnosti i samostatnému životu s dostatkem sociálních kontaktů.

V další otázce měli respondenti uvést, jak velké jsou byty, ve kterých poskytují službu. Z možností označilo 5 respondentů možnost velikosti bytu do 30 m². Desetkrát byla zvolena možnost velikosti bytu do 50 m² a dvakrát možnost nad 50 m². Přitom 2 respondenti označili obě tyto možnosti odpovědi. (Graf 14) Z toho vyplývá, že služba je poskytována ve většině případů v malometrážních bytech. Podle mého názoru je to dáno tím, že uživatelé žijí v bytech většinou sami a navíc má většina z nich nízké příjmy, takže by si větší byt nemohli z finančních důvodů dovolit.

V další otázce respondenti odpovídali na otázku, v jakých bytech nejčastěji bydlí uživatelé jejich služby Podpora samostatného bydlení. Opět mohli respondenti zvolit více možností odpovědí. Desetkrát byla označena odpověď v nájemním bytě, osmkrát v bytě ve vlastnictví obce a dvakrát byla zvolena možnost byt zvláštního určení. Dva z respondentů označili i možnost byt ve vlastnictví organizace a jeden možnost v dlouhodobém pronájmu organizace. (Graf 15) Přestože u jednoho poskytovatele se v případě bytu ve vlastnictví organizace jedná o tréninkový byt v rámci tranzitního programu, fakt, že byly tyto možnosti zvoleny se podle mého názoru příliš neslučuje se službou Podpora samostatného bydlení. Podle sdružení Dobromysl.cz je podstatou služby umožnit člověku s postižením zůstat ve svém vlastním domácím prostředí (Dobromysl.cz, 2002)

Desátá otázka navazovala na předchozí otázku a ptala se respondentů na vztah organizace k bytům, kde je poskytována služba. 10 respondentů označilo vztah organizace k bytům jako žádný. 1 respondent zvolil možnost byt ve vlastnictví

organizace a 3 respondenti byt v dlouhodobém pronájmu obce. (Graf 16) Porovnání vztahu jednotlivých organizací k bytům, ve kterých je služba poskytována, bylo provedeno i prostřednictvím analýzy současné situace, kde bylo zjištěno, že 9 organizací z 23 pozorovaných má určitý vztah k bytům, kde službu poskytuje. (Graf 7) Z některých popisů realizace služby bylo zjištěno, že v určitých případech je služba poskytována v bytech, kde jsou jednotlivé pokoje pro uživatele se společnou kuchyní a společenskou místností, někdy i sociálním zařízením. (Registr poskytovatelů sociálních služeb, 2010) Například poskytovatel Marianum uvádí ve svém popisu realizace služby, že služba Podpora samostatného bydlení bude poskytována v bytě, který se skládá z jednoho jednolůžkového a jednoho dvoulůžkového pokoje se společnou kuchyní a společenskou místností. (Marianum, příspěvková organizace) V těchto případech se podle mého názoru jedná spíše o službu Chráněné bydlení než o Podporu samostatného bydlení. Výklad zákona je však nejednoznačný. V zákoně je služba Podpora samostatného bydlení definována jako terénní služba, tedy služba poskytovaná v přirozeném sociálním prostředí uživatele. (Zákon o sociálních službách)

Respondenti měli také hodnotit spolupráci s obcí, ve které je služba Podpora samostatného bydlení poskytována. Jednalo se o otevřenou otázku, kde mohli respondenti vyjádřit svůj názor. Získané odpovědi byly rozděleny do 4 kategorií. Nejvíce, celkem šestkrát, byla spolupráce popsána jako vynikající, ve třech případech jako docela dobrá. Naopak jeden respondent popsal spolupráci s obcí jako minimální a 4 respondenti uvedli, že spolupráce s obcí není žádná. (Graf 17) Obce nemají na rozdíl od krajů povinnost plánovat rozvoj sociálních služeb. Ze zákona však vyplývá povinná spolupráce krajů a obcí při tvorbě plánu, čímž jsou obce do procesu plánování sociálních služeb zapojeny. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2010) Nejen z tohoto důvodu by se obce měly zajímat i o službu Podpora samostatného bydlení, která se nachází na jejich území. Jak vyplývá z citované odpovědi respondenta ve výsledcích výzkumu, měla by obec být kvalitně informována o této službě a způsobu, jakým je poskytována. Přesto považuji výsledek, kdy 6 respondentů ze 14 označilo spolupráci s obcí za vynikající, jako velmi pozitivní. Navíc 2 respondenti velmi kladně hodnotili spolupráci organizace s pronajímateli bytů uživateli Podpory samostatného bydlení.

Další část výzkumu se zabývala navazujícími a doplňkovými nástroji podporující začlenění uživatelů. Nejprve byly respondenti dotázáni, zda se v dosahu uživatelů služby tyto nástroje nacházejí. Všechny 14 respondentů odpovědělo, že ano. (Graf 18) Dále měli respondenti uvést konkrétní nástroje. Nejčastěji byla uvedena sociální rehabilitace, celkem osmkrát. Sedmkrát byly uvedeny chráněné dílny a sociálně terapeutické dílny, pětkrát pak podporované zaměstnávání. Ostatní nástroje byly zmíněny jednou či dvakrát. (Graf 19) Z toho vyplývá, že největší důraz je kladen za zaměstnávání a volný čas uživatelů. Jak uvádí Lečbych, podpora trávení volného času je častým požadavkem ze strany lidí s mentálním postižením. Je důležité, aby člověk žijící sám měl dostatek podnětů. (Lečbych, 2007) Práce a pracovní terapie pak pozitivně působí na rozvoj lidí s mentálním postižením. Lidé se rozvíjejí tím, že dělají nějakou smysluplnou činnost. Velkým přínosem je i navazování kontaktů s ostatními lidmi. (Matoušek, 2005)

Další otázka zjišťovala, zda některé navazující nebo doplňkové nástroje začlenění poskytuje organizace poskytující službu Podpora samostatného bydlení. Celkem 13 respondentů uvedlo, že ano, pouze 1 respondent zvolil odpověď ne. (Graf 20) Také u této otázky měli respondenti uvést, o jaké nástroje se konkrétně jedná. Celkem šestkrát byly uvedeny sociálně terapeutické dílny, pětkrát sociální rehabilitace a čtyřikrát chráněné dílny. Dále byly zmíněny denní stacionáře a podporované zaměstnávání. Jednou byly zmíněny psychoterapie a domov pro osoby se zdravotním postižením (Graf 21). Z toho lze usuzovat, že sami poskytovatelé služby Podpora samostatného bydlení chápou důležitost nástrojů zajišťujících trávení volného času a zejména zaměstnávání svých uživatelů. Důležitost provázanosti služeb zmiňuje v popisu realizace služby Podpora samostatného bydlení poskytovatel Handicap centrum Srdce. Ten popisuje službu Podpora samostatného bydlení jako součást komplexní péče o lidi se zdravotním postižením vhodně navazující na služby denní stacionář a sociálně terapeutické dílny. (Handicap centrum Srdce, 2007) Za zajímavé však považuji označení domova pro osoby se zdravotním postižením za navazující nástroj začlenění na službu Podpora samostatného bydlení. Proto je také tato odpověď citována ve výsledcích výzkumu. Respondent uvedl domov pro osoby se zdravotním

postižením jako službu, kam se mohou uživatelé služby Podpora samostatného bydlení vrátit. Je tedy otázkou, zda to v tomto případě lze považovat za navazující službu.

Další oblastí, na kterou bylo dotazníkové šetření zaměřeno jsou problémy, se kterými se při poskytování služby Podpora samostatného bydlení respondenti nejčastěji potýkají. Pětkrát byla označen jako problém finanční zajištění, třikrát nedostatek kvalifikovaného personálu a jednou nezájem uživatelů o službu. U respondentů, kteří vypsal i konkrétní problémy, se celkem třikrát objevily odpovědi sousedské vztahy a nedostatek vhodných bytů. Dvakrát pak problémy s opatrovníky a skutečnost, že uživatelé nepobírají příspěvek na péči. (Graf 22)

Poslední otázka zjišťovala, zda organizace plánuje navýšit kapacitu služby. 10 respondentů odpovědělo, že ano, 3 respondenti ne. (Graf 23) Respondenti, kteří označili odpověď ne, měli uvést důvody pro nerozšíření kapacity služby. Mezi důvody byly uvedeny finanční důvody, problémy s dostupností služby, nezájem o službu, personální zajištění služby. Jeden respondent uvedl, že se chtějí zaměřit na novou službu, a to chráněné bydlení, které označil jako „mezistupeň“ mezi domovem pro osoby se zdravotním postižením a podporovaným bydlením. (Graf 24) Podle mého očekávání se mezi problémy s poskytováním služby i důvody pro nenavyšování kapacity uvedenými respondenty často objevovala problematika financování služby. Jak uvádí Olomoucký kraj, současný systém financování sociálních služeb způsobuje, že plánování rozvoje jednotlivých služeb je obtížné a znejišťuje poskytovatele sociálních služeb. Výše přidělených finančních prostředků se může od požadované částky značně lišit, a to způsobuje poskytovatelům sociálních služeb nemalé problémy. (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2009-2010, 2008)

Hypotéza 1, která zní: „Počet registrovaných služeb Podpora samostatného bydlení poskytovaných lidem s mentálním se každoročně od účinnosti Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách zvyšuje,“ byla na základě výsledků výzkumu potvrzena. Hypotézu potvrdily zejména výsledky analýzy současného stavu.

Hypotéza 2, která zní: „Na poskytování služby Podpora samostatného bydlení navazují další, v dosahu uživatelů dostupné, nástroje podporující jejich

pracovní a sociální začlenění,“ byla na základě výsledků výzkumu potvrzena. Hypotézu potvrdily zejména otázky dotazníku číslo 12 a 13.

Hypotéza 3, která zní: „Nejvíce uživatelů služby jsou lidé s přiznaným 1. stupněm závislosti na pomoci jiné osoby,“ byla na základě výsledků výzkumu potvrzena. Hypotézu potvrdila v dotazníku otázka číslo 5.

Cílem práce bylo analyzovat aktuální stav poskytování služby Podpora samostatného bydlení lidem s mentálním postižením v České republice z pohledu podmínek poskytovatelů pro poskytování služby, způsobů poskytování služby a struktury uživatelů služby. **Domnívám se, že cíl práce byl splněn.**

6. ZÁVĚR

Sociální služba Podpora samostatného bydlení vznikla až účinností Zákona o sociálních službách, jedná se tedy o poměrně novou službu. Podpora samostatného bydlení je jedním z nástrojů, který napomáhá začleňování lidí se zdravotním znevýhodněním do společnosti. Velkou část uživatelů této služby tvoří lidé s mentálním postižením, proto je také práce zaměřena právě na tento okruh osob.

Diplomová práce měla za cíl analyzovat aktuální stav poskytování služby Podpora samostatného bydlení lidem s mentálním postižením v České republice z pohledu podmínek poskytovatelů pro poskytování služby, způsobů poskytování služby a struktury uživatelů této služby. Domnívám se, že cíl práce byl splněn. Všechny tři hypotézy byly potvrzeny: „Počet registrovaných služeb Podpora samostatného bydlení poskytovaných lidem s mentálním se každoročně od účinnosti Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách zvyšuje,“ „Na poskytování služby Podpora samostatného bydlení navazují další, v dosahu uživatelů dostupné, nástroje podporující jejich pracovní a sociální začlenění,“ „Nejvíce uživatelů služby jsou lidé s přiznaným 1. stupněm závislosti na pomoci jiné osoby.“

Výzkumem se podařilo zjistit, že o službu Podpora samostatného bydlení je ze strany uživatelů zájem. Počet poskytovatelů i kapacita služeb se stále zvyšuje. Výzkumem bylo dále zjištěno, že je odborníky považována za vhodný nástroj začleňování lidí s postižením.

Diplomová práce může napomoci poskytovatelům sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením a státním a samosprávným institucím ke zvýšení povědomí o službě Podpora samostatného bydlení a tím k vytvoření vhodných podmínek umožňujících skutečný rozvoj sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením. Práce také napomůže zvýšení informovanosti o celé problematice začleňování lidí s mentálním postižením.

Z výsledků výzkumu mimo jiné vyplynulo, že velkým problémem je financování této služby spojené také s přiznáváním závislosti pomoci na jiné osobě uživatelům služby Podpora samostatného bydlení. Celá tato problematika by podle mého názoru

měla být předmětem dalšího podrobnějšího prozkoumání. Vedle možných změn v samotném procesu přiznávání závislosti na pomoci jiné osobě lze zvážit i možnost, zda by Podpora samostatného bydlení neměla být spíše službou sociální prevence, která by předcházela sociálnímu vyloučení jejích uživatelů.

7. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. ARKADIE, SPOLEČNOST PRO KOMPLEXNÍ PÉČI O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ. *Popis realizace služby Podpora samostatného bydlení*. [online]. 2009-01-01. [cit.2010-07-17]. dostupné z <<http://www.arkadie.cz/obsah/socialni-sluzba-podpora-samostatneho-bydleni/130/0/>>
2. BAZALOVÁ, BARBORA. *Zkušenosti se sexualitou postižených osob v ÚSP pro tělesně postižené Brno – Kociánka*. In *Sexualita mentálně postižených*. Praha: Orfeus, 2004. ISBN 80-903519-0-5
3. BELLEVUE, POSKYTOVATEL SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Transformace*. [online]. [cit.2010-08-01]. dostupné z <<http://www.bellevue-domov.cz/transformace/transformace.html>>
4. ČADILOVÁ, VĚRA – JŮN, HYNEK – THOROVÁ, KATEŘINA. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2
5. ČERNÁ, MARIE, et.al. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2008. 224 s. ISBN 978-80-246-1565-3
6. ČESKÁ UNIE PRO PODPOROVANÉ ZAMĚSTNÁVÁNÍ. *Definice a principy podporovaného zaměstnávání*. [online]. 2008-08-21. [cit.2010-06-18]. dostupné z <<http://www.unie-pz.cz/index.php/pz/14>>
7. ČTYŘLÍSTEK - CENTRUM PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM OSTRAVA. *Podpora samostatného bydlení*. [online]. 2009-03-24. [cit.2010-07-24]. dostupné z <<http://www.uspostrava.cz/poskytovanesluzby/sluzbysocialnipece/podporasamostatnehobydleni/22-sluzbysocialnipece/63-podporasamostatnehobydleni?tmpl=component&print=1&page=>>>
8. DĚTSKÉ CENTRUM ARPIDA. *Sociální rehabilitace*. [online]. [cit.2010-04-11]. dostupné z

<http://www.arpida.cz/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=65 >

9. DIAKONIE ČČE – STŘEDISKO V PLZNI. *Můj 1+0 Popis služby Podpora samostatného bydlení*. [online]. 2010-07-12. [cit.2010-07-21]. dostupné z <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=37d8b488e8b3aed4&SUBSESSION_ID=1281544543584_24>
10. DISMAN, MIROSLAV. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. dotisk 3. vyd. Praha: Karolinum, 2006. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
11. DOBROMYSL.CZ. *Přechodné, podporované, chráněné, komunitní*. [online]. 2002-11-14. [cit.2010-08-01]. dostupné z <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=73>>
12. DOBROMYSL.CZ. *Rodiče s postižením intelektu*. [online]. 2005 [cit. 2010-05-17]. dostupné z <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1153>>.
13. HANDICAP CENTRUM SRDCE. *Popis služby Podpora samostatného bydlení HCS*. [online]. 2007-01-01. [cit.2010-07-21]. dostupné z <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=df97d678a50c60f&SUBSESSION_ID=1281692539684_2>
14. HARTL, PAVEL - HARTLOVÁ, HELENA. *Psychologický slovník*. 1. vyd., opravený dotisk. Praha: Portál, 2004. 776 s. ISBN 80-7178-303-X.
15. HELPNET.CZ. *Práce*. [online]. [cit.2010-08-04]. dostupné z <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1184>>
16. INCLUSION EUROPE. *The European Association of Societies of Persons with Intellectual Disabilities and their Families*. [online]. [cit.2010-07-26]. dostupné z <<http://www.inclusion-europe.org/main.php?lang=EN&level=1&s=81&mode=section> >
17. IRA, VLADIMÍR. *Speciální pedagogika: Psychopedie*. [online]. 2006. [cit.2010-06-12]. dostupné z <http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/kss/specialni_pedagogika_psychopedie-opora.pdf >

18. JANKOVSKÝ, JIŘÍ – PFEIFFER, JAN – ŠVESTKOVÁ, OLGA. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X
19. JANKOVSKÝ, JIŘÍ. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením : somatopedická a psychologická hlediska*. 2. dopl. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5
20. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. [online]. 2007 [cit. 2010-07-29]. dostupné z < <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/001/000297.pdf> >
21. KRAHULCOVÁ, BEÁTA. et. al. *Postižený člověk v procesu senescence*. Praha: Karolinum, 2002. 107 s. ISBN 80-7290-094-3
22. LEČBYCH, MARTIN. *Mentální retardace v dospívání a mladé dospělosti*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 250 s. ISBN 978-80-244-2071-4.
23. LEČBYCH, MARTIN. *Od samostatnosti k samotě*. [online]. 2007-05-02. [cit.2010-08-04]. dostupné z < <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1281> >
24. MARIANUM, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE. *PDF online. pdf Lepař*. [online]. 2008-11-25. [cit.2010-07-21]. dostupné z <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/soubory.do?736c=3116df21354e7d2b&SUBSESSION_ID=1281692631687_3>
25. MATOUŠEK, OLDŘICH, et. al. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
26. MATOUŠEK, OLDŘICH, et. al. *Sociální služby: legislativa, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9
27. MATOUŠEK, OLDŘICH. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80-7178-549-0
28. MICHALÍK, JAN. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. 4. dopl. a uprav. vyd. Praha: NRZP ČR, 2009. 59 s. ISBN 978-80-87181-03-4

29. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna*. [online]. [cit. 2010-07-26]. dostupné z <http://portal.mpsv.cz/sz/local/do_info/ostatniinformace/chpm_chpd >
30. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*. [online]. 2010-05-11. [cit.2010-08-10]. dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/9198/Analyza_fin_SS.pdf>
31. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Žít v přirozeném prostředí*. [online]. 2007-05-02. [cit.2010-07-27]. dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/3803> >
32. MINISTERSTVO ZAHRANIČNÍCH VĚCÍ. *Sbírka mezinárodních smluv ČR: ročník 2010, částka 4. Sdělení ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením*. ISSN 1801-0393
33. MOJŽÍŠOVÁ, ADÉLA, et.al. *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008. 139 s. ISBN 978-80-7394-074-4
34. NAKONEČNÝ, MILAN. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0628-1
35. NOVOSAD, LIBOR. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2.vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s . ISBN 80-7367-174-3
36. PIAFA. *Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením*. [online]. [cit.2010-07-13]. dostupné z <<http://www.piafa.cz/jum/index.php/registrovane-sluby/socialni-rekondice> >
37. *Registr poskytovatelů sociálních služeb: Podpora samostatného bydlení*. [online]. 2010 [cit.2010-07-21]. dostupné z <http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?sd=podpora+samostatn%C3%A9ho+bydlen%C3%AD&zak=&zaok=&SUBSESSION_ID=1280153075195_4 >

38. SLOWÍK, JOSEF. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3
39. *Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice*. [online]. 2008. [cit.2010-07-18]. dostupné z < <http://www.spmPCR.cz/cs/uvod/>>
40. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Jihočeského kraje*. [online]. 2006. [cit.2010-07-31]. dostupné z <http://www.kraj-jihocesky.cz/index.php?par%5Bid_v%5D=1225&par%5Blang%5D=CS>
41. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Liberecký kraj 2009 – 2013*. [online]. 2008. [cit.2010-07-31]. dostupné z <http://www.kraj-lbc.cz/public/social/sprss_lk_20092013_0efc128f6c.pdf>
42. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2008 – 2010*. [online]. 2008. [cit.2010-07-31]. dostupné z <<http://www.pardubickykraj.cz/document.asp?thema=3788>>
43. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Karlovarském kraji na období 2009 – 2013*. [online]. 2010-04-06. [cit.2010-07-31]. dostupné z <http://www.kr-karlovarsky.cz/kraj_cz/cinnosti/socialni/seznam/SPRSS.htm>
44. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Olomouckém kraji pro roky 2009 – 2010*. [online]. 2008. [cit.2010-07-31]. dostupné z < http://www.kr-olomoucky.cz/NR/rdonlyres/480915B4-210C-4B0B-AD67-5DD5C657C1A1/0/Strednedoby_plan_rozvoje_socialnich_sluzeb_v_Olomouckem_kraji_pro_roky_20092010.pdf>
45. *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji na období 2009 – 2011*. [online]. 2008. [cit.2010-07-31]. dostupné z <<http://www.kr-zlinsky.cz/docDetail.aspx?nid=7596&docid=71765&doctype=ART&did=8076>>
46. ŠILEROVÁ, LENKA. *Sexuální výchova : Jak a proč mluvit s dětmi o sexualitě*. 1.vyd. Havlíčkův Brod: Grada, 2003. 103 s. ISBN 80-247-0291-6.
47. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 3. aktualiz. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7

48. ŠVESTKOVÁ, RENATA. *Nezisková sféra, Nestátní neziskový sektor*. [online]. 2006. [cit.2010-06-02]. dostupné z <http://www.zsf.jcu.cz/studium/studijni-programy-obory-kurzy/podpurne-studijni-texty/rpb/kss/neziskova_sfera.pdf>
49. TOMEŠ, IGOR. *Sociální politika: Teorie a mezinárodní zkušenost*. 2. přeprac. vyd. Praha: Sociopress, 2001. 242 s. ISBN 80-86484-00-9
50. VÁGNEROVÁ, MARIE. *Úvod do psychologie*. Praha: Karolinum, 2003. 209 s. ISBN 80-246-0015-3
51. VAVŘÍK, LIBOR. *Podpora na cestě k doprovázenému bydlení*. [online]. 2007-05-14. [cit.2010-05-17]. dostupné z <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1286>>
52. VLÁDNÍ VÝBOR PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014*. 1.vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2010. 56 s. ISBN 978-80-7440-024-7
53. *vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách*
54. VYKYDALOVÁ, HANA. *Sexuální identita*. [online]. 2007-03-20. [cit.2010-08-04]. dostupné z <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1184>>
55. *zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách*

8. KLÍČOVÁ SLOVA

integrace

lidé s mentálním postižením

podpora samostatného bydlení

sociální služby

9. PŘÍLOHY

Příloha 1: Dotazník pro poskytovatele služby Podpora samostatného bydlení

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jmenuji se Šárka Novotná, jsem studentka Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity a studuji obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby.

V současné době píši diplomovou práci na téma Podpora samostatného bydlení poskytovaná lidem s mentálním postižením v České republice. Chtěla bych Vás proto poprosit o vyplnění tohoto dotazníku, který je nezbytnou součástí mého výzkumu. Ujišťuji Vás, že všechna data budou přísně anonymní. U otázek, kde máte více možností, označte Vámi vybranou odpověď kliknutím na příslušný čtvereček. V ostatních případech vpisujte, prosím, Vaši odpověď do šedého textového pole.

Předem velmi děkuji za Váš čas a trpělivost při vyplňování dotazníku.

Šárka Novotná

IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJ:

Jaká je Vaše pracovní pozice v organizaci?

- ☐ vedoucí pracovník
- ☐ sociální pracovník
- ☐ vedoucí sociální pracovník

DOTAZNÍKOVÉ OTÁZKY:

1) Z jakého důvodu jste se stali registrovaným poskytovatelem služby Podpora samostatného bydlení (dále jen PSB)?

- ☐ považujeme ji za vhodnou službu pro lidi s mentálním postižením
- ☐ na základě poptávky ze strany potenciálních uživatelů této služby
- ☐ z finančních důvodů
- ☐ jiný důvod (**prosím uveďte**)

2) Jaké základní činnosti služby PSB nejčastěji poskytujete uživatelům služby?

(seřad'te prosím podle četnosti: 1 = nejčastěji, 5 = nejméně často)

- a) pomoc při zajišťování chodu domácnosti
- b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- d) sociálně terapeutické činnosti
- e) pomoc při uplatňování, práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

3) Jaký je průměrný počet intervencí při poskytování služby PSB za měsíc jednomu uživateli?

(za intervenci se považuje minimálně 0,5 hodinový kontakt pracovníka s klientem zahrnující poskytnutí minimálně 1 ze základních činností)

(napište prosím konkrétní číslo)

4) Kolik uživatelů u vás využívá službu PSB v současné době?

(napište prosím konkrétní číslo)

5) Jaký je podíl stupňů závislosti na pomoci jiné osoby u vašich uživatelů?

(uveďte prosím v absolutní četnosti)

a) nemají uznanou závislost na pomoci jiné osoby

b) 1. stupeň

c) 2. stupeň

d) 3. stupeň

6) Jaké jsou průměrné náklady na poskytování služby PSB v přepočtu na jednoho uživatele služby? (bez ohledu na zdroje financování)

(pište prosím konkrétní číslo)

7) V čem spatřujete hlavní výhodu služby PSB? (lze uvést více možností)

☐ podporuje začlenění lidí s mentálním postižením v jejich přirozeném prostředí

☐ zvyšuje samostatnost lidí s mentálním postižením

☐ zlepšuje vztahy mezi uživatelem služby PSB a jeho blízkými

☐ snižuje finanční zatížení státu při péči o lidi s mentálním postižením

☐ zmírňuje sociální vyloučení lidí s mentálním postižením

8) Jaká je velikost bytů, ve kterých bydlí uživatelé služby PSB?

☐ do 30 m²

☐ do 50 m²

☐ nad 50 m²

9) V jakých bytech nejčastěji bydlí uživatelé vaší služby PSB? (můžete označit více možností)

☐ nájemní byt

☐ byt zvláštního určení

☐ byt ve vlastnictví města (obce)

☐ soukromý byt

☐ byt ve vlastnictví uživatele

☐ byt ve vlastnictví organizace, která poskytuje službu PSB

☐ jiné (*uved'te*)

10) Jaký je vztah organizace poskytující službu PSB k bytům, kde je tato služba poskytována?

☐ žádný

☐ byt je ve vlastnictví organizace

☐ byt je v dlouhodobém pronájmu organizace

11) Jak byste ohodnotili spolupráci při poskytování služby PSB s obcí, ve které se nacházejí byty určené pro tuto službu?

(prosím uveďte)

12) Nacházejí se v dosahu uživatelů nějaké navazující nebo doplňkové nástroje podporující začlenění (návazné sociální služby, chráněné dílny apod.)?

☐ ano

☐ ne

Pokud ano, uveďte prosím jaké?

zde vyplňte

13) Poskytuje některou z výše uvedených služeb (nebo provozuje) vaše organizace?

☐ ano

☐ ne

Pokud **ano**, uveďte jakou: ***zde vyplňte***

14) S jakými problémy se při poskytování služby PSB nejčastěji potýkáte?

☐ nezájem uživatelů o službu

☐ finanční zajištění služby

☐ nedostatek kvalifikovaného personálu

☐ jiný problém (***prosím uveďte***)

15) Plánujete v budoucnu navýšení kapacity u služby PSB?

☐ ano

☐ ne

Pokud ne, uveďte prosím důvod

☐ problémy s dostupností vhodných bytů

☐ finanční důvody

☐ nezájem ze strany možných uživatelů služby

☐ jiný důvod (***prosím uveďte***)

Děkuji Vám za Váš čas při vyplňování tohoto dotazníku. Zašlete jej, prosím, na e-mailovou adresu sarinkanovotna@seznam.cz.

Šárka Novotná