

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze
Husitská teologická fakulta

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

**Srovnání možností zajišťujících podmínky pro vzdělávání osobám
s tělesným postižením ve vybraných lokalitách České republiky a Německa**

The comparison of possibilities for education of disabled people in certain
regions of Czech Republic and Germany

Vedoucí práce:
Mgr. Lenka Chittussiová

Autor:
Monika Drahošová, DiS.

Praha 2009

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce Mgr. Lence Chittussiové za cenné rady a připomínky při zpracování této práce. Můj velký dík patří také Hermannu Zöllerovi, vedoucímu pečovatelské služby v Thomaheimu, paní Ivaně Slámové z Domečku Jedličkova ústavu a všem mým bývalým klientům, kteří mi poskytli informace a přispěli svými názory do této práce.

Prohlašuji, že bakalářskou práci na téma „*Srovnání možností zajišťujících podmínky pro vzdělávání osobám s tělesným postižením ve vybraných lokalitách České republiky a Německa*“ jsem vypracovala samostatně s použitím informačních zdrojů, které uvádím v příloženém seznamu.

V Praze dne 20.8.2009

Monika Drahošová, DiS.

Anotace

Cílem mé práce je porovnat možnosti zajišťující podmínky profesního vzdělávání osobám s tělesným postižením ve vybraných lokalitách České republiky a Německa, mezi nimi také sociální systémy obou zemí z hlediska právních norem upravujících příspěvky a výhody pro osoby s tělesným postižením. Využívám k tomu zkušeností, které jsem získala v obou zemích během své praxe v internátním zařízení. V teoretické části nejprve uvádím základní pojmy, pak popisuji život člověka s tělesným postižením z psychologického hlediska. Zmiňuji zde také pojmy integrace a inkluze a podrobně se zabývám zákony, které se vztahují k sociálním systémům obou zemí. V praktické části této práce popisuji na základě řízených rozhovorů několik konkrétních případů a dvě internátní zařízení.

Cílem mé práce není zjišťovat statistická data, ale pouze nastínit danou problematiku. Jsem si vědoma toho, že porovnáním několika případů a dvou zařízení nemohu objektivně postihnout tuto problematiku v rámci celé České republiky a celého Německa.

Klíčová slova

Tělesné postižení

Integrace

Inkluze

Speciální potřeby

Osobní asistence

Péče

Závislost

Příspěvek

Annotation

This thesis aims to compare the possibilities of professional education of disabled people in certain regions of Czech Republic and Germany as well as social systems of these two countries with relation to legal norms adjusting benefits and advantages for disabled people. I apply the experience gained during my practice in a residential facility. The theoretical part introduces basic terms and then describes life of disabled people from a psychological perspective. I also mention integration and inclusion and thoroughly deal with legal norms related to social systems of both countries. The practical part of my thesis gives a description of several particular cases and two residential facilities based on guided interviews.

This thesis does not intend to find out any statistical data but to outline the given issue. I am aware of the fact that I cannot fully cover this issue of the whole Czech Republic and Germany only by comparing several cases and two facilities.

Key words

The disabled people

Integration

Inclusion

Special needs

Personal assistance

Care

Dependence

Benefit

Obsah:

Úvod.....	8
Teoretická část	9
1.1 Postižení	9
1.1.1 Vymezení pojmů.....	9
1.1.2 Členění postižení.....	11
1.1.3 Tělesné postižení.....	13
1.2 Život s tělesným postižením	14
1.2.1 Člověk s tělesným postižením	14
1.2.2 Rodiče dítěte s tělesným postižením.....	17
1.2.3 Sourozenci dítěte s tělesným postižením	20
1.2.4 Člověk pečující o osobu s tělesným postižením	22
1.2.5 Společnost a okolí člověka s tělesným postižením	24
1.3 Integrace a inkluze	25
1.4 Sociální služby, vzdělávání a péče o osoby s tělesným postižením v České republice	26
1.4.1 Vzdělávání osob s tělesným postižením v ČR.....	26
1.4.2 Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.	28
1.4.3 Osobní asistence jako služba sociální péče.....	29
1.4.4 Asistent pedagoga jako pracovník spadající pod resort MŠMT	30
1.4.5 Státní sociální podpora a dávky sociální péče	30
1.5 Sociální služby, vzdělávání a péče o osoby s tělesným postižením v Německu	31
1.5.1 Vzdělávání osob s tělesným postižením v SRN	32
1.5.2 Asistenční služby pro osoby s tělesným postižením v SRN	33
1.5.3 Sozialgesetzbuch – německý sociální zákoník a kapitoly týkající se osob s tělesným postižením	34
Praktická část	38
2.1 Internátní zařízení pro studenty s tělesným postižením.....	38
2.1.1 Internátní zařízení pro studenty s tělesným postižením v Praze	38
2.1.2 Internátní zařízení pro studenty s těl. postižením v Regensburgu	43
2.1.3 Mé vlastní postřehy z obou zařízení	45
2.2 Rozhovory se studenty	47
2.2.1 Rozhovory s českými studenty s tělesným postižením.....	47
2.2.2 Rozhovory s německými studenty s tělesným postižením	52

2.2.3 Porovnání výpovědí	57
2.3 Prointegrační opatření na pražských vysokých školách	58
2.4 Shrnutí praktické části	61
Závěr	64
Informační zdroje	66
Seznam příloh	68
Příloha č. 1 – charakteristika tělesných vad a onemocnění.....	68
Příloha č. 2 – příspěvek na služby sociální péče.....	81
Příloha č. 3 – úkony soběstačnosti, na jejichž základě dochází k určování stupně závislosti	84
Příloha č. 4 – vzor – smlouva o poskytnutí osobní asistence.....	90
Příloha č. 5 – dávky sociální péče a výhody pro osoby s tělesným postižením	94
Příloha č. 6 – prezentace fotografií internátních zařízení na přiloženém CD	99

Úvod

Každý z nás si s sebou do života něco přináší, něco během života získá a něco možná ztratí. Ne všichni však startujeme ze stejné čáry a ne každá životní trať má stejné překážky a stejně ostré zatáčky. A to je právě to, co dělá život jedinečným.

V této práci bych ráda věnovala pár řádek těm, kteří ve svém běhu životem startují možná z „méně výhodných pozic či s větší zátěží“, lidem, kteří mají něco společného - pozastavují se nad tím, proč právě jim byla od života udělena taková „lekce“, potřebují pomoc lékařů, zdravotníků, speciálních pedagogů či sociálních pracovníků, a všichni si kladou podobné otázky ohledně své budoucnosti.

Mým záměrem je sdělit touto prací poznatky získané během praxe v České republice a v Německu, které se týkají života mladých lidí (resp. studentů) s tělesným postižením. Nebudu se zde však zabývat vzdělávacím procesem samotným, ale okolnostmi, které umožňují co nejlepší zpřístupnění tohoto procesu lidem s tělesným postižením.

Cílem mé práce je porovnat možnosti zajišťující podmínky profesního vzdělávání osobám s tělesným postižením ve vybraných lokalitách České republiky a Německa, mezi nimi také sociální systémy obou zemí z hlediska právních norem upravujících příspěvky a výhody pro osoby s tělesným postižením. Využívám k tomu zkušeností, které jsem získala v obou zemích během praxe v internátním zařízení. V praktické části této práce popisuji na základě řízených rozhovorů několik konkrétních případů a dvě internátní zařízení.

Cílem mé práce není zjišťovat statistická data, ale pouze nastínit danou problematiku. Jsem si vědoma toho, že porovnáním několika případů a dvou zařízení nemohu objektivně postihnout tuto problematiku v rámci celé České republiky a celého Německa.

Hypotéza:

„Domnívám se, že přestože je Česká republika vyspělým demokratickým státem a členem Evropské unie stejně tak jako Německo, budou možnosti zajišťující podmínky pro vzdělávání osobám s tělesným postižením na rozdílné úrovni.“

Teoretická část

1.1 Postižení

1.1.1 Vymezení pojmů

V dnešní době se můžeme v oblasti speciální pedagogiky setkat s několika termíny zdánlivě stejného významu, je proto důležité ujasnit si výklad těchto termínů hned na začátku.

Původní výrazy M. Sováka¹ – **defekt** (*orgánový – vada, chybění nebo nedostatek některého orgánu nebo jeho části; funkční – porucha orgánové funkce popř. funkce celého organismu*), **defektivita** (*narušení celistvosti člověka tedy porucha či vývojový nedostatek vztahů ke společnosti*), **defektní člověk** (*člověk stížený defektivitou s jejím odrazem v psychice i společenských vztazích*) – jsou dnes již podle Mezinárodní klasifikace vad, postižení a handicapů ICDH přijaté v roce 1980 Světovou zdravotnickou organizací (dále jen WHO) nahrazené termíny: „**Vada, porucha, defekt** (impairment) - *narušení (abnormalita) psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce. Postižení* (disability) *znamená omezení nebo ztráta schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální. Znevýhodnění* (handicap) *se projevuje jako omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální.*“²

Jako příklad uvedu dívku, která se narodila s luxací kyčelních kloubů. Jedná se tedy o vrozenou vývojovou **vadu**, která spočívá ve vybočení kloubní hlavice kyčelního kloubu. **Postižení** této dívky znamená omezenou schopnost pohybu a chůze. Míra **handicapu** v tomto případě bude záviset na společenském prostředí, ve kterém se dívka bude pohybovat a na činnostech, které bude provádět (při hře na honěnou bude handicapována ve větší míře než během vyučování při hodině matematiky).

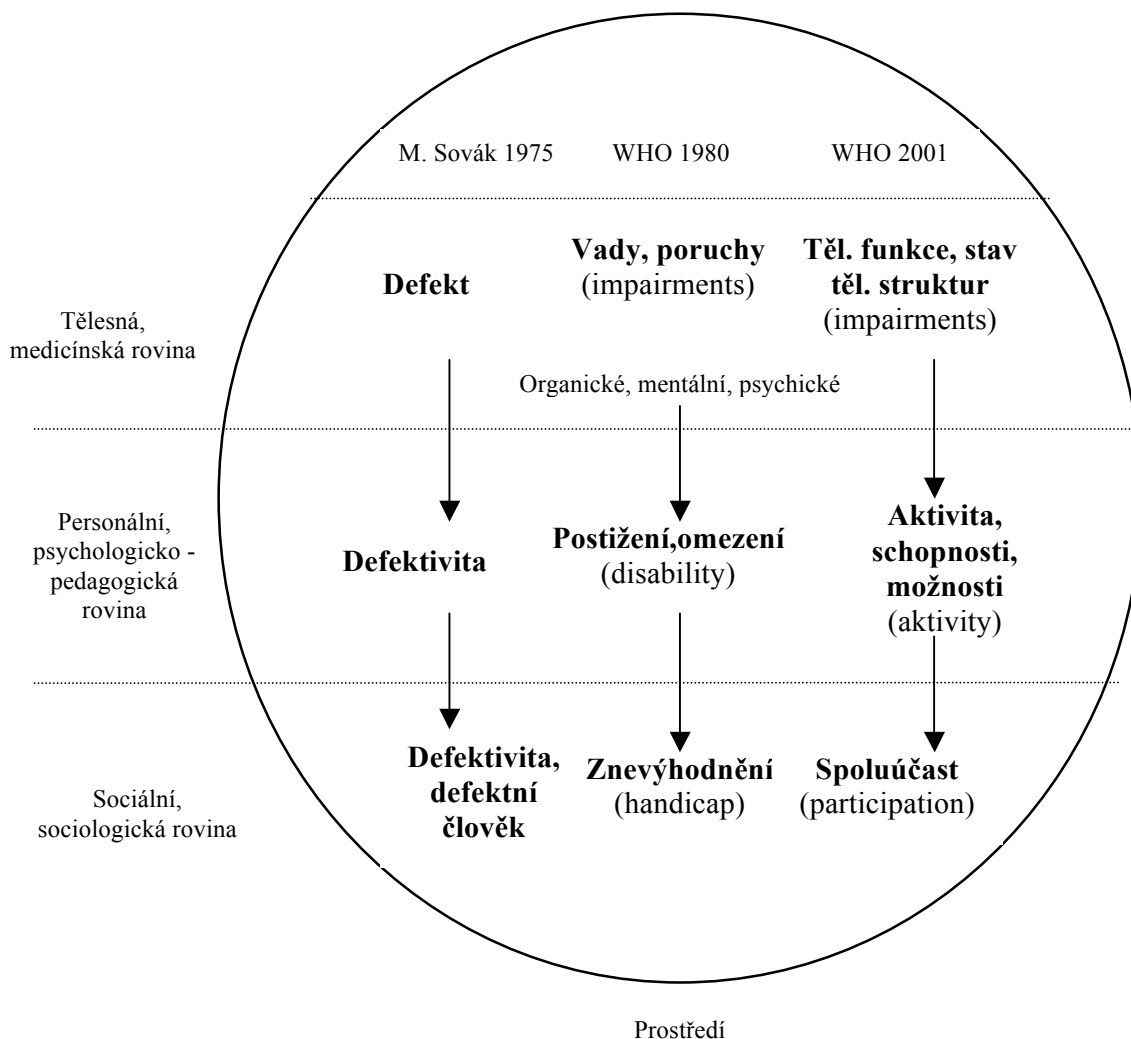
Z uvedeného příkladu je zřejmé, že míra handicapu je velice individuální a závisí na mnoha okolnostech (druh a stupeň postižení, doba vzniku vady, včasnost a kvalita péče, výchova, osobní vlastnosti jedince s postižením, kvalita sociálního prostředí,...).

„Výhoda této diferenciacce spočívá především v oddělení tří dílčích procesů. Existující poškození tělesného, mentálního nebo smyslového druhu u jednoho člověka nemusí nutně vést k omezení všech jeho schopností a dovedností. A když omezení způsobí zúžení kompetencí, pak

¹ Sovák, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN 1980, s. 8-12.

² Slowík, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing 2007, s. 26-27.

to ještě nutně nemusí znamenat, že následkem bude postižení ve smyslu sociálního znevýhodnění (handicapu).³



Obr. 1 Vývoj pojmů

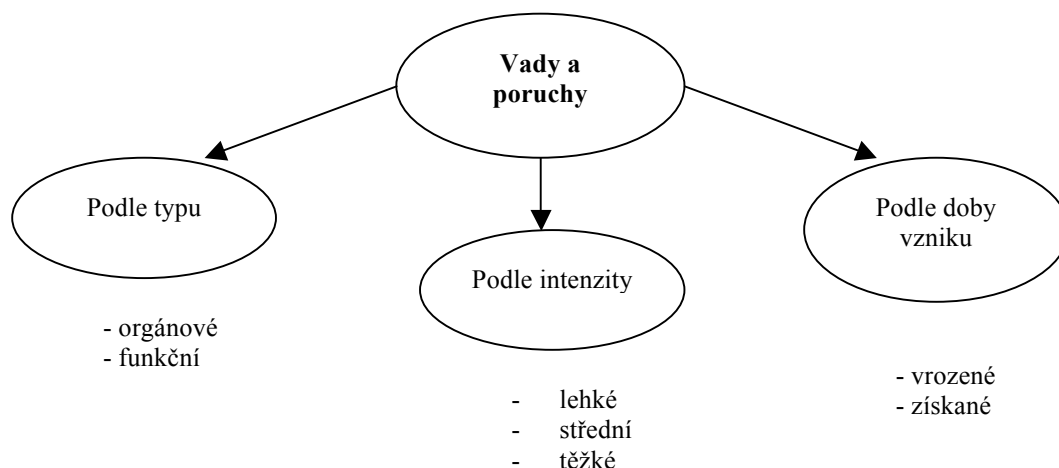
V poslední době se však pohled na situaci člověka s vadou, postižením a handicapem výrazně mění a **na místo vad či poruch se sleduje funkce a stav tělesných struktur, namísto postižení a omezení člověka se sleduje jeho aktivita a možnost spoluúčasti na životě společnosti. Nejde tedy o sledování jeho vlastního handicapu.** Toto pojetí nestaví osobu s vadou či poruchou do role pacienta či uživatele sociálních služeb, ale snaží se zdůraznit jeho možnosti a schopnosti při zapojení se do společenského života. Cílem není pouze individuální přizpůsobení jednotlivce, ale celková změna sociálního prostředí. Dochází k interakci a změny se dějí na obou stranách. Jedná se o posun v chápání člověka

³Vítková, M. Somatopedie: Klasifikace pohybových vad. In Pipeková, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, s. 99.

s handicapem nejen ze strany společnosti, ale také ze strany samotného člověka s handicapem. Tento proces bude pravděpodobně trvat několik generací, laická veřejnost totiž vnímá pojem postižení či handicap jako určitou „nálepku“, jak uvádí M. Vítková – „*Jako dříve tak i nyní se používá pojem postižení jako osobní znak a dokonce je často spojován s pojmem nemoc. Osoby bez postižení jsou naproti tomu právě z medicínské stránky často označovány jako zdravé. Toto srovnání postižení a nemoci by mělo být podle doporučení WHO už přes dvacet let vyloučeno.*“⁴

1.1.2 Členění postižení

Vady a poruchy můžeme rozdělit podle několika kritérií. Tato klasifikace vychází především z lékařské diagnostiky:



Obr. 2 Dělení vad a poruch

Vrozené vady mohou vzniknout v průběhu nitroděložního vývoje plodu (období prenatalní) nejčastěji z důvodů patologického chování matky (kouření, alkohol, jiné omamné látky), úrazu či nemoci matky (vysoké horečky či užívání antibiotik v době těhotenství), ale i během porodu samotného (období perinatální) či bezprostředně po něm (nejčastější příčinou bývá protrahovaný porod, kdy dochází k přidušení dítěte a následnému nedostatečnému okysličování jeho mozku. Může však dojít i k fyzikálnímu poškození hlavičky dítěte v případě nešetrného zacházení s porodním náčiním). *Získané* vady či poruchy jsou způsobeny v období postnatální buď úrazem hlavy či páteře, nebo různými chorobami, které narušují centrální nervovou soustavu (encefalitida, meningitida,..), nebo mají vliv na pohybové ústrojí samotné. Získaná postižení, na rozdíl od vrozených, mohou vzniknout v kterémkoliv životním období po narození člověka.

⁴ Pipeková, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, s. 100.

1.1.3 Tělesné postižení

Tělesné postižení znamená „celkové nebo částečné omezení hybnosti.“⁵(srov.) „Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození. Na rozdíl od přechodné nemoci se musí jednat o dlouhodobý nebo trvalý stav.“⁶ Postižení pohybového ústrojí je v naprosté většině případů jev nepřehlédnutelný. Samotné omezení hybnosti můžeme rozlišit na **primární** (v tomto případě se jedná o přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo o postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy je v periferní části postiženo vlastní hybné ústrojí např. amputací, deformacemi, vývojovými vadami apod.) a **sekundární** (kdy centrální a periferní nervová soustava i vlastní hybné ústrojí zůstávají bez patologických změn, ale hybnost je omezena z jiných příčin - např. důsledky srdečních, revmatických, kostních a jiných chorob, které omezují pohyb nemocného).

Pohyb je výsledek několika procesů, které jsou řízené mozkiem (především mozkovou kůrou, mozkovým kmenem a mozečkem). Podle M. Vítkové⁷ byla výzkumy doložena vazba mezi pohybem a vnímáním. Můžeme tedy říci, že částečná či celková omezenost pohybu způsobuje změny v oblasti vnímání. Z hlediska psychického vývoje dítěte je pohyb velice důležitou součástí procesu učení a vnímání prostředí. Nemožnost otočení hlavičky za vzruchem, či vztažení ruky za předmětem znamená nedostatečné zafixování pohybových forem a koordinace oko – ruka. Tělesné postižení znamená pro dítě omezení možnosti získávat vlastní zkušenosti ze svého prostředí a optimálně se rozvíjet.

Pro přehlednost uvádím v této kapitole dělení tělesných vad a onemocnění. Jejich podrobnější popis se nachází v *Příloze č. 1 – charakteristika tělesných vad a onemocnění*

Vrozené tělesné (vývojové) vady

- malformace (amelie, dysmelie, fokomelie), luxace a subluxace kyčelních kloubů, Perthesova choroba, vrozené vady páteře, achondroplázie

Získané tělesné vady

- ortopedické vady páteře, amputace, traumatické obrny, obrna míchy

⁵ Sovák, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN 1980, s. 199.

⁶ Vítková, M. Somatopedie: Klasifikace pohybových vad. In Pipeková, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, s. 168.

⁷ Tamtéž, s. 169.

Tělesné vady vzniklé z důvodu onemocnění

- zánětlivá onemocnění mozku a míchy, stavy po mozkových příhodách, emboliích a nádorech na mozku, degenerativní onemocnění mozku a míchy, revmatické choroby, progresivní svalové dystrofie (myopatie), dětská mozková obrna

1.2 Život s tělesným postižením

Život s tělesným postižením se rozhodně netýká pouze postižené osoby samotné. Týká se všech, se kterými dotyčná osoba ve svém životě přijde do styku, ať jsou to příbuzní nejbližší, vzdálení či úplně cizí lidé (život člověka s postižením je do jisté míry ovlivněn závislostí na těchto lidech), ale i těch, se kterými se osoba s postižením nikdy nesetká, tedy společnosti jako takové – nás všech. Jde o postoje, které společnost vůči lidem s postižením zaujímá, a společenské klima, které se utváří prolínáním světů osob s tělesným postižením a osob bez tělesného postižení.

V této kapitole jsem se snažila postihnout typické jevy doprovázející život člověka s tělesným postižením, jeho rodičů, sourozenců, blízkých i celou společnost.

1.2.1 Člověk s tělesným postižením

Trvalé tělesné postižení znamená změnu životní situace. O jak velkou změnu půjde a jak bude chápána, závisí jednak na jedinci samotném a jednak na prostředí, ve kterém žije.

Osobnost člověka se formuje na základě neustálých interakcí vnitřního a vnějšího světa. Už v tomto případě je situace člověka s tělesným postižením odlišná, protože takový člověk nemůže přijímat standardním způsobem informace, které mu okolí nabízí. Jeho tělesné postižení se promítá do roviny sociální a projevuje se jako omezení potřebných sociálních zkušeností. Představa daného člověka o světě je pak nepřesná a zkreslená. Svět se stává méně čitelným.

Vzhledem k tomu, že pohyb je jedním ze základních projevů člověka, jeho nedostatečnost se projevuje i v rovině psychické. Psychika těchto lidí je často ovlivněna nápadností postižení, kterou veřejnost chápe jako stigma. Toto společenské chápání v postiženém vyvolává řadu nepříjemných pocitů. Zlomový moment nastává v předškolním věku či při nástupu povinné školní docházky (pokud je dítě s tělesným postižením integrované a pohybuje se mezi zdravými dětmi), kdy si dítě začíná uvědomovat vlastní odlišnost a vnímá to, že ostatní si jeho odlišnost uvědomují také (u neintegrovaných dětí není

konfrontace tak silná, přesto dochází k uvědomování vlastního omezení). „*Někdy lze mluvit až o první krizi identity, protože se v této době potvrzuje stálost a neměnnost jeho znevýhodnění.*“⁸ Dítě si vytváří představu o vlastním těle a jeho možnostech. Tato představa však nemusí vždy odpovídat objektivní skutečnosti. Situace, kdy dochází ke střetu představy se skutečností, pak mohou vyvolat depresivní reakce nebo úzkostné stavy. Pocit méněcennosti, který u člověka s tělesným postižením vzniká, vysvětluje Matějček⁹ jako zážitek tísně, zahanbení, vzdoru nebo závisti, protože se jedinec v různých situacích (do kterých se člověk s tělesným postižením dostává častěji než člověk zdravý) nemůže vyrovnat ostatním. Tendence v chování postiženého pak směřují k pasivnímu přijetí údělu, kdy se dotyčný straní společnosti a uzavírá se do světa vlastních myšlenek a často nereálných představ, nebo se snaží vlastní osobu prosadit za každou cenu a stává se egocentrickým až bezohledným k sobě i k ostatním.

Klíčové je, jak nastalou situaci (svoje postižení) dotyčný člověk přijme. Vrozené či v raném věku získané postižení není tak traumatizující (i když z vlastní zkušenosti mohu říci, že nedostatečná informovanost o zdravotním stavu dítěte ze strany rodiny a následné zjištění skutečné reality dítětem samotným je doprovázeno velmi podobnou reakcí jako při postižení, které je získané). Člověk si často nedovede představit, jaké by to bylo, kdyby byl zdravý a na své omezení je zvyklý. Vrozené postižení však ovlivňuje jedince ve všech vývojových fázích a je tedy možné, že se v jeho důsledku vytvoří nežádoucí vzorce chování. Některé děti s tělesným postižením si mohou vytvořit tzv. vnucenou potřebu závislosti na dospělých osobách, která se projevuje jako zvýšená potřeba ochrany, péče, pomoci a bezpečí, nebo mají tendence zveličovat své vlastní pohybové a zdravotní potíže ve snaze vyhnout se řešení problému. Tyto vzorce chování mohou být způsobeny i nesprávným přístupem ve výchově postiženého dítěte. Můžeme se setkat ale i s opačnou reakcí, kdy postižený člověk záměrně podceňuje a snižuje význam a závažnost svého postižení.

Člověk, který postižení získal, se po určitou dobu vyvíjel normálně a měl tak možnost získat informace, zkušenosti a dovednosti, které mu později mohou pomoci zapojit se do běžné společnosti (jde o sociální zkušenosti, představu prostoru a orientaci v něm atd.). Získané postižení je ovšem více traumatizující. Člověk má možnost srovnání nastalé situace se situací předchozí a jasně si uvědomuje, co ztratil. M. Vágnerová¹⁰ uvádí čtyři fáze reakce na náhlou ztrátu některé funkce:

⁸ Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004, s. 173.

⁹ in Kábele, F. *Somatopedie*. Praha: Karolinum 1993, s. 47.

¹⁰ Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004, s. 180.

- **Fáze latence** (resp. neinformovanosti) – je pouhý stav v nemocnici, kdy člověk neví, jaké následky bude jeho úraz mít, a domnívá se, že jde o stav přechodný a že se uzdraví.
- **Fáze pochopení** traumatizující reality – člověk je o nastalé situaci informován lékařem (typická reakce je popření toho, že by něco takového bylo vůbec možné, pacient se stále domnívá, že se jeho stav změní a on se uzdraví,) a během absolvování rehabilitace a léčení si uvědomuje, že jeho situace je neměnná.
- **Fáze protestu a smlouvání** – v této fázi se člověk straní kontaktu s lidmi, přemýšlí nad tím, že tak nechce žít, smiřuje se se svým stavem, hledá vidinu lepších výsledků (často nereálných), neguje vše, co nesměruje k návratu původního stavu, odmítá rehabilitaci, pociťuje sebelítost, hořkost a pocit bezmoci.
- **Fáze postupné adaptace** – člověk si sice nevěří, je nejistý, neví jaké možnosti v nastalé situaci má, protože nikoho takového nezná, přesto zkouší různými kompenzačními technikami nalézt způsob, jak se pohybovat, postarat se o sebe apod. V tento moment si uvědomuje, že došlo k zásadní trvalé změně.

Člověk je nucen změnit hierarchii hodnot a najít nový cíl, smysl života. Velký význam má v této situaci podpora ze strany rodiny a přátel, kteří často musí zvládat emoční výbuchy člověka s tělesným postižením. Chování člověka s postižením ke zdravým jedincům se mění – obviňování, pocit hořkosti a nespravedlnosti, výlevy depresí, ... (u někoho tento stav přetrvává velice dlouho). Někteří lidé s tělesným postižením chápou nastalou situaci jako výzvu, nikoliv pouze jako omezení, jiní lidé vidí všechny překážky a potíže jen v souvislosti s postižením a neuvědomují si, že patří do běžného života (tedy, že je řeší každý člověk).

Důležitou úlohu ve formování osobnosti každého člověka hraje schopnost odpoutat se v určité fázi vývoje od svých rodičů a postavit se tzv. na vlastní nohy, nebo se o to alespoň pokoušet. U mladých lidí s tělesným postižením bývá možnost vývoje tímto směrem ztížena zejména fyzickou závislostí na druhé osobě, kde zmiňovanou druhou osobou bývá nejčastěji jeden z rodičů resp. matka. Mladý člověk dříve či později začne pociťovat touhu „osamostatnit se“, nebýt stále doprovázen rodičem, který je zde pro případ, že by snad postižený mohl něco potřebovat. V tomto směru chci poukázat na důležitost existence internálních zařízení pro osoby s tělesným postižením při středních a vysokých školách. Podle mého názoru se právě na tomto místě člověk s těl. postižením poprvé setká s možností vlastního růstu. Je konfrontován s ambivalentními pocity - na jedné straně je to strach, že zde

rodič není a chybí tak jakási spřízněná duše, ochránce a pomocník, na druhé straně je to nadšení a touha postavit se nové výzvě, která jistě slibuje cenné zkušenosti a potvrzení sebe sama. Obavy plynoucí z pochybování nad sebou samým a nad svými schopnostmi (míra strachu a obtížnost vypořádání se s touto otázkou) souvisí s tím, do jaké míry byl mladý člověk veden k samostatnosti.

Životní situace osob s tělesným postižením mají řadu společných znaků, vždy jsou však individuální.

1.2.2 Rodiče dítěte s tělesným postižením

Každý rodič, kterému se narodí dítě s postižením řeší tři základní okruhy problémů. *První* je samotné vyrovnání se s faktem, že právě narozené dítě bude jiné, než si rodiče představovali a pravděpodobně i ostatní v blízkém okolí, a následné bezpodmínečné přijetí dítěte. *Druhý* okruh se týká vzdělávání dítěte - jak umožnit dítěti školní docházku, zda je vhodná integrace, do jaké školy, jak a kdy... *Třetí* okruh je zaměřen na budoucnost člověka s postižením, jeho samostatnost, soběstačnost. Každý rodič se ptá sám sebe: „Co s mým dítětem bude, až se já nebudu moci postarat?“.

Reakce na narození dítěte s tělesným postižením bývají různé. Do jisté míry bývají ovlivněny rozsahem a lokalizací postižení a stupněm narušení funkce. Samozřejmě je rozdíl v tom, když jsou rodiče předem informováni a seznámeni s diagnózou (tedy pokud je možné postižení diagnostikovat ještě před narozením dítěte), a v tom, když je narozené dítě do určitého roku života naprosto v pořádku (nebo se tak jeví) a najednou se jeho vývoj zastaví, nebo dítě dokonce ztrácí dosud získané schopnosti. Tento rozdíl však postihuje „pouze“ oblast „informovanosti a připravenosti“ rodičů. Rodiče, kteří předem vědí, že se jejich dítě pravděpodobně narodí s tělesným postižením, mohou být dopředu připraveni a informováni o tom, co bude následovat, co vše je dobré si opatřit, kde hledat pomoc, na koho se obrátit,... V druhém případě je situace ztížená tím, že toto vše rodiče musí zvládat tzv. „za pochodu“. Tento rozdíl však rozhodně neusnadňuje přijetí a následné vyrovnání se s nastalou situací (moment šoku, překvapení, otázek či výčitek se pouze přesune z doby těhotenství na dobu poporodní). Rodina prochází krizí, je nucena řešit řadu důležitých otázek a měnit své představy o budoucnosti sebe a svého dítěte. Tato neočekávaná situace (pokud postižení není diagnostikováno ještě před narozením dítěte) se pro rodiče stává traumatem, které vychází z pocitu vlastního selhání, jako neschopnosti zplodit zdravé dítě. Pokud jde o vrozené a nápadné postižení, mohou reakce okolí pocitu méněcennosti rodičů ještě podpořit.

V literatuře¹¹ se uvádí, že rodina prochází několika fázemi reakcí na vzniklou situaci:

- **Zhroucení ideálů**, šok a popření reality, zmatenost, pocity viny ale i hledání viny u druhých, agresivní pocity vůči partnerovi či zdravotnickému personálu, hluboký smutek, zlost na celý svět. Rodina odmítá uvěřit diagnóze (popření takové informace je obrannou reakcí psychiky), v takové fázi rodiče nejsou schopni vnímat informace o možnostech péče o dítě s těl. postižením či o jeho zdravotním stavu (proto je důležité tyto informace rodičům později opakovat).

V tomto směru je důležité jednání odborníků a jejich sympatizující přístup, znalost situace a připravenost na možné reakce rodiny. Může se stát, že ani sám lékař nemá dostatek informací, protože diagnóza zatím není schopna určit do jaké míry bude daná funkce omezena apod., ale i v tomto případě by sdělení lékařů mělo být pravdivé a nemělo by vzbuzovat u rodičů zbytečné naděje či v opačném případě působit jako bezvýchodná situace.

Následující citace maminek dětí s tělesným postižením vypovídají o tom, jak se ony samy vyrovnávaly s tímto faktem. „...Ani dnes nevím, jestli je možné se s takovým faktem vyrovnat. Můžete, nebo spíš musíte, to nakonec přijmout, protože vám nic jiného nezbyvá, ale vyrovnat se? Nevím. ...Když něco takového přijde, přirozeně hledáte odpovědi na otázku „proč“ a alespoň na chvíli vždycky pomůže, když si to nějak „zdůvodníte“, ale aby se s tím člověk úplně „vyrovnal“, to je asi trochu utopie. ... Víte, vždycky se mě dotkne, když kamarádka hovoří v tom smyslu - no tohle já bych absolutně nemohla - znáte takové ty řeči. A já si říkám - jaképak nemohla, mě se přece nikdo neptal, jestli mohu nebo nemohu, musela jsem se přizpůsobit. Nebo když říkají - prosím tě, jak to můžeš vydržet, to já bych se zbláznila. Zbláznit se je asi to nejjednodušší a nejpohodlnější - ale jak bych tím Madlence pomohla?... Tehdy jsem si řekla - přece nebudu sedět a brečet, vždyť by dítě nepoznalo nic jiného, než ubrečenou a zoufalou mámu. Takže rychle zaměstnat hlavu! A začala jsem intenzivně studovat angličtinu. ...když jsem večer Madlenku uložila, dřela jsem dokud jsem „nepadla“ - a věřte, že je to dobrá metoda jak se „nezbláznit“. Prostě nenechala jsem si čas a prostor na nějaké filozofování, co by bylo, kdyby bylo. A také podstatně žiji přítomností, odnaučila jsem se plánovat - myslím, že si tím člověk ušetří spoustu bolesti a zklamání.“¹² (maminka Madlenky, která trpí spinální muskulární atrofií)

„Postižení dítěte zasáhne člověka až „na dřev“ v tom, co si začne on sám o sobě myslet. Je to o vlastním sebevědomí, o sebevědomí mateřském, rodičovském, lidském. ...

¹¹ Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004, s. 165–167.

Vágnerová, M. In Slowík, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing 2007, s. 34.

Pípeková, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, s. 40-41.

¹² Chvátalová, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál 2001, s. 123-124.

Rodiče postižených dětí a vina - to je velké téma. Často se totiž vina zaměňuje za příčinu. Postižení má vždycky nějakou příčinu, ale ta se někdy nedá odhalit nebo vysvětlit...Pocity viny takový problém provázejí téměř vždy a je to věc, se kterou je třeba pracovat co nejdříve a rodičům pomoci. Žel vinu jim často podsouvají i sami profesionálové tím, že neví-li, často „plácnou“ něco, co má pro psychiku rodičů nezodpovědné důsledky.“¹³ (maminka Martina s DMO)

- **Akceptace a vyrovnání se s problémem**, stádium rovnováhy. Dochází k postupnému přijetí reality, rodiče se pokoušejí racionálně hodnotit situaci, začínají vyhledávat informace o léčbě a terapii a možnostech péče, setkávají se s rodinami, které řeší podobné problémy. Racionální náhled však může do jisté míry znemožňovat emoční stav rodičů, který hodnocení situace zkresluje. Zvládnutí této situace bude ovlivňovat zkušenost rodičů, jejich osobnostní vlastnosti, věk, zdraví, kvalita partnerského vztahu, počtu dětí, které spolu mají, míra postižení a jeho příčina apod.
- **Fáze realismu a smíření**, stádium reorganizace. Rodiče danou situaci přijímají, vnímají dítě takové jaké je a hledají možnosti řešení do budoucna. V této fázi může však docházet k rozhodům partnerů z důvodů odlišnosti rodičovských postojů k dítěti. V životě postižených lidí (dětí) ale nastávají další náročné situace, které v rodičích vzbuzují nové vlny zoufalství a proces vyrovnávání se s postižením dítěte se znovu vrací do fází, které byly již dávno zdánlivě překonané. Mnoho rodičů později po překonané bolesti nachází útěchu a motivaci ve vývoji svých dětí a těší se z úspěchů a pokroků, byť jsou sebemenší. M. Vágnerová¹⁴ dále uvádí, že se objevuje tzv. „**fáze smlouvání**“, která je charakteristická tendencí dosáhnout alespoň malého zlepšení, jako malé naděje, která není zcela nerealistická. Jde o kompromis, který se stává pokrokem a částečným přijetím dříve zcela odmítané skutečnosti.

Pokud dojde k vzniku postižení dítěte později (dítě bylo po určitou dobu akceptováno jako zdravé), bývají reakce rodičů i okolí jiné. Rodinu může stresově zatěžovat období mezi prvními projevy, které naznačují, že něco není v pořádku, a stanovením diagnózy. Všeobecně bývá taková událost akceptována jako neštěstí a rodičovské obrany se spíše zaměřují na postižené dítě než na rodičovskou identitu. Rodiče si v tomto případě potvrdili svou vlastní roli a normalitu svého dítěte a jejich sebepojetí se v této situaci mění méně.

¹³ Chvátalová, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál 2001, s. 161-162.

¹⁴ Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004, s. 167.

Výchova dětí vyžadujících specifickou péči je velice náročná a často může vést k psychickému vyčerpání. Rodiče musí najít optimální přístup k dítěti a jeho schopnosti nepřeceňovat, ale ani nepodceňovat. Příliš úzkostná péče a podpora (tzv. protekcionistická výchova) ze strany rodičů, ke které velice často dochází, dětem neprospívá, protože je nenaučí překonávat překážky a nemá dobrý vliv na jejich vlastní sebepojetí. Naopak opačný extrém (tzv. perfekcionista výchova), kdy rodina klade na dítě příliš velké nároky, snaží se je nadměrně stimulovat k překonání handicapu a vlastní stigmatizace, vede k přetěžování dítěte a může mít odezvu v psychickém narušení, úniku do somatizace, ztrátě nabytých schopností apod.. Důležité je, aby bylo dítě motivováno k dosahování maximálních hranic svého rozvoje s ohledem na jeho osobní potřeby a omezení vyplývající z jeho postižení, což znamená akceptovat rozdíl mezi psychickou a fyzickou závislostí lidí s tělesným postižením. (tzv. realistická výchova).

Kromě zvládnutí výchovy a péče o dítě s těl. postižením by měli rodiče udržovat sebe v dobrém zdravotním a psychickém stavu, dobře se orientovat v sociálně právní oblasti a umět vyhledávat pomoc odborníků pro sebe i své dítě. Během vývoje dítěte se tak rodiče stávají „poloprofesionály“ v daných oblastech.

1.2.3 Sourozenci dítěte s tělesným postižením

Narození dítěte s tělesným postižením má samozřejmě také vliv na vývoj jeho mladšího či staršího sourozence. Mezi sourozenci dochází běžně k interakci, vzájemnému soupeření i spojenectví, porovnávání, učení se jeden od druhého. V případě postižení jednoho z nich však toto není dost možné. Sourozenec s postižením nemůže být soupeřem, a pokud takový projev ze strany zdravého dítěte nastane, bývá rodiči posuzován jako špatné chování. Zdravé dítě chápe, že když je někdo slabší a nemocný, potřebuje větší pomoc od ostatních, musí být ochraňován a nelze se k němu chovat jako ke komukoliv jinému. Rozdíl v přístupu rodičů ke svému sourozenci však dost silně vnímá a to, že jeho postižený sourozenec bývá často privilegován a jeho projevy (byť s postižením nesouvisí) bývají tolerovány, v něm může vyvolávat pocity nespravedlnosti. Od každého dítěte se očekává něco jiného a něco jiného je považováno za úspěch. To přináší i negativní důsledky z ohledem na sebepojetí dítěte s tělesným postižením, protože vnímá, že není považováno za zcela rovnocenného.

Z výše popsaných důvodů sourozenec často přijímá dominantně ochrannou roli, která spočívá v podpoře a ochraně postiženého sourozence. Všeobecně to však znamená zatížení, které spočívá v omezení určitých vývojových možností (na druhé straně jde i o rozvoj určitých pozitivních charakterových vlastností např. větší tolerance k lidské

rozmanitosti, větší citlivost k potřebám jiných,...) – „zvláště můžeme pozorovat předčasné omezení hravých možností a výchovu směřující k určitému druhu nadměrné rozumnosti – stejně jako omezování sociálních kontaktů k vrstevníkům, ...v neposlední řadě vzniká jmenovanými výchovnými tendencemi často emocionální zatížení vztahu k rodičům a k postiženému sourozenci.“¹⁵ Reakce v chování sourozenců postiženého dítěte mohou být různé, často se jedná o rezignaci, projevy slabosti, somatizaci (únik do nemoci), agresivitu, trucování,... Při přetěžování zdravého dítěte péčí o svého sourozence se může vyvinout negativní vztah k postiženému sourozenci, je proto důležité poskytovat zdravému dítěti dostatek volného času, pro naplňování svých zájmů a setkávání se s vrstevníky. Další problémy mohou nastat u zdravých sourozenců s prožitkem ambivalentních pocitů – na jedné straně pocity viny za to, že já jsem zdravý a on(a) je nemocný/á, na straně druhé závist pozornosti rodičů postiženému sourozenci.

Všeobecně můžeme rozdělit postoj a chování rodičů k sourozencům na dva extrémní typy jak uvádí M. Vágnerová¹⁶. Jedním extrémem může být **přílišné zaměření pozornosti na dítě s postižením a odsunutí zdravých sourozenců do pozadí**. Rodiče si tuto situaci často vůbec neuvědomují. Mají plné ruce práce se zajištěním co nejlepších podmínek postiženému dítěti a na zdravého sourozence jim nezbývá čas ani energie (důvodem není nezájem). Navíc očekávají od zdravého dítěte zralejší chování než odpovídá jeho vývojové úrovni, oceňují jeho bezproblémovost, nenáročnost, ochotu podřídit svoje požadavky a potřeby ve prospěch postiženého. Druhou krajností je naopak **soustředění zájmu na zdravé dítě** jako prostředek kompenzace pocitu neuspokojení, které u rodičů vyvolává dítě s postižením. Zdravé dítě tak z pohledu rodičů vynahradí strádání a starosti, které mají s postiženým potomkem. I pro tuto situaci je charakteristické velké očekávání a kladení nepřiměřených nároků na zdravé dítě z hlediska jeho věku a možností.

Velice důležité je přiměřeně a přijatelně vysvětlit zdravému dítěti problém postižení jeho sourozence. Zdravé dítě musí cítit, že je zapojeno spolu s celou rodinou do procesů, které v rodině probíhají, musí se cítit jejím plnohodnotným členem a také plnohodnotným členem společnosti přesto, že rodina s postiženým dítětem má jinou sociální identitu. Důležitá je vnímavost ke zdravému dítěti ze strany rodičů a schopnost zachycení určitých signálů, které často naznačují, že něco není v pořádku.

¹⁵ Pipeková, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, s. 42.

¹⁶ Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004, s. 170-171.

1.2.4 Člověk pečující o osobu s tělesným postižením

Tato kapitola by měla směřovat k zamyšlení a uvědomění si určitých aspektů, které se týkají vztahu dvou lidí, hranic, autonomie, pomoci, soucitu, empatie a etických zásad.

Hranice ve vztahu mezi dvěma lidmi by měla určovat, co je záležitostí jednoho a co je záležitostí druhého člověka. Problém však může nastat v situacích, kdy tuto hranici vnímá každý odlišně. Během dlouhodobého vztahu se vytvoří jakýsi oboustranně uznávaný model, který ovšem nemusí vyhovovat oběma stranám, aniž by si to kterýkoliv z účastněných uvědomoval. Ve vztahu „pečující osoba“ a „klient“ (ať už rozumíme pod pojmem pečující osoba kohokoliv - příbuzného, matku, otce, cizího člověka) je hranice často hned od počátku nastavena špatně. Karel Kopřiva hovoří o tzv. „splývání, kdy pracovník bere záležitosti klienta příliš za svoje vlastní. Trpí nejen pomáhající, ale celý proces pomáhání.“¹⁷ Splývání je velice často důsledkem soucitu, kdy se pečující se svým protějškem ztotožní, ztratí svou hranici a je zaplaven lítostí, pobouřením a úzkostí nad tím, co se druhému člověku děje. Takový člověk však více potřebuje, abychom ho vyslechli a porozuměli mu, ale zůstali sami sebou. Nejde tak o soucit ale o to představit si a procítit to, co se člověku děje, zachytit rozpoložení druhého člověka a pomoci tak, jak to vyžaduje daná situace, nikoliv tak, jak bychom se zachovali pod proudem vlastních emocí. Je tedy velice důležité umět rozlišovat vcítění se (empatii) a soucit. Dalším problémem ve zmiňovaném vztahu může řešit pomáhající sám, a sice - jak uhájit svou vlastní hranici vůči manipulaci ze strany klienta. V tomto případě je vhodné ovládat asertivní techniky jednání. K. Kopřiva dále uvádí, že v situacích, kdy je druhý člověk v kontaktu se svými těžkými city a propadá panice, je někdy zapotřebí utěšit a povzbudit, ale v ostatních případech je nutné vydržet a nepokoušet se druhého člověka emočně sytit víc než naší vnímavou pozorností – vytváříme tak prostor, aby si druhý člověk uvědomil jak danou situaci prožívá. Tento druh pomoci druhému člověku emočně nevyčerpává a neubíjí, ale upevňuje a aktivizuje druhého k dalším samostatným krokům. Za zmínku stojí také opak splývání, tedy vytvoření pevných nepropustných hranic, jako obrany své autonomie před realitou (v praxi to například může vypadat tak, že se člověk soustředí pouze na praktickou stránku pomoci). Optimálním stavem jsou jasné ale zároveň polopropustné hranice. Člověk se stará především o své potřeby (nejde však o egoismus), vstupuje do vztahů s okolím, přijímá to, co se mu jeví jako dobré a užitečné a odmítá to, co se mu tak nejeví. Vytváří takový vztah, na kterém se harmonicky podílejí obě strany (někdy jeden více, jindy více druhý, jindy oba stejně), je s okolím v dialogu.

¹⁷ Kopřiva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 1997, s. 78.

Nejčastější reakcí těla na dlouhodobě působící stresové podněty bývá **Syndrom vyhoření**. Je to duševní stav, který se často objevuje u lidí v pomáhajících profesích, jejichž práce je závislá na mezilidské komunikaci. Člověk v pomáhající profesi přichází dennodenně do kontaktu s utrpením, neštěstím a nespravedlností druhých lidí, a i když někdy zažívá své vlastní pocity úzkosti, neklid, nervozitu či slabost, může mu připadat nepatřičné dávat své problémy najevo a nějakým způsobem je řešit, protože se zdají ve srovnání s problémy ostatních nepodstatné. Po nějakém čase se ale může objevit chronické vyčerpání, deprese, cynismus, lhostejnost, ztráta sebedůvěry, zdravotní potíže, ale především pocit, že práce, kterou člověk dělá, ztrácí veškerý svůj smysl. Na počátku syndromu vyhoření může být i přílišné nadšení, přílišná emocionální podpora a pomoc druhému. Matka pečující o své dítě s tělesným postižením, často udělá všechno proto, aby vyvrátila stanovenou diagnózu a přesvědčila všechny, že její dítě je schopné dosahovat lepších výsledků, než mu bylo předurčeno. S postupem času se ale ukazuje, že stanovené cíle jsou nedosažitelné a situace se nezmění, možná i zhorší. K velkému pocitu vyčerpání se později přidává i celkové negativní myšlení. K tomu, aby člověk předešel této hrozbě, je důležité umět vnímat sebe sama, zajímat se o sebe a své zdraví (zdravá strava, dostatek spánku, odpočinku, sportu, koníčky, případně vnímání varovných signálů těla a reakce na ně...), vyhnout se nadměrné citlivosti k potřebám druhých, říci NE, rozumně zacházet se svým časem (plánovat), vybrat podstatné aktivity a věnovat se pouze jim, otevřeně vyjadřovat své pocity, najít pro sebe emocionální ale i věcnou podporu (sdělení bolesti znamená její zmenšení, vyhledání odborníka na daný problém), vyvarovat se hloubání a sebelítosti,...

Vztah pomáhající (pečující) a klient obecně upravují etické zásady a kodexy obsahující požadavky, které popisují *ideální* jednání pracovníků pomáhajících profesí. Zdůrazňuji slovo *ideální*, protože některé zásady není možné dodržet. Kodex se už dále nezmiňuje o tom, co dělat v situaci, kdy pracovník např. po určité opakující se negativní zkušenosti v profesi pocítí averzi vůči nějakému člověku či skupině, byť s takovým pocitem nesouhlasí. „*V etických kodexech pomáhajících by měla být proto uvedena ještě jedna zásada, která tam zatím přítomna nebývá: Pomáhající je připraven kdykoliv vnímat a akceptovat svou nedokonalost, slabost a zranitelnost, kterou pomáhání vyjevuje, a pomocí sebereflexe a supervize napomáhat vývoji k lepšímu stavu, než je ten současný. Žít podle ušlechtilých zásad je něco jiného než tyto zásady uznávat či hlásat.*“¹⁸

¹⁸ Kopriva, K.: Lidský vztah jako součást profese. Praha: Portál 1997, s. 91.

1.2.5 Společnost a okolí člověka s tělesným postižením

To, jak okolí reaguje na člověka s tělesným postižením, má velký vliv na utváření jeho sebepojetí. Podle Z. Matějčka a J. Kracíka¹⁹ vytváří okolí tzv. sociální odraz hodnot, které společnost zdravých lidí přisuzuje tělesnému zdraví, neporušenosti a zdatnosti. Míra obtížnosti vypořádání se s následky určité odchylky od některých norem při kontaktu s běžnou společností závisí na míře „normality“ člověka s tělesným postižením, čímž je myšleno to, jak blízko je jeho aktuální stav či výkon hranici platné normy. V dnešní společnosti převládá z mnoha důvodů náhled na člověka s tělesným postižením jako na „pacienta“. Tato role se pojí s určitými výjimkami a privilegii, ale zároveň i s určitým omezením. Výrazem postojů společnosti k osobám s tělesným postižením je také široká škála termínů užívaných pro označení takového člověka. Nejčastěji jde o zavádějící pojem „*člověk se zdravotním postižením*“ (z definice uvedené WHO však víme, že postižení nemusí nutně znamenat narušení zdravotního stavu). Slowík²⁰ uvádí, že život každého člověka s postižením (resp. s odchylkou od normy), doprovází stigma, které vyúsťuje v jeho handicap. Stigmatizace, tedy to jak je daná odchylka chápána okolím, závisí na přístupu samotného člověka s tělesným postižením a jeho rodiny k problému i k okolí, ale také na sociokulturních, politických a demografických podmínkách v dané společnosti.

Bariéry a komplikace v soužití postižených jako minority a nepostižených jako majority mohou být nejrůznějšího rázu (psychického, sociálního, ekonomického,...). Vznikají na obou stranách a projevují se nejvíce v oblasti vzdělávání a výchovy, léčby a sociálního začleňování. B. Titzl uvádí, že narušení komunikace při setkání člověka postiženého s člověkem nepostiženým ovlivňují nejvíce dva faktory - „*neznalost daného postižení, osobní nezkušenost v jednání s druhou stranou a z toho plynoucí obavy z neznámého* (čemuž podléhají obě strany) a *zvláštní ambivalence, kterou pociťuje nepostižený člověk v přímém kontaktu s člověkem, jehož fyzické ustrojení neodpovídá obvyklému tělesnému schématu*“²¹ (což je otázkou nejen převládajících etických hodnot, ale také psychické odolnosti a vnímání jednotlivce – tedy individuální a těžko měnitelná záležitost). Důležitou rolí v tomto případě opravdu hraje dostatečná informovanost veřejnosti, možnost střetávání lidí s postižením a lidí bez postižení v běžných situacích, ale také autonomní vystupování postižených, které není založené na buzení soucitu. Mnoho lidí totiž často neví, jak se při kontaktu s člověkem s těl. postižením zachovat a jak mu pomoci.

¹⁹ In Kábele, F. *Somatopedie*. Praha: Karolinum 1993, s. 49.

²⁰ Slowík, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing 2007, s. 30.

²¹ in Jesenský, J. *Integrace – znamení doby*. Praha: Karolinum 1998, s. 58.

1.3 Integrace a inkluze

Pojem integrace můžeme ve speciální pedagogice chápat podle Jesenského jako „*spolusoužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin.*“²²

Integrace značí na jedné straně *proces* začleňování jedince se specifickými potřebami do majoritní (intaktní) společnosti, na straně druhé *stav* začlenění takového jedince do společnosti. Vždy však stojí na jedné straně „ten integrovaný“ a na druhé straně společnost. Integrační postupy se soustřeďují především na zajištění speciálních prostředků, podpory a péče osobám s postižením v různých oblastech – podle nich pak můžeme sociální integraci dělit na *školní* (např. individuální zařazení dítěte s postižením do běžné třídy), *pracovní* (např. projekty podporovaného zaměstnání pro osoby s postižením), *společenskou* (např. bezbariérové bydlení a společenské prostředí, podpora v samostatnosti osob s postižením). Ideální stav je ovšem dynamický proces, probíhající neustále na obou stranách, kdy se minoritní skupina (osoby s postižením) a majorita k sobě přibližují a roste tak oboustranná pospolitost a sounáležitost. Vytváří se společenství, ve kterém jsou zdraví lidé i lidé s postižením rovnoprávními členy, což znamená, že se lidé s postižením mohou plně účastnit všech aktivit společnosti stejně tak, jako lidé bez postižení. V takovém případě se však již nejedná o integraci ale o **inkluzi**. Speciální postupy a prostředky jsou využívány pouze v situacích, kdy je to nezbytně nutné, všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech.

Začleňování osob s postižením do běžné společnosti je velice důležité pro obě strany. Pokud budou děti už od raného věku v kontaktu s dítětem, které se od nich nějakým způsobem liší, budou nepochybně tolerantnější a citlivější, budou vědět, jak reagovat, jak nabídnout pomoc, budou se ve vztahu k postiženým lidem chovat přirozeně. Přítomnost člověka s postižením je nepřekvapí a nevyvede z míry, protože to budou považovat za samozřejmé a normální. Člověk s postižením pak také nebude pociťovat již zmiňovaný ambivalentní postoj ze strany majoritní společnosti živený soucitem a obavami. Člověk s postižením by měl být vnímán jako rovnocenná a nezbytná součást celku – společnosti.

²² in Slowík, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing 2007, s. 31.

1.4 Sociální služby, vzdělávání a péče o osoby s tělesným postižením v České republice

V České republice jsou děti s tělesným postižením v péči odborných specializovaných poraden hned od diagnostikování vady nebo od narození. Tyto poradny jsou zřízeny při nemocnicích a zajišťují neurologická, psychologická a další vyšetření, podle potřeb dítěte. Zajištěna je také časná léčebná rehabilitace, např. v Centru rehabilitační péče.

1.4.1 Vzdělávání osob s tělesným postižením v ČR

Vzděláváním osob s tělesným postižením a vzdělávacím systémem se v této práci zabývat nehodlám, tudíž tuto oblast zmíním jen okrajově. Pedagogická rehabilitace začíná v době, kdy je dítě v péči speciálně pedagogického centra pro tělesně postižené (zpravidla ve věku 3 let), které je zřizováno při speciální mateřské škole. V raném věku děti mohou navštěvovat ještě tzv. rehabilitační stacionáře, které zajišťují léčebně preventivní, rehabilitační, sociální a pedagogicko výchovnou péči dětem s tělesným postižením zpravidla ve věku od 1 do 3 let (ve spolupráci se školstvím pak do 6-7 let - než dítě nastoupí do školy) či jiná střediska rané péče. Děti předškolního věku s tělesným postižením tedy mohou navštěvovat běžnou mateřskou školu, speciální třídu při mateřské škole, speciální mateřskou školu nebo dětský stacionář. Dítě s tělesným postižením začíná plnit povinnou školní docházku podle platné legislativy MŠMT ČR v běžné základní škole, ve speciální škole pro tělesně postižené nebo ve speciální třídě základní školy. V dnešní době se upřednostňuje integrované vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami v běžných školách, v tomto případě hrají důležitou úlohu speciálně pedagogická centra a pedagogicko psychologické poradny.

Profesní příprava tělesně postižených se prolíná celým procesem vzdělávání, důležité je věnovat pozornost zájmům žáka, jejich rozvoji a směřování k využitelnosti při řešení profesních otázek. Prostředí by mělo vytvářet takové podmínky, aby byl žák s tělesným postižením schopen správného rozhodování při volbě povolání to znamená, že by měl být seznámen s nejdůležitějšími pracovními a výrobními poměry v konfrontaci s ohledem na jeho možnosti.

Po skončení povinné školní docházky mají žáci s tělesným postižením možnost studovat dále na běžných středních školách nebo na školách pro studenty s tělesným a jiným typem postižení (gymnázia, SOŠ, SOU, OU, praktické školy) nebo se mohou vzdělávat individuálně. Nabídka středních škol je různá, ve větších městech je možností samozřejmě

více. Např. *Při Ústavu soc. péče pro tělesně postiženou mládež v Brně na Kociánce* fungují tyto střední školy - obchodní akademie s maturitou, obchodní škola tříletá bez maturity, gymnázium INTEGRA, střední škola informačních a knihovnických služeb, střední zemědělská škola - z učebních oborů jsou to: Dámská, Pánská krejčová/krejčí, Mechanický opravář pro stroje a zařízení, Brašnář/ka, Zahradník/Zahradnice, Výroba konfekce, Výroba kožené galanterie, dále jsou to školy: střední odborné učiliště, Praktická škola, Rehabilitační vzdělávací skupina. *Při Jedličkově ústavu v Praze 2* jsou to: střední odborné učiliště s obory - Obuvník/Obuvnice, Knihař/ka, Krejčí/Krejčířka; odborné učiliště s obory - Obuvnické práce, Knihařské práce, Švadlena, šití oděvů; gymnázium pro tělesně postižené s všeobecným zaměřením; Praktická škola pro tělesně postižené; střední odborná škola pro tělesně postižené je rozdělena do dvou typů - Obchodní škola, Sociální péče - sociálně správní činnost.

Následné terciární vzdělávání probíhá na vyšších odborných či vysokých školách. Některé vysoké školy a univerzity nabízejí speciální služby a podporu v podobě poradenství, půjčování speciálních pomůcek, možnosti bezbariérového ubytování na koleji apod. O této problematice se podrobněji zmiňuji v kapitole prointegrační tendence.

1.4.2 Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, platný od 1.1.2007 přinesl řadu změn v sociální oblasti. Jednou ze zásadních změn je to, že přímo uživatel sociálních služeb dostane v hotovosti příspěvek na sociální péči, za který si bude nakupovat sociální služby od profesionálních poskytovatelů soc. služeb. Obě strany spolu pak budou uzavírat smlouvu, kde budou stanoveny podmínky poskytování služby a příslušná částka, kterou bude uživatel platit za poskytnutí dané služby (viz. *Příloha č. 4 – vzor – smlouva o poskytnutí osobní asistence*).

Zákon²³ rozděluje sociální služby do tří oblastí:

- **služby sociální péče** - např. os. asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení, denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení, atd.
- **služby sociální prevence** - např. raná péče, telefonická krizová pomoc, azylové domy, domy na půl cesty, noclehárny, kontaktní centra, nízkoprahová zařízení, terapeutické komunity, atd.
- **sociální poradenství**

Některé služby jsou podle zákona poskytovány zdarma (např. raná péče, sociální poradenství, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, sociálně aktivizační programy, krizová pomoc, služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních, atd.), jiné služby si bude muset uživatel částečně nebo plně hradit sám a jejich cena je ze strany poskytovatele omezena prováděcím předpisem (tzn. je stanovena nejvyšší možná požadovaná částka za poskytnutí dané služby – obsaženo ve vyhlášce č. 505/2006Sb.).

Výše zmiňovaný **Příspěvek na služby sociální péče** a jeho výše jsou stanoveny v zákoně – podrobné informace s aktuálními změnami od 1.8. 2009 uvádím v *Příloze č. 2 – příspěvek na služby sociální péče*.

Na stránkách *společnosti pro hluchoslepé – LORM* naleznete také *Průvodce* zákonem č. 108/2006Sb. O sociálních službách, *plné znění zákona* (k 12.8. 2009 zatím bez aktuálních úprav) a také důležité *Otázky a odpovědi* k výše uvedenému zákonu. Dostupné z <<http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/zakon-o-socialnich-sluzbach.php>>

²³ § 32 a dále zák. č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách* [online].o.s. LORM – společnost pro hluchoslepé [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.lorm.cz/download/zakon-108-2006.pdf>>-úplné znění bez aktuálních změn

1.4.3 Osobní asistence jako služba sociální péče

Osobní asistence je jednou ze služeb sociální péče, u které je změna zákona o sociálních službách nejvíce patrná. Je to pravděpodobně proto, že výše zmiňované příspěvky jsou (nebo by měly být) nejčastěji používány k „zakoupení“ této služby.

Podle znění zákona č. 108/2006 Sb., §38 a dále se jedná o „*terénní službu poskytovanou 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 osob a při činnostech, které osoba potřebuje.*“²⁴ Služba obsahuje zejména následující činnosti: „*pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“²⁵

Osobní asistenci smějí podle zákona vykonávat jednak osobní asistenti zaměstnaní u zaregistrovaných poskytovatelů sociálních služeb a fyzické osoby, které se touto činností živí, (do konce června 2007 musí být všichni zaregistrovaní, a tudíž jsou povinni plnit podmínky zákona), jednak fyzické osoby – neorganizovaní osobní asistenti. Službu profesionálních osobních asistentů si lze objednat (domluvit) u poskytovatelů, probíhá na základě smlouvy a cena za poskytování této služby podle vyhlášky č. 505/2006 Sb. nesmí přesáhnout 85 Kč/h (tzn. že může být nižší). Profesionální osobní asistenti musí mít výuční list nebo středoškolské vzdělání a musí projít stopadesátihodinovým kurzem. Neorganizované osobní asistenty si musí najít a vyškolit člověk sám. Zákon s nimi nenařizuje sepsat písemnou smlouvu, ale je v zájmu obou stran dobrovolně dohodu o vzájemné pomoci sepsat. Platba za hodinu služby osobní asistence je možná dohodou, může být tedy nižší nebo vyšší, než je ve vyhlášce. O tom, zda osoba pečující o osobu blízkou nebo jinou (dítě starší jednoho roku dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči, nebo osoba převážně nebo částečně bezmocná) pobírající příspěvek PPOB* může být též osobním asistentem - zaměstnancem nestátní neziskové organizace, pobírat tedy tak odměnu od poskytovatele osobní asistence, právní předpisy přímo nehovoří. Osobní asistence však nesmí být shodná s některými úkony

²⁴ zák. č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách* [online].o.s. LORM – společnost pro hluchoslepé [cit. 2009-08-12]. Dostupné z < <http://www.lorm.cz/download/zakon-108-2006.pdf>>-úplné znění bez aktuálních změn

²⁵ Vyhláška č. 505/2006 Sb. provádějící zákon o sociálních službách, tamtéž
* příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou

pečovatelské služby a příjem z této činnosti nesmí překročit 1,5 násobek životního minima občana ČR (jinak nárok na příspěvek PPOB zaniká)

1.4.4 Asistent pedagoga jako pracovník spadající pod resort MŠMT

„Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází“²⁶. Asistence pedagoga je tedy činnost, která dětem se speciálními potřebami umožňuje zúčastnit se vzdělávacího procesu ve škole nebo ve školském zařízení. V případě zvýšené potřeby se jedná také o zajištění sebeobslužných a doprovodných činností dětem během školní docházky. Asistent pedagoga, jak z výše uvedeného vyplývá, spadá pod ministerstvo školství, doprovázení do školy je však považováno za službu osobní asistence a ta už spadá pod ministerstvo práce a sociálních věcí. Vzhledem k tomu, že asistence obou typů je stále ještě službou, u které převažuje poptávka nad nabídkou, a že je skoro nemožné sehnat jednoho člověka na dobu mezi sedmou a osmou hodinou ráno a v ten samý den pak ještě na dobu mezi jednou a druhou hodinou a druhého člověka, který funguje jako asistent pedagoga v mezičase, vypadá skutečnost tak, že osobní asistent vykonává zároveň i asistenta pedagoga a v případě, že je jako osobní asistent zaregistrován u nestátní neziskové organizace (jako u poskytovatele těchto služeb) má zároveň sepsanou smlouvu i se školským zařízením jako asistent pedagoga (má tedy dva zaměstnavatele a dvojitý platový výměr). Asistent pedagoga je pedagogickým pracovníkem, tudíž mu náleží platový tarif podle přílohy č. 2 nařízení vlády 330/2003 Sb. a je možné jej zařadit do 4. - 8. platové třídy (to určí ředitel školy nebo školského zařízení). Příjem za vykonávání osobní asistence je stanoven smluvně s neziskovou organizací (podle zákona o sociálních službách však max. 85 Kč/hod) nebo přímo s osobou, která užívá dané služby.

1.4.5 Státní sociální podpora a dávky sociální péče

Kromě klasických **dávek sociálního zabezpečení** (nemocenské, invalidní důchody, pomoc v hmotné nouzi, *dávky státní sociální podpory* - přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení, rodičovský příspěvek, dávky péčovské péče, porodné a pohřebné) mají osoby s tělesným postižením nárok na určité výhody a příspěvky – **dávky sociální péče**

²⁶ §7 vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. [online].MŠMTc.2006 [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf>

(zde podotýkám, že s každým nárokem vzniká také povinnost a že ne na všechny příspěvky je právní nárok - nejsou vymahatelné). „*V případě zdravotního postižení dítěte nebo rodiče se některé dávky státní sociální podpory poskytují za jiných podmínek, po delší dobu nebo ve vyšší částce. Dávkami, které zohledňují zdravotní stav dítěte nebo rodiče, jsou rodičovský příspěvek, sociální příplatek, příspěvek na úhradu potřeb dítěte a odměna pěstouna.*“²⁷

Mezi dávky sociální péče se řadí:

- jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek
- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na zakoupení motorového vozidla
- příspěvek na celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu
- příspěvek na úhradu za užívání garáže
- příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům.

Vedle dávek sociální péče se poskytují rovněž:

- mimořádné výhody (průkazy TP, ZTP a ZTP/P)
- bezúročné půjčky.

Podrobnější informace k jednotlivým dávkám a výhodám uvádím v *Příloze č. 5 – dávky sociální péče a výhody pro osoby s tělesným postižením*.

Podmínky, za kterých se poskytují dávky sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, jsou upraveny ve vyhlášce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení.

1.5 Sociální služby, vzdělávání a péče o osoby s tělesným postižením v Německu

²⁷ MPSV[online]. poslední revize 22.4.2009 [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/8>>

V této kapitole se budu snažit přiblížit systém péče, školství a podmínky vzdělávání osob s tělesným postižením v Německu (Bavorsku). Uvedené informace však nemusí odpovídat skutečnosti ve všech spolkových zemích Německa. Protože si každé spolková země jednotlivé systémy upravuje vlastními zákony, existují v některých oblastech určité rozdíly.

Specializovaná péče je zahájena hned po diagnostikování tělesné vady. Kromě odborné péče lékařů se matka může obrátit na nejrůznější dětská a sociálně-pediatrická centra zaměřená na ranou podporu a péči (*Frühförderung*), která provádí diagnostiku, terapii a poradenskou činnost (centra rané péče vyžadují potvrzení od ošetřujícího lékaře).

1.5.1 Vzdělávání osob s tělesným postižením v SRN

Dítě s tělesným postižením může navštěvovat od 3 do 6(7) let speciální mateřskou školu, integrativní denní stacionář „*Integrative Tagesstätte*“ (v jedné skupině je zpravidla 10 dětí bez postižení a 5 dětí s postižením) nebo běžnou mateřskou školu. V této fázi se do spolupráce s rodiči a školou zapojují speciálně pedagogické poradny, které plní stejnou úlohu jako speciálně pedagogická centra v ČR.

Následující systém vzdělávání je výrazně členitější než v České republice. Skládá se z primárního stupně, který tvoří základní škola (trvá 4 roky - od 1. srpna do 30. června). Už po čtyřech letech se dítě rozhoduje, zda půjde studovat tzv. „*Realschule*“ nebo tzv. „*Hauptschule*“ či gymnázium, které tvoří sekundární stupeň vzdělávání a končí desátou třídou. Další část vzdělávacího systému tvoří zpravidla dvouletá nástavba na gymnáziu zakončená maturitou, nebo dvouletá příprava na studium vysoké školy (*Hochschule* – v Německu pouze technické zaměření, ostatní obory se studují na univerzitě). Na univerzitu se mohou hlásit pouze maturanti z gymnázia. Člověk s tělesným postižením má tedy tuto možnost studia v běžných školách, nebo se může vzdělávat v tzv. podpůrných školách „*Förderschulen*“ (obdobu speciálních škol v ČR), které poskytují speciální podmínky (architektonické, personální, rehabilitační, výukové,...) lidem s určitým typem postižení, na něž se specializují. Končí zpravidla desátou třídou (tedy bez maturity).

Profesní příprava studentů z podporovaných škol probíhá v tzv. „*Berufsbildungswerken*“ (profesně vzdělávací organizace). Jedná se o větší zařízení, která kromě profesní přípravy zajišťují také zdravotní a sociální péči. Vzdělávat se lze např. v oborech informatiky, obchodování, obuvnictví, zahradnictví, administrativní práce,... Tyto organizace napomáhají i při zajištění asistenční služby během pracovní doby.

Za důležité ještě považuji zmínit, že při každé vysoké škole existuje tzv. *Studentenwerk* (v celém Německu celkem existuje celkem 58 těchto organizací sdružených pod názvem „*Das Deutsche Studentenwerk*“) – organizace, jejíž úkolem je ekonomická, sociální a kulturní podpora studentů. V ekonomické sféře se jedná především o finanční zajištění studentů – každý vysokoškolský student má právo podat si zde žádost o sociální dávku, kterou pobírá během studia tzv. „*Bundesausbildungsförderungsgesetz (Bafög)*“. Zda bude student dávku pobírat závisí na jeho příjmech, na příjmech rodičů a na celkové situaci v rodině (počet dětí, rozvedení rodiče atd.). Nejvyšší částka této dávky je od března roku 2009 stanovena na 648€ měsíčně. Po ukončení studia a nastoupení do zaměstnání je dotyčný povinen polovinu z celkové sumy vyplacených dávek splatit státu zpět (podle mých informací pobírá tuto dávku v různé výši převážná většina studentů). Do ostatních sfér podpory studentů patří například zajištění ubytování na koleji, stavování v mense, poradenství v sociální sféře, finanční podpora divadel a kulturních spolků vznikajících při vysokých školách a také podpora studentů s postižením (jíž je věnovaná značná pozornost) v podobě poradenství, zprostředkovávání asistenčních služeb, ubytování, finančních a studijních úlev, speciálních pomůcek, upravených počítačů apod. Na univerzitách a vysokých školách platí studenti v Bavorsku školné ve výši 100 – 500€ za semestr (záleží na škole a oboru).

1.5.2 Asistenční služby pro osoby s tělesným postižením v SRN

V Německu neexistuje přímé rozlišení mezi asistentem pedagoga a osobním asistentem. Osobní asistent zde plní funkci pomocníka při běžných každodenních činnostech v domácnosti, na pracovišti, ve škole i ve volném čase. Osobního asistenta může člověk s postižením získat několika způsoby, záleží na něm, jak moc chce být v této oblasti angažován a určovat si vlastní podmínky.

Pokud se osoba s tělesným postižením rozhodne plně se zapojit do organizace osobní asistence stává se zaměstnavatelem se všemi právy a povinnostmi, tzn. že si sám vyhledá a vyškolí asistenta a vyřídí všechny potřebné žádosti týkající se platby asistenční služby, která se čerpá převážně z pojištění na péči tzv. „*Pflegeversicherung*“ ale i z jiných dávek (např. dávky tzv. „*Sozialhilfe*“). Bohužel se ale takový člověk musí smířit s tím, že právní ustanovení sociálního pojištění na péči finančně zvýhodňují osoby, které požadují profesionální asistenční služby. Osoby s tělesným postižením, které zvolily tento způsob zajištění asistence, ale zároveň nechtějí sami řešit těžkosti s vyřizováním úředních záležitostí, se na mnoha místech spojily v organizace a spolky, které podporují a radí člověku s tělesným postižením v organizaci asistence a zároveň zajišťují bezúhonnost financování této služby

podle zákona. Organizací, která pomáhá zprostředkovávat asistenční službu, resp. kontakt mezi potřebným a asistentem, výše uvedeným způsobem, je např. *ALB – Aktives Leben durch Betreuung* (www.alb-regensburg.de)

Asistenční služba může být dále zprostředkována nejrůznějšími organizacemi, které zajišťují tzv. mobilní pomocné služby. Nevýhody těchto organizací můžeme spatřovat jednak v tom, že úroveň poskytovaných služeb je velice rozdílná od organizace k organizaci a jednak v tom, že rozhodování kdy, kde, jak a kým bude asistence prováděna spadá z velké části pod kompetenci dané organizace. To může být chápáno jako částečné omezení svobodné volby člověka s tělesným postižením. Informace o těchto organizacích se žádají na sociálním úřadě. Existují ještě další spolky a charitativní sdružení, které zprostředkovávají ambulantní asistenční služby (např. *Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste* – spolek soukromých poskytovatelů sociálních služeb), na které se může žadatel o osobní asistenci obrátit.

Další možností zajištění osobní asistence v Německu jsou osoby vykonávající civilní vojenskou službu (trvá 10 měsíců) nebo tzv. dobrovolný sociální rok (12 – 18 měsíců). Mladí lidé vykonávají službu u organizací sociálního sektoru, které zodpovídají za proškolení, přípravu a kontrolu činnosti osobní asistence. Nevýhodou může být častá výměna asistentů, která s sebou přináší nové zaškolení, navazování nových kontaktů apod. Co je však pro někoho nevýhodou jinému vyhovuje.

Za zmínku ještě stojí, že asistenci během studia (tedy během pobytu na univerzitě či vysoké škole) zpravidla zajišťují také studenti ze stejných ročníků. S financováním a řešením nejrůznějších otázek pak pomáhá již zmiňovaná organizace *Studentenwerk*²⁸.

1.5.3 Sozialgesetzbuch – německý sociální zákoník a kapitoly týkající se osob s tělesným postižením

²⁸ Informace o možnostech zajištění osobní asistence [online]. [cit. 2009-08-12]. Dostupné z http://www.studentenwerke.de/pdf/BR6_STUBEH_05_KapIII_Organisation%20des%20Studienalltags.pdf

V německém sociálním zákoníku je věnována celá devátá sekce osobám s postižením tzv. „*Sozialgesetzbuch Neuntes Buch* (dále jen SGB IX) - *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*“ – z roku 2004, která pojednává o podpoře vzdělávání a zaměstnávání osob s postižením. Jelikož se okruhu těchto lidí týkají i další zákony (např. sociální pojištění, dávky sociálního zabezpečení apod.), rozhodla jsem se v této kapitole vypíchnout z mého pohledu nejdůležitější informace týkající se těchto osob a jejich sociálního zajištění.

Ve výše zmiňovaném zákoníku je postižený člověk definován jako „*člověk, jehož tělesné funkce, psychické schopnosti a duševní zdraví se s největší pravděpodobností odchýlí od přirozeného stavu odpovídajícímu jeho věku na dobu delší než je šest měsíců a tím dochází k omezení jeho spoluúčasti na společenském životě.*“²⁹ Stupeň postižení („*Der Grad der Behinderung*“ – GdB) posuzuje lékař podle jednotných podkladů stanovených v každé spolkové zemi (tzv. „*Anhaltspunkte für die ärztliche Gutachertätigkeit zur Ermittlung des GdB*“). Na postižení je nahlíženo v celé komplexnosti, tzn. že se přihlíží na všechny důsledky plynoucí z postižení či z kombinace všech omezení. Škála stupňů se pohybuje v rozmezí od 20 do 100 bodů a mezi jednotlivými stupni je desetibodové rozmezí. Osoby se stupněm postižení 50 a více jsou podle zákona označeny za osoby s těžkým postižením tzv. „*Schwerbehinderte*“ a mohou na příslušném úřadě požádat o průkaz (tzv. „*Schwerbehindertenausweis*“), ve kterém je stupeň postižení zaznamenán a na jehož základě mají tyto osoby právo na nejrůznější finanční úlevy a výhody (např. přeprava městskou hromadnou dopravou zdarma, daňové úlevy, slevy na lístky a vstupenky na kulturní akce, ...). Někteří lidé s postižením však spatřují nevýhody plynoucí z vlastnění tohoto průkazu a to zejména při ucházení se o zaměstnání. Osoby, u kterých byl stupeň postižení stanoven mezi 30 a 50 a nebyly schopny v důsledku svého postižení získat dostačující pracovní místo mohou čerpat stejné výhody jako osoby s těžkým tělesným postižením.

Osoby požadující péči a osobní asistenci mají nárok na dávky sociální péče, které se vyplácejí především ze sociálního nebo soukromého pojištění na péči (tzv. „*Pflegeversicherung*“) nebo úrazového pojištění. Na základě znaleckého posudku, který vystavuje zdravotní pojišťovna, se určí stupeň potřebné péče a s ním výše peněžité dávky. Tzv. „*Pflegeversicherung*“ je ustanoveno v SGB XI a obsahuje jednotlivé druhy plnění tohoto pojištění, třístupňovou škálu rozlišenou podle potřeby péče (§15) a výši příspěvků (§37). Stupně závisí na časovém úseku trvání péče, kterou osoba s postižením potřebuje denně na zajištění svých potřeb.

²⁹ § 2 Sozialgesetzbuch IX [online].c. 1998 – 2007, [cit. 2009-08-14]. Dostupné z <http://www.sozialgesetzbuch.de/gesetze/09/index.php?norm_ID=0900200>

- **Stupeň I** – péče min. 1,5 hodiny denně – max. 205€ měsíčně jako příspěvek na péči (s těmito penězi dotyčný hospodaří podle vlastního uvážení), nebo max.384€ jako věcné plnění péče (tzn. ze zdrav. pojišťovny jdou peníze přímo organizaci, která zprostředkuje např. osobního asistenta).
- **Stupeň II** – péče min. 3 hodiny denně – max. 410€ měsíčně jako příspěvek na péči, nebo max.921€ jako věcné plnění péče.
- **Stupeň III** – péče min. 5 hodin denně - max. 665€ měsíčně jako příspěvek na péči, nebo max. 1 432€ jako věcné plnění péče.

Ve výjimečných případech pokud výdej na potřebu péče přesáhne příspěvky stupně III, může být poskytnuto věcné plnění péče v hodnotě max. 1 918€ měsíčně. V případě potřeby je také možné rozhodnout se pobírat část příspěvku na péči a část dávky využít jako věcné plnění péče. Výše uvedené částky se vztahují na využití domácí péče tzv. „*häusliche Pflege*“ Pro přehlednost uvádím tabulku s dalšími způsoby plnění zmiňovaného pojištění.

		Stupeň I (v €)	Stupeň II (v €)	Stupeň III(v€)
Domácí péče	Věcné plnění měsíčně max.	384	921	1432
	Peněžní plnění měsíčně max.	205	410	665
Obstarání péče blízkými příslušníky	Po dobu 4 týdnů/ročně max.	205	410	665
Obstarání péče jinou osobou		1432	1432	1432
Krátkodobá péče*	Ročně max.	1432	1432	1432
Částečná stacionární denní a noční péče	Měsíčně max.	384	921	1432
Plná stacionární péče	Měsíční paušál	1023	1279	1432
Opatření na zlepšení obytného prostředí	Max.		2557	
Příspěvek z důchodového pojištění pro pečující personál	Měsíčně max.	127	255	382

Tab. č. 1 – možnosti plnění pojištění na péči v SRN³⁰

Pokud dávky tohoto pojištění nepokryjí finanční výdaje na požadovanou péči, může dotyčný požádat o doplňující dávky sociální pomoci z tzv. „*Sozialhilfe*“ (SGB XII). Mezi tyto dávky

* ve smyslu zastoupení pečující osoby, která z různých důvodů nemůže po určitou dobu poskytovat péči
³⁰ Volně přeloženo z ALB – *Aktives Leben durch Betreuung* [online]. [cit. 2009-08-14]. Dostupné z
http://www.alb-regensburg.de/w_information.htm

patří pomoc při péči tzv. „*Hilfe zur Pflege*“ (§61-66), která zahrnuje finanční podporu na péči v domácím prostředí, speciální pomůcky, stacionární péči i krátkodobou péči, a příspěvek na začlenění tzv. „*Eingliederungshilfe*“ (§53-60), který obsahuje celou řadu sociálních dávek, na které vzniká nárok druhotně, tedy v případě že všechny ostatní sociální dávky, na které má dotyčný prvotní nárok mu nebyly uznány nebo nepokryjí jeho náklady na speciální péči. Jde především o pomoc při začleňování se do společnosti a příspěvky jsou vypláceny zejména na oblasti spojené s zdravotní rehabilitací, osobní asistencí, vzděláváním (bydlení na koleji, asistence během přednášek), začleněním do pracovního trhu a zaměstnání. Tato dávka je vyplácena tak dlouho, dokud není splněn požadovaný cíl (např. dokončení vzdělání, zaškolení, zapracování,...).

Od 1.1. 2008 existuje v Bavorsku alternativní forma zprostředkování sociálních dávek pro osoby s postižením tzv. „*Persönliches Budget*“ (osobní rozpočet). Jedná se o měsíčně vyplácenou dávku (může být i v podobě poukázek) vyměřenou podle individuálních speciálních potřeb dané osoby. Jedná se tedy o jakýsi peněžní balíček, ze kterého uživatel sociálních služeb čerpá a nakupuje služby od jednotlivých poskytovatelů, nebo se sám stává zaměstnavatelem (např. v případě osobní asistence), s čím je spojena povinnost odvádět za zaměstnance daně a pod. Tato forma nákupu sociálních služeb má podporovat člověka v samostatnosti a umožňovat člověku více se podílet na určování vlastního života ve společnosti. Výše tohoto balíčku nesmí přesáhnout finanční hodnotu všech dávek, na které měl dotyčný nárok bez osobního rozpočtu. Právní zakotvení této dávky je v §17 SGB IX.

Ze všech těchto jmenovaných dávek může dotyčný čerpat také finanční prostředky na zakoupení speciálních pomůcek. Je však rozdíl mezi tím, pokud člověk platí *sociální pojištění na péči ze zákona*, nebo platí *soukromé pojištění*, které v sobě zahrnuje také pojištění na péči (při měsíčním výdělku nad určitou hranici ztrácí občané Bavorska povinnost platit sociální pojištění, ale mají možnost privátního pojištění – to obsahuje celou řadu výhod, proto ho většina obyvatel platí). Osoba platící soukromé pojištění musí danou pomůcku nejprve na vlastní náklady zakoupit a po té předložit doklad pojišťovně, která danou sumu proplatí, stejně tak je tomu i u případných oprav. V druhém případě osoba o danou pomůcku zažádá, finanční prostředky jdou rovnou přes zdravotní pojišťovnu a dotyčný pak pomůcku dostane, ale pouze k užívání, danou věc nevlastní a musí ji pak v případě výměny za jinou vrátit zpět pojišťovně.

Praktická část

V praktické části se zabývám popisem a porovnáním dvou internátních zařízení, které umožňují ubytování studentům s tělesným postižením, a pomocí zápisu řízených rozhovorů přibližují situaci čtyř vysokoškolských studentů s tělesným postižením. Na základě těchto informací bych chtěla nastínit podmínky profesního vzdělávání ve vybraných lokalitách České republiky a Německa s ohledem na možnosti a zajištění osobní asistence, ubytování a speciálních dávek či pomůcek, které jsou osobám s tělesným postižením v obou zemích poskytovány. V závěru této části porovnávám sociální systémy obou zemí, popsané v teoretické části, s důrazem na „nově“ fungující systém příspěvků na péči v ČR.

„Domnívám se, že přestože je Česká republika vyspělým demokratickým státem a členem Evropské unie stejně tak jako Německo, budou možnosti zajišťující podmínky pro vzdělávání osobám s tělesným postižením na rozdílné úrovni.“

2.1 Internátní zařízení pro studenty s tělesným postižením

V životě mladého člověka hraje velice důležitou roli možnost osamostatnit se ve smyslu odpoutání se od rodiny - tedy možnost ověřit si sám, jestli to, co si o světě myslím, tak doopravdy je, možnost zjistit, do jaké míry jsem schopný se sám o sebe postarat. Lidé s tělesným postižením jsou v tomto směru značně znevýhodněni, protože často potřebují ve větší či menší míře pomoc druhé osoby při běžných denních úkonech. Tou druhou osobou často bývá právě rodič. Proto bych zde chtěla zdůraznit důležitost existence internátních zařízení pro tělesně postižené studenty a ukázat dva modely, se kterými se můžeme setkat v České republice a v Německu (pokud popisují daný model v České republice, neznamená to, že se tento nevyskytuje i v Německu a naopak).

2.1.1 Internátní zařízení pro studenty s tělesným postižením v Praze

S internátním zařízením pro osoby s tělesným postižením v Praze jsem se seznámila v rámci mé praxe v Jedličkově ústavu. V této organizaci se nachází několik typů ubytování pro žáky a studenty s tělesným postižením. Nejprve však stručně popisuji Jedličkův ústav všeobecně.

Jedličkův ústav a Základní a Střední škola (JÚŠ)

V Pevnosti 4, 128 41 Praha 2, tel.: 261 211 105, www.jus.cz

Jedná se o příspěvkovou organizaci, jejíž hlavním úkolem je poskytovat komplexní výchovně vzdělávací a rehabilitační péči dětem a mládeži s tělesným i kombinovaným postižením.

Zřizovatelskou funkci převzalo město Praha v roce 1992, kdy byl zároveň sloučen dosavadní Jedličkův ústav jako Ústav sociální péče zřizovaný Ministerstvem sociálních věcí se školami při Jedličkově ústavu zřizovanými Ministerstvem školství. Právní kontinuita s Jedličkovým ústavem založeným v roce 1913 je zachována.

Hlavním cílem JÚŠ je připravit mládež s postižením do života jako samostatné jedince, v co největší míře integrované do společenského prostředí.

JÚŠ se člení na tyto organizační útvary:

- Školy
- Středisko praktického vyučování a řemeslné dílny (SPV)
- Zdravotní a rehabilitační centrum (ZRC)
- Oddělení moderních rehabilitačních technologií (MORET)
- Speciální pedagogické centrum (SPC)
- Domov mládeže TAP (starší děti – středoškoláci, vysokoškoláci)
- Domov dětí Topolka (mladší děti – základní škola)
- Domácnost na Staré budově (DOMEČEK – internát pro plnoleté studující)
- Provozně ekonomický úsek

JÚŠ poskytuje služby komplexní péče složené ze 4 složek:

- *Zdravotní péče* – lékaři, rehabilitace, fyzioterapie, neurologie (reha-pavilon)
- *Pracovní složka* – ergoterapie, dřevařské, textilní, keramické a košíkářské dílny
- *Speciálně pedagogické centrum* – 2 psychologové, 2 soc. pracovníci, speciální pedagog, logoped
- *Výchovně vzdělávací složka* – školy při JÚŠ poskytují vzdělání: základní, střední odborné, úplné střední a úplné střední odborné.
- *Domov pro lidi s tělesným postižením* – ubytování studentů, samostatné bydlení v garsonkách, cvičný byt

Domov mládeže TAP – „Tapky“[♦]

Internátní zařízení pro středoškoláky z JÚŠ, středoškoláky z běžných SŠ a žáky odborných učilišť v Praze a pro vysokoškoláky. Kapacita této budovy je 36 osob ubytovaných ve dvoulůžkových pokojích. Podle pokojů jsou jednotliví žáci rozděleni do výchovných skupin spadajících pod dané vychovatele. Vychovatelé zajišťují služby v dvousměnném provozu (tzn. 24 hodin denně). Na Tapkách pracuje celkem 6 vychovatelek (5,6 úvazku), 5 vychovatelů (4,6 úvazku), 1 vedoucí vychovatel (Mgr. P. Švácha), v době od 20 do 8 hodin je zde přítomna také zdravotnice*.

Jedná se o čtyřpatrovou budovu (studenti jsou umístováni do jednotlivých pater podle ročníku, který studují, a podle výše potřeby osobní asistence). Na každém patře se nachází 2 toalety a velký sprchový kout. V přízemí je umístěna koupelna s vanou a speciálním lehátkem, denní místnost s televizí, DVD přehrávačem a klavírem, kuchyňka a zkušebna hudební skupiny Tap Tap. Místnost s kuchyňkou a zázemím pro vychovatele se nachází ve druhém patře, trávení volného času žáků a studentů v této místnosti je akceptován.

Výchova individuálně zajišťuje ošetrovatelsko pečovatelské úkony, základní pomoc při sebeobsluze, nabídku volnočasových kroužků, doprovody (nejen na kulturní a sportovní akce a osobní nákupy), pomoc se školní přípravou, pomoc při řešení problémů, pomoc při běžných denních činnostech, tipy na trávení volného času v Praze, doporučení dalších odborníků, doprovod na plavání a do vířivky v areálu JÚŠ, nabídku spoluúčasti na „životě Tapek“, seznamovací pobyty pro nově příchozí studenty, spolu se studentem sestavování individuálního programu osobního rozvoje.

10 vychovatelů je k dispozici od 12 do 23 hodin, od 23 hodin pak zůstává 1 vychovatel a zdravotnice, ráno je opět potřeba vychovatelů víc, podle počtu studentů, kteří vyžadují při raním vstávání osobní asistenci. Komunikace mezi studenty a vychovateli probíhá tak, že se den předem společně domluví na hodině, kdy bude student potřebovat pomoc. Během dne si studenti vyhledají svého popř. jiného vychovatele v budově sami. V budově se dodržuje vnitřní řád – večerka začíná v 10 hodin, pokud se chtějí žáci zdržovat mimo budovu po této době musí mít potvrzení od rodičů (pouze ti mladší osmnácti let).

[♦] TAP = technika administrativy práce (dříve se v této budově vyučovalo psaní na stroji – technika administrativy práce, tato zkratka se dochovala), Tapky - zdrobnělina, výraz užívaný klienty Jedličkova ústavu
* údaje jsou z roku 2008

Provoz tohoto zařízení funguje od neděle večer do pátku odpoledne a jednou za 14 dní mají žáci a studenti možnost zůstat zde i přes víkend, ale musí se s nejnnutnějšími věcmi přestěhovat na Topolku*, kde prakticky dvě noci spí v „cizí“ posteli.

Studenti a žáci celého JÚŠ mají možnost se stravovat v jídelně v areálu ústavu, pokud se tak rozhodnou platí za počet objednaných jídel. Cena za stavu je 57Kč (snídaně,oběd, večeře) nebo 69Kč (snídaně, svačina, oběd, svačina, večeře) na den.*

Za dvoulůžkový pokoj platí žáci/studenti 143 Kč na osobu a noc.

Domácnost na Staré budově – „Domeček“[♦]

Domeček je internátní zařízení pro 13 studentů s tělesným či zdravotním postižením, starších 18ti let, kteří studují zpravidla mimo JÚŠ. V domečku je 24 hodin denně přítomen jeden dospělý člověk – vychovatel (vedoucím vychovatelem je I. Slámová). Předpokladem pro pobyt zde je tedy větší samostatnost studenta v sebeobslužných činnostech či docházení vlastního osobního asistenta. Provoz tohoto zařízení funguje od neděle 17:00 do pátku 16:00 (jednou za 14 dní mají studenti možnost zůstat zde i přes víkend, ale musí se na dvě noci přestěhovat na již zmiňovanou Topolku). Po dvanáctihodinových intervalech se zde střídají 4 vychovatelky (vždy od 8 hodin ráno a večer). Jsou zde dvoulůžkové pokoje.

Úloha vychovatele je zde spíš jen pomoc v případě nouze, nijak nezasahuje do života studentů, ale je jim k dispozici pokud oni sami potřebují. Jako starší a zkušenější člověk může poskytnout řadu cenných rad či doporučení, či zprostředkovat různé kontakty na starší bývalé studenty. Smyslem tohoto zařízení je především větší míra osamostatnění studentů s tělesným postižením (cesta do školy, mytí nádobí, praní, organizování volného času,...).

Tato budova je nově zrekonstruovaná v létě 2007, má dvě patra. V přízemí se nachází pokoj pro vychovatele, společenská místnost s kuchyňkou a jídelním stolem, vchod na verandu, toaleta se sprchovým koutem, místnost s televizí, DVD přehrávačem a počítačem s internetovým připojením. V prvním patře jsou pokoje studentů, krejčovská místnost s šicím strojem (dnes se nevyužívá) a notebookem s internetovým připojením. V další malé místnosti je pračka, kde si studenti sami perou. Ve druhém patře jsou pokoje studentů.

Studenti mají opět možnost stravovat se v jídelně v areálu, večeře jim výchova nosí na budovu.

* domov dětí a mládeže, pro žáky ZŠ

* údaj z roku 2008

♦ výraz užívaný klienty Jedličkova ústavu

Cena za dvoulůžkový pokoj je 1050Kč pro žáky JÚŠ a 1260Kč pro žáky a studenty jiných škol (od září 2008 se obě položky budou zvyšovat na 1365Kč a 1575Kč). Za poskytované služby platí žáci JÚŠ 50% z příspěvku na péči, ostatní žáci a studenti podle rozsahu služeb uvedených ve smlouvě 26%-50% (od září 2008 se tyto položky zvýší na 60% a 35%).

Samostatné bydlení v garsoniére a dvougarsoniére

Jedná se o nácvikové bydlení pro končící studenty a absolventy škol JÚ (event. další klienty) na dobu jednoho školního roku (po dohodě možno i prodloužit na dva roky), kapacita je 10 lůžek.. V rámci JÚŠ jsou pro obyvatele garsonky zajištěny zdarma služby sociálního poradenství, ošetrovatelské služby, rehabilitace, konzultace odborných pracovníků (psycholog, lékař, spec. Pedagog, ergoterapeut,...), další služby jako praní a sušení prádla, úklid garsonky, pevná linka, zapůjčení lůžkovin a další služby poskytované v rámci JÚŠ se platí. Cílem je, vyzkoušet si samostatné bydlení v podmínkách nejvíce se blížícím běžnému životu. Za ubytování platí klienti 2500 Kč měsíčně.*

Byt osobní nezávislosti

Je cvičný byt určený pouze plnoletým klientům JÚŠ. Smyslem a cílem je zkouška samostatného bydlení a zkouška zodpovědnosti klienta sama za sebe. Po dobu tří až čtyř týdnů je student z větší části vyřazen z běžného denního režimu a podléhá pravidlům pobytu ve cvičném bytě. Přesto, že se jedná o modelovou situaci, jde o významnou zkušenost, protože řada studentů prvně praktikuje činnost běžného života samostatně. Závěrečné hodnocení pobytu může mnohé napovědět o možnostech budoucího života člověka s postižením. Za ubytování zde student nic neplatí.

* údaj z roku 2008

2.1.2 Internátní zařízení pro studenty s těl. postižením v Regensburgu

S internátním zařízením pro studenty s tělesným postižením v Regensburgu jsem se seznámila během jednoroční účasti na programu Dobrovolný sociální rok tzv. „*Freiwilliges Sozialjahr*“

Thomaheim

Ludwig-Thoma-Str. 15,17, 93051 Regensburg, tel.: 0049/9419206542

Je vysokoškolská kolej vybudovaná v roce 1974, v následujících letech byla dostavěna další část budovy pro osoby s tělesným postižením s bezbariérovými prostory a pokoji (25 jednopokojových a 3 dvoupokojové). Tato část byla otevřena v roce 1976. V Thomaheimu tedy bydlí tři skupiny studentů – studenti bez tělesného postižení, studenti s tělesným postižením nevyžadující žádnou péči a pomoc druhé osoby (tyto dvě skupiny platí běžný nájem, často ho pokryje tzv. „*Bafög*“ viz. str. 26) a studenti s tělesným postižením vyžadující péči druhé osoby při běžných denních činnostech (tyto studenti mají podepsanou smlouvu o péči a výše jejich nájmu odpovídá stupni péče, který u nich byl stanoven lékařem či pracovníkem pojišťovny).

Tyto ceny byly v roce 2006 následující (cena za jeden den v €):

Stupeň péče	Jednopokojový	Dvoupokojový
1	42,96	44,96
2	69,99	71,99
3	97,01	99,01
4	124,02	126,02
5	151,05	153,05

Služby v Thomaheimu jsou výhradně asistenčního rázu, jde tedy především o pomoc při péči o vlastní osobu (oblékání, hygiena, vaření), dále nákup potravin (dvakrát týdně jezdí dva asistenti na nákup – od studentů si vyzvednou peníze a seznam) a doprava studentů po celém městě (asistenční služba má k dispozici dva automobily, v jednom se přepraví tři vozičkáři a tři spolujezdci). Pokud potřebuje student doprovod na univerzitu, pomoc s přípravou na přednášky či asistenci během přednášek, musí si ji zajistit přes jiné organizace, které tyto služby zprostředkovávají (v Regensburgu např. org. Phönix, Diakonie).

Provoz služby je rozdělen na směny ranní (6:45 – 15:45), mezisluzba (7:00 – 16:00), odpolední (16:00 – 0:30) a noční (21:00 – 7:00). Počet asistentů na jednotlivých směnách závisí na počtu přítomných studentů vyžadujících péči (noční službu vykonává vždy pouze

* www.fsj-bayern.org

jeden asistent). Provoz Thomaheimu pro studenty s tělesným postižením je nepřetržitý, tedy i přes Vánoce, Silvestra a ostatní svátky.

Personál je tvořen ze stálých zaměstnanců (2 na plný úvazek, 4 na částečný), z osob vykonávajících civilní vojenskou službu (5 osob na 10 měsíců, doba jejich nástupu je různá, nejčastěji však v září a po novém roce) a z osob účastnících se programu Dobrovolný sociální rok (6 osob na 12 měsíců zpravidla září až srpen)*. Vedoucím pracovníkem služby je Hermann Zöller.

Personál v Thomaheimu je z velké části financován ze sociálního pojištění (tzv. „*Pflegeversicherung*“), na financování osob vykonávajících civilní vojenskou službu poskytuje stát dotaci a osoby, které se účastní FSJ, financuje tzv. *Studentenwerk*. Pokud sociální pojištění nepokryje náklady, je možné žádat ještě o dotaci od státu, která činí max. 50000€ na rok. Z těchto prostředků se platí i benzín do automobilů, postele s nastavitelnou výškou do pokojů studentů s těl. postižením atd.

V přízemí budovy (v části, kde jsou ubytováni studenti s tělesným postižením) se nachází dvoupokojová místnost pro personál s kuchyňkou. Do této místnosti mají studenti přístup jen výjimečně. Na velké tabuli, která se nachází v první místnosti, jsou v jednotlivých řádcích vypsána jména studentů a k nim přepisuje personál případné poznámky (např. v kolik hodin chce kdo vstávat, že někam odjel a v kolik hodin je třeba ho vyzvednout, že odjel domů a kdy se vrátí, komu se pere prádlo a kdy ho bude potřeba vyzvednout v prádelně, apod.), dále je v této místnosti telefonní a signalizační zařízení (pokud student v pokoji něco potřebuje, stiskne u sebe tlačítko. V místnosti u asistentů zařízení pípá a na displeji svítí jméno studenta, který potřebuje s něčím pomoci. Tímto zařízením se dá také volat do všech pokojů, kde se právě nachází někdo z asistentů.

Každý student má ve svém pokoji sociální zařízení se sprchovacím koutem, kuchyňka je na každém patře a je uzpůsobena tak, aby v ní mohli vařit všichni studenti (s postižením i bez postižení). Jen ve třech zmiňovaných pokojích, které mají dvě místnosti má student vlastní kuchyňku.

Všechny jízdy a další požadované služby, o kterých studenti dopředu vědí, jsou povinni nahlásit (alespoň s jednodenním předstihem), aby se jim mohl přizpůsobit plán dne. Jízdy se zapisují do knihy jízd. Pokud se student někde zdrží déle, asistent z noční směny ho přiveze zpět i po půlnoci. Všichni studenti mají telefonní spojení do pokoje asistentů.

Podobné zařízení existuje v Německu ještě v Magdeburgu a v Heidelbergu.

* údaje v závorkách jsou z roku 2006 na celkový počet 11 studentů s těl. postižením vyžadujících péči

2.1.3 Mé vlastní postřehy z obou zařízení

Na první pohled je zřejmé, že pražské internátní zařízení existuje v rámci jednoho ústavního komplexu. Na základě toho je vedle služeb základních (bydlení a osobní asistence) žákům a studentům nabídnuta celá řada dalších služeb od rehabilitace, pomoci v přípravě na výuku, návštěv odborníků až po stravování a možnost vzdělávání se. To vše je možno v rámci jednoho komplexu.

Naproti tomu vysokoškolská kolej v Regensburgu funguje pouze na základě zprostředkování bydlení a asistenční péče při běžných domácích úkonech, při sebeobsluze a péči o vlastní osobu. Všechny ostatní služby jako je rehabilitace, návštěva psychologa či speciálního pedagoga, asistence při přednáškách atd. si student musí zajistit sám u jiných odborníků.

Výhodou první varianty je to, že je žákovi či studentovi poskytnuta opravdu komplexní péče (jelikož spolu všechny pracovní úseky v JÚŠ spolupracují, není problém přizpůsobovat výuku jednotlivým rehabilitacím a sestavovat plán na rozvoj schopností a dovedností každého žáka a studenta), to vše se navíc nachází v jednom areálu, tudíž studentovi odpadá problematika časové ztráty v případě dojíždění. Studenti mají také možnost vyzkoušet si bydlet v podmínkách, které se nejvíce přibližují bydlení v reálu. Hlavním cílem JÚŠ je připravit mladého člověka s postižením do života jako samostatného jedince, v co největší míře integrovaného do společenského prostředí. Otázkou je, zda může být mladý člověk připraven na život ve společnosti, když se pohybuje po většinu času mezi lidmi s podobnými problémy a všechny potřebné služby jsou mu velice snadno dostupné.

Studenti s tělesným postižením na vysokoškolské koleji v Regensburgu se pohybují v prostředí mezi lidmi bez postižení, je jim pouze zajištěna péče do té míry, aby mohly za těchto podmínek vést život podle svých představ. Thomaheim není ústavní zařízení, nevytyčuje si žádné cíle, pouze plní nasmlouvané služby, které student vyžaduje. Neznamena to ovšem v každém případě výhodu. Studenti v takovém zařízení jsou více odkázáni sami na sebe a často řeší nejrůznější problémy spojené právě se zajištěním dalších služeb a s řešením nepříjemných situací. Pro studenta je tento model v některých případech náročnější. Jedním z důvodů je i fakt, že se student častěji ocitá v situacích, ve kterých srovnává sám sebe s ostatními studenty bez postižení. Právě tyto drsnější podmínky vedou podle mého názoru, protože ubytování tohoto typu se více blíží reálu.

Můj další postřeh se týká pracovníků z Thomaheimu. Uvědomila jsem si, jak pozitivní vliv na pracovní klima má obměna personálu. Vzhledem k počtu zaměstnaných „civilkářů“ a mladých lidí vykonávajících Dobrovolný sociální rok je zřejmé, že se personál, až na 6

stálých zaměstnanců, po deseti až dvanácti měsících změni. Pokusím se zde popsat vývoj pracovní morálky v průběhu jednoho roku. Příchozí nováčci se zaučují od stálých zaměstnanců či zkušených spolupracovníků, jsou svědomití, mají energii, pracují s plným nasazením. Vzhledem k náročnosti práce toto pracovní nasazení postupně slábne, je možné, že se dostaví i psychická vyčerpanost. V některých situacích se začíná projevovat tzv. ponorková nemoc jak mezi pracovníky navzájem, tak mezi pracovníky a studenty. V tento okamžik už je ale člověk zkušeným pracovníkem a začíná zaučovat příchozí nováčky. Dochází tak k oživení prostředí a zlepšení pracovní morálky. Po nějaké době pak pracovník odchází pryč, jelikož jeho civilní vojenská služba či Dobrovolný sociální rok je u konce (v případě zájmu je možné Dobrovolný rok prodloužit nebo nastoupit jako výpomoc tzv. „Aushilfe“ na částečný či plný úvazek). Je však možné, že výhody, které v tomto směru spatřuji já, nemusí sdílet i ostatní.

Co se týče JÚŠ a jeho internátních zařízení chtěla bych ještě poznamenat, že na první dojem působí JÚŠ jako zařízení poskytující služby a péči pouze žákům navštěvujícím školy Jedličkova ústavu. Během mé praxe se mi nepodařilo zjistit, zda se jedná o záměr, či nikoliv, každopádně skutečnost je taková, že v internátních zařízeních JÚŠ mohou být ubytováni i studenti a žáci jiných škol. Doporučovala bych pouze tuto informaci více propagovat na internetových stránkách či v brožurách JÚŠ (považuji však ze logické, že jde v prvé řadě o poskytnutí možnosti ubytování pro vlastní studenty).

Z hlediska vnitřního vybavení jsou obě zařízení zhruba na stejné úrovni viz. fotografická prezentace v Příloze č. 6 – *prezentace fotografií internátních zařízení na přiloženém CD*.

2.2 Rozhovory se studenty

Druhá kapitola mé praktické části je věnována konkrétním studentům. Pomocí řízeného rozhovoru jsem se snažila zmapovat situaci dvou českých a dvou německých studentů s ohledem na jejich možnosti a způsob vzdělávání, finančního zabezpečení (sociálních dávek) a využití asistence. Českých studentů jsem se také tázala, jak u nich probíhalo sociální šetření pro stanovení výše příspěvku na péči. V závěru rozhovoru se táži na internátní zařízení popsaná výše, na jejich pozitiva a negativa.*

2.2.1 Rozhovory s českými studenty s tělesným postižením

Studentka Jana

Narozena: 1982 v 6. měsíci těhotenství, nevyvinuté plíce

Do půl roku byla diagnostikována DMO - spastická kvadruparéza s luxací obou kyčelních kloubů.

Dnes se Jana pohybuje pouze na vozíku (doma mechanický, na delší vzdálenost elektrický), pomoc druhé osoby potřebuje jen výjimečně. Zvládá sama osobní hygienu, převlékání, přisedání na vozík a na postel, jí sama lžící. Má menší problémy s orientací v prostoru. Drobné logopedické potíže.

Studuje jazykovou školu v Praze, kam se dopravuje sama. Bakalářský titul získala na vysoké škole – Metropolitní univerzita Praha. Dvakrát týdně jezdí plavat na Strahovský stadion, kde potřebuje pouze snést z vozíku k bazénu a poté zpět vysadit nahoru.

Jana bydlí v internátním zařízení JÚŠ Domečku.

„Jak probíhalo tvoje vzdělávání? Zajímalo by mě, jestli jsi byla ve speciální škole, nebo integrovaná na škole běžného typu. Setkala ses s nějakými problémy?“

„No, tak do školky jsem nechodila, mamka se mnou byla doma a docela dobře mě připravila na nástup do školy, i když jsem měla roční odklad. Šla jsem teda do běžné školy a v první třídě se mnou mamka byla celou dobu během výuky. Od druhý třídy za mnou chodila každou druhou přestávku a dávala mě na záchod. Až na psaní, tělocvik a výtvarku jsem měla stejnou látku jako ostatní a docela dobře jsem ji zvládala, byla jsem miláček učitelského sboru, což se mně později stalo překážkou. Do pátý třídy bylo všechno v pohodě, ale pak si ostatní začali hodně uvědomovat, že jsem jiná, a začali mi to dávat dost najevo. Kluci mě šikanovali. Tak

* rozhovory se studenty jsou vedeny v dubnu 2008

v osmý a devátý třídě to bylo fakt hrozný, nechtěla jsem tam chodit, ale mamka mi řekla, že to musím vydržet. Víš, já nejsem proti integraci, ale na základce v Jedli by mi bylo líp. Když je člověk malej, tak si to svoje postižení tolik neuvědomuje, ani ostatní ne, ale pak v tý pubertě jsou to velký rozdíly a je to hrozně těžký. Ty děcka to dávaj hrozně drsně najevo. Často jsem slýchala: „Ty nikdy nebudeš mít kluka, ty nikdy nezapadneš“. Jako součást celku jsem ve třídě byla jenom, když se jednalo o učivo, když šlo o kluky, záliby,... už jsem nezapadala. Po týhle zkušenosti jsem si po základce řekla, že budu dělat cokoliv, hlavně když nebudu mezi zdavejma. Na odvolání mě pak vzali na obchodku do Jánskejch Lázní, kde studovali lidi s postižením, takže jsem dalších pět let trávila mezi sobě rovnejma. Jasně, i tady jsem narážela na to, že si lidi dokážou závidět ve smyslu - ty seš na tom líp, ty můžeš víc, ale celkově to pro mě strašně moc znamenalo. Když jsem tam přijela, dokázala jsem se jakž takž najíst a oblíknout a během těch pěti let jsem se naučila být naprosto samostatná. Dali mi ten první impulz, jako: „Máš na to, když se budeš snažit, tak to půjde“ a ono to šlo. Začala jsem chodit plavat a ruce sílely. I když je fakt, že od té doby, co mám elektrický (od 21 let)*, tak zas nejsem v takový kondici. No a pak jsem se rozhodla zkusit to znova mezi zdavejma a přihlásila jsem se do Prahy na vejšku a sem do Domečku. Objevili jsme tuhle možnost ubytování s paní učitelkou z lázní, byla tady na nějakým školení. Nejtěžší pro mě pak bylo se tady v Praze zorientovat a dostat se do té školy. Ze začátku mi pomáhala jedna holčina, dobrovolnice z Jedle (Jedličkův ústav)*, ale pak se mi kolikrát stalo, že jsem prostě nedorazila. Na vejšce to už bylo jiný, tam jsem do té třídy zapadla.“

„Jak jsi to měla s osobní asistencí a asistencí během výuky? Potřebovala jsi někoho?“

„Na základce se mnou byla máma, takže jsem žádnou asistenci nepotřebovala, v Jánských Lázních byla asistence poskytována v rámci zařízení. Tady jsem měla na začátku tu dobrovolnici z Jedle, a teď nikoho nepotřebuju. Nikdy jsem ani sama nikoho nesháněla.“

„Chtěla jsem se Tě ještě zeptat, jak u Tebe probíhalo určení stupně závislosti a výše příspěvku na péči podle nového zákona a co si o tom myslíš. Taky mě zajímají speciální pomůcky, které používáš, a jak na ně získáváš finanční prostředky.“

„Začnu těma pomůckama. V deseti letech jsem dostala první mechanický vozík, který hradila všeobecná zdravotní pojišťovna, elektrický vozík mám od svých jednadvaceti let, taky přes pojišťovnu. Jiné speciální pomůcky nemám. A k tomu, jak u mě probíhalo šetření sociální

* poznámka autora

* poznámka autora

pracovníci, no, to byla sranda. Přijela za mnou z místa mého bydliště do Prahy do Jedle. S mojí blbou orientací jsem jí nedokázala vysvětlit, jak se dostane od budovy školy ke staré budově, tak jsme si dali sraz před areálem na lavičkách. Viděla mě, že přijíždím sama bez asistenta, a to bylo asi to jediný, z čeho vycházela. Na těch lavičkách se mě ptala na ty nejrůznější úkoly a jestli je zvládnou sama. Na některý věci jsem jí řekla jo, na některý ne, na některý asi jo a na některý asi ne. Po dlouhé době mi pak přišlo rozhodnutí o dvoutisícovém příspěvku na péči. Odvolala jsem se, ale nikdo se nepřišel podívat, prý mě hledali doma, jenže já byla v Praze, a tak mi zas za nějakou dobu přišlo stejné rozhodnutí, tentokrát bez možnosti odvolání. Podle mě je to málo a je to nespravedlivý systém. Vlastně to vypadá, jako že se člověk trestá za to, že je samostatnej, protože pak dostane malej příspěvek. Podle mě, záleží na tom, co člověk těm sociálním pracovním nakecá. Mám kamaráda, co je na tom stejně jako já a bere osmičku. Nechápu, jak se mu to povedlo.“*

„Moje poslední otázka se bude týkat Jedličkova ústavu. Chci se Tě zeptat, jaká vidíš pozitivna a negativna na Jedličkově ústavu, a co pro Tebe znamená možnost bydlet tady na intru v Domečku.“

„No, já do Jedle jako takový moc nevidím, přišla jsem sem až v jednadvaceti a nechodila jsem tady do školy. Vlastně tady jen tak jako bydlím a žiju si ten svůj život, což je moc fajn. Ale jak už jsem říkala, byla bych na tom asi jinak, kdybych na základku chodila sem a ne do běžný školy, to bylo asi vážně nejtěžší období mého života. Rodiče by měli integraci svého dítěte dost zvážít. Takže si myslím, že je určitě dobře, že existují takový školy jako jsou tady v Jedli. A co se týče Domečku, jsem tady moc spokojená. Ze začátku jsem měla trochu problémy se spolubydlíci, teď ale bydlím sama a je to super. Nedokážu si totiž představit, že bych bydlela doma s mámou, to bych se z toho asi zbláznila.“

Studentka Olga

Narozena: 1988 v 9. měsíci jako zdravé dítě, v 7. měsíci prodělala zánět mozkových plen, do jednoho roku byla hospitalizována v nemocnici. Po prodělané nemoci u ní byla diagnostikována spastická paraparéza.

Olga má ochablé zádové a břišní svaly, důsledkem toho je výrazná skolióza a borcení páteře, proto nosí speciální korzet. Běžně se Olga pohybuje na mechanickém vozíku, doma

* od 1.8. 2009 je výše tohoto příspěvku 800Kč měsíčně (pozn. autora)

leze po čtyřech. Cit v nohách má. Odmala byla vedena k samostatnosti, pomoc druhé osoby dnes potřebuje jen výjimečně.

Olga studovala střední odbornou – sociálně právní školu pro tělesně postižené v Jedličkově ústavu, nyní se hlásí na Metropolitní univerzitu v Praze. Olga bydlí v JÚŠ na Tapkách.

„Jak probíhalo tvoje vzdělávání? Zajímalo by mě, jestli jsi byla ve speciální škole, nebo integrovaná na škole běžného typu. Setkala ses s nějakými problémy?“

„Do školky jsem nechodila, protože jsem pořád jezdila všude možné po lázních. S ročním odkladem jsem pak nastoupila na běžnou základní školu. Bydleli jsme v malém městečku, takže ve třídě nás bylo celkem šestnáct. Jasně, byla jsem první pokusnej králik, ale docela to šlo. Po celou základku tam za mnou chodila mamina a převážela mě na záchod a z učebny do učebny a po škole taky na rehabilitace. Až do mých osmnácti let se mnou byla prakticky pořád doma, ale musím říct, že mě nijak nerozmazlovala. Když jsem něco potřebovala, řekla mi: „Tak si zkus poradit sama.“ A když mi to nešlo, poradila mi, a když mi to pořád nešlo, pak mi šla teprve pomoci. Díky ní teď umím to, co umím.“

„A co děti na základní škole, jak se k Tobě chovaly?“

„Docela dobře. Jasně párkrát jsem od ostatních pociťovala něco jako lítost nebo takový ty náznaky, jako že jsem jiná. Jednou jsem zaslechla, jak se kluci bavili a ten jeden říkal: „No, ona je hezká, ale je přece na vozejku...“ To jsou chvíle, který pak člověk doma obrečí, ale pak to přejde. Podle mě hodně záleží na tom, jak bere člověk sám sebe. Když je v pohodě, jsou i ostatní v pohodě.“

„Proč ses teda rozhodla jít studovat střední školu do Jedličkova ústavu?“

„Měla jsem toho doma už docela dost, chtěla jsem vypadnout a zaujala mě možnost ubytování během studia v Jedli. Tak jsem se přihlásila. Ale musím přiznat, že to byl pro mě docela šok, vlastně až tady jsem si tak nějak uvědomila, že jsem postižená. Já jsem byla od začátku mezi zdravějma, a taky se tak se mnou zacházelo. Teď jsem najednou hrozně pocítila tu sílu toho ústavu. V jedli jsou i praktický školy pro lidi, co jsou na tom o hodně hůř než já a, když to řeknu ošklivě, najednou to okolo mě slintalo a víš, ...prostě, nevím jak to mám říct, ale bylo to prostě jiný. Samý úlevy a privilegia. Každopádně jsme byli ve třídě super parta dobrech lidí, fakt kolektiv a to jsem moc ráda.“

„Jak jsi to měla s osobní asistencí a asistencí během výuky? Potřebovala jsi někoho?“

„Na základce se mnou byla mamka, ta pobírala ten příspěvek při péči o osobu blízkou, a tady už se pohybuju sama bez asistence. Jasně, když jedem někam do města, tak si řeknu někomu z výchovy z Jedle, aby mě doprovodil, když jedu někam, kde to ještě neznám. Ale osobního asistenta jsem si nesháněla.“

„Chtěla jsem se Tě ještě zeptat, jak u Tebe probíhalo určení stupně závislosti a výše příspěvku na péči podle nového zákona a co si o tom myslíš. Taky mě zajímají speciální pomůcky, které používáš, a jak na ně získáváš finanční prostředky.“

„To šetření, který provádí sociální pracovnice by správně mělo probíhat v zařízení, který je tím poskytovatelem služeb, ale ono to je docela složitý. Žádá se totiž v místě trvalého bydliště, takže ty pracovnice by cestovaly všude možné po republice, navíc to zařízení bývá už dost bezbariérově přizpůsobený. Kdyby u mě prováděla sociální pracovnice šetření tady v Jedli, tak bych asi nedostala nic. Takže jsem přijela domů a tam jsem ukazovala, co všechno zvládnou a co ne. Stejně jsme to s maminou trochu přizpůsobily a ta sociální pracovnice nám tak trošku pomáhala. Dostala jsem nakonec ty dva tisíce.* Ale přišlo mi to divně postavený, jako ty úkoly, takový kontraproduktivní, nebo jako že pro „mentály“ ...jasně že si odemknu dveře, ale musí ten zámeček být v určitý vejšce...Podle mě je jediná změna v tom, že poskytovatelé nemají prachy, protože je mají klienti.

Speciální pomůcky, no, já jsem vlastně až do základní školy doma lezla po čtyřech a mamina mě venku vozila v takovém velkém kočáře. Do školy jsem si ale musela pořídit vozejk, to šlo přes zdravotní pojišťovnu. Ale doma s ním nejezdím, máme tam prachy a tak a byt jsme nijak neupravovali, takže bych tam stejně ani nikde neprojela. Jinak mám ještě ten korzet, teda dva, a ty platila taky pojišťovna. Jinak nic. Pobírám ten příspěvek na péči a od osmnácti invalidní důchod.“

„Chci se Tě ještě zeptat, jaká vidíš pozitiva a negativa na Jedličkově ústavu, a co pro Tebe znamená možnost bydlet tady na intru na Tapkách.“

„Jako co si myslím o Jedli? No, už jsem to tady naznačovala. Přijde mi to moc přizpůsobený tomu, že je to ústav. Na lidi se kladou moc malý nároky jak ve výuce, tak v ostatních věcech. Člověka to nenaučí bojovat. Nedovedu si představit, že bych tady byla už od základky. Přijde mi to tady jako taková zlatá klíčka. Taky když tady odsud lidi vyjdou, tak se dost silně potýkaj

* od 1.8. 2009 je výše tohoto příspěvku 800Kč měsíčně (pozn. autora)

s realitou, jsem slyšela, a nepřekvapuje mě to. Víš, i to okolí to tak vnímá. Kdekoliv je nějaká fotka Jedle nebo nějaký akce tady, tak se tam fotěj ty hodně postižený děti. Lidi si pak myslěj, že v Jedli jsou samý těžce postižený chudáčci na vozejků. Často se setkávám s poznámkou: „Ty chodíš do Jedle?! Vždyť seš normální!“ Těžko říct, co s tím, je to tady takhle prostě nastavený.“

2.2.2 Rozhovory s německými studenty s tělesným postižením

Studentka Marina

Narozena: 1980 v 7. měsíci těhotenství (matka prodělala během těhotenství infekční onemocnění s vysokými horečkami) s nedostatečně vyvinutými plícemi, došlo k přidušení. Diagnostikována DMO – spastická tetraparéza.

Dnes se Marina pohybuje sama pouze na elektrickém vozíku. Potřebuje osobní asistenci při sebeobslužných činnostech a při běžných denních činnostech. Se speciální lžící se sama nají, ale velice pomalu. Je schopná psát na klávesnici jedním prstem. Při delším rozhovoru se zadýchává a dochází k celkově zvýšenému svalovému tonusu, následně pak ke zhoršené artikulaci. Nosí brýle.

Marina studuje Vysokou odbornou školu (tzv. „*Fachhochschule*“) obor sociální pedagogika v Regensburgu. Bydlí na vysokoškolské koleji Thomaheim.

„Mohla bys mi popsat, jak probíhalo tvoje vzdělávání? Zajímalo by mě, jestli jsi byla ve speciální škole, nebo integrovaná na škole běžného typu. Setkala ses s nějakými problémy?“

„Chodila jsem do běžné mateřské školky. Byla jsem tam jediná na vozíku, ale nijak jsem ten rozdíl nevnímala a myslím, že ho nijak nevnímaly ani ostatní děti, prostě jsem měla kolečka a ostatní ne, a tak to bylo. Na základní školu jsem chodila taky mezi zdravý děti, ale nebyla jsem tam jediná s postižením. Tenkrát rodiče dětí s postižením usilovali o to, aby probíhala výuka zdravých i postižených dětí dohromady, ale ředitel školy to nepovolil, protože mezi námi byly i děti s mentálním postižením, a to prostě dohromady nešlo. Takže jsme nakonec v téhle škole měli vlastní třídu, kde probíhala výuka pro děti s postižením, a o přestávkách jsme byli dohromady s ostatními. Taky jsme spolu spolupracovali v jiných projektech, jako byl třeba školní časopis, kroužek vaření a tak. Pak si ale kantoři všimli, že mám na víc a že mě třída trochu brzdí a udělali takový pokus. Začala jsem chodit na matematiku k dětem do běžné třídy. Sice to bylo o třídu níž, ale to mi nevadilo, bylo to skvělý, konečně jsem mohla ukázat, co umím. Bohužel měla tahle škola jen čtyři ročníky a já jsem chtěla pokračovat dál, tak jsme

s rodiči hledali jinou školu, která by mě připravila na další studium. Chvilí jsem chodila na školu pro tělesně postižené, a pak jsme objevili, že je kousek dál škola běžného typu, a znovu jsme se pokoušeli o integraci. Bylo to ale obtížné, neměla jsem asistenta, tenkrát to ještě nebylo tak jako dneska, takže se mnou do školy musela chodit mamka, a to bylo divný, připadala jsem si hloupě a nelíbilo se mi to. Takhle to naštěstí trvalo jen jeden rok, pak tatka objevil gymnázium v Altdorfu, kde byla možnost internátu pro tělesně postižené. Takže jsem byla tam. Byl to běžný gympl, kde fungovali i asistenti, kteří měli v jednom patře pokoj, kam si pro ně člověk v případě potřeby mohl zajet. Ve třídě během výuky s námi ale nebyli, učitelé chtěli ostatní žáky naučit, aby nás akceptovali a naučili se nám pomáhat, a to taky fungovalo. Určitě jsme mezi sebou měli mnohem větší kontakt, než kdyby byl ve třídě celou dobu asistent. Tady jsem skončila maturitou a rozhodovala se kam dál. S rodiči doma jsem už bydlet nechtěla. Rozhodla jsem se, že půjdu do Regensburgu studovat psychologii, protože takový zařízení jako je Thomaheim jinde v Bavorsku už, tuším, není. Na začátku to pro mě bylo ale hodně těžké. Byla jsem z intru zvyklá na spolubydlící a najednou sedím tady sama v pokoji a neznám nikoho. Musela jsem se učit, jak obstarat domácnost, jak vyjít s penězi, co je kdy potřeba koupit, jak se pere prádlo a tak dále. Tohle všechno za mě na intru někdo dělal. Jasně tady to taky dělají asistenti, ale já jsem tady od toho, abych jim řekla - tohle vyper na čtyřicet, potřebovala bych koupit mlíko, ... Na univerzitě mi taky nebylo nejlíp, byla na mě moc velká, neorientovala jsem se tam jak v budově, tak v tom jejich systému, potřebovala jsem něco menšího, rodinnějšího, proto jsem po jednom roce přestoupila na vysokou odbornou školu - sociální pedagogiku. A teď jsem spokojená.“

„Jak jsi to měla s osobní asistencí a asistencí během výuky? Potřebovala jsi někoho?“

„Ano pořád někoho potřebuju. Až do toho gymnázia v Altdorfu se mnou chodila do školy mamka nebo tatka. Na gymplu jsem byla na tom intru a tam byla asistence zajištěná od nich. Tady v Regensburgu fungujete vy jako pečovatelská služba v Thomaheimu a na pomoc během přepravy do školy a během přednášek mám asistentku z organizace (organizace Diakonie). Je to placený z Eingliederungshilfe. Ted' konečně jsem dostala jednu holčinu na stálo, jinak se u mě pořád střídali nejrůznější asistenti a to bylo blbý. No jo, to je nevýhoda organizace.“*

* poznámka autora

„Chtěla bych se Tě zeptat na financování dalších služeb a speciálních pomůcek. Jak to v Německu chodí?“

„No, tak třeba pečovatelská služba v Thomaheimu a ubytování tady vůbec je placený z pojištění na péči (tzv. „Pflegeversicherung“), u mě byl stanoven 3. stupeň péče, od toho se odvíjí i výše částky kterou za mě pojišťovna platí. S tím je třeba spojený i to, že musím přesně hlídat, kolik dní v měsíci jsem tady a kolik dní jsem doma, protože, když jsem doma, pečují o mě rodiče, tudíž mají oni nárok na tu částku, kterou já platím za jeden den tady v Thomaheimu. Jinak třeba s vozíkem je to tak, že musím napsat žádost a odůvodnit proč potřebuju nový, je dobré k tomu mít třeba posudek od fyzioterapeuta, přes mého doktora pak pošlu žádost na zdravotní pojišťovnu. Ze zdravotní pojišťovny pak zase někdo přijde, aby zkontroloval, jestli to tak doopravdy je, a zase mu musím odůvodňovat, proč to potřebuju. Oni mi pak nakonec vyhoví, ale trvá to hrozně dlouho. Nevýhoda je třeba v tom, že si nemůžu vybrat já ten vozík, ale určí mi ho oni, takže je to to, co je pro ně nejlevnější. Často je to vozík po někom jiném, který je zrenovovaný a upravený mně na míru. Pokud potřebuju opravu vozíku, musím si zase vyzvednout jakoby recept od doktora a s tím jdu do té firmy, aby mi ho opravili a platí to zase pojišťovna. Pokud dostanu nový vozík, ten starý musím vrátit a oni ho zase pravděpodobně upraví pro další lidi. Vlastně jediný co musím připlácet jsou asi brýle, ale to je normálně běžná věc, to musí všichni, jinak všechno ostatní, co potřebuju kvůli postižení platí pojišťovna. Třeba speciální bunda na vozík, nebo to pončo proti dešti na vozík stojí dost peněz, ale moji rodiče platí jen tolik, kolik stojí zhruba normální bunda a zbytek jim pojišťovna proplatí zpátky.“

„Moje poslední otázka se bude týkat Thomaheimu. Chci se Tě zeptat, jaká vidíš pozitiva a negativa na Thomaheimu, a co pro Tebe znamená možnost bydlet tady.“

„Výhoda je rozhodně to, že se tady člověk určitě stane mnohem víc samostatným, už jen pro to, co jsem ti vyprávěla na začátku. Musí se prostě najednou starat o všechno sám. Nevýhodu vidím v tom, jak se tady rychle mění personál, když už se s tím člověkem konečně poznám, zapracuje se a získáme mezi sebou jakousi důvěru, odchází pryč a to mně někdy vadí. Je to totiž pořád dokola, pořád někdo nový, komu musím vysvětlovat, co a jak má udělat a jak mě má zvednout a tak. Ale asi to tady jinak dělat nejde. Poslední dobou je taky dost znát, že máme málo personálu. Odpoledne tady bývají jen ve dvou a to je málo, i když to šéf nechce připustit. Vadí mi to, protože musím dlouho čekat, než ke mně někdo přijde a když u mě někdo je, mám špatný pocit, protože vím, že někdo jiný zas musí čekat.“

Nyní Marina bydlí samostatně v bezbariérovém bytě v Regensburgu, právě dokončila svou absolventskou práci a hledá uplatnění v oboru (ráda by se věnovala poradenské činnosti pro v sociální oblasti, nejlépe pro osoby s tělesným postižením). Rozhodla se pro vlastní vyhledání a sestavení asistentů (24hodinovou asistenci u Mariny vykonávají 4 ženy různé věkové kategorie). Marina přiznává, že to byl velice náročný proces, ale nyní je velmi spokojená. Říká, že se jí už nemůže stát, aby na asistenta čekala, nebo aby asistent spěchal, protože „zvoni“ někdo další. Také časté střídání asistentů nehrozí tak, jako tomu bývalo v Thomaheimu nebo u jiných organizací poskytujících asistenci.

Studentka Ulrike

Narozena: 1980 v 7. měsíci těhotenství, protražený porod, přidušení, diagnostikována DMO – spastická tetraparéza.

Ulli potřebuje podpůrnou asistenci při sebeobsluze, osobní hygieně a při běžných domácích činnostech. Je schopna s oporou chvíli stát. Pár metrů po pokoji ujde s oporou, jinak se pohybuje na mechanickém vozíku, na delší vzdálenosti na elektrickém. Lžící se nají sama, na klávesnici píše dvěma prsty. Má drobné logopedické potíže. Nosí brýle.

Ulli studuje psychologii na regensburšské univerzitě a bydlí na vysokoškolské koleji v Thomaheimu.

„Mohla bys mi popsat, jak probíhalo tvoje vzdělávání? Zajímalo by mě, jestli jsi byla ve speciální škole, nebo integrovaná na škole běžného typu. Setkala ses s nějakými problémy?“

„Chodila jsem do speciální mateřské školky, kde se mi přihodilo to, že jsem si začala hrát s chlapečkem, který nemluvil, a paní učitelky si pak mysleli, že taky nemluví a že to je součást mého postižení. Asi jsem se trochu bála, nebo styděla a tahle nemá komunikace očima mně vyhovovala. Když přišla nová paní učitelka, která si se mnou začala povídat přes loutky, začala jsem mluvit sama. Pokračovala jsem dál ve speciální základní škole. V Německu existují různé stupně speciálních škol. Mě určili do druhého stupně, což znamená, že jsem se měla učit obsahově to samé jako žáci na běžných školách jen o něco pomaleji. Ale vím, že mi to přišlo moc pomalé. Mamka řekla paní učitelce, že bych zvládla víc, a tak mě zařadili do běžné základní školy, kde jsem musela jednu třídu opakovat, abych to všechno dohnala. Speciální škola byla v podstatě celodenní škola se všemi možnými terapiemi a tak, ale na téhle běžné škole mě musela mamka doprovázet a po škole mě vodit na terapie. Pak jsem šla na gymnázium běžného typu, které bylo bezbariérové a přizpůsobené tomu, aby tam mohl

studovat člověk s tělesným postižením, ale přede mnou neměli ještě s nikým žádnou zkušenost. Stejně si myslím, že mě tam vzali jen kvůli tomu, že tam můj táta učil. Bylo to zvláštní - dostávala jsem na písemky víc času, nebo jsem je diktovala jinému kantorovi někde v jiné třídě. U ostatních žáků to asi vyvolávalo divný pocity, byla jsem totiž docela úspěšná a oni si asi mysleli, že by měli taky tak dobré známky, kdyby na to měli tolik času, nebo to možná vypadalo, že mi ten jiný kantor radí, nevím. Každopádně já jsem to až tak moc nevnímala, ale ostatní kantoři to říkali tátovi a to bylo právě to, co mi vadilo. Nikdo se mnou nikdy neřešil nic přímo, vždycky to šlo přes tátu, i když se to týkalo mě. A tak jednou říkám, hele takhle ne, tohle se mi nelíbí, chci pryč. Z deváté třídy jsem přestoupila na gymnázium v Altdorfu, o tom ti už asi vyprávěla Marina, tam jsme se taky potkaly. Takže to bylo běžné gymnázium, které poskytovalo asistenci a internát pro osoby s tělesným postižením. Teprve tady jsem měla pocit, že jsem „normální“. Učitelé i žáci na to byli zvyklí a chovali se ke mně normálně. Po gymplu jsem byla jeden rok doma, nebyla jsem si jistá, co chci dělat dál a chtěla jsem mít nějakou praxi. Šla jsem na jeden rok do poradny pro tělesně postižené, bylo to tam moc fajn, ředitelka byla taky vozíčkářka. Pak jsem objevila možnost v Regensburgu - studovat psychologii a bydlet na koleji s péčí. Nechtěla jsem už bydlet doma, tak jsem se přihlásila a jsem tady.“

„Jak jsi to měla s osobní asistencí a asistencí během výuky? Potřebovala jsi někoho?“

„No jasně, že potrebovala. Ve speciální školce a na speciální základce, se o nás staraly paní učitelky nebo jiný personál, bylo jich tam víc. Na té běžné základce se mnou byla mamka, na gymplu mě vozil na záchod táta. Na gymplu v Altdorfu byla asistence zajištěná od školy a na intru taky. Během té mojí jednoroční praxe jsem potrebovala asistenci v poradně. Žádný organizace jako jsou teď tenkrát nebyly, tak jsem si musela sehnat jednu holčinu sama. Placená byla ze sociální dávky pro tělesně postižené – Eingliederungshilfe. No a tady v Thomaheimu je pečovatelská služba, to je placený tuším z pojištění na péči. Asistentku, kterou potrebuju na univerzitě, mám od Phönixu, což je organizace zprostředkovávající v Regensburgu asistenci. Oni sepisují podmínky a smlouvy, takže tyhle věci a starosti mi odpadnou, ale zase mají hlavní slovo, člověk si nemůže tolik diktovat, co by potreboval, navíc se asistenti docela často střídají.“

„Chtěla bych se Tě zeptat na financování dalších služeb a speciálních pomůcek. Jak to v Německu chodí?“

„Hodně toho jde přes pojištění nebo Eingliederungshilfe. U mě je oproti Marině rozdíl v tom, že já mám kromě ze zákona povinného pojištění taky soukromé pojištění. V praxi je potom rozdíl v tom, že já o pomůcky nežádám, ale vyberu si je, koupím a pak si je nechám proplatit. Něco mi proplatí celé, z něčeho jen část. Předpoklad je ale ten, že na to člověk ty peníze nejdřív má. Když pak potřebuju pomůcku novou, ta stará mi zůstane a můžu ji prodat někomu dalšímu, nebo nějaké firmě, která ji pro někoho jiného předělá. Při opravě vozíku je to taky tak. Nejprve opravu zaplatím a pak pošlu pojišťovně stvrzenku. Ze soukromého pojištění si můžu nechat proplatit třeba i rehabilitaci.“

„Moje poslední otázka se bude týkat Thomaheimu. Chci se Tě zeptat, jaká vidíš pozitivní a negativní na Thomaheimu, a co pro Tebe znamená možnost bydlet tady.“

„Výhoda je, že je tady tolik lidí. Když bych bydlela sama, měla bych jednoho asistenta a pořád bych všechno dělala jen s ním. Tady přijde pokaždé někdo jiný, někdo nový. Není to pak taková ponorka. Nevýhoda je asi to, že když je málo personálu, tak musí člověk dlouho čekat, nebo třeba nemůže někam jet, protože ho nemá kdo odvést. Jinak je ale podle mě hodně důležitý, že existuje takovýhle zařízení. Člověk se pak víc osamostatní.“

Ulli úspěšně dokončila studium psychologie a shání práci. Bydlí sama v bezbariérovém bytě v Regensburgu a osobní asistence je jí poskytována organizací Phönix.

2.2.3 Porovnání výpovědí

Z výpovědí všech studentek jasně vyplývá, že se v životě každého mladého člověka vyskytne okamžik, kdy se chce sám postavit na vlastní nohy a osamostatnit se. Jelikož odpoutání od rodiny během studia z finančního hlediska není dost dobře možné, nabízí se zde jiná alternativa a tou je právě odpoutání fyzické. Možnost organizovat si svůj čas sám, hospodařit s financemi, vést vlastní domácnost, ... Ve všech odpovědích jasně zaznělo „Doma už jsem být nechtěla.“, protože jde o přirozenou potřebu mladého člověka. Pokud se v tomto směru vrátím k oběma internátním zařízením, je z výpovědí patrné, že v Thomaheimu je mladý člověk více odkázán sám na sebe. Je nucen organizovat si vlastní život sám bez pomoci jiné osoby.

Dalším důležitým momentem ve výpovědích všech studentek byla otázka integrace na škole běžného typu. Na příběhu Jany můžeme vidět, jak je důležité zvážit všechny možnosti a snažit se je přizpůsobit potřebám dítěte, a také to, že integrace nemusí vždy nutně znamenat

krok vpřed. Jinou zkušenost ovšem zažila Olga, která se cítila lépe jako integrovaná. Z odpovědí německých studentek byla více patrná snaha řešit nevyhovující situace a „posouvat hranice dál“. Je naprosto zřejmé, že vše ovlivňuje individualita člověka, a proto je velice obtížné poskytovat každému (pro něho) to nejlepší v rámci jedné organizace. Ukazuje se také, jak moc je situace dítěte ovlivněna, pokud je s ním ve škole přítomen jeden z rodičů v roli asistenta. Z výpovědí vyplývá, že přítomnost rodiče v určitém směru brzdí navázání kontaktu s ostatními žáky případně učiteli a vyvolává v dítěti pocit méněcennosti.

K možnosti využití asistence a sociálnímu zabezpečení osob s tělesným postižením se vyjadřuji v závěru praktické části. Z výpovědí německých studentek je však patrná možnost čerpání více druhů dávek na zajištění speciálních pomůcek a služeb.

Během rozhovoru jsem si také jasně uvědomila, jak je každý člověk individuální a má jiné potřeby. To, co vyhovuje jednomu, nemusí vyhovovat druhému, to, co jeden chápe jako pozitivum, jiný chápe jako negativum, byť se jedná o člověka podobného charakteru s podobnými zájmy i podobným typem postižení. Člověk často zmýlí, pokud si myslí, že ví, co potřebuje ten druhý a co mu vyhovuje, když se ho na to nezeptá.

2.3 Prointegrační opatření na pražských vysokých školách

S vidinou výše popsané možnosti ubytování během studia v Regensburgu, jsem se začala zajímat o situaci na vysokých školách v Praze a chtěla jsem zjistit, jaké možnosti jsou nabídnuty studentům s tělesným postižením. Takové zařízení jako je Thomaheim se v Praze nevyskytuje, je zde však možnost ubytování na bezbariérových kolejích. Následující informace obsahují kontakty na osoby, které se danou problematikou na vybraných vysokých školách zabývají.

Metropolitní univerzita Praha o.p.s. (dříve Vysoká škola veřejné správy a mezinárodních vztahů)

Tato škola zahájila již v roce 2003/04 „Program pomoci studentům se zdravotním postižením“. Škola má plně bezbariérový přístup a celkové bezbariérové vybavení. Studentům s tělesným postižením poskytuje, kromě bezplatného studia, bezplatně i osobní počítače s připojením k internetu, diktafony a další pomůcky, včetně studijní literatury, a péči studijní poradkyně. Umožňuje jim studovat podle speciálního studijního režimu a přizpůsobuje komunikaci jejich možnostem (elektronická komunikace, studijní materiály na internetu, individuální konzultační hodiny pedagogů apod.). V rámci tohoto programu bylo

zřízeno **Denní centrum MUP**, kde někteří studenti s postižením pracují jako dobrovolníci a poskytují zde informačně - poradenské služby.

Škola spolupracuje se státními úřady a dalšími společnostmi (institucemi) při hledání prvního zaměstnání pro studenty s postižením, kteří zde mají možnost vykonávat studentskou odbornou praxi.

V lednu 2007 zahájila škola ve druhé bezbariérové budově na Žižkově provoz dvou chráněných pracovišť se správními, ekonomickými a sociálními službami, kde budou zaměstnáváni naši studenti s postižením v rámci realizace projektu: **Vytvoření tréninkových pracovišť pro osoby se zdravotním postižením**. Tento program umožní studentům vyzkoušet si během 14 měsíců ve vytvořených prostorách pracovní proces. Tím jim bude usnadněn vstup na trh práce.

V rámci **programu mezinárodní mobility studentů ERASMUS** vyjednala škola s partnerskou univerzitou v Brémách možnost studijních pobytů našich vozíčkářů.

Od akademického roku 2007/08 má Metropolitní univerzita Praha, o.p.s. **bezbariérové ubytovací zařízení s kapacitou 34 lůžek** ve dvoulůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Cena ubytování je 2.000 Kč/měsíc. Kolej se nachází v Praze 9, Učňovská 1 (Jarov).

Kontakt na Denní centrum MUP: Mgr. Jaroslava Kněnická (studijní poradkyně studentů s handicapem a vedoucí Denního centra): knenicka@mup.cz, www.mup.cz

Vysoká škola ekonomická v Praze (VŠE)

V rámci rozvojového projektu vzniká na VŠE v Praze centrum služeb pro handicapované studenty – **Středisko handicapovaných studentů (SHS)**. Jeho cílem je otevřít možnosti studia na VŠE studentům s různými druhy postižení, především zrakově a pohybově znevýhodněným. SHS bude koordinovat veškeré podpůrné aktivity, poskytovat odbornou pomoc a nabízet technické zázemí ve formě vhodně zvolených kompenzačních pomůcek. Nepůjde cestou vytváření speciálních předmětů pro handicapované studenty, ale s jeho podporou budou tito studenti integrováni do jednotlivých studijních programů. Dále plánuje SHS vybudovat systém těsnější spolupráce univerzit v oblasti přístupu ke studentům se specifickými potřebami a aktivně se na takové spolupráci podílet pravidelným organizováním setkání jednotlivých vysokých škol, kde budou předávány konkrétní zkušenosti.

Kontakt na Středisko handicapovaných studentů: Martin Ctibor, ctibor@lignamon.cz, tel. 739 941 134 (www.vse.cz)

Univerzita Karlova

Pracovníci katedry speciální pedagogiky PedF UK vytvořili systém poradenských služeb pro studenty vlastní fakulty. V poradně se pravidelně střídají odborníci s dílčími specializacemi. Působí zde také somatoped. Osobní asistence je často poskytována samotnými studenty.

Informačně-poradenské centrum UK zajišťuje agendu v oblasti studia zdravotně postižených studentů na UK a péče o ně (Kancelář pro studenty se speciálními potřebami). Informace, které poradenské centrum poskytuje:

všeobecné informace, asistence při studiu na UK, publikace pro studenty se speciálními potřebami, kancelář pro studenty se speciálními potřebami, kontakty na fakultách, speciální pracoviště na UK i mimo ni, centrum sportovních aktivit zdravotně postižených studentů UK, přístupnost budov UK, literaturu pro zrakově postižené, možnosti ubytování a stravování.

Protože nebyl k dispozici žádný přehled toho, které budovy jsou přístupné (a jak), byli v průběhu uplynulých dvou let osloveni přímo handicapovaní studenti s prosbou o zmapování budov, kde se nejvíce pohybují, a o předání postřehů a nápadů. Díky nim (a také jejich přátelům) se podařilo vytvořit alespoň základní přehled o fakultách, na nichž studuje nejvíce imobilních studentů, a o některých kolejích a menzách. Tyto přehledy jsou průběžně aktualizovány a cílem je rovněž zmapovat další budovy. Aktuální informace na <http://www.cuni.cz/UK-60.html>.

Kontakt na informačně-poradenské centrum UK: Kancelář pro studenty se speciálními potřebami - PhDr. Kateřina Šámalová, Alice Melounová, DiS., ipc@ruk.cuni.cz

Celetná 13, Praha 1 – Staré město

přízemí (bezbariérový přístup)

Telefon: 224 491 604

Přehlednou tabulku o stavu vysokých škol z hlediska bezbariérovosti naleznete v publikaci L. Květoňové: *Vysokoškolské studium se zajištěním speciálně-pedagogických potřeb* na str. 28 (kap. 1.9. – *Přístupnost prostředí vysokých škol a identifikace architektonických bariér*).

Informace o pražských bezbariérových státních bytech podává paní Heřmanová na magistrátu hlavního města Prahy. U ní mohou také osoby s tělesným postižením podávat žádosti.

2.4 Shrnutí praktické části

V praktické části jsem nejprve popisovala dvě internátní zařízení pro osoby s tělesným postižením – vysokoškolskou kolej v Regensburgu a internátní zařízení v rámci Jedličkova ústavu v Praze. Snažila jsem se zhodnotit pozitiva a negativa obou zařízení a sdělit své vlastní postřehy. V druhé části jsem pomocí řízených rozhovorů zjišťovala názory samotných studentů s tělesným postižením (resp. klientů těchto zařízení) v obou zemích.

Dalším smyslem praktické části bylo nastínit problematiku sociálních systémů a asistence pro osoby s těl. postižením a ukázat, jak v praxi fungují zákony popisované v teoretické části.

Na první pohled se zdá, že sociální systém v Německu umožňuje osobám s tělesným postižením volit z většího množství dávek sociální péče a pokrýt tak veškeré náklady, které se vážou na tělesné postižení. Pokud ale bereme v úvahu příspěvek na péči a dávky sociální péče v České republice zjistíme, že jde o pokrytí zhruba stejného spektra speciálních potřeb uživatelů jak v České republice tak v Německu. Jen finanční výše příspěvků je odlišná. Pro srovnání uvádím následující příklad:

Občan ČR pobírající příspěvek na péči I. stupně, tedy 800Kč, si je schopen z tohoto příspěvku zaplatit asistenta na cca 9,5 hodiny v měsíci při max. odměně 85Kč/hod. Občan SRN pobírající příspěvek na péči I. stupně v jeho peněžitém plnění si je schopen zaplatit asistenta při průměrné odměně 9€/hod na cca 23hodin v měsíci.

Jeden z dalších rozdílů spočívá v tom, že zákon České republiky přímo stanovuje způsob využití jednotlivých dávek sociální péče (např. příspěvek na motorové vozidlo). Možnosti využití tzv. „Eingliederungshilfe“ nebo „Hilfe zur Pflege“ jsou široké. Příslušný orgán pouze schvaluje, zda je požadované poskytnutí finanční částky, či proplacení zakoupené pomůcky (ať už se jedná např. o pončo na elektrický vozík – viz. rozhovor s Marinou) v souladu s možnostmi využití příspěvku stanovených v sociálním zákoníku. Německý sociální systém proto považuji za flexibilnější. Německý sociální systém také zahrnuje více druhů pojištění, proto může osoba s tělesným postižením žádat u většího počtu příslušných orgánů. Má tedy větší šanci na pokrytí svých speciálních potřeb. Český sociální systém nabízí oproti německému více konkrétních jednorázových příspěvků a úlev pro osoby s postižením.

Zajímavou formou vyplácení dávky sociálního pojištění je tzv. „Persönliches Budget“ – osobní rozpočet, který je podle mého názoru zatím nejvyšší formou čerpání dávky tzv. seburčujícího typu. Jedná se v podstatě o sdružení všech možných čerpatelných dávek pro danou osobu. Rozdrobenost financí do více institucí, se na tomto místě odstraňuje. Osoba

s postižením má k dispozici jakýsi peněžní balíček, ze kterého čerpá a nakupuje služby od nejrůznějších poskytovatelů, nebo se stává sama zaměstnavatelem. V takovém případě si daná osoba sama vyhledá a proškolí osobního asistenta bez pomoci organizace zprostředkovávající tyto služby. Existují však organizace, které jsou v tomto směru nápomocné.

Posun tímto směrem přichází v České republice spolu se zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v němž je zakotven příspěvek na péči. U zmíněného zákona bych se na zde ráda pozastavila. Člověk s postižením má nyní možnost rozhodnout se sám, jak se sociální dávkou naloží - pro co ji využije. Uživatelé sociálních služeb však mnohdy nechápou, že peníze na služby mají skutečně k nákupu těchto služeb využít, často se domnívají, že se jedná o příspěvek na přilepšení jejich životního standardu (životní standard takového člověka se má ale ve skutečnosti zlepšit tím, že si sám najde nejvhodnější způsob pomoci). V praxi to bohužel vypadá následovně: podle dřívějších předpisů hradili osoby s postižením například za poskytovanou osobní asistenci doplatek 20 Kč za hodinu, protože stát dotoval organizaci, zajišťující tuto službu. Po nabytí účinnosti nového zákona o sociálních službách stát dotaci těmto a podobným organizacím již neposkytuje (mnoho organizací má nyní finanční problémy), protože peníze na služby (v tomto případě na osobní asistenci) dostávají přímo lidé s postižením. Úhrada za hodinu osobní asistence je stanovena sazbou max.. 85Kč/hod. Mezi lidmi s postižením panuje mínění, že je to velmi drahé a zájem o tuto službu klesá. Někteří tvrdí, že peníze sice mají, ale je pro ně těžké danou službu vybrat a vyhledat. Proto hraje velice důležitou úlohu dobrá informovanost uživatelů o nabídkách poskytovatelů soc. služeb, ale i to, zda poskytovatelé budou schopni přizpůsobit nabízené služby co nejvíce potřebám jednotlivých klientů. Osoby v České republice jsou podle mého názoru stále ještě zvyklí na to, že jim stát přímo určí formu pomoci a plně či z větší míry ji uhradí. Se zákonem o sociálních službách se ale všechno mění, lidé mají možnost volby a s tím je spojená i určitá zodpovědnost. Rozdíl je však v tom, že osoby s postižením v Německu mohou tzv. „*Persönliches Budget*“ využít jako jednu z možností, osoby s postižením v České republice jinou možnost nemají.

Asociace pro osobní asistenci (dále jen APOA) se tímto problémem v České republice zabývá, jelikož se ve většině případů jedná především o „nákup“ služeb osobní asistence. Jde o asistenci seburčujícího typu, postavené na co největší samostatnosti uživatele sociálních služeb, který si má sám najít, vybrat, vyškolit a také průběžně instruovat člověka, který o něho bude pečovat. Při tomto způsobu péče má sice daná osoba největší možnost volby, jak bude péče probíhat, leč zároveň naráží na to, že postrádá informace a dovednosti na zajištění této služby. Proto pořádá APOA kurzy pro osoby, které si hodlají obstarávat asistenci bez

prostřednictvím organizací. Zatím však lze školit pouze v Praze, protože jen tady dostala organizace finanční dotaci na projekt „Učme se a učme“. *„Pro to aby si klient sám byl schopen najít a proškolit vyhovujícího osobního asistenta je potřeba vyznat se zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a další legislativě, která se týká osob se zdravotním postižením a právě toto je obsahem zmiňovaného projektu, který se zabývá všemi cestami, jež vedou ke kompenzaci zdravotního postižení“*.*

Nedostatečnost, kterou v tomto směru spatřuji v České republice, je určování stupně závislosti a s ním spojené výše příspěvku na péči. Jak můžeme vyčíst z uvedených rozhovorů, není posuzování míry samostatnosti vždy objektivní (zde bych chtěla uvést, že nezáleží pouze na šetření, které provádí sociální pracovníce, ale také na zdravotní dokumentaci a posudku lékaře). Požádala jsem v tomto směru o názor paní M. Kunovou, sociální pracovníci Jedličkova ústavu. *„Podle toho s čím se setkávám tady, jsem toho názoru, že míra příspěvku je jednak nízká a jednak nesedí stupně závislosti určené u jednotlivých lidí. Často se tady setkávám s tím, že lidé, kteří jsou na tom hůř, berou míň než lidé, jejichž postižení není tak těžké. Vypadá to, že sociální pracovníce mají rozhodující stanovisko oproti lékařskému posudku. Mezerou v tomto systému je také to, že ne všude jsou splněny podmínky k tomu, aby si lidé mohly vybírat služby sami. V Praze možná ano, i tady je ale někdy problém sehnat asistenta do nočních hodin. Malá města mají ale problém s nedostatečnou nabídkou služeb. Další problém je to, že organizace poskytující služby jsou teď více bez finančních prostředků, protože příspěvky jsou přiznávány na adresy uživatelů služeb, kteří je ne vždy užívají k určeným účelům. Proškolení asistentů, které jsou podle zákona organizace povinné zajistit, je další finanční ale i časová zátěž pro tyto organizace. Není proto divu, že řada z nich má existenční problémy.“*

* Hrdá, J.: Jak si obstarat péči, čas. Můžeš, červen 2007 nebo www.apoa.cz

Závěr

Touto prací jsem chtěla sdělit poznatky získané během své praxe v České republice a v Německu, které se týkají možností zajišťujících podmínky profesního vzdělávání osobám s tělesným postižením. Mým záměrem bylo popsat a porovnat tyto možnosti. Mezi podmínky profesního vzdělávání osob s tělesným postižením zahrnuji především osobní asistenci, finanční a hmotné zabezpečení odvíjející se od speciálních potřeb zmiňovaných osob a možnosti samostatného bydlení. Proto kladu ve své práci důraz na sociální systémy obou zemí, sociální zákony a jejich realizaci v praxi.

K porovnání možností zajišťujících výše uvedené podmínky jsem využila popisu dvou internátních zařízení v obou zemích a dále řízené rozhovory se čtyřmi studenty s tělesným postižením, které uvádím v praktické části této práce. Rozhovory sice probíhaly jen ve dvou zařízeních, mohou však inspirovat k hlubšímu a plošně působícímu šetření.

Cílem mé práce nebylo zjišťovat statistická data, ale pouze nastínit danou problematiku. Jsem si vědoma toho, že porovnáním několika konkrétních případů a dvou zařízení nemohu objektivně postihnout tuto problematiku v rámci celé České republiky a celého Německa.

Pro tuto práci jsem si stanovila následující hypotézu:

„Domnívám se, že přestože je Česká republika vyspělým demokratickým státem a členem Evropské unie stejně tak jako Německo, budou možnosti zajišťující podmínky pro vzdělávání osobám s tělesným postižením na rozdílné úrovni.“

Tato hypotéza se mi na základě výše popisovaných skutečností potvrdila. Rozdíly mezi Českou republikou a Německem v možnostech zajišťujících podmínky profesního vzdělávání a sociálních službách pro osoby s tělesným postižením tedy existují. Obě země se v těchto oblastech vyvíjí podobným směrem, je zde však patrný vliv historického vývoje každé z zemí po II. světové válce (v Německu mám na mysli Bavorsko – tedy východní část země) a nastavení daňového systému (systému pojištění), ze kterého se čerpají finanční prostředky na vyplácení jednotlivých dávek (občané v Německu jsou daňově více zatíženi než občané České republiky).

Dalším rozdílem obou zemí, který se v této oblasti také silně odráží, je tradice církve a náboženství. Mnoho organizací a zařízení v Německu vzniká právě pod záštitou církve, která

má dostatek finančních prostředků, jelikož každý „oficiálně“^{*} věřící člověk je povinen platit měsíčně poplatek církvi, ke které se hlásí. K prestiži každé firmy také patří pravidelné přispívání církvi. V České republice církev takovou tradici nemá a finanční prostředky čerpá především od státu.

Toto jsou všechny oblasti, které ovlivnily nastavení možností zajišťujících podmínky profesního vzdělávání a sociálních služeb pro osoby s tělesným postižením v obou zemích, přesto však nemohu říci, že by rozdíly mezi Českou republikou a Německem v tomto směru byly nějak zvlášť markantní. V obou zemích se podle mého názoru osobám s tělesným postižením dostává dostatečné péče i finanční podpory. Přesto bych však v České republice doporučovala orientovat se při posuzování stupně závislosti více na posudek lékařských odborníků nebo stanovit kontrolní orgán nad činností sociálních pracovníků provádějících kontrolní šetření pro určení míry závislosti osob. Výrazným rozdílem, jak jsem již uváděla ve shrnutí praktické části, je výše finančního plnění dávek. Další problém, který je podle mého názoru potřeba v České republice odstranit, je příliš složitý systém při posuzování vzniku nároku na příspěvek či slevu. Mám tím na mysli procesy, kterými musí každý člověk, který o něco žádá, projít - od kontrolního vyšetření přes veškerá doporučení a razítka. Zajímavým řešením vyplácení dávek je tzv. osobní rozpočet užívaný v Německu, který umožňuje osobám s postižením nákup jednotlivých služeb z předem stanoveného peněžního „balíčku“. Tato alternativa by však byla realizovatelná v České republice pouze ve větších městech, jelikož předpokládá dostatečnou nabídku poskytovatelů jednotlivých služeb či pomůcek. Přesto se tomuto způsobu „hospodaření s dávkou“ příspěvek na péči v České republice velice blíží. Je to způsob, který podporuje samostatnost, dává možnost svobodné volby osobám s postižením, a také podporuje konkurenceschopnost jednotlivých poskytovatelů, což znamená zvýšení kvality služeb, proto jsem určitě pro jeho další fungování, ale ne pouze jako jediné možnosti.

* k určitému vyznání se člověk může oficiálně přihlásit na úřadě

Informační zdroje

1. **CHVÁTALOVÁ, H.** *Jak se žije dětem s postižením.* Praha: Portál 2001.
ISBN 80-7178-588-1
2. **JANKOVSKÝ, J.** *Etika pro pomáhající profese.* Praha: Triton 2003.
ISBN 80-7254-329-6
3. **JESENSKÝ, J.** *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených.* Praha: Karolinum 1995. ISBN 80-7184-030-0
4. **JESENSKÝ, J.** *Integrace – znamení doby.* Praha: Karolinum 1998.
ISBN 80-7184-691-0
5. **KÁBELE, F.** *Somatopedie.* Praha: Karolinum 1993.
ISBN 80-7066-533-5
6. **KOPŘIVA, K.** *Lidský vztah jako součást profese.* Praha: Portál 1997.
ISBN 80-7178-150-9
7. **KŘIVOHLAVÝ, J.** *Jak neztratit nadšení.* Praha: Grada Publishing 1998.
ISBN 80-7169-551-3
8. **KVĚTOŇOVÁ, L.** (ed) *Vysokoškolské studium se zajištěním speciálně-pedagogických potřeb.* Brno: Paido 2007. ISBN 978-80-7315-141-6
9. **PIPEKOVÁ, J.** (ed): *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* Brno: Paido 2006.
ISBN 80-7315-120-0
10. **SLOWÍK, J.**: *Speciální pedagogika.* Praha: Grada Publishing 2007.
ISBN 978-80-247-1733-3
11. **SOVÁK, M.**: *Nárys speciální pedagogiky.* Praha: SPN 1980.
ISBN 14-293-72
12. **VÁGNEROVÁ, M.**: *Psychologie handicapu.* Praha: Karolinum 1992.
ISBN 80-7066-582-3
13. **VÁGNEROVÁ, M.**: *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál 2004.
ISBN 80-7178-802-3
14. **VÍTKOVÁ, M.** a kol.: *Integrativní speciální pedagogika.* Brno: Paido 1998.
ISBN 80-85931-51-6
15. **MÄRZHÄUSER, U.**: *Wenn der Bruder und die Schwester anders ist...Empirické šetření porovnání sourozeneckých vztahů dětí s postižením a bez postižení.* Diplomová práce. Philosophische Fakultät II, Universität Regensburg 2008.

Jiné zdroje:

časopis Můžeš, červen 2007

zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.

Rukověť sociálního pracovníka - brožura Jedličkova ústavu pro pracovníky, Jedličkův ústav a školy 2007

www.mpsv.cz (12.8. 2009)

www.msmt.cz (12.8. 2009)

www.avicena.cz (5.8. 2009)

www.apoa.cz (11.8. 2009)

www.zdrav.cz (3.8. 2009)

www.c-m-t.cz (29.6. 2009)

<http://www.sma-anna.cz> (12.8. 2009)

www.studentenwerke.de (14.8. 2009)

www.sozialgesetzbuch.de (14.8. 2009)

Seznam příloh

Příloha č. 1 – charakteristika tělesných vad a onemocnění

Dělení pohybových vad a poruch či tělesných postižení jsou různá. V následujícím dělení vycházím především z autorů: F. Kábele³¹, M. Vítková³², J. Slowík³³.

1. Vrozené tělesné (vývojové) vady

V současné době se s úspěchem provádí screening vrozených vývojových vad ultrazvukem. Patří sem nejrůznější **malformace** (patologické vyvinutí) různých částí těla:

Amelie - nevyvinutí jedné či více končetin

Dysmelie - nedokonalé vyvinutí končetin

Fokomelie - stav, kdy končetina navazuje přímo na trup

V některých zemích (zejména v SRN) byl před lety zaznamenán hromadný výskyt amelii a dysmelií v důsledku užívání léku contergan v těhotenství (dnes je tento lék zakázán).

Luxace a subluxace kyčelních kloubů - luxace (vybočení kloubní hlavice)

Poměrně častá vrozená vada postihující převážně dívky (6:1). Dítě postižené touto vadou začíná chodit později, při chůzi se unaví mnohem rychleji než ostatní a stěžuje si na bolesti v kyčlích. Luxace může být jednostranná (projevuje se kulháním) nebo oboustranná (projevuje se kolébavou tzv. „kachní“ chůzí). S podobným problémem se potýkají jedinci trpící subluxací, byť se v tomto případě jedná o částečné vybočení kloubní hlavice.

V těchto případech je velice důležitá prevence a včasné zjištění vady. Ta je patrná z ultrazvukového vyšetření, které se provádí v porodnici max. do šesti týdnů po narození.

Perthesova choroba

Jedná se o zánětlivé onemocnění hlavice stehenní kosti neznámého původu (někdy bývá jako příčina uváděn úraz, či luxace kyčelního kloubu). Projevuje se v kojeneckém věku, ale i později (kolem 5. - 7. roku). Během dlouhodobé léčby (až dva roky) je nutný naprostý klid na lůžku.

³¹ Kábele, F. *Somatopedie*. Praha: Karolinum 1993, s. 65.

³² Vítková, M. *Somatopedie: Klasifikace pohybových vad*. In Pipeková, J.(ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, s. 169-177.

Vítková, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido 1998, s. 90-98.

³³ Slowík, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada Publishing 2007, s. 99-100.

Vrozené vady páteře

Vrozený nedokonalý vývin páteřního kanálu (nejčastěji v bederní části), který se úplně neuzavře se nazývá *rozštěp páteře*. Rozlišuje se do tří typů:

- *spina bifida* - samotný rozštěp páteře bez postižení míchy nebo jejích plen
- *meningokéla* - rozštěp páteře a míšních plen
- *meningomyelokéla* - rozštěp páteře, plen a míchy
- *myelokéla* – mícha leží volně bez překrytí kůží (otevřená spina bifida)

V těchto případech se poměrně brzy provádí neurochirurgická operace. U posledních dvou typů je prognóza nepříznivá. Zmíněná vada vyvolává u postižených částečné až úplné ochrnutí dolních končetin, které jsou špatně prokrvovány a někdy i deformovány. Postižené bývají i svěrače (dítě neudrží moč ani stolici), kůže na hýždích je necitlivá a náchylná k proleženinám. U této vady nebývá postižen intelekt. V současné době postižení tohoto druhu ubývá díky provádění včasného screeningu ultrazvukem.

Achondroplázie

Je vrozená porucha kostry, která se projevuje malým vzrůstem a změnou tělesných proporcí. Paže a nohy jsou u osob s achondroplázií obzvláště krátké, kdežto hlava je neúměrně velká. Disproporčnost je nápadná již u novorozenců. Z tohoto důvodu se tato porucha může zpočátku jevit jako tzv. hydrocefalus ("vodnatá hlava"). V protikladu k opravdovému hydrocefalu však zpravidla nenastává tak závažná situace, při které je nutné mozkový mok uměle odvádět. Během celého dětství je pak zpomalen růst, proto dospělí dosahují výšky pouze kolem 115 - 135 cm (v průměru 125 cm). Příčina achondroplázie je známa od roku 1994 (kdy byl objeven gen zodpovědný za achondroplázii, nemyslí se tedy určení rizikových faktorů). Léčba, která by achondroplázii "odstranila" (vyléčila její příčinu), neexistuje. Díky lékařské péči však mohou být včas rozpoznány průvodní obtíže a lze tak předejít jejich škodlivým následkům³⁴.

³⁴ Spranger, J., Menger, H. *Achondroplázie* - článek [online]c.1999 [cit. 2007-06-28]. Dostupné z <<http://www.palecek.nebesa.cz/magazine/1999/7.asp/>>

2. Získané tělesné vady

Ortopedické vady páteře

Patří do skupiny **deformací** (vrozené ale i získané vady, charakteristické nesprávným tvarem některé části těla). Příčiny vadného držení těla mohou být vnitřní - fyziologické (růstové, konstituční, dědičné vlivy, výživa, nerovnoměrný růst dítěte) a vnější - způsobené prostředím (nedostatek pohybu, předčasné posazování kojence, dlouhotrvající sedavá poloha, obezita, jednostranný pohyb, předčasná sportovní specializace, spánek na měkkém lůžku s vysokým podhlavníkem, nesprávná výška nábytku neodpovídající proporcím dítěte - stůl, židle,...).

Vadné držení těla se vyznačuje buď změnami v zakřivení páteře nebo labilním a nestálým držením těla. Skutečné deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí.

Prvním stupněm je návykové držení, při kterém dítě po upozornění nebo předvedení dokáže vlastní silou zaujmout správnou polohu těla. Při druhém stupni je možné vyrovnání ortopedické vady již jen s dopomocí a ve třetím stupni jde o fixovanou vadu, jejíž náprava je velice obtížná. V tomto případě je nutné nošení korzetu nebo operativní řešení. Pro děti s ortopedickými vadami druhého a třetího stupně jsou k dispozici speciální léčebny (Košumberk, Lipnice nad Sázavou, Brandýs nad Orlicí).

Páteř se může deformovat v rovině sagitální (předozadní), čímž mohou vznikat:

- *zvětšená krční lordóza* - nápadné kulaté ohnutí krku
- *bederní hyperlordóza* - prohnutá záda a vyvalené břicho, svalová nerovnováha a ochabnutí břišních svalů, bederní páteř je nadměrně přetížená
- *hrudní kyfóza* - kulatá záda
- *plochá záda* - nedostatečné zakřivení páteře, páteř je funkčně méněcenná, nepružná, tato vada vzniká na vrozeném konstitučním podkladě - oslabení a nedostatek stimulace svalstva

Častější jsou však deformace v rovině frontální (čelní), které se projevují vychýlením od středové roviny. Jedná se o nejrůznější druhy **skolióz** a s nimi spojené **rotace**. Skoliózy se dělí podle místa vzniku na krční, hrudní a bederní a také podle typu vybočení (typ C - vybočení vlevo, typ D - vybočení vpravo, typ S - složená skolióza)

Důležitá je preventivní posilování zádových a břišních svalů, či včasná návštěva ortopeda a cvičení stanovených rehabilitačních cviků. Rodiče by u svých dětí měli dbát na správné nošení batohu, který bývá často velice zatížen školními pomůckami. Nošení batohu na jednom rameni bývá jednou z nejčastějších příčin získaného vadného držení těla.

Amputace

Amputací rozumíme umělé odnětí části končetiny od trupu. Nejtěžší úrazy, které jsou příčinou amputace, vznikají při dopravních nehodách, při zasažení elektrickým proudem, při neopatrné manipulaci s rozbuškami, zbraněmi a jinými hořlavinami. Čím mladší dítě je postiženo úrazem, tím snadněji se vyrovnává s následky. Pozdější úrazy a následné amputace mají zejména v období dospívání za následek vznik různých nežádoucích komplexů, které ztěžují život mladého člověka a komunikaci s okolím.

Jakmile se operované místo zahojí, následuje rehabilitace, výcvik zbylých částí končetin a nacvičování chůze s protézou nebo ovládání protézy horní končetiny. Dětské amputace mají svou zvláštní problematiku - kosti dětem i po amputaci nadále rostou a místo, kde k amputaci došlo, se po čase zašpičatí. Hrozí protržení měkkého pokožkového krytu a proto dochází znovu k operativním úpravám. Celkové léčení a hojení je u dětí rychlejší.

Další příčinou amputace mohou být cévní onemocnění např. *choroba Bergerova - Winiwarterova*, při níž vzniká akutní zánět tepen a žil a dochází k postupující trombóze. Důvodem amputace jsou i zhoubné nádory na končetinách nebo onemocnění infekčního charakteru, která nelze zvládnout běžnými prostředky a postupy.

Spolupráce s plastickou chirurgií a s protetickým oddělením je v těchto případech nezbytná.

Traumatické obrny

Vznikají při úrazech, které způsobují buď otevřené nebo uzavřené poranění hlavy, při němž může být zasažena lebka i mozek. Tato poranění jsou různě odstupňovaná a dělí se na:

- *komoce* - otřes mozku (lehký, střední a těžký)
- *komprese* - stlačení mozku
- *kontuse* - nejtěžší zhmoždění mozku

Při všech úrazech hlavy je důležité sledovat dítě i delší dobu po úderu do hlavy. Potíže se totiž nemusí objevit ihned, ale až po několika hodinách. Mezi příznaky patří motání hlavy, zvracení, únava až spánek. Ve všech případech úrazu hlavy je nutné vyhledat lékařské ošetření.

Obrna míchy

Je častou příčinou úrazu páteře s následným poraněním míchy, ale může nastat i vlivem různých onemocnění (zánětlivá onemocnění, ischemie, mrtvice, dětská mozková obrna,...). Celkový stav postiženého a zachování pohybové hybnosti závisí jednak na tom,

zda mícha byla poškozena částečně nebo úplně a jednak na tom, ve kterém místě byla zasažena. Čím je mícha zasažena blíže ke krční oblasti, tím je stav postiženého závažnější.

Podle místa a závažnosti míšního poškození nebo poškození mozku vznikají jednotlivé *parézy* (omezení hybnosti) a *plegie* (úplná ztráta hybnosti):

- *hemiparéza* - jednostranná porucha hybnosti končetin způsobená poškozením protilehlé poloviny mozku nebo míchy nad úsekem křížení nervových vláken (pod úsekem prodloužené míchy je porucha lokalizována na stejnou stranu poškození míchy)

- *paraparéza* - centrální porucha hybnosti dolních končetin způsobená zásahem míchy v oblasti bederní nebo křížové

- *kvadraparéza* - centrální porucha hybnosti všech končetin způsobena poruchou míchy v místě přechodu z krčního úseku do hrudního

- *hemiplegie* - úplné ochrnutí pravé nebo levé poloviny těla způsobeno poškozením protilehlé poloviny mozku nebo míchy nad úsekem křížení nervových vláken (pod úsekem prodloužené míchy je porucha lokalizována na stejnou stranu poškození míchy)

- *paraplegie* - úplné ochrnutí poloviny těla (obvykle dolní), souvisí s poraněním míchy nebo jako následek otlaku míchy způsobeného nádorem, zároveň mohou být porušeny nervy zásobující orgány malé pánve (močové a pohlavní ústrojí)

- *kvadraplegie* - úplné ochrnutí všech končetin jako následek poranění mozku nebo míchy v její horní části

3. Tělesné vady vzniklé z důvodu onemocnění

Chorob, které mohou způsobovat vznik tělesného postižení je mnoho. V této kapitole proto uvádím ty nejznámější a ty, se kterými jsem se ve své praxi setkala.

Zánětlivá onemocnění mozku a míchy

Zánětlivá onemocnění mozku a míchy jsou způsobena malými mikroorganismy (viry nebo bakterie), které se do těla dostanou nejčastěji pomocí nějakého přenašeče např. bodnutí hmyzem.

- *Dětská infekční obrna (poliomyelitida)*

Dříve velice obávané a velmi rozšířené dětské onemocnění (postihovalo zpravidla děti v předškolním věku). Nyní se u nás díky očkování (Sabinova a Salkova vakcína) již nevyskytuje. Od roku 1958 jsou všechny děti povinně očkovány. Onemocnění je způsobeno virem a projevuje se ve dvou fázích. První fáze připomíná chřipku. Po jejím odeznění nastupuje fáze druhá, která je charakteristická vysokými horečkami s příznaky podráždění

mozkových blan. Dochází k zánětu míšních nervových buněk (buňky na předních kořenech míšních), které jsou buď poškozeny, zcela zničeny nebo zánětem stlačeny. Jestliže buňky nejsou schopny se opět zotavit, dojde k nenapravitelnému poškození. Při těžším stupni onemocnění začnou atrofovat svaly a ztrácejí pohybovou schopnost. Dochází tak k ochrnutí končetin. Intelekt zůstává nepoškozen.

- Mozkové záněty (encephalitidy)

Bývají vyvolány mikrobiálními činiteli. Nejznámějšími onemocněními jsou Lymeská borelióza (bakteriální onemocnění) a Klíšťová encefalitida (virové onemocnění), jejichž přenašečem je hmyz. Obě nákazy probíhají zpravidla ve dvou či více fázích, přičemž počáteční fáze může probíhat i inaparentně (skrytě - bez vnějších projevů). V první fázi vnikne mikrob do krve a objeví se příznaky podobné chřipce s horečkou, bolestmi hlavy a nechutenstvím. Po přechodné fázi zdánlivého zlepšení se objeví vysoké teploty, třes, necitlivost a ochrnutí končetin. Častý je i výskyt epileptických záchvatů. Proti Klíšťové encefalitidě existuje vakcinace (inaktivovaný resp. usmrcený virus), Lymeská borelióza se léčí antibiotiky (čím dříve se choroba odhalí, tím menší je riziko vzniklého poškození a doba léčení je kratší). U obou chorob je specifická velká červená skvrna s bílým polem uprostřed v místě vpichu po hmyzím bodnutí.

Stavy po mozkových příhodách, emboliích a nádorech na mozku

V případě nádoru na mozku může dojít k porušení některých mozkových center např. pohybové oblasti, řečové oblasti, paměťové oblasti,... Tato poškození mohou nastat i jako následek operativního zákroku. Při organickém poškození mozku se u pacienta mohou projevat i známky epilepsie. Podobné následky mohou nastat i u mozkových příhod (krvácení do mozku) nebo u mozkových embolií (nedokrvení části mozku a následné odumření mozkové tkáně v důsledku ucpání cévy krevní sraženinou). Podle zasažení hemisféry dochází k levostranné nebo pravostranné hemiparéze nebo hemiplegii (viz. předchozí strana).

Degenerativní onemocnění mozku a míchy

Tato onemocnění se projevují později během života jedince. Dochází při nich k rozpadu nervových vláken a zániku nervových buněk. Nervové dráhy přestávají mít schopnost přenosu informace.

- Mozečková heredoataxie (Senator-Marieova choroba)

Jedná se o dědičné onemocnění, které vzniká postižením jedné nebo obou hemisfér. Dochází k postupné degeneraci mozečku, případně i míchy. Typickými příznaky jsou vrávoravá chůze, nystagmus (třes očí, rychle se opakující rytmické pohyby očí), celková atrofie a poruchy řeči. Důležitá je systematická rehabilitace.

- Roztroušená skleróza mozkomíšní

Je těžkým onemocněním vyznačujícím se ložiskovými změnami mozku a míchy. Vyskytuje se zejména u mladších dospělých (postihuje asi 1% populace). Příznaků je mnoho, nejčastěji jde o poruchy pohybového aparátu (od místní necitlivosti po ochromení pohybu končetiny), poruchy zraku a řeči, neohrabanost (narážení do věcí). V pokročilejším stadiu se objevuje demence.

- Friedrichova heredoataxie

Je degenerativní onemocnění míšních provazců. Začíná se projevovat mezi 6. až 10. rokem života. Typická je zvláštní deformita nohy, nejistá a vrávoravá chůze. V pozdějším stadiu se objevuje spastická (křečovitá) obrna dolních končetin.

- Spinální muskulární atrofie (SMA)

Vzácné onemocnění, které vzniká chybou na 7. nebo 8. genu. Následkem této chyby nedochází k vytváření látky, která za normálních okolností zabraňuje buňkám spustit proces sebezničení. Dochází tak k odumírání buněk předních rohů míšních a k postupné neschopnosti ovládat příčně pruhované (kosterní) svalstva. Na srdce by nemoc bezprostředně vliv mít neměla. Ochabují ale vůlí ovladatelné svaly, a takto postižené dítě, pokud má SMA I. typu, většinou přestane být schopno samo dýchat a časem (do dvou let) je nutné napojení na dýchací přístroj. SMA se dělí zhruba na 3 typy. SMA II - dítě nechodí, je schopno sedět, někdy lézt. SMA III - projeví se většinou až v pubertě a později. Prognóza III. typu SMA je příznivá³⁵.

V dnešní době se jedincům s touto chorobou podává lék valproát (finančně dosti náročné), který má velice pozitivní vliv na zastavení degenerace míchy a podpoření ochabujícího svalstva.

- Onemocnění Charcot-Marie-Tooth (CMT)

Je nejobvyklejší dědičná neuropatie, která postihuje zhruba čtyři tisíce Čechů. CMT je rozšířena celosvětově, vyskytuje se ve všech rasách a etnických skupinách. Přestože byla objevena již roku 1886 třemi lékaři (Jean-Marie Charcot, Pierre Marie a Howard Henry Tooth), onemocnění zůstalo pro lékaře i širokou veřejnost záhadou. U pacientů s CMT se

³⁵Anička a míšní svalová atrofie [online]. poslední revize 8. 2. 2009 [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.sma-anna.cz/sma.html>>

postupně zhoršuje hybnost dolních (a posléze i horních) končetin jako následek poškození jejich periferních nervů. Svaly na končetinách slábnou, protože postižené nervy je dostatečně nestimulují. Navíc dochází i ke zhoršování funkce sensorických nervů zprostředkovávajících vnímání bolesti, doteku, hluboké citlivosti atd. Narozdíl od svalových dystrofií, při nichž je postižena svalová tkáň, choroba CMT postihuje nervy, které svaly zásobují. CMT není smrtelné onemocnění a nijak nezkracuje očekávanou délku života. Jedním z prvních znaků je obvykle vysoce klenutá noha. Při další progresi onemocnění se objevují strukturální deformity nohou. Vzniká tzv. *pes cavus* s kladívkovitými prsty na nohou. Úbytek nervového zásobení na končetinách může vést též ke ztrátě sensorických funkcí. Bývá snížena schopnost rozlišit teplotu horké a studené vody, a stejně tak i schopnost rozlišovat předměty dotekem³⁶.

Revmatické choroby

Revmatická onemocnění (revma) postihují pohybový aparát (klouby, kosti, páteř, ale i svaly, vazy, šlachové úpony), ale mnohdy mohou postihnout i některé jiné orgány. Rozdělují se do několika základních skupin:

- *revmatická onemocnění zánětlivá* - revmatoidní artritida, tzv. systémové nemoci atd.
- *degenerativní revmatické nemoci* - artróza
- *infekční artritidy*
- *metabolické a endokrinní choroby spojené s revmatickými stavy* - dna
- *mimokloubní revmatismus*

Mezi nejčastější a nejznámější patří zejména revmatoidní artritida, Bechtěrevova nemoc a dna.

Progresivní svalové dystrofie (myopatie)

Je dědičně podmíněné onemocnění vyznačující se úbytkem (degenerativní rozpad) svalstva, je přenášeno z generace na generaci prostřednictvím postiženého chromosomu X. Proto choroba postihuje převážně chlapce, dívky onemocní jen zřídka, protože mohou prostřednictvím druhého zdravého pohlavního chromosomu X (na rozdíl od mužského chromosomu Y) nahradit chorobně přeměněný gen, nezbytný pro tvorbu dystrofinu. Podstata nemoci tví tedy v tom, že tělo není schopné vytvářet svalovou bílkovinu (dystrofin) nezbytnou pro tvorbu svalové hmoty. Pro postižené je charakteristická narůstající slabost svalů. S postupem choroby pacient nakonec nemůže úplně natáhnout klouby a dříve či později

³⁶ *Společnost C-M-T* [online]. c 2001, poslední revize 2009 [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.c-m-t.cz/?u1=3&sekce=3>>

se invalidní vozík stává nutností. Toto onemocnění bohužel postihuje i srdeční svalstvo. Dystrofie nejsou vyléčitelné (vyšetřením tkáně pomocí EMG – elektromyograf - se určuje o jaký druh svalového onemocnění se jedná), existuje však řada podpůrných opatření, jejichž cílem je co nejdéle udržet samostatnost postižených. Je známo několik typů svalových dystrofií (neuvádím všechny):

- *Duchennova Dystrofie*

Do třetího roku života se dítě vyvíjí zpravidla normálně. První projevy onemocnění se obvykle objeví při běhání. S vývojem nemoci se děti pohybují nekoordinovaně, působí neohrabaně a nešikovně, často padají, chodí vratce. Nápadný je postoj, při němž má dítě břicho vyklenuté dopředu, páteř je prohnutá (hyperlordóza), často se tvoří ploché nohy a vzniká podvrtnutý kotník, kolena se prohýbají dovnitř. Svaly rostou, mohutní, ale nezískávají na síle, vzniká tzv. pseudohypertrofie (svalová tkáň se odbourává a je nahrazována vazivovou a tukovou tkání), která postihuje lýtkové, sedací a ramenní svalstvo. Vzniklé svalstvo se postupně zkracuje a vzniká skolióza páteře. Všeobecně nemoc probíhá ve vlnách a postupuje od pletence pánevního dolů a pak směrem k hlavě. Při tomto onemocnění je dítě kolem šestého roku odkázáno na invalidní vozík. Prognóza je nepříznivá, předpokládaná délka života je 20 let (častou příčinou úmrtí bývá slabost srdečního a dýchacího svalstva, ke které dochází zpravidla ve spánku).

- *Beckerova dystrofie*

Tato forma svalové dystrofie se projevuje později (mezi pátým a dvacátým rokem života) a postihuje pouze chlapce. Její příznaky jsou podobné jako u Duchennovy dystrofie, ale onemocnění probíhá pomaleji. U 80% postižených se vyvinou pseudohypertrofie lýtkového svalstva. Pánevní a stehenní svaly se stávají z počátku nápadně slabšími, později dochází k lehkým projevům obrny v ramenní, pažní a krční svalové oblasti. Předpokládaná délka života je 50 let, pacienti jsou zhruba od 25. - 30. roku odkázáni na invalidní vozík (záleží na tom, v jakém roce se nemoc projeví)³⁷.

- *Emeryho Dreyfussova svalová dystrofie*

Jedná se o vzácné dědičné onemocnění charakterizované triádou příznaků: Postižení kosterních svalů a kloubů (zejména loket, Achillova šlacha, šíjové svalstvo), porucha srdečního rytmu. Srdeční poruchy se objeví do 30. roku života, u většiny pacientů je nutný

³⁷ *Anamneza* [online]. c 2001, poslední revize 2009 [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.avicena.cz/moduly/nemoc.php3?ID=130&nemoci=ou&menu1=open>>

kardiostimulátor. Podkladem onemocnění je mutace genu X, který kóduje protein emerin (vyskytuje se ve všech buňkách, resp. tkáních těla, nejde tedy výlučně o svalovou bílkovinu).

- Leyden-Moebiova svalová dystrofie

Postihuje obě pohlaví mezi 2. až 40. rokem. Její průběh je velice pomalý, zpočátku postihuje pánevní svalstvo.

- Landouzyho-Dejerineova svalová dystrofie

Tato choroba se projevuje zpočátku ochabnutím obličejového svalstva, později se rozšiřuje na ramenní a nakonec i pánevní svalstvo. Postihuje převážně mladistvé.

Dětská mozková obrna – DMO – Cerebral Palsy (dříve perinatální encefalopatie)

Je neprogresivní neurologické onemocnění (nedochází k nárůstu poškození, poškozené místo se ohraničí a zhojí, k obnově funkce však nedochází), které vzniká v důsledku poškození centrálního nervového systému nebo míchy a z ní vystupujících nervů v období prenatálním, perinatálním i postnatálním. Úplné vyléčení v dnešní době prozatím není možné. Diagnóza se stanovuje na základě vyšetření reflexních pohybů. DMO je jednou z nejčastějších příčin vrozené tělesné vady, která je často kombinovaná s poruchou duševního vývoje a sníženým intelektem (asi 66%), s poruchami řeči (přes 50%), i když verbální složka bývá obecně silnou stránkou těchto dětí, s poruchami chování (asi 50%), s epileptickými záchvaty (od 15% do 70%) nebo postižení smyslového systému, jako jsou vady zraku (tupožrakost, šilhavost, slabozrakost) nebo vady sluchu (různé stupně nedoslýchavosti). U jedinců s diagnózou DMO se často vyskytují také poruchy vizuomotorické koordinace, následně specifické poruchy učení, poruchy pozornosti a snížená kapacita paměti. Můžeme se také setkat se zvýšenou dráždivostí centrální nervové soustavy, která s sebou nese např. projevy lekavosti (jako reakci na prudké pohyby, nečekané dotyky, či zvuky) nebo zvýšenou pohotovost k úzkostnému prožívání.

Dřívější označení „perinatální encefalopatie“ se dnes nadále používá pro souhrn všech druhů a stupňů raného poškození mozku v perinatálním období, které může mít za následek:

- Těžké poruchy hybnosti - dětská mozková obrna
- Poruchy psychomotoriky - lehké mozkové dysfunkce
- Poruchy intelektu, psychiky - mentální retardace
- Poruchy vědomí - epileptické záchvaty

Mezi příčiny DMO v prenatálním období patří všechna onemocnění matky v době jejího těhotenství, při kterých dochází k infekci plodu, virové onemocnění matky – zarděnky, nedostatečná výživa matky, působení nejrůznějších škodlivin, nedonošenost či přenošenost

plodu apod.. V perinatálním období bývá příčinou DMO komplikovaný překotný nebo protražovaný porod, jehož následkem je nedostatečné okysličení plodu, dále porucha pupečníku, krvácení do mozku,...V postnatálním období a v raném dětství se jedná především o infekce centrálního nervového systému, úrazy, vysoké horečky způsobující v raném dětství poškození nervového systému, při vrozeném rozštěpu páteře může dojít i k uskřípnutí míchy.

Důsledek poškození centra v mozku bývá *snížený svalový tonus* (napětí) tzv. *hypotonie* nebo naopak *zvýšená spasticita* (křečovitost) tzv. *hypertonie* projevující se jako porucha hybnosti až celková ztráta hybnosti. Dalšími projevy bývají neúčelné pohyby, porucha rovnováhy, pohyby jsou vykonávány namáhavě a končetiny mohou mít abnormální pozici.

Důsledkem poškození periferních nervů vystupujících z míchy bývá pokles až ztráta svalového napětí a úbytek svalové hmoty.

Do jednoho roku věku dítěte se poškození centra v mozku a poškození periferních nervů míchy projevuje podobně. Centrální poruchy se vyskytují ve větší míře.

DMO nemusí souviset s poruchou intelektu, při poruše centra v mozku však může dojít k mentální retardaci.

Rozlišujeme několik typů DMO:

Spastické typy:

- diparetická forma DMO

Příčinou bývá krvácení do mozku. Postiženy jsou zejména dolní končetiny. Nejčastější projevy jsou tuhé natažené končetiny v kolenou, napnuté špičky (manipulace jen proti odporu). Chůze bývá nůžkovitá (kolena se o sebe třou), po špičkách, s pokrčenými koleny. Vzhledem ke kognitivnímu vývoji je zde prognóza dobrá.

- hemiparetická forma DMO

Příčinou nejčastěji bývá porucha zásobování části hemisféry krví při neprůchodnosti tepny či zánětu. Mozková tkáň pak odumírá a vytváří se dutina nebo jizva. Jedná se o postižení levé nebo pravé poloviny těla horní i dolní končetiny (horní končetina bývá zpravidla postižena ve větší míře). Horní končetina je ohnuta v lokti, dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. Při postižení pravé hemisféry bývá průměrné IQ 90 s převahou verbální složky. V případě postižení levé hemisféry asi polovina postižených nejeví žádné kognitivní poruchy, u druhé poloviny postižených bývá inteligence snížena - nejčastěji na úroveň lehké mentální retardace (průměrné IQ 65) bez rozdílu mezi verbální a názorovou složkou.

- *kvadraparetická forma DMO*

Tato forma postihuje všechny čtyři končetiny, vzniká buď zdvojením formy diparetické (pak jsou ve větší míře postiženy dolní končetiny) nebo zdvojením formy hemiparetické (pak se jedná o převážné postižení horních končetin). Ze spastických forem je zde vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji prognóza nejméně příznivá.

Nespastické typy:

- *dyskinetická forma DMO*

Příčinou bývá poškození šedé kůry mozkové v důsledku nedostatečného zásobení kyslíkem, nebo krvácení. Tato forma postižení se vyznačuje nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, které doprovázejí každý pokus o volní pohyb. Děti s tímto typem postižení mají problémy s nácvikem řeči pro nedostatečnou koordinaci mluvidel, typické je přerývané dýchání v důsledku nedostatečné koordinace dýchacích svalů, dále rychlé pohyby často celých končetin (balistický syndrom), nebo drobné záškuby svalstva (myoklonický syndrom).

- *hypotonická forma DMO*

Je slabá obrna výraznější na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou (asi kolem 3. roku). Pokud setrvává, je doprovázena těžkou mentální retardací. Vyznačuje se sníženým svalovým napětím.

Relativně vzácným typem DMO vedoucím zpravidla k velmi těžkému pohybovému postižení je *mozečková forma DMO*. Prakticky vždy je přítomno mnohdy i velmi těžké postižení intelektu. Někteří autoři, jako např. B. Kapounek tuto formu nezařazují mezi ostatní formy DMO a považují ji za samostatný syndrom.

V souvislosti s DMO zmiňují ještě základní informace o epilepsii a lehké mozkové dysfunkci, jelikož tvoří v mnoha případech kombinaci postižení.

Epilepsie

Je záchvatové onemocnění způsobené nahodilými neuroelektrickými výboji v mozku, které způsobují větší či menší epileptické záchvaty. Příčiny vzniku epilepsie nejsou doposud zcela objasněny, pravděpodobně se jedná o vliv více faktorů. Spouštěče záchvatů bývají u různých (např. alkohol, stres, blikající světlo, zvuk určité frekvence,...), je však možné je vypořádat a eliminovat. Většina osob trpících epilepsií často předem rozpozná blížící se záchvat (nástup záchvatu je vždy doprovázen určitými typickými znaky – vjem vůně, světla, šumu). Intenzita záchvatů je různá, malý záchvat tzv. *petit mal* (výboj v určité části mozku –

jedno ohnisko) nemusí být pro okolí člověka vůbec pozorovatelný. Projevuje se např. jako velmi krátký výpadek pozornosti, změna nálady či chování. Velké záchvaty tzv. *grand mal* (výboj v celém mozku) jsou provázeny motorickou dysfunkcí, poruchami vědomí, křečovitým sevřením, záškuby a vytékáním slin z úst. V takovém případě je nutné poskytnout dané osobě patřičnou pomoc a snažit se uložit jedince do stabilizované polohy, protože hrozí udušení při zapadnutí jazyka, nebo jeho překousnutí či zranění při pádu. Při nástupu silného epileptického záchvatu se osoba může jevit zpočátku jako pod vlivem alkoholu. Epileptické záchvaty nemusí člověka doprovázet celý život, může se jednat pouze o přechodné období u někoho se může projevit jeden záchvat v průběhu celého života.

Lehká mozková dysfunkce - LMD

Je lehčí typ poruchy centrální nervové soustavy, která spočívá v narušení rovnováhy základních procesů dráždění a útlumu. Nejedná se o snížení intelektu, ale jde o celkovou úroveň aktivity a schopnost sebekontroly z hlediska přiměřenosti a rychlosti reakcí. Oslabení schopností a vlastností psychických funkcí, které ovlivňují kontrolu, regulaci, koordinaci a integraci chování, se projevuje *specifickými poruchami učení* (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie, dyspinxie,...) *specifickými poruchami chování* a *psychomotorickým neklidem* (změny nálad, impulzivní jednání, pohybová neobratnost, hyperaktivita, nesoustředěnost, neudržení pozornosti). Včasným diagnostikováním se jednotlivé poruchy dají eliminovat na takovou úroveň, že daná osoba funguje ve společnosti jako zcela zdravý člověk.

Příloha č. 2 – příspěvek na služby sociální péče

Nárok na příspěvek má **každý, kdo je v nepříznivé sociální situaci** (to neznamena každý, u koho nastane stav hmotné nouze - nedostatek finančních prostředků), tedy „*Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1 zák. č. 108/2006Sb. o sociálních službách, 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 podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo jiná fyzická osoba uvedená v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu7a); nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu7b) poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.*

*Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.*³⁸, ačkoliv výše uvedenou pomoc také potřebuje. O příspěvku na péči rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností, zde také musí žadatel předložit žádost o vyplácení příspěvku.

Výši daného příspěvku ovlivňuje, do jakého **stupně závislosti** je žadatel zařazen na základě sociálního šetření, které provádí pracovník sociálního úřadu v domácím prostředí žadatele. Posuzuje se, jak je žadatel soběstačný a schopný samostatného života (péče o vlastní osobu), vychází se také z vyjádření odborných i praktických lékařů. Při určování míry závislosti se posuzují úkony běžného každodenního života (dané úkony obsahuje vyhláška č.505/2006Sb. – jejich seznam uvádím v *Příloze č. 3 - úkony soběstačnosti, na jejichž základě dochází k určování stupně závislosti*). Pokud je žadatel schopen zvládnout nějaký úkon pouze částečně, považuje se takový úkon pro tohoto žadatele za nezvládnutelný. Vyhláška dále upřesňuje hodnocení úkonů vždy ze tří úhlů pohledu. Nezáleží tedy pouze na tom, zda je člověk schopen daný úkon fyzicky provést, ale posuzovatel také sleduje to, jestli je žadatel schopen sám se rozhodnout, že jej má provést v daném čase a daným způsobem, a také jestli je schopen následně posoudit, zda byl daný úkon provedený správně.

³⁸ § 7 zák. č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách* [online].MPSV[cit. 2009-08-12]. Dostupné z < http://www.mpsv.cz/files/clanky/5854/3_mp_rack7jtfkllh.pdf > - platné znění zákona od 1.8.2009 s vyznačenými změnami

Počet úkonů, u kterých žadatel potřebuje každodenní pomoc či dohled určuje, do jakého stupně závislosti bude dotyčný zařazen a s ním spojenou výši příspěvku:

- *„stupeň I (lehká závislost) - 12 úkonů; 800 Kč měsíčně*
- *stupeň II (středně těžká závislost) - 18 úkonů; 4.000 Kč měsíčně*
- *stupeň III (těžká závislost) - 24 úkonů; 8.000 Kč měsíčně*
- *stupeň IV (úplná závislost) – více než 30 úkonů; 12.000 Kč měsíčně³⁹*

Pokud ke dni nabytí účinnosti tohoto zákona náleželo žadateli zvýšení důchodu pro bezmocnost (žadatel je majitelem kartičky ZP, ZTP, ZTP/P) je **automaticky zařazen, tj. bez posouzení, takto:**

- *„stupeň I (TP - lehká závislost), jde-li o osoby částečně bezmocné; 800 Kč měsíčně*
- *stupeň II (ZTP - středně těžká závislost), jde-li o osoby převážně bezmocné; 4.000 Kč měsíčně*
- *stupeň III (ZTP/P - těžká závislost), jde-li o osoby úplně bezmocné; 8.000 Kč měsíčně⁴⁰*

Žadatel je sice automaticky zařazen, ale o vyplácení příspěvku na péči musí opět požádat na obecním úřadě. K žádosti je třeba přiložit potvrzení o tom, že žadateli bylo zvýšení důchodu vypláceno, a to v poslední prosincové splátce. Toto potvrzení vydá Česká správa sociálního zabezpečení, o vydání tohoto potvrzení je třeba opět žádat.

Osoby, které mají obvykle přiznaný 3. stupeň bezmocnosti (ZTP/P), jsou automaticky zařazeni do III. stupně závislosti, mohou požádat o posouzení stupně závislosti, pokud usoudí, že jejich potřeba péče je ještě vyšší. Žadatel se pak podrobí sociálnímu šetření, při kterém se plní daných 36 úkonů a na základě posouzení jejich zvládnutí bude zařazen do příslušného stupně závislosti.

U dětí do 18 let věku je to jinak, protože děti nemají zvýšení důchodu pro bezmocnost, nemohou být automaticky zařazeny do odpovídajícího stupně závislosti. Při sociálním šetření se posuzuje méně úkonů a vyplácí se jiná částka:

- *„stupeň I (lehká závislost) - 4 úkony; 3.000 Kč měsíčně*
- *stupeň II (středně těžká závislost) - 10 úkonů; 5.000 Kč měsíčně*
- *stupeň III (těžká závislost) - 15 úkonů; 9.000 Kč měsíčně*

³⁹ § 8, § 10, § 11 zák. č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách* [online].MPSV[cit. 2009-08-12]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5854/3_mp_rack7jtfklh.pdf> - platné znění zákona od 1.8.2009 s vyznačenými změnami

⁴⁰ § 120 zák. č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách* [online].o.s. LORM – společnost pro hluchoslepe [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.lorm.cz/download/zakon-108-2006.pdf>>-úplné znění bez aktuálních změn

- **stupeň IV (úplná závislost) - 20 úkonů; 12.000 Kč měsíčně**⁴¹

Dítě, jehož rodiče pobírají PPOB (příspěvek při péči o osobu blízkou), se považuje „za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni III (těžká závislost; 9.000 Kč měsíčně).“⁴² „Nárok na příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu pak zaniká v kalendářním měsíci, v němž byl přiznán příspěvek na péči podle zákona o sociálních službách osobě, o kterou příjemce příspěvku při péči o blízkou nebo jinou pečoval, nejpozději však dnem 31. prosince 2008.“⁴³

Proti postupům a výsledkům posuzování a rozhodnutí **se lze odvolat na krajském úřadě.** „Příspěvek je vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o jeho přiznání (není vyplácen zpětně od vzniku nároku).“⁴⁴ Na správnost užití příspěvku bude podle §29 zák. č. 108/2006 dohlížet obecní úřad obce s rozšířenou působností. Příspěvek na služby sociální péče se **nezapočítává do příjmů osoby** a bude **podléhat pravidelné valorizaci.**

⁴¹ § 11 zák. č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách* [online].MPSV[cit. 2009-08-12]. Dostupné z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5854/3_mp_rack7jtfklh.pdf> - platné znění zákona od 1.8.2009 s vyznačenými změnami

⁴² § 120 zák. č. 108/2006 Sb.

⁴³ zák. č. 109/2006 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. [online].o.s. LORM – společnost pro hluchoslepé [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/zakon-o-socialnich-sluzbach.php>>

⁴⁴ § 18 - 20 zák. č. 108/2006 Sb. *O sociálních službách* [online].o.s. LORM – společnost pro hluchoslepé [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.lorm.cz/download/zakon-108-2006.pdf>>-úplné znění bez aktuálních změn

Příloha č. 3 – úkony soběstačnosti, na jejichž základě dochází k určování stupně závislosti

Činnosti pro hodnocení schopnosti zvládat úkony péče o vlastní osobu a úkony soběstačnosti

a odchylný způsob hodnocení těchto úkonů u osob do 18 let věku

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006Sb

I. Úkony péče o vlastní osobu

a) příprava stravy:

1. rozlišení jednotlivých druhů potravin a nápojů,
2. výběr nápojů,
3. výběr jednoduchých hotových potravin podle potřeby a účelu,
4. vybalení potravin,
5. otevírání nápojů;

u osob do 5 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

b) podávání a porcování stravy:

1. podávání stravy v obvyklém denním režimu,
2. schopnost dát stravu na talíř nebo misku a jejich přenesení,
3. rozdělení stravy na menší kousky za používání alespoň lžice,
4. míchání, lití tekutin,
5. uchopení nádoby s nápojem,
6. spolehlivé a bezpečné přenesení nápoje, lahve, šálku nebo jiné nádoby;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

c) přijímání stravy, dodržování pitného režimu:

1. přenesení stravy k ústům alespoň lžicí,
2. přenesení nápoje k ústům,
3. konzumace stravy a nápojů obvyklým způsobem;

d) mytí těla:

1. umytí rukou, obličeje,
2. utírání se;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

e) koupání nebo sprchování:

1. provedení celkové hygieny, včetně vlasů,
2. péče o pokožku;

u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

f) péče o ústa, vlasy, nehty, holení:

1. čištění zubů nebo zubní protézy,
2. česání vlasů,
3. čištění nehtů, stříhání nebo opílování nehtů,
4. holení;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 4;

g) výkon fyziologické potřeby včetně hygieny:

1. regulace vyprazdňování moče a stolice,
2. zaujetí vhodné polohy při výkonu fyziologické potřeby,
3. manipulace s oděvem před a po vyprázdnění,
4. očista po provedení fyziologické potřeby,
5. vyhledání WC;

u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h) vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh:

1. změna polohy těla z polohy v leže do polohy v sedě nebo ve stoji a opačně, popřípadě s přidržováním nebo s oporou,
2. změna polohy ze sedu a do sedu,
3. změna polohy z boku na bok;

i) sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě:

1. schopnost vydržet v poloze v sedě po dobu alespoň 30 minut,
2. udržování polohy těla v požadované poloze při delším sezení;

j) stání, schopnost vydržet stát:

1. stání, popřípadě s přidržováním nebo s oporou o kompenzační pomůcku,
2. setrvání ve stoji, popřípadě s přidržováním nebo s oporou po dobu alespoň 10 minut;
u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

k) přemísťování předmětů denní potřeby:

1. vykonávání koordinovaných činností při manipulaci s předměty,
2. rozlišení předmětů,
3. uchopení předmětu rukou nebo oběma rukama,
4. zdvihnutí předmětu ze stolu, ze země,
5. přenášení předmětu z jednoho místa na druhé,
6. vyhledání a rozeznání předmětů;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2 a 4 až 6;

l) chůze po rovině:

1. chůze, popřípadě s použitím kompenzačních pomůcek krok za krokem,
2. chůze v bytě,
3. chůze v bezprostředním okolí bydliště,
4. udržení požadovaného směru chůze,
5. chůze okolo překážek;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m) chůze po schodech nahoru a dolů:

chůze po stupních směrem nahoru a dolů, popřípadě s použitím opory o horní končetiny nebo kompenzační pomůcky;

u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

n) výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení:

1. výběr oblečení odpovídajícího situaci, prostředí a klimatickým podmínkám,
2. rozeznání jednotlivých částí oblečení,
3. vrstvení oblečení ve správném pořadí;
u osob do 6 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) oblékání, svlékání, obouvání, zouvání:

1. oblékání spodního a vrchního oděvu na různé části těla,
2. obutí vhodné obuvi,
3. svlékání oděvu z horní a dolní části těla,
4. zouvání;
u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) orientace v přirozeném prostředí:

1. orientování se v prostoru bytu, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
2. orientování se v okolí domu, školy nebo školského zařízení, popřípadě i s použitím kompenzační pomůcky,
3. poznávání blízkých osob,
4. opuštění bytu nebo zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
5. opětovný návrat do bytu nebo do zařízení, ve kterém je osoba ubytována,
6. rozlišování zvuků a jejich směru;
u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1, 2, 4 a 5;
u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2, 4 a 5;

q) provedení si jednoduchého ošetření:

1. ošetření kůže,
2. výměna jednoduché pomůcky nebo zdravotnického prostředku,
3. přiložení ortézy nebo protézy,
4. dodržování diety,
5. provádění cvičení,
6. měření tělesné teploty,
7. vyhledání nebo přivolání pomoci;
u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) dodržování léčebného režimu:

1. dodržování pokynů ošetřujícího lékaře,
2. příprava léků, rozpoznání správného léku,
3. pravidelné užívání léků,
4. aplikace podkožních injekcí,
5. provádění inhalací, převazů,
6. rehabilitace;
u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

II. Úkony soběstačnosti

a) komunikace slovní, písemná, neverbální:

1. přijímání a vytváření smysluplných mluvených zpráv a srozumitelné řeči s použitím kompenzačních pomůcek, například naslouchadel,
2. přijímání a vytváření smysluplných písemných zpráv, popřípadě s použitím kompenzační pomůcky, například brýlí,
3. pochopení významu a obsahu přijímaných a sdělovaných zpráv a informací,
4. komunikace prostřednictvím gest a zvuků;
 - u osob do 2 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 1 až 3;
 - u osob do 8 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodě 2;

b) orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí:

1. rozlišování známých osob a cizích osob,
2. znalost hodin,
3. rozlišení denní doby,
4. orientování se v místě bydliště, prostředí školy nebo zaměstnání,
5. zvládnutí pouličního provozu,
6. dosažení cíle své cesty,
7. rozlišení zvuků mimo přirozené prostředí;
 - u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
 - u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 4 až 6;

c) nakládání s penězi nebo jinými cennostmi:

1. znalost hodnoty peněz,
2. rozpoznání hodnoty jednotlivých bankovek a mincí,
3. rozlišení hodnoty věcí;
 - u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

d) obstarávání osobních záležitostí:

1. styk a jednání se školou, zájmovými organizacemi,
2. jednání se zaměstnavatelem, orgány veřejné moci, zdravotnickými zařízeními, bankou,
3. obstarání si služeb,
4. rozlišení a vyplnění dokumentů a tiskopisů;
 - u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
 - u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 až 4;

e) uspořádání času, plánování života:

1. dodržování denního a nočního režimu,
2. plánování a uspořádání osobních aktivit během dne a během týdne,
3. rozdělení času na pracovní a domácí aktivity a na volný čas,
4. využití času podle potřeb a zájmů;
 - u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;
 - u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnostech uvedených v bodech 2 a 3;

f)zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku:

- 1.předškolní vzdělávání výchova, školní vzdělávání a výchova,získávání nových dovedností,
- 2.mimopracovní aktivity podle zájmů a místních možností, zejména hry, sport, kultura, rekreace,
- 3.vstupování do vztahů a udržování vztahů s jinými osobami podle potřeb a zájmů;
u osob do 3 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

g)obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování):

- 1.plánování nákupu,
- 2.vyhledání příslušného obchodu,
- 3.výběr zboží,
- 4.zaplacení nákupu,
- 5.přinesení běžného nákupu,
- 6.uložení nákupu;
u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

h)vaření, ohřívání jednoduchého jídla:

- 1.sestavení plánu jídla,
- 2.očištění a nakrájení potřebných surovin,
- 3.dávkování surovin a přísad,
- 4.vlastní příprava jednoduchého teplého jídla malým počtem surovin a přísad, na jehož úpravu jsou potřebné jednoduché postupy za použití spotřebiče;
u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

i)mytí nádobí:

- 1.umytí a osušení nádobí,
- 2.uložení použitého nádobí na vyhrazené místo;
u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

j)běžný úklid v domácnosti:

- mechanická nebo přístrojová suchá a mokrá očista povrchů, nábytku, podlahy v bytě;
u osob do 12 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

k)péče o prádlo:

- 1.třídění prádla na čisté a špinavé,
- 2.skládání prádla,
- 3.ukládání prádla na vyhrazené místo,
- 4.drobné opravy prádla, například přišití knoflíku;
u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

l)přepírání drobného prádla:

- 1.rozlišení jednotlivých druhů prádla,
- 2.praní drobného prádla v ruce,
- 3.sušení prádla;
u osob do 10 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

m)péče o lůžko:

- 1.ustlání, rozestlání lůžka,
- 2.výměna lůžkovin;
u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při činnosti uvedené v bodě 2;

n) obsluha běžných domácích spotřebičů:

1. zapnutí, vypnutí běžných domácích spotřebičů, například rozhlasu, televize, ledničky, varné konvice, mikrovlnné trouby,

2. telefonování;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

o) manipulace s kohouty a vypínači:

1. ovládání manipulace s kohouty a vypínači,

2. rozlišení kohoutů a vypínačů,

3. ruční ovládání vodovodních kohoutů a elektrických vypínačů;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

p) manipulace se zámkem, otevírání, zavírání oken a dveří:

1. zamykání odemykání dveří,

2. ovládání klik, otevíracích a zavíracích mechanismů u oken;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

q) udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady:

1. udržování vybavení domácnosti v čistotě,

2. třídění odpadů,

3. vynášení odpadů na vyhrazené místo;

u osob do 7 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu;

r) další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti:

1. obsluha topení,

2. praní prádla,

3. žehlení prádla;

u osob do 15 let věku se nepřihlíží k potřebě pomoci a dohledu při úkonu.

Příloha č. 4 – vzor – smlouva o poskytnutí osobní asistence

Níže uvedeného dne, měsíce a roku u z a v ř e l i

1) Pan (paní)(jméno a příjmení), nar. (datum narození), bydliště, rodné číslo,
v textu této smlouvy dále jen „Osoba“
zastoupený(á)

a

2)....., v textu této smlouvy dále jen
„Poskytovatel“

v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tuto
smlouvu o poskytnutí osobní asistence podle § 39 cit. zák.

(v textu této smlouvy dále jen „Smlouva“):

I.**Rozsah poskytování sociální služby**

(1) Osoba má právo požádat Poskytovatele o kterýkoliv úkon z těchto základních činností při poskytování osobní asistence podle § 39 zákona o sociálních službách:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Varianta:

(1) *Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat Osobě doprovázení do školy a zpět.*

(2) Kromě činností uvedených v odst. 1 tohoto článku se Poskytovatel zavazuje a je povinen poskytnout Osobě na její požádání následující fakultativní činnosti nad rámec základních činností podle odst. 1 tohoto článku:

Varianty:

a) *Pomoc s péčí o vlasy (stříhání, barvení, atd.).*

b) *Holení, manikúra, pedikúra (varianta u žen: líčení obličeje pomocí přípravků dekorativní kosmetiky podle požadavků Osoby).*

c) *Přeprava Osoby podle jejích požadavků jejím vlastním osobním vozem (varianta:*

osobním vozem provozovaným Poskytovatelem).

II.

Místo a čas poskytování sociální služby

- (1) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují na území celé ČR.
- (2) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují 24 hodin denně, a to každý den po dobu platnosti Smlouvy. V případě, že pro některý den osoba poskytnutí služby nepožaduje, je povinna tento den oznámit Poskytovateli nejpozději ... dní před tímto dnem.

Varianta 1:

(2) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují od 06:00 hodin ráno, do 22:00 hodin večer, a to každý týden vždy od pondělí do pátku po dobu platnosti Smlouvy.

Varianta 2:

(2) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují od 07:00 hodin ráno do 21:00 hodin večer, a to každý den počínaje dnem (včetně), do (včetně).

Varianta 3:

(2) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují od 07:00 hodin ráno do 21:00 hodin večer; den (dni), ve kterém (ve kterých) Osoba poskytnutí služby požaduje, je povinna oznámit Poskytovateli nejpozději dní před dnem, v kterém o poskytnutí služby žádá.

III.

Výše úhrady za sociální službu a způsob jejího placení

- (1) Osoba je povinna zaplatit úhradu za jednu hodinu poskytování sociální služby v částce ,- Kč.
- (2) Činnosti sjednané v čl. I odst. 2 Smlouvy jako fakultativní se poskytují za úhradu nákladů těchto služeb podle vnitřních pravidel Poskytovatele.
- (3) Poskytovatel je povinen předložit Osobě vyúčtování úhrady podle odstavců 1 a 2 za kalendářní měsíc, a to nejpozději do
- (4) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu zpětně, a to jednou za kalendářní měsíc, nejpozději do patnáctého dne po dni, kdy poskytovatel předložil Osobě měsíční vyúčtování čerpaných služeb.

Varianta 1 (pro případ smlouvy o poskytnutí služby osobní asistence sjednané na dobu kratší než jeden měsíc):

(4) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu zpětně, nejpozději do patnáctého dne po dni, kdy poskytovatel předložil Osobě vyúčtování čerpaných služeb.

Varianta 2:

(4) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu v poslední den poskytování služby osobní asistence v kalendářním měsíci, za nějž se úhrada platí.

(5) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu v hotovosti v pokladně Poskytovatele.

Varianta 1:

(5) Osoba se zavazuje a je povinna platit úhradu převodem na účet Poskytovatele č. 000123-1234567890, vedený u Úhrada musí být připsána na účet Poskytovatele do

Varianta 2:

(5) Úhrada za fakultativní činnosti je splatná následující den po předání vyúčtování těchto činností.

(6) Přeplatky na úhradách za služby poskytované Poskytovatelem podle této Smlouvy je poskytovatel povinen vyúčtovat a písemné vyúčtování Osobě předat (doručit) nejpozději do konce měsíce následujícího po měsíci, za nějž přeplatek vznikl. Poskytovatel je povinen přeplatek vyplatit Osobě v hotovosti (varianta: převodem na účet č.) nejpozději ve lhůtě, v jaké je povinen předat (doručit) vyúčtování tohoto přeplatku.

IV.

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociální služby

Osoba prohlašuje, že byla seznámena s vnitřními pravidly Poskytovatele pro poskytování osobní asistence. Osoba prohlašuje, že vnitřní pravidla jí byla předána v písemné podobě, že tato pravidla přečetla a že jim plně porozuměla. Osoba se zavazuje a je povinna tato pravidla dodržovat.

V.

Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

(1) Osoba může Smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď danou osobou činí dní (*varianta: týdnů, měsíců*).

(2) Poskytovatel může Smlouvu vypovědět pouze z těchto důvodů:

a) jestliže Osoba hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze Smlouvy. Za hrubé porušení Smlouvy se považuje zejména nezaplacení úhrady za poskytnutí sociální služby za dobu delší než

b) jestliže Osoba i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti, které jí vyplývají z vnitřních pravidel Poskytovatele pro poskytování sociální služby osobní asistence,

c) jestliže se Osoba chová k asistentovi způsobem, jehož záměr nebo důsledek vede ke snížení důstojnosti fyzické osoby nebo k vytváření nepřátelského, ponižujícího nebo zneklidňujícího prostředí.

(3) Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 tohoto článku činí dní (*týdnů, měsíců*) a počíná běžet prvním dnem následujícím po dni, v němž byla tato výpověď Osobě doručena.

VI.

Doba platnosti smlouvy

(1) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

(2) Doba platnosti a účinnosti smlouvy je sjednána od okamžiku jejího podpisu oběma smluvními stranami do dne Osoba nemůže práva z této Smlouvy postoupit na jiného.

Varianta:

(2) Doba platnosti a účinnosti smlouvy je sjednána od okamžiku jejího podpisu oběma smluvními stranami na dobu neurčitou. Osoba nemůže práva z této Smlouvy postoupit na jiného.

VII.

(1) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

(2) Smlouva může být měněna nebo zrušena pouze písemně.

(3) Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.

(4) Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V dne.....

.....
(podpis Osoby)

.....
(podpis Poskytovatele)

Příloha č. 5 – dávky sociální péče a výhody pro osoby s tělesným postižením

Stupeň výhod se odvíjí od **průkazu mimořádných výhod**, o který je třeba požádat na obecním úřadě s rozšířenou působností. Pracovníci úřadu nechají posoudit zdravotní stav žadatele posudkovým lékařem a na základě jeho rozhodnutí vystaví žadateli průkaz s označením stupně mimořádných výhod. Konkrétní zdravotní indikace, které rozhodují o přiznaném stupni výhod, jsou uvedeny v příloze č.3 vyhlášky MPSV č. 182/1991 Sb., zákon rozlišuje tři stupně mimořádných výhod:

- **1. stupeň mimořádných výhod - průkaz TP (těžce postižený):** zaručuje nárok na vyhrazené místo k sezení ve veřejných dopravních prostředcích (s výjimkou míst vázaných zakoupením místenky) a nárok na přednost při osobním projednávání věcí
- **2. stupeň mimořádných výhod - průkaz ZTP (zvláště těžce postižený):** zaručuje výhody 1. stupně, dále nárok na bezplatnou dopravu MHD, nárok na slevu ve výši 75% jízdného ve 2. třídě vlaku ve vnitrostátní dopravě a spojích vnitrostátní autobusové dopravy
- **3. stupeň mimořádných výhod - průkaz ZTP/P (zvláště těžce postižený s potřebou průvodce):** zahrnuje výhody 1. a 2. stupně a dále nárok na bezplatnou přepravu průvodce veřejnými hromadnými prostředky v místní i dálkové vnitrostátní dopravě. Průvodce držitele průkazu ZTP/P neplatí ani příplatek ve vlaku vyšší třídy.

Držitelům mimořádných výhod 2. a 3. stupně může být poskytnuta 50% sleva vstupného na kulturní a sportovní akce. Záleží na pořadateli dané akce, zda bude průkazky akceptovat (každopádně je dobré se vždy průkazkou prokázat a zeptat se), některé pořadatelské agentury mají pro držitele těchto průkazů vstup zdarma, je třeba se ale informovat přímo u agentury (v předprodejích o těchto výhodách většinou nevědí).

Na tyto průkazky se váže i řada dalších výhod jako jsou:

- **označení aut a výhody s ním spojené:** podle vyhlášky č. 30/2001 Sb., § 15 držitelům průkazů 2. a 3. stupně vydávají sociální odbory na žádost označení aut, které je opravňuje stát s autem na místech, kde je parkování zakázáno, pokud tím nedojde k ohrožení bezpečnosti a plynulosti provozu (jde především o místa se zákazovou značkou s dodatkovými tabulkami Mimo zásobování, Mimo dopravní odsluhu, Jen zásobování, Jen obsluha (záleží ale na výkladu toho konkrétního policisty a na jeho toleranci a výkladu krajského dopravního inspektorátu). Držitelé tohoto označení jsou také osvobozeni od poplatků za

použití dálnice a rychlostní silnice (platí pouze, je-li v aute přepravována osoba, na základě jejíhož průkazu bylo označení vozidla vydáno). Majitel tohoto označení si také může podle zákona č. 361/2000 Sb., § 67 zažádat o vyhrazené parkovací místo v místě bydliště (platí ale poplatek za vyznačení místa a každý rok musí nechat toto místo znovu vyznačit - obnova nátěru).

- **daňové a poplatkové úlevy:** osvobození od daně ze staveb (podle zák. č. 338/1992 Sb.) pro držitele průkazů ZTP, ZTP/P, pokud jsou uznáni sociálně potřebnými, u obytných domů ve vlastnictví fyzických osob, u rekreačních staveb pro držitele průkazu ZTP, kteří jsou uznáni sociálně potřebnými a u rekreačních staveb pro držitele průkazu ZTP/P; úleva na dani z příjmu (podle zák. č. 586/1992 Sb.) - základ daně lze snížit o 7.200 Kč na poplatníka a 4.200 Kč na manžela (manželku) žijící s poplatníkem ve společné domácnosti, pokud jeho (její) vlastní příjem za zdaňovací období nepřesáhne 38.040 Kč (je-li manžel držitel průkazu ZTP/P, zvyšuje se částka 4.200 Kč na dvojnásobek), o 1.500 Kč pokud poplatník pobírá částečný invalidní důchod z důchodového pojištění podle zákona o důchodovém pojištění, nebo zanikl-li nárok na částečný invalidní důchod z důvodu souběhu nároku na výplatu částečného invalidního důchodu a starobního důchodu, o 3.000 Kč pobírá-li poplatník plný invalidní důchod nebo jiný důchod z důchodového pojištění podle zákona o důchodovém pojištění, u něhož jednou z podmínek přiznání je, že je plně invalidní, zanikl-li nárok na plný invalidní důchod z důvodu souběhu nároku na výplatu plného invalidního důchodu a starobního důchodu nebo je poplatník podle zvláštních předpisů plně invalidní, avšak jeho žádost o plný invalidní důchod byla zamítnuta z jiných důvodů než proto, že není plně invalidní, o 9.600 Kč, je-li poplatník držitelem průkazu ZTP/P; správní poplatky - (podle zákona č. 634/2004 Sb.) jde o nejruznější osvobození od poplatků např. při ověřování podpisu nebo otisku razítka na listině, pro vydání stavebního povolení ke stavbě bydlení, garáže, nebo ke změně stavby, ke stavbě studny, při zápisu do registru vozidel, při schválení technické způsobilosti vozidla, rozhlasové a televizní poplatky (podle zák. č. 348/2005 Sb.); slevy zemního plynu pro držitele průkazu ZTP/P do výše až 15%.
- **sleva na telefon:** Od 1. ledna 2007 jsou pro zdravotně postižené a sociálně slabé občany připraveny slevy na telefon. Nárok na slevu 200 Kč mají držitelé průkazů ZTP/P, držitelé průkazů ZTP z důvodu praktické nebo úplné

hluchoty, osoby pobírající příspěvek na péči a osoby s nízkými příjmy a se zvláštními sociálními potřebami, tzn. osoby, které nepřetržitě alespoň šest měsíců, byli a stále jsou příjemci dávky sociální péče. Operátoři nabízejí svým zákazníkům, spadajícím do těchto skupin, speciální tarify. Příspěvek je možné využít na pevnou i mobilní linku. Pokud je žadatel o zvýhodněný tarif nezletilý, má na zřízení zvýhodněného tarifu nárok osoba, která je jeho zákonným zástupcem.

- **bezúročná půjčka:** poskytuje ji obecní úřad obce s rozšířenou působností a její výše je až 40 000 Kč. Půjčku je nezbytné splatit nejpozději do 5 let.

Co se týče výhod v EU, mezinárodní průkaz mimořádných výhod existuje, ale naše úřady doposud nepřikročily k jeho vydávání. Průkaz mimořádných výhod, který platí v ČR v zahraničí neznají. S označeným autem může držitel klasického českého průkazu využívat výhody parkování, ale dálniční známky je třeba platit. Před cestou je dobré se informovat o podmínkách v konkrétní zemi, kterou chcete navštívit. Podle nejnovějších informací vypracovala Národní rada zdravotně postižených (dále jen NRZP) projekt *Evropou bez bariér*, jehož cílem je *zmapovat podporu při cestování OZP v zemích EU, analyzovat možnosti sjednocení těchto podpor a vytvořit návrh na jejich sladění*.⁴⁵

O dávky sociální péče pro osoby s tělesným postižením se opět musí žádat na sociálním odboru obecního úřadu s rozšířenou působností, přiznání některých příspěvků ovlivňuje stupeň postižení (jedná se především o příspěvky na koupi, údržbu či úpravu bytu, garáže nebo motorového vozidla) Příloha č. 5 vyhlášky č. 182/1991 Sb. proto upřesňuje typy postižení, která odpovídají pojmu „těžké vady pohybového a nosného ústrojí“. Mezi příspěvky, o které mohou osoby s tělesným postižením žádat patří:

- **příspěvek na pořízení zvláštních pomůcek** - výčet pomůcek, na něž se příspěvek poskytuje, a jeho maximální výši (příspěvek může být i nižší), tvoří přílohu č. 4 vyhlášky č. 182/1991 Sb. Výše příspěvků činí 100%, 80%, 50% z ceny na vybrané pomůcky (*polohovací zařízení do postele (100%), obracecí postel (50%), vodní zvedák do vany (50%), přenosný WC (100%), psací stroj se speciální klávesnicí (50%), motorový vozík pro invalidy (50%), židle na elektrický pohon (50%), přenosná rampa (pro vozičkáře) (100%), zvedací zařízení vozíku na střechu automobilu (100%), zařízení pro přesun vozičkáře do automobilu (100%), individuální úpravy automobilu (100%), dvoukolo (50%), šikmá schodišťová plošina (100%), signalizační pomůcka SYM-BLIK (80%), koupací lůžko*

⁴⁵ Národní rada zdravotně postižených [online].c.2007, [cit. 2009-08-14]. Dostupné z <<http://www.nrzp.cz/evropou-bez-barier/>>

(50%), nájezdové lyžiny pro vozíčkáře (100%)), ale ministerstvo práce a sociálních věcí s ohledem na rychlý technický pokrok v oblasti kompenzačních pomůcek doporučuje úřadům, aby některé pomůcky, které nejsou v tabulce, považovali za srovnatelné a příspěvek po zvážení poskytl.

- **příspěvek na úpravu bytu** - podle zák. č. 182/1991 Sb., § 34 se příspěvek poskytuje až do výše 70% nákladů, maximálně však 50.000 Kč nebo 100 000 Kč u příspěvku na stavební úpravy spojené s instalací výtahu, který je poskytován z toho důvodu, že nelze použít šikmou schodišťovou plošinu. Pokud občan změní do 10 let od poskytnutí příspěvku byt, který byl upravován, je třeba vrátit poměrnou část příspěvku. Co se týče možnosti dotace na výstavbu nového bytu (domku), tak na toto řešení žádná dávka ani příspěvek neexistují.
- **příspěvek na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla** (tentýž zákon § 35)- Na výši příspěvku mají vliv i majetkové poměry žadatele. Maximální výše na koupi vozidla činí 100.000 Kč. Žadatel musí do 6 měsíců příspěvek použít na koupi auta a do 2 měsíců ode dne zakoupení nového motorového vozidla prodat staré (pokud ho měl). Místo příspěvku na zakoupení může být poskytnut příspěvek na celkovou opravu staršího vozidla v maximální výši 60.000 Kč. Těm, kteří kvůli postižení potřebují zvláštní úpravy (ruční řízení a vše co s řízením souvisí), je poskytnut příspěvek v plné výši takové úpravy. O příspěvek se může žádat jednou za 5 let a součet příspěvků nesmí v období 10 let přesáhnout částku 200.000 Kč. V mimořádných případech (poškození, zničení nebo odcizení auta, kdy vinu nese majitel) je možné požádat o další příspěvek dříve než za 5 let. Pokud daná osoba přestane být vlastníkem auta, na jehož koupi byl příspěvek přidělen, před uplynutím pětileté lhůty, musí dotyčný vrátit poměrnou část příspěvku (tato podmínka se nevztahuje na případ, kdy vlastník auta zemře - pozůstalí nemusejí peníze vracet). S tím souvisí nutnost zakoupené auto pojistit, neboť v případě odcizení vozidla nastane neřešitelná situace - daná osoba je bez dopravního prostředku, nedostane vyplacenou žádnou pojistku, musí úřadu vracet peníze a o další příspěvek nemůže požádat, dokud nevrátí dlužnou částku. S příspěvkem souvisí i daňová úleva - při koupi auta je možné zažádat na finančním úřadě v místě trvalého bydliště podle zák. č. 235/2004 Sb., § 85 o vrácení daně z přidané hodnoty. Zdravotně postižená osoba má nárok na vrácení DPH u auta

zakoupeného v ČR v maximální výši 100.000 Kč a je nutné ho uplatnit do 6 měsíců od koupě auta.

- **bezúročná půjčka na zakoupení motorového vozidla** - osobám, které splňují podmínky pro poskytnutí příspěvku podle zákona č. 182/1991 Sb., § 57 na zakoupení motorového vozidla, může být poskytnuta půjčka na jeho zakoupení až do výše 40.000 Kč.
- **příspěvek na provoz motorového vozidla** (tentýž zákon § 36)- pro vlastníky a spoluvlastníky motorového vozidla a zároveň držitele průkazu ZTP - 6.000 Kč na rok a ZTP/P - 9.900 Kč na rok. V tomto příspěvku je zahrnuta jak částka na pohonné hmoty, tak částka na úhradu povinného ručení a pojištění. Pokud jsou dva uživatelé motorového vozidla a oba vlastní průkaz mimořádných výhod, je druhá příspěvková částka snížena o tzv. poměrnou část určenou na úhradu zákonného pojištění motorového vozidla a nelze ji proto čerpat dvakrát pro jedno vozidlo (tedy o 2.124 Kč).
- **příspěvek na individuální dopravu** - na tento příspěvek má nárok podle § 37 pouze osoba s tělesným postižením, která není vlastníkem motorového vozidla, příspěvek činí 6.500 Kč na jeden kalendářní rok.
- **příspěvek na úhradu za užívání bezbariérového bytu a garáže** - tento příspěvek je poskytován podle § 45 osobám s tělesným postižením, které užívají tzv. byt zvláštního určení ve výši 400 Kč měsíčně, úhrada za užívání garáže může být poskytnuta až do výše 200 Kč měsíčně.⁴⁶

Co se týče dalších příspěvků na pomůcky, bylo by dobré zmínit, že velkou část pomůcek hradí také pojišťovny (celou řadu pomůcek je možné bezplatně nebo za určitou částku zapůjčit ze speciálních půjčoven - adresář půjčoven pomůcek je např. na webových stránkách Centra Paraple - www.paraple.cz), patří sem především pomůcky jako: vložky, pleny, fixační kalhotky, berle, chodítka, hůl, klozetové křeslo, nástavec na WC, sedačka do vany a pod sprchu, polohovací lůžko s možností jak elektrického tak mechanického nastavení, mechanický, elektrický a hydraulický zvedák, mechanické a elektrické vozíky spolu příslušenstvím.

Je třeba podotknout, že při podávání žádosti o přidělení elektrického invalidního vozíku, musí mít osoba, vzhledem k závažnosti a ceně těchto pomůcek, vozík předepsaný od

⁴⁶ MPSV[online].poslední revize 22.4.2009 [cit. 2009-08-12]. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/8>>

odborného lékaře a jeho přidělení musí schválit odborná komise ÚP VZP. Podmínkou přidělení el. vozíku je zachovaná schopnost pojištěnce bezpečně elektrický vozík ovládat při splnění následujících kritérií:

- Postižení obou dolních končetin, znemožňující pojištěnci samostatný pohyb v kombinaci s postižením horních končetin.
- Postižení obou dolních končetin při kombinaci se závažným chronickým onemocněním, které nedovoluje zvýšit fyzickou zátěž, tzn. ovládat mechanický vozík.
- Somatická a mentální schopnost pojištěnce musí odpovídat ustanovení zákona č. 12/1997 Sb. o bezpečnosti a plynulosti silničního provozu na pozemních komunikacích. Vozíčkář je považován za chodce.

Poslední bod se často stává problémem při přidělování el. vozíku dětem mladším deseti let, byť je jejich mentální schopnost na stejné úrovni jako u zdravého jedince stejného věku.

Dále bych zde chtěla zmínit, že od roku 1997 musí být podle zákona všechny veřejné budovy bezbariérové jak pro osoby s omezenou hybností tak pro osoby s poruchami vnímání. Nejdůležitějšími předpisy pro bezbariérové řešení staveb jsou:

- Vyhláška č. 369/01 Sb. Ministerstva pro místní rozvoj ze dne 10. října 2001 o obecných technických požadavcích zabezpečujících užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace.
- Zákon č. 50/1976 Sb. o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon) ve znění úpravy zákonem č. 83/1998 Sb.
- Vyhláška Ministerstva pro místní rozvoj č. 132/1998 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení stavebního zákona.
- Vyhláška Ministerstva pro místní rozvoj č. 137/1998 Sb., o obecných technických požadavcích na výstavbu.

Příloha č. 6 – prezentace fotografií internálních zařízení na příloženém CD

Summary

The comparison of possibilities for education of disabled people in certain regions of Czech Republic and Germany.

Monika Drahošová

The goal of this thesis was to share the knowledge gained during my practice in Czech Republic and Germany about young disabled people (or students). I focused on description and comparison of possibilities for professional education of disabled people in certain regions of Czech Republic and Germany as well as social systems of both these countries with relation to social care, advantages and benefits for disabled people.

I applied the description of two residential facilities and guided interviews with four disabled students, which I discuss in the practical part, and an outline of social law and possibilities of obtaining social allowances and services in both countries, which I discuss in the theoretical part.

I based this thesis on the following presumption:

„I assume that, just as Germany, Czech Republic is also a developed democratic country and a member of the European Union but the possibilities for education of disabled people might be on a different level.“

This presumption ultimately made its point. In the end of this thesis I present some causes of a different social services development and some suggestions for possible improvements