

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

**Diplomová práce**

**2014**

**Olga Kavalírová**

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD**

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky



**Olga Kavalírová**

## **Ústav nebo terénní služby?**

*Diplomová práce*

Praha 2014

Autor práce: **Bc. Olga Kavalírová, DiS.**

Vedoucí práce: **Mgr. Vladimíra Tomášková**

Rok obhajoby: **2014**

## **Bibliografický záznam**

KAVALÍROVÁ, Olga. *Ústav nebo terénní služby?*. Praha, 2014. 133 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr. Vladimíra Tomášková.

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce s názvem „Ústav nebo terénní služby?“ se věnuje tématu sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením. Zaměřuje se na analýzu jednotlivých typů sociálních služeb – terénních, ambulantních a pobytových – vzhledem ke konkrétním potřebám různých klientů s mentálním postižením.

Cílem práce je zjištění struktury klientů v pobytových zařízeních pro lidi s mentálním postižením a identifikace faktorů, na základě kterých se rodiny rozhodují pro využívání konkrétních sociálních služeb, a zjištění názoru aktérů v oblasti sociálních služeb na přínosy a limity jednotlivých typů služeb pro lidi s mentálním postižením. Problematika sociálních služeb je posuzována prostřednictvím teoretického konceptu práv lidí s mentálním postižením a konceptu deinstitucionalizace sociálních služeb.

K výzkumu byla použita metoda dotazníkového šetření mezi poskytovateli pobytových služeb na území hlavního města Prahy, a také rozhovory s jednotlivými aktéry v oblasti služeb pro lidi s mentálním postižením. V závěru práce jsou zmíněny nejdůležitější problémy v oblasti péče o lidi s mentálním postižením a konkrétní doporučení pro zlepšení dané problematiky.

## **Abstract**

This diploma thesis, „Institute or field services?“, deals with the topic of social services for people with intellectual disabilities. It focuses on the analysis of various

types of social services – field, outpatient and residential services – due to the specific needs of different clients with intellectual disabilities.

The aim of the thesis is to determine the structure of clients in residential institutions for people with intellectual disabilities and to identify factors on which families choose to use specific social services and determine the views of stakeholders in the field of social services on the benefits and limits of those types of services for people with intellectual disabilities. The issue of social services is assessed through the theoretical concept of rights of people with intellectual disabilities and the concept of de-institutionalization of social services.

As a research method the questionnaire was used for providers of residential services in the capital city of Prague and interviews with various stakeholders in the field of services for people with intellectual disabilities. The conclusion discusses the most important issues in the care of people with intellectual disabilities and specific recommendations for improving the issue.

### **Klíčová slova**

lidé s mentálním postižením, sociální služby, terénní služby, ambulantní služby, pobytové služby, deinstitucionalizace, lidská práva

### **Keywords**

people with intellectual disabilities, social services, field services, outpatient services, residential services, deinstitucionalization, human rights

**Rozsah práce:** Tato práce má od úvodu po závěr, tedy bez abstraktu, resumé, seznamu literatury a příloh, celkem 220 609 znaků včetně mezer.

## **Prohlášení**

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne: 6. 1. 2014

Olga Kavalírová

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucí své práce, Mgr. Vladimíře Tomáškové, za trpělivé vedení a velmi cenné odborné připomínky a podněty.

Dále bych ráda poděkovala všem respondentům rozhovorů za jejich čas a ochotu. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu nejen při práci na diplomové práci, ale i po celou dobu studia.



# **TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE**

**Univerzita Karlova v Praze**

Fakulta sociálních věd  
Institut sociologických studií  
Katedra veřejné a sociální politiky

**PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE:**

**Ústav nebo terénní služby?**

**PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV V AJ:**

**Institute or field services?**

**DIPLOMANT: Olga Kavalírová**

**KONZULTANT: Mgr. Vladimíra Tomášková**



## 1. Vymezení a strukturace předmětu zkoumání

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila problematiku lidí s mentálním postižením a sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu. Vzhledem k tomu, že lidé s mentálním postižením jsou velmi široká a heterogenní skupina, zaměřím se pouze na dospělé lidi a především na lidi s lehkým a středně těžkým stupněm postižení, pro které je nabídka sociálních služeb velmi široká a rozmanitá. Mým cílem je zjistit, na jakém základě se tito lidé nebo lidé, kteří o ně pečují, rodiče a opatrovníci, rozhodují pro využití pobytových či terénních, případně ambulantních sociálních služeb. Zajímají mě faktory, proč se lidé s lehčím typem postižení, kteří by s podporou terénních sociálních služeb zvládli život v přirozeném prostředí, rozhodují pro využívání pobytových služeb. Ráda bych zjistila, zda jsou tyto důvody čistě osobní či je pro některé lidi s postižením nutností zvolit si pobytovou službu z různých důvodů kvůli nějakému nedostatku v nastavení sociálních služeb, ať už jde o důvody finanční, nedostatečné množství terénních služeb či jiné.

Pro svůj výzkum jsem zvolila kombinaci více metod. Velmi důležité je pro mě podrobné studium sekundárních zdrojů, abych se před zahájením sběru primárních dat dokázala v problematice co nejvíce zorientovat a respondenty pro rozhovory využila co nejlépe a získala dostatek relevantních informací. Kromě monografií, odborných článků, statistických údajů, internetu a legislativy budu pro doplnění čerpat i ze svých zkušeností s prací s lidmi s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Pohybuji se v oboru již sedmým rokem a domnívám se, že i tyto zkušenosti mohou být částečně zdrojem pro bližší pochopení dané problematiky. Po studiu sekundárních dat využiji také metodu dotazníku, která mi pomůže zorientovat se v problematice pobytových služeb v lokalitě hl. m. Prahy. Pomocí dotazníku chci zjistit složení uživatelů těchto služeb dle míry postižení, tedy jaká je struktura klientů v pobytových zařízeních podle míry závislosti na pomoci dalších osob. Tyto informace bohužel nejsou nikde uceleně dostupné a krátký dotazník je tak vhodnou metodou.

Předpokládám, že stěžejní data pro dosažení mého cíle a pochopení motivace pro výběr pobytových, ambulantních či terénních sociálních služeb lidmi s mentálním postižením, mi poskytnou polostrukturované rozhovory. Mezi respondenty se objeví poskytovatel terénních a poskytovatel pobytových služeb, experti, zástupce veřejné

správy a pečující rodiče či opatrovníci, kteří mají vliv na výběr služeb pro lidi s mentálním postižením.

## 2. Teoretická východiska

Základním teoretickým konceptem, který ohraničuje mou diplomovou práci, je koncept práv lidí s mentálním postižením. Další teorie, která se k mému tématu úzce váže a kterou také popíší, bude deinstitucionalizace.

## 3. Cíle diplomové práce

**Hlavním cílem této diplomové práce je: Zjistit, jaké je složení klientů s mentálním postižením v pobytových zařízeních s ohledem na hloubku tohoto postižení, a následně zjistit, na jakém základě se lidé s mentálním postižením a potažmo osoby, které o ně pečují, rozhodují pro využití pobytových či terénních sociálních služeb.**

Dílní cíle:

- Zjistit strukturu klientů využívající pobytový typ sociálních služeb v závislosti na hloubce mentálního postižení a závislosti na pomoci jiných osob.
- Zmapovat důvody, proč se rodiny, opatrovníci, pečovatelé pečující o lidi s mentálním postižením rozhodli pro využití právě těch služeb (pobytových, terénních), které využívají.
- Zjistit, jak se k plánování sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením staví zástupci veřejné správy.

## 4. Metodologie

Pro získání co nejdetailnějších informací o dané problematice, cílové skupině a nastavení sociální politiky v dané oblasti použiji studium sekundárních dat – monografií, odborných článků, příslušné legislativy, statistických dat apod.

Pro první část výzkumu – zjištění, jaká je struktura klientů v pobytových zařízeních, využiji metodu *dotazníku*. Pro druhou část výzkumu, která by mi měla pomoci rozkrýt důvody, proč se lidé s mentálním postižením rozhodují pro využití toho

kterého typu služeb, využiji metodu *rozhovoru s návodem*. Mezi respondenty zařadím poskytovatele pobytových i terénních služeb, rodiče či pečovatele, kteří rozhodují o využívání služeb lidmi s mentálním postižením, experty na problematiku a zástupce veřejné správy z oblasti plánování sociálních služeb v dané lokalitě.

## 5. Předpokládaná struktura diplomové práce

- Úvod
- Teoretická východiska
- Metody
- Deskriptivní část
- Analytická část.
- Závěry

## 6. Předpokládané zdroje diplomové práce

### Vymezení klíčových pojmů

The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. *Online library* [online]. 2008, [cit. 2011-06-07]. Dostupný z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07395.x/pdf>>.

WEHMEYER, Michael L.; METZLER, Christina A. How Self -Determined Are People With Mental Retardation? The National Consumer Survey [online]. 1995, [cit. 2011-06-07]. Dostupný z WWW: [http://74.125.155.132/scholar?q=cache:2Hpuup2pj1UJ:scholar.google.com/+How+Self-Determined+Are+People+With+Mental+Retardation%3F++Wehmeyer&hl=cs&as\\_sdt=0&as\\_vis=1](http://74.125.155.132/scholar?q=cache:2Hpuup2pj1UJ:scholar.google.com/+How+Self-Determined+Are+People+With+Mental+Retardation%3F++Wehmeyer&hl=cs&as_sdt=0&as_vis=1)

Krebs, V. a kol. 1997. *Sociální politika*. Praha: nakladatelství CODEX Bohemia.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-7.

*Integrovaný portál MPSV* [online]. 2009 [cit. 2010-12-03]. Osoba zdravotně znevýhodněná. Dostupné z WWW: <[http://portal.mpsv.cz/sz/local/rk\\_info/next\\_info/info3](http://portal.mpsv.cz/sz/local/rk_info/next_info/info3)>.

Murphy, R. F. 2001. *Umlčené tělo*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON).

Vágenrová, M. a kol. 1999. *Psychologie handicapu*. Praha: Univerzita Karlovav Praze – Nakladatelství Karolinum.

- Mühlpachr, P. 2001. *Vývoj ústavní péče*. Brno: Masarykova univerzita.
- Matoušek, O. 1995. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- MATOUŠEK, Oldřich, et al. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupina práce s nimi*. Vyd. 1. . Praha : Portal, 351 s. ISBN 80-7367-002-X(vaz.).
- MATOUŠEK, Oldřich, et al. 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd. 1.. Praha : Portal, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9(vaz.).
- Matoušek, Oldřich: *Slovník sociální práce*; 1. vyd. 2003. Praha: Portál; 288 s. ISBN 80-7178-549-0
- NOVOSAD, Libor. *Východiska a principy realizace služeb osobní asistence v ČR*. Liberec: CDV TU, 2006.

### **Teoretický rámec práce**

- SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: Příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus Praha, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-8696-2.
- NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. *Deinstitucionalizace a plánování sociálních služeb v kraji: Příručka pro začlenění transformace ústavních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením do střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje* [online]. Praha, 2012 [cit. 2013-02-28]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/Download.aspx?>

### **Práce na blížká témata**

- Analýza potřeb a nabídky sociálních služeb na území hlavního města Prahy: Závěrečná zpráva projektu*. 2012.
- Stulíková, Vlasta. *Péče o osoby s mentálním postižením v proces deinstitucionalizace: Komparace Švédska a České republiky*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2010. 61 s. Vedoucí práce Igor Tomeš.

### **Popis metod, které se chystám využít**

- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. 408 s.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0. Disman, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. 2002.

### **Aplikace metod**

- Veselý, A., Nekola, M. (Ed.) 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON. 978-80-86429-75-5.

## **Zdroje dat, se kterými se chystám pracovat**

Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37

Český statistický úřad [online]. 2008 [cit. 2011-05-03]. Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007. Dostupné z WWW: <<http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>>.

The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. Online library [online]. 2008, [cit. 2011-06-07]. Dostupný z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07395.x/pdf>>.

## **Veřejně-politické dokumenty vztahující se k řešení Vašeho problému na regionální, národní i nadnárodní úrovni**

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2007a. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. Praha : MPSV, [cit. 2010-04-07]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)>.

Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2010. Doporučený postup č. 4/2009 : Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče [online]. Praha : MPSV, [cit. 2010-05-12]. Dostupné z WWW: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/7871/Doporuceny\\_postup\\_c\\_4\\_2009.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7871/Doporuceny_postup_c_4_2009.pdf)>. *S třetinedobý plán sociálních služeb hlavního města Prahy na léta 2011 - 2013*. 2011. Praha: MHMP.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. 2008. [online] Dostupné z www: <<http://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Umluva-ve-sbirce.pdf>>.

## **Výpovědi a charakteristiky aktérů**

Šestáková, I. 2006. *Sociální aspekty integrace handicapovaných dospolečnosti=Social Aspect of Integrating Handicapped People into Society*. Praha: České vysoké učení technické.

Titzl, B. 2000. *Postižený člověk ve společnosti*. Praha: Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta.

## **Zahraniční zkušenosti**

ERICSSON, Kent 2000. *Deinstitutionalization and Community Living for Persons with an Intellectual Disability in Sweden : Policy, Organizational Change and Personal Consequences. Disability Conference*. Tokyo , [cit. 2010-05-11]. Dostupné z WWW: <<http://www.institutionwatch.ca/cms-file-system-action?file=research/sweden.pdf>>.

V Praze dne

---

Konzultant: Mgr. Vladimíra Tomášková

Diplomant: Bc. Olga Kavalírová

Podpis:

Podpis:

# OBSAH

<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK .....</b>	<b>3</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>4</b>
<b>1 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE .....</b>	<b>6</b>
1.1 DÍLČÍ CÍLE .....	6
1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	8
<b>2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA .....</b>	<b>9</b>
2.1 KONCEPT PRÁV LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	9
2.1.1 <i>Lidská práva lidí s mentálním postižením ve světě.....</i>	<i>10</i>
2.1.2 <i>Lidská práva lidí s mentálním postižením v České republice.....</i>	<i>14</i>
2.1.3 <i>Způsobilost k právům a povinnostem × lidská práva.....</i>	<i>15</i>
2.1.4 <i>Změny v oblasti práv lidí s mentálním postižením vyplývající z nové právní úpravy.....</i>	<i>17</i>
2.2 DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	20
<b>3 METODOLOGIE.....</b>	<b>26</b>
3.1 STUDIUM DOKUMENTŮ A LEGISLATIVNÍCH OPATŘENÍ .....	26
3.2 DOTAZNÍK.....	27
3.3 ROZHOVOR POMOCÍ NÁVODU .....	28
3.4 TEMATICKÁ ANALÝZA DAT .....	29
<b>4 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY .....</b>	<b>30</b>
4.1 MENTÁLNÍ RETARDACE, MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	31
4.1.1 <i>Terminologie ve vztahu k lidem s mentálním postižením .....</i>	<i>34</i>
4.1.2 <i>Etiologie.....</i>	<i>35</i>
4.1.3 <i>Klasifikace mentální retardace .....</i>	<i>37</i>
4.1.4 <i>Lidé s mentálním postižením v České republice .....</i>	<i>40</i>
4.2 AUTISMUS .....	43
4.3 HANDICAP.....	48
4.4 SHRNUÍ KAPITOLY .....	48
<b>5 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE.....</b>	<b>49</b>
5.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY.....	49
5.2 INSTITUCIONÁLNÍ × KOMUNITNÍ PÉČE .....	53
5.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	57
5.4 SHRNUÍ KAPITOLY .....	59
<b>6 ANALÝZA PRIMÁRNÍCH DAT .....</b>	<b>60</b>
6.1 VLASTNÍ PROJEKT VÝZKUMU .....	60
6.1.1 <i>Předmět výzkumu .....</i>	<i>60</i>
6.1.2 <i>Výběr respondentů dotazníkového šetření.....</i>	<i>60</i>
6.1.3 <i>Omezení dotazníkového šetření.....</i>	<i>61</i>
6.1.4 <i>Výběr respondentů rozhovorů s návodem .....</i>	<i>62</i>
6.1.5 <i>Vedení rozhovoru a etické aspekty.....</i>	<i>63</i>
6.1.6 <i>Zpracování získaných dat.....</i>	<i>64</i>
6.1.7 <i>Místní ohraničení .....</i>	<i>64</i>
6.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ .....	64
6.2.1 <i>Shrnutí kapitoly.....</i>	<i>71</i>
6.3 VÝSLEDKY HLOUBKOVÝCH ROZHOVORŮ .....	71

6.3.1	<i>Pečovatelé</i> .....	72
6.3.2	<i>Shrnutí rozhovorů s pečujícími osobami</i> .....	80
6.3.3	<i>Poskytovatelé</i> .....	82
6.3.4	<i>Shrnutí rozhovorů s poskytovateli</i> .....	91
6.3.5	<i>Expert</i> .....	93
6.3.6	<i>Zástupce veřejné správy</i> .....	98
6.4	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	100
6.5	KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ.....	104
	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>108</b>
	<b>RESUMÉ</b> .....	<b>111</b>
	<b>SUMMARY</b> .....	<b>112</b>
	<b>SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK</b> .....	<b>113</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	<b>114</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>120</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 1</b> .....	<b>121</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 2</b> .....	<b>124</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 3</b> .....	<b>127</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 4</b> .....	<b>130</b>
	<b>PŘÍLOHA Č. 5</b> .....	<b>132</b>



## SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

DOZP	-	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DS	-	Denní stacionář
ChB	-	Chráněné bydlení
LZPS	-	Listina základních lidských práv a svobod
MKN-10	-	Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (desátá revize)
MP	-	mentální postižení
MPSV	-	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	-	mentální retardace
NRZP ČR	-	Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
OZP	-	osoba se zdravotním postižením
PnP	-	příspěvek na péči

# ÚVOD

Před rokem 1989 byla v České republice naprostá většina lidí s mentálním a v podstatě i jakýmkoliv jiným typem postižení v zařízeních ústavní péče. Tato zařízení se navíc často stavěla mimo města a vesnice, takže společnost měla dojem, že lidí s postižením je velmi málo a někde je o ně snad dobře postaráno. Pojem integrace znal málokdo a zřejmě panovalo všeobecné přesvědčení, že lidé s postižením samostatného života uvnitř společnosti nejsou schopni. Mnoho lidí si snad ani neuvědomovalo, že nějací lidé s mentálním postižením existují, tím spíše, aby se zajímali o jejich kvalitu života či možnost integrace. Po sametové revoluci v roce 1989 se však situace začala pomalu měnit k lepšímu. Postupně začaly přicházet informace z okolního světa, odborníci začali vyjíždět do zahraničí a předávat si s kolegy zkušenosti a postupně se přicházelo na to, že člověk s postižením může žít zcela běžný život, ale musí dostat k běžnému životu příležitost, což je v ústavní péči pochopitelně problém. V prvních letech se sociální služby vyvíjely spontánně a spíše neorganizovaně. Stále více tak vznikala potřeba legislativní úpravy a určité kontroly. Ta přišla až v roce 2006 se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který znamenal velký průlom v poskytování sociálních služeb.<sup>1</sup>

Jako téma své diplomové práce jsem si zvolila problematiku dospělých osob s mentálním postižením (dále také i s mentální retardací – MR) a případně přidruženým autismem. Tuto cílovou skupinu jsem zvolila především proto, že s ní mám mnoho osobních zkušeností a měla jsem možnost jejich potřeby blíže poznat. S lidmi s mentálním postižením jsem dlouhodobě pracovala na několika praxích, brigádně i jako dobrovolník. Z tohoto důvodu se domnívám, že jde o skupinu svým způsobem opomíjenou, neboť na rozdíl od jiných skupin lidí s postižením mají omezené možnosti o své postavení ve společnosti aktivně usilovat. Pro lidi s mentálním postižením je složitější pochopit a posoudit dosah opatření či zákony vztahující se k jejich životu, možnosti pracovního uplatnění či možnosti využívání sociálních služeb, než pro osoby

---

<sup>1</sup> Průvodce zákonem o sociálních službách. *LORM - Společnost pro hluchoslepé* [online]. 2006 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zakonom-o-socialnich-sluzbach.php>

s tělesným či smyslovým postižením, a proto hrozí, že specifické potřeby osob s mentálním postižením budou častěji přehlíženy.

Ve své diplomové práci se zaměřuji především na osoby s lehkou a střední mentální retardací bez ohledu na to, zda je k mentálnímu postižení přidružena i porucha autistického spektra.<sup>2</sup> Pro potřeby této práce vynechávám problematiku osob s hlubokou mentální retardací, protože péče o tyto osoby je velice specifická a možnost využívání většiny sociálních služeb osobami s takto hlubokým postižením sporná. Vyžaduje individuální posouzení, které přesahuje možnosti takto pojaté práce. Ze zkušenosti s prací s touto cílovou skupinou však vím, že z okruhu osob s lehkým a středně těžkým mentálním postižením má mnoho lidí potenciál žít plnohodnotný život v běžné společnosti s využíváním terénních, ambulantních či komunitních pobytových služeb. Vhodnost jednotlivých typů sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením je součástí výzkumné části předkládané diplomové práce. Výzkum sociálních služeb je omezen na služby poskytované na území hlavního města Prahy, protože Praha je svým způsobem velmi specifický region s ohledem na socioekonomickou úroveň obyvatel i v počtu a nabídce sociálních služeb.

---

<sup>2</sup> **Poznámka:** Kdykoliv zmíním v textu osoby s mentálním postižením, automaticky počítám i skupinu osob, které mají zároveň mentální postižení i autismus. Jen pro zjednodušení textu nevypisuji celý pojem.

# 1 CÍLE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Hlavním tématem této práce jsou sociální služby pro lidi s mentálním postižením v Praze. Hlavním cílem práce je zjistit, jaké je složení uživatelů sociálních služeb s ohledem na hloubku postižení a míru závislosti. Vzhledem k tomu, že teoretickým konceptem práce jsou práva lidí s mentálním postižením a deinstitucionalizace sociálních služeb, zkoumám danou problematiku právě touto optikou. Jedním z hlavních principů obou těchto konceptů je to, aby lidé s mentálním postižením nevyužívali ústavní typ sociálních služeb zbytečně i v případech, kdy mají potenciál žít s určitou podporou samostatně nebo v typu služby, kde mají co největší možnost kontaktu s běžným životem ve společnosti. Z tohoto důvodu zkoumám to, zda i lidé, kteří potřebují relativně málo podpory (mají lehké postižení a jsou poměrně málo závislí na péči dalších osob), využívají pobytové služby. V dalším stádiu potom zjišťuji faktory, na základě kterých se rodiny lidí s mentálním postižením rozhodují o využívání služeb, a také názory poskytovatelů sociálních služeb a veřejné správy na tuto problematiku. Jde mi o to zjistit, v čem jsou limity a překážky rodin, poskytovatelů a veřejné správy ve volbě umístování většího počtu lidí s mentálním postižením do komunitních pobytových služeb či v jejich zanechání v přirozeném prostředí a využívání terénních nebo ambulantních služeb. Výzkum by měl rozkrýt problémy a rizika, která tito aktéři v systému sociálních služeb vnímají, a co by bylo možné doporučit k odstranění překážek, které brání deinstitucionalizaci sociálních služeb, a tím zlepšení dodržování práv lidí s mentálním postižením.

**Hlavní cíl: Zjistit, jaká je struktura lidí s mentálním postižením v pobytových zařízeních s ohledem na hloubku tohoto postižení a míru závislosti. Následně zjistit, na jakém základě se lidé s mentálním postižením a potažmo osoby, které o ně pečují, rozhodují pro využívání sociálních služeb.**

## 1.1 DÍLČÍ CÍLE

Z hlavního cíle jsem dále vyvodila několik cílů dílčích, které přehledně shrnuji níže, a ke každému jsem přiřadila metodu, která byla primárně využita pro naplnění daného cíle. Pro zjištění struktury klientů, kteří využívají pobytové sociální služby, byla využita metoda dotazníkového šetření. Dotazníky byly zaslané do všech pobytových

služeb působících v hlavním městě Praze a jejich hlavním cílem bylo zjistit strukturu klientů v tomto typu služeb. Podobnou otázku jsem posléze položila i v hloubkových rozhovorech několika respondentům, kteří prostředí pobytových služeb znají.

Dalším dílčím cílem, který byl sledován především prostřednictvím rozhovorů s pečovateli, bylo zmapování faktorů, na základě kterých se rodiny lidí s postižením rozhodují právě pro danou službu, kterou využívají. Smyslem tohoto cíle bylo rozkrýt, co rodinám umožňuje nebo naopak znemožňuje využívat služby, které by chtěly.

Všichni respondenti pak byli dotazováni na to, kde spatřují výhody, nevýhody, limity a rizika jednotlivých služeb. Především pak s ohledem na jednotlivé typy klientů. Cílem bylo zjištění, kterými typy klientů by měly být jednotlivé služby využívány a jsou pro ně vhodné a pro který typ klientů mohou být naopak nedostačující nebo mohou brzdit jejich rozvoj.

Pomocí rozhovoru se zástupcem veřejné správy bylo zjišťováno, jak se veřejná správa k problematice obecně staví, zda jsou její zástupci příznivci deinstitucionalizace a co pokládají za hlavní priority v oblasti sociálních služeb do budoucna.

#### **Byly stanoveny tyto dílčí cíle:**

1. Zjistit strukturu klientů využívajících pobytový typ sociálních služeb v závislosti na hloubce mentálního postižení a na pomoci jiných osob.
  - Metoda: Dotazník zasláný do všech zařízení pobytových sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením na území hl. m. Prahy.
2. Zmapovat důvody, proč se rodiny, opatrovníci, pečovatelé pečující o lidi s mentálním postižením rozhodli pro využití právě těch služeb (pobytových, ambulantních, terénních), které využívají.
  - Metoda: Rozhovory s pečovateli, kteří rozhodují o využívání služeb osobou s mentálním postižením, rozhovor s expertem.
3. Zjistit výhody, nevýhody a limity jednotlivých typů služeb s ohledem na různé typy lidí s mentálním postižením.
  - Metoda: Rozhovory s pečovateli, kteří rozhodují o využívání služeb osobou s mentálním postižením, rozhovory s poskytovateli jednotlivých

typů sociálních služeb, rozhovor se zástupcem veřejné správy, rozhovor s expertem na problematiku lidí s mentálním postižením

4. Zjistit, jak se k využívání sociálních služeb lidmi s mentálním postižením staví veřejná správa.

- Metoda: Rozhovor se zástupcem veřejné správy, rozhovor s expertem.

## 1.2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Dílčí cíle byly dále rozpracovány do jednotlivých výzkumných otázek, které byly v různých podobách zařazeny do scénářů rozhovorů pro jednotlivé respondenty. Otázky však samozřejmě nebyly použity přesně v tomto znění, které sloužilo spíše pro ujasnění si toho, co je nutné zjistit. Například otázka, zda jsou zástupci veřejné správy nakloněni tomu, aby lidé s lehkou a středně těžkou mentální retardací v co největší míře zůstávali v přirozeném prostředí, je příliš návodná na to, aby mohla být použita ve scénáři rozhovoru, proto k jejímu zodpovězení směřovalo více otázek v odlišném znění.

1. Jaké je složení klientů s mentální retardací v ústavních zařízeních na škále od lehké přes středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci a také na škále od klientů téměř nezávislých na pomoci jiných až po lidi, kteří vyžadují celodenní péči dalších osob.
2. Proč lidé s mentálním postižením, či častěji lidé, kteří za ně rozhodují o využívání sociálních služeb, rozhodují právě takto?
3. Jaké faktory lidé s mentálním postižením, či spíše jejich rodiny, zvažují při rozhodování o využívání sociálních služeb?
4. Pro jaký typ klientů je výhodnější využívat pobytové služby a pro jaký typ klientů jsou výhodnější služby terénní nebo ambulantní?
5. Jaké výhody a nevýhody má pro lidi s MP využívání pobytových služeb?
6. Jaké výhody a nevýhody má pro lidi s MP využívání terénních služeb?
7. Jsou zástupci veřejné správy nakloněni tomu, aby lidé s lehkou a středně těžkou mentální retardací v co největší míře zůstávali v přirozeném prostředí?
8. Existují závazné dokumenty, které směřují k tomuto cíli?

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### 2.1 KONCEPT PRÁV LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Stejně jako všechny lidské bytosti, měli by i lidé s mentálním postižením mít určitá práva zaručena. V minulosti však byla práva lidí s postižením obecně opomíjena a často měli jen opravdu malou možnost svůj život ovlivnit. Velmi často za ně bylo vybráno místo bydliště, znemožněno pracovní uplatnění, odepřen přístup ke vzdělání, ale třeba i k běžným společenským či partnerským vztahům. Doby, kdy tito lidé byli často umístováni do ústavních zařízení mimo města a možnost jakéhokoliv ovlivnění vlastního života byla téměř mizivá, jsou snad z větší části pryč. Přesto je však toto téma i dnes velmi aktuální a ochranou práv těchto lidí by se měli zabývat nejen jejich blízcí, ale především pracovníci sociálních služeb a další lidé, kteří mohou životy lidí s postižením ovlivňovat. Je potřeba mít stále na paměti, že, vzhledem ke specifickým mentálního postižení a jeho dopadů na intelektuální a psychologické vlastnosti člověka, jde o skupinu velmi zranitelnou, která má jen velmi omezené možnosti se proti porušování lidských práv bránit. Je proto nutné srozumitelnou formou informovat o právech také samotné lidi s postižením a podporovat je ve snaze si dodržování těchto práv zajistit a ochránit: *„Dodržování nebo naopak porušování základních práv se promítá do klíčových oblastí každodenního života: bydlení, práce, volný čas, oblast mezilidských vztahů apod. Cílem moderní sociální služby je umožnit lidem s mentálním postižením žít běžným životem. Tento cíl však bez znalosti a respektování základních práv nelze naplnit.“*<sup>3</sup>

Ve všech současných mezinárodních i českých legislativních dokumentech, úmluvách a deklarácích, které se zabývají lidmi s mentálním postižením, můžeme vysledovat stejné principy. Ve všech je člověk s mentálním postižením vnímán jako subjekt lidských a sociálních práv a reflektují snahu o zlepšování životních podmínek, zajišťování rovného postavení a naplňování základních lidských potřeb i specifických

---

<sup>3</sup> SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: Příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus Praha, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-8696-2, str. 9

potřeb vyplývajících z mentálního postižení. Tyto dokumenty odrážejí současné trendy ve vnímání postavení lidí s mentálním postižením, kterými jsou<sup>4</sup>:

- Personalizace
- Normalizace
- Partnerství
- Decentralizace
- Deinstitutionalizace
- Koordinace
- Integrace, inkluze<sup>5</sup>

Tyto principy by se měly odrážet ve všech dokumentech týkajících se lidí s mentálním postižením a v celkovém pojetí sociálních služeb v zemích, které se zavázaly ke zlepšení úrovně práv lidí s mentálním postižením a k transformaci sociálních služeb směrem k deinstitutionalizaci a dodržování práv lidí s MP.

### 2.1.1 LIDSKÁ PRÁVA LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM VE SVĚTĚ

Lidská práva lidí s mentálním postižením vycházejí samozřejmě ze širšího konceptu lidských práv, jehož hlavním zdrojem je především *Všeobecná deklarace lidských práv*, pocházející z Valného shromáždění OSN z 10. prosince 1948. Lidskými právy se zabývá mnohem více světových dokumentů, ale v zásadě je původ naprosté většiny z nich právě v této deklaraci.<sup>6</sup>Na nutnost zabývat se specificky právy lidí s mentálním postižením i lidí se zdravotním postižením obecně reagovaly i mezinárodní instituce a vzniklo několik dokumentů, o které je možné se v definici práv lidí s mentálním postižením opřít:

---

<sup>4</sup> Právo a lidé s postižením. *Dobromysl.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>

<sup>5</sup> Právo a lidé s postižením. *Dobromysl.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>

<sup>6</sup> Lidská práva. *Informační centrum OSN v Praze* [online]. 2005 [cit. 2013-08-17]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/lidska-prava/?kap=6>



### a) Deklarace o právech lidí s mentálním postižením

Nejdůležitější dokument k této problematice pochází už z roku 1971, kdy byla 20. prosince na Valném shromáždění OSN vyhlášena *Deklarace o právech lidí s mentálním postižením*. Tato deklarace stanovila několik zásadních bodů, které rozšiřují obecná lidská práva o ta specificky se týkající lidí s mentálním postižením.

První právo v deklaraci vyjadřuje nutnost zajistit lidem s MP **stejná práva, jako mají ostatní lidé v nejvyšší možné míře**. Druhý bod se týká **práva na zdravotní péči a vhodnou terapii, výchovu a vedení**, které pomohou člověku s mentálním postižením k co největšímu rozvinutí lidského potenciálu. Třetí bod spojuje právo na **ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň** s právem pracovat podle svých možností a svou finanční situaci tak vylepšit. V každém státě by však mělo být samozřejmostí ekonomicky zabezpečit i ty lidi s mentálním postižením, kterým se uplatnění na trhu práce nepodaří. Z pohledu této diplomové práce je nejdůležitějším bodem deklarace čtvrté právo:

*„Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.“<sup>7</sup>*

Pátý bod deklarace vyjadřuje **právo na kvalifikovaného opatrovníka**, pokud je to vzhledem k omezení či odebrání způsobilosti k právním úkonům potřeba. Dalším bodem je potom právo na **ochranu před vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením** a také právo na uznání stupně odpovědnosti podle individuální mentální vyzrállosti při případném soudním procesu. Poslední, sedmé právo pak vyjadřuje nutnost **precizní zákonné úpravy při případném omezení i zbavení způsobilosti k právním úkonům**. Tento proces musí podléhat přísným pravidlům,

---

<sup>7</sup> Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami*[online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>

kteřá znemožní jeho zneužívání. Stav člověka s postižením musí být posouzen znalci v oboru, musí být odvolatelný a podléhat pravidelným přezkoumáním.<sup>8</sup>

#### *b) Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*

Jde o další z úmluv OSN, která vychází ze Všeobecné deklarace lidských práv a věnuje se specifické situaci osob se zdravotním postižením. Úmluva vstoupila v platnost 3. května 2008 a pro Českou republiku vstoupila v platnost 28. října 2009. Jejím smyslem je chránit osoby se zdravotním postižením před všemi formami diskriminace. Rozvíjí širokou oblast občanských, politických, ekonomických, kulturních a sociálních práv. Státy, které se k úmluvě připojily, zavazuje k přijetí zákonů, které budou respektovat její principy, a také ke směřování ke stále větší integraci osob s postižením do společnosti.<sup>9</sup>

V preambuli Úmluvy, konkrétně v odstavci c, je znovu zdůrazněna potřeba zaručit osobám se zdravotním postižením plné užívání lidských práv a svobod bez diskriminace. V článku 1 Úmluvy je explicitně vyjádřen její účel a ve výčtu osob se zdravotním postižením jsou zahrnuti právě i lidé s postižením mentálním. *„Účelem této úmluvy je podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti. Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“*<sup>10</sup>

V souvislosti s tématem této diplomové práce je stěžejní článek 19, ve kterém je formulováno právo lidí s postižením na *„nezávislý způsob života a zapojení*

---

<sup>8</sup> Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami*[online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>

<sup>9</sup> Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami*[online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>

<sup>10</sup> Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami*[online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>

do společnosti“<sup>11</sup> Toto právo je v Úmluvě vysvětleno jako právo na plné a rovnoprávné zapojení do společnosti, které se projevuje především jako možnost zvolit si kde a s kým budou žít a právo nebyť nucen žít ve specifickém prostředí, tedy v pobytovém zařízení, pokud si takové místo člověk s postižením sám nevybere. K tomu, aby člověk s postižením v přirozeném prostředí mohl žít, je třeba také zaručit přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí. V Úmluvě je jako zástupce těchto služeb uvedena služba osobní asistence. Ve třetím odstavci článku 19 je pak ukotvena potřeba rovné přístupnosti komunitních služeb a zařízení určených široké veřejnosti i pro osoby s postižením, a také potřeba, aby tyto služby braly v úvahu specifické potřeby této cílové skupiny.<sup>12</sup>

Za zmínku související s naším tématem stojí také článek 22 – Respektování soukromí bez ohledu na místo pobytu, článek 23 – Respektování obydlí a rodiny, jako i právo na výběr životního partnera, uzavření manželství a založení rodiny, článek 27 – Právo na zaměstnání.<sup>13</sup>

V Úmluvě samozřejmě najdeme mnoho dalších občanských, politických a sociálních práv, z nichž mnohé se shodují se Všeobecnou deklarací lidských práv z roku 1948. Já jsem však záměrně vybrala ty, jejichž dodržování může být v některých pobytových zařízeních sociální péče problém, i přes dobrou vůli a snahu poskytovatele a personálu.

---

<sup>11</sup> Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami*[online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>

<sup>12</sup> Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami*[online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>

<sup>13</sup> Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami*[online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>

Z dalších dokumentů, ve kterých je zahrnuta problematika lidí s mentálním postižením, lze zmínit<sup>14</sup>:

- Úmluva č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených;
- Úmluva o právech dítěte (1989, OSN), kde je zdůrazněna rovnost a důstojnost i dětí s postižením;
- Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993, OSN);
- Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s mentálním postižením (1996);
- Deklarace o prevenci postižení (1981).

Výše uvedené dokumenty se nevěnují specificky právům lidem s mentálním postižením, ale nějakým způsobem se v nich práva těchto lidí odrážejí a reflektují například jejich situaci na trhu práce či specifickou situaci dětí s postižením.

### 2.1.2 LIDSKÁ PRÁVA LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICE

Česká republika je, jako postkomunistická země, v oblasti práv lidí s mentálním postižením poněkud pozadu oproti zemím, kde mají lidská práva dlouhodobější tradici. Je však patrný pozitivní vývoj v této oblasti. Počátky orientace na lidská práva je v novodobých dějinách možné sledovat až od počátku 90. let, kdy jsme se zařadili mezi demokratické země. Hlavním pramenem lidských práv v ČR je *Listina základních lidských práv a svobod* schválena 16. prosince 1992. Listina obsahuje základní lidská práva, ale žádné se netýká explicitně práv lidí s mentálním postižením. Přesto zde nalezneme nejdůležitější princip, ze kterého práva lidí s mentálním postižením vychází: „*Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezczitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné.*“<sup>15</sup>

---

<sup>14</sup> Právo a lidé s postižením. *Dobromysl.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>

<sup>15</sup> Česká republika. *Listina základních práv a svobod*. In: *Sbírka zákonů*. 1992. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

Na vládní úrovni se problematikou lidí s postižením zabývá **Vládní výbor pro zdravotně znevýhodněné občany**, zřízený usnesením vlády ČR č. 151 ze dne 8. 5. 1991.<sup>16</sup> Tento výbor se zabývá zlepšováním situace všech lidí s postižením. Prostřednictvím vytváření koncepcí a strategií pomáhá vytvářet rovnoprávné příležitosti pro lidi s postižením ve všech aspektech jejich života.<sup>17</sup>

Dalším významným aktérem v problematice lidí s postižením je Národní rada osob se zdravotním postižením ČR. „*NRZP ČR je občanským sdružením s celostátní působností, které zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením při jednáních se státními a veřejnými institucemi. Úlohou NRZP ČR je přispívat k integraci osob se zdravotním postižením do společnosti a důsledně obhajovat lidská práva těchto lidí.*“<sup>18</sup>

**NRZP ČR** je hlavním poradním orgánem Vládního výboru pro zdravotně znevýhodněné občany. Kromě této poradní funkce také monitoruje případy diskriminace těchto osob, informuje o problematice širokou veřejnost či na krajské a regionální úrovni plánuje v oblasti vyrovnávání příležitostí pro osoby s postižením.<sup>19</sup>

### 2.1.3 ZPŮSOBILOST K PRÁVŮM A POVINNOSTEM × LIDSKÁ PRÁVA

V problematice práv lidí s mentálním postižením nelze opomenout ani institut zbavování, či omezování způsobilosti k právům a povinnostem, které je v České republice poměrně běžné. Zbavení či omezení způsobilosti k právům a povinnostem a stanovení opatrovníka, který bude za člověka s postižením právně jednat, je vždy velmi významným zásahem do práv takového člověka a kvůli co největší míře ochrany

---

<sup>16</sup> Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. *Vláda České republiky* [online]. 2009 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: I My potřebujeme znát svá práva - kampaň za práva lidí s mentálním postižením. <i>Portus Praha, občanské sdružení</i> [online]. 2006 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: [http://www.portus.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=70&Itemid=76](http://www.portus.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=76)

<sup>17</sup> Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. *Vláda České republiky* [online]. 2009 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: I My potřebujeme znát svá práva - kampaň za práva lidí s mentálním postižením. <i>Portus Praha, občanské sdružení</i> [online]. 2006 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: [http://www.portus.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=70&Itemid=76](http://www.portus.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=76)

<sup>18</sup> Základní informace. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. 2010 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/o-nas/zakladni-informace.html>

<sup>19</sup> Základní informace. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. 2010 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/o-nas/zakladni-informace.html>

práv by se k němu mělo přistupovat opravdu jen v případech, kdy takový krok člověka ochrání, nikoliv zbytečně omezí.

V problematice práv lidí s mentálním postižením je třeba odlišovat **způsobilost k právům a povinnostem**, kterou mají všechny fyzické osoby od narození do smrti. Neexistuje žádná možnost, jak ji komukoliv omezit či odebrat.<sup>20</sup> Do způsobilosti k právům a povinnostem spadá právě způsobilost mít lidská práva.<sup>21</sup>

Druhým typem způsobilosti v právu je **způsobilost k právním úkonům**, která se nabývá postupně v souvislosti s mentálním, intelektuálním a volným vývojem jedince a v plném rozsahu se nabývá až zletilostí v osmnácti letech, případně dříve. Na rozdíl od prvního typu způsobilosti se tato způsobilost projevuje jako aktivní přijímání práv a zavazování se k povinnostem. Patří sem například možnost uzavírat smlouvy a brát na sebe práva i povinnosti ze smluv vyplývající.<sup>22</sup> V §10 občanského zákoníku je také upravena možnost zbavení či omezení způsobilosti k právům a povinnostem. Jde o případy, kdy osoba není kvůli duševní poruše (či mentálnímu postižení), která není jen přechodná, vůbec schopna činit právní úkony nebo je schopna činit jen některé právní úkony. O zbavení nebo omezení způsobilosti k právním úkonům rozhoduje výhradně soud.<sup>23</sup>

V žádném případě však odebrání či omezení způsobilosti k právním úkonům neznamená a nesmí znamenat, že by bylo možné lidi s postižením omezovat ve způsobilosti k lidským právům. Naopak by jejich práva měla být hájena důsledněji. To, že jsou lidé s mentálním postižením v určitých případech zbaveni práva například sjednávat smlouvy, neznamená, že je možné je omezovat například v tom, že jim upřeme právo mít partnera či právo na soukromí. Tento rozpor si musí velmi dobře uvědomovat především pracovníci sociálních služeb. Nikdy nesmí být zaměňována

---

<sup>20</sup> Česká republika. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. 1964. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcanzak/cast1.aspx>

<sup>21</sup> VRABEC, Josef a Vladimír PLECITÝ. *Základy občanského práva*. Praha: PROSPEKTRUM, 1996. ISBN 80-7175-039-5, str. 33

<sup>22</sup> VRABEC, Josef a Vladimír PLECITÝ. *Základy občanského práva*. Praha: PROSPEKTRUM, 1996. ISBN 80-7175-039-5, str. 32-33

<sup>23</sup> Česká republika. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. 1964. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcanzak/cast1.aspx>

způsobilost k právním úkonům s obecnou způsobilostí mít práva a především mít lidská práva. Člověk bez způsobilosti k právním úkonům je svobodný a rovný v důstojnosti a právech. Rozdíl mezi způsobilostí k lidským právům a právním úkonům přehledně shrnuje tabulka podle Sobka (zkráceně viz Tabulka 1):<sup>24</sup>

**Tabulka 1: Rozdíly mezi způsobilostí k lidským právům a právním úkonům**

LIDSKÁ PRÁVA	ZPŮSOBILOST K PRÁVNÍM ÚKONŮM
<p><b>Způsobilost k základním lidským právům nemůže být omezena nikým a ničím (ani z důvodu mentálního postižení).</b></p>	<p><b>Způsobilost k právním úkonům může být omezena z důvodu duševní poruchy, která není přechodná.</b></p> <p><b>Je možné:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Omezit způsobilost k právním úkonům</li> <li>• Zbavit způsobilosti k právním úkonům</li> </ul>
<p><b>V oblasti lidských práv, kde se nejedná o právní úkon, nejedná opatrovník.</b></p>	<p><b>V případě omezení nebo zbavení způsobilosti k právním úkonům činí právní úkony opatrovník.</b></p>
<p><b>Příklady (co spadá do oblastí lidských práv a není právním úkonem)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volně se pohybovat, jít kam chci</li> <li>• Vybrat si přátele, mít partnera/partnerku</li> <li>• Mít kontakt s rodinou, přijímat návštěvy</li> <li>• Zamknout si svůj byt, pokoj nebo skříňku</li> <li>• Dostávat odměnu, jsem-li zaměstnán</li> <li>• Zvolit si, co chci dělat ve volném čase</li> </ul>	<p><b>Příklady (co je právním úkonem)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nákup čehokoliv, např. televizoru</li> <li>• Prodej čehokoliv, např. starého jízdního kola</li> <li>• Podpis smlouvy (např. o poskytování služeb)</li> <li>• Pronájem bytu</li> <li>• Udělení plné moci</li> <li>• Sjednání půjčky</li> <li>• Souhlas s lékařským zákrokem</li> </ul>

#### 2.1.4 ZMĚNY V OBLASTI PRÁV LIDÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM VYPLÝVAJÍCÍ Z NOVÉ PRÁVNÍ ÚPRAVY

Od 1. 1. 2014 by měl vstoupit v platnost občanský zákoník č. 89/2012 Sb. Původní občanský zákoník č. 40/1964 Sb. platí již od roku 1964 a i přes četné novelizace je již v mnoha ohledech zastaralý. Nový zákoník by měl mnohem více akcentovat důležitost lidských práv a měl by odrážet i trendy, které se v oblasti práv lidí

<sup>24</sup> SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: Příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus Praha, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-8696-2, str. 17

s mentálním postižením ve světě prosazují. Odráží tak nejen principy české Ústavy a Listiny základních lidských práv a svobod, ale i mezinárodních deklarací lidských práv, včetně těch, které se dotýkají lidí s postižením. V novém občanském zákoníku se výrazně rozvíjí princip z článku 2, odstavce 4 Ústavy a zároveň také z článku 2, odstavce 3 LZPS: „Každý občan může činit, co není zákonem zakázáno, a nikdo nesmí být nucen činit, co zákon neukládá“. To znamená, že stát svobodu občanům nedává, ale zaručuje a také garantuje každému základní lidská práva.<sup>25</sup>

Do nové právní úpravy dané problematiky se velmi silně promítá inspirace mezinárodními úmluvami, ale i nutnost dostat tomu, k čemu jsme se zavázali, když jsme jako stát v roce 2009 ratifikovali Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Ohledně způsobilosti k právům a povinnostem, která se v novém zákoníku označuje jako právní osobnost, se nic nemění.<sup>26</sup> Velké změny se však plánují u způsobilosti k právním úkonům, která se nově bude nazývat **svéprávnost**.<sup>27</sup> Nový občanský zákoník již vůbec neumožňuje kohokoliv svéprávnosti zcela zbavit a možnost omezování svéprávnosti je významně ztížena. Směrem k většímu respektu k právům lidem s mentálním postižením se mění také institut opatrovníka, ale i postavení člověka s mentálním postižením v soudním procesu.<sup>28</sup>

Místo omezení či zbavení způsobilosti k právům a povinnostem a přiřknutí těchto práv určenému opatrovníkovi, nabízí zákon několik nových možností, jak člověku s postižením či jiným duševním problémem, pomoci při rozhodování a právních úkonech, aniž by mu svéprávnost byla omezena. V tomto případě zákon vychází z předpokladu, že naprostá většina lidí s postižením je schopna aspoň některých

---

<sup>25</sup> Podkladový materiál k semináři pro veřejné opatrovníky k problematice výkonu opatrovnictví uživatelů služeb sociální péče ve vztahu k procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb. PRUDÍKOVÁ, Dana, Kateřina SMOLÍKOVÁ, HRUBÁ, PLHÁKOVÁ a Monika ČERMÁKOVÁ. *Mpsv.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-08-29]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady\\_pro\\_opatrovniky\\_final.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady_pro_opatrovniky_final.pdf), str. 5

<sup>26</sup> Česká republika. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. 2012. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcansky-zakonik/cast1h2d2.aspx>

<sup>27</sup> Svěprávnost od roku 2014: Základní informace. *SPMP: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o. s.* [online]. 2013 [cit. 2013-08-28]. Dostupné z: [http://www.spmpr.cz/uploaded/Poradenstvi/svepravnost\\_od\\_roku\\_2014.pdf](http://www.spmpr.cz/uploaded/Poradenstvi/svepravnost_od_roku_2014.pdf)

<sup>28</sup> Osoby. *Nový občanský zákoník* [online]. 2013 [cit. 2013-08-29]. Dostupné z: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/obecna-cast/osoby/>



právních úkonů a s podporou a vhodným vysvětlením jiných osob mohou minimálně v základních věcech o svém životě rozhodovat. Zákon stále připouští možnost svéprávnost omezit, ale pouze v případech, kdy není jiná možnost a je to pojmáno jako nejkrajnější řešení.<sup>29</sup> Lze k němu přistoupit jen v zájmu toho, koho se týká a zákon také stanoví, že: „*Omezit svéprávnost člověka lze jen tehdy, hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější a méně omezující opatření.*“<sup>30</sup>

Aby mohlo být omezení svéprávnosti až nejkrajnějším řešením, zavádí nový občanský zákoník několik nových institutů, které vycházejí z myšlenky asistovaného rozhodování, tedy z toho, že s větší či menší mírou podpory je každá osoba schopna o sobě a svém životě rozhodovat. Těmito instituty jsou předběžné prohlášení, nápomoc při rozhodování a zastoupení členem domácnosti.<sup>31</sup> Oproti předchozí úpravě, kdy byly možné pouze varianty zasáhnout člověku do jeho práv a omezit či zbavit ho svéprávnosti či do jeho života nijak nezasahovat, jde o velký pokrok, který by měl být přínosem pro všechny lidi, kteří sice potřebují s některými složitějšími právními úkony pomoci, ale vzhledem k jejich mentálnímu stavu zdaleka není nutné svéprávnost omezovat.

To, že Česká republika jde dobrým směrem, vyplývá nejen z vyjádření respondentů rozhovorů z výzkumného šetření, především z vyjádření experta, který se právům lidí s postižením věnuje, ale i z ratifikace mezinárodních úmluv na toto téma, především z přijetí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Narůstá také počet odborníků, kteří se tomuto tématu přímo věnují. V této souvislosti zmiňme především Jiřího Sobka, který stojí za kampaní „**I My**“ za práva lidí s postižením, která proběhla v letech 2006–2007 a 2009–2010 a jejímiž výstupy byly odborné publikace,

---

<sup>29</sup> BERKOVÁ, Zuzana. *Řízení o způsobilosti k právním úkonům a nový občanský zákoník*. ASPI, 2013.

<sup>30</sup> Česká republika. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. 2012. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcansky-zakonik/cast1h2d2.aspx>

<sup>31</sup> Podkladový materiál k semináři pro veřejné opatrovníky k problematice výkonu opatrovnictví uživatelů služeb sociální péče ve vztahu k procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb. PRUDÍKOVÁ, Dana, Kateřina SMOLÍKOVÁ, HRUBÁ, PLHÁKOVÁ a Monika ČERMÁKOVÁ. *Mpsv.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-08-29]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady\\_pro\\_opatrovniky\\_final.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady_pro_opatrovniky_final.pdf), str. 12-13

krátké filmy, vzdělávací semináře i konference.<sup>32</sup> Podobných iniciativ však stále přibývá a jsou důkazem, že práva lidí s mentálním postižením jsou tématem, které v České republice nabývá na důležitosti.

## 2.2 DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Snaha transformovat ústavní péči o lidi s postižením a umožnit co největšímu počtu těchto lidí zůstat v přirozeném prostředí není specifická pouze pro Českou republiku. Tendence změnit institucionální systém péče se objevuje v mnoha jiných zemích, které se však vzájemně velmi liší v tom, jak jsou v procesu daleko. Za příklad dobré praxe a inspirace lze v Evropě považovat především systém Švédska či Velké Británie. Tendence k transformaci se pak objevují i na úrovni Evropské unie. Z výzkumu zástupců evropských zemí, kde je proces úspěšně realizován, vyplývá, že častými překážkami procesu bývá odpor ze strany rodin uživatelů, zaměstnanců ústavních zařízení a zaměstnaneckých odborů.<sup>33</sup>

Vzhledem k tomu, že v době totalitního systému byla v České republice ústavní péče naopak považována za nejlepší řešení péče o lidi se zdravotním postižením, začaly se deinstitucionalizační tendence objevovat až v 90. letech 20. Století. Zpočátku však šlo spíše o ojedinělé aktivity jednotlivých ředitelů různých zařízení a některých neziskových organizací. Deinstitucionalizace nebyla systémová a neexistovala jednotná koncepce, jak postupně ústavy přetvořit na komunitní formy péče a část klientů vrátit do přirozeného prostředí. S prvním komplexnějším řešením ústavní péče přišel Moravskoslezský kraj v roce 2004 s plánem transformovat všechna svá ústavní zařízení. Praxe však ukázala, že není možné spoléhat, že deinstitucionalizace proběhne spontánně bez přispění státu či na základě poptávky ze strany uživatelů.<sup>34</sup>

---

<sup>32</sup> I My potřebujeme znát svá práva - kampaň za práva lidí s mentálním postižením. *Portus Praha, občanské sdružení* [online]. 2006 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: [http://www.portus.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=70&Itemid=76](http://www.portus.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=76)

<sup>33</sup> MPSV. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. 2007. [cit. 2013-08-12]. Dostupné z [www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf>](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf).

<sup>34</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České

Proto bylo nutné, aby se deinstitucionalizace začala řešit koncepčněji na centrální úrovni. Bylo patrné, že bez koordinačního orgánu nebude změna možná. V roce 2007 pak vláda ČR schválila dokument **Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb (dále jen Koncepce)** a v roce 2009 vznikl projekt MPSV Podpora transformace sociálních služeb, jehož prostřednictvím je Koncepce naplňována. Výstupem projektu je pak materiál **Manuál transformace ústavů**, který by měl být základním manuálem pro poskytovatele k tomu, jak transformaci provádět.<sup>35</sup>

Myšlenka deinstitucionalizace se v současné době objevuje ve všech dokumentech, které nějakým způsobem upravují sociální služby, promítají se do všech koncepcí sociálních služeb, v zákoně o sociálních službách, ale i v jiných zákonech. Hlavní myšlenky jsou shrnuty například v Bílé knize sociálních služeb MPSV.

- Profesionálové by měli pomáhat lidem, ne rozhodovat místo nich.
- Lidé se cítí lépe ve svém vlastním prostředí.
- Rezidenční péče v institucích má své místo v širokém spektru služeb, avšak není preferována jako první/univerzální/jediné řešení protože vytváří problémy a komplikuje jejich řešení (ztráta kontaktu s rodinami/komunitami, ztráta autonomie a nezávislosti, nedostatek možností volby).<sup>36</sup>

Základním cílem a principem deinstitucionalizace je přechod od velkých ústavních zařízení směrem ke komunitní péči v rodině nebo malých komunitních zařízeních v běžné společnosti. Je to změna institucionální péče v péči komunitní s využitím komunitních sociálních služeb. Komunitní služba může být i službou pobytovou, ale pouze v případě, že napomáhá člověku s postižením žít co nejběžnějším

---

republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 12

<sup>35</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 12

<sup>36</sup> Bílá kniha v sociálních službách: Konzultační dokument. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. 2003 [cit. 2013-10-12]. Dostupné z: [http://socialni.praha.eu/public/83/d0/f9/169924\\_4\\_bila\\_kniha.pdf](http://socialni.praha.eu/public/83/d0/f9/169924_4_bila_kniha.pdf), str. 46

způsobem života a zohledňuje individuální potřeby každého uživatele. Oproti ústavní službě musí také splňovat kritérium omezené kapacity.<sup>37</sup>

Deinstitucionalizace bude naplněna v momentě, kdy uživatelé sociálních služeb budou součástí běžné společnosti. Sami si zvolí místo svého bydliště a také to, které služby a zdroje v okolí budou využívat (sociální, zdravotní služby, knihovny, školy apod.). Kromě toho, že bude komunitu využívat ve svůj prospěch, bude také sám do jejího rozvoje přispívat svou prací a dalšími aktivitami. Společnost bude takové lidi vnímat prostřednictvím běžných sociálních rolí jako své sousedy, kolegy ze zaměstnání či přátele z volnočasových aktivit a ne jako lidi, kteří pouze využívají sociální služby a jsou pro společnost zátěží.<sup>38</sup>

Úspěšná deinstitucionalizace pak nebude výhodná pouze pro uživatele sociálních služeb, jejichž kvalita života se zlepší, ale i pro společnost jako celek. Výhody deinstitucionalizace jsou i finanční, a to z toho důvodu, že lidé budou využívat přirozené zdroje ve společnosti, jakými jsou veřejná sportoviště, knihovny a školy, takže takové služby nebudou součástí velkých institucionálních zařízení, které by musely hradit jejich provoz. Využívání finančních zdrojů se tak významně zefektivní.<sup>39</sup>

### **Principy deinstitucionalizace<sup>40</sup>:**

V manuálu transformace ústavů vydaném MPSV se objevuje několik principů deinstitucionalizace, ze kterých je patrné, že by nemělo jít pouze o vnější změny v estetice a zmenšení velkých ústavů, ale především o zapojení uživatelů do spoluvytváření sociálních služeb. Důležitým principem je pak *naplňování práv*

---

<sup>37</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 47

<sup>38</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 15

<sup>39</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 17

<sup>40</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0, str. 18–19

*uživatelů sociálních služeb*, ze kterého vyplývá silné propojení s předchozím teoretickým konceptem. V zásadě je možné říci, že bez silné orientace na dodržování práv lidí s mentálním postižením není deinstitucionalizace realizovatelná.

- Začleňování uživatelů sociálních služeb do běžného života společnosti.
- Naplňování práv uživatelů sociálních služeb.
- Deinstitucionalizace se týká všech uživatelů sociálních služeb, nejen pouze těch, kteří potřebují nižší míru podpory.
- Procesu se účastní všichni, kterých se týká, zejména samotní uživatelé služeb.
- V průběhu procesu je zajištěno bezpečí uživatelů služeb, zejména při rušení ústavních zařízení.
- Zvyšování povědomí veřejnosti.
- Jde o řízený, pravidelně vyhodnocovaný proces.
- Týká se všech oblastí života uživatelů sociálních služeb.

### **Cíle deinstitucionalizace**

Deinstitucionalizace samozřejmě není jednoduchý a krátkodobý proces, který by byl hotový během několika málo let. V procesu musí jít ruku v ruce změna a rušení ústavní péče se zajištěním dostatku služeb komunitních. Nesmí dojít k tomu, že by zajišťování služeb v komunitě zaostalo a lidé v institucionální péči by se ocitli bez podpory. Přechod všech lidí z ústavních zařízení do komunitních bude proces dlouhodobý, ale už nyní je nutné zamezit zvyšování kapacity ústavních zařízení a tomu, aby se noví uživatelé sociálních služeb umísťovali do těchto služeb. Je třeba podotknout, že v rozhovoru v rámci výzkumného šetření v této diplomové práci, se *zástupkyně veřejné správy*, která by měla být jedním z aktérů deinstitucionalizace, vyjádřila v tom smyslu, že pokládá za priority do budoucna zvyšování kapacity dlouhodobých pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením.

Hlavními cíli procesu deinstitucionalizace jsou<sup>41</sup>:

---

<sup>41</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí

### 1. zamezit institucionalizaci dalších lidí,

### 2. transformovat ústavní sociální péči: zrušit ústavy,

### 3. zajistit dostupnost podpory v komunitě

Jednotlivá stadia deinstitutionalizace přehledně shrnuje Tabulka 2, kde jsou stručně popsána stadia před deinstitutionalizací, v jejím průběhu a po ukončení tohoto procesu. Opět je zde patrné, jak významně tento proces ovlivňuje postavení uživatele sociálních služeb a jeho vnímání ve společnosti.

**Tabulka 2: Stadia deinstitutionalizace**

	<b>Stadium 1</b>	<b>Stadium 2</b>	<b>Stadium 3</b>
<i>Výchozí otázka</i>	<i>Období ústavní péče</i>	<i>Období deinstitutionalizace</i>	<i>Období členství v občanské komunitě</i>
<b>Kdo je ten, o koho se jedná?</b>	Pacient	Klient	Občan
<b>Co je typickým prostředím poskytovaných služeb?</b>	Ústav	Skupinové / chráněné bydlení, chráněná dílna, speciální škola nebo třída	Vlastní domov jedince, místní firma, běžná škola v místě bydliště
<b>Co charakterizuje organizaci služeb?</b>	Podřízenost pacienta	Kontinuum alternativ	Specifický soubor položek potřebných pro jednotlivce
<b>Jaký je „model“ péče?</b>	Ochranitelský / medicínský	Vývojový / behaviorální	Individuální podpora
<b>Jak se nazývají poskytované služby?</b>	Péče	Programy	Individuální podpora
<b>Jaký model plánování se používá?</b>	Plán péče	Individualizovaný pobytový plán	Individuální plánování budoucnosti
<b>Kdo řídí plánovací proces?</b>	Odborník (zpravidla lékař)	Interdisciplinární tým	Jedinec s postižením

*Zdroj: ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3, str. 82*

S deinstitutionalizací velmi souvisí i překonání nahlížení na člověka s mentálním postižením, které bylo typické v ústavní péči. Odmedikalizování<sup>42</sup> ústavní

---

České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 20

<sup>42</sup> Odmedikalizování znamená překonání lékařského modelu sociálních služeb a vnímání člověka

péče a jeho možným rizikům se částečně věnuje i analýza primárních dat ve výzkumné části diplomové práce.

Sobek rozlišuje postavení člověka s mentálním postižením jako uživatele sociálních služeb. V klasickém ústavním modelu druhé poloviny 20. století byl člověk s mentálním postižením v sociálních službách vnímán jako:

- Pacient – v lékařském modelu sociálních služeb, kdy měl hlavní vliv na život uživatelů služeb lékař a další zdravotnický personál, který se snažil léčebně působit.
- Svěřenec – ve výchovném modelu sociálních služeb, kdy měl hlavní vliv pedagogický personál se svou snahu výchovně působit.

Oba tyto modely však člověka s postižením staví do pasivní role, kdy o jejich životě rozhoduje někdo s „odbornou způsobilostí“ a z pozice moci. V moderním pojetí se však prosazuje **model sociálního začlenění**. Člověk s postižením přestává být v podřízené roli pacienta, žáka či svěřence, ale stává se rovnocenným partnerem, který si rozhoduje o tom, které služby chce využívat, a sám si určuje, v čem mu služba má pomoci.<sup>43</sup>

---

s postižením jako pacienta zdravotní služby

<sup>43</sup> SOBEK, Jíří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: Příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus Praha, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-8696-2, str. 7

### 3 METODOLOGIE

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Můj přístup ke zkoumání je normativní a jeho součástí jsou i má doporučení na zlepšení stávajícího stavu. Výchozím hodnotovým konceptem a hodnotícím kritériem je pro mě koncept práv lidí s mentálním postižením, který je základním teoretickým východiskem pro mou práci.<sup>44</sup>

V první fázi výzkumu jsem zvolila metodu studia sekundárních dat a ve druhé fázi jsem pomocí dotazníkového šetření a rozhovorů s návodem sesbírala data primární, která byla následně vyhodnocena za použití tematické analýzy.

Kvalitativní výzkum jsem zvolila z toho důvodu, že se mi pro danou problematiku jevil jako vhodnější než výzkum kvantitativní, a umožnil mi do hloubky prozkoumat široce definovaný jev, jakým je problematika sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením. Jsem si vědoma, že závěry, kterých jsem díky výzkumu dosáhla, není možné zobecňovat a jsou platné pouze pro vzorek, na kterém byla podkladová data získána. V žádném případě se nesnažím své závěry aplikovat na větší část společnosti.<sup>45</sup> Přesto se mi podařilo upozornit na některé jevy, které mohou být pro danou cílovou skupinu v dané lokalitě typické, a bylo by vhodné se jim v dalším zkoumání věnovat.

#### 3.1 STUDIUM DOKUMENTŮ A LEGISLATIVNÍCH OPATŘENÍ

Ve své práci jsem využila metodu analýzy primárních i sekundárních dat. Studium sekundárních dat předcházelo sběru dat primárních a posloužilo mi k co nejdetailejšímu a nejhlubšímu porozumění dané problematice. Z odborných publikací jsem získala informace o cílové skupině, které jsou nezbytné pro hodnocení jejich potřeb, preferencí, možnosti zajistit si vlastní práva, možnosti žít samostatný život a podobně. K získání znalostí o cílové skupině jsem využila statistické údaje, především

---

<sup>44</sup> Veselý, A., Nekola, M. (Ed.) 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON. 978-80-86429-75-5, str. 144

<sup>45</sup> ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.



pak výzkum, který v roce 2007 provedl Český statistický úřad a zveřejnil ho pod názvem: „Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007“<sup>46</sup> Výsledky tohoto šetření mi poskytly cenné údaje o počtu lidí s mentálním postižením, kteří žijí v České republice, i s podrobnějšími informacemi o jejich věku, o počtu lidí s mentálním postižením v ústavní péči či o počtech osob s mentálním postižením podle hloubky tohoto postižení.

Pro zjištění nastavení sociálních služeb v České republice, a tedy možnosti, které mohou lidé s mentálním postižením využít, jsem podrobně prostudovala především zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a portály veřejné správy, které se problematice věnují. Ve stejném zákoně jsem prostudovala také nastavení příspěvku na péči, který je u nás hlavním finančním nástrojem, jak lidem s mentálním postižením zprostředkovat možnost využívat sociální služby. Bez znalosti finanční stránky problému by samozřejmě také nebylo možné problematiku podrobněji zkoumat.

### 3.2 DOTAZNÍK

Dotazník je základním nástrojem dotazníkového šetření, který jsem se rozhodla využít pro první část svého výzkumu. Tento nástroj jsem vybrala pouze jako jednu z metod, která doplňuje využití nástroje rozhovorů s návodem. Pokud by byl použit jako jediný nástroj, nebyl by dostatečný. Jde o nástroj, který na sběr kvalitativních dat není příliš vhodný, protože vyžaduje pouze jednoduché otázky, znemožňuje pokládat doplňující a vysvětlovací otázky a nelze také zaručit, že dotazník skutečně vyplní vybraný respondent.

V mém případě šlo o dotazníky zaslané elektronickou poštou, která je výhodná především časově, ale jejím rizikem může být nízká návratnost. Vzhledem k tomu, že tento dotazník obsahoval pouze několik jednoduchých otázek, nebylo jeho vyplnění příliš náročné a díky tomu byla návratnost poměrně vysoká.<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007. Český statistický úřad [online]. 2008 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

<sup>47</sup> Veselý, A., Nekola, M. (Ed.) 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON. 978-80-86429-75-5, str. 177 - 178

Dotazník jsem využila pro zjištění, jaké je složení uživatelů pobytových služeb v Praze s ohledem na míru mentálního postižení a míru závislosti na péči dalších osob. Dotazník tedy obsahoval pouze jednoduché, uzavřené otázky, které zjišťovaly právě složení uživatelů v konkrétním zařízení. Dotazník obsahoval ještě několik jednoduchých otázek, které mi pomohly doplnit informace získané pomocí osobních rozhovorů.

Vzhledem k tomu, že šlo o získání několika málo informací pomocí uzavřených či polouzavřených a několika otevřených otázek a dotazníky byly zaslány do všech zařízení poskytujících stejný typ služeb a zaměřujících se na stejnou cílovou skupinu, byl dotazník adekvátní metodou pro získání daného typu informací.

### 3.3 ROZHOVOR POMOCÍ NÁVODU

Pro kvalitativní dotazování jsem zvolila typ rozhovoru, který Hendl nazývá rozhovor pomocí návodu. Jde o rozhovor, kdy má tazatel seznam témat, které potřebuje v rámci rozhovoru probrat, ale samotný rozhovor přizpůsobuje respondentovi a samotné situaci. Je možné měnit pořadí jednotlivých otázek podle toho, jak se rozhovor vyvíjí a také formulaci tak, aby vyhovovala danému respondentovi a jeho zkušenostem.<sup>48</sup>

Při tvorbě návodu jsem se inspirovala Hendlovým schématem, ve kterém navrhuje nejprve určit obecné téma a potom vedlejší témata a okruhy otázek, na něž se chceme zeptat. Následně oblasti zájmu uspořádat ve vhodném pořadí, přičemž doporučuje nejdůležitější a citlivá témata umístit ke konci rozhovoru. Když je návod s otázkami přibližně logicky uspořádaný, je čas si rozmyslet formu a pořadí otázek u jednotlivých témat a nakonec si ještě promyslet vhodné prohlubující otázky.<sup>49</sup>

Podle Hendla má svoboda dotazovaného následující výhody:

- umožňuje ověřovat, zda dotazovaný otázkám správně porozuměl,
- dotazovaný může vyjevit své subjektivní pohledy a názory,
- dotazovaný může sám navrhnout možné souvislosti,

---

<sup>48</sup> HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-807367-485-4, str. 175

<sup>49</sup> HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-807367-485-4, str. 175

- umožňuje tematizovat konkrétní podmínky situace dotazovaného.<sup>50</sup>

Zmíněnou metodou jsem si připravila zvláštní scénář rozhovoru pro každou skupinu respondentů. Všechny rozhovory byly nahrány, a posléze přepsány do písemné podoby.

### 3.4 TEMATICKÁ ANALÝZA DAT

Pro další práci s daty získanými v rozhovorech jsem zvolila metodu tematické analýzy pomocí kódovacích tabulek, které mi pomohly informace roztřídit do jednotlivých témat, na která se rozhovory zaměřovaly. Podobnou tabulku, i když výrazně jednodušší, jsem vytvořila pro práci s daty získanými pomocí dotazníků.

---

<sup>50</sup> HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-807367-485-4, str. 166

## 4 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY

Bez pochopení, jak se dané postižení projevuje a jaký má vliv na život lidí, na každodenní zvládání běžného života a soběstačnosti, by nebylo možné hodnotit, jaké služby pro lidi s tímto postižením jsou vhodné či nevhodné. Troufám si zde tvrdit, že naprostá většina lidí s lehkým typem a i mnoho lidí se středním typem mentálního postižení jsou schopni žít s různou mírou podpory v běžném prostředí. Bez detailního prozkoumání projevů a dopadu postižení na lidskou osobnost, by takovou domněnku nebylo možné vyjádřit. Ke zkoumání dané problematiky mi byly velmi cenným zdrojem také statistické údaje o lidech s mentálním postižením. Součástí kapitoly je také zmínka, jak by se o lidech s mentálním postižením mělo správně hovořit, což úzce souvisí právě s konceptem práv lidí s mentálním postižením, který zdůrazňuje důstojnost a rovnost těchto lidí.

Pokládala jsem za důležité detailně vymezit také diagnózy poruch autistického spektra. Z vlastní praxe vím, že jde o poruchu velice často k mentálnímu postižení přidruženou, která má výrazný vliv na každodenní život člověka s postižením. Tato diagnóza může být rozhodující při posuzování, zda člověk, i když s lehčím typem MP, je nebo není schopen života v běžné společnosti.

Součástí této kapitoly je také vymezení pojmu handicap. Pojem handicap jsem zařadila z toho důvodu, aby bylo zřejmé, jaký význam má tento pojem kdekoliv v textu. Zda člověk s postižením bude či nebude handicapovaný, může záviset také na tom, jaké služby využívá a jak mu tyto služby pomáhají nebo naopak znesnadňují handicap kompenzovat.

#### 4.1 MENTÁLNÍ RETARDACE, MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Definice mentální retardace můžeme v odborné literatuře najít skutečně velké množství. Za jednu z nejužitečnějších mnoho autorů považuje definici UNESCO z roku 1993: „*Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, ze snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.*“<sup>51</sup>

Srovnatelnou definici nabízí také WHO v Mezinárodní klasifikaci nemocí, postižení a handicapů, MKN-10 z roku 2006. Popisuje mentální retardaci jako: „*Stav související s opožděným nebo omezeným vývojem myšlení, charakteristický zejména snížením schopností, jež se projevuje během vývoje, a to schopností, které vytvářejí celkovou úroveň inteligence – tedy schopností poznávacích, komunikačních, motorických a sociálních. Mentální retardace se může a nemusí vyskytovat ve spojení s jinými psychickými nebo tělesnými obtížemi.*“<sup>52</sup>

V obecném vnímání je nejdůležitějším symptomem mentální retardace snížená inteligence vyjádřená inteligenčním kvocientem (IQ). Jednu z novějších definic inteligence nabízí Gargiulo: „*Inteligenci je pravděpodobně nejlépe chápat jako konstrukci nebo teoretickou abstrakci. Není to jev viditelný, ale spíše lidský povahový rys, na jehož existenci lze usuzovat z výkonu jedince při řešení jistého typu kognitivních úloh.*“<sup>53</sup>

Nejnámějším ukazatelem, kterým se snažíme míru inteligence vyjádřit, je tzv. inteligenční kvocient (IQ). Tento ukazatel zavedl W. Stern a „*vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.  $IQ = \text{mentální věk} \times 100.$* “<sup>54</sup>

---

<sup>51</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3., str. 110

<sup>52</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3., str. 110

<sup>53</sup> GARGIULO, R.: *Special education in contemporary society*. USA, Thomson Wadsworth 2006. In ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.

<sup>54</sup> Klasifikace mentální retardace. *Dobromysl.cz* [online]. 2002 [cit. 2013-08-24]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>

Je však nutné mít na paměti, že inteligenční testy nebyly, nejsou a zřejmě nikdy ani nebudou ideální a jejich výsledky je třeba brát spíše orientačně. Odrážejí přibližnou odchylku od normy, ale ne kvalitativní rozdíly ve schopnostech jedince.<sup>55</sup> Jednoduše to znamená, že pokud člověk, kterému je 18 let, dosáhl v testu inteligence úrovně devítiletého, bude se jeho IQ rovnat padesáti, tedy dolní hranici lehké mentální retardace.<sup>56</sup>

Z výše uvedeného tedy vyplývá, že za průměrnou inteligenci v populaci se považuje hodnota IQ na úrovni 100 bodů. Na následujícím obrázku (viz Obrázek 1) vidíme Gaussovu křivku s normálním rozložením IQ v populaci. Nejvíce lidí (68,2 %) se nachází v intervalu průměru, s IQ cca 85–115. Přibližně 13,6 % je v pásmu s nízkou inteligencí, ale nikoliv v pásmu mentální retardace, tedy IQ 70–85. Stejně velký interval pak náleží lidem s vysokou inteligencí v pásmu 115–130 bodů IQ. Podobně rozložený je pak počet lidí v pásmu velmi nízké a velmi vysoké inteligence, které odpovídají intervalům asi 55–70 a 130–145. V obou případech se jedná asi o 2,1 % populace. Pásmo IQ v rozmezí 55–70 odpovídá skupině lidí s lehkou mentální retardací, která je nejpočetnější i v rámci skupiny s mentálním postižením. Nejméně lidí se nachází v pásech extrémů, na obou koncích spektra jde asi o 0,2 % lidí. Jde o lidi extrémně inteligentní a na druhé straně o lidi se středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardací.<sup>57</sup>

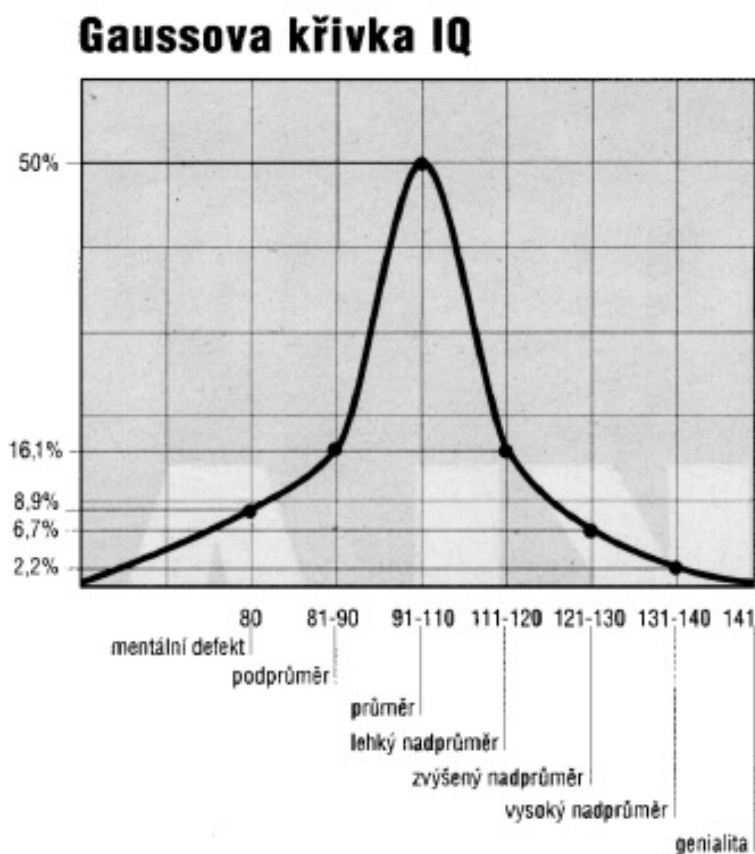
---

<sup>55</sup> Klasifikace mentální retardace. *Dobromysl.cz* [online]. 2002 [cit. 2013-08-24]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>

<sup>56</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3, str. 113

<sup>57</sup> Inteligence a její měření. *Mensa: Časopis Mensy České republiky* [online]. 2008 [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: [http://casopis.mensa.cz/veda/inteligence\\_a\\_jeji\\_mereni.html](http://casopis.mensa.cz/veda/inteligence_a_jeji_mereni.html)

Obrázek 1: Gaussova křivka IQ



Zdroj: Příklady Gaussovej křivky. Fakulta humanitních a přírodních věd [online]. 2005 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: [http://www.fhvp.unipo.sk/~majherov/gaussova\\_krivka.htm](http://www.fhvp.unipo.sk/~majherov/gaussova_krivka.htm)

Na mentální retardaci však nemusíme nahlížet pouze zjednodušenou optikou inteligenčního kvocientu, který je sice velmi účelný pro stanovení přesné hranice a rychlou orientaci a strukturaci lidí s mentálním postižením, ale jakýkoliv kvantifikovaný údaj může něco tak složitého jako je lidská osobnost, schopnosti, emoce atd. postihnout jen skutečně velmi přibližně a nepřesně. V následující tabulce (viz Tabulka 3) vidíme různé přístupy k definování mentálního postižení.

**Tabulka 3: Přístupy k definování mentálního postižení**

Přístup	Definice
Biologický	Postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku.
Psychologický	Primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě).
Sociální	Postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci.
Pedagogický	Snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a přístupů.

Přístup	Definice
Právní	Snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí).

Zdroj: SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3, str. 110

#### 4.1.1 TERMINOLOGIE VE VZTAHU K LIDEM S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Většina autorů považuje pojmy mentální postižení a mentální retardace za synonyma, což je i případ této práce. Jsou však i autoři (například Vašak a kol. v díle: Výkladový slovník Speciální pedagogika z roku 1994)<sup>58</sup>, pro které je mentální postižení pojem širší, protože do něj zařazují i osoby s IQ mezi 70–85, tedy osoby, které nemají diagnózu mentální retardace, ale jejich snížená inteligence je řadí mezi lidi, kteří ve škole i v běžném životě potřebují větší míru podpory než jiní lidé. Termíny používané pro lidi s mentálním postižením prošly v historii velkým vývojem a několika změnami. Mnoho dřívějších označení však už z dnešního pohledu zní pejorativně a od jejich používání se minimálně v odborné řeči dávno upustilo. Jde o pojmy jako slabomyslnost, duševní zaostalost, mentální defektnost, rozumová vada apod. Pro jednotlivé stupně mentálního postižení se používaly pojmy jako debilita, imbecilita a idiocie. Tyto pojmy byly nahrazeny pojmy lehké, středně těžké a těžké mentální postižení a původní pojmy se již považují za zastaralé a nevhodné. Za zastaralý se již považuje i pojem oligofrenie, který dříve označoval mentální retardaci diagnostikovanou od narození či v prvních měsících života, což již dnes obsahuje termín mentální retardace také.<sup>59</sup>

V dnešní době se již nedoporučuje používat pojmy jako *mentálně retardovaný* či *mentálně postižený*. Stejně jako se za nevhodné považují podobná označení jiných typů postižení. Pojmy jako *vozičkář, invalida, slepec, autista, hluchoněmý atd.* jsou v odborných pramenech už minulostí a postupně snad budou minulostí i v laickém prostředí. Všechny tyto pojmy totiž mají společné to, že na první místo nestaví člověka, ale nálepkou diagnózy. Postižení je pouze jednou z mnoha charakteristik člověka a ne označení, které ho dokáže celého vystihnout. Je to asi podobné, jako kdyby si lidé

<sup>58</sup> ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3, str. 75

<sup>59</sup> ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3, str. 75



začali říkat pomocí jiných nálepek, ať už charakterizující jejich zaměstnání (pekařka, učitel, prodavač) nebo třeba aktuální diagnózou (spálová angína, zánět zubu). Těžko si představit, že by taková komunikace někomu vyhovovala. Stejný pocit pak může mít člověk s mentálním postižením, u kterého přejdeme všechny další charakteristiky jako je fotbalista, zpěvák, zahradník, bratr, věřící apod. a označíme ho pouze jako mentálně postiženého. Na prvním místě tedy vždy mluvíme o člověku, o ženě, o dítěti apod. a až potom zmíníme dané postižení. Člověk s mentálním postižením, dítě s autismem, žena se sluchovou vadou atd. Stejně tak, pokud potřebujeme mluvit o jiných lidech, je ideální zvolit výraz člověk či lidé bez postižení než normální či zdravý člověk.<sup>60</sup>

#### 4.1.2 ETIOLOGIE

Příčiny vzniku mentálního postižení jsou velmi rozmanité a ne u každého jedince s postižením se podaří pravou příčinu rozkrýt. Často také může jít o souhru více příčin nebo takovou souhru různých okolností, kvůli kterým konkrétní příčina vede ke vzniku mentálního postižení, i když by u jiného jedince k takovým následkům nevedla. I přes veškeré medicínské pokroky zůstane příčina vzniku mentálního postižení mnohokrát utajena a soudí se, že je známa zatím pouhá polovina etiologických faktorů. Současně také platí, že čím je mentální retardace hlubší, tím spíše se příčina jejího vzniku objeví. Pravděpodobnost určení pravé příčiny vzniku mentální retardace je tedy mnohem nižší u lidí s lehčími formami postižení.<sup>61</sup>

Dále je také potřeba vědět, že kromě biologických příčin může mentální postižení vzniknout až druhotně, působením sociálního prostředí. Tento typ mentálního postižení se dříve nazýval také jako pseudooligofrenie nebo se také hovoří o tzv. zdánlivé mentální retardaci. Toto poškození je způsobeno nepodnětným prostředím, zanedbáváním dítěte, kvůli psychické deprivaci apod. Je-li dítě dlouhodobě vystaveno nevhodnému zacházení ze strany rodičů či jiných dospělých, v důsledku čehož se u něj

---

<sup>60</sup> Jak mluvit o lidech s postižením. *Dobromysl.cz* [online]. 2002 [cit. 2013-08-26]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=30>

<sup>61</sup> ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3, str. 85

neadekvátně k věku vyvíjí myšlení, řeč a další mentální schopnosti, může se jevit jako lehce mentálně postižený.<sup>62</sup>

Například Slowík se však domnívá, že by toto poškození do klasifikace mentální retardace zahrnováno být nemělo, neboť nejde o mentální retardaci v pravém slova smyslu, nedochází u ní k organickému ani funkčnímu poškození mozku a jedná se o stav, který je velmi proměnlivý. Adekvátním pedagogickým, sociálním, citovým a výchovným působením lze mentální úroveň dítěte poměrně rychle a výrazně zlepšit.<sup>63</sup>

Černá však podotýká, že sociální vlivy mohou velmi ovlivnit stav člověka s mentálním postižením a často nelze jednoznačně určit, zda je mentální retardace způsobena pouze vlivy biologickými či nějakou roli hrají i vlivy sociální. Rodinné prostředí, výchova a vzdělání mohou stav člověka s postižením ovlivnit samozřejmě v pozitivním i negativním smyslu a stupeň postižení tak ovlivnit směrem nahoru i dolů.<sup>64</sup>

Nejčastěji se příčiny vzniku mentální retardace dělí podle doby vzniku na prenatální, vzniklé před narozením; perinatální, které vznikly při porodu, a postnatální, vzniklé nejpozději v prvním roce života. Mentální retardace, která vznikne později, zpravidla po 2. roce života, se nazývá demence. K tomuto stavu dochází nejčastěji vlivem nemocí, jako je zánět mozku či mozkových blan, úrazem mozku, poruchami metabolismu, intoxikace či vlivem duševní poruchy.<sup>65</sup> Naprostá většina demencí však vzniká až v seniorském věku. Nejznámější je například Alzheimerova demence a podobně. Mentální postižení vzniklé vlivem stařecké demence však není předmětem zkoumání této diplomové práce, neboť jde v systému sociálních služeb

---

<sup>62</sup> PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6, str. 172

<sup>63</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3, str. 111

<sup>64</sup> ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3, str. 84

<sup>65</sup> PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6, str. 172

o zcela jinou problematiku a cílovou skupinu, která je řešena jinými službami a prostředky.<sup>66</sup>

Jednu z přehledných klasifikací příčin mentálního postižení vytvořila AAMR v roce 2002. Dělí příčiny vzniku na vzniklé před narozením, při porodu a po narození (viz Tabulka 4).

**Tabulka 4: Klasifikace příčin mentálního postižení**

<b>Období vzniku mentálního postižení</b>	<b>Konkrétní příčiny vzniku mentálního postižení</b>
Prenatální	Chromozomální aberace (Downův syndrom, Turnerův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu).
	Metabolické a výživové poruchy (fenylketonurie, nemoc Tay-Sachova, galaktosamie, Prader-Williho syndrom).
	Infekce matky (zarděnky, syfilis, HIV, cytomegalovirus, Rh inkompatibilita, toxoplasmóza).
	Podmínky prostředí (fetální alkoholový syndrom, užívání drog).
	Neznámé (anencefalie, hydrocefalus, mikro-, makrocefalus).
Perinatální	Nízká porodní hmotnost, nezralost.
	Neonatální komplikace (hypoxie, porodní úraz, následek klešťového porodu, respirační nouze, překotný nebo protahovaný porod).
Postnatální	Infekce, otravy, intoxikace (otravy olovem, encefalitida, meningitida, Reyův syndrom).
	Faktory prostředí (špatné zacházení či zanedbávání dítěte, úrazy hlavy, podvýživa, deprivace).
	Onemocnění mozku (neurofibromatóza, tuberkulózní skleróza).

*Zdroj: ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3, str. 87-88*

#### 4.1.3 KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Nejznámější a u nás nejčastěji používaná klasifikace mentálního postižení je podle Mezinárodní klasifikace nemocí, postižení a handicapů (MKN-10), vytvořená WHO v roce 2006. Problematika mentální retardace spadá do oblasti psychiatrie a je jí věnovaná škála kódů F70–F79. Určující hledisko je zde výše inteligenčního kvocientu, IQ. Vzhledem k tomu, že IQ je pouze orientační a nepřesný údaj, musí diagnostik

<sup>66</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3, str. 111

u každého dítěte přihlídnout také k individuálním schopnostem a až po zjištění více faktorů přiřadit adekvátní diagnózu.<sup>67</sup>

### **Lehká mentální retardace (F70), IQ 50–69**

Většina lidí s lehkým mentálním postižením si řeč osvojuje opožděně, ale v dospělosti je schopna běžné a smysluplné komunikace. Vývoj je výrazně pomalejší ve všech oblastech, ale v dospělosti tito lidé zpravidla dosáhnou schopností, které jim umožňují plnou nezávislost v osobní péči jako je hygiena, oblékání či jídlo a také v běžné péči o domácnost.

S praktickými činnostmi tedy obvykle nemívají větší problémy, oproti tomu se výraznější nedostatky projevují při teoretických činnostech jako je čtení či psaní. V prostředí, kde se klade na teoretické znalosti menší důraz, nemusí lehká mentální retardace působit vážnější problémy. Lidé s touto diagnózou mohou i vykonávat zaměstnání, které je spíše praktické a manuální, tedy různé nekvalifikované či málo kvalifikované práce<sup>68</sup>: „*Většina těchto osob je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy a být prospěšnými členy společnosti.*“<sup>69</sup> Lehká mentální retardace je nejčastěji se vyskytující typ mentálního postižení. Je diagnostikována v 80 % všech mentálních postižení.<sup>70</sup>

### **Středně těžká mentální retardace (F71), IQ 35–45**

V dětství je vývoj opožděn velmi výrazně. Když je však intervence a pedagogické vedení kvalitní a včasné, tito lidé dosáhnou aspoň částečné nezávislosti v sebeobsluze. Osvojí si také základy komunikace, i když na jednoduché úrovni, a určitého stupně vzdělání. I když jsou možnosti vzdělání omezené, lidé se středně těžkou mentální retardací si při dobrém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání.

---

<sup>67</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3, str. 114

<sup>68</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-506-7, str. 27

<sup>69</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3, str. 114

<sup>70</sup> PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6, str. 174

V dospělosti pak tito lidé potřebují individuální míru podpory při zapojení do běžné společnosti, zvládnání každodenních činností a práce.<sup>71</sup>

U lidí se středně těžkou mentální retardací jsou patrné výrazné individuální rozdíly ve schopnostech. Někteří dosahují poměrně dobrého rozvoje zručnosti, ale je výrazněji narušena komunikace a sociální interakce. U jiných jedinců to může být naopak. S tím může souviset i velmi často přidružená autistická porucha, která vývoj lidí se středně těžkým MP velmi komplikuje.<sup>72</sup> Uvádí se výskyt přidružené autistické poruchy asi ve 12 % ze všech mentálních retardací.<sup>73</sup>

### **Těžká mentální retardace (F72), IQ 20–34**

U lidí s těžkou mentální retardací je vývoj opožděn již poměrně výrazně. Můžeme pozorovat narušení motoriky a také rozvoj komunikace se omezuje maximálně na jednoduchá slova. Včasnou a dlouhodobou systematickou intervencí lze naučit základní hygienické návyky a sebeobslužné činnosti. Ne u každého jedince se však toto podaří. V populaci lidí s mentálním postižením je tento typ retardace zastoupen v 7 % případů.<sup>74</sup>

### **Hluboká mentální retardace (F73), IQ je nižší než 20**

Velmi závažné postižení všech oblastí lidského života. Lidé s hlubokou mentální retardací vyžadují péči ve všech základních úkonech. Velmi často jsou imobilní, inkontinentní a nekomunikují. Postižení se často vyskytuje v kombinaci s postižením zraku, sluchu a neurologickými problémy. Lidé s hlubokou mentální retardací dosahují porozumění jen jednoduchým požadavkům. IQ se vzhledem k závažnosti postižení a tomu, že lidé prakticky nekomunikují, nedá přesněji měřit, pouze se odhaduje, že je

---

<sup>71</sup> SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3, str. 114

<sup>72</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-506-7, str. 27

<sup>73</sup> PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6, str. 174

<sup>74</sup> PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6, str. 174

nižší než 20. Etiologie je v těchto případech obvykle známá a je organického původu.<sup>75</sup> Hluboká mentální retardace se týká asi 1 % všech mentálních retardací.<sup>76</sup>

### **Jiná mentální retardace (F78)**

Používá se v diagnostice těch jedinců s postižením, u kterých je velmi nesnadné určit hloubku postižení kvůli přidruženému postižení tělesnému, smyslovému, u lidí s autistickou poruchou či u lidí s těžkými poruchami chování.<sup>77</sup>

### **Nespecifikovaná mentální retardace (F79)**

Používá se v případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale chybí informace pro určení přesné hloubky postižení.<sup>78</sup>

I v případě, že velmi detailně nastudujeme všechny projevy mentálního postižení, musíme mít na paměti, že člověk s mentálním postižením je především člověkem, nikoliv diagnózou. Posoudit, která služba je pro člověka s mentálním postižením vhodná nikdy nelze pouze na základě diagnózy, ale vždy je třeba znát daného člověka a posuzovat ho komplexně s ohledem na osobnostní rysy, povahu, temperament a individuální schopnosti. Diagnóza, i když jakkoliv kvalitně zpracovaná, může být pouze jedním z vodítek.

#### **4.1.4 LIDÉ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ČESKÉ REPUBLICE**

Z výsledků šetření Českého statistického úřadu vyplývá, že celkově je v České republice přibližně 1 015 548 osob se zdravotním postižením, což tvoří 9,87 % populace ČR. Osob s mentálním postižením byl v šetření z roku 2007 zjištěn celkový počet 106 699 osob.<sup>79</sup>

---

<sup>75</sup> ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-506-7, str. 30

<sup>76</sup> PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6, str. 174

<sup>77</sup> ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-506-7, str. 30

<sup>78</sup> ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-506-7, str. 30

<sup>79</sup> Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007. *Český statistický úřad* [online]. 2008 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

Matoušek uvádí, že v zemích typu České republiky je při použití hranice IQ 70 lidí s mentálním postižením přibližně 2,5 %.<sup>80</sup> Mnoho zdrojů však uvádí čísla ještě vyšší a nejčastěji se objevuje údaj, že průměrný výskyt lidí s mentálním postižením v populaci jsou asi 3–4 %.<sup>81</sup>

Problému s rozdílnými výsledky výzkumů o prevalenci mentálního postižení se věnuje článek: *The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature*. Státy, které by z hlediska počtu lidí s mentálním postižením měly být srovnatelné, vykazovaly velmi rozdílné výsledky ve výzkumech. Po prostudování těchto výzkumů však vyšlo najevo, že výzkumy byly různě metodologicky nastaveny a používaly jiná diagnostická kritéria, a proto došlo ke zkreslení výsledků. Autoři článku se přiklánějí k tomu, že nejbližší realitě bude v evropských státech asi 3% prevalence mentálního postižení, což je údaj, který udává i WHO.<sup>82</sup>

V publikaci věnované sociálním službám prezentuje Matoušek výsledky výzkumu Socioklubu, který se zabýval orientačním výskytem jednotlivých typů postižení na 10 tisíc obyvatel. U lidí s mentálním postižením udává číslo 285 na 10 tisíc obyvatel.<sup>83</sup>

Stejný údaj udávají i další autoři, například Švarcová píše: „*Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Uvádí se, že mentální retardací trpí asi 3 % občanů. Podle některých pedagogicko-psychologických výzkumů je intelektově podprůměrných asi 10–15 % dětí školního věku. Těžce mentálně poškozených je asi 0,1 % v populaci. Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských*

---

<sup>80</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*; 1. vyd. 2003. Praha: Portál; 288 s. ISBN 80-7178-549-0

<sup>81</sup> Co je to mentální retardace?. *Dobromysl.cz* [online]. 2002 [cit. 2013-08-21]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=32>

<sup>82</sup> The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. Online library [online]. 2008, [cit. 2013-08-21]. Dostupný z WWW: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07395.x/pdf>>.

<sup>83</sup> MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9, str. 109

zemí“(...) „na základě kvalifikovaných odhadů se však předpokládá, že v naší republice žije asi 300 000 lidí s mentálním postižením.“<sup>84</sup>

Švarcová také mluví o tom, že počet lidí s mentální retardací u nás i ve světě stále narůstá. Spekuluje o důvodech, proč by tomu tak mohlo být. Částečně pravděpodobně nejde o opravdový nárůst lidí s mentálním postižením, ale pouze o jejich lepší evidenci a přesnější diagnostická kritéria. Jedním z důvodů jsou pak také paradoxně stále lepší medicínské možnosti a snižující se novorozenecká a kojenecká úmrtnost, díky nimž přežijí i děti, které by dříve neměly šanci přežít. Jde o děti, které se narodily velmi předčasně, a díky péči neonatologů a dalších lékařů se podaří je zachránit či o děti s nemocemi a postiženími, které by dříve byly neléčitelné.<sup>85</sup> Dalšími důvody, které Švarcová nezmiňuje, ale dalo by se o nich spekulovat, případně provést další výzkumy, jsou například důsledky životního prostředí, méně kvalitní stravy a vodních zdrojů či zvyšující se věk matek.

V metodologii výběrového šetření Českého statistického úřadu není příliš podrobně vysvětleno, jaká kritéria byla použita pro sečtení lidí s mentálním postižením v České republice, takže se mi nepodařilo odhalit vysvětlení rozporu, proč všichni autoři i zahraniční zdroje uvádí počet lidí s mentálním postižením okolo 3 %, ale ve výsledcích výběrového šetření zdravotně postižených osob je uveden údaj 106 699 osob, což odpovídá přibližně 1 % v české populaci. V metodologii jsem hledala především míru postižení, která byla do vzorku zahrnuta a která ještě ne, což bylo vysvětleno tímto: „Do šetření se zahrnují pacienti od míry postižení 1 – lehké postižení. Pacienti s mírou postižení 0 (žádnou nebo minimální) do šetření zahrnuti nejsou.“

Kvůli nejasnosti ohledně výsledku tohoto šetření jsem se v ČSÚ i dotazovala, čím je takový rozdíl v počtu lidí s mentálním postižením v České republice oproti názoru odborníků a průměrným výsledkům ve výsledcích jiných zemí způsoben. Ptala jsem se, zda například nebyla použita jiná diagnostická kritéria. Bylo mi však sděleno, že do vzorku byli zahrnuti lidé s mentální retardací počínající lehkou MR, od IQ 69, což běžným diagnostickým kritériím odpovídá. Tento rozdíl však zůstává nadále nejasný.

---

<sup>84</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-7, str. 32

<sup>85</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-7, str. 32



Vzhledem k tomu, že naprostá většina odborníků a světových výzkumů se shoduje na údajích asi 2,5–3,0 % populace, je tento údaj pravděpodobně nejpřesnější. V následující tabulce (Tabulka 5) vidíme strukturu lidí s postižením podle typu postižení a podle věku. Informace týkající se lidí s mentálním postižením jsou výrazně označeny.

**Tabulka 5: Typ zdravotního postižení podle věku**

Věková skupina	Zdravotní postižení						celkem osob	četnost postižení na 1 osobu	
	tělesné	zrakové	sluchové	mentální	duševní	vnitřní			
	Celkem								
0-14	16 687	7 964	2 902	11 604	4 846	22 343	66 346	46 208	1,436
15-29	25 710	6 318	3 835	22 964	9 152	20 931	88 910	60 621	1,467
30-44	43 107	7 597	4 733	19 306	22 276	34 990	132 009	101 331	1,303
45-59	127 959	12 778	11 226	20 302	34 662	118 547	325 474	245 743	1,324
60-74	152 860	18 642	15 205	13 327	23 662	186 368	410 064	283 274	1,448
75+	183 604	34 140	36 684	19 012	33 130	187 672	494 242	276 744	1,786
Celkem	550 407	87 439	74 700	106 699	128 065	571 734	1 519 044**	1 015 548*	1,496

Zdroj: Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007. Český statistický úřad [online]. 2008 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

\* V celku 1 015 548 je zahrnuto i 1627 osob, u kterých nebyl uveden věk.

\*\* Vzhledem k možnosti více odpovědí uvedlo po přepočtu 1 015 548 osob celkem 1 519 044 různých typů postižení. V daném počtu je zahrnuto pouze jedno postižení vnitřních orgánů.

## 4.2 AUTISMUS

Autismus je velmi vážná porucha mentálního vývoje. Nejde o nemoc ani o název jednoho konkrétního postižení, ale spíše o souhrnný název několika různých poruch, které se nazývají jako pervazivní vývojové poruchy (dále také jen PAS). Někdy se užívá také výraz „poruchy autistického spektra“, ale odborníci dávají přednost výrazu „pervazivní“, což znamená vše prostupující, zasahující celou osobnost. Na rozdíl od jiných poruch tedy zasahuje skutečně všechny složky osobnosti a má proto významný vliv na celý život jedince.<sup>86</sup>

Slovo „autismus“ znamená „uzavření se do vnitřního psychického světa, s poruchou kontaktu s realitou“<sup>87</sup> Tento popis možná odpovídá laické představě o projevech autismu, ale uzavřenost a zaměření na vnitřní svět zdaleka není dostatečný popis projevů této poruchy. Uzavřenost před realitou je pak často možná spíše důsledkem projevů poruchy, než hlavním problémem lidí s autismem. Jedná

<sup>86</sup> THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Portál. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 453 s. Portál. ISBN 80-7367-091-7, str. 58

<sup>87</sup> Autismus. *ABZ.cz: slovník cizích slov* [online]. 2005 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=autismus](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=autismus)

o neurologickou dysfunkci, čili mozek lidí s autismem vykazuje změny. Příčina vzniku je však mnohočetná. Jde zřejmě o shodu několika příčin u každého jedince, které až společně mohou tuto poruchu způsobit, avšak není jasné, proč stejné příčiny u někoho autismus způsobí a u jiného ne.<sup>88</sup>

Odborníci se shodují, že roli zcela jistě hraje genetika a dále různé faktory působící na mozek v prenatálním, perinatálním a postnatálním vývoji dítěte. Může jít o různá infekční onemocnění matky či narozeného dítěte, reakce na očkování, chemické procesy v mozku apod. Vlivy jako je chladná citová výchova apod., se kterými se dříve také pracovalo, již odborníci vyloučili.<sup>89,90</sup>

Dříve se udávalo, že výskyt autismu ve společnosti je přibližně pět dětí z deseti tisíc. Po přijetí přesnějších diagnostických kritérií se však ukázalo, že číslo je výrazně vyšší. Přesná čísla se však v jednotlivých zdrojích liší. Peeters v publikaci z roku 1998 udává číslo dvacet z deseti tisíc.<sup>91</sup> V jednom z novějších výzkumů provedeným v USA v roce 2006 na vzorku 307 790 dětí vyplývá, že prevalence poruch autistického spektra v populaci je 0,9 %, tedy 9 dětí z 1000 má nějakou z poruch autistického spektra.<sup>92</sup> Udává se také, že se autismus výrazně častěji týká mužů než žen, a to asi v poměru 3:1. Je však pravděpodobné, že k této představě došlo kvůli tomu, že ženy jsou obecně sociálně přizpůsobivější, a tedy z diagnostiky vypadnou. Poslední roky se vědci přiklání k tomu, že rozdíl nebude tak výrazný.<sup>93</sup>

Vzhledem k tomu, že se jedná o poruchu, která je vrozená či vzniká v brzkém mentálním vývoji dítěte, je v diagnostice stěžejní, aby se k diagnóze pervazivní

---

<sup>88</sup> Co víme o autismu. APLA: Asociace pomáhající lidem s autismem APLA - JM, o. s. [online]. 1999 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <http://www.apla-jm.cz/index.php?a=cat.22>

<sup>89</sup> Co víme o autismu. APLA: Asociace pomáhající lidem s autismem APLA - JM, o. s. [online]. 1999 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <http://www.apla-jm.cz/index.php?a=cat.22>

<sup>90</sup> GILLBERG, Christopher, PEETERS, Theo. Autismus - zdravotní a výchovné aspekty. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-856-2, str. 56 - 57

<sup>91</sup> PEETERS, Theo. Autismus: Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci. Praha : Scientia, spol. s r. o., 1998. 169 s. ISBN 80-7183-114-X, str. 10

<sup>92</sup> Prevalence of Autism Spectrum Disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006, MMWR, Surveillance Summaries, Vol. 58, No. SS=10, 2009

<sup>93</sup> Komplexní diagnostika autismu. THOROVÁ, Kateřina. *Autismus.cz: Portál o autismu* [online]. 2007 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/index.php>

vývojové poruchy dospělo co nejdříve. Uvádí se, že ideálně do 36 měsíců věku dítěte.<sup>94</sup> Aby bylo možné některou z těchto poruch diagnostikovat, je třeba prokázat narušení tří složek osobnosti. Z toho důvodu se v souvislosti s autismem mluví o tzv. „triádě příznaků“ a jde o narušení v oblastech:

- Komunikace
- Sociální interakce
- Představitosti, zájmů a hry<sup>95</sup>

Je zřejmé, že právě narušení v těchto třech oblastech má pro člověka a jeho život ve společnosti velmi významné důsledky. I pro člověka s autismem, který má nadprůměrnou inteligenci, je velmi těžké se do běžného společenské i pracovního života zapojit, pokud má významně narušené právě tyto oblasti života. I lidé s autismem, kteří nejsou současně postiženi i mentálně, často potřebují celoživotní péči a podporu dalších lidí. Je však potřeba zdůraznit, že všichni lidé, kterým byla pervazivní vývojová porucha diagnostikována, mají sice narušeny všechny tyto oblasti života – komunikaci, sociální interakci, představitost a s tím související oblast zájmů a her, ale jejich narušení se kvalitativně i kvantitativně velice liší a skutečně platí, že neexistují dva lidé, kteří by měli stejné projevy autismu.

Projevy v jednotlivých oblastech života jsou velmi pestré a jejich škála je prakticky nevyčerpatelná. Některé z nich jsou však u lidí s autismem velmi časté a typické. Komunikace může být narušena různými způsoby. Od toho, že dítě či člověk s autismem verbálně prakticky vůbec nekomunikuje, přes různé typy echolálie po používání slov bez porozumění. Téměř všichni lidé s PAS, a to i v případě, že jsou schopni běžné komunikace, mají problém s pochopením různých abstraktních výrazů,

---

<sup>94</sup> Co víme o autismu. APLA: Asociace pomáhající lidem s autismem APLA - JM, o. s. [online]. 1999 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <http://www.apla-jm.cz/index.php?a=cat.22>

<sup>95</sup> Diagnostická kritéria. THOROVÁ, Kateřina. *Autismus.cz: Portál o autismu* [online]. 2007 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/mkn-10-2.html>

ironie, metafor apod. Velmi obvyklé je také nepřiměřené používání neverbální komunikace a vyhýbání se očnímu kontaktu při komunikaci.<sup>96,97</sup>

*„Chlapec trval na tom, že si každý den uklidí kolo dovnitř. Později se vysvětlilo, že slyšel někoho říkat, že padá noc.“<sup>98</sup>*

Potíže s chápáním sociálních vztahů jsou další věcí, která spojuje všechny lidi s PAS. I když se liší míra problémů, všichni lidé s autismem mají problém s pochopením sociálních vztahů a s tím související neadekvátní reakce a odezvy na sociální chování a emoce jiných lidí. Emoce, které se skrývají za mnohdy rozumem těžko vysvětlitelným sociálním chováním, lidé s PAS nedokáží rozkrýt a často se u nich projevuje z těchto pro ně nepochopitelných situací strach.<sup>99</sup> I lidé s autismem, kteří nemají přidružené mentální postižení, mají často tendenci si sociální vztahy a reakci na emoce nepřiměřeně zjednodušit, aby se ve společnosti dokázali aspoň částečně zorientovat. *„Chlapec s autismem měl rozdělit obrázky na šťastné a smutné. Úkol splnil téměř správně, udělal jen jednu chybu, když dal šťastný obrázek mezi smutné. Když jsme se ho zeptali, proč to udělal, řekl: „Na šťastných obrázcích jsou vidět zuby, na tomto přece ne.“<sup>100</sup>*

Posledním z tzv. triády příznaků pervazivních vývojových poruch je narušení oblasti představitosti, zájmů a her. Jde o příznaky, kterých si velmi snadno všimneme právě už ve velmi raném věku. Děti s PAS mají totiž velmi specifický styl hraní, který souvisí s neschopností chápat sociální vztahy, a proto si tyto děti vybírají takové hry, které žádné nepředvídatelné aspekty neskýtají. Na rozdíl od dětí bez autismu si tedy příliš nehrají „na něco“, tedy na indiány, na rodinu apod., ale mají v oblibě hry, které

---

<sup>96</sup> Diagnostická kritéria. THOROVÁ, Kateřina. *Autismus.cz: Portál o autismu* [online]. 2007 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/mkn-10-2.html>

<sup>97</sup> Co víme o autismu. APLA: Asociace pomáhající lidem s autismem APLA - JM, o. s. [online]. 1999 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <http://www.apla-jm.cz/index.php?a=cat.22>

<sup>98</sup> PEETERS, Theo. *Autismus : Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha : Scientia, spol. s r. o., 1998. 169 s. ISBN 80-7183-114-X, str. 58

<sup>99</sup> Diagnostická kritéria. THOROVÁ, Kateřina. *Autismus.cz: Portál o autismu* [online]. 2007 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/mkn-10-2.html>

<sup>100</sup> DE CLERQ, Hilde. *Mami, je to člověk nebo zvíře?*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 102 s. ISBN 978-80-7367-235-5, str. 41

spočívají ve vytváření řádu. Různé stavebnice, puzzle apod. Tento rys se později promítá i do osobnosti dospívajících a dospělých lidí s PAS a typické jsou pro ně zájmy, kde se dá najít relativně neměnný a exaktní řád. Typickými zájmy jsou pak jízdničky, vesmír, hudba, odvoz popelnic, kalendáře apod. Rituály, rutinní chování a odpor ke změnám, které často vyvolají až záchvaty vzteku a agrese, je pro lidi s touto poruchou také více než běžné.<sup>101,102</sup>

Pro osvětlení souvislosti mezi pervazivními vývojovými poruchami a mentálním postižením je nutno dodat, že jde o dvě velmi často spojené a také těžko oddělitelné diagnózy. V obou případech jde o poruchu mentálního vývoje. V případě mentální retardace o poruchu kvantitativní – dítě se vyvíjí normálně, ale pomaleji než děti stejného věku. U autismu pak jde o poruchu kvalitativní, kdy se různé složky osobnosti vyvíjejí různě a dochází k odchylkám tohoto vývoje. V obou případech jde také o poruchy celoživotní a neléčitelné a, jak již bylo zmíněno, velmi často jsou diagnostikovány společně. Mentální retardace je k autismu přidružena asi u 75 % případů.<sup>103</sup> Kromě toho bývá velmi často problém odlišit mentální postižení bez autismu a s autismem. Největší rozdíl, který pomáhá diagnostiku MP s autismem a bez něj odlišit, je právě chápání emocí lidí, které nebývá u lidí bez autismu narušeno i přes mentální postižení. V roce 1987 byl proveden výzkum, kdy výzkumníci rozdělili děti s mentální retardací do dvou skupin, s přidruženým autismem a bez autistické poruchy. Dětem pak ukazovaly fotografie lidských obličejů, které vyjadřovaly různé emoce a lišily se také tvarem klobouků. Děti bez autismu si téměř všechny všimly různých výrazů obličeje a emocí, které tyto výrazy odrážejí. Děti s mentální retardací a poruchou autistického spektra se pak zabývaly spíše různými typy klobouků a většina z nich si emocí v obličeji prakticky nevšimla.<sup>104</sup>

---

<sup>101</sup> Diagnostická kritéria. THOROVÁ, Kateřina. *Autismus.cz: Portál o autismu* [online]. 2007 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/mkn-10-2.html>

<sup>102</sup> PEETERS, Theo. *Autismus : Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha : Scientia, spol. s r. o., 1998. 169 s. ISBN 80-7183-114-X, str. 125-127

<sup>103</sup> HRDLIČKA, Michal, KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus : Přehled současných poznatků*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9, str. 56

<sup>104</sup> Hobson in THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Portál. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 453 s. Portál. ISBN 80-7367-091-7, str. 286

### 4.3 HANDICAP

Pojem handicap nebo také hendikep se často používá pro označení určitého postižení – tělesného, mentálního, smyslového či duševního. To však není zcela přesné. Handicap označuje spíše znevýhodnění, které pro člověka z daného postižení vyplývá. Je potom otázkou, zda člověka znevýhodňuje opravdu postižení či spíše prostředí, společnost apod., které ho v orientaci, pohybu, sebeobsluze apod. znevýhodňuje. Handicap neboli porucha schopnosti může být neovlivnitelný, např. schopnost člověka s mentálním postižením vystudovat školu převyšující jeho schopnosti, a ovlivnitelný, např. pomocí odstraňováním architektonických bariér, změnami postojů společnosti apod. V zásadě tedy platí, že stejný druh a hloubka postižení může u někoho handicapem být a u druhého ne, v závislosti např. na přístupu k lidem s postižením v dané zemi, množství bariér v daném městě apod.<sup>105</sup>

### 4.4 SHRNU TÍ KAPITOLY

V této kapitole byla podrobně popsána specifika cílové skupiny osob s mentálním postižením. Nejprve charakteristika mentálního postižení, jeho projevy a konkrétní dopady na život člověka s tímto typem postižením. Smyslem zmíněného bylo popsat, jaké jsou možnosti a omezení lidí s MP, především pak s ohledem na jednotlivé stupně tohoto postižení. Dále pak kapitola popisuje poruchy autistického spektra, které jsou k mentálnímu postižení velmi často přidružené a mají významný dopad na jednotlivé aspekty života takového člověka i na možnosti využívání sociálních služeb. Znalost těchto informací je důležitá pro hodnocení, které služby jsou pro kterého člověka s postižením vhodné a které ne. Součástí kapitoly je také vymezení pojmu *handicap*, aby bylo patrné, v jakém významu je případně v práci používán.

---

<sup>105</sup> Matoušek, Oldřich: *Slovník sociální práce*; 1. vyd. 2003. Praha: Portál; 288 s. ISBN 80-7178-549-0, str. 74

## 5 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE

Každá vyspělá země musí nějakým způsobem řešit situaci lidí, kteří se z různých důvodů ocitli v situaci, kdy potřebují určitou pomoc. V moderní společnosti by měl každý člověk cítit jistotu, že pokud se vlivem nemoci, postižení, stáří či špatné finanční situace dostane do krizové situace, existují ve společnosti nástroje, které mu danou situaci pomohou řešit. Jedním z takových nástrojů je systém sociálních služeb.

Nutnost znát nastavení sociálních služeb v České republice vyplývá už ze samotného tématu práce. Aby bylo možné zkoumat možnosti jednotlivých typů služeb a jejich vhodnost či nevhodnost pro konkrétní cílovou skupinu, je nutné vědět, co daná služba uživatelům nabízí a na jakém principu funguje.

### 5.1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

*„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“<sup>106</sup>*

*Adrian D. Ward*

Sociální služby jsou takové služby, které pomáhají širokému spektru uživatelů řešit nepříznivou životní situaci v různých etapách a aspektech jejich života.

Prostřednictvím sociálních služeb je poskytována pomoc zejména při: *„péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.“<sup>107</sup>*

Sociální služby v České republice existovaly samozřejmě již dříve, ale mnoho z nich nemělo jednotnou právní úpravu a tehdejší legislativní dokumenty zdaleka

---

<sup>106</sup> ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80-7367-060-7, str. 11

<sup>107</sup> Sociální služby. MPSV. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2012 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

nedostačovaly potřebám moderní společnosti. Před rokem 1989 byly známy prakticky pouze služby ústavní péče a pečovatelská služba. Spontánně však začaly vznikat i další potřebné služby, jako osobní asistence, azylové domy, zařízení respitní péče a mnoho dalších, ale poskytovatelé těchto služeb neměli žádnou oporu v zákoně. Nebylo jasné, jakými principy se jednotlivé služby mají řídit, ani systém financování těchto služeb. V důsledku to pak přinášelo problémy poskytovatelům i uživatelům služeb, kteří se nemohli spolehnout na určitou výši kvality jednotlivých služeb. Schválení zákona o sociálních službách byl však velmi problematický a dlouhodobý proces. Přestože se na nutnost podobného zákona upozorňovalo už od začátku 90. let, zákon č. 108/2006 Sb. nabyl účinnosti až 1. 1. 2007.<sup>108</sup>

Zákon o sociálních službách přinesl obrovské změny v poskytování sociálních služeb, určitě největší změny v historii samostatné České republiky a dokonce největší změny od dob Marie Terezie. Změnily se principy poskytování péče, bylo uzákoněno 31 nových služeb, přibyl dosud neznámý příspěvek na péči a sjednotily se standardy kvality poskytování sociálních služeb i s příslušnými kontrolními mechanismy.<sup>109</sup>

#### **Sociální služby zahrnují:**

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence.<sup>110</sup>

**Sociální poradenství** je integrální součástí všech sociálních služeb. Dělí se na základní a odborné sociální poradenství, přičemž základní poskytují pracovníci

---

<sup>108</sup> Průvodce zákonem o sociálních službách. *LORM - Společnost pro hluchoslepé* [online]. 2006 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zakonom-o-socialnich-sluzbach.php>

<sup>109</sup> Průvodce zákonem o sociálních službách. *LORM - Společnost pro hluchoslepé* [online]. 2006 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zakonom-o-socialnich-sluzbach.php>

<sup>110</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, Hlava I, §32



ve všech sociálních službách a odborné se poskytuje především ve specializovaných poradnách. Poradenství se poskytuje vždy bezplatně.<sup>111</sup>

*„Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“*<sup>112</sup> Služby sociální péče jsou častěji služby pobytové a týkají se osob, které péči potřebují obvykle kvůli zhoršenému zdravotnímu stavu vlivem zdravotního postižení, nemoci či vyššího věku.

Službami sociální péče jsou: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.<sup>113</sup>

Hlavním cílem **služeb sociální prevence** je předcházet a zabránit sociálnímu vyloučení osob, které se ocitly v krizové životní situaci, které nedokážou samy čelit. Jde o skupiny osob, které se kvůli svému sociálnímu začlenění, rodinné situaci či způsobu života dostaly do konfliktu se společností. Služby sociální prevence by měly působit tak, aby se tito lidé dostali zpět do společnosti a byli jejími platnými členy. Zároveň tyto služby napomáhají ochraně společnosti před vznikem a šířením sociálně nežádoucích jevů.<sup>114</sup>

Na rozdíl od služeb sociální péče nejde až na výjimky (Domy na půl cesty, Azylové domy apod.) o služby pobytové a tíživá situace uživatelů je způsobena i jinými

---

<sup>111</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, Hlava I, §37

<sup>112</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, Hlava I, §38

<sup>113</sup> Druhy služeb sociální péče. *Finance.cz* [online]. 2006 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/socialni-davky/socialni-pecce/socialni-sluzba/druhy-sluzeb-socialni-pecce/>

<sup>114</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, Hlava I, §53

vlivy než nepříznivým zdravotním stavem či vyšším věkem. Jde o vlivy jako ztráta bydlení či zaměstnání, závislost na návykových látkách, spáchaný trestný čin či naopak ohrožení trestnými činy, rozpad rodinných vazeb, příslušnost k etnické menšině apod.<sup>115</sup>

Mezi služby sociální prevence patří: raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.<sup>116</sup>

#### **Dále se sociální služby rozdělují podle formy poskytování na:**

- a) pobytové služby,
- b) ambulantní služby,
- c) terénní služby.<sup>117</sup>

**Pobytové služby** jsou takové služby, které uživatelům kromě sociálního poradenství, péče a dalších služeb poskytují i ubytování. Typickým příkladem pobytových služeb jsou domovy pro seniory. **Ambulantní služby** jsou ty, za kterými uživatelé docházejí, případně jsou doprovázeni a součástí není ubytování. Příkladem mohou být kontaktní centra pro osoby závislé na návykových látkách, denní stacionáře pro osoby s postižením či nízkoprahové kluby pro děti a mládež. Posledním typem jsou tzv. **terénní služby**, které se poskytují v přirozeném prostředí uživatele, nejčastěji u něj doma, ale součástí mohou být také doprovody na různé volnočasové aktivity, na úřady, k lékaři apod. Typickým představitelem terénních služeb je osobní asistence.<sup>118</sup>

---

<sup>115</sup> Příklad č. 5 - Služby sociální prevence. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2009 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/obcane/priklad5>

<sup>116</sup> Sociální služby. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. 2008, 25.3.2013 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: [http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni\\_sluzby/index.html?mode=list](http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni_sluzby/index.html?mode=list)

<sup>117</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, Hlava I, §33

<sup>118</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, Hlava I, §33

Hlavním principem nově pojatých sociálních služeb, jak je upravuje zákon 108/2006 Sb., je „vytvoření podmínek pro uspokojování přirozených potřeb lidí, a to formou podpory a pomoci při zvládnání péče o vlastní osobu, v soběstačnosti nezbytné pro plnohodnotný život a v životních situacích, které mohou člověka vyřazovat z běžného života společnosti. Sociální služby umožňují člověku ohroženému sociálním vyloučením participovat na každodenním životě společnosti, čímž se míní přístup ke vzdělání, zaměstnání a kulturnímu a společenskému životu.“<sup>119</sup>

## 5.2 INSTITUCIONÁLNÍ × KOMUNITNÍ PÉČE

V minulém století byla ústavní péče zcela běžným a v podstatě také jediným systémem péče o lidi s postižením. Druhá polovina minulého století je však také úzce spjata se zájmem o lidská práva a orientací na člověka a duchovní hodnoty, jako je lidská důstojnost a svoboda. V této době se ve světě také začaly objevovat výzkumy a názory, které vhodnost ústavní péče zpochybňovaly, a postupně se začalo přemýšlet o tom, jak prostředí ústavů vylepšit či lépe nahradit ústavní péči jiným typem sociálních služeb.<sup>120</sup>

Z důvodu mnohovýznamnosti pojmu ústav, bude v práci používán pojem ústavní či institucionální péče nebo zařízení, aby nedocházelo k možné záměně významu. **Institucionální péče** je péče o lidi s postižením poskytovaná v ústavech. V důsledku ústavní péče dochází k tomu, že jsou uživatelé těchto služeb izolováni od širšího společenství a nemohou dostatečně svobodně rozhodovat o svých životech.<sup>121</sup> V ČR je tento typ péče zajišťován ve službách nazývaných zákonem o sociálních službách jako „domovy pro osoby se zdravotním postižením“. Jde o zařízení, jejichž služby si uživatelé hradí a která poskytují dlouhodobé pobytové služby lidem se zdravotním postižením, kteří potřebují pomoc dalších osob. Kromě ubytování a stravy zde

---

<sup>119</sup> Stručný průvodce zákonem o sociálních službách. MPSV. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2006 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>

<sup>120</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 11 – 12

<sup>121</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 46

pracovníci poskytují uživatelům také pomoc při osobní hygieně a dalších sebeobslužných úkonech, pomoc s vyřizováním úředních záležitostí, terapeutické, výchovné a vzdělávací služby apod.<sup>122</sup>

Matoušek definuje ústavní péči a její ústřední problém tak, že je zde personál, který do zařízení dochází jako do zaměstnání, a uživatelé, pro které je zařízení dočasným nebo trvalým domovem. Pro personál se tedy uživatelé stávají objektem práce, zatímco uživatelé chtějí být individuálními subjekty.<sup>123</sup> Na rizika ústavní péče upozorňuje mnoho autorů, například Matoušek<sup>124</sup> či Mühlpachr<sup>125</sup>. Pro uživatele vystavené několik let nebo i celý život těmto negativním vlivům může být zkušenost s ústavní péčí traumatizující a na jeho psychiku má celoživotní vliv. Nejzávažnějšími riziky ústavní péče jsou:<sup>126</sup>

- **Hospitalismus**, tedy jev, kdy dochází k takové adaptaci na ústavní prostředí, že člověk ztrácí schopnost žít v běžném, civilním prostředí.
- **Zhoršení komunikace** vlivem nedostatku podnětů a redukce nároků, regrese do ranějších vývojových stádií.
- **Homogenita kolektivu** podle pohlaví, někdy i věku, osobnostních charakteristik apod., což má za následek nedostatečný osobnostní rozvoj jedince, ale také nedostatek sexuálních objektů a nedostatečné rozvinutí mužské, resp. ženské role.
- **Ponorková nemoc**
- **Šikana**, která v instituci, kde je jasně dána mocenská hierarchie, hrozí ze strany personálu, ale i uživatelů mezi sebou.

---

<sup>122</sup> Sociální služby. MPSV. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2012 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

<sup>123</sup> MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Praha: SLON, 1999. 160 s. ISBN 80-85850-76-1, str. 17

<sup>124</sup> MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Praha: SLON, 1999. 160 s. ISBN 80-85850-76-1, str. 118–121

<sup>125</sup> Mühlpachr, Pavel. *Vývoj ústavní péče*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 49 s. ISBN: 80-210-2512-3, str. 40

<sup>126</sup> MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. Praha: SLON, 1999. 160 s. ISBN 80-85850-76-1, str. 118 - 121

- **Ztráta soukromí**

V určitém protikladu k institucionální péči pak stojí **komunitní péče**. **Komunitní služba** je taková služba, která neizoluje člověka od běžné společnosti, ale naopak mu pomáhá se do života v komunitě zapojovat. Nejčastěji jsou takovými službami služby terénní či ambulantní, ale mohou to být i služby pobytové za předpokladu, že se zaměřují na individuální potřeby každého člověka a zohledňují jeho přání a specifika a snaží se o zapojení člověka s postižením do běžného života v co největší míře, kterou dovoluje jeho postižení. Aby bylo možné pobytovou službu označit za komunitní, musí podle *Manuálu transformace ústavů* splňovat kritérium hraniční kapacity pro neústavní pobytovou komunitní sociální službu, která je stanovena na maximálně 4 klienty v jedné domácnosti a maximálně 4 domácnosti v jednom domě, přičemž v jednom objektu může bydlet maximálně 12 klientů. V jedné lokalitě je přitom maximálně jeden dům s domácnostmi uživatelů služby. (*Kritéria komunitní sociální služby, MPSV 2013*)<sup>127</sup> V pobytových službách by zástupcem komunitní péče měla být chráněná bydlení, ale je třeba zmínit, že ne všechna splňují všechna kritéria ideální komunitní služby, například v maximální kapacitě.

Kromě kapacity a přístupu ke klientům se institucionální služby od komunitních liší ještě v dalších aspektech. Vnější rozdíly těchto typů služeb shrnuje následující tabulka (viz Tabulka 6).

**Tabulka 6: Rozdíly mezi institucionálními a komunitními službami (domácnostmi)**

INSTITUTE	DOMÁCNOST
Dlouhé chodby, nejasně oddělená oblast bydlení od prostorů pro personál.	Jasně definované pokoje jednotlivých obyvatel (polohou, mírou soukromí).
Orientace na provozní potřeby ústavu.	Orientace na člověka a běžný život.
Již zvenku se budova odlišuje od běžných staveb pro bydlení.	Stavba se zvenku neliší od okolních staveb pro bydlení.
Členění budov na „provozy“: ústavní kuchyně, ústavní prádelna, údržba apod.	Kuchyně, komora, pračka apod. jsou součástí každé domácnosti.
Specifické názvosloví: denní místnost, herna, sesterna, lůžková část apod.	Běžné názvosloví: obývací pokoj, ložnice, kuchyň a jídelna, předsíň.

<sup>127</sup> MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0., str. 47

INSTITUCE	DOMÁCNOST
Personál vnímá celou budovu včetně osobního prostoru uživatelů (pokoje) jako své pracoviště.	Uživatel je ve svém bytě doma, pracovník si je vědom, že vstupuje do soukromí.
Vybavení obytných prostor stejným nábytkem, stejnými závěsy apod.	Vybavení nábytkem a doplňky dle vkusu uživatele.
Členění na lůžkovou část, na denní část (zde všichni jí, tráví volný čas atd.).	Důsledné členění na menší bytové jednotky, jasně definované pokoje.
Obyvatel nemá žádný pokoj, který by byl jen jeho.	Obyvatel má svůj pokoj nebo byt a má své soukromí.

*Zdroj: Sociální práce - Příloha: Život v ústavu je hendikep - Transformace ústavní péče. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci ve spolupráci s Fakultou sociálních studií Ostravské univerzity, 2013, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6204.*

V současné době sice v České republice proces deinstitucionalizace určitým způsobem probíhá, ale ústavní péče je pro lidi s mentálním postižením stále velmi častý typ péče a často také jedinou možností. Ve skupině lidí se zdravotním postižením jsou také lidé s mentálním postižením nejčastějšími uživateli právě tohoto typu služby. Například podle registru poskytovatelů sociálních služeb je v Praze celkem sedm poskytovatelů služby domova pro OZP, přičemž pět je zaměřeno na lidi s mentálním postižením. Jedno z těchto zařízení pak poskytuje služby lidem s tělesným postižením a jedno se zrakovým postižením.<sup>128</sup>

Podle ČSÚ bylo v roce 2011 v domovech pro osoby se zdravotním postižením celkem 13 978 uživatelů ve 211 zařízeních, zatímco v chráněných bydleních jen 2 667 uživatelů ve 131 zařízeních, z čehož je patrné, že ústavní péče je stále velmi využívaným typem služby a proces deinstitucionalizace je zatím spíše na začátku. Zajímavé také je, že naprostá většina těchto zařízení jsou zřizována veřejným sektorem. Z celkového počtu 13 978 lůžek v domovech pro OZP bylo celých 11 405 uživatelů v zařízení zřizované krajem, 727 v zařízení zřizovaném státem a 1 347 v zařízení obecním. Domovy provozované neziskovým sektorem a církvemi jsou tedy ve významné menšině. U chráněných bydlení je počet provozovaných zařízení veřejným a neziskovým sektorem podstatně vyrovnanější.<sup>129</sup>

<sup>128</sup> Vyhledávání služby. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 2006 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenyvyhledavani-sluzby>

<sup>129</sup> Síť vybraných zařízení sociální péče 2011. *Český statistický úřad* [online]. 2012 [cit. 2013-12-13]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/3201-12-r\\_2012-400](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/3201-12-r_2012-400)

### 5.3 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Jde o dávku poskytovanou ze státního rozpočtu, kterou blíže specifikuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Příspěvek na péči se poskytuje osobám, které kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebují péči jiné osoby či pomoc sociálních služeb. Výše příspěvku se pak odvíjí od tzv. stupně závislosti, kterou posuzují pracovníci krajských poboček Úřadů práce.<sup>130</sup>

Stupeň závislosti pracovníci hodnotí na základě škály úkonů, které člověk je či není schopen zvládnout v rámci jednotlivých oblastí životních potřeb, jež jsou definovány jako: „*mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost (péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let)*“<sup>131</sup> a stupeň závislosti se pak určí podle toho, kolik úkonů schopen zvládnout není nebo jen částečně. Úkony definuje a stanovuje zákon. Jednotlivé úkony v rámci oblastí, které se jednotlivě posuzují, jsou například: „mytí nádobí“, „vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh“, „sezení, schopnost vydržet v poloze vsedě“, „nakládání s penězi nebo jinými cennostmi“. Způsob tohoto hodnocení blíže specifikuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.<sup>132</sup>

Příspěvek náleží osobě starší než jeden rok, která potřebuje péči dalších osob, nikoliv osobám, které péči poskytují. Až sama osoba, které je příspěvek přiznán, rozhoduje o tom, jaké služby si za peníze pořídí. Řízení o přiznání příspěvku na péči začíná podáním žádosti na příslušné kontaktní pracoviště krajské pobočky Úřadu práce. Následně sociální pracovník úřadu provede sociální šetření v přirozeném prostředí žadatele a podle škály úkonů posoudí soběstačnost. Žadostí se dále zabývá ještě

---

<sup>130</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37, Hlava II. §7 - §9

<sup>131</sup> Příspěvek na péči. MPSV. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2012, 25.3.2013 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

<sup>132</sup> Příspěvek na péči. MPSV. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2012, 25.3.2013 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>

posudkový lékař, který hodnotí dopady zdravotního stavu žadatele na sebeobsluhu. Posudkový lékař z velké části vychází z provedeného šetření u žadatele doma.<sup>133</sup>

Je-li příspěvek na péči žadateli přiznán, je povinen úřadu do 8 dnů sdělit, kdo a jakým způsobem bude tuto péči vykonávat. Tato osoba či sociální služba musí také dát písemný souhlas s tím, že péči zajistí. Pokud by toto žadatel nezajistil, může být výplata příspěvku na péči zastavena. Výplata bude zastavena i v případě, že by příjemce příspěvku na péči byl více než jeden kalendářní měsíc ve zdravotnickém zařízení, kde je mu poskytována celodenní komplexní péče (nemocnice, LDN, psychiatrická léčebna apod.), ale i například ve výkonu trestu odnětí svobody.<sup>134</sup>

Příspěvek je vyplácen měsíčně vždy v kalendářním měsíci, za který náleží. Osoba, které je příspěvek vyplácen, si prozatím může zvolit způsob, jakým je příspěvek vyplácen (poštovní poukázkou nebo na účet).<sup>135</sup>

### **„Výše příspěvku na péči**

*Výše příspěvku na péči pro osoby **do 18 let** věku činí za kalendářní měsíc*

- 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)

*Výše příspěvku na péči pro osoby **starší 18 let** činí za kalendářní měsíc*

- 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
- 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
- 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
- 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)<sup>136</sup>

---

<sup>133</sup> Příspěvek na péči. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. 2011 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: [http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni\\_davky/prispevek\\_na\\_peci/](http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni_davky/prispevek_na_peci/)

<sup>134</sup> Příspěvek na péči. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. 2011 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: [http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni\\_davky/prispevek\\_na\\_peci/](http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni_davky/prispevek_na_peci/)

<sup>135</sup> Příspěvek na péči. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. 2011 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: [http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni\\_davky/prispevek\\_na\\_peci/](http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni_davky/prispevek_na_peci/)

<sup>136</sup> Příspěvek na péči. MPSV. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2012, 25.3.2013 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>



## 5.4 SHRNU TÍ KAPITOLY

V kapitole věnované systému sociálních služeb bylo vysvětleno, jakým způsobem v České republice fungují sociální služby, na jakých principech a jaké je jejich právní zakotvení.

V podkapitole věnované rozdílu mezi komunitními a institucionálními službami jsou popsána některá rizika institucionálních sociálních služeb, ze kterých je patrné, proč je třeba věnovat tomuto tématu pozornost a směřovat v systému sociálních služeb spíše ke komunitním sociálním službám.

Příspěvek na péči je pak hlavním nástrojem, který umožňuje lidem s postižením sociální služby využívat. Jeho pobírání či nepobírání a jeho výše jsou určujícími faktory, do jaké míry si daný člověk s postižením může dovolit sociální služby využívat, ale i které služby si může dovolit využívat.

## 6 ANALÝZA PRIMÁRNÍCH DAT

### 6.1 VLASTNÍ PROJEKT VÝZKUMU

#### 6.1.1 PŘEDMĚT VÝZKUMU

Předmětem mého výzkumu je využívání pobytových, ambulantních a terénních služeb lidmi s lehkým a středně těžkým mentálním postižením v Praze s cílem zjistit, zda lidé s lehčími typy využívají služby ústavní péče a v kontextu práv lidí s mentálním postižením a deinstitucionalizace zjistit faktory, které mají vliv na to, že se oni či jejich rodiny takto rozhodují, a kde jsou v nastavení systému sociálních služeb překážky, které jim znemožňují využívat jiný typ služeb.

Výzkum je rozdělen na dvě části. V první části bylo pomocí dotazníkového šetření mezi všemi poskytovateli pobytových služeb v Praze zjišťováno složení uživatelů těchto služeb s ohledem na hloubku postižení a míru závislosti. Ve druhé části pak byly pomocí rozhovorů s návodem zjišťovány faktory, na základě kterých se rodiny rozhodovaly pro využívání daných služeb a také názory poskytovatelů, experta a zástupkyně veřejné správy. Pomocí tematické analýzy pak byly z primárních dat vyvozeny závěry a konkrétní doporučení.

#### 6.1.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Pro první část výzkumu jsem zvolila dotazníkové šetření, jehož respondenty byli poskytovatelé pobytových sociálních služeb se sídlem v Praze. Do výběru jsem zahrнула zařízení, která mají jako primární cílovou skupinu osoby s mentálním postižením. Vynechala jsem tedy ty, které se primárně věnují například lidem s tělesným postižením a jsou schopny přijmout i člověka, který má k tělesnému postižení lehkou mentální vadu, ale lidé s mentálním postižením nejsou jejich hlavní cílovou skupinou.

Vzhledem k tomu, že se ve své práci zabývám možnostmi samostatného života v přirozeném prostředí, rozhodla jsem se věnovat pouze dospělým lidem a oslovila tedy jen zařízení poskytující služby dospělým lidem s postižením.

Do vzorku pobytových služeb zahrnutých do výzkumu jsem zvolila tři služby podle zákona o sociálních službách – **domovy pro osoby se zdravotním postižením,**

**chráněná bydlení a týdenní stacionáře.** Záměrně jsem vynechala domovy se zvláštním režimem, které jsou sice pobytovou službou, kde by teoreticky mohli být i lidé s mentálním postižením, ale primárně jim služba není určena a specifikum této služby spočívá v nutnosti zvláštního přístupu ke klientům, která často vylučuje možnost pečovat o ně v přirozeném prostředí. Proto pro můj výzkum nebyly vhodné.

### 6.1.3 OMEZENÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Cílem dotazníkového šetření bylo pouze zjistit, zda se lidé s lehkým typem postižení objevují v pobytových službách, případně ve kterých. Které pobytové služby jsou pro danou cílovou skupinu vhodné či pro koho pobytové služby vhodné nejsou, je cílem až následné analýzy všech primárních dat. Z uvedeného důvodu byly do vzorku zahrnuty všechny tři typy pobytových služeb a s informacemi bylo dále pracováno.

Aby mohlo dojít k hodnocení, které ze služeb jsou spíše služby ústavní péče a které spíše komunitní, byla z metodiky projektu „Podpora transformace sociálních služeb v České republice“ převzata definice, podle které je možné toto odlišení provádět. Cílem tohoto projektu bylo identifikovat zařízení pro osoby se zdravotním postižením, které rysy ústavní péče vykazují, přičemž hlavním kritériem byla vysoká koncentrace osob jedné cílové skupiny a vyloučení z běžného prostředí. Pro účely této analýzy byly definovány pobytové služby: domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, týdenní stacionáře, chráněná bydlení za předpokladu, že současně splňují další kritéria: v jedné budově či objektu je kapacita uživatelů rovna nebo vyšší 19 či je kapacita pobytové služby nižší, ale v objektu je zároveň poskytována další pobytová či ambulantní služba.<sup>137</sup>

Tato kritéria byla inspirací pro výběr respondentů k dotazníkovému šetření i výběru respondenta z oblasti poskytovatelů pobytových sociálních služeb. Dotazník byl však zaslán do všech pobytových zařízení, aby bylo patrné, jak k problematice přistupují. Ve výzkumu je uvedené zohledněno.

---

<sup>137</sup> *Sociální práce - Příloha: Život v ústavu je hendikep - Transformace ústavní péče.* Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci ve spolupráci s Fakultou sociálních studií Ostravské univerzity, 2013, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6204, str. 6

#### 6.1.4 VÝBĚR RESPONDENTŮ ROZHOVORŮ S NÁVODEM

Druhá část výzkumu byla zaměřena na sběr kvalitativních dat z rozhovorů s respondenty z několika skupin aktérů, vždy jeden rozhovor s aktérem z každé skupiny.

Možnou výtku, že by, pokud zkoumám rozhodování lidí s mentálním postižením, měly být do výběru respondentů zahrnuti také samotní lidé s postižením, kterých se problematika dotýká nejvíce, jsem důkladně promyslela. Vzhledem k tomu, že mám s lidmi s mentálním postižením bohaté zkušenosti a věnovala jsem se této problematice i v bakalářské práci, jejíž součástí byly rozhovory s touto cílovou skupinou, se domnívám, že vzhledem k charakteru mentálního postižení jsou možnosti získání relevantních informací omezené, a takové rozhovory mají poměrně nízkou vypovídací hodnotu.

Respondenti pro výzkum byli vybráni úsudkem, většinou s použitím mých vlastních kontaktů z oblasti sociálních služeb. V následující tabulce (viz Tabulka 7) je přehled uskutečněných rozhovorů a označení, které bylo pro daný rozhovor použito.

**Tabulka 7: Přehled respondentů rozhovorů s návodem**

Označení respondenta	Typ služby, ve které pracuje / kterou rodina využívá	Vztah k osobě s postižením / Pozice ve službě
<i>Pečovatel_1</i>	Terénní (Osobní asistence)	Matka
<i>Pečovatel_2</i>	Ambulantní (Denní stacionář)	Otec
<i>Pečovatel_3</i>	Pobytová (Domov pro OZP)	Matka
<i>Poskytovatel_1</i>	Terénní (Osobní asistence)	Sociální pracovnice
<i>Poskytovatel_2</i>	Ambulantní (Denní stacionář)	Sociální pracovnice
<i>Poskytovatel_3</i>	Pobytová (Domov pro OZP)	Sociální pracovnice

+

Označení respondenta	Pracovní pozice
<i>Expert</i>	Ředitel neziskové organizace, která poskytuje služby lidem s MP, věnuje se právům lidí s MP, školitel pracovníků v sociálních službách
<i>Zástupce veřejné správy</i>	Veřejná opatrovnice

### 6.1.5 VEDENÍ ROZHOVORU A ETICKÉ ASPEKTY

Se všemi respondenty jsem provedla rozhovory osobně. Všechny rozhovory byly nahrány na diktafon a posléze přepsány do písemné podoby.

Respondentům byl předložen k podepsání písemný informovaný souhlas s použitím rozhovorů pro účely diplomové práce. Součástí informovaného souhlasu byl souhlas s pořízením zvukového záznamu a uchováním přepisu rozhovoru.

Otázka etiky výzkumu pro mě byla velmi důležitá, neboť jde o problematiku velice osobní a citlivou. Především v rozhovorech s rodiči lidí s postižením, kde se mluví o přesných lékařských diagnózách a osobním prožívání problému, jsem pokládala za velice důležité, aby se respondenti cítili bezpečně a aby jejich anonymita byla zachována. Ještě před rozhovorem jsem respondentům vysvětlila účel rozhovoru a zaručila naprostou anonymitu. Vysvětlila jsem, jak bude nakládáno s daty, tedy že k nahrávce budu mít přístup pouze já a přepíšu ji do písemné podoby, která bude součástí příloh diplomové práce. Co se týče použitých jmen v rozhovoru a dalších faktů, které by mohly vést k identifikaci dané osoby, budu-li úryvek rozhovoru používat přímo v práci, jméno změním. Celé jméno respondentů se objevuje na informovaném souhlasu, který také zůstane mně, a nebudu ho poskytovat dalším osobám. Pracovníkům sociálních služeb jsem slíbila, že v diplomové práci nebudu používat ani název služby, ve které pracují. V informovaném souhlasu všichni účastníci podepsali souhlas s rozhovorem a pořízením audio nahrávky. Součástí informovaného souhlasu byl popis cíle výzkumu a kontakt na mě jako na tazatelku. Všem účastníkům výzkumu jsem také sdělila, že se na mě mohou obrátit, pokud budou cokoliv potřebovat, a zeptala jsem se jich, zda budou chtít hotovou diplomovou práci zaslat pomocí elektronické pošty, což někteří respondenti uvítali.

Před zahájením nahrávání rozhovoru jsem všechny respondenty přibližně seznámila s tím, co jsou okruhy témat, na které se budu ptát, a připomněla jsem, že pokud na některou z otázek nebudou chtít odpovídat, samozřejmě nemusí. Stručně jsem také popsala důvody, proč mě konkrétní otázky zajímají. Například u citlivé otázky na finanční situaci rodiny jsem zdůraznila, že není nutné říkat konkrétní částky, ale pouze to, jak svou sociální a finanční situaci cítí oni sami. Vysvětlila jsem, že se na takovou věc ptám proto, abych si mohla dovodit, jakou roli při rozhodování o službách hraje právě finanční faktor.

### 6.1.6 ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT

Zmíněnou metodou jsem si připravila zvláštní scénář rozhovoru pro každou skupinu respondentů. Všechny rozhovory byly nahrány a posléze přepsány do písemné podoby. Rozhovory byly přepsány doslovně, pouze byly upraveny příliš hovorové výrazy na výrazy obvyklé v psaném projevu. Například hovorově běžně užívané výrazy jako „bejt“ byly ve většině případů přepsány jako „být“. Žádná slova však nebyla vynechávána ani v případech, kdy šlo o slova nemající v textu žádný význam. Pokud respondent použil jméno člověka s postižením nebo název zařízení, kde pracuje, tato místa byla v prepisech rozhovorů začerněna, aby nebyla možná identifikace osob. Na některých nahrávkách se objevil hovor, který se netýkal tématu rozhovoru a který jsem nepřepisovala. Zpravidla šlo o hovory s kolegy či klienty respondentů, s rodinnými příslušníky či telefonáty respondentů. Přepisování soukromých hovorů respondentů by pro potřeby diplomové práce nemělo žádný význam a kvůli zachování etiky výzkumu není vhodné zveřejňovat hovory určené někomu jinému.

### 6.1.7 MÍSTNÍ OHRANIČENÍ

Abych svůj výzkum ohraničila také místně, zaměřila jsem se pouze na poskytovatele a pečující osoby se sídlem v hlavním městě Praze. Není v možnostech této práce pokrýt všechny regiony České republiky a z důvodu aspoň relativní validity výzkumu bylo nutné, aby byl místně ohraničen. V případě, že bych do jednoho výzkumu spojila poskytovatele terénních služeb v Praze a potřeby klientů v Jihomoravském kraji, byly by výsledky velice těžko porovnatelné a validita nízká.

Výsledky výzkumu jsou tak aplikovatelné pouze na problematiku sociálních služeb pro lidi s MP v Praze. Z tohoto pohledu je Praha velmi specifický region, kde je poměrně velká nabídka různých typů sociálních služeb a jiné socioekonomické složení obyvatel.

## 6.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ

Metodu dotazníkového šetření jsem využila pro základní orientaci v situaci pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením v hlavním městě Praze. Dotazník byl elektronickou poštou zaslán do všech pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením působících v hlavním městě Praze. Nejčastěji byl zaslán na osobní adresu ředitele/ky služby, sociální pracovnice/ka, případně vedoucí/ho zařízení. Pouze

v případě, že taková adresa nebyla veřejně dostupná, byl dotazník zaslán na kontaktní adresu, kterou zařízení uvádí v kontaktech. Klíčem pro výběr respondentů bylo to, že splňují následující podmínky:

- V registru poskytovatelů sociálních služeb mají zaregistrovanu jednu z pobytových služeb – domov pro osoby s mentálním postižením, chráněné bydlení či týdenní stacionář.
- Jejich cílovou skupinou jsou primárně lidé s mentálním postižením.
- Služba má sídlo v hlavním městě Praze.

Na základě těchto kritérií jsem v registru poskytovatelů sociálních služeb vyhledala 16 poskytovatelů. Nejde však o 16 různých poskytovatelů sociálních služeb, neboť je do výběru zahrnuto zařízení, jehož zřizovatelem je Magistrát hlavního města Prahy a je poskytovatelem šesti různých pobytových služeb, z nichž každá má vlastní sídlo, vedení i kontakt. Znamená to, že v Praze je tedy 11 různých poskytovatelů pobytových sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením.<sup>138</sup> Ve vzorku je několik poskytovatelů, kteří poskytují více služeb v jednom místě, což je v tabulce vyznačeno barevně. (viz Tabulka 8).

Dotazník jsem rozeslala elektronickou poštou. Po urgenci se mi podařilo získat zpět 5 vyplněných dotazníků, z toho 4 přišly zpět elektronicky a jeden mi vyplnila sociální pracovnice v zařízení, kde jsem byla kvůli rozhovoru.

Níže je seznam zařízení, do kterých byly dotazníky zaslány. Kvůli zachování anonymity nejsou zařízení jmenována, ale pouze označena typem poskytované služby. Dotazníky byly zaslány do pobytových zařízení, která jsou uvedena v následující tabulce (viz Tabulka 8 – zvýrazněná jsou zařízení, za která byl dotazník vyplněn):

**Tabulka 8: Respondenti dotazníkového šetření**

Typ zařízení	Cílová skupina	Kapacita	Označení respondenta
Chráněné bydlení	Dospělé ženy s mentálním postižením	8	ChB_1

<sup>138</sup> Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 2007 [cit. 2013-12-04]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/>

Typ zařízení	Cílová skupina	Kapacita	Označení respondenta
Chráněné bydlení	Lidé s mentálním a kombinovaným postižením od 18 do 64 let, kteří jsou závislí na péči druhé osoby (s přiznaným příspěvkem na péči v rozsahu I.–III. stupně)	Nezjištěna	ChB_2
<b><u>Domov pro osoby se zdravotním postižením</u></b>	Lidé s mentálním a kombinovaným postižením od 18 do 64 let, kteří jsou závislí na péči druhé osoby (s přiznaným příspěvkem na péči v rozsahu III.–IV. stupně)	20	DOZP_1
<b><u>Domov pro osoby se zdravotním postižením</u></b>	Dospělí lidé s mentálním postižením a kombinovanými vadami od 26 let, s trvalým pobytem na území hl. m. Prahy	76	DOZP_2
Chráněné bydlení	Dospělí muži s mentálním postižením nebo duševní nemocí kombinovanou s mentálním postižením od 19 do 80 let	5	ChB_3
<b><u>Domov pro osoby se zdravotním postižením</u></b>	Osoby s mentálním postižením od 3 let věku, horní hranice není omezena	146	DOZP_3
Chráněné bydlení	Dospělí lidé s mentálním postižením ve věku od 19 do 64 let	6 + 8 + 5 (v jednotlivých bytech, které nejsou ve stejné lokalitě)	ChB_4
Týdenní stacionář	Osoby s mentálním či tělesným handicapem, nebo kombinovanými vadami	Nezjištěna	TS_1
Chráněné bydlení	Osoby s mentálním či tělesným handicapem, nebo kombinovanými vadami	nezjištěna	ChB_5
Týdenní stacionář	Osoby s mentálním a kombinovaným postižením od 2 do 64 let	30	TS_2
Domov pro osoby se zdravotním postižením	Osoby s mentálním postižením od 19 do 64 let	Nezjištěna	DOZP_4
Týdenní stacionář	Osoby s mentálním postižením od 19 do 64 let	8	TS_3



Typ zařízení	Cílová skupina	Kapacita	Označení respondenta
<b><u>Domov pro osoby se zdravotním postižením</u></b>	Osoby s mentálním postižením od 19 do 64 let	Nezjištěna	<b>DOZP_5</b>
Chráněné bydlení	Osoby s mentálním postižením od 19 do 64 let	Nezjištěna	<b>ChB_6</b>
<b><u>Chráněné bydlení</u></b>	Osoby s mentálním postižením od 19 do 64 let	Nezjištěna	<b>ChB_7</b>
Chráněné bydlení	Osoby s mentálním postižením od 19 do 64 let	Nezjištěna	<b>ChB_8</b>
Chráněné bydlení	Dospělí lidé s mentálním postižením	Celkem 32, ale v několika bytech, které nejsou ve stejné lokalitě	<b>ChB_9</b>
Chráněné bydlení	Osoby s mentálním a kombinovaným postižením	Nezjištěna	<b>ChB_10</b>

***Poznámka:** Barevně odlišená jsou zařízení, která jsou pod jedním poskytovatelem. Podtržená a tučně označená jsou potom zařízení, od kterých byl dotazník vyplněn.*

Zhodnotit, která z těchto služeb je spíše službou komunitní a která spíše ústavní, je pouze z informací v registru poskytovatelů sociálních služeb či webových stránek jednotlivých zařízení velmi složité. Možným vodítkem je metodika projektu Podpora transformace sociálních služeb v České republice<sup>139</sup>, kterou popisují v kapitole týkající se projektu výzkumu (viz kapitola 6.1.3) Kapacita a typ služby však nemusí být ve všech případech dostatečným vodítkem pro určení, zda jde spíše o službu komunitní či ústavní. Ve velké většině případů však jsou relativně směrodatné a vzhledem k faktu, že jiné informace, než jsou uvedené v Registru poskytovatelů sociálních služeb nebo byla samotná zařízení ochotná sdělit v dotazníku, nejsou dostupné, vychází výzkum právě z kapacity a typu služby.

Jak již bylo zmíněno, z 16 zaslaných dotazníků bylo vyplněno 5. Bylo tedy dosaženo 31,25% návratnosti. Přestože rozesílání elektronické pošty není zcela ideální metodou sběru dat, považují uvedenou návratnost, i vzhledem k zaneprázdněnosti sociálních pracovníků, za poměrně úspěšnou.

<sup>139</sup> Sociální práce - Příloha: Život v ústavu je hendikep - Transformace ústavní péče. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci ve spolupráci s Fakultou sociálních studií Ostravské univerzity, 2013, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6204, str. 6

Z vyplněných dotazníků pocházejí 4 ze zařízení „domov pro osoby se zdravotním postižením“ a pouze jeden ze služby „chráněného bydlení“.

Hlavním smyslem dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké je složení klientů v pobytových zařízeních v Praze s ohledem na hloubku postižení a míru závislosti na pomoci dalších osob. Na otázku zjišťující míru postižení podle Mezinárodní klasifikace nemocí odpověděli pouze dva poskytovatelé – viz souhrnně v následující tabulce (Tabulka 9).

**Tabulka 9: Složení klientů podle míry postižení**

Typ zařízení	Počet klientů			
	Lehký typ MP	Středně těžký typ MP	Těžký typ MP	Hluboký typ MP
<b>DOZP_1</b> kapacita: 20	×	×	10	10
<b>DOZP_2</b> kapacita: 76	15	31	18	12

Na otázku na složení klientů podle míry závislosti na péči dalších osob odpověděli ve všech zařízeních – viz souhrnně v následující tabulce (Tabulka 10).

**Tabulka 10: Složení klientů podle míry závislosti na péči**

Typ zařízení	Počet klientů		
	S menší mírou podpory by mohli žít samostatně	S větší mírou podpory by mohli žít samostatně	Samostatný život je pro ně nevhodný, vyžadují celodenní péči
<b>DOZP_1</b> kapacita: 20	×	10	10
<b>DOZP_2</b> kapacita: 76	8	53	15
<b>DOZP_3</b> kapacita: 146	30	70	40
<b>DOZP_5</b> kapacita nezjištěna	-	-	všichni uživatelé
<b>ChB_7</b> kapacita nezjištěna	-	80 %	20 %

Nedostatkem faktu, že někteří z poskytovatelů neodpověděli na obě výše uvedené otázky, je nejspíše to, že míra postižení podle skutečné diagnózy dle MKN je relativně přesný a objektivní údaj, zatímco hodnocení podle míry závislosti je spíše subjektivní. Pracovnice ze zařízení *DOZP\_3* s největší kapacitou dokonce napsala, že si je vědoma, že někteří kolegové, kteří nejsou zastánci transformace ústavní péče, by právě na tuto otázku odpověděli výrazně odlišně a že toto je pouze její subjektivní názor. Na tento nedostatek je třeba upozornit především u zařízení *DOZP\_2* s kapacitou 76 uživatelů, kde počet klientů s lehkým typem postižení je 15, zatímco samostatný život s lehkou mírou podpory by podle nich zvládlo pouze 8 uživatelů. Naopak součet lidí s těžkým a hlubokým postižením je vyšší než počet klientů, kteří podle názoru sociální pracovníce vyžadují celodenní péči. Podle odborných zdrojů je však těžké i hluboké mentální postižení poměrně závažné a možnosti samostatného života jsou v tomto případě omezené. Je však třeba vycházet z názoru, který poskytovatelé při šetření uvedli a ve kterém se mohou odrážet i další individuální specifika jednotlivých klientů a také případná přidružená postižení či omezení.

Z pohledu tématu výzkumu jsou také velmi zajímavé výsledky z *DOZP\_3*. Podle dostupných informací lze toto zařízení (i s ohledem na kapacitu 146 uživatelů) hodnotit jako zařízení ústavního typu. Přesto je však dle hodnocení respondentky v zařízení až 30 uživatelů, kteří by podle jejího názoru mohli žít samostatně s menší mírou podpory, a až pro 70 dalších uživatelů není samostatný život, například v nějakém komunitním typu pobytového zařízení, zcela vyloučen. Je třeba připomenout, že jde o respondentku, která se v dotazníku vyjádřila tak, že jde o její osobní názor člověka, který podporuje transformaci ústavní péče. Takové vyjádření poukazuje na to, že personál jednotlivých zařízení, jejich informovanost a otevřenost, se kterou jsou ochotni přistupovat k uživatelům, je pro úspěšnou transformaci rozhodujícím faktorem.

Odpovědi z *DOZP\_1* s kapacitou 20 uživatelů, ale i zařízení, které poskytuje celkem šest pobytových služeb, vypovídají pravděpodobně o tom, že jde v obou případech o organizace, které provozují obě pobytové služby (*DOZP* a chráněné bydlení) a uživatelé jsou do nich umísťováni skutečně podle toho, v jaké míře potřebují péči dalších osob.

Klíč, podle kterého se uživatelé do jednotlivých zařízení umísťují, vyjádřila respondentka v rozhovoru *Poskytovatel\_3*. V zařízení, ve kterém pracuje a které také

provozuje DOZP i chráněné bydlení, se řídí pravidlem, že klienti s I. a II. stupněm příspěvku na péči jsou zpravidla klienti vhodní do chráněného bydlení a klienti se III. a IV. spíše do domova pro osoby se zdravotním postižením. Samozřejmě po zohlednění individuálních potřeb a případných přidružených postižení či onemocnění.

Kromě výsledků dotazníkového šetření také vyjádření respondentů z uskutečněných rozhovorů nasvědčují tomu, že jsou služby primárně určené pro dlouhodobý pobyt lidí s těžšími typy mentálního postižení (DOZP) často využívány i lidmi s lehkým typem MP. O tom je přesvědčen *Expert* ale i někteří poskytovatelé. Respondentka *Pečovatel\_3* se také vyjádřila, že v zařízení, které dříve využíval i její syn s poměrně vážným kombinovaným postižením, potkala i klienty, kteří podle ní takový typ služby nepotřebují: *"Až jsem se úplně podivovala, co tam dělají. Podle mě tam tyhle lidi vůbec nemusí být a vždycky jsem si s takovou lítostí říkala „kdyby na tom ten syn takhle byl, tak by tam vůbec nebyl. Bych ho měla doma!“ Kdyby se dalo jenom takhle o něj jako starat."* *Pečovatel\_3*

Pro lepší přehled o tom, pro které klienty jsou které služby dostupné či nedostupné, směřovala jedna z otázek k tomu, jaké jsou nejčastější důvody odmítnutí. Odpovědi se shodovaly s nejčastějšími odpověďmi poskytovatelů z hloubkových rozhovorů. Jako nejčastější důvody odmítnutí zájemce uvádějí poskytovatelé naplněnou kapacitu, přidruženou psychiatrickou diagnózu či obecně jakékoliv nespádání do cílové skupiny, například když zájemce vůbec nemá mentální postižení. V jednom dotazníku byla také jako obvyklý důvod odmítnutí přidružená autistická porucha a jednou také, že služba není bezbariérová, což část klientů také vylučuje.

V dotaznících byla jako doplňková otázka, jaké jsou nejvýznamnější problémy provozu daného zařízení. Tato otázka sloužila k dotvoření obrazu o potřebách poskytovatelů různých sociálních služeb a případné rozkrytí možných překážek v systému péče o lidi s MP a transformace pobytových služeb. To se z velké části podařilo. Pokud sami poskytovatelé vnímají jako problematickou nejistotu ve financování či nedostatek pracovníků přímé péče, bude zde menší ochota ke zlepšování služeb a k procesu transformace. Jako primární a důležitější budou vnímat řešení těchto problémů a až na druhém místě budou moci uvažovat o vylepšování svých služeb. Pokud také sami pracovníci vnímají špatný přístup některých svých kolegů ke klientům a to, že zaměstnanci nevnímají deinstitucionalizaci jako přínosnou, lze

předpokládat, že v takovém zařízení bude malá ochota se o transformaci vůbec snažit a sami zaměstnanci jako velmi důležitá součást změny, budou její překážkou.

#### *Zmíněné problémy provozu zařízení v dotazníkovém šetření*

- Nedostatek financí, nespolehlivost financování.
- Nedostatek pracovníků přímé péče.
- Neochota zaměstnanců pracovat (hlavně aktivizačních pracovníků).
- Zaměstnávání lidí na základě přátelských a rodinných vazeb k zřizovateli bez ohledu na kvalifikaci a zájem o blaho uživatelů služby.
- Neochota zaměstnanců přemýšlet o klientech jako o uživatelích sociální služby a ne o svěřencích ústavu (hl. zdravotní úsek).
- Zmatek ve veškeré dokumentaci po bývalém vedení.
- Stále se měnící vedení, nekoncepční a nesystematizovaná práce.

#### *6.2.1 SHRNUTÍ KAPITOLY*

Kapitola, ve které jsou shrnuty výsledky dotazníkového šetření, ukazuje, že i sami poskytovatelé přiznávají, že jsou v zařízeních ústavního typu lidé, kteří by s menší či větší podporou zvládli samostatný život, a tyto služby jsou pro ně tudíž nadbytečné a omezující. Je však třeba upozornit, že se to netýká všech pobytových zařízení. Z pěti zařízení, která dotazník vyplnila, byli ve třech uživatelé do zařízení umístění důsledně podle míry postižení a poskytovatel respektuje, že lidé s větší potřebou podpory či péče jsou uživatelé, pro které je vhodný DOZP, zatímco lidé s mírnějším postižením a menší potřebou podpory jsou uživatelé, pro které je vhodné chráněné bydlení či zcela jiný typ služby. Zajímavé je také to, že samotní respondenti v některých případech vnímají jako problém například neochotu svých kolegů vnímat klienty jako uživatele podílející se na vytváření služby a sami tedy vidí některé možné překážky transformace služby, ve které pracují.

#### **6.3 VÝSLEDKY HLOUBKOVÝCH ROZHOVORŮ**

V rámci výzkumného šetření jsem provedla celkem osm polostandardizovaných rozhovorů. Pro každou skupinu respondentů jiný. Skupiny respondentů jsem pracovně

nazvala: *Pečovatel, Poskytovatel, Expert a Zástupce veřejné správy*. Pro skupinu respondentů „*Pečovatel*“ byl vytvořen jeden typ scénáře rozhovoru, druhý typ scénáře byl vytvořen pro skupinu „*Poskytovatel*“ s tím, že byly drobné odlišnosti pro poskytovatele terénních, ambulantních a pobytových služeb. *Expert a Zástupce veřejné správy* měli také každý odlišný typ scénáře rozhovoru. Celkem tedy byly 4 zcela odlišné typy scénářů. Ústředním tématem všech rozhovorů byl pohled na pobytové, terénní a ambulantní služby optikou jednotlivých aktérů – respondentů. Zajímalo mě, jaké výhody a nevýhody u jednotlivých typů služeb spatřují a pro jaký typ klientů jsou podle nich služby vhodné. Poslední oddíl otázek, který se zabýval systémem péče pro lidi s mentálním postižením v České republice obecně, byl shodný pro všechny skupiny respondentů. Zajímalo mě, jak odlišně jednotlivé skupiny respondentů tento systém vnímají a kde nacházejí největší problémy. Všechny scénáře jsou součástí příloh diplomové práce.

Všechny uskutečněné rozhovory byly z audio nahrávek přepsány do písemné podoby a za použití tematické analýzy zpracovány pomocí kódovacích tabulek. Vzhledem k tomu, že byly použity 4 různé typy scénářů, pracovalo se se čtyřmi typy kódovacích tabulek, které reflektovaly témata v jednotlivých scénářích.

Pro přehlednost předkládám nejprve analýzu podle jednotlivých skupin respondentů. V další části potom shrnuji výsledky výzkumu vzhledem k cílům diplomové práce.

### 6.3.1 PEČOVATELÉ

Kvůli různým pohledům na problematiku sociálních služeb byli respondenti vybráni tak, aby byl zastoupen uživatel terénní, ambulantní i pobytové služby. Vzhledem k povaze mentálního postižení tito lidé obvykle potřebují při výběru služby minimálně podporu rodiče či opatrovníka. Hlavními kritérii pro výběr respondentů tedy bylo:

- Respondent je osoba, která má významný podíl zodpovědnosti při výběru služeb, které bude osoba s mentálním postižením využívat.
- Osoba, o kterou pečuje, je dospělým člověkem s mentálním postižením. Není vyloučeno postižení kombinované, ale mentální postižení je primární.

- Osoba s postižením má trvalé bydliště v Praze nebo využívá službu, která má sídlo v Praze. Případně obojí.

**Tabulka 11: Souhrnná tabulka s relevantními informacemi o osobách, o kterých probíhaly rozhovory s pečovateli**

Označení respondenta	Věk a pohlaví osoby, o kterou pečuje	Typ a hloubka postižení	Využívaná služba	Vztah k osobě, o kterou pečuje
<i>Pečovatel_1</i>	Muž, 22 let	Středně těžké MP + rysy autismu	Osobní asistence	Matka
<i>Pečovatel_2</i>	Muž, 23 let	Cri du chat syndrom; středně těžké MP + lehké tělesné postižení	Denní stacionář	Otec
<i>Pečovatel_3</i>	Muž, 23 let	Středně těžké MP + tělesné postižení + epilepsie	Domov pro osoby se zdravotním postižením	Matka

### *Pečovatel 1*

#### *Sociální situace rodiny*

Respondentka *Pečovatel\_1* pečuje o dospělého syna se středně těžkým mentálním postižením s výraznými rysy autismu, u něhož je možnost samostatného života prakticky vyloučena. Jedná se o úplnou rodinu žijící v rodinném domě za Prahou. Oba rodiče denně dojíždějí za prací do Prahy a rodina se považuje za poměrně dobře finančně situovanou. Kromě tohoto syna mají ještě starší dceru bez postižení, která již žije samostatně.

#### *Využívání služeb*

V současné době syn navštěvuje speciální program na speciální základní škole a využívá službu osobní asistence jako doprovod na volnočasové aktivity a kroužky. Vzhledem k tomu, že vzdělávací program ve speciální škole je omezen horní hranicí 23 let, v současné době rodina řeší využívání služeb od září 2014. Sám klient s postižením nemá takovou úroveň komunikačních schopností, aby mohl mít na rozhodování o využívání služeb významný vliv. Rodiče se tedy řídí spíše tím, jak syna znají, a tím, jak je ve které službě spokojený. V rodině se shodli na tom, že se ve výběru zaměří na denní stacionáře. Hlavním důvodem pro takový výběr je to, že zatím péči o něj

zvládají a chtějí, aby byl doma. Současně však vnímají denní stacionář jako dočasné řešení a časem by rádi využívali stacionář týdenní.

Za faktory, které jim umožňují mít syna prozatím doma, označila respondentka to, že se o péči dělí s manželem a minimálně ona má flexibilní pracovní dobu a vstřícného zaměstnavatele, což jí do značné míry umožňuje skloubit pracovní povinnosti a péči o syna. Pro odpolední hodiny po vyučování pak několikrát týdně využívají služeb osobní asistentky.

### ***Spokojenost s využívanými službami – osobní asistence***

Spokojenost se službou úzce souvisí s osobou asistenta. V současné době je rodina s asistentkou spokojena. Jde o penzistku, u které si cení především zkušeností v péči o děti a časové flexibility. Respondentka však mluvila také o špatných zkušenostech s osobní asistencí. Ve službě obecně pokládá za problém to, že není jednoduché najít službu, která by nabízela skutečně profesionální osobní asistenty. V naprosté většině totiž narazila na skutečnost, že organizace využívají služeb brigádníků a dobrovolníků z řad nejčastěji studentů a penzistů. Jejich úroveň je pak velmi různá. U studentů se rodina často potýkala s určitou nespolehlivostí a obecnou životní nezkušeností. Problém má také s nalezením asistenta – muže, kterého by rádi využili například jako doprovod syna na plavání (asistentka žena má problém s asistencí při převlékání v pánských šatnách apod.).

### ***Kritéria pro výběr budoucích služeb***

Jak bylo zmíněno, rodina se v současné době rozhoduje o tom, jakou službu bude syn využívat od příštího roku. Uvažují o jednom konkrétním denním stacionáři, u kterého oceňují především velkou pestrost činností a také personální zázemí. Jedná se o lidi, které už oni i syn znají z minulosti, a znají jejich osobnostní i odborné kvality. Nedostatky však vidí v poměrně velké vzdálenosti vzhledem k tomu, že by mělo jít o každodenní dojíždění a také si nejsou příliš jisti stabilitou financování této služby.

### ***Systém sociálních služeb***

Respondentka se domnívá, že v systému sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením je stále hodně co zlepšovat. Mezi hlavními problémy jmenovala především problémy s financováním sociálních služeb, problémy s přiznáváním Příspěvků na péči



a přístup některých posudkových lékařů či nedostatek zdravotnického personálu v zařízeních pro lidi s mentálním postižením.

Ocenila by například více dovolené pro rodiče dětí s mentálním postižením a také sexuální služby dostupné pro lidi s mentálním postižením, jak je to běžné například v Nizozemí. Přesto, že zní nápad možná úsměvně, jde o problém, se kterým rodiny lidí s mentálním postižením, kteří mají normální biologické funkce, bojují často. Tito lidé mají velmi omezené možnosti najít si adekvátního sexuálního partnera/partnerku, ale biologické potřeby mají zcela stejné jako lidé bez postižení. Vzhledem k tomu, že neexistuje možnost, jak tyto potřeby přirozeně řešit, musejí rodiny někdy přistupovat k psychofarmakům, která sexuální potřeby tlumí, což samozřejmě není ideální řešení.

## **Pečovatel 2**

### ***Sociální situace rodiny***

Respondent *Pečovatel\_2* je otcem dospělého syna se středně těžkým mentálním postižením a lehkým fyzickým postižením. Kvůli potřebě celodenního dohledu jsou jeho možnosti žít samostatně také velmi omezené. Jako v předchozím případě i zde se jedná o úplnou rodinu, a to přesto, že kvůli pracovním povinnostem žijí rodiče část týdne odděleně. Respondent pracuje jako IT konzultant a od pondělí do středy pobývá i se synem v Praze, kde mají vlastní byt. Trvalé bydliště má však rodina v Karlových Varech, kde mají rodinný dům a manželka respondenta zde má soukromou lékařskou praxi. Kromě syna s postižením je v rodině ještě starší syn bez postižení, který již žije samostatně. Finanční situaci rodiny hodnotí respondent jako velmi dobrou.

### ***Využívání služeb***

V letošním roce ukončil syn respondenta speciální školu a od září 2013 začal využívat služby denního stacionáře. Vzhledem k tomu, že s otcem tráví v Praze pouze část týdne a jinak žije v Karlových Varech, využívá službu pouze na 3 dny v týdnu. O službě se dozvěděli ve škole, kterou syn navštěvoval, a je svým způsobem návaznou službou nedaleko od bývalé školy, má i společného zřizovatele.

Podle vyjádření otce bylo hlavním důvodem pro výběr typu služby to, aby syn byl doma. Říká, že pokud tuto situaci zvládají, chtějí mu dopřát bydlení doma. Ani syn

zatím nikde přespávat nechce. Jsou na sebe vzájemně zvyklí a péče o něj není nadmíru zatěžující. Důležitým faktorem, jenž rodině takový způsob uspořádání umožňuje, je dobrá socioekonomická situace rodiny a především to, že oba rodiče jsou OSVČ. Mají tedy možnost si zaměstnání časově přizpůsobovat potřebám syna a o jeho péči se během týdne dělí. Dobrá finanční situace jim také dovoluje pracovat méně a čas věnovat synovi. V současné době jsou s využíváním služeb naprosto spokojeni, uvědomují si, že v budoucnu z různých důvodů budou muset využívání služeb vyřešit jinak, ale doufají, že současný stav vydrží co nejdéle.

*„Teď nám to takhle vyhovuje a samozřejmě to je o tom jako kdybych já měl třeba, nedej Bože, jako začít normálně pracovat jako opravdu, tak bysme to nějak jako museli řešit, ale s největší pravděpodobností. Prostě jak říkám, že si tu svoji pozici jako jak to dneska funguje, jako hýčkám a takhle jako kdyby to vydrželo nějakou dobu, tak jsme spokojený jako. Takhle by to mohlo zůstat.“ (Pečovatel\_2)*

### ***Spokojenost se službami – denní stacionář***

Respondent přiznává, že když s manželkou viděli toto zařízení, v podstatě už žádné další nehledali a rozhodli se ho vyzkoušet. Zatím jsou s ním naprosto spokojeni a syn také. Rodina pozitivně hodnotí také to, že je zařízení velmi blízko od jejich pražského bytu. Kdyby jim však služba nevyhovovala v jiných ohledech, zcela jistě by to nebylo nejdůležitějším hlediskem. Jediné drobné nedostatky, které dokážou najít, je relativní zastaralost vybavení objektu služby a menší kvalita obědů. Otec ale tyto nedostatky hodnotí jako méně významné a vyjádřil se proto tak, že jiné nedostatky nedokáže nalézt.

### ***Systém sociálních služeb***

Systém sociálních služeb v České republice hodnotí jako poměrně dobrý s tím, že ví, že ve vyspělejších částech Evropy jsou výrazně lepší, ale na to, co je v českých finančních možnostech, se domnívá, že jsou dobré. Oceňuje především zaměstnance sociálních služeb, kteří podle něj odvádějí velmi dobrou práci, přestože jsou velmi špatně finančně ohodnoceni.

Nedostatky spatřuje, stejně jako většina ostatních respondentů, v metodice přiznávání Příspěvků na péči (dále PnP). Sami mají zkušenost, že po změně metodiky,

aniž by se jakkoliv změnil synův zdravotní stav, jim byl PnP snížen. Je si vědom, že pro rodiny či matky samoživitelky, které jsou v horší finanční situaci než oni, to může být opravdu velmi problematické.

Během synova života jim ve službách významně chyběla organizace, nebo kdokoliv, kdo by jim na jednom místě zřetelně vysvětlil, jaké mají se synem s takovýmto typem postižení možnosti, jak hledat školy, sociální služby, kde žádat o příspěvky a na které příspěvky vlastně mají nárok apod. Kvůli tomu, že za synova dětství žádná taková služba neexistovala, mnohokrát v životě velmi tápali a nevěděli na koho se obrátit. Například o možnosti PnP se také dozvěděli náhodou a několik let ho nepobírali jen proto, že nevěděli, že takový příspěvek existuje.

### **Pečovatel 3**

#### ***Sociální situace rodiny***

Situace rodiny respondentky *Pečovatel\_3* se od předchozích dvou významně liší. Respondentka je matkou syna se středně těžkým mentálním postižením kombinovaným s tělesným postižením a silnou epilepsií se špatnou prognózou. Z těchto důvodů syn vyžaduje nejen celodenní péči, ale péče v domácím prostředí je kvůli vážnosti postižení komplikovaná až téměř vyloučená. Kvůli velmi silné epilepsii je zde také potřeba poměrně časté hospitalizace v nemocnici. Respondentka je samoživitelka a kromě syna s postižením má ještě dvě nezaopatřené děti, o které se stará. Rodina bydlí v obecním bytě v Praze a svou finanční situaci hodnotí tak, že mají na vše, co potřebují, ale vystačí tak akorát. Respondentka pracuje v oblasti péče o děti jako OSVČ a aby se dokázala o rodinu postarat, nemůže si dovolit práci příliš časově přizpůsobovat či pracovat méně.

#### ***Využívání služeb***

Vzhledem k tomu, že epilepsie syna a jeho celkový zdravotní stav se s věkem vážně zhoršoval, v jeho šestnácti letech se matka rozhodla umístit ho do pobytové služby. Důvodem bylo to, že péče o něj začala být pro ni samotnou fyzicky i psychicky neúnosná a také zde hrála roli potřeba zabezpečit i další dvě děti. Přesto, že jde o celoroční zařízení, využívá ho rodina spíše jako týdenní stacionář a matka s otcem si střídavě berou syna každý víkend domů. Stejně tak na prázdniny. Důvodem výběru

celoročního zařízení je potřeba jistoty, že kdyby výjimečně bylo potřeba, mají možnost zde syna nechat o víkendu.

Jedna z nejdůležitějších věcí, která v rozhovoru *Pečovatel\_3* zazněla, byla zkušenost respondentky s tím, jak obtížné je umístit člověka s vážnějším postižením či komplikovanějšími potřebami. Několikrát byl právě toto důvod k odmítnutí. V některých případech jí bylo explicitně řečeno, že dávají přednost lidem s lehčími typy postižení, někdy toto bylo pouze naznačeno. Jindy se odvolávali na kapacitu, ale když byla rodina ochotná čekat, bylo jim vysvětleno, že má syn příliš těžké postižení.

*„Ted' už to nehořelo, ale problém byl v tom, že jakmile jsem poslala lékařský zprávy, tak mi syna odmítli. (...) Ano. Všude chtějí s lehkým mentálním postižením. (..) A bez zdravotních problémů. Ano, v celoročních zařízeních. V Praze i mimo Prahu. Všude. (...). Úplně na férovku. Úplně na férovku řekli, že se zaměřují na klienty s lehkým postižením. Ted'ka frčí integrace, že jo, začleňování že jo, do pracovního procesu a tak dále, takže na to dostávají peníze jo, takže tím pádem jenom takové klienty.“ (Pečovatel\_3)*

Zda jde opravdu o jev, který se v sociálních službách objevuje běžně či jde o ojedinělou zkušenost, by samozřejmě mělo být předmětem dalšího zkoumání. Pokud by se však ukázalo, že pobytové sociální služby skutečně fungují tímto způsobem, šlo by o velký paradox. Pobytové služby, především tedy specificky domovy pro osoby se zdravotním postižením, by měly přijímat právě klienty s těžšími formami postižení, tedy klienty, pro které jsou jiné možnosti péče či podpory nedostatečné. Lidé s lehkým typem postižení, o které mají podle respondentky zájem právě tyto domovy pro OZP, by podle teorie deinstitutionalizace, podle Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením i dalších dokumentů měli v co největší možné míře žít v běžné společnosti, co nejběžnějším životem. K tomu však slouží služby typu chráněných bydlení, chráněných dílen, osobní asistence apod.

*"No opravdu, já jsem úplně z toho byla šílená, že vlastně klienti, kteří to nejvíc potřebují, tak nemají šanci. To je paradox jako celého toho systému, který mě teda totálně jako štvě jo. Že člověk s lehkým mentálním postižením má, řekla bych jako největší možnost. Ne, že bych jim to nepřála, ale mají možnost chráněných bytů. Pro nás*

*nepřipadá v úvahu. Chráněný dílny. Pro nás nepřipadá v úvahu. Denní stacionáře. Týdenní že jo prostě. Soukromý, všechno možný." (Pečovatel\_3)*

### ***Spokojenost se službami – domov pro osoby se zdravotním postižením***

Respondentka se synem měla zkušenost se dvěma velmi rozdílnými zařízeními pobytových služeb. Předchozí zařízení, které využíval, označila jako typické ústavní zařízení, výlučně mužské, s velkou kapacitou a šesti uživateli na pokoji, neměnnými časy večerky a budíčku apod. S tímto zařízením byla velmi nespokojena a docházelo i k mnoha konfliktům s personálem. Docházelo například k situacím, kdy bez jejího vědomí byla synovi předepsána další antiepileptika, aniž by byla jejich vhodnost zkontrolována s ní či s ošetřujícím neurologem. Jindy zase respondentku jako matku neinformovali včas o tom, že byl syn hospitalizován v nemocnici.

Po dlouholetém úsilí nakonec sehnala pro syna jiné zařízení, také domov pro OZP. Dle metodiky projektu Podpora transformace sociálních služeb v České republice<sup>140</sup> i tato služba vykazuje prvky „ústavnosti“, tedy má kapacitu 20 uživatelů a v objektu se nachází ještě další sociální služby. Respondentka ji však hodnotí jako nesrovnatelně lepší. Atmosféru popisuje jako velmi rodinnou a domáckou. Navíc je velmi spokojena s přístupem personálu.

Jako nedostatky nyní využívané služby uvádí absenci zdravotního personálu, který by vzhledem ke zdravotnímu stavu svého syna velmi uvítala a také to, že na noční službě je pouze jedna pracovnice, což bývá u klientů s vážnými zdravotními problémy a častými epileptickými záchvaty problematické: *"A jednu nevýhodu to má, docela velkou pro mě, ale s tím jsem do toho šla jo, věděla jsem to napřed jo, ale bohužel nebylo zbylí. A to je to, že nemají zdravotnický personál. Ale to je obecný. Teď je trend prostě ty zdravotníky jako propouštět z těch zařízení a to, že nemají zdravotnický personál, znamená, že jakékoliv úkony, ale úplně i maličkosti, nemůžou vykonávat. A tím je třeba i podání rektálního Diazepanu, do zadečku, což je k domácí péči, to je při záchvatu že jo. (...) To znamená, že když se mu ty záchvaty jakoby nahromadí a už to je na ten Diazepan, tak mi volají, ve dne v noci, a já tam naběhnu a musím mu já podat ten*

---

<sup>140</sup> Sociální práce - Příloha: Život v ústavu je hendikep - Transformace ústavní péče. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci ve spolupráci s Fakultou sociálních studií Ostravské univerzity, 2013, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6204, str. 6

*Diazepan a nebo je varianta ta, že mu nechají zavolat záchranku. Což právě mně se nechce, protože víte, že to, že když potom přijede záchranka, tak oni už ho odvezou.“*  
(Pečovatel\_3)

Nepřítomnost zdravotního personálu v zařízeních dlouhodobé péče by mohlo být jedno z rizik deinstitucionalizace, o kterých mluvil v rozhovoru i *Expert*. Potřeba odmedikalizovat péči o lidi s mentálním postižením je pochopitelná a souvisí s transformací sociálních služeb. Je však potřeba brát ohledy na to, aby se v některých případech nezašlo tak daleko, že podobné kroky budou pro uživatele komplikací, nikoliv pomoci.

### ***Systém sociálních služeb***

Systém péče o lidi s mentálním postižením v České republice hodnotí respondentka jako špatný. Domnívá se, že kapacita služeb obzvláště pro lidi s těžším typem postižení je naprosto nedostatečná a navíc si zařízení ještě vybírají klienty, se kterými je méně práce. Velmi negativně hodnotí zařízení, jejichž zřizovatelem je stát, nejčastěji kraj. Říká, že tato zařízení zřizovaná krajem, nejčastěji domovy pro OZP, jsou zařízení ústavní, pro které je transformace či deinstitucionalizace jen pojem, ale fakticky se za poslední desetiletí vůbec nezměnila. Kvůli tomu je také ráda, že v oblasti poskytování sociálních služeb dostaly příležitost také církve a neziskové organizace.

#### ***6.3.2 SHRNUÍ ROZHOVORŮ S PEČUJÍCÍMI OSOBAMI***

Z rozhovorů s pečovateli je patrné, že když rodina člověka s postižením vybírá sociální službu, nejdůležitější faktory jsou v podstatě dva. Míra postižení a potřeby člověka s postižením, tedy to, do jaké míry je možné se o něj postarat v domácím prostředí. Druhým faktorem jsou pak možnosti samotné rodiny se o člověka postarat, s čímž souvisí, zda se mohou o péči s někým dělit, zda se starají ještě o další děti, jaká je finanční situace rodiny a také jak velmi důležitá je vstřícnost zaměstnavatele a flexibilita pracovního úvazku.

Podle rodinné situace tedy vybírají vhodný typ služby. Co by měla ideální služba splňovat, na tom se však v mnoha ohledech shodují všichni respondenti nezávisle, ať už pro svého potomka vybrali ambulantní či pobytovou službu. Faktory, které hrají roli při výběru konkrétní služby, jsou shrnuty níže. Ani jeden z respondentů neuvedl finanční

stránku jako zásadní pro výběr. To je způsobeno jednak poměrně dobrým finančním zázemím, především u respondentů *Pečovatel\_1* a *Pečovatel\_2*. Částečně je to ale také dáno tím, že zákon stanoví maximální výše úhrad v jednotlivých typech služeb, a tedy se konkrétní zařízení stejné služby v tomto ohledu výrazně neliší. Pro všechny respondenty jsou pak tudíž důležitější jiné kvality dané služby než rozdíl v úhradě v řádech sto korun.

*Faktory podstatné při výběru konkrétní sociální služby:*

- Menší kolektiv rodinné prostředí (*Pečovatel\_1, Pečovatel\_2 i Pečovatel\_3*).
  - *"Druhý faktor je, prostě aby to bylo trochu podle mých představ. Aby to byl jakoby domov, aby to nebylo ústavní."* (*Pečovatel\_3*)
- Dobré reference, doporučení důvěryhodných lidí.
- Vzdálenost (všichni respondenti). U *Pečovatel\_3*, kde je využívána pobytová služba a je nutnost poměrně časté hospitalizace, respondentka uvedla, že je pro ni důležité, aby služba byla v Praze, aby se syn v případě potřeby dostal do pražské nemocnice.
- Kvalifikovaný personál, který ideálně znají už z minulosti osobně; lidský přístup personálu, vstřícnost (*všichni respondenti*).
- Pestrost činností (*Pečovatel\_1*).
- Určitá stabilita zařízení – finanční a personální zajištění apod. (*Pečovatel\_1*).

Z rozhovorů s pečovateli vyplynulo několik problémů. Některé se tématu týkají velmi výrazně, jiné méně. Jde však o nedostatky, které jsou v systému sociálních služeb velmi výrazné.

**Nejdůležitější problémy, které vyplynuly z rozhovorů s pečovateli:**

- Schvalování příspěvku na péči.
- Problémy s umístěním člověka s těžším mentálním postižením či s mentálním postižením kombinovaným s dalším vážným postižením do jakéhokoliv zařízení (*Pečovatel\_3*).
- Stále velký počet zařízení, která se nijak netransformují blíže ke komunitním službám (*Pečovatel\_3*).

- Absence služby, která by podporovala rodiny lidí s mentálním postižením a vhodně informovala v oblasti péče o tuto cílovou skupinu (*Pečovatel\_2*).
- Absence služby, která by nabízela sexuální služby lidem s mentálním postižením, aby rodiny měly možnost řešit tento problém přirozeně, nikoliv pomocí psychofarmak (*Pečovatel\_1*).
- Nedostatek profesionálních osobních asistentů (*Pečovatel\_1*).

S ohledem na téma výzkumu je nejpodstatnější ze zmíněných problémů problematika umístování lidí s těžším typem postižení či kombinovaným postižením. To je v rozporu jak s principy práv lidí s mentálním postižením, tak i s konceptem deinstitucionalizace. Pro lidi s vážnějším typem postižením by typicky měly fungovat právě DOZP, kde je poskytována největší míra péče a tato zařízení by si své klienty podle náročnosti vybírat neměla. Důležitý poznatek je také to, že jedna z respondentek, která chtěla, aby syn využíval terénní služby, vnímá jako problém nedostatek profesionálních a spolehlivých osobních asistentů. To poukazuje na to, že jedním z faktorů nadbytečného využívání pobytových služeb by mohl být nedostatek kvalitních služeb terénních.

### 6.3.3 POSKYTOVATELÉ

Podobně jako u pečujících osob, byli i respondenti ze skupiny poskytovatelů vybráni tak, aby byl zastoupen poskytovatel terénní, ambulantní i pobytové služby. V některých zařízeních byla sociální pracovnice první, s kým jsem komunikovala, a sama mi následně rozhovor poskytla. U pobytové služby jsem kontaktovala pana ředitele, který mě na sociální pracovnici následně odkázal.

**Tabulka 12: Souhrnná tabulka s relevantními informacemi o poskytovatelích, se kterými probíhaly rozhovory**

Označení respondenta	Pozice, na které pracuje	Typ služby, ve které pracuje	Druh služby, ve které pracuje
Poskytovatel_1	Sociální pracovnice	Terénní	Osobní asistence
Poskytovatel_2	Sociální pracovnice	Ambulantní	Denní stacionář
Poskytovatel_3	Sociální pracovnice	Pobytová	Domov pro osoby se zdravotním postižením



### **Poskytovatel 1 – osobní asistence**

Cílovou skupinou služby osobní asistence jsou dospělí lidé s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 19 do 80 let. Její kapacitu nelze úplně přesně vyjádřit, protože vždy záleží na tom, jak intenzivně ji klienti využívají. Osobní asistence je služba velmi výrazně se odvíjející od skutečných potřeb klientů. Vždy tedy záleží na dohodě, v čem konkrétně bude daného uživatele podporovat.

### ***Složení uživatelů, typický uživatel***

Složení uživatelů osobní asistence je velmi pestré a věkově se pohybuje v celém rozpětí cílové skupiny. Co se týče postižení, jsou to klienti s lehkou a středně těžkou mentální retardací. Větším počtem klientů jsou ti se středně těžkým postižením. Klienty s těžkou a hlubokou retardací nemají. Nejde tolik o to, že by takové klienty nepřijímali, ale takoví klienti jsou jednak spíše v pobytových službách a také jsou tu limity služby osobní asistence, která personálně ani finančně není nastavena na poskytování celodenní péče.

### ***Informovanost***

Respondentka uvedla, že v naprosté většině případů si službu najdou sami uživatelé na webových stránkách organizace, případně jim je doporučena od známého apod. To, že by službu doporučil lékař či sociální pracovník, se stává výjimečně. Na dotaz, zda jsou klienti při příchodu dobře informovaní o tom, co jim služba může nabídnout, respondentka zhodnotila, že jsou informovaní částečně.

### ***Kapacita, odmítání klientů***

V současné době je kapacita služby natolik naplněna, že nové klienty nepřijímají. Kromě naplněné kapacity jsou nejčastějšími důvody odmítnutí zájemce, že nespadá do cílové skupiny, například je nevidomý, ale nemá mentální postižení a také, stejně jako u ostatních poskytovatelů, přidružená psychiatrická diagnóza. Důvodem je to, že taková kombinace je natolik specifická, že vyžaduje speciální přístup a na to nejsou ani personálně zavedení.

### ***Služba – výhody, nevýhody, limity***

Respondentka jako hlavní výhodu využívání terénních služeb uvádí, že uživatelé mohou být doma. Pro klienty, kteří žijí s rodiči, to může být služba, kterou využijí na úkony a aktivity, které nechtějí řešit s rodiči, ale nemohou ani samostatně. V případě, že se však dospělý klient chce od rodičů opravdu osamostatnit, ale vzhledem k postižení pro něj není možné žít samostatně, jeví se jako vhodnější využít chráněného bydlení. Pro klienty, kteří mají naopak velmi těžké postižení vyžadující celodenní péči, je pak služba osobní asistence nedostačující.

### ***Financování***

Zřizovatelem osobní asistence je občanské sdružení, ale sociální pracovnice přesné složení zdrojů neznala. Věděla, že příspěvatelem je MPSV. Co se týče vnímání jiné, než finanční podpory ze strany veřejné správy, na rozdíl od obou dalších respondentek ze skupiny poskytovatelů, žádnou podporu necítí. Uvádí, že by se jako organizace účastnili plánování sociálních služeb rádi, ale nikdy nebyli pozváni. V případě osobní asistence se uživatelé podílejí na úhradě ve výši 100,- Kč za hodinu. Výpočet nákladnosti služby je však složitý, neboť ji každý uživatel využívá v jiné míře. Primárně jde však o službu určenou pro klienty s lehčím typem postižení či pro klienty, kteří žijí v rodině a asistenci potřebují jen na určité činnosti, doprovody apod. Například klient z rozhovoru *Pečovatel\_1* dochází do speciální školy, žije s rodiči a osobní asistenci využívá pouze jako doprovod na zájmové činnosti, tedy několik hodin týdně. Pokud by někdo měl zájem nahradit osobní asistencí celodenní službu, místo například denního stacionáře, šlo by o službu velmi nákladnou. Při využívání 10 hodin/den a 20 dní v měsíci by částka byla 20 000,- Kč. I z toho je patrné, že takto služba zamýšlena není a počítá se spíše s občasným využíváním buď jako služba pro lidi s lehkým typem postižení, nebo jako doplněk k jiným využívaným službám.

### ***Vztah s rodinami a komunitou***

I tato organizace se velmi snaží udržovat vztahy s rodinami klientů a navazovat vztahy s komunitou. Pro rodiny uživatelů i pro veřejnost pořádají různá setkání. Pro veřejnost je pak otevřená chráněná kavárna, výrobky uživatelů se prodávají na různých trzích a podobně.

### ***Využití lidských zdrojů***

Ve službě osobní asistence pracuje asi 8 zaměstnanců, profesionálních osobních asistentů. Finanční ohodnocení pracovníků respondentka za adekvátní nepokládá s tím, že v sociálních službách jsou platy skutečně obecně velmi nízké. Snaží se to trochu kompenzovat alespoň nefinančními benefity. Pracovníci přímé péče mají o 14 dnů dovolené navíc. Všichni zaměstnanci pak mají možnosti vzdělávání, stravenky či příspěvek na kulturu a volnočasové aktivity. Pro činnosti, jako je například prodávání na trzích, pak využívají práci dobrovolníků.

### ***Systém sociálních služeb***

Na problémech v systému sociálních služeb se respondentka v mnoha ohledech shoduje se sociální pracovníci z denního stacionáře. Také by byla pro to, aby bylo kontrolováno, že část PnP bude využita skutečně na nákup sociálních služeb. Velké problémy vidí také v metodice přiznávání PnP. Shodně také spatřuje problém ve významném nedostatku chráněných dílen a chráněných míst pro lidi s MP. Z pohledu klientů pak jako problematické vidí nepružné rozhodování soudů v oblasti odebrání způsobilosti k právním úkonům a především pak dlouhou dobu, než je takovému klientovi přidělen opatrovník.

Pozitivní vývoj naopak vidí v přístupu veřejnosti ke klientům s mentálním postižením, které se podle ní za 15 let?, kdy pracuje v sociálních službách, velmi posunulo správným směrem.

### ***Poskytovatel 2 – Denní stacionář***

Tento denní stacionář s kapacitou 30 uživatelů je jednou ze služeb, které nabízí větší poskytovatel, významný aktér v péči o lidi s mentálním postižením v Praze. Cílovou skupinou služeb jsou děti a dospělí lidé ve věku od 7 do 35 let s mentálním a kombinovaným postižením. Denní stacionář funguje denně od 7 do 17 hodin a kromě základní péče poskytuje také široké spektrum volnočasových činností, jako jsou různé sportovní, výtvarné a kulturní aktivity, výlety, odborné terapie či letní pobyty.

### ***Složení uživatelů, typický uživatel***

V denním stacionáři jsou klienti rozděleni podle věku a míry postižení do dvou budov blízko sebe. V jedné jsou převážně mladší klienti s těžkým postižením a ve druhé

starší klienti s lehkým postižením. Takové rozdělení dovoluje přizpůsobit aktivity tak, aby vyhovovaly velmi různým potřebám těchto klientů. Klienti s těžším postižením zůstávají převážně ve stacionáři a dostává se jim celodenní péče, zatímco klienti s lehčím postižením docházejí za kulturou, sportem a zábavou i mimo stacionář. Sociální pracovnice uvedla, že několik klientů s lehkým postižením je i v oddělení pro lidi s těžší mírou postižení. V takové situaci se ale vždy snaží rodinu nasměrovat na využívání jiného typu služeb.

### ***Informovanost***

Klienti se o službě dozvídají nejčastěji z webových stránek organizace, ale často také například ve speciálních školách či u lékaře. Kromě toho je organizace uvedena například ve veřejných telefonních seznamech, což může být důležité pro klienty, kteří nemají přístup k internetu. Ve většině případů přicházejí klienti už s určitou představou, jak podobné zařízení funguje a co mohou očekávat.

### ***Kapacita, odmítání klientů***

Kapacita zařízení v současné době není zcela naplněna a stacionář může nabídnout místo ještě asi 3 zájemcům. Důvody, které vylučují přijetí do stacionáře, jsou dva, kromě toho, že uživatel nespadá do cílové skupiny. První z nich je mentální postižení kombinované s psychiatrickou diagnózou či agresivitou, pokud tyto znemožňují pobyt v kolektivním zařízení. Druhým důvodem je vážný somatický stav, který vyžaduje užití přístrojů, kterými stacionář nedisponuje.

Sociální pracovnice z denního stacionáře uvedla, že příliš vážné postižení obvykle problémem nebývá, hovořila ale naopak o tom, že někdy o službu žádají rodiny lidí s příliš lehkým postižením či například pouze s autismem bez mentálního postižení. V takovém případě se rodinám snaží tento záměr rozmluvit a nasměrovat je na jiný typ služeb.

### ***Služba – výhody, nevýhody, limity***

Respondentka zhodnotila přínosy a limity své služby tak, že hlavní výhodou je to, že klienti zůstávají doma v přirozeném prostředí, zatímco přes den mají zajištěnou péči i různé aktivity. Limitující se může stát pro klienty s velmi lehkým postižením, kteří by se rádi osamostatnili. Pro ně by pak respondentka jako vhodnější navrhovala

právě chráněné bydlení. U své služby spatřuje jako omezující to, že neposkytují respitní pobyty a ani ve výjimečných případech nemohou uživatelům nabídnout přenocování.

### ***Financování***

Zřizovatelem denního stacionáře je Magistrát hl. m. Prahy, jenž ho také plně financuje. Díky tomu, že je zřizovatelem přímo veřejná správa, sociální pracovnice uvedla, že cítí i jinou podporu než pouze finanční. Dokonce se jako poskytovatel podílejí na plánování sociálních služeb v Praze.

Co se týče úhrady služby jejími uživateli, hradí 50,- Kč/hodinu + stravu a případně nějaké nadstandardní aktivity typu hippoterapie. Záleží tedy na tom, jak často uživatel službu využívá. Při využívání denního stacionáře po celou dobu, kdy je otevřen, tedy 10 hodin denně, by měsíční úhrada (za 20 pracovních dní) byla 10 000 Kč bez stravy. Částku za stravu mi respondentka nesdělila, ale pokud budeme počítat například se 100 Kč/den, byla by částka 12 000,-/měsíc, což se rovná příspěvku na péči ve IV., nejvyšším stupni závislosti. V tomto stacionáři, kde mají oddělení pro klienty podle stupně závislosti, jsou zastoupeni uživatelé všech stupňů postižení. Potom záleží, kolik dní v měsíci a kolik hodin denně službu využívají a zda si mohou podporu zajistit i jinak, aby jim PnP na úhradu služby stačil.

V současné době také uvažují o rozšiřování své služby. Zatím ještě váhají, jakým směrem. Zda půjde pouze o rozšíření doby, kdy je stacionář uživatelům k dispozici, či například o nabídku odlehčovacích pobytů.

### ***Vztah s rodinami a komunitou***

Respondentka uvedla, že se snaží udržovat přátelské vztahy s rodinami svých uživatelů. Pořádají například zahradní slavnost či různé kavárny pro rodiče, kde mají možnost se s nimi neformálně setkat. Snaží se navázat kontakt i s komunitou, a to například tím, že všechny akce typu zahradních slavností jsou veřejnosti otevřené. V kontaktu jsou i s blízkou základní školou, která pro ně dělá například vánoční vystoupení a podobně.

### ***Využití lidských zdrojů***

Byl trochu problém odhadnout počet zaměstnanců v denním stacionáři, protože vlivem toho, že organizace poskytuje více služeb, jsou někteří zaměstnanci pro více zařízení. Celkem jde ale asi o 25 zaměstnanců, včetně různých technických pracovníků.

Respondentka *Poskytovatel\_2* si je vědoma, že ohodnocení, které nabízejí svým zaměstnancům, je zcela nedostatečné a neodpovídá práci, kterou tito lidé vykonávají. Dokonce prozradila hranici, okolo které se finanční ohodnocení pohybuje. Sdělila, že ona, jako kvalifikovaná sociální pracovníce s úplným vysokoškolským vzděláním, má při plném úvazku základní plat bez osobního ohodnocení 13 500,- Kč hrubého. Zároveň má zařízení i velmi omezené možnosti poskytnout zaměstnancům nějaké nefinanční benefity. V podstatě nabízejí jen náhradní volno pro zaměstnance, kteří se zúčastní letního pobytu, a příspěvek na vzdělávání. Pro zlepšení personálních kapacit využívá zařízení dobrovolníky a praktikanty ze škol.

### ***Systém sociálních služeb***

Respondentka považuje za velký problém v oblasti péče o lidi s mentálním postižením to, že není dostatečně upraveno a kontrolováno, aby byl Příspěvek na péči aspoň zčásti skutečně využíván na nákup sociálních služeb. Systém tak umožňuje ponechat celou částku pečující osobě, i když by využívání sociálních služeb bylo pro rozvoj člověka s postižením přínosné.

Velké nedostatky vidí také v oblasti zaměstnávání lidí s postižením, což je oblast, ve které se dříve profesně pohybovala. Domnívá se, že je stále významný nedostatek pracovních příležitostí pro lidi s mentálním postižením.

V neposlední řadě pak spatřuje problém v tom, že je stále mnoho lidí s lehkým typem postižení ve službách ústavní péče, kde by být nemuseli. Významná část klientů s mentálním postižením se pak také nachází v psychiatrických léčebnách, které pro ně také nejsou vhodné.

V zásadě však vnímá, že se sociální služby stále zlepšují a jsou tendence případné nedostatky odstraňovat. Přínos spatřuje v zavádění standardů sociálních služeb a směrem ke zlepšení práv lidí s MP také v přijetí nového Občanského zákona.

Myslí si také, že zlepšení ohodnocení personálu v sociálních službách a jejich neustálé vzdělávání jsou pro dobré fungování sociálních služeb zcela zásadní. Především jsou to důležité nástroje, jak u nich předcházet syndromu vyhoření.

### **Poskytovatel 3 – DOZP**

Domov pro osoby se zdravotním postižením je jednou ze služeb daného poskytovatele, který kromě DOZP poskytuje i další služby. V objektu s kapacitou 20 uživatelů je kromě domova ještě chráněné bydlení a denní stacionář. Cílovou skupinou služby jsou lidé s mentálním a kombinovaným postižením ve věku od 10 do 64 let. Kromě celodenní péče nabízí služba také volnočasové aktivity či rehabilitaci.

### ***Složení uživatelů, typický uživatel***

Služba je určena klientům s těžšími typy postižení, a proto se tady lidé s lehkým a středně těžkým postižením prakticky nevyskytují. Kritérium, které používají pro posouzení, zda je služba pro daného člověka vhodná, je stupeň závislosti podle škály PnP. Do domova jsou tedy umísťováni klienti se III. a IV. stupněm závislosti. Nejvíce uživatelů je pak ve věku 20–40 let. Uživatele s lehkým typem postižení se snaží nasměrovat spíše do chráněného bydlení, které také poskytují.

### ***Informovanost***

Nejčastěji se klienti o službě dozvídají ve speciální škole, na které funguje určitá návaznost služeb. Jde o školu v blízkosti zařízení, která je zřizována stejným poskytovatelem, a mnoho dětí, které sem chodí, v dospělosti přechází do této služby. Část uživatelů se o službě dozvídá prostřednictvím známých a menšina pak z webových stránek organizace. Klienti pak obvykle přicházejí už poměrně dobře informovaní o službě.

### ***Kapacita, odmítání klientů***

V současné době je kapacita domova pro OZP zcela naplněna, což je také častým důvodem odmítání dalších zájemců. Kromě naplněné kapacity je pak častým důvodem odmítnutí zájemce to, že nespadá do cílové skupiny, například jde o seniora bez mentálního postižení. U kombinace mentálního postižení a psychiatrické diagnózy je to pak na individuálním posouzení poskytovatele, zda konkrétního klienta přijme či nikoliv. Vždy záleží, jaký vliv by měla diagnóza na soužití s dalšími uživateli apod.

### ***Služba – výhody, nevýhody, limity***

Výhodu služby vidí respondentka zejména v její komplexnosti. Služba uspokojuje veškeré potřeby klientů od základních fyziologických potřeb přes náplň volného času, kulturní a sportovní vyžití, až po navazování vztahů s vrstevníky. Jako nejvhodnější možnost ji uvažuje pro lidi s těžším typem postižení (III. a IV. stupeň závislosti). Domnívá se, že pro lidi s těžším typem postižení, kteří už nemají vlastní rodinu, taková služba v podstatě nahrazuje domov. Je si však vědoma také limitů této služby, které jsou v tom, že je v nich vždy přítomna určitá míra „ústavnosti“. Pro lidi s lehkým typem by pak doporučila například Chráněné bydlení, protože D OZP by mohl být limitujícím faktorem pro jejich další rozvoj: „*Asi do určité míry to bude vždycky jakoby ústavní typ péče, protože to prostě nejde jinak. I kdyby to byl sebemenší Domov, tak prostě to asi nenahradí plně ten domov.*“ (Poskytovatel\_3)

### ***Financování***

Zřizovatelem služby je církev a hlavními zdroji financí jsou dotace MPSV a Magistrátu hl. m. Prahy. Sociální pracovnice uvedla, že kromě finanční podpory mají od Magistrátu podporu i v dalších oblastech a spolupodílejí se na plánování sociálních služeb pro danou cílovou skupinu v Praze.

Sami uživatelé domova se na úhradě podílejí částkou 150,- Kč/den + 160,- Kč strava/den. V tomto případě je výpočet nejjednodušší pro měsíc, který má 31 dní, kdy je úhrada 9 610,- Kč za měsíc. Pro měsíc, který má 30 dní, jsou pak náklady 9 300,- Kč. Vzhledem k tomu, že ze zákona však musí uživatel z invalidního důchodu vždy zůstat minimálně 15 % na běžné potřeby, tak v případě, že příjmy na úhradu služby nedostačují, dá zařízení uživateli slevu v takové výši, aby mu finance stačily a zbylo ještě 15 %.

### ***Vztah s rodinami a komunitou***

S rodinami uživatelů se domov snaží udržovat přátelské vztahy a pořádat s nimi setkání. Vztahy s komunitou se snaží navázat pomocí různých aktivit, které jsou přístupné veřejnosti, ale i tak, že uživatelé například dochází do zaměstnání na volném trhu práce. U klientů s těžším typem postižení třeba tak, že za službami typu kadeřnictví docházejí s uživateli mimo areál zařízení.



Respondentka se vyjádřila také v tom smyslu, že se s komunitou vztah navázat snaží, chybí však zájem komunity se veřejných akcí zúčastňovat a zařízení navštěvovat.

### ***Využití lidských zdrojů***

V DOZP pracuje přibližně 10 zaměstnanců, což respondentka hodnotí jako dostačující. Zde je třeba poukázat na to, že syn respondentky *Pečovatel\_3* využívá službu, o které mluví respondentka *Poskytovatel\_3*, a jejich výpovědi se v tomto směru neshodují. Matka uživatele považuje pouze jednu pracovníci na noční službě za nedostačující, v některých případech až ohrožující, zatímco sociální pracovníce tento nedostatek nezmiňuje.

Stejně jako ostatní, nepovažuje ani respondentka *Poskytovatel\_3* platové ohodnocení zaměstnanců za adekvátní, ale na druhou stranu se vyjádřila tak, že platy jsou sice velmi nízké, ale člověk, který jde pracovat do sociálních služeb, by s tím měl být srozuměn a být si jistý, že přesto chce tuto práci dělat.

### ***Systém sociálních služeb***

Celkově v péči o lidi s mentálním postižením oceňuje posun v toleranci společnosti k lidem s MP a jejich integraci. Problém spatřuje především v nestabilitě financování sociálních služeb. Jako poskytovatelům jim fakt, že se vždy až aktuální rok dozvedí částku, kterou na daný rok na svůj provoz dostanou, velmi komplikuje plánování dalších služeb a vytváří velkou nejistotu.

#### ***6.3.4 SHRNUTÍ ROZHOVORŮ S POSKYTOVATELI***

Ve vztahu k tématu práce bylo nejzajímavějším zjištěním rozhovorů s poskytovateli to, jak oni sami vnímají účel a limity své služby. Všechny respondentky uváděly, pro jaký typ klientů je určena právě jejich služba a pro jaký typ klientů ji nepovažují za vhodnou. Zástupkyně poskytovatele pobytových a ambulantních služeb dokonce mluvily o tom, že v případě, že o jejich služby projeví zájem člověk s postižením, o kterém se domnívají, že by pro něj byla vhodnější služba s menší mírou podpory, snaží se ho na ni nasměrovat. Stejně tak si je sociální pracovníce z osobní asistence vědoma limitů, kvůli nimž nemohou nabízet služby lidem s potřebou celodenní péče. Zároveň ale minimálně respondentka *Poskytovatel\_1* uvedla, že ví

o tom, že v některých zařízeních to takto není a že v mnoha službách ústavního typu jsou lidé s lehkým typem postižení.

Vědomě či nevědomě také upozornily na některé možné překážky transformace sociálních služeb. Pokud například jsou si všichni zaměstnanci sociálních služeb vědomi, že jejich ohodnocení je zcela neadekvátní k práci, kterou vykonávají, může to v důsledku mít vliv na transformaci a zlepšování dodržování práv lidí s MP. U nedostatečně ohodnocených zaměstnanců je větší riziko syndromu vyhoření, nižší motivace k pozitivním změnám a vzdělávání se. Nemotivovaní, vyhořelí a nevzdělaní zaměstnanci by pak v konečném důsledku byli velkou překážkou úspěšné deinstitutionalizace péče o lidi s MP.

Stagnace či dokonce zhoršování poskytované péče může v důsledku způsobit také nestabilita ve financování. Poskytovatelé, kteří si nebudou jisti, zda získají dostatek financí na provoz, budou ke změnám či rozšiřování přistupovat velmi obezřetně.

#### **Nejdůležitější problémy, které vyplynuly z rozhovorů s poskytovateli:**

- Příspěvek na péči – nedostatky v metodice přiznávání Příspěvku na péči (*Všichni respondenti*).
- Příspěvek na péči – nedostatečná kontrola toho, aby byl Příspěvek na péči aspoň částečně využíván skutečně na nákup sociálních služeb (*Poskytovatel\_1, Poskytovatel\_2 a Poskytovatel\_3*).
- Nedostatek chráněných dílen a celkově pracovních možností pro lidi s mentálním postižením (*Poskytovatel\_1 a Poskytovatel\_2*).
- Využívání služeb, které jsou určeny pro lidi s těžším typem postižení, lidmi s lehkým typem mentálního postižení (*Poskytovatel\_2, Poskytovatel\_3*).
- Nepružnost soudů při řešení situace lidí s mentálním postižením s odebranou způsobilostí k právním úkonům, přidělování opatrovníka (*Poskytovatel\_1*).
- Nejasnosti ve změnách, které přinese nový Občanský zákoník od 1. 1. 2014 v oblasti svéprávnosti lidí s mentálním postižením (*Poskytovatel\_1*).

- Systém financování sociálních služeb, nejistota, zda budou finance přiděleny či ne. Nejistota, zda veřejná správa bude službu podporovat nadále (*Poskytovatel\_3*).
- Nedostatečná kvalita a především velmi rozdílná úroveň kurzů pro pracovníky v sociálních službách, potřeba kontroly kvality vzdělávání pro pracovníky v přímé péči (*Poskytovatel\_3*).
- Pomalý postup transformace ústavní péče, nedostatek financí na transformaci (*Poskytovatel\_3*).

S ohledem na téma výzkumu je z problémů, které zmiňovali poskytovatelé, zásadní především využívání služeb pro lidi s těžším typem postižení lidmi s lehkým typem postižení. Faktorů, proč se tak děje, je více, ale tento stav je velmi závažnou překážkou dodržování práv lidí s MP a transformace sociálních služeb. Problematický je také nedostatek pracovních příležitostí pro lidi s MP. Právo na práci patří k velmi důležitým právům lidí s postižením a zaměstnání významně přispívá k integraci do běžné společnosti. Zmínila bych také nedostatečnou a velmi rozdílnou úroveň kurzů pro pracovníky v sociálních službách. Nevzdělaný a neinformovaný personál může být také významnou překážkou transformace sociálních služeb.

### 6.3.5 *EXPERT*

Vzhledem k tomu, že *Expert* je zároveň poskytovatelem sociálních služeb a významným aktérem v oblasti služeb pro lidi s mentálním postižením, do jisté míry se jeho pohled shoduje i s některými poskytovateli. Má však také zkušenosti jako školitel dalších poskytovatelů a zaměstnanců sociálních služeb a na některá témata nabídl jiný úhel pohledu.

#### ***Deinstitucionalizace***

Při hodnocení jednotlivých typů služeb vyjádřil patrně nejpodstatnější myšlenku, která je odpovědí na výzkumné otázky této diplomové práce. Nelze hodnotit služby podle toho, které jsou vhodné či nevhodné, ale pouze tak, které jsou vhodné a nevhodné pro daného klienta:

*"Jsou to dva extrémy jo. Že v žádném případě prostě se nedá říct jako „všechny klienty vypustíme z ústavů a hurá, oni se o sebe budou starat sami s minimální podporou. To prostě jako nejde. Já myslím, že ta myšlenka je prostě v tom, v té individualitě toho klienta. Každý prostě potřebuje něco jiného. A někdo opravdu zvládne jako dělat spousta věcí s minimální podporou, a ta péče je tam úplně navíc a může ho jaksí brzdit v jeho rozvoji, což je samozřejmě špatně. Ale jsou lidi, kteří spíš potřebují péči, než podporu, protože nejsou schopní udělat nějaký věci. A tam zase se jako odvolávat na to, že teda jsou natolik zodpovědní, že by to měli zvládnout sami a my jsme tady jen proto, abychom je nějak pošťouchli, to je taky špatně jo. Já si myslím, že klíč je k tomu...klíč je v té individualitě." (Expert)*

Je nutné mít stále na paměti, že vždy budou existovat klienti, pro které bude jakákoliv forma komunitní služby nedostatečná, a u těch narazíme na jeden z limitů této transformace. Další riziko, které bylo zmíněno už jednou je odmedikalizování péče. V zásadě jde opět o velmi přínosnou myšlenku a ústavy, které se prakticky neliší od zdravotnického zařízení, by v sociálních službách skutečně neměly mít místo. Je však opět třeba zvážit, zda v zařízení, kde jsou lidé s vážnějšími typy postižení, skutečně není potřeba zdravotnický personál. Lidé s mentálním postižením mají velmi často přidružené i různé druhy tělesných problémů a například epilepsie je u této cílové skupiny velice častá komplikace. Pracovníci v sociálních službách se však z pochopitelných důvodů brání a ani nemohou vykonávat jakékoliv zdravotní úkony, což může být velký problém.

Expert také upozorňuje na to, že se v mnoha případech transformace zaměřuje pouze na zmenšení kapacity velkých zařízení. Podle takového výkladu by tedy stačilo udělat z jednoho velkého ústavního zařízení několik menších, což však považuje za významný omyl. Zdůrazňuje, že samotná malá kapacita nezaručuje, že služba bude kvalitní a méně ústavní: "(...) problém je v tom, že když se rozpouští velké ústavy, tak v podstatě nikdo neví, jak vlastně to má vypadat a myslí si, že je to jenom v tom, když lidi naženeme do menších bytů jo. Ale de facto jsou to malé ústavy, které jsou jaksí jenom rozesetý do vícero prostor, že to není pod jednou střechou." (Expert)

Domnívá se, že hlavní myšlenka transformace není v malých kolektivech, i když to samozřejmě je jedním z důležitých faktorů. Zcela zásadním a hlavním principem deinstitutionalizace je důraz na individualitu klienta, zjišťování jeho reálných potřeb

a umožnění klientovi podílet se na spoluvytváření služby. S tím úzce souvisí také dodržování práv lidí s mentálním postižením. V komunitní službě by ke klientovi mělo být přistupováno jako k zodpovědné, dospělé osobě, jako ke skutečnému klientovi, který se rozhodl, že bude využívat sociální službu, která mu má pomoci žít plnohodnotný život. V komunitní službě není sociální pracovník či asistent ten, kdo automaticky zná klientovy potřeby a pečuje o něj. V komunitní službě klientovy potřeby zjišťuje a podporuje ho při jejich naplňování.

Přesto se domnívá, že se u nás sociální služby tímto směrem vyvíjejí a někteří poskytovatelé už deinstitutionalizaci takto chápou. Upozorňuje však, že to je dlouhodobý proces a netroufá si odhadnout, jak daleko se v tomto procesu české sociální služby nacházejí.

Jako jedno z rizik deinstitutionalizace vidí to, že některé ústavní zařízení jsou do transformace nucené, aniž by na to byly připraveny po personální a organizační stránce. Hlavním předpokladem transformace by mělo být vzdělávání zaměstnanců, aby celý personál přijal principy za své a pochopil, o co by v procesu mělo jít především. V opačném případě pak může dojít k tomu, že se velká zařízení právě jen transformují do menších, v úrovni poskytovaných služeb se ale změní minimálně.

Velkým limitem transformace je pak podle něj nedostatek personálu ve velkých pobytových zařízeních, který v podstatě individuální přístup ke klientovi vylučuje. Nedostatek personálu je pak otázkou financování sociálních služeb, takže se z tohoto pohledu transformace sociálních služeb ocitá v začarovaném kruhu.

### ***Sociální služby – výhody, nevýhody, rizika jednotlivých typů***

Hlavní nevýhodou principu pobytových služeb, ať už jde o služby transformované nebo o služby, které jsou v tomto procesu na začátku, je to, že klient je plně odkázán pouze na danou organizaci ve všech aspektech života. Služby, které dostává, jsou plně vázány na místo pobytu. Pokud potom chce z pobytové služby odejít, musí se vzdát v mnoha případech dobře fungující spolupráce a podpory, kterou mu personál poskytoval.

Výhodou v dobře fungujících službách je pak to, že personál má šanci klienta velmi dobře poznat a navázat s ním intenzivní spolupráci v prostředí, kde se klient cítí dobře a kde necítí časový tlak.

Rizikem využívání pobytových sociálních služeb je pak především to, že je nutné dobře rozpoznat hranici, kdy daný uživatel skutečně potřebuje takto intenzivní podporu a služba ho nebude v jeho rozvoji paradoxně brzdit. *Expert* se domnívá, že v pobytových zařízeních je velké množství lidí, kteří by mohli žít samostatněji. Dokonce přiznává, že i v chráněném bydlení poskytovaném organizací, kterou vede, se stává, že jsou přijati klienti, pro které ani tato služba není vhodná kvůli potenciálu samostatnějšího života: "*To rozhodně. Jo. Jo. To já si myslím, že rozhodně. I my třeba máme lidi, který jsme vzali k nám do služby, jako do chráněného bydlení a prostě teď se ukazuje, že prostě jsou schopní žít daleko samostatněji a už ani ta služba naše jako pro ně není. Tak jak to potom musí vypadat v těch ústavech.*" (*Expert*)

*Expert* zdůrazňuje, že terénní a další podpůrné služby mají samozřejmě své opodstatnění. Opět ale je třeba dobře zhodnotit, pro které klienty budou opravdu pouze potřebnou podporou k samostatnému životu a pro které je taková podpora nedostačující a potřebují skutečně celodenní péči.

Za riziko služeb Osobní asistence označuje podobně jako respondentka *Pečovatel\_1* časté zajišťování služby nekvalifikovanými nebo málo kvalifikovanými asistenty. Často je služba zajišťována dobrovolníky či brigádníky z řad studentů, případně lidí v důchodovém věku, kteří nemají potřebnou kvalifikaci pro práci s lidmi s mentálním postižením.

### ***Financování sociálních služeb***

Podle experta je financování největším problémem sociálních služeb. Ještě větším problémem než nedostatečná výše financí na provoz je však jejich nestabilita a nekonceptnost. Jako poskytovatel sociálních služeb má zkušenost s tím, že každoročně je na službu přidělena nižší částka, než o kterou bylo žádáno, a na požadovanou částku se organizace dostane až po několikátém odvolání.

Jako nejvážnější problém však nejen on, ale i například *Poskytovatel\_3* či *Pečovatel\_1* spatřuje v nestabilitě a nespolehlivosti. Nezisková organizace se až

v daném roce dozvídá, zda a jakou částkou bude služba pro tento rok podpořena. Takový postup vytváří nejistotu nejen v poskytovatelích, ale i v klientech a jejich rodinách, kdy do poslední chvíle není jasné, zda služba v provozu bude moci pokračovat nebo ne.

Poskytovatelé uváděli, že kdyby byli včas seznámeni s tím, zda veřejná správa s jejich službou do budoucna počítá a zda mohou počítat také s finanční podporou, mohli by i oni služby plánovat koncepčněji a lépe se přizpůsobovat potřebám klientů. Pokud je však systém nastaven takto, obávají se vytvářet dlouhodobější plány rozvoje či služby rozšiřovat, což může mít negativní dopady samozřejmě i na lidi s mentálním postižením. Expert navíc z pozice významného poskytovatele sociálních služeb uvádí, že kromě finanční podpory žádnou další podporu veřejné správy necítí. Komunitního plánování by se účastnil rád, ale organizace, ve které pracuje, k němu zatím nikdy nebyla přizvána.

*"No myslím, že to by bylo, že to by bylo jako řešení, s jakýma službami jako počítají. Kolik třeba peněz na delší jako časový období. Nám se třeba strašně plánuje strategicky jako rozvoj služeb, když vůbec nevíme, kolik dostaneme peněz příští rok jo. Nevíme, co si můžeme dovolit. Takže nějaký jako dlouhodobější plán by samozřejmě byl dobrej no." (Expert)*

#### **Nejdůležitější problémy, které vyplynuly z rozhovoru s expertem:**

- Nedostatečné, nesystematické a nekonceptní financování sociálních služeb.
- Nekoncepčnost rozvoje sociálních služeb, nevytvoření prostor pro rozvoj sociálních služeb, pro sdílení zkušeností poskytovatelů apod.
- Příspěvek na péči – nedostatky v metodice přiznávání Příspěvku na péči.
- Nedostatečné vzdělávání poskytovatelů a pracovníků sociálních služeb v oblasti transformace ústavů.
- Zjednodušení transformace ústavní péče pouze na rozpuštění velkých zařízení a založení menších chráněných bydlení.
- Nekoncepční spuštění procesu transformace v zařízení, která nejsou personální, informačně ani organizačně připravena.

- Nedostatečné finanční ohodnocení zaměstnanců v sociálních službách.
- Nezohledňování individuálních potřeb uživatelů v procesu deinstitucionalizace.

Přesto, že se *Expert* shoduje s dalšími respondenty v tom, že metodika přiznávání Příspěvku na péči není dostatečně kvalitní, v problému využívání části PnP na nákup služeb nabízí ještě další úhel pohledu. Požadavek využití dané části PnP na nákup sociálních služeb má zřejmě opodstatnění u skupiny lidí s mentálním postižením, pro které může být široká škála nabídky sociálních služeb přínosem pro rozvoj a plnohodnotný život. *Expert* však upozorňuje na to, že PnP je určen pro široké spektrum lidí s postižením, nelze ho tedy hodnotit pouze optikou lidí s mentálním postižením. Je třeba zvážit, zda by nutnost nakupovat sociální služby nebyla v případě dejme tomu manželského páru, kde jeden je například člověkem se smyslovým postižením, nebyla zbytečným zásahem do života rodiny, která sociální služby nakupovat nepotřebuje.

### 6.3.6 ZÁSTUPCE VEŘEJNÉ SPRÁVY

Více než z hlediska hodnoty poskytnutých informací lze rozhovor se zástupkyní veřejné správy považovat za přínosný z jiného hlediska. Respondentka byla jako veřejná opatrovnice doporučena vedoucí sociálního odboru jako nejkompetentnější na problematiku služeb pro osoby s mentálním postižením, protože je jediná, kdo se této cílové skupině věnuje.

Je pravdou, že její cílovou skupinou nejsou pouze lidé s mentálním postižením, ale obecně lidé, kterým byla odebrána nebo omezena způsobilost k právním úkonům a vznikla u nich tedy povinnost mít na některé úkony opatrovníka. Do této skupiny tedy kromě lidí s mentálním postižením spadají i lidé s psychiatrickým onemocněním, lidé závislí na návykových látkách či senioři s duševními poruchami. Dalo by se však usuzovat, že veřejná opatrovnice se zajímá o potřeby lidí s mentálním postižením a má velmi dobrý přehled o jim určených sociálních službách ve městě, kde působí. Také by se dalo usuzovat, že jediná pracovnice, která se na městském úřadě problematikou lidí s mentálním postižením zabývá, bude přizvána k plánování služeb pro tuto cílovou skupinu. Ani jedna z domněnek se ale nepotvrdila.



Respondentka se však vyjádřila v tom smyslu, že přesně neví, kde a jak plánování služeb probíhá, a domnívá se, že pokud něco takového úřad provádí, účastní se toho pouze vedoucí oddělení (která však podle svých slov potřeby dané cílové skupiny nezná).

### ***Jednotlivé typy služeb – výhody, nevýhody, rizika***

Za hlavní nevýhodu pobytových služeb v Praze považuje respondentka fakt, že v Praze a jejím okolí žádné pobytové služby pro lidi s mentálním postižením nejsou. Vzhledem k tomu, že jsem v tu dobu již měla nabídku pobytových služeb zmapovanou, některé jsem zmínila. Jednu z nich respondentka znala a pouze na ni zapomněla, zbytek si poznamenala. Věděla o tom, že v Praze jsou Chráněná bydlení pro lidi s MP, ale Chráněná bydlení považuje pro své klienty, kteří jsou často starší, za nevhodné, protože málokdy nabízejí trvalý pobyt jako domovy pro OZP. Z toho důvodu využívá pro své klienty nejčastěji DOZP, které jsou od Prahy velmi vzdálené, a v případě klientů s lehkým typem postižení řeší jejich situaci za pomoci pečovatelské služby či denního stacionáře.

Terénní služby oceňuje jako výhodné, ale pouze pro klienty s lehkým typem postižením. Domnívá se ale, že v Praze je všech typů služeb pro lidi s MP nedostatek, což považuje za stěžejní problém v dané oblasti.

Pro lidi s postižením, kteří potřebují větší míru podpory, považuje za optimální domov pro osoby se zdravotním postižením. Dává však přednost těm, které se snaží transformovat, mají menší kapacitu a prostředí jim co možná nejvíce připomíná domov.

### ***Deinstitucionalizace***

Respondentka *Zástupce veřejné správy* neměla žádné informace o tom, zda a jak v Praze tento proces probíhá, kdo ho koordinuje či v čem by měl spočívat. Za přínos považuje to, že vznikne více zařízení komunitního typu, ve kterých se uživatelé budou více cítit jako doma. Transformaci velkých zařízení ústavního typu také považuje za žádoucí, neví však, jak konkrétně by proces měl probíhat, a není si jista, že je něco takového možné. V zásadě však proti změně ústavních zařízení do určité míry není. Pouze se domnívá, že by určitě nemělo ubývat míst v pobytových zařízeních, protože už nyní je jich pro lidi s mentálním postižením nedostatek.

*„No, tak jako když se to někomu podaří, tak jako víze je to asi hezká, ale já teda si to neumím představit. Ale já bych to přála těm lidem. Určitě. To jako.“ (Zástupce veřejné správy)*

**Nejdůležitější problémy, které vyplynuly z rozhovoru se zástupcem veřejné správy:**

- Nedostatek pobytových zařízení pro lidi s mentálním postižením v hl. m. Praze.
- Příspěvek na péči – nedostatky v metodice přiznávání Příspěvku na péči.

#### 6.4 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké je složení klientů s mentálním postižením v pobytových zařízeních s ohledem na hloubku tohoto postižení a míru závislosti, a následně identifikovat faktory, na základě kterých se rodiny lidí s mentálním postižením služby vybírají.

##### *Dotazníkové šetření*

Jako nástroj pro zjištění složení klientů v zařízeních sloužil dotazník rozeslaný do všech pobytových zařízení v Praze. Přestože se vrátilo pouze 5 dotazníků z 16 zaslaných, lze určité jevy vysledovat. Ve vzorku vyplněných dotazníků se objevily dva domovy pro OZP, které patří k největším zařízením tohoto typu v Praze a jejichž kapacita poukazuje na to, že jde spíše o zařízení ústavního typu. Ve zbylých třech případech šlo o zařízení spíše menší a poskytující služby pro lidi s těžším (DOZP) i s lehčím (ChB) typem postižení. V těchto případech se v DOZP skutečně nevyskytovali uživatelé s takovým typem postižení, které umožňuje samostatný život s určitou podporou sociálních služeb. Oproti tomu v obou velkých DOZP je poměrně významná část klientů, kteří mají potenciál využívat komunitní pobytové služby či žít samostatný život s podporou terénních či ambulantních služeb. To, že v pobytových zařízeních typu DOZP jsou v poměrně hojném počtu i lidé, pro které by byl vhodnější jiný typ služeb, potvrdily i hloubkové rozhovory.

##### *Faktory důležité pro výběr sociální služby*

Rodiny lidí s mentálním postižením, ale i poskytovatelé, odborník a zástupce veřejné části považují za hlavní faktor při určování výběru služby míru mentálního

postižení s ohledem na případná přidružená postižení a individualitu klienta. Určujícím faktorem by mohla být míra závislosti, na kterou sice ne příliš dokonale ale nějakým způsobem ukazuje stupeň závislosti, který se využívá při posuzování výše Příspěvků na péči.

U pobytových služeb by v zásadě mělo platit, že pro lidi s I. a II. stupněm závislosti jsou vhodná chráněná bydlení a pro lidi se III. a IV. stupněm domovy pro osoby se zdravotním postižením. DOZP by se však postupně měly transformovat v zařízení, která sice poskytují péči klientům s těžším typem postižením, ale přesto nevykazují prvky ústavnosti – velká kapacita, oddělené ženské a mužské oddělení, hodně klientů na pokojích apod.

U využívání ambulantních služeb je opět třeba zohlednit situaci klienta. V některých případech může denní stacionář být vhodný jako náplň volného času pro klienty s lehčím postižením, kteří žijí samostatně nebo třeba v chráněném bydlení. U klientů s těžším typem postižením mohou tato zařízení suplovat péči pečující osoby například v době, kdy je jinak pečující osoba v práci nebo z jiného důvodu potřebuje při péči odlehčit. U ambulantních služeb je pouze třeba pečlivě vybrat vhodné konkrétní zařízení, aby poskytovalo opravdu služby vhodné pro daného člověka s MP.

Vzhledem k nastavení osobní asistence a její finanční náročnosti jde o službu, která je vhodná pro klienty spíše s lehčími typy postižení, kteří nevyžadují celodenní péči. Případně může být využita jako odlehčující služba pro některé aktivity (například doprovod na volnočasovou činnost), která pouze doplňuje péči jiné osoby.

Kromě míry a typu postižení je pro rodiny určujícím faktorem pro výběr služby také rodinná a socioekonomická situace. Respondenti ze skupiny pečovatelských, kteří o člověka s mentálním postižením pečují doma, se vyjádřili v tom smyslu, že si domácí péči mohou dovolit díky tomu, že jim to umožňuje rodinná, finanční a pracovní situace. Tedy že jsou úplnou rodinou a mohou se o péči dělit s manželem/manželkou. V obou případech šlo také o rodiny, které už nemají další nezaopatřené děti. Díky tomu, že mají do určité míry flexibilní zaměstnání, které lze dělat částečně z domu a pracovní dobu uzpůsobovat potřebám člověka s postižením, a dobrou finanční situací, mohou trávit v práci méně času, případně doplnit péči o služby osobního asistenta na volnočasové aktivity. V obou případech se vyjádřili v tom smyslu, že kdyby se takto příznivá situace

především v pracovní oblasti změnila, bylo by pravděpodobně nezbytné začít uvažovat o využívání pobytové služby.

### *Výhody, nevýhody, limity jednotlivých typů služeb*

Není možné určit obecné výhody a nevýhody jednotlivých typů služeb, protože každá z nich je určena jinému typu lidí s MP a pro ty může být její využívání výhodné. Limitující se pak stává v okamžiku, kdy je využívána jiným typem klientů. Zdá se, že tedy není problémem existence některých typů služeb, ale to, že jsou, jak potvrdilo dotazníkové šetření, využívány lidmi, pro které nejsou primárně určeny.

Potvrdilo se také to, že není možné hodnotit určitý typ služeb komplexně, ale vždy individuálně konkrétní službu. Například v rozhovoru *Pečovatel\_3* popisuje respondentka jednu službu jako velmi ústavní a nevyhovující, zatímco s druhou je velmi spokojena a popisuje ji jako domácí. Přestože jde v obou případech o domov pro osoby se zdravotním postižením a v obou případech také z pohledu kapacity splňuje prvky ústavnosti. Podobně je však potřeba individuálně hodnotit i komunitní služby typu chráněného bydlení. Jak upozorňuje *Expert* v rozhovoru, to, že se služba jmenuje Chráněné bydlení a má malou kapacitu, ještě neznamená, že není ústavní.

Kromě vnějších znaků transformace, které jsou samozřejmě také velmi důležité, je hlavním klíčem k posouzení toho, zda jde o komunitní službu, která bere ohledy na práva lidí s mentálním postižením, to, jak personál přistupuje k individualitě klienta. Do jaké míry klienta zapojuje do běžného života a podporuje ho ve spoluvytváření služby. To je jakýsi duch a vnitřní princip deinstitucionalizace, zatímco kapacita a vzhled ústavu jsou spíše jeho vnější a průvodní znaky. Podle experta může být rizikem transformace právě to, že se zaměříme pouze na vnější znaky transformace, a to hlavní bude nadále zaostávat. Obě složky by však měly jít ruku v ruce. K tomu je však potřeba značné, nejen finanční, podpory veřejné správy. Z provedených rozhovorů ovšem vyplývá, že finanční ani jiná podpora veřejné správy stále není dostatečná a zaostává zřejmě i informovanost pracovníků veřejné správy, které se problematice lidí s mentálním postižením věnují.

## *Deinstitucionalizace sociálních služeb*

Podle *Experta* by v současné době transformaci sociálních služeb nejvíce pomohla větší koncepčnost a spolehlivost financování a také kvalitní vzdělávání zaměstnanců sociálních služeb na všech úrovních. Služby se totiž transformují pouze v případě, že jejich zaměstnanci pochopí hlavní princip a přínos takového procesu a nebudou mu vědomě či nevědomě svým přístupem bránit. Ve všech případech to však bude dlouhá cesta, která kromě změny systému služeb a financování obnáší i změnu myšlení a celkového vnímání lidí s mentálním postižením od bezmocných příjemců péče k suverénním, samostatným a rovnoprávným členům společnosti.

O tom, že v některých zařízeních je limitujícím faktorem pro transformaci právě přístup personálu, vypovídá i vyjádření jedné z respondentek dotazníkového šetření. Za jeden z hlavních problémů zařízení označila neochotu zaměstnanců přemýšlet o klientech jako o uživateli sociální služby, a ne o svěřencích ústavu.

Při zkoumání dané problematiky vyplynulo také několik často závažných problémů v oblasti péče o lidi s mentálním postižením. Většina z nich již byla probrána v rámci analýzy výzkumu, ale v mnoha případech jde o natolik důležité problémy, že by bylo třeba se jim dále věnovat a podrobit je dalšímu zkoumání. Vzhledem k tomu, že vyšly najevo při zkoumání trochu jiné problematiky, nebylo možné jim věnovat tolik prostoru, kolik by bylo žádoucí.

### **Nejdůležitější problémy, návrhy a připomínky, které vyplynuly při zkoumání dané problematiky:**

- Odmítání klientů s těžšími typy mentálního postižení či mentálního postižení se somatickými potížemi některými domovy pro OZP a upřednostňování klientů s lehčími typy postižení, přestože by tato zařízení měla být primárně určena klientům s těžším postižením.
- Příspěvek na péči – nedostatky v metodice přiznávání Příspěvku na péči.
- Nedostatek chráněných dílen a celkově pracovních možností pro lidi s mentálním postižením.
- Nedostatečné, nesystematické a nekonceptní financování sociálních služeb.

- Nedostatečné ohodnocení zaměstnanců v sociálních službách. Častá absence zdravotních pracovníků v domovech pro OZP.
- Velmi různorodá a často nedostačující kvalita kurzů pro pracovníky v sociálních službách, malá zaměřenost na praxi.

## 6.5 KONKRÉTNÍ DOPORUČENÍ

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit složení uživatelů v pobytových sociálních službách a identifikovat faktory, které jsou pro uživatele a jejich rodiny při výběru služby rozhodující. Ukázalo se, že i přes to, že sociální služby v České republice procházejí procesem deinstitucionalizace, využívá poměrně významná část klientů s lehkým a středně těžkým typem mentálního postižení služby ústavního typu, i když by vzhledem k jejich typu postižení bylo vhodnější využívat služby komunitní. Kromě tohoto problému vyplynulo během zkoumání i několik dalších, často závažných problémů, které se v systému sociálních služeb objevují.

Zde vyslovuji několik doporučení, která by mohla přispět ke zlepšení systému sociálních služeb v České republice. Jednotliví respondenti samozřejmě vyslovili mnohem více problémů a nedostatků, které vnímají, vybrány však byly pouze ty nejzávažnější, které se opakovaly v rozhovorech napříč skupinami aktérů.

### **1. Změna metodiky posuzování míry závislosti při přiznávání Příspěvku na péči**

Metodika by měla více reflektovat specifika mentálního postižení, případně autismu. V současné době často dochází k tomu, že Příspěvek není přiznáván osobám, které jsou určité úkony sice schopné fyzicky zvládnout, avšak potřebují dohled jiné osoby. V mnoha případech pak PnP není přiznán nebo není přiznán v dostatečné výši osobám, které potřebují podporu dalších osob v poměrně značné míře, čímž je ohrožena kvalita života i integrace takových lidí. Je třeba si uvědomit, že v optice nutnosti využívání sociálních služeb není rozdíl v tom, zda fyzicky není schopen přípravy jídla či je schopen přípravy jídla jen za podpory asistenta. Náročnost na využívání sociálních služeb je v tomto ohledu totožná.

## **2. Dlouhodobější plán financování sociálních služeb**

Doporučení zvýšit financování sociálních služeb by samozřejmě bylo velmi žádoucí, ale závisí na skutečných možnostech plánování státního rozpočtu. Domnívám se však, že na dlouhodobější plánování sociálních služeb by měla stačit větší vůle veřejné správy. V situaci, kdy se poskytovatelé dozvídají výši státního příspěvku na své služby až v roce, kdy už služby poskytují, není možné zabývat se jejich rozvojem a rozšiřováním. Neustálá nejistota ve financování sociálních služeb nutí poskytovatele poskytovat služeb pouze v základní kvalitě, o které vědí, že bude nadále udržitelná. Tato nejistota může být rizikem i pro proces deinstitucionalizace sociálních služeb, neboť poskytovatelé, kteří nevědí, zda budou schopni udržovat kvalitu služeb ve stávající formě, se pravděpodobně nebudou zabývat ještě náročnou transformací své služby.

## **3. Komunitní plánování se všemi aktéry**

Přesto, že jedním z deklarovaných principů deinstitucionalizace sociálních služeb je to, že se na ní budou podílet všichni aktéři, někteří respondenti z řad poskytovatelů se vyjádřili v tom smyslu, že by se účastnili rádi, ale chybí jim zájem veřejné správy o jejich názor. Jediná respondentka z veřejné správy se však vyjádřila v tom smyslu, že sama o komunitním plánování příliš neví a pokud se to v Praze děje, děje se tak nejspíš pouze na nejvyšší úrovni vedoucích. Vedoucí sociálního odboru se však naopak vyjádřila v tom smyslu, že veřejná opatrovnice je na úřadě jediná, kdo se zabývá specificky skupinou lidí s mentálním postižením a zná jejich potřeby. Přizvání i těch nejmenších aktérů v oblasti, kteří jsou však v dennodenním kontaktu s lidmi s postižením a jejich potřebami, by však bylo pro komunitní plánování velkým přínosem.

## **4. Zajištění přístupu ke službám pro lidi s těžším typem mentálního postižení**

Přestože mezi principy deinstitucionalizace patří také to, že se do ní zapojí všichni uživatelé, nejen ti s lehkým typem postižení a také bude zajištěno bezpečí všech uživatelů, aby se neocitli bez péče a podpory, vyjádření jedné z pečujících osob vyznívá opačně. Několikrát narazila se svým synem s kombinovaným typem postižení na odmítnutí poskytnutí péče v domově pro OZP z toho důvodu, že zařízení dává přednost lidem s lehkým typem postižení. Právě zařízení typu DOZP jsou však určena

lidem s těžšími typy postižení. Lidem s lehkým typem postižení by se z důvodu jednoho z hlavních cílů deinstitucionalizace – zabránění institucionalizaci dalších osob – mělo v jejich využívání zamezit a nasměrovat je na vhodnější typ služeb. Na základě výsledků mého výzkumu konstatuji, že by mělo být důsledněji označeno, pro které typy klientů jsou která zařízení určena, aby poskytovatelé neměli tolik možností si vybírat klienty s lehkými typy postižení a ohrožovat tím klienty s těžším postižením, kteří mají velmi malou možnost výběru služby.

## 5. Adekvátní odměňování zaměstnanců sociálních služeb

Podle serveru [platy.cz](http://platy.cz), který sleduje aktuální výši mzdy v jednotlivých odvětvích, je průměrný plat sociálního pracovníka 15 994,- Kč hrubého a plat pracovníka v přímé péči, například osobního asistenta či pečovatele 13 269,- Kč.<sup>141</sup> V obou případech je ohodnocení výrazně nižší, než je průměrný plat v České republice, který v I. čtvrtletí roku 2013 činil 24 061,- Kč.<sup>142</sup> V případě sociálních pracovníků jde o profesi, kde se podle zákona vyžaduje minimálně absolvování vyšší odborné školy nebo bakalářského programu na vysoké škole ve vyjmenovaných oborech.<sup>143</sup>

Při takto podprůměrně ohodnocené práci je nejen riziko, že bude kvalitních pracovníků v oboru nedostatek, ale také to, že lidé v takto psychicky i fyzicky náročné práci budou vyhořelí a nebudou svou práci vykonávat kvalitně. Hrozí také menší ochota se dále vzdělávat, což je zejména pro zlepšení dodržování práv lidí s mentálním postižením v sociálních službách a pro úspěšnou deinstitucionalizaci služeb nezbytné.

Nastavení adekvátního systému odměňování pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách by bylo vhodným nástrojem pro zajištění větší úspěšnosti transformace sociálních služeb.

---

<sup>141</sup> Platy v kategorii: Zdravotnictví a sociální péče. *Platy.cz* [online]. [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.platy.cz/platy/zdravotnictvi-a-socialni-pece>

<sup>142</sup> Průměrné mzdy - I. čtvrtletí 2013. *Český statistický úřad* [online]. 2013 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/csu.nsf/informace/cpmz060513.doc>

<sup>143</sup> Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37



## **6. Podpora vzniku dalších chráněných dílen a chráněných míst**

Respondentky ze skupiny poskytovatelé pokládaly v sociálních službách za problém také nedostatek chráněných dílen a chráněných míst pro lidi s mentálním postižením. Zde jde také o jedno z rizik deinstitucionalizace, kdy je pro úspěšný transformační proces nezbytné, aby byla dostatečně nastavena a vytvořena komunitní péče pro lidi, kteří by měli odejít z ústavních zařízení. Jednou ze součástí komunitní péče by však měly být i možnosti zaměstnání pro lidi s mentálním postižením.

Zaměstnání je jedním z předpokladů zapojení se do běžného života společnosti. Pokud budou možnosti chráněného zaměstnání nedostatečné, proces neproběhne úspěšně.

## ZÁVĚR

Lidé s mentálním postižením jsou součástí společnosti od jejího počátku a společnost na ně tedy vždy nějakým způsobem musela reagovat. Jen od 50. let 20. století v České republice prošlo nahlížení na péči o lidi s mentálním postižením několika proměnami. Před rokem 1989, kdy byla institucionální péče nejrozšířenějším a nejuznávanějším typem péče, byl člověk s postižením vnímán jako bezmocný příjemce péče. Po roce 1990 však začaly přicházet inspirace ze zahraničí a objevovaly se první tendence tento přístup měnit.

Změna hodnot související s orientací na lidská práva, důstojnost a hodnotu každého člověka souvisí také s přijetím celé řady úmluv a deklarácí, v nichž jsou zdůrazněna i práva lidí s postižením. S postupnou změnou hodnot společnosti přišla i potřeba změny sociálních služeb a deinstitucionalizace sociálních služeb jako jeden z hlavních cílů. Úspěšná deinstitucionalizace sociálních služeb a úplný přechod od institucionální péče k péči komunitní je však až úplným završením velmi dlouhodobého procesu, ve kterém se sociální služby v tuto chvíli nacházejí. Tato práce částečně přispěla k rozkrytí některých překážek tohoto procesu, které se v sociálních službách objevují, a obsahuje návrh několika doporučení, která by k úspěšnému završení přispěla.

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jaká je struktura uživatelů v pobytových sociálních službách s ohledem na míru postižení a identifikovat faktory, na základě kterých se rodiny lidí s postižením rozhodují pro využívání té které služby. Pro zkoumání dané problematiky byla zvolena metodika kvalitativního výzkumu. V první fázi, pro zjištění struktury klientů, bylo použito dotazníkové šetření mezi poskytovateli pobytových sociálních služeb, na které v další přenavazovaly hloubkové rozhovory s osobami, které pečují o člověka s mentálním postižením, s poskytovatelem terénní, ambulantní a terénní služby pro lidi s mentálním postižením, s expertem na danou problematiku a se zástupkyní veřejné správy, která se lidem s mentálním postižením věnuje.

Pomocí dotazníkového šetření bylo prokázáno, že mezi poskytovateli pobytových služeb pro lidi s mentálním postižením jsou v Praze zařízení obou typů – ústavního i komunitního. V zařízeních ústavního typu je pak poměrně významná část

klientů s takovým typem postižení, který jim umožňuje samostatný nebo aspoň částečně samostatný život.

Z hloubkových rozhovorů pak vyplynulo několik zajímavých zjištění. Pro pečující osoby je určujícím faktorem výběru sociální služby především to, jaká je hloubka a typ postižení u člověka, pro kterého je potřeba najít službu, a zda toto postižení umožňuje pečovat o něj v přirozeném prostředí bez zásadních negativních dopadů na zbytek rodiny. Druhým nejdůležitějším faktorem je pak socioekonomická situace rodiny, která také určuje, zda se o člověka s postižením mohou postarat nebo ne.

Velmi zásadním poznatkem je kritérium určující vhodnost zařízení s ohledem na hloubku postižení. Domovy pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), které představují službu, kde je poskytována největší míra péče, by měly být určeny výhradně lidem ve III. a IV. stupni závislosti podle metodiky přiznávání Příspěvku na péči, tedy lidem minimálně se středně těžkým typem mentálního postižení. Pro lidi s lehkým typem postižení je tato služba zcela nevhodná. Paradoxem však je, že z výzkumu vyplynulo také to, že právě v těchto službách jsou klienti s vážnějším typem postižení často odmítáni a poskytovatelé upřednostňují právě klienty s lehkým typem postižení.

Transformace sociálních služeb vyznívá z výzkumu jako velmi vhodná cesta, ke které bychom skutečně měli směřovat. V prostředí českých sociálních služeb jí však stojí v cestě několik překážek. Mezi nejvýznamnější je možné zařadit hlavně nestabilitu ve financování sociálních služeb a celkově nedostatečné financování celé sociální oblasti a s tím související nedostatečné ohodnocení a následná nízká motivace personálu v těchto zařízeních.

Problematická také může být orientace pouze na vnější změny, jako je rozčlenění ústavu na menší jednotky či snížení kapacity. Pro úspěšnou deinstitutionalizaci je však zásadní celková změna vnímání uživatelů sociálních služeb, dodržování jejich práv a orientace na individuální potřeby každého klienta. Nelze tedy vnímat deinstitutionalizaci odděleně od konceptu práv lidí s mentálním postižením, protože bez dodržování práv a důrazu na důstojnost každého člověka s postižením není transformace sociálních služeb možná. Lze vyjádřit, že deinstitutionalizace je proces, jehož duchem a hlavní myšlenkou jsou práva lidí s mentálním postižením. Pravděpodobně jde o hlavní důvod, proč transformace sociálních služeb probíhá možná

pomaleji a obtížněji, než by si mnozí přáli. Nejde totiž „pouze“ o zrušení velkých ústavů a vznik více chráněných bytů či terénních služeb. Jde o změnu celkového vnímání lidí s mentálním postižením, o jejich přijetí do běžné společnosti a odstranění předsudků o jejich neschopnosti či zbytečnosti. Důležitost změny myšlení je zřejmá také z hlavních překážek transformace služeb, kterou výzkum odkryl. Legislativa přechod ke komunitní péči spíše podporuje a je patrné, že některé služby se touto cestou vydaly i přes problematické financování, které se dotýká všech sociálních služeb. Kromě problémů s financováním je to pak především přístup personálu, který v důsledku úspěšné deinstitucionalizaci brání.

Pokud bychom měli vyslovit jedno nejdůležitější pravidlo, kterým se v procesu transformace sociálních služeb řídit, aby bylo možné eliminovat případné chyby, byl by to důraz na individualitu každého klienta. Jiná obecně platná pravidla neexistují. Není možné říci, že pro lidi s mentálním postižením jsou některé služby vhodné a jiné nevhodné, a ani nelze vždy tvrdit, že lidem s mentálním postižením bude vždy lépe v rodině. Každý člověk s postižením je totiž jedinečný nejen v typu a hloubce svého postižení, ale i ve svých potřebách, povahových vlastnostech a zájmech. Není proto možné vyslovovat obecně platná doporučení, jakým je například to, že do sociálních služeb zdravotnický personál nepatří, protože se vždy najdou uživatelé, pro které je jeho absence problémem a rizikem. Je třeba vždy hledat takové řešení, aby proces transformace institucionální péče úspěšně probíhal, ale vždy byl brán ohled na individualitu jednotlivých uživatelů a jejich potřeb, a aby žádný člověk s mentálním postižením nebyl tímto procesem ohrožen.

## RESUMÉ

Tato diplomová práce se zaměřuje na problematiku lidí s mentálním postižením a sociálních služeb určených pro tuto cílovou skupinu. Hlavními teoretickými východisky práce jsou koncept práv lidí s mentálním postižením a deinstitucionalizace sociálních služeb. Pro výzkumnou část byl zvolen kvalitativní výzkum s metodami dotazníkového šetření a rozhovorů s návodem.

Hlavním cílem práce bylo zjistit, jaká je struktura klientů v pobytových sociálních službách pro lidi s mentálním postižením v Praze a identifikovat faktory, na základě kterých se rodiny těchto lidí rozhodují pro využívání konkrétní služby. Bylo zjištěno, že v Praze existují pobytová zařízení dvou typů – ústavního a komunitního. V zařízeních blízcích se spíše komunitní péči jsou pak klienti vhodně umístěováni do služby podle hloubky postižení a míry závislosti, zatímco v zařízeních ústavního typu se objevují i lidé s takovým typem postižení, který jim umožňuje žít v běžném prostředí, a služba je pro ně tedy svým způsobem omezující.

Pro rodiny je při výběru vhodné služby rozhodující právě hloubka postižení daného člověka, které jim umožňuje či znemožňuje se o něj starat v domácím prostředí. Důležitým faktorem je pak socioekonomická úroveň rodiny a flexibilita zaměstnání pečujících osob.

Jako největší překážky deinstitucionalizace ústavní péče o lidi s mentálním postižením v České republice se pak jeví především nestabilita financování sociálních služeb, která má za následek nejistotu poskytovatelů služeb a jejich neochotu k zásadním změnám. Další významnou překážkou je pak přístup samotného personálu některých sociálních služeb a jejich nízká motivace přijmout hlavní myšlenky transformace sociálních služeb za své.

## SUMMARY

This diploma thesis focuses on the problems of people with intellectual disabilities and social services for this target group. The concept of the rights of people with intellectual disabilities and de-institutionalization of social services were main theoretical basis of this thesis. Qualitative research methods were chosen for the research part of this thesis – a questionnaire survey and interviews with the instructions.

The main objective of the study was to ascertain the structure of clients in residential social services for people with intellectual disabilities in Prague and to identify the factors on which the families of these people decide to use a particular service. It was found that in Prague, there are two types of residential facilities - institutional and community. Clients are appropriately placed according to the depth of disability and dependency in services with more or less community care, while in institutions, there are also people with the kind of disability that allows them to live in the current environment and this service can be limiting for them.

The depth of disability of the individual is critical for families in the selection of appropriate services, because it prevents or allows families to take care of the individual at home. Other important factors are the socioeconomic level of the family and workplace flexibility of caregivers.

As the largest barrier to de-institutionalization of institutional care for people with intellectual disabilities in the Czech Republic seems to be particularly instability of funding for social services, which has resulted in uncertainty for service providers and their unwillingness to fundamental changes. Another major obstacle is the approach of certain social services personnel and their low motivation to take the main ideas of transformation of social services as their own.

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Gaussova křivka IQ .....	33
Tabulka 1: Rozdíly mezi způsobilostí k lidským právům a právním úkonům .....	17
Tabulka 2: Stadia deinstitutionalizace.....	24
Tabulka 3: Přístupy k definování mentálního postižení .....	33
Tabulka 4: Klasifikace příčin mentálního postižení .....	37
Tabulka 5: Typ zdravotního postižení podle věku.....	43
Tabulka 6: Rozdíly mezi institucionálními a komunitními službami (domácnostmi)....	55
Tabulka 7: Přehled respondentů rozhovorů s návodem.....	62
Tabulka 8: Respondenti dotazníkového šetření .....	65
Tabulka 9: Složení klientů podle míry postižení .....	68
Tabulka 10: Složení klientů podle míry závislosti na péči .....	68
Tabulka 11: Souhrnná tabulka s relevantními informacemi o osobách, o kterých probíhaly rozhovory s pečovateli.....	73
Tabulka 12: Souhrnná tabulka s relevantními informacemi o poskytovatelích, se kterými probíhaly rozhovory .....	82

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Knižní zdroje

1. Boekhoff, L. – Kamp.M: Supported Employment. The role of community care services, 1994 in PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
2. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
3. DE CLERQ, Hilde. *Mami, je to člověk nebo zvíře?*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. 102 s. ISBN 978-80-7367-235-5.
4. GARGIULO, R.: Special education in contemporary society. USA, Thomson Wadsworth 2006. In ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
5. GILLBERG, Christopher, PEETERS, Theo. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty*. 1. vyd. Praha : Portál, 2003. 128 s. ISBN 80-7178-856-2.
6. HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. 408 s. ISBN 978-807367-485-4.
7. HRDLIČKA, Michal, KOMÁREK, Vladimír. *Dětský autismus : Přehled současných poznatků*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
8. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1999. 160 s. ISBN 80-85850-76-1.
9. MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
10. MATOUŠEK, Oldřich: *Slovník sociální práce*; 1. vyd. 2003. Praha: Portál; 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
11. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.
12. MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [ online ]. 2007. [ cit. 2013 -08- 12]. Dostupné z www: < [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)>.*
13. Mühlpachr, Pavel. *Vývoj ústavní péče*. Brno: Masarykova univerzita, 2001. 49 s. ISBN: 80-210-2512-3.
14. PEETERS, Theo. *Autismus : Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*. Praha : Scientia, spol. s r. o., 1998. 169 s. ISBN 80-7183-114-X.



15. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
16. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
17. SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením: Příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. Praha: Portus Praha, o. s., 2010. ISBN 978-80-254-8696-2.
18. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 807178-506-7.
19. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: Pravidla hry*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
20. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Portál. 1. vyd. Praha : Portál, 2006. 453 s. Portál. ISBN 80-7367-091-7.
21. VESELÝ, A., NEKOLA, M. (Ed.) 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON. 978-80-86429-75-5.
22. VRABEC, J., PLECITÝ, V. *Základy občanského práva*. Praha: PROSPEKTRUM, 1996. ISBN 80-7175-039-5.

### **Legislativa**

23. Česká republika. 89/2012 Sb., občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. 2012. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcansky-zakonik/cast1h2d2.aspx>
24. Česká republika. Listina základních práv a svobod. In: *Sbírka zákonů*. 1992. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>
25. Česká republika. Zákon č. 108/2006 o sociálních službách. In *Sbírka zákonů, Česká republika*. 2006, částka 37.
26. Česká republika. Zákon č. 40/1964 Sb., občanský zákoník. In: *Sbírka zákonů*. 1964. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/obcanszak/cast1.aspx>
27. Česká republika. Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád. In: *Sbírka zákonů*. 1963. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/osr/cast3h5.aspx>

### **Elektronické zdroje**

28. Autismus. *ABZ.cz: slovník cizích slov* [online]. 2005 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: [http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=autismus](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=autismus)

29. BERKOVÁ, Zuzana. *Řízení o způsobilosti k právním úkonům a nový občanský zákoník*. ASPI, 2013.
30. Bílá kniha v sociálních službách: Konzultační dokument. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. 2003 [cit. 2013-10-12]. Dostupné z: [http://socialni.praha.eu/public/83/d0/f9/169924\\_4\\_bila\\_kniha.pdf](http://socialni.praha.eu/public/83/d0/f9/169924_4_bila_kniha.pdf)
31. Co víme o autismu. *APLA: Asociace pomáhající lidem s autismem APLA - JM, o. s.* [online]. 1999 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <http://www.apla-jm.cz/index.php?a=cat.22>
32. Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami* [online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>
33. Diagnostická kritéria. THOROVÁ, Kateřina. *Autismus.cz: Portál o autismu* [online]. 2007 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/mkn-10-2.html>
34. Druhy služeb sociální péče. *Finance.cz* [online]. 2006 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://www.finance.cz/duchody-a-davky/socialni-davky/socialni-pece/socialni-sluzba/druhy-sluzeb-socialni-pece/>
35. I My potřebujeme znát svá práva - kampaň za práva lidí s mentálním postižením. *Portus Praha, občanské sdružení* [online]. 2006 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: [http://www.portus.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=70&Itemid=76](http://www.portus.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=76)
36. Inteligence a její měření. *Mensa: Časopis Mensy České republiky* [online]. 2008 [cit. 2013-08-25]. Dostupné z: [http://casopis.mensa.cz/veda/inteligence\\_a\\_jeji\\_mereni.html](http://casopis.mensa.cz/veda/inteligence_a_jeji_mereni.html)
37. Jak mluvit o lidech s postižením. *Dobromysl.cz* [online]. 2002 [cit. 2013-08-26]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=30>
38. Klasifikace mentální retardace. *Dobromysl.cz* [online]. 2002 [cit. 2013-08-24]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623>
39. Komplexní diagnostika autismu. THOROVÁ, Kateřina. *Autismus.cz: Portál o autismu* [online]. 2007 [cit. 2013-08-13]. Dostupné z: <http://www.autismus.cz/diagnostika/index.php>
40. Lidská práva. *Informační centrum OSN v Praze* [online]. 2005 [cit. 2013-08-17]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/lidska-prava/?kap=6>
41. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČESKÉ REPUBLIKY. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.

42. Osoby. *Nový občanský zákoník* [online]. 2013 [cit. 2013-08-29]. Dostupné z: <http://obcanskyzakonik.justice.cz/obecna-cast/osoby/>
43. Podkladový materiál k semináři pro veřejné opatrovníky k problematice výkonu opatrovnictví uživatelů služeb sociální péče ve vztahu k procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb. PRUDÍKOVÁ, Dana, Kateřina SMOLÍKOVÁ, HRUBÁ, PLHÁKOVÁ a Monika ČERMÁKOVÁ. *Mpsv.cz* [online]. 2013 [cit. 2013-08-29]. Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady\\_pro\\_opatrovniky\\_final.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady_pro_opatrovniky_final.pdf)
44. Právo a lidé s postižením. *Dobromysl.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>
45. Právo a lidé s postižením. *Dobromysl.cz* [online]. 2012 [cit. 2013-08-18]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>
46. Prevalence of Autism Spectrum Disorders – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, United States, 2006, MMWR, Surveillance Summaries, Vol. 58, No. SS=10, 2009.
47. Průvodce zákonem o sociálních službách. *LORM - Společnost pro hluchoslepé* [online]. 2006 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.lorm.cz/cs/hluchoslepi/pruvodce-zakonem-o-socialnich-sluzbach.php>
48. Přehled změn, které přináší rekodifikace soukromého práva. *IDnes.cz: Právo* [online]. 2012 [cit. 2013-08-28]. Dostupné z: [http://finance.idnes.cz/prehled-zmen-ktere-prinasi-rekodifikace-soukromeho-prava-pms-/pravo.aspx?c=A120717\\_081123\\_pravo\\_vr](http://finance.idnes.cz/prehled-zmen-ktere-prinasi-rekodifikace-soukromeho-prava-pms-/pravo.aspx?c=A120717_081123_pravo_vr)
49. Příklad č. 5 - Služby sociální prevence. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2009 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/obcane/priklad5>
50. Příklady Gaussovej křivky. *Fakulta humanitných a prírodných vied* [online]. 2005 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: [http://www.fhqv.unipo.sk/~majherov/gaussova\\_krivka.htm](http://www.fhqv.unipo.sk/~majherov/gaussova_krivka.htm)
51. Příspěvek na péči. MPSV. *Integrovaný portál MPSV* [online]. 2012, 25.3.2013 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://portal.mpsv.cz/soc/ssl/prispevek>
52. Příspěvek na péči. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. 2011 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: [http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni\\_davky/prispevek\\_na\\_peci/](http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni_davky/prispevek_na_peci/)
53. Raná péče. *Společnost pro ranou péči* [online]. 2009 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/index.php/cs/rana-pee.html>
54. Řízení o omezení/zbavení způsobilosti k právním úkonům. *Profiprávo.cz* [online]. 2005 [cit. 2013-08-22]. Dostupné z: [http://profipravo.cz/index.php?page=article&id\\_category=129&id\\_article=256633&csun=a9ff31c7](http://profipravo.cz/index.php?page=article&id_category=129&id_article=256633&csun=a9ff31c7)

55. Řízení o zbavení způsobilosti k právním úkonům. *Epravo.cz* [online]. 2001 [cit. 2013-08-22]. Dostupné z: <http://www.epravo.cz/top/clanky/rizeni-o-zbaveni-zpusobilosti-k-pravnim-ukonum-6982.html>
56. Řízení o způsobilosti k právním úkonům. *Česká asociace pro psychické zdraví* [online]. 2003 [cit. 2013-08-22]. Dostupné z: [http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/prav\\_rizeni\\_o\\_zpusobil\\_kprav\\_ukon.html](http://capz-esprit.sweb.cz/prispevky/dokumenty/prav_rizeni_o_zpusobil_kprav_ukon.html)
57. Síť vybraných zařízení sociální péče 2011. *Český statistický úřad* [online]. 2012 [cit. 2013-12-13]. Dostupné z: [http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/3201-12-r\\_2012-400](http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/kapitola/3201-12-r_2012-400)
58. Sociální služby. MPSV. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2012 [cit. 2013-04-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
59. Sociální služby. *Portál pro sociální oblast města Prahy* [online]. 2008, 25.3.2013 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: [http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni\\_sluzby/index.html?mode=list](http://socialni.praha.eu/jnp/cz/socialni_sluzby/index.html?mode=list)
60. Stručný průvodce zákonem o sociálních službách. MPSV. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2006 [cit. 2013-04-27]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3222/zlom170x170web.pdf>
61. Svěprávnost od roku 2014: Základní informace. *SPMP: Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o. s.* [online]. 2013 [cit. 2013-08-28]. Dostupné z: [http://www.spmpr.cz/uploaded/Poradenstvi/svepravnost\\_od\\_roku\\_2014.pdf](http://www.spmpr.cz/uploaded/Poradenstvi/svepravnost_od_roku_2014.pdf)
62. The prevalence of mental retardation: a critical review of recent literature. Online library [online]. 2008, [cit. 2013-08-21]. Dostupný z WWW: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07395.x/pdf>.
63. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. *Helpnet.cz: Informační portál pro osoby se specifickými potřebami* [online]. 2013 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/291-3>
64. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. *Vláda České republiky* [online]. 2009 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: I My potřebujeme znát svá práva - kampaň za práva lidí s mentálním postižením. <i>Portus Praha, občanské sdružení</i> [online]. 2006 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: [http://www.portus.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=70&Itemid=76](http://www.portus.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=70&Itemid=76)
65. Vyhledávání služby. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. 2006 [cit. 2013-04-28]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz/sluzba/rozsirenevyhledavanisluzby>
66. Výsledky výběrového šetření zdravotně postižených osob za rok 2007. *Český statistický úřad* [online]. 2008 [cit. 2013-08-16]. Dostupné z: <http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/p/3309-08>

67. Základní informace. *Národní rada osob se zdravotním postižením ČR* [online]. 2010 [cit. 2013-12-08]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/o-nas/zakladni-informace.html>

### **Jiné zdroje**

68. DURAJOVÁ, Zuzana a Barbora RITTICHOVÁ. LLP VISION. *NOZ a podpůrná opatření při narušení schopnosti zletilého právně jednat (§ 38-65)*. Neveřejné školení pro soudce civilních soudů, 2013.
69. PRUDÍKOVÁ, Dana, Kateřina SMOLÍKOVÁ a Eva HRUBÁ. *Nové principy rozhodování ve věcech právní osobnosti a svéprávnosti, veřejné opatrovnictví: Nový občanský zákoník*. Neveřejná přednáška pro soudce civilních soudů, 2013.
70. *Sociální práce - Příloha: Život v ústavu je hendikep - Transformace ústavní péče*. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci ve spolupráci s Fakultou sociálních studií Ostravské univerzity, 2013, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6204.
71. *Sociální práce: Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Ostrava: Asociace vzdělavatelů v sociální práci ve spolupráci s Fakultou sociálních studií Ostravské univerzity, 2013, roč. 13, č. 1. ISSN 1213-6204.

## **SEZNAM PŘÍLOH**

**Příloha č. 1: Dotazník pro poskytovatele pobytových sociálních služeb**

**Příloha č. 2: Scénář rozhovoru pro poskytovatele pobytových / ambulantních /  
terénních služeb**

**Příloha č. 3: Scénář rozhovoru pro pečovatele**

**Příloha č. 4: Scénář rozhovoru pro experta**

**Příloha č. 5: Scénář rozhovoru pro zástupce veřejné správy**

## PŘÍLOHA Č. 1

### Dotazník pro poskytovatele pobytových sociálních služeb

*Dobrý den,*

*jsem studentkou 3. ročníku Mgr. studia oboru „Veřejná a sociální politika“ na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy. Obracím se na Vás s prosbou o pomoc s výzkumem pro mou diplomovou práci, která se zabývá tématem sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením.*

*Cíle mé práce jsou: Zjistit, jaké je složení klientů s mentálním postižením v pobytových zařízeních s ohledem na hloubku tohoto postižení. Následně zjistit, na jakém základě se lidé s mentálním postižením a potažmo osoby, které o ně pečují, rozhodují pro využití pobytových či terénních sociálních služeb.*

*Vy, jako poskytovatel pobytových sociálních služeb, jste významným aktérem v oblasti poskytování péče pro tuto cílovou skupinu a data, která tímto dotazníkem získám, pro mě budou velice cenným zdrojem informací.*

*Olga Kavalírová*

#### Otázky:

1. Ve kterém kraji sídlí Vaše zařízení?

.....

2. Jaká je právní forma Vašeho zařízení?

- a) Občanské sdružení
- b) Příspěvková organizace
- c) Jiná, jaká?

.....

3. Kdo je Vaším zřizovatelem?

.....

4. Které pobytové služby poskytujete? (ke každé službě prosím přiřete i maximální kapacitu)

- a) Domov pro osoby se zdravotním postižením
- b) Chráněné bydlení
- c) Týdenní stacionář
- d) Jiné, napište.....

5. Kdo je cílovou skupinou Vašich služeb:

- a) Lidé s mentálním postižením
- b) Lidé s mentálním postižením a autismem
- c) Lidé s mentálním a tělesným postižením
- d) Lidé s mentálním a smyslovým postižením
- e) Jiná, napište.....

6. Jaké je věkové omezení klientů, kteří mohou využívat Vaše služby?

.....

7. Jaká je struktura Vašich klientů z pohledu hloubky mentálního postižení (podle mezinárodní klasifikace nemocí – MKN 10). Zkuste prosím aspoň odhadnout (počet, procenta).

- a) Lidé s lehkým typem MP -
- b) Lidé se středně těžkým typem MP -
- c) Lidé s těžkým typem MP -
- d) Lidé s hlubokým typem MP -

8. Jaká podle Vašeho názoru struktura klientů z pohledu míry závislosti na pomoci dalších lidí (s ohledem na případné přidružené diagnózy, individuální schopnosti a dovednosti každého klienta bez ohledu na hloubku postižení apod.) Uveďte prosím Vás číselný či procentuelní odhad počtu klientů, kteří by spadali do jednotlivých kategorií.

- a) Klienti, kteří by s menší podporou zvládli samostatný život
- b) Klienti, kteří by samostatný život zvládli s větší mírou podpory



c) Klienti, pro které je samostatný život nevhodný, vyžadují trvalou a náročnou péči dalších osob.

9. Je kapacita Vašeho zařízení v tuto chvíli plně využita?

Ano × Ne

V případě, že není plně využita, nakolik procent je využita?

10. Jak dlouho se průměrně čeká na umístění?

11. Kolik máte zájemců, kteří nyní čekají na přijetí?

12. Jmenujte prosím nejčastější důvody odmítnutí žadatele:

13. Vyjmenujte prosím 3 největší problémy provozu Vašeho zařízení:

## **PŘÍLOHA Č. 2**

### **Scénář rozhovoru – poskytovatel pobytových / ambulantních / terénních sociálních služeb**

**Název zařízení:**

**Cílová skupina:**

**Kapacita:**

**Registrované sociální služby podle zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách:**

**Hlavní kritérium:**

**Územní působnost služby: Praha**

**Splněno: ano × ne**

**Cílová skupina: Osoby s mentálním postižením**

**Splněno: ano × ne**

**Osoba respondenta**

- Jak dlouho a na jaké pozici v zařízení pracujete?
- Jak dlouho již působíte v oblasti sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením?

**Cílová skupina uživatelů**

- Kdo je cílovou skupinou Vašich služeb? (Druh, typ, hloubka postižení, věk apod.) Jaké je složení klientů s mentálním postižením s ohledem na hloubku postižení? (Lehké, středně těžké, těžké, hluboké x lehká závislost, střední, velká, naprostá...)
- Můžete popsat typického uživatele Vaší služby? Co jsou jeho největší problémy? Jaký je jeho každodenní život?

**Informovanost cílové skupiny**

- Jakými způsoby se o Vás uživatelé dozvídají?

- Kontaktují Vás i lidé, kteří nejsou cílovou skupinou Vašich služeb a vy je musíte odmítnout? (jiné postižení, jiná hloubka postižení, věk apod.)
- Bývá důvodem k odmítnutí nedostatečná kapacita Vaší služby? Jak často?
- Přichází k Vám uživatelé dobře informováni o Vaší službě? Vědí, co mohou od služby očekávat, jaká mají práva, jak budou službu hradit?

### **Poskytované služby**

- Co všechno uživatelům služby poskytujete?
- Zhodnoťte prosím kapacitu Vaší služby/služeb s ohledem na to, jaký je poměr maximální kapacity a zájmu potencionálních uživatelů? Jaká je čekací doba? Kolik klientů ročně musíte odmítnout?

### **Financování**

- Kolik uživatelé za poskytování služby hradí? Je to plná výše nebo částečně ještě službu financuje někdo jiný?
- Kdo a z jakých částí financuje provoz této služby? Jsou tyto prostředky dostatečné?
- Kdybyste měli dostatek finančních prostředků, uvažovali byste o rozšíření služby?
- Co když uživatel nemá dostatek prostředků, ale chtěl by Vaši službu využívat? Je nějaká možnost?

### **Podpora dalších subjektů**

- Jak Vás podporuje městská část / Magistrát hl. m. Prahy? Finančně? Podporují Vás i jinak než finančně? Zajímají se zástupci veřejné správy o poskytování služeb pro lidi s MP?
- Máte podporu ještě od dalších subjektů? Sdružujete se nějak s dalšími službami, které poskytují služby pro lidi s MP?

### **Vnímání služby pracovníkem**

- V čem vidíte největší výhody Vaší služby vzhledem k jiným službám pro lidi s MP, terénním / ambulantním / pobytovým?
- V čem vidíte největší nevýhody Vaší služby vzhledem k jiným službám pro lidi s MP, terénním / ambulantním / pobytovým? Jste si vědomi nějakých nedostatků, limitů Vaší služby vzhledem k uživatelům?

- Proč jste se rozhodl pracovat právě v této službě?

### **Vztah s rodinami uživatelů, vztah s komunitou**

- Jak funguje vztah s rodinami uživatelů a Vašeho zařízení? Pořádáte akce, kterých se rodiny mohou zúčastňovat? Jaké jsou návštěvní hodiny ve Vašem zařízení?
- Jaký je vztah s místní komunitou blízko Vašeho zařízení? Účastní se Vaši klienti akcí pořádaných lidmi v okolí? Chodí nakupovat, do knihovny, k lékaři...mimo areál zařízení? Docházejí někteří klienti do zaměstnání mimo areál zařízení?

### **Využití lidských zdrojů**

- Kolik ve Vaší organizaci pracuje zaměstnanců? Je to dostatečný počet?
- Kolik zaměstnanců navíc by bylo optimální? Na kterých pozicích? Co Vám brání je přijmout?
- Považujete platové ohodnocení, které můžete zaměstnancům nabídnout, za dostatečné? Oni jsou s platovými podmínkami spokojeni? Nabízíte jim nějaké benefity kromě finančního ohodnocení?
- Využíváte dobrovolníky? Pro jaké činnosti? Co jim nabízíte místo finančního ohodnocení? (školení, supervize, potvrzení praxe...?) Jak dobrovolníky získáváte?

### **System péče o lidi s postižením obecně**

- Co je podle Vás největším problémem v systému sociálních služeb pro lidi s MP v České republice?
- Kdybyste měl/a v krátkosti popsat sociální služby v ČR, co byste řekla/a. Jaké jsou? Co je pro ně specifické?
- Co vnímáte jako největší úskalí péče o lidi s postižením v České republice a za co naopak českou společnost a český systém služeb oceníte?
- Máte nějaké návrhy na zlepšení situace?

### **PŘÍLOHA Č. 3**

#### **Scénář rozhovoru – rodič, pečující osoba, opatrovník**

**Hlavní kritéria: respondent má významný vliv na spolurozhodování o využívání sociálních služeb osobou s mentálním postižením (= je rodič či opatrovník takového člověka)**

**Splněno: ano × ne**

**Respondent a/nebo osoba s postižením mají trvalé bydliště na území hl. m. Prahy a/nebo osoba využívá sociální služby na území hl. m. Prahy**

**NEBO**

**Osoba s postižením sociální služby zatím nevyužívá, ale právě se rozhoduje, které služby bude v brzké době využívat.**

**Splněno: ano × ne**

**Současná rodinná, sociální, finanční situace**

- Jak byste popsal/a Váš současný život?
- Pracujete? Kde? Na plný nebo částečný úvazek? Případně důchod, rodičovská dovolená...?
- Kde bydlíte? V bytě? V domě? S kým?
- Jak byste popsal/a Vaši finanční situaci? Považujete ji za uspokojivou?

**Člověk s mentálním postižením a péče o něj**

- Jaký je Váš vztah k člověku s postižením, o jehož využívání služeb spolurozhodujete?
- Kolik je mu let?
- Jaký má typ a hloubku postižení?
- Jaké jsou příjmy člověka s postižením, o kterém mluvíme? (Invalidní důchod – částečný, plný; příspěvek na péči, příjem ze zaměstnání...)
- Pokud pobírá příspěvek na péči, ve kterém stupni? Stačí tento příspěvek na pokrytí služby, kterou využívá?

### **Využívání sociálních služeb**

- Využíval už člověk, o kterého pečujete, sociální služby v minulosti? Jaké?
- Jakou službu/služby využívá v současnosti?
- Je rozsah služeb, které využívá, dostatečný a uspokojivý? Pokud ne, z jakého důvodu? Co tomu brání?
- Jaké služby by potřeboval využívat?

### **Rozhodování o využívání sociálních služeb**

- Kdo rozhodl o tom, které služby bude využívat?
- Spolupodílel se člověk s postižením na tomto rozhodování? Jak?
- Měl zájem se na tomto rozhodování podílet?
- Jaké faktory hrály největší roli v tomto rozhodování?
- Jakou roli hrál finanční faktor?
- Uvažovali jste i o jiných službách? O jakých? Proč jste nakonec dali přednost této?
- Existují služby, které byste využívali raději? Které a proč je nevyužíváte?

### **Spokojenost se službami**

- Jak je člověk, o kterého pečujete, se službou spokojen?
- Jaká je služba z Vašeho pohledu?
- Co vnímáte jako nedostatky této služby?
- Co jsou její hlavní přednosti?
- V případě, že není spokojen: Chcete, aby přesto službu dále využíval? Co by se mělo změnit, aby ji dále využíval? Uvažujete o změně služby? Jaká by měla být služba, kterou chcete využívat?
- Jaká je podle Vás ideální služba – jedna nebo více pro člověka, o kterého pečujete?
- Jaká je finanční náročnost této služby? Pokrývá její využívání příspěvek na péči?

### **Systém péče o lidi s postižením obecně**

- Co je podle Vás největším problémem v systému sociálních služeb pro lidi s MP v České republice? A co naopak na sociálních službách v ČR oceňujete?

- Kdybyste měl/a v krátkosti popsat sociální služby v ČR, co byste řekla/a?  
Jaké jsou? Co je pro ně specifické?
- Co vnímáte jako největší úskalí péče o lidi s postižením v České republice  
a za co naopak českou společnost a český systém služeb oceníte? Je  
česká společnost vůči lidem s MP tolerantní?
- Máte nějaké návrhy na zlepšení situace?

## **PŘÍLOHA Č. 4**

### **Scénář rozhovoru – expert na problematiku osob s mentálním postižením**

#### **Osoba respondenta**

- Kde, jak dlouho a na jaké pozici pracujete?
- Proč jste se rozhodl věnovat se právě cílové skupině lidí s mentálním postižením?

#### **Osobní motivace, přesvědčení**

- Proč jste si vybral právě tuto profesi?
- Proč Vás zajímá právě cílová skupina osob s mentálním postižením?

#### **Cílová skupina**

- V čem je hlavní rozdíl ve vztahu ke službám mezi lidmi s mentálním postižením a lidmi s jinými druhy postižení (tělesným, smyslovým...)?

#### **Sociální služby**

- Jak hodnotíte úroveň služeb pro lidi s mentálním postižením v ČR?
- Jaký měl podle Vás vliv zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, na problematiku služeb pro lidi s mentálním postižením?
- Jak hodnotíte pobytové sociální služby pro lidi s mentálním postižením (= chráněná bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionáře)? Jejich výhody, nevýhody, limity? Pro jaký typ lidí s mentálním postižením jsou podle Vás vhodné?
- Domníváte se, že je v pobytových službách víc lidí s mentálním postižením, než by být mělo/mohlo? Pokud ano, proč? Co těmto lidem podle Vás brání využívat terénní nebo ambulantní služby?
- Jak hodnotíte terénní sociální služby pro lidi s mentálním postižením? Jejich výhody, nevýhody, limity? Pro jaký typ lidí s mentálním postižením jsou podle Vás vhodné?
- Jak hodnotíte vztah veřejné správy a sociálních služeb?
- Co by podle Vás sociální služby od státní správy potřebovaly, ale nedostávají? (Finance, více svobody, legislativní změny...)



## **Práva lidí s mentálním postižením**

- Jak hodnotíte dodržování práv lidí s mentálním postižením v prostředí českých sociálních služeb?
- K jak velkému posunu došlo za posledních 20 let?
- Dokázal/a byste srovnat dodržování práv lidí s MP u nás a v jiných zemích Evropy? Jak hodnotíte úroveň dodržování práv lidí s MP v ČR,
- V čem konkrétně v oblasti práv lidí s mentálním postižením zaostáváme?
- Jaký vliv na práva lidí s mentálním postižením mělo přijetí Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v roce 2009 a především stěžejní článek 19, ve kterém se zdůrazňuje právo lidí s postižením na nezávislý život a zapojení do společnosti?

## **Deinstitutionalizace sociálních služeb**

- Je podle Vás deinstitutionalizace sociálních služeb správná cesta?
- Jaké jsou její limity, rizika?
- Jaký je naopak konkrétní přínos pro lidi s mentálním postižením?

## **Systém sociálních služeb v ČR**

- Co je podle Vás největším problémem v systému sociálních služeb pro lidi s MP v České republice?
- Kdybyste měl/a v krátkosti popsat sociální služby v ČR, co byste řekla/a? Jaké jsou? Co je pro ně specifické?
- Co vnímáte jako největší úskalí péče o lidi s postižením v České republice a za co naopak českou společnost a český systém služeb oceníte?
- Máte nějaké návrhy na zlepšení situace?

## **PŘÍLOHA Č. 5**

### **Scénář rozhovoru – zástupce městské části, Magistrátu z oblasti plánování sociálních služeb**

#### **Osoba respondenta**

- Jak dlouho a na jaké pozici zde pracujete?
- V jaké oblasti jste působil/a předtím?

#### **Plánování sociálních služeb**

- Jak probíhá plánování sociálních služeb na MHMP / městské části?
- Kdo se plánování účastní?
- Kdo je pověřen vypracováním analýzy sociálních služeb, která předchází plánování soc. služeb?
- Jak se na plánování sociálních služeb podílíte přímo vy?

#### **Vize do budoucna**

- Co jsou z Vašeho pohledu priority v oblasti sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením v Praze?
- Jakým směrem by se měly sociální služby pro lidi s MP dále ubírat?
- Jaké má Vaše městská část / MHMP plány v oblasti financování sociálních služeb pro lidi s MP?
- Víte o nějakých problémech v oblasti financování sociálních služeb pro lidi s MP? Jsou nějaké snahy o jejich řešení?

#### **Sociální služby**

- Jaké vy spatřujete výhody a nevýhody u jednotlivých typů služeb pro lidi s MP? Pobytových, ambulantních a terénních, obecně? Jak hodnotíte Prahu z pohledu kapacity jednotlivých typů těchto sociálních služeb?
- Je v tomto ohledu v Praze stav sociálních služeb pro lidi s MP vyhovující? Mělo by být některého z typů více či méně?
- Jak spolupracujete s poskytovateli sociálních služeb pro lidi s MP?
- Máte představu, jak nákladné jsou pro veřejnou správu jednotlivé typy služeb pro lidi s MP? (Například jeden den člověka s postižením v pobytové službě, v ambulantní službě a v terénní službě?)

- Máte k dispozici nějaké výzkumy o tom, kolik lidí s lehkým a středně těžkým typem mentálního postižení využívá pobytové sociální služby?
- Jaké máte plány s pobytovými zařízeními pro lidi s mentálním postižením? (např. rušit, měnit, rozšiřovat, zřizovat nové...)
- Máte k dispozici nějaké analýzy týkající se přímo skupiny osob s mentálním postižením? Jaké jsou jejich potřeby, problémy apod.?
- Jak provádíte kontrolu a hodnocení jednotlivých sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením?

### **Deinstitucionalizace sociálních služeb**

- Je podle Vás deinstitucionalizace sociálních služeb správná cesta?
- Snaží se Praha o deinstitucionalizace sociálních služeb určených osobám s MP? Jak?
- Kdo je v Praze hlavním aktérem či koordinátorem deinstitucionalizace?
- V jaké fázi je deinstitucionalizace sociálních služeb pro lidi s MP v Praze právě teď?
- Jaký vliv má na deinstitucionalizaci sociálních služeb právě městská část?
- Co je z Vašeho pohledu cílem deinstitucionalizace služeb pro lidi s MP v Praze?
- Existují nějaké závazné dokumenty, které k tomuto cíli směřují?
- Jaké jsou její limity, rizika?
- Jaké jsou její výhody pro veřejnou správu?
- Jaký je naopak konkrétní přínos pro lidi s mentálním postižením?

### **Systém péče o lidi s postižením obecně**

- Co je podle Vás největším problémem v systému sociálních služeb pro lidi s MP v České republice?
- Kdybyste měl/a v krátkosti popsat sociální služby v ČR, co byste řekla/a? Jaké jsou? Co je pro ně specifické?
- Co vnímáte jako největší úskalí péče o lidi s postižením v České republice a za co naopak českou společnost a český systém služeb oceníte?
- Máte nějaké návrhy na zlepšení situace?