



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Studies

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích

Vypracovala: Bc. Jana Kortišová

Vedoucí práce: PhDr. Bc. Alena Kajanová, Ph.D.

České Budějovice 2014

Abstrakt

Téma: Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích

Zdravotní a sociální služby by měly sloužit k usnadnění života lidem, kteří onemocněli nebo se ocitli ve složité sociální situaci. Zdravotní a sociální služby spolu leckdy úzce souvisí - s postupující nemocí, když člověk přestane zvládat aktivity všedního dne nabývají právě sociální služby na důležitosti. Lidé s duševním onemocněním se často dostávají do společenské izolace a zapojení do běžného života pro ně bývá obtížné. Zdravotní i sociální služby by tedy měly být dostupné, a to jak místně, tak i časově a z pohledu uživatele by měly především poskytovat možnosti k řešení různých životních situací, v nichž se člověk ocitá.

Tato diplomová práce zjišťuje, zda jsou v Českých Budějovicích služby pro osoby s duševním onemocněním dostupné, zda jsou jejich uživatelé spokojeni s nabídkou služeb a jak zdravotní a sociální služby v Českých Budějovicích hodnotí jejich pracovníci.

Práce je rozdělena do dvou částí - teoretické a praktické. V teoretické části práce jsem se zaměřila na charakteristiku, vývoj a poskytování zdravotních i sociálních služeb, komunitní plánování, standardy kvality sociálních služeb, ale i popis duševních poruch a práva duševně nemocných. V praktické části popisuji výsledky mnou provedeného výzkumu, statisticky je vyhodnocuji a v části diskuse srovnávám s výsledky jiných autorů a jejich výzkumy. Pro získání potřebných dat jsem použila kvantitativní výzkum, techniku dotazníku. Celkem bylo rozdáno 77 dotazníků, a to v organizacích Domino a Fokus České Budějovice a na psychiatrické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích. Respondenty byly nejen jejich uživatelé/ky, ale také pracovníci/ce uvedených institucí. Pro zpracování výsledků bylo využito

všech 69 navrácených dotazníků. Výzkum probíhal od poloviny října 2013 do listopadu 2013.

Cílem práce bylo zmapovat spokojenost uživatelů s dostupností zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích a také zmapovat využití těchto služeb nejen z pohledu uživatelů, ale i pracovníků. Z cílů práce vychází výzkumná otázka: Je z pohledu uživatelů/lek i pracovníků/nic nejvíce postrádanou sociální službou v Českých Budějovicích sociální bydlení? Dále byly s ohledem na cíl práce stanoveny následující dvě hypotézy. H1: Uživatelé/ky služeb jsou spokojenější s nabídkou služeb více než pracovníci/ce organizací. H2: Existuje statisticky významný rozdíl mezi subjektivní příčinou připsované nedostupnosti sociálních služeb mezi klientem či zaměstnancem v sociálních službách. Obě hypotézy byly mým výzkumem potvrzeny a statisticky vyhodnoceny. Dále z výsledků výzkumu vyplývá, že nejvíce využívanou službou jsou denní stacionáře, poradenské a terapeutické služby a naopak největšímu počtu uživatelů/lek i pracovníků/nic služeb chybí možnost sociálního bydlení. Co se týká zdravotních služeb, zde nejvíce dotazovaných klientů/tek využívá služby psychiatra nebo praktického lékaře, od nichž také největší procento dotazovaných získává informace o službách. Z odpovědí pracovníků/nic vyplynulo, že naprostá většina uživatelů/lek služeb má zájem o nabízené programy a dle jejich názoru by měly být podporovány především programy k využití volného času, programy sociální a terapeutické. Největší úskalí vidí ve vysokých finančních nárocích na služby a s tím spojené nejisté financování v sociálních službách a také špatné provázanosti mezi zdravotními a sociálními službami.

Získaná data z této diplomové práce by mohla sloužit jako zdroj informací pro odborníky pracující s osobami s duševním onemocněním, ale i pro město České Budějovice při plánování sociálních služeb.

Abstract

Topic: Availability and use of health and social services for people with mental disease in České Budějovice

Health and social services should serve to make life easier for people who are ill or in difficult social situations. Health and social services are often closely related - with advancing disease when a person ceases to cope with everyday activities, social services take on the importance. People with mental illness often face social isolation and participation in everyday life is difficult for them. Health and social services should therefore be available both locally and time, and from the user's perspective, they should primarily provide opportunities to solve various life situations in which a person can find himself or herself.

This thesis explores whether the services for people with mental illness are available, whether the users are satisfied with the range of services and how the staff evaluate health and social services in the city of České Budějovice.

The thesis is divided into two parts - theoretical and practical. In the theoretical part I focused on the characteristics, development and providing of health and social services, community planning, quality standards of social services, as well as a description of mental disorders and the rights of the mentally ill. In the practical part I describe the results of my research, I statistically evaluate them, and in the part of discussion I compare my research with the results of other authors and their research. To obtain the necessary data I used quantitative research, a questionnaire technique. In total 77 questionnaires were distributed - in Domino and Fokus organizations in České Budějovice and also in the psychiatric ward in hospital in České Budějovice. Respondents were not only their users, but also staff of these institutions. For processing of the results all 69 returned questionnaires were used. The research was conducted from mid-October 2013 to November 2013.

The aim was to explore users' satisfaction with availability of healthcare and social services for people with mental illness in České Budějovice and also to map the use of these services from the users' perspective, but also employees' perspective. There is a research question which comes out of the aims of this work: Is social housing the most lacked social service in České Budějovice from the users' perspective and the perspective of staff? Furthermore, with the regard to the objective of the thesis, the following two hypotheses were defined. H1: Users of the services are more satisfied with provided social and health services more than workers of these organizations. H2: There is a statistically significant difference between subjective cause attributed to the unavailability of social services between the client or an employee in social services. Both hypotheses were confirmed by my research and were statistically evaluated.

Furthermore, the research shows that the most used service are day care centers, counseling and therapeutic services, and on the contrary, many users and workers lack social housing. Regarding health services, the most interviewed clients uses the services of a psychiatrist or general practitioner from whom the largest percentage of respondents obtains information about the services. The workers' responses showed that the vast majority of users of services has an interest in the offered programs, and in their opinion, primarily programs for use of leisure time, social and therapeutic programs should be supported. The greatest problem is seen in high financial demands on services and associated uncertain funding of social services and poor linkage between health and social services.

The data from this thesis could serve as a source of information for professionals working with people with mental illness, but also for the city of České Budějovice in planning social services.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 15.8.2014

.....

Jana Kortišová

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala uživatelům i pracovníkům organizací Fokus, Domino a Nemocnice v Českých Budějovicích, kteří poskytli data k realizaci mého výzkumu, PhDr. Bc. Aleně Kajanové, Ph.D. za její cenné rady a vedení při psaní této práce.

Obsah:

1	Teoretická východiska	12
1.1	Zdravotní služby	12
1.2	Sociální služby	15
1.2.1	Charakteristika sociálních služeb	21
1.2.2	Vývoj sociálních služeb.....	22
1.2.3	Charakteristika nových principů a cílů v poskytování sociálních služeb	24
1.2.4	Poskytování sociálních služeb	25
1.2.5	Registrace poskytovatelů sociálních služeb	28
1.2.6	Smlouva o poskytnutí sociální služby	29
1.2.7	Komunitní plánování.....	30
1.2.8	Vzdělávání sociálních pracovníků jako součást kvality sociálních služeb.....	34
1.2.9	Standardy kvality sociálních služeb	35
1.2.10	Úhrada nákladů na sociální služby	36
1.3	Sociální služby reagující na krize a služby pro lidi trpící duševními nemocemi..	38
1.3.1	Služby pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích	39
1.4	Duševní onemocnění.....	41
1.4.1	Charakteristika duševního onemocnění.....	42
1.4.2	Příčiny vzniku duševních poruch	46
1.4.3	Práva duševně nemocných osob	47
1.4.4	Klasifikace duševních poruch.....	48
1.4.5	Prevalence duševních poruch	49
1.4.6	Počátky péče o duševně nemocné	50
2	Cíl práce a hypotézy.....	53
2.1	Cíl práce	53
2.2	Výzkumná otázka a hypotézy	53
3	Metodika	54
3.1	Použité metody a techniky sběru dat.....	54
3.2	Charakteristika cílového souboru.....	55
4	Výsledky.....	56

4.1	Popisná statistika.....	56
4.1.1	Popisná statistika - odpovědi klientů/tek.....	60
4.1.2	Popisná statistika - odpovědi pracovníků/nic.....	70
4.2	Testování hypotéz.....	76
4.3	Statistické vyhodnocení hypotéz.....	77
5	Diskuze.....	81
6	Závěr.....	86
7	Seznam použitých zdrojů.....	88
8	Klíčová slova.....	93
9	Přílohy.....	94

Úvod

Zdravotní a sociální služby by měly sloužit k usnadnění života lidem, kteří onemocněli nebo se ocitli ve složité sociální situaci. Zdravotní služby jsou poskytovány od chvíle, kdy lékař nemoc diagnostikuje a mají význam nejen léčebný, ale i podpůrný, protože se snaží nejen zlepšit fyzický stav, ale působí také na psychiku člověka. Sociální a zdravotní služby spolu leckdy úzce souvisí - s postupující nemocí, když člověk přestane zvládat aktivity všedního dne nabývají právě sociální služby na důležitosti. Prioritou jsou služby poskytované v domácím prostředí, ale ne vždy je pomoc rodiny dostatečná. Duševní onemocnění lidem často navíc znesnadňuje zapojení do běžného života. Tito lidé mívají z různých důvodů méně přátel, nemohou si najít zaměstnání a často se tak dostávají do společenské izolace. Zdravotní a sociální služby by tedy měly být dostupné, a to jak místně, tak i časově a z pohledu uživatele by měly především poskytovat možnosti k řešení různých životních situací, v nichž se člověk ocitá.

V rámci bakalářského studia jsem absolvovala praxi na denním stacionáři psychiatrického oddělení Nemocnice v Českých Budějovicích. Stacionář navštěvují pacienti psychiatrického oddělení a práce s nimi mě velice bavila. Proto jsem téma této diplomové práce zaměřila právě na tuto cílovou skupinu. Navíc se domnívám, že problematika lidí trpících duševním onemocněním je celkově opomíjena a málo zmapována.

Ve své diplomové práci jsem se snažila zjistit, jak jsou tyto služby pro uživatele/ky v Českých Budějovicích dostupné a zda je využívají, případně co by přispělo k rozvoji a zkvalitnění stávajících služeb. K naplnění cílů práce byl využit kvantitativní výzkum, technika dotazníku. Celkem jsem rozdala 77 dotazníků, a to v organizacích Domino a Fokus České Budějovice a na psychiatrické oddělení nemocnice v Českých Budějovicích. Respondenty/kami byly nejen jejich uživatelé/ky, ale také pracovníci/ce uvedených institucí. Pro zpracování výsledků bylo využito všech 69 navrácených dotazníků. Výsledky výzkumu jsou prezentovány v praktické části práce. V této části práce jsou také testovány stanovené hypotézy. Praktické části práce

předchází teoretická východiska, kde jsem se zaměřila na charakteristiku, vývoj a poskytování zdravotních i sociálních služeb, komunitní plánování, standardy kvality sociálních služeb, ale i popis duševních poruch a práva duševně nemocných. Důležitou kapitolou je také diskuse, kde jsou výsledky mnou provedeného výzkumu komparovány s odbornou literaturou a výsledky výzkumů jiných autorů. V závěru práce jsou výsledky shrnuty a zamýšlím se nad celkovou situací lidí trpících duševním onemocněním včetně přínosů práce do praxe.

1 Teoretická východiska

1.1 Zdravotní služby

Zdravotní služby jsou definované zákonem 372/2011 Sb.¹, stejně tak jako jejich poskytování a všechny náležitosti týkající se pacientů i poskytovatelů těchto služeb. V práci se budu věnovat části, která se týká zdravotní péče.

Zdravotní péče a její formy

Definice zdravotní péče v sobě zahrnuje péči o akutně a chronicky nemocné osoby nebo osoby postižené, ať už úrazem či vrozenou vadou. Také sem patří prevence nemocí a úrazů, komplexní rehabilitace a opatření k udržení zdraví, a zdravotní výchova.² Zdravotní péči můžeme rozdělit dle časové naléhavosti potřeby jejího poskytnutí na čtyři kategorie. Za první to je neodkladná péče – účelem je zamezit vzniku náhlých stavů, které ohrožují život nebo znamenají změnu chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí. Druhou kategorií je akutní péče – zde je účelem odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu, přičemž platí podmínky, které se vztahují i na neodkladnou péči (týká se tedy zdraví fyzického i duševního). Rozdíl je v tom, že neodkladná péče má zamezit vzniku vážného stavu. Při akutní péči se již vážný stav předpokládá a má odvrátit tento stav. Třetím typem je nezbytná péče, která se vztahuje na zahraniční pojištěnce a která jim musí být poskytnuta v takovém rozsahu,

¹ Ministerstvo vnitra [online]. 2013. [cit. 2013-11-30]. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>

² VURM, V. a kol.: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 80-7254-997-9.

který vyžaduje zdravotní stav pacienta. Poslední kategorií je plánovaná péče. Sem spadá vše, co nepatří do předchozích kategorií.³

Zdravotní péči můžeme dělit také dle účelu jejího poskytování na preventivní, diagnostickou, dispenzární, léčebnou, posudkovou, léčebně rehabilitační, ošetrovatelskou, paliativní, lékárenskou či klinickofarmaceutickou. Pro účely této práce není potřeba popisovat všechny druhy péče. Ošetrovatelská péče má za cíl udržet, podpořit a navrátit zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb v souvislosti s poruchou zdravotního stavu, rozvoj, zachování a navrácení soběstačnosti.

Také můžeme péči dělit dle jejich forem. Sem patří ambulantní péče, jednodenní péče, lůžková péče a zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta. Ambulantní péče neznamena nutnost hospitalizace pacienta. Patří sem primární zdravotní péče, specializovaná ambulantní péče a zvláštní ambulantní péče. Zvláštní ambulantní péče je poskytovaná jedincům s akutním nebo chronickým onemocněním a jedincům tělesně, mentálně nebo smyslově postiženým a závislým na cizí pomoci. Provádí se v jejich vlastním sociálním prostředí, ve stacionářích, ústavech sociální péče atd. Ústavní péče v sobě zahrnuje péči v nemocnicích a v odborných léčebných ústavech. Jednodenní péče se liší tím, že je potřeba pobyt pacienta na lůžku, ale ne déle než jeden den. Lůžková péče vyžaduje pobyt na lůžku a to z různých důvodů. Patří sem jak akutní lůžková péče intenzivní i standardní, následná lůžková péče a dlouhodobá lůžková péče u pacientů, jejichž zdravotní stav nelze podstatně zlepšit a bez poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje.⁴

Se zdravotní péčí souvisí i zdravotní pojištění. To je stanoveno zákonem č. 48/1997 Sb. Stanovuje rozsah péče, která je hrazena základním pojištěním. Je možné toto pojištění rozšířit o přípojištění, které dává pacientům výhody před ostatními. Hradí se péče poskytovaná na území ČR, ale také nutné a neodkladné léčení proběhnuté

³ Ministerstvo vnitra [online]. 2013. [cit. 2013-11-30]. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>

⁴ Zákon č. 372/2011 Sb.

při pobytu v cizině.⁵ Pojem nutné a neodkladné péče není definován v žádném předpisu. Pojem nutné péče a neodkladné péče spolu ale terminologicky souvisí a mají téměř totožný význam. Většinou jde tedy o vážné úrazy, kardiopulmonální selhání a další závažná kardiopulmonální onemocnění, závažná onemocnění a poruchy centrálního nervového systému, metabolické poruchy bezprostředně hrozící rozvratem vnitřního prostředí, psychické poruchy ohrožující pacienta nebo jeho okolí, záchvatové stavy a náhlé příhody a další poruchy, onemocnění či stavy, v době poskytování péče přímo ohrožující pacienta nebo bezprostředně hrozící takovým ohrožením. Zdravotní pojišťovna je povinna zajistit poskytování zdravotní péče svým pojištěncům. Tuto povinnost plní prostřednictvím zdravotnických zařízení, se kterými má uzavřenou smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče. Zdravotnická zařízení vytvářejí celou strukturu, která v posledních letech doznala spousty změn, především v souvislosti s proběhlou reformou veřejné správy. Do roku 1990 existovala v České republice síť státních zdravotních zařízení, která byla vybudována na přísně územní třístupňové struktuře (republika, kraj, okres). Zrušením okresních úřadů a předání většiny zařízení jimi spravovaných do kompetence územních samosprávných celků došlo k významnému posílení nestátního sektoru.⁶

Ze zdravotního pojištění se také poskytují služby jako je pohotovost a záchranná služba, vyšetření a prohlídky prováděné v rámci opatření proti infekčním onemocněním, stanovená očkování, odběry materiálů prováděné v zařízeních léčebné péče na bakteriologické, imunologické a parazitologické vyšetření pro klinické účely v souvislosti s výskytem nálezů, dispenzární péče, lázeňská péče, péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách, závodní preventivní péče, transplantace tkání a orgánů, indikovaná doprava lékaře a dalších zdravotnických pracovníků za pojištěncem, posudková činnost při posuzování dočasné neschopnosti k práci nebo ke studiu, prohlídka zemřelého a pitva.⁷

⁵ Zákon č. 48/1967 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, ve znění pozdějších předpisů, § 14.

⁶ TĚŠINOVÁ, J., R. ŽĎÁREK a R. POLICAR. *Medicínské právo*. Praha: C.H.Beck, 2011. ISBN 978-80-7400-050-8.

⁷ Ministerstvo vnitra [online]. 2013. [cit. 2013-11-23]. Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. Dostupné z:

1.2 Sociální služby

Termín sociální služby je používán v různých významech. V tom nejširším slova smyslu je slovo sociální bráno jako společenský. V užším pojetí jde o určitou snahu směřující bezprostředně ke zdokonalování životních podmínek lidí. Také lze tento pojem vyložit jako řešení nepříznivých sociálních situací.⁸ Sociální služby ve významu třetím a druhým patří spolu s poradenstvím, sociálně právní ochranou, dávkami sociální pomoci a prevencí sociopatologických jevů řadí mezi základní nástroje sociální pomoci.⁹

Jedná se o široké spektrum služeb, jejichž funkcí je uspokojení specifických potřeb obyvatel. Patří sem tradiční sociální služby, jako je péče o staré, nemohoucí či sociálně slabé, ale také služby zabývající se zdravím, vzděláváním, bydlením a poradenstvím.¹⁰

Význam sociálních služeb můžeme vidět také v tom, že mají být poskytovány pouze při řešení složitých sociálních situací, tam kde poskytnutí financí neuspokojuje potřeby klienta, jedná se například o situaci, kdy klient finanční prostředky nevyužívá pro účel, ke kterému byly určeny. Sociální služby je tak forma sociální pomoci, která má svá specifika – tyto služby mohou být poskytovány soukromými subjekty, jsou zpravidla poskytnuty za úhradu, těmto soukromým poskytovatelům je poskytována finanční pomoc ze strany obce či státu, stát také určuje podmínky, ze kterých je možno služby poskytovat atd.

V historii sociální služby znamenaly zejména nejrůznější útulky pro nemocné, sirotky, chudinu nebo staré občany. V moderních státech se nám začali vyvíjet velmi

<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=45178&recShow=16&fulltext=&nr=48~2F1997&part=&name=&rpp=50#parCnt>

⁸ KLIMENTOVÁ, E. *Sociální politika I*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0780-9.

⁹ KREBS V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI Publishing, 2005. ISBN 80-7357-050-5.

¹⁰ ŽIŽKOVÁ, J. 2005b. *Proces transformace sociální politiky v ČR*. In KREBS, V. a kol. 2005. *Sociální politika*. Praha: ASPI, s 103.

důležitá dichotomie státních i nestátních služeb, které se snaží pomáhat i lidem, jejichž životní styl je odmítán většinou společností (jedná se o alkoholiky či drogově závislé). Všechna tato pomoc není placena celou skupinou daňových poplatníků, ale stát má možnost tyto činnosti smluvně podporovat nebo může obcím poskytnout prostředky z různých výnosů a poplatků k financování těchto sociálních služeb.

Tím nejzákladnějším posláním při fungování státu v oblasti sociálních služeb je zejména regulace sociálního klimatu a tvorba podmínek pro stabilitu, rozvoj sociální činnosti, tlumení sociálního napětí apod. Tyto role se dále promítají také do tvorby podmínek pro zabezpečení jisté sociální průchodnosti ekonomické reformy, v praxi to znamená hlavně vytvoření mechanismů pro absorpci všech důsledků, aby tak docházelo k akceptaci obyvatelstvem. K zabezpečování všech těchto úkolů používá stát institucionální, finanční a právní nástroje.

Velkou roli v tomto systému sociálních služeb hrají obce, je to důsledek snižování veškerých aktivit státu v sociální oblasti. Obec je pro všechny po rodině nejbližší, dokáže tak občany efektivně chránit sociálními aktivitami občanovy zájmy. Pokud obec nezvládne sociální jevy, můžou se posléze stát zdrojem hlubší společenské destabilizace. V současné době je řešení většiny sociálních problémů na bedrech obcí, stát a jeho další orgány mohou být v těchto situacích pouze nápomocny. Obec má zájem a tak vstupuje do kontaktu s občany, a snaží se pro svého občana najít pomoc.

Vyjma obcí zaujímají v poskytování sociálních služeb důležité místo také nestátní neziskové organizace – jsou to fyzické a také právnické osoby podnikatelského i nepodnikatelského charakteru (spolky, sdružení, nadace, zájmová sdružení apod.) Programy, které subjekty organizují, můžeme rozdělit na sociální programy nebo programy podnikatelského charakteru. Programy sociálního charakteru jsou zpravidla organizovány zaměstnavatelem pro zaměstnance, a to s cílem posílit jejich motivaci či rozvinout jejich potenciál, programy podnikatelského charakteru jsou poté určeny zejména pro občany v nouzi. Z výše uváděného je jasné, že při poskytování sociálních služeb můžeme dosáhnout zisku. Můžeme poskytovat sociální služby za úplatu a můžeme zajistit i to, aby tyto služby byly dostupné i těm, kteří nemají dostatek finančních prostředků. Naopak nestátní neziskové subjekty – jedná se například

o církve, nadace, občanská sdružení, zájmové organizace, realizují sociální péči bez toho, aby dosahovaly zisku, ale s cílem pomoci občanům v jejich tíživé sociální a životní situaci.

„Na základě charakteristiky úkolů jednotlivých subjektů při poskytování sociálních služeb je možno vymezit následující typy poskytování sociálních služeb:

- podnikání se ziskem,
- podnikání bez zisku (jen úhrada nákladů),
- provozování z vlastních zdrojů (nadace),
- provozování ze státních zdrojů (granty),
- provozování za stát či obec (smluvní),
- provozování státem či obcí (služební).“¹¹

Výše uvedenou kombinací těchto typů sociálních služeb nám vzniká rozsáhlá síť zařízení, která dokáže poskytovat tyto služby podle individuálních potřeb, i podle finančních možností při garanci minima pro ty, kteří se nedokážou o sebe postarat sami.

Sociální služby můžeme rozdělit do dvou úrovní. V jedné rovině znamená sociální služba sociální práci ve prospěch lidí, kteří se nacházejí v sociální nouzi. V rovině druhé jde o pomoc jiné osobě prostřednictvím státu, obce nebo nestátní instituce.¹² Jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným a cílem je zlepšit kvalitu života, začlenit je do společnosti v největší možné míře. Smyslem sociální služby může být i ochrana společnosti před riziky, která sociálně znevýhodnění lidé představují.¹³ Jsou zaměřeny tedy nejen na aktivního uživatele služby, ale také na jeho blízké okolí, skupiny, do kterých patří i širší společenství. Z legislativního hlediska spadají sociální služby do mnoha resortů státní správy a týká se jich mnoho právních norem. Překrývají se s veřejnými službami. Oboje je financováno z velké části veřejnými financemi, definovány jsou legislativou a závisí na politickém rozhodování. U sociálních i veřejných služeb najdeme i komerční formy poskytování. Jedná

¹¹ PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. s.25. ISBN 978-80-7357-255-6.

¹² PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.

¹³ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

se o případy, kdy je služba poskytnuta na základě obchodního kontraktu mezi poskytovatelem a uživatelem.¹⁴

„Sociální služby jsou specializované činnosti pomáhající osobě, která se dočasně nebo trvale ocitla v nepříznivé sociální situaci, řešit tuto nepříznivou sociální situaci.“¹⁵

Sociální služby jsou služby poskytované společensky znevýhodněným lidem za účelem zlepšení kvality jejich života, začlenění je do společnosti nebo ochrany společnosti před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby jsou v ČR součástí státního systému sociálního zabezpečení, legislativa je zařazuje do oblasti tzv. sociální pomoci. Sociální služby však mohou být poskytovány i mimo státní sociální pomoc, mohou být hrazeny příjemcem na základě kontraktu jako jakákoli jiná služba a jejich poskytovatelem může být i nestátní subjekt. Sociální služby chrání občana tím, že konají něco v jeho prospěch.

Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Tyto služby se zaměřují na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí, které je využívají. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří především senioři, lidé se zdravotním či duševním postižením, rodiny s dětmi či lidé, kteří z různých důvodů žijí tzv. „na okraji“ společnosti.¹⁶

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc 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. Cílem služeb bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování

¹⁴ MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

¹⁵ MERITUM SEGMENT. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. s.95. ISBN 978-80-735-7316-4.

¹⁶ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby. Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://registr.mpsv.cz>

původního životního stylu, rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život a snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.¹⁷

Sociální služby jsou popsány i v Bílé knize z roku 2003, která je definuje jako pomoc lidem udržet si nebo znovu nabýt místo v životě jejich komunity, v případě, že toho nejsou schopni sami.¹⁸

Bez sociálních služeb se podle některých autorů významná část obyvatel nemohla podílet na všech stránkách života společnosti, nemohli by se uplatnit jejich lidská a občanská práva a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení.¹⁹ Z Bílé knihy, která je zmíněna výše, vychází i Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (MPSV) a na sociální služby pohlíží jako na služby, které lidem pomáhají žít běžný život takovým způsobem, aby byla maximálně zachována kvalita a důstojnost jejich života. Cílem je podpora rozvoje nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování životního stylu a kvality. Soběstačnost a samostatnost je podporována rozvojem jejich dovedností

¹⁷ Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby – způsoby pomoci*. [online]. [cit. 2013-11-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

¹⁸ Bílá kniha v sociálních službách [online]. 2003. [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

¹⁹ KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha : Triton, 2005. ISBN 978-80-7254-662-7.

a schopností. Účelem je, aby byl pacient schopen žít samostatný život a také, aby byla omezena všechna rizika související se způsobem života uživatelů sociálních služeb.²⁰

Sociální služby jsou definované i Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů (ZSS). Tento zákon je první platnou právní normou k sociálním službám, která ucelené a samostatně upravuje prostředí sociálních služeb. Ze zákona vyplývají následující znaky systému sociálních služeb: Primární je poskytnutí odpovídajících informací osobě, která se ocitla v nepříznivé sociální situaci, aby ji mohla řešit vlastními silami. V případě, že poskytnuté informace nejsou dostačující, nastupuje sociální služba. Ta má být individualizovaná, aktivační, má podporovat samostatnost klientů a předcházet delšímu trvání nepříznivé sociální situace. Kvalita poskytování sociálních služeb přímo souvisí s dodržováním lidských práv a základních svobod a se zachováním důstojnosti člověka.²¹

Kategorizaci sociálních služeb přináší ZSS nově. Jsou rozlišovány z hlediska druhu a formy poskytování. Sociální služby zahrnují sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Poskytovány jsou ambulantně, pobytově a terénně.

Sociální služby jsou tedy běžnou součástí života společnosti, ovlivňují jedince, rodiny i celou společnost, ve které se dané sociální problémy nacházejí. Jak již bylo zmiňováno, je potřeba, aby se jedinec nestal na užívání sociální služby závislý a aby byl schopen fungovat v běžném životě.

²⁰ MPSV, Sociální služby, online

²¹ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

1.2.1 Charakteristika sociálních služeb

Sociální poradenství

Sociální poradenství v sobě zahrnuje jak základní sociální poradenství, tak také odborné sociální poradenství. Zákon o sociálních službách hovoří o tom, že „základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek“.²²

Služby sociální péče

Služby sociální péče jsou služby, které pomáhají osobám zajistit jejich soběstačnost a umožnit jim zapojit se do běžného života ve společnosti. Jedná se např. o pečovatelskou službu, osobní asistenci, tísňovou péči, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení aj.

Služby sociální prevence

Služby sociální prevence pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy např. pro jejich životní návyky, pro krizovou situace, pro způsob života, který je v rozporu se společností aj. „Cílem služeb sociální prevence

²² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. § 37

je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů²³. Jedná se zejména o tyto služby – raná péče, telefonická krizová pomoc, azylové domy, domy na půl cesty, noclehárny, terénní programy, sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, sociálně terapeutické dílny, kontaktní centra aj.²⁴

1.2.2 Vývoj sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb před přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon o sociálním zabezpečení hovořil o prvotní roli státu při poskytování sociální péče občanům, což znamenalo, že všechny sociální služby byly primárně poskytovány státem, popř. okresními úřady. Ministerstvo práce a sociálních věcí bylo zřizovatelem a provozovatelem několika ústavů sociální péče. Z definice sociální péče rovněž vyplývalo, že péče občanům byla zajišťována a tak byl klient sociálních služeb stavěn automaticky do pasivní role – klient čekal, co mu bude státem poskytnuto a nebyl nijak motivován k tomu, aby se samostatně rozhodoval nebo vyvíjel jakoukoli vlastní aktivitu. Sociální péče nebyla individualizována, ale uniformě poskytována určitým skupinám osob, přičemž kategorizace jednotlivých osob byla značně nevhodná. Rovněž škála sociálních služeb byla omezená, poskytována byla zejména ústavní sociální péče, pečovatelská služba, stravování, poradenské služby a kulturní a rekreační péče.²⁵

²³ MERITUM SEGMENT. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. s.122. ISBN 978-80-735-7316-4.

²⁴ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

²⁵ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

Od počátku 90. let byly v oblasti sociálních služeb po vzoru vyspělých evropských zemí postupně zaváděny do života nové principy poskytování sociálních služeb jako např. decentralizace státní sociální správy, demokratizace státní správy, pluralizace financování sociálních služeb, personifikace sociální pomoci, profesionalizace sociální pomoci, přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě aj.

Významným krokem v sociální oblasti bylo umožnění přístupu k realizaci sociálních služeb také obcím, městům a nestátním neziskovým organizacím a také v zákonodárné činnosti začala být uplatňována zásada, že za vlastní životní úroveň je odpovědný především občan a jeho rodina a ne stát. Nově se tak vytvořila hierarchie sociální pomoci, ve které hraje nejvýznamnější roli rodina, která poskytuje svým členům sociální jistotu a bezpečí.

V souvislosti s politickými změnami na přelomu 80. a 90. let byla řada objektů, v nichž byly sociální služby poskytovány, vráceny v rámci restitucí a proto vyvstala potřeba po hledání a výstavbu nových a modernějších zařízení pro poskytování sociálních služeb.

V rámci druhé fáze reformy veřejné správy došlo k převedení zřizovatelských funkcí ke 464 zařízením sociálních služeb z bývalých okresních úřadů na krajské úřady. Zároveň došlo k vymezení rolí obcí v sociální oblasti. Krajům byly v sociální oblasti vymezeny základní kompetence, které spočívaly ve vytváření podmínek pro rozvoj sociální péče, v poskytování dotací z vlastních prostředků obcím, občanským sdružením, humanitárním organizacím či jiným právnickým a fyzickým osobám, které působí na území kraje v oblasti sociálních služeb.²⁶

„Ve starém systému sociální péče existovala dávka sociálního zabezpečení – tzv. příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. Na tuto dávku vznikl nárok osobě, jež osobně, celodenně a řádně pečovala o osobu, která byla převážně nebo úplně bezmocná, nebo starší 80 let a částečně bezmocná. Měl na ni však nárok pouze ten, jehož příjem nedosahoval určité výše (jednalo se o částku 3 540 Kč).“²⁷ Výše příspěvku

²⁶ PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.

²⁷ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

se pak odvíjela od životního minima a teprve v roce 2005 došlo k výraznému navýšení této dávky s ohledem na rostoucí životní náklady klientů.

1.2.3 Charakteristika nových principů a cílů v poskytování sociálních služeb

Nový zákon o sociálních službách přinesl zásadní změny v poskytování sociálních služeb. Mezi základní zásady zákona např. patří, že „každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob“.²⁸ Dále zákon stanovuje, že pomoc potřebným osobám musí vycházet z jejich individuálních potřeb a sociální služby by měly klienty podporovat v jejich samostatnosti a motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Sociální služby musí být dle zákona poskytovány v zájmu jednotlivých osob a v náležitě kvalitě a to takovými způsoby, které by zajistily dodržování lidských práv a základních svobod občanů.²⁹

Zákon o sociálních službách nám také definuje nově tři typy sociálních služeb – jedná se o sociální poradenství, péče a služby sociální prevence a služby sociální péče. Zákon stanovuje taky základní formy sociálních služeb – mluvíme o služby ambulantní, terénní a pobytové.

Zákon přinesl také změny ve financování sociálních služeb – dle tohoto zákona jsou poskytovány služby bez úhrady, za částečnou či za plnou úhradu. Výška nákladů poté musí vycházet ze smlouvy, kterou uzavírá poskytovatel služby se svým klientem. Tento způsob financování přináší také zcela novou sociální dávku – jedná se o příspěvek na péči, tento příspěvek je poskytován osobám, jimž zdravotní stav

²⁸ zákon č. 106/2008 Sb., o sociální pomoci, § 2

²⁹ zákon č. 106/2008 Sb., o sociální pomoci

nedovolí zajistit si péči o vlastní osobu a to ve čtyřech verzích dle stupně jejich postižení.³⁰

Nový zákon také přinesl několik pozitivních změn, jedná se právě o zavedení příspěvku na péči, zavedení smluvního vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem, zavedl také systém registrace poskytovatelů u krajských úřadů, přinesl novou kategorizaci sociálních služeb a také stanovil předpoklady pro práci sociálního pracovníka, tak aby bylo dosaženo stejné kvality poskytovaných služeb.³¹

1.2.4 Poskytování sociálních služeb

Tato problematika se proměnila po přijetí ZSS a v souvislosti s reformou sociálních služeb. Trendy v poskytování směřují k humanizaci, transformaci a modernizaci. Pobytové typy sociálních služeb se mění na jiné typy, jejichž základem je poskytování služeb v přirozené komunitě uživatele a podporování sociálního začlenění uživatele do společnosti. Je přijata dokonce *Koncepce* k transformaci, kterou přijala vláda České republiky 21.2.2007. Cílem je zajištění podpory takovou formou, aby nebyla osoba vytrhnuta ze svého domácího prostředí a aby odpovídala životu vrstevníků ve společnosti.³²

Humanizace sociálních služeb znamená, že by se poskytovatel měl snažit o změnu kvality života klienta.³³ Znamená to hlavně zaměření na individuální potřeby klienta, rozvoj jejich schopností, dovedností a možností. S pojmem humanizace souvisí i modernizace bydlení, snižování počtu klientů na pokojích i v jednotlivých zařízeních, možnost většího soukromí a osobních věcí na pokojích, neomezování návštěv rodiny a přátel a integrace klienta do běžné společnosti.

³⁰ PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.

³¹ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

³² Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*. [online]. [cit. 2013-01-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3857>

³³ ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

Molek mluví o decentralizaci, jejímž smyslem je maximálně přiblížit sociální služby (v požadované kvantitě, kvalitě a struktuře) potřebným jedincům a o to za vložení minimálních nákladů.³⁴ Nástrojem decentralizace je komunitní plánování sociálních služeb, o kterém bude pojednáno v následujících kapitolách.

Ústavní péče je nahrazována péčí domácí. Akcent na domácí péči je kladen především u seniorů a starších osob. Je zachována kvalita péče, dokonce je vyšší než u ústavní péče, standard se zlepšuje a veřejné náklady se snižují.³⁵ Je posilována pozice uživatele služeb. S podřízeného postavení se dostává do pozice partnera poskytovatele. Díky příspěvku na péči si může domluvit od koho a ta kolik bude službu přijímat. S tím souvisí očekávání, že vzroste poptávka po ambulantních službách, terénních službách,lepší se kvalita poskytovaných služeb a vzroste konkurenční boj.

Je kladen velký důraz na kvalitu poskytovaných služeb, probíhají kontroly odbornosti pracovníků v sociálních službách a také jejich poskytovatelů, kterým se tak udávají stejné podmínky pro jejich činnost.³⁶ Z právního hlediska je poskytování sociálních služeb upraveno Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Tento zákon nabyl účinnosti 1. ledna 2007 a obsahuje jedenáct částí. Celkem obsahuje 122 paragrafů, tedy je poměrně rozsáhlý. Byl několikrát novelizován a poslední novelizace byla provedena zákonem č. 366/2011 dne 26. listopadu 2011.

Na začátku je upraven předmět úpravy, základní zásady, vymezeny pojmy, vyjmenován okruh oprávněných osob, vymezení poskytovatelů sociálních služeb a působnosti v této oblasti. Ve druhé části se zákon věnuje příspěvkům na péči, jeho výši a podmínkám přiznání, je řečeno, kdo má na příspěvek nárok a jakým způsobem se vyplácí. Zároveň jsou stanoveny povinnosti, které musí žadatel splnit, aby příspěvek na péči dostal, jak probíhá formálně proces přiznávání příspěvku. Probíhá i kontrola využívání příspěvku. Ve třetí části jsou pak blíže definovány samotné sociální služby.

³⁴ MOLEK, J. *Marketing sociálních služeb*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-026-4.

³⁵ Stát tento trend podporuje svojí dotační politikou, kde podporuje ambulantní a terénní služby na vrub služeb pobytových.

³⁶ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

Zde jsou popsány základní druhy sociálních služeb a formy jejich poskytování. Vyjmenován je seznam zařízení poskytujících tyto služby a základní činnosti, které se provádějí při poskytování sociálních služeb. Konkrétně je zde přesně vymezeno a popsáno, co znamená sociální poradenství, sociální péče a služby sociální prevence. Navíc jsou zde přesně popsány podmínky poskytování služeb. Tím mám na mysli informace k podmínkám registrace, registru poskytovatelů sociálních služeb a náležitostem smlouvy o poskytování sociálních služeb. Další části zákona jsou věnovány mlčenlivosti, financování služeb, správním deliktům, jsou vyjmenovány předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka a pro výkon činnosti v sociálních zařízeních. Dále je shrnuta problematika vzdělávání a akreditací vzdělávacích programů.

I přes některé problémy přináší tento zákon mnoho zlepšení. Ta jsou viděna pozitivně jak odbornou, tak laickou veřejností. Zákon otevírá větší právní jistotu pro příjemce i poskytovatele služby.³⁷

K zákonu patří i prováděcí předpis Vyhláška č. 505/2006 Sb. Zde je přesněji specifikováno poskytování služeb u jednotlivých typů a rozsahu úkonů. Vyhláška také stanovuje horní hranici úhrad za některé sociální služby, popsány jsou zde standardy kvality péče, které musejí být splněny, aby zřizovatel mohl službu poskytovat.³⁸

Mezi poskytovatele sociálních služeb v ČR řadíme:

- Obce i kraje, které mají dbát na tvorbu vhodných podmínek pro sociální služby, jedná se hlavně o zjišťování potřeb obyvatel, zajištění informací aj.
- Nestátní neziskové organizace i fyzické osoby – nabízí rozsáhlé spektrum služeb.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí – v současné době je zřizovatelem níže uvedených specializovaných ústavů - Ústav sociální péče pro zrakově postižené

³⁷ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

³⁸ Vyhláška č. 505/2006 Sb. [online]. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf

v Brně – Chrlících, Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež Zbůch, Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně – Králově Poli, Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově, Ústav sociální péče pro tělesně postižené Hrabyně.

Nová koncepce sociálních služeb především předpokládá, že sociální služby budou poskytovány především nestátními subjekty. Pravidla pro poskytování sociálních služeb nestátními subjekty však nejsou dosud stanovena, proto jsou tyto subjekty registrovány pouze v obecných registrech, které evidují občanská sdružení a veřejně prospěšné společnosti.

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb, které vzniká rozhodnutím o registraci³⁹, vydaným příslušným krajským úřadem. Krajský úřad vede také registr poskytovatelů sociálních služeb, který v jeho elektronické podobě spravuje Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Nyní se budeme věnovat poskytovatelům sociálních služeb. Těmi mohou být právnické či fyzické osoby, které k tomu dostanou oprávnění. Musí splnit podmínky registrace dle ZSS.⁴⁰ Existují určité obecné principy poskytování sociálních služeb, které se pak promítají do konkrétních nástrojů poskytování. Mezi tyto obecné hodnoty patří dodržování práv uživatelů, respektování volby pacienta, zaměření na celek, individualizace podpory, flexibilita.

1.2.5 Registrace poskytovatelů sociálních služeb

Podmínky poskytování sociálních služeb jsou přesně definovány v ZSS. Jak již bylo zmíněno výše, lze služby poskytovat jen na základě získání oprávnění, které

³⁹Registrace se vyžaduje nejen u fyzických a právnických osob, ale také u organizační složky státu či územně samosprávného celku.

⁴⁰ ZSS, §6, §78.

vzniká díky rozhodnutí o registraci.⁴¹ To vydává příslušný krajský úřad, který poskytovatele zapisuje do registru, který v elektronické podobě spravuje MPSV.⁴² Mezi podmínky registrace patří podání žádosti, odborná způsobilost a bezúhonnost všech pracovníků, kteří budou pracovat s klienty, zajištění hygienických podmínek, právo k využití prostor, kde bude služba poskytována, zajištění materiálních a technických podmínek. V neposlední řadě je potřeba doložit skutečnost, že majetek žadatele nebyl vzat do konkurzu. Každá služba musí být registrována samostatně.

V případě odnětí registrace již nesmí poskytovatel nadále službu nabízet a vykonávat. Důležitá je i kontrola, která dbá na dodržování všech podmínek.⁴³

1.2.6 Smlouva o poskytnutí sociální služby

Jednou z nejvýznamnějších novinek zákona o sociálních službách je skutečnost, že o poskytnutí sociální služby musí poskytovatel sociální služby uzavřít s jejím uživatelem smlouvu. Tímto způsobem je dále posíleno postavení člověka – uživatele sociální služby – jako subjektu sociální politiky, neboť má možnost sám spolurozhodovat o způsobu zabezpečení při řešení obtížné sociální situace. Dřívější systém, kdy o poskytování sociální služby vydá zřizovatel uživateli rozhodnutí, je tak nahrazen smluvním vztahem mezi poskytovatelem a uživatelem bez jakéhokoli zásahu třetího subjektu.⁴⁴

Smlouva o poskytnutí sociální služby musí být vždy uzavřena písemnou formou⁴⁵ a musí obsahovat níže uvedené náležitosti:

- označení jednotlivých smluvních stran,

⁴¹ ZSS, §6, §78.

⁴² ZSS, §78, 85, 86.

⁴³ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

⁴⁴ Charakteristika stěžejních prvků nového zákona. Smlouva o poskytnutí sociální služby – stav k 30.6.2009. Program ASPI UX226

⁴⁵ výjimku tvoří raná péče, tlumočnické služby, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a sociální rehabilitace

- druh poskytované sociální služby,
- rozsah poskytnutí sociální služby,
- místo a čas poskytnutí sociální služby,
- výši úhrady za sjednané sociální služby a způsob její úhrady,
- dohodu o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb,
- výpovědní lhůty a výpovědní důvody,
- dobu platnosti smlouvy.

Pro uzavření výše uvedené smlouvy a pro právní vztah, které z ní vyplývají, se užívá právní ustanovení občanského zákoníku. Následné spory, které vzniknou na základě smlouvy, řeší okresní či městské soudy.

Poskytovatel sociální služby může odmítnout uzavření smlouvy, ale jen v případech, kdy neposkytuje sociální službu, kterou uživatel žádá, či nemá dostatečnou kapacitu pro vykonávání sociální služby či pokud podpis smlouvy vylučuje zdravotní stav osoby, která o sociální službu žádá.

Tato povinnost uzavření smlouvy je hodnocena velmi pozitivně. Dochází tak k posílení pozice klienta, vztah se stává přehlednější. Toto tvrzení se týká především sociální péče, u sociální prevence je situace stále trochu složitější.⁴⁶

1.2.7 Komunitní plánování

Existují dvě možnosti jak rozvíjet a plánovat sociální služby v rámci daného regionu.⁴⁷ Jedna z variant je komunitní plánování a druhá možnost je sociálně demografická analýza obce. Jedna strana mince je administrativní přístup, druhá je participativní přístup. V této kapitole bude pojednáno o první variantě – o komunitním plánování, které je participativním přístupem. „Komunitní plánování jako nástroj pro posilování sociální soudržnosti a podporu sociálního začleňování

⁴⁶ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

⁴⁷ KVĚTENSKÁ, D. 2005. *Proměny sociálních služeb*. In Smutek, M. ed. 2005. *Možnosti sociální práce na počátku 21. století*. Hradec Králové: Edice texty k sociální práci.

a předcházení sociálnímu vyloučení sociálně znevýhodněných osob na trhu práce.⁴⁸ Komunitní plánování funguje pro rozvoj sociálních služeb na místní, regionální či krajské úrovni. Termín komunitní plánování se používá speciálně pro sociální a zdravotní oblast. Je kladen důraz na zapojování uživatelů do procesu utváření služeb. Při plánování dochází k zapojení veřejnosti (organizované ve formě formálních organizací i neorganizované ve formě jednotlivých zainteresovaných občanů) do plánování a rozhodování o sociálních službách.⁴⁹ V tomto typu plánování se zvyšuje důležitost lokálních politik.⁵⁰ Stát je v této sféře oslabován a je posilována linie plánování zdola nahoru. Přesunem pravomocí na regionální úroveň se otevírají občanům další možnosti zapojení do rozvoje a plánování.

Komunitní plánování je metoda, která umožňuje zpracování rozvojových materiálů pro různé oblasti veřejného života na úrovni obce a kraje. Postupy a techniky komunitního plánování lze použít pro všechny oblasti veřejného života. Podstatou je možnost aktivního zapojení místních občanů a široké veřejnosti do strategických rozhodnutí obcí. Je to moderní trend plánování rozvoje, používá se již od 90. let. Pravidla, která by někomu zakazovala účastnit se veřejného plánování, neexistují.

Jedná se o plánování sociálních služeb na úrovni obcí a krajů tak, aby odpovídaly místním specifikům i potřebám jednotlivých občanů. Má být otevřeným procesem, kde jsou zjišťovány potřeby a zdroje, hledají se nejlepší řešení v oblasti sociálních služeb. Je posilována pozice uživatele. Zapojování veřejnosti do rozhodování je novým trendem v poskytování sociálních služeb. Jde o realizaci vztahu zdola-nahoru. Ve vztahu k sociální oblasti by se měli především sami uživatelé podílet na rozhodování

⁴⁸ *Komunitní plánování-web o komunitním plánování*. [online]. [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.komunitniplanovani.com/>

⁴⁹ BEMARD, J. *Endogenní rozvojové potenciály malých obcí a místní samospráva. Sociologické studie*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2010. ISBN 978-80-7330-187-3.

⁵⁰ KEATING, M. *The new regionalism in Western Europe: Territorial restructuring and political change*. Cheltenham: Edward Elgam Pub, 1998. ISBN 1858985277.

a plánování koncepce služeb na daném území. Má být brán ohled na lokální podmínky, zajištění služeb by mělo odpovídat potřebám oblasti a obyvatel na konkrétním území.⁵¹

Rozvojový plán sociálních služeb, jinak taky nazýván komunitní plán, je zcela novým prvkem, který přišel s novým zákonem o sociálních službách. Cílem tohoto plánu je zvýšení místní i typové dostupnosti všech sociálních služeb a snižovat tak rizika vyloučení handicapovaných obyvatel. Tento plán má také být nástrojem, který pomůže obcím i městům v poznávání potřeb obyvatel a také měl zajistit dostatečné financování sociálních aktivit.⁵²

„Komunitní plánování je postup, který má zmapovat místní potřeby sociálních služeb a porovnat je s místními zdroji, což jsou v první řadě existující organizace, jež služby poskytují. Subjekty, které by se měly komunitního plánování zúčastňovat, jsou uživatelé sociálních služeb, tj. lidé, kteří se ocitli v nepříznivé životní situaci a nemohou je vlastními silami zvládnout. Další významnou skupinou jsou poskytovatelé sociálních služeb, ať už jsou zaměstnaní ve státních, obecních, nebo jiných organizacích.“⁵³

Komunitní plánování probíhá v těchto fázích:

1. fáze - příprava – jedná se o zformování pracovních skupin, musí být získána politická podpora obce apod.
2. fáze – vytvoření řídicí struktury – tzn. všichni účastníci se podílejí na tvorbě řídicí struktury,
3. fáze – definování problémů a potřeb – zájmy, potřeby a cíle všech účastníků musí být představeny, jsou analyzovány potřeby a zhodnoceny existující zdroje i příležitost, které se týkají sociálních služeb,
4. fáze – návrh rozvoje sociálních služeb – v této fázi formulujeme hodnoty, cíle a priority, musíme si uvědomit všechny překážky,

⁵¹ KUBALČÍKOVÁ, K. 2009b. Role klienta při vytváření specifické zakázky sociální práce na místní úrovni. *Sociální práce*, 2009, č. 3, s. 93-102. ISSN 1213-6204.

⁵² PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.

⁵³ PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. s.45. ISBN 978-80-7357-255-6.

5. fáze – formulace strategie rozvoje sociálních služeb – v této fázi plánujeme a zpracováváme komunitní plán, tento plán se poté předkládá veřejnosti k projednání, poté musí být schválen zastupitelstvem,

6. fáze – provádění plánů – poslední fáze, kdy přecházíme k realizaci plánů, informování veřejnosti o postupu realizace plánu, vyhledávání a zapojování nových partnerů, revize plánu a formulace alternativ.⁵⁴

Komunitní plánování z pohledu právního řádu ČR

V ČR se obecně postupy komunitního plánování nazývají plánování se širokým zapojením veřejnosti. Z legislativního hlediska se plánování věnuje Zákon o obcích č. 128/2000Sb., Zákon č. 129/2000 Sb., o krajích a Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. ZSS z roku 2006 přinesl významnou změnu do plánování služeb. Je zde přesně vymezeno, co se pojmem plánování rozumí. Plán rozvoje sociálních služeb je charakterizován jako „výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis způsobu zpracování plánu, popis a analýza existujících zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb.“⁵⁵

Nově jsou stanoveny povinnosti obcí, krajů a ministerstva v oblasti plánování. Obce mohou zpracovat střednědobý plán rozvoje ve spolupráci s krajem. Kraj zjišťuje potřeby obyvatel na svém území, zajišťuje dostupnost informací o možnostech a způsobech poskytování služeb na svém území, spolupracuje s obcemi a dalšími kraji a s poskytovateli služeb. Stejně jako obce zpracovává střednědobý plán rozvoje. Musí však spolupracovat s obcemi a přihlížet k informacím, které mu obce poskytnou.

⁵⁴ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

⁵⁵ ZSS, §3, odst. h

Úlohou krajů je i informovat MPSV o plnění plánů rozvoje. MPSV pak řídí a kontroluje podřízené orgány v této věci, zpracovává střednědobý plán rozvoje za účasti krajů a obcí. MPSV spolupracuje při této činnosti s Ministerstvem vnitra.⁵⁶

Je zde kladen velký důraz na spolupráci, především ve vztahu krajů a obcí. Není přesně určeno, jakým způsobem mají být plány rozvoje sociálních služeb zpracovány, ale jsou zde pouze definovány základní požadavky a to především teoretické.

1.2.8 Vzdělávání sociálních pracovníků jako součást kvality sociálních služeb

„Jedním z nejvýznamnějších prvků zákona o sociálních službách je povinnost sociálního pracovníka obnovovat si, upevňovat a doplňovat svoji kvalifikaci. Tato skutečnost významným způsobem přispěje ke zvýšení prestiže sociální práce i k postavení sociálního pracovníka ve společnosti. Zákon o sociálních službách rozděluje odborné pracovníky v sociálních službách do čtyř kategorií – sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci.“⁵⁷

Předpokladem k výkonu povolání sociálního pracovníka je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost (vyšší odborné vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci, sociální pedagogiku, humanitární práci, sociálně právní činnost a charitní a sociální činnost, vysokoškolské vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, popř. absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů ve výše uvedených oblastech v rozsahu nejméně 200 hodina a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let).⁵⁸

„Odbornost sociálních pracovníků nelze trvale odvozovat pouze od splnění kvalifikačních předpokladů studiem na vysoké nebo vyšší odborné škole. Sociální

⁵⁶ ZSS, §94, odst. a - c

⁵⁷ PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. s.92-93. ISBN 978-80-7357-255-6.

⁵⁸ PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.

pracovník má povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovuje, upevňuje a doplňuje kvalifikaci.⁵⁹ Další vzdělávání sociálních pracovníků se pak uskutečňuje ve vzdělávacích zařízeních a vzdělávacích programech – např. specializační vzdělávání, účast v akreditovaných kurzech, odborné stáže v zařízeních sociálních služeb, účast na školicích akcích apod. Účast na dalším vzdělávání je dle zákona o sociálních službách považována za prohlubování kvalifikace. Dokladem o absolvování dalšího vzdělávání je osvědčení vydané daným vzdělávacím zařízením, ve kterém se sociální pracovník vzdělával. Zákon o sociálních službách také stanovuje lhůty ke splnění předpokladů odborné způsobilosti sociálního pracovníka a zákonem stanovené výjimky ve vzdělávání.

1.2.9 Standardy kvality sociálních služeb

V této práci zmiňovaný zákon o sociálních službách zavedl mimo jiné ve své prováděcí vyhlášce velmi důležitý nástroj, který se týká kvality poskytované sociální služby. Jedná se o tzv. standardy kvality sociálních služeb.

Proces modernizace systému sociálních služeb se snaží zajistit služby poskytované v určité míře, kvalitě a dostupnosti. Jelikož je kvalita spíše subjektivní pojem, bylo nutné nastavit určitá měřitelná kritéria pro její hodnocení. Měřitelnými kritérii jsou tzv. Standardy kvality sociálních služeb, které se člení na procedurální, personální a provozní standardy. Procedurální standardy jsou považovány za nejdůležitější. Stanovují, jak má daná poskytovaná služba vypadat. V těchto standardech je možné najít např. jak službu přizpůsobit individuálním potřebám každého člověka nebo vymezení problémů, které se mohou vyskytnout při jednání se zájemcem o služby. Personálnímu zajištění služeb se blíže věnují personální standardy. V této oblasti je velmi důležitá zejména kvalita personálu, který sociální službu poskytuje. Tato kvalita záleží především na vzdělání, na dovednostech,

⁵⁹ MERITUM SEGMENT. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. s.178. ISBN 978-80-735-7316-4.

na pracovních podmínkách apod. Provozní standardy pak definují podmínky pro poskytování sociálních služeb.⁶⁰

Standardy kvality sociálních služeb jsou uvedeny ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Ve vyhlášce v příloze č. 2 je uveden obsah všech patnácti Standardů kvality sociálních služeb. V roce 2002 byl vydán Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR „Průvodce poskytovatele – Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe“, kde bylo uvedeno původních 17 Standardů kvality sociálních služeb.

1.2.10 Úhrada nákladů na sociální služby

Jednotlivé sociální služby jsou v České republice poskytovány buď bez úhrady nákladů, za částečnou nebo za plnou úhradu nákladů.

„Úhrada nákladů za sociální služby hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené mezi poskytovatelem služby podle zákona o sociálních službách. Výši úhrady navrhne poskytovatel podle rozsahu služeb zvolených osobou, které jsou služby poskytovány.“⁶¹ Při stanovení konkrétní částky za poskytnuté sociální služby je poskytovatel povinen řídit se výší maximální denní částky nebo částky za úkon, které jsou upraveny vyhláškou č. 505 ze dne 15.11.2006. Pokud osoba čerpající sociální služby nemá příslušný příjem, který by postačoval na úhradu nákladů, může se poskytovatel dohodnout na spoluúčasti na úhradě nákladů s rodinnými příslušníky klienta.

⁶⁰ ČERMÁKOVÁ, K. a M. JOHNOVÁ. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.

⁶¹ MERITUM SEGMENT. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. s.140. ISBN 978-80-735-7316-4.

Sociální služby poskytované bez úhrady

Bez úhrady nákladů se poskytují dle zákona o sociálních službách sociální poradenství, raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, krizová pomoc, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, terénní programy, sociální rehabilitace, sociální služby v kontaktních centrech, služby sociálně-terapeutických dílen a sociální služby intervenčních center.⁶²

„Sociální služby poskytované bez úhrady jsou svoji povahou řešící krizové situace nebo takové, na kterých má společnost zájem z důvodu ochrany před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů“.⁶³

Sociální služby poskytované za úhradu

Spotřebitelé sociálních služeb hradí náklady za ubytování, stravu a poskytnutou péči za pobytové služby poskytované v týdenních stacionářích, domovech pro osoby se zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, chráněném bydlení a v zdravotnických zařízeních ústavní péče. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanovuje prováděcí předpis, přičemž po zaplacení za ubytování a stravu v týdenních stacionářích musí osobě zůstat alespoň 25% z jejího příjmu a při poskytování ostatních pobytových služeb musí klientovi získat alespoň 15% jejího příjmu.⁶⁴ „Úhrada za péči se stanoví při poskytování pobytových služeb, s výjimkou týdenních stacionářů, ve výši přiznaného příspěvku, u pobytových služeb v týdenních stacionářích maximálně ve výši 75% přiznaného příspěvku.“⁶⁵

Za poskytování sociálních služeb osobní asistence, pečovatelské služby, tísňové péče, podpory samostatného bydlení, odlehčovacích služeb, služeb v centrech denních

⁶² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 72

⁶³ MERITUM SEGMENT. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. s.141. ISBN 978-80-735-7316-4.

⁶⁴ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁶⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 73, odst. 4

služeb, služeb v denních stacionářích, pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb a průvodcovských a předčitatelských služeb hradí jejich uživatelů úhradu ze základní činnosti, která je stanovená smlouvou, přičemž jejich maximální výši určuje prováděcí předpis k zákonu o sociálních službách.

Pečovatelská služba je poskytována s výjimkou úhrady nákladů na stravu zdarma rodinám, ve kterých se narodily současně 3 a více dětí a to do věku čtyř let těchto dětí, účastníkům odboje, osobám, kterou jsou účastny rehabilitace podle zákona o soudní rehabilitaci, osobám, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru, pozůstalým manželům a manželkám starším 70 let.⁶⁶ V azylových domech, v domech na půl cesty, v terapeutických komunitách a v zařízeních následné péče hradí uživatelé ubytování a stravu. V sociálně terapeutických dílnách je hrazena uživateli pouze strava a v noclehárnách a nízkoprahových denních centrech hradí uživatelé náklady poskytnuté služby v neregulované výši stanovené poskytovatelem (služby poskytované v noclehárnách jsou hrazeny zejména dle finančních možností uživatele a úvahy poskytovatele).

Za fakultativní nadstandardní činnosti a služby je možno požadovat po uživateli těchto služeb úhradu do plné výše nákladů.⁶⁷

1.3 Sociální služby reagující na krize a služby pro lidi trpící duševními nemocemi

U osob s duševními nemocemi se využívá kombinace několika služeb, neboť jeden typ služby může být v určitou dobu přiměřené a v jinou dobu nikoli. Požadavku na pružné přizpůsobování služeb odpovídá model řízené péče, který je u nás již na některých zdravotních pracovištích zaváděn.

Kromě ústavní péče jsou dalšími vhodnými sociálními službami denní stacionáře, terapeutická práce sociálního pracovníka s rodinou, podporované bydlení

⁶⁶ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

⁶⁷ MERITUM SEGMENT. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. ISBN 978-80-735-7316-4.

a podporované zaměstnávání, krizová a telefonická krizová intervence a svépomocné skupiny, tzv. patientské kluby.⁶⁸

Nemocným lidem slouží především zdravotnická zařízení, proto je nabídka sociálních služeb v této oblasti omezená. V současnosti však také v nemocnicích a jiných zdravotních zařízeních pracují sociální pracovníci a zdravotně sociální pracovníci, jehož kompetence jsou vyšší než kompetence sociální pracovníků. Zdravotně sociální pracovník zejména realizuje preventivní programy, provádí šetření v rodinách nemocných, zajišťuje péči o pozůstalé, spolupracuje s veřejnou správou, organizuje rekondiční pobyty apod. Naproti tomu sociální pracovník v ústavních zdravotnických zařízeních pomáhá klientovi kontakt s lidmi a institucemi a zabývá se tím, do jakých podmínek (vztahových, bytových, finančních) se klient po propuštění z ústavní péče vrátí.⁶⁹

Pro určité typy nemocných jsou organizovány programy a sociální služby některými nestátními neziskovými organizacemi či jsou samostatně zakládány kluby těchto pacientů, jejichž hlavním cílem je vzájemná podpora a integrace do života, nové informace z oblasti léčby, pořádání benefičních akcí a sbírek apod.

1.3.1 Služby pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích

V Českých Budějovicích jsou následující organizace poskytující služby lidem s duševním onemocněním. K níže popsaným, kde je také realizováno dotazníkové šetření pro výzkumné část mé práce, je možné ještě přiřadit Domov Libníč a Centrum sociálních služeb Empatie. Jedná se o pobytové zařízení, kde jsou poskytovány zdravotní a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním v rámci Jihočeského kraje.

Organizace Fokus České Budějovice o.s. funguje od roku 2006, jejími klienty jsou lidé s duševním onemocněním nad 18 let věku z Českých Budějovic, Českého

⁶⁸ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

⁶⁹ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

Krumlova a okolí. Hlavními službami organizace jsou sociálně terapeutické dílny a služby sociální rehabilitace. Klientům nabízí volnočasové aktivity sportovního, kulturního i vzdělávacího charakteru, obhajují práva a zájmy osob s duševním onemocněním, poskytují zázemí rodinám či svépomocné aktivity (časopis Fokusoviny). Výrobky ze sociálně terapeutických dílen je možné zakoupit při různých pořádaných akcích a na Fokushopu, který je dostupný na internetových stránkách organizace.⁷⁰

Organizace Domino spadá pod Městskou charitu České Budějovice, jedná se o službu následné péče pro lidi s chronickým duševním onemocněním. Mezi základní činnosti patří sociálně terapeutické činnosti (keramická a textilní dílna, psychoterapie, cvičení, canisterapie, pobyty v přírodě), volnočasové aktivity (čtenářský klub, výuka cizího jazyka a práci na PC, pravidelné přednášky, besedy, kulturní a společenské akce), sociální poradenství, terénní práce (např. pomoc při vyřizování úředních záležitostí, nákupů, návštěvy v domácnostech) a v neposlední řadě nabízí prostor pro setkávání lidí s duševním onemocněním.⁷¹

Součástí českobudějovické nemocnice je mimo jiné i psychiatrické oddělení. Má kapacitu 42 lůžek, poskytuje hospitalizace krátkodobého charakteru, při potřebě delších hospitalizací spolupracuje s léčebnami na území Jihočeského kraje. Součástí oddělení je také denní stacionář, kde mohou hospitalizovaní klienti trávit čas a využít různých nabízených aktivit (pletení z pedigu, výtvarné činnosti, společenské hry atd.)⁷²

⁷⁰Stanovy Fokus České Budějovice, o.s. [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: http://www.fokus-cb.cz/filib/STANOVY_FOKUS_CB_2009.pdf

⁷¹Domino-slужba následné péče pro lidi s duševním onemocněním. [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://mchcb.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domino-sluzba-nasledne-pece-pro-lidi-s-dusevnim-onemocnenim#directory-detail>

⁷²Nemocnice České Budějovice, a.s. Psychiatrické oddělení-základní informace. [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/oddeleni/psychiatricke-oddeleni/>

1.4 Duševní onemocnění

Tato kapitola bude pojednávat o psychických onemocněních. V první části bude vymezen pojem duševní onemocnění, další část se bude věnovat formální stránce věci a to právům osob s duševním onemocněním. Poslední část podrobněji rozebere dělení duševních poruch.

Podle statistiky WHO vyhledá psychiatrickou péči každý čtvrtý občan EU. Podle hrubého odhadu je v zemích Evropy depresemi postiženo asi 40% lidí, dalších 15 % lidí trpí některou z osobnostních poruch a 3% lidí trpí závažným psychotickým onemocněním, což jsou například schizofrenie, bipolární afektivní porucha aj.⁷³ Tyto statistiky potvrzují i čísla v České republice. Podle České psychiatrické společnosti má až třetina obyvatel psychické potíže a tento počet má narůstající tendenci. Na faktu, že se počet lidí trpících psychiatrickým onemocněním neustále zvyšuje, má podíl více faktorů. Mezi ně patří určitě i narůstající civilizační stres. Otázkou zůstává kolik lidí z těch, co opravdu trpí duševním onemocněním, vyhledá odbornou pomoc. Je pravděpodobné, že skutečná čísla jsou mnohem vyšší.⁷⁴

Deprese je jedním z nejčastějších zdravotních problémů, který lidé zakoušejí v životě.⁷⁵ Touto nemocí trpí přibližně tři až čtyři procenta populace a patří mezi nejčastěji zastoupené duševní nemoci. U každého pátého člověka se minimálně jednou za život objeví klinicky významná deprese. Ženy trpí tímto onemocněním dvakrát častěji než muži. Prevalence⁷⁶ se u depresí pohybuje okolo patnácti procent.⁷⁷ Například

Magistrát města České Budějovice. *Komunitní plán sociálních služeb*. [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://rpss.c-budejovice.cz/cz/archiv/rpss-2008-2013/Documents/Komunitni-plan-socialnich-sluzeb-2004-2008.pdf>

⁷³ Nrzp. *Ochrana duševního zdraví občanů ČR*. [online]. [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/tiskove-zpravy/123-ochrana-dusevniho-zdravi-obcanu-cr.html>

⁷⁴ Stopstigma. *O duševních nemocech*. [online]. [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.stopstigma.cz/o-dusevnych-chorobach.html>

⁷⁵ PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-558-5.

⁷⁶ Prevalence – počet nemocných v populaci v určitém časovém období (Hartl, Hartlová, 2009).

bipolární porucha neboli maniodepresivní psychóza se vyskytuje u jednoho až tří procent. Ženy navíc opět trpí touto nemocí častěji.⁷⁸ Toto onemocnění začíná většinou v dospělosti mezi 25. a 40. rokem života.⁷⁹ Schizofrenie se vyskytuje poměrně často, onemocní jí přibližně jeden člověk ze sta. Jako jedna z mála duševních nemocí postihuje stejně často muže i ženy. Rozdílná je však doba nástupu nemoci. U mužů se schizofrenie objevuje dříve, už mezi 15. a 25. rokem života, u žen v průměru o deset let později.⁸⁰

1.4.1 Charakteristika duševního onemocnění

„Rozložení jednotlivých psychopatologických projevů má většinou v populaci tzv. normální Gaussovo rozložení, což znamená, že se daný projev může v mírném stupni vyskytovat i v běžné populaci „psychicky zdravých“ lidí. Proto přechod mezi tzv. „normou psychického zdraví“ a psychopatií je postupný. Mezi oběma oblastmi nelze vést ostrou čáru. Proto také každý člověk, který začíná studovat psychopatologii, nachází u sebe a svých blízkých nějaké patopsychologické projevy.“⁸¹

Na duševní onemocnění se můžeme dívat z více pohledů. Základním vnímáním je medicínský náhled (můžeme ho nazývat klinickým, lékařským aj., prostě pohled odborníků zabývajících se duševními nemocemi z pohledu těch, co je léčí). Touto perspektivou jsou onemocnění i rozděleny v mezinárodní klasifikaci „Duševní poruchy a poruchy chování“, o které bude pojednáno v dalších kapitolách. Obecně jsou psychická onemocnění velmi různorodá a mají rozdílnou míru závažnosti. Zjednodušeně je možné představit si určité kontinuum, kdy na jednom pólu je zdravý

⁷⁷ HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství H & H, 1996. ISBN 80-85787-96-2.

⁷⁸ ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-494-2.

⁷⁹ KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

⁸⁰ PRAŠKO, J. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.

⁸¹ NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie*. Praha: UJAK, 2010. s.28. ISBN 978-80-86723-85-3.

člověk, uprostřed lidé s různými neurotickými obtížemi⁸² a na druhém pólu lidi s duševním onemocněním.⁸³ Duševní nemoci z psychopatologického hlediska můžeme rozlišovat podle šíře poruch osobnosti a dají se dělit na dvě hlavní kategorie – psychózy a neurózy.⁸⁴ Rozdíl mezi psychózou a neurózou je takovýto: neurotik sice mívá také úzkosti, strachy, deprese, podobně jako schizofrenik, ale tyto obtíže mu umožňují relativně fungovat v reálném světě.⁸⁵ Psychopatologická onemocnění jsou především maniodepresivní psychóza a schizofrenie.⁸⁶ Někteří autoři mezi ně řadí také depresi.⁸⁷

Pro duševní onemocnění je charakteristický tzv. cyklický průběh nemoci, při kterém se střídají akutní stavy nemoci – ataka a klidové období bez příznaků nemoci. Akutní projevy každého duševního onemocnění mívají většinou časově omezenou dobu trvání. Také mohou příznaky časem zeslábnout či zcela odeznít. Jedná se o tzv. remisi, stav, kdy nemoc ustoupila, ale příznaky mohou ve zbytkových projevech ještě přetrvávat. V případě, že dojde k úplnému uzdravení, mluvíme o tzv. úplné remisi.⁸⁸ Neznamená to však, že pacient se zcela vyléčil z psychózy. Zůstává často vysoká zranitelnost, která usnadňuje návrat nemoci v budoucnosti.⁸⁹ V období remise nelze předpovědět, zda se nemoc vrátí, ale stává se tak u 60 % pacientů. Mnoho lidí se může adaptovat v období remise na běžný život, ale i ve fázi remise se mohou objevovat poruchy kognitivních funkcí, pozornosti, emocí (na úrovni

⁸² Neuróza je duševní porucha, související se situací, kterou člověk zakouší jako stresující, společným jmenovatelem je vysoká míra úzkosti, avšak člověk má zachovalý náhled na chorobnost stavu (Hartl, Hartlová, 2009).

⁸³ PRAŠKO, J. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.

⁸⁴ JAROLÍMEK, M. *Antidepresiva*. [online]. [cit. 2014-01-23]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=21008>

⁸⁵ PRAŠKO, J. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.

⁸⁶ KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

⁸⁷ HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Nakladatelství H & H, 1996. ISBN 80-85787-96-2.

⁸⁸ VITÁKOVÁ, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnání*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.

⁸⁹ KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.

sebeprožívání i ve vztazích k druhým lidem).⁹⁰ V psychologii je recidiva označována pojmem relaps, který znamená „zvrát, návrat choroby k předchozímu stavu, opětovné vzplanutí předtím potlačené choroby.“⁹¹

Další perspektivou je nepsychiatrické hledisko. „V diagnostické příručce je to jakž takž jasné. Pacientova výpověď, zjev a další informace z pacientova okolí se propasírují skrze algoritmus diagnostického rozhodovacího procesu a objeví se nemoc.“⁹² Učebnicový výsledek se v praxi nevyskytuje napořád a neplatí u každého stejně. Duševní nemoc je nemoc v různých situacích a v různých obdobích. Dokonce je to někdy i nemoc, se kterou se dá vést normální život v některých případech.⁹³ K nepsychiatrickému patří i vnímání neústavní formy péče. Ta je klientovi dobře dostupná a nevytrhuje ho z jeho přirozeného prostředí.⁹⁴ I mezi odborníky se najdou názory, že by nikdo neměl být vytrháván ze svého přirozeného prostředí kvůli svému postižení a být zavírán za zdmi velkokapacitních ústavů.⁹⁵ Je potřeba uvědomit si unáhlenost institucionalizované péče v souvislosti s nebezpečím vypuknutí recidivy.

Na duševní onemocnění se také můžeme dívat z pohledu sociálního. Duševní onemocnění lidem znesnadňuje dost podstatně míru možnosti zapojení do běžného života.⁹⁶ Tito lidé v mnoha případech pobírají invalidní důchody, podstupují léčení u psychiatra, psychoterapeuta a podstupují další psychoterapeutické aktivity. Z různých

⁹⁰ MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.

⁹¹ HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. str. 504. ISBN 978-80-7367-686-5.

⁹² PALEČEK. Investigations of the supercoil-selective DNA binding of wild type p53 suggest a novel mechanism for controlling p53 function. *European Journal of Biochemistry*, 2004, vol. 271, no. 19, s. 3865-3876, str. 37. ISSN 0014-2956.

⁹³ PALEČEK. Investigations of the supercoil-selective DNA binding of wild type p53 suggest a novel mechanism for controlling p53 function. *European Journal of Biochemistry*, 2004, vol. 271, no. 19, s. 3865-3876, str. 37. ISSN 0014-2956.

⁹⁴ Neústavní forma péče se nazývá deinstitucionalizace (Matoušek, 2008).

⁹⁵ PFEIFFER, J. *Dluh z minulosti vůči postiženým musíme splatit*. [online]. [cit. 2013-11-03]. Dostupné Z: <http://www.euractiv.cz/socialni-politika/clanek/jan-pfeiffer-dluh-z-minulosti-vuci-zdravotne-postizenym-musime-splatit-010336>

⁹⁶ NOVÁK, J. a R. ERBANOVA. 2007. Praha: Fokus o.s.

důvodů si nemohou najít zaměstnání, mívají málo přátel, tráví většinu času doma o samotě. Často nevycházejí ven, pouze v nutných případech, tím ztrácejí kontakty s vnějším světem, sociální návyky, své dovednosti. Díky tomuto cyklu se prohlubuje jejich závislost na státní pomoci, ať už sociální nebo lékařské. Lidé s duševním onemocněním se často dostanou do společenské izolace.⁹⁷ Kvůli onemocnění je jim znemožněno normálním způsobem navazovat mezilidské vztahy. Často se také stane, že vazby dříve vybudované, člověk ztrácí nebo oslabují. Nejsou pouze ve společenské izolaci, ale mohou být omezeni fyzickými nebo finančními prostředky, což jim opět znesnadňuje trávení volného času ve veřejných prostorách. V neposlední řadě je ovlivněna jejich koncentrace, nálady, vůle, jednání, dovednosti a schopnosti. V případě, že pacienti projdou ústavní péčí nebo dlouhodobějším pobytem v některém psychiatrickém zařízení, mohou mít problémy i s bydlením – buď ho ztrácejí, nebo jsou odsouzeni žít v sociální izolaci nejužší rodiny. Tím se opět dostávají do začarovaného kruhu. Zpětně je ovlivněna schopnost další socializace, aktivování se k činnosti a pracovnímu uplatnění.⁹⁸ Lidé s psychickými obtížemi mívají menší sociální síť než ostatní „normální“ lidé. Tím pádem se na ni mohou méně spoléhat.⁹⁹ Při hodnocení kvality života ji lidé s duševním onemocněním označují jaké nižší. Negativně posuzují finanční situaci, celkově mají negativní pocity a menší uspokojení ze života. Ovšem stejně jako zdraví lidé mají podobná přání a cíle, což kontrastuje s jejich negativním hodnocením kvality života. Chtějí dobré zdraví, pohodlné bydlení, dobré vztahy, pořádnou práci, přátele, náplň svého volného času, sebeúctu, uznání druhých a osobnostně-sociální rozvoj.

Podle různých životních situací, ve kterých se zrovna nacházejí, můžeme lidi s duševním onemocněním rozdělit do čtyř skupin. Skupiny můžeme definovat životní

⁹⁷ MAHROVÁ, G a M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

⁹⁸ BAJER, P. 2008, U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky. *Sociální práce* / č. 1, 52 s.

⁹⁹ PEČ, O. a V. PROBSTOVÁ. *Psychózy -- Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.

etapou člověka, jeho funkční kapacitou a potenciálem rozvoje.¹⁰⁰ První skupinou jsou mladí lidé, kteří jsou v období „startu do života“. Může to být hledání studia, práce nebo partnera. V tomto období se oddělují od rodiny, získávají potřebné dovednosti pro samostatné fungování v budoucnosti, budují si vlastní sociální síť, hledají osobní cíle a směřování života. Pokud se nacházejí v nevyhovujícím prostředí (nepřátelské, emočně nestabilní, přehnaně ochranné), je velmi důležitá podpora. Pro mladého člověka s duševním onemocněním je to jinak nezvladatelná zátěž. Druhou skupinou jsou lidé, kterým nemoc výrazně ovlivnila funkční kapacitu včetně pracovního potenciálu. Mohou být například v invalidním důchodu. Typicky mají pocit izolace, vyřazení ze společnosti. Z těchto důvodů mají problém zvládat krizové a zátěžové situace. Další kategorie jsou lidé žijící doma. Běžné životní situace zvládají s menšími problémy a pracují, a tak jejich sociální fungování nemusí být nějak významněji ovlivněno. Mohou mít plný úvazek nebo pobírají částečný invalidní důchod. Klasická je však snížená úroveň adaptace, jistá míra nestálosti nebo závislosti. Také v zátěžových situacích nemají takovou kapacitu na jejich zvládnutí. Poslední skupinou jsou lidé, kteří jsou dlouhodobými klienty institucí nebo ti, kteří kvůli jejich potížím ztratili zázemí. Jejich domácí situace a prostředí jsou nevyhovující. Sami nejsou schopni si nové zázemí budovat. Také mohou mít problémy se sebeobsluháním, protože nikdy nenabyli dovednosti potřebné k tomu, aby samostatně fungovali. Kromě toho jim chybí i sociální dovednosti. Navíc v nich ústavní péče prohloubila závislost na zdravotním a sociálním systému.

1.4.2 Příčiny vzniku duševních poruch

Příčiny vzniku duševních poruch je možné rozdělit do dvou základních skupin:

1. **etiologický činitel je známý** – duševní porucha se vyvine na základě organického postižení mozku (např. cévní poruchy, mozkové nádory, infekční poruchy mozku, apod.)

¹⁰⁰ MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

2. působí více činitelů

a) **faktory hereditárně-konstituční** – jedná se o zděděné dispozice, tzn. dědičnou náchylnost ke vzniku duševní poruchy.

b) **faktory zevního prostředí** – jedná se např. o vlivy z období raného dětství, vliv infekcí či toxických látek, vliv negativních životních událostí, apod. Dále zde patří různé zraňující události či nepříznivá sociální situace, např. nezaměstnanost, neúspěch v práci nebo rozchod. U některých poruch hraje velkou roli míra zranitelnosti (vulnerability) daného jedince – dlouhodobý stres např. působí velice negativně a může tedy vést k problémům v oblasti sociálního fungování. Tyto události nejsou většinou považovány za přímé příčiny vzniku duševních poruch, ale někdy bývají označovány za „spouštěče“ poruchy. Naopak vlivy zevního prostředí mohou být také pozitivní (např. harmonická rodina v dětství apod.).¹⁰¹

1.4.3 Práva duševně nemocných osob

Dnes se stává již běžnou praxí, že se ústavy postupně uzavírají a jsou nahrazovány jinými službami, které pomáhají lidem s jakýmkoliv postižením žít pokud možno v co nejběžnějších podmínkách. Smyslem deinstitucionalizace je dostat lidi se zdravotním postižením do běžného života a zapojit je tak, aby nestrádali či netrpěli ani oni ani jejich okolí a zároveň, aby kvalita života byla stejná jako u kohokoliv jiného.¹⁰² Přejít na tyto nové formy léčby umožňuje i moderní farmakologie a psychoterapie. Naprostá většina depresí se dnes léčí v ambulantních podmínkách a ve stacionářích, kde je intenzivnější denní péče. V psychiatrických léčebnách jsou jen ti pacienti, jejichž stav je ambulantně nezvladatelný.¹⁰³ Naopak nutná hospitalizace je například u člověka s maniodepresivní psychózou. Je to z důvodu možných škod,

¹⁰¹ NOVÁK, J. a R. ERBANOVA. 2007. Praha: Fokus o.s.

¹⁰² BAJER, P. 2008, U řady duševně nemocných můžeme dosáhnout návratu do běžného života, tvrdí přednostka psychiatrické kliniky. Sociální práce / č. 1, 52 s.

¹⁰³ PRAŠKO, J. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.

kteřé takový pacient může způsobit sobě nebo svému okolí v období mánie.¹⁰⁴ Širší společenství, integrovaná rodina a dobrý ambulantní tým mohou umožnit člověku s maniodepresivní psychózou žít v jeho přirozeném prostředí. V posledních šedesáti letech nejsou k životu v ústavní péči odsouzeni ani pacienti se schizofrenií, protože si odborníci začali uvědomovat důležitost psychosociálních intervencí běžného prostředí.¹⁰⁵

1.4.4 Klasifikace duševních poruch

V tabulce č. 1 je uveden přehled diagnostických kategorií v mezinárodní klasifikaci „Duševní poruchy a poruchy chování“. Tato mezinárodní klasifikace je závazná pro popis psychických poruch. Její desátá revize byla provedena v roce 1992 a v České republice je platná od 1. ledna 1994. Tato problematika je velmi rozsáhlá, psychických poruch existuje mnoho a v klasifikaci „Duševní poruchy a poruchy chování“ je každé poruše věnován široký popis její charakteristiky. Diagnostika je samozřejmě komplikovaná, protože ne všechny typické projevy se mohou objevovat zároveň u jedné osoby. Každý projev může být různé intenzity, stupně a může být také časově omezen. Pro psychiatry je stanovení diagnózy z těchto důvodů často náročné.

¹⁰⁴ DÖMER, K. a kol. *Osvobozující rozhovor - psychicky nemocný v rodině*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-89-2.

¹⁰⁵ JAROLÍMEK, M. *Kam směřuje česká psychiatrie?* [online]. [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=9187>

Tabulka č. 1: Diagnostické kategorie dle Mezinárodní klasifikace nemocí MKN „Duševní poruchy a poruchy chování.“

F00 - F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10 - F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek
F20 - F29 Schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy
F30 - F39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)
F40 - F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy
F50 - F59 Behaviorální syndromy spojené s fyzickými poruchami a somatickými faktory
F50 - F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých
F70 - F79 Mentální retardace
F80 - F89 Poruchy psychického vývoje
F90 – F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci

1.4.5 Prevalence duševních poruch

Rozsah zátěže, kterou přinášejí lidem duševní poruchy, je těžké přesně určit. (Je tomu tak z toho důvodu, že u některých skupin obyvatel chybí věrohodné statistiky, jelikož skupiny osob s určitou diagnózou nikdy nepřijdou do styku s některou institucí, která působí na poli sociálních či zdravotních služeb pro duševně nemocné. Důvodem je také skutečnost, že hranice mezi duševním zdravím a poruchou jsou mnohdy velmi neostré. Pouze je tedy možné využít některé kvalifikované odhady.

Přes uvedené nedostatky v případě číselného vyjádření, je možné se o ně pokusit v případě dvou okruhů duševních poruch. V případě **schizofrenie** se v literatuře udávají pravděpodobné počty stálým číslem okolo 1% z celé populace, přičemž toto číslo je udáváno jako celkem stabilní bez závislosti na jednotlivých kulturních či ekonomických podmínkách. Také u dalších okruhu diagnóz je sociálně-demografické vyjádření složité – např. u neurotických poruch se obvykle uvádí procentuální podíl v populaci cca 50 %. Nepřesné se může jevit číselné vyjádření počtu osob s **poruchou osobnosti**. Určení prevalence se u těchto poruch dle Praška liší často podle autora

a provedeního výzkumu. Přesto jsou poruchy osobnosti v běžné populaci relativně časté. Celkové prevalence poruch osobnosti je udávána mezi 6-9% (Smolík, 1996), ale i vyšší – 10-15% (Clarkin, 1998).¹⁰⁶

1.4.6 Počátky péče o duševně nemocné

Duševní nemoci jsou staré v podstatě jako lidstvo samo. K jejich současnému pojetí však byla dlouhá doba. Přesto jsou příznaky duševních chorob v dávnověku podobné těm dnešním. Tenkrát si lidé tyto stavy nedokázali vysvětlit, a z tohoto důvodu se spíše místo hledání racionální příčiny uchýlovali k zásahu mystických a nadpřirozených sil. Duševně nemocní byli označováni za lidi posedlé zlými duchy nebo dokonce d'áblem a bývali podrobni jejich vymítání, tzv. exorcismu. Např. staří Egypťané zastávali názor, že bolest hlavy je způsobována duchem Tin a že duch Labartu zapříčiňuje tzv. noční můry a duch Labasu přináší záchvaty bezvědomí.¹⁰⁷ Mnoho z těchto lidí bylo považováno za nebezpečné a z tohoto důvodu končili svůj život v městském vězení či v horším případě upálením na hranici, ukamenováním apod.

V historii duševních nemocí byly revoluční myšlenky největšího lékaře antického Řecka Hippokrata (asi 460 – 370 př. n. l.). Hippokrates vycházel z předpokladu, že v těle jsou čtyři hlavní tekutiny - krev, hlen, žluč a černá žluč. Podle převahy jedné z těchto tekutin v těle rozděloval lidi na sangviniky (krev), choleriky (žluč), melancholiky (černá žluč) a flegmatiky (hlen). Hippokrates v té době veškeré duševní poruchy označoval jako paranoiu a podle určeného temperamentu pak vyvozoval různé psychopatologie, ke kterým patřila např. vznětlivost, zádumčivost, apod. V této době byla většina duševně chorých odsouvána do klášterů nebo poustevn.

Středověk přinesl největší rozpory ve vnímání duševně nemocných. Opět došlo k demonizování duševních nemocí, což bylo realizováno pod vlivem církevních názorů. „Duševně choří nebyli považováni za nemocné, ale jejich existence byla dokladem

¹⁰⁶ PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. Praha: INFORMATORIUM, 2006. ISBN 978-80-7333-002-6.

¹⁰⁷ RABOCH, J. a P. ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-14-08.

existence padlých d'áblů, kteří vstoupili do těchto nebožáků.“¹⁰⁸

Až v 8. století došlo k budování azylů pro duševně nemocné. Tyto azyly měly izolovat duševně nemocné od zdravé společnosti. Nejdříve vznikaly v islámském světě, postupem času se objevily v západní Evropě a poté také u nás. Rozdíl mezi východní a evropskou kulturou v přístupu k takto nemocným spočíval v tom, že muslimští lékaři již tehdy léčili duševně nemocné hudbou, léčivými lázeňskými prameny, jejich zaměstnáváním apod., ale v Evropě se využívaly pro takto nemocné tresty a péče o ně se týkala pouze základních lidských potřeb.

Až teprve v 18. století vznikla psychiatrie jakožto lékařský obor. V tuto dobu došlo k výrazné změně v oblasti péče o duševně nemocné, neboť tato se stala více humánní. Vývoj moderní psychiatrie je spojován se jmény Philippa Pinela (1745 - 1826) a Jeana Etienne Dominique Esquirola (1772 – 1840). Vlivem vývoje technologií, změnou politické situace a společenského vědomí, byly zřízeny instituce, ke kterým patří chudobinec, nalezinec a také první blázinec, který byl za Rakouska – Uherska označován jako tzv. Tollhaus. V současnosti se již naštěstí zařízení pro duševně nemocné nepodobají těm dřívějším. Tehdejší zařízení připomínaly spíše vězení a stejně tak jako ve věznicích se s duševně nemocnými jednalo. Vůbec nebylo cílem takto nemocné lidi léčit, ale šlo jen o to segregovat je od společnosti, pro které by mohl být duševně nemocný nebezpečný. Pacienti blázinců byli podrobena hrubému zacházení, nebylo výjimkou, že někteří z nich během pobytu v blázinci dokonce zemřelo. Místo současných pokojů byly pro duševně nemocné připraveny podezděné cely, kde měli pacienti k dispozici lůžko, lavici a nočník. Na jedné straně chodby byl džbery s vodou, vana a kamna, která vytápěla celé patro.¹⁰⁹

Důležitou osobou v pojetí psychiatrické péče byl Dr. Josef G. Riedl. Tento dle vzorů ze zahraničí významným způsobem bojoval za humanizaci psychiatrie v Evropě. Riedl hledal nové modernější léčebné postupy, které by byly rozdílné od klasického vězeňského ošetřování. Nejdůležitější prostředek léčby duševně nemocných spatřoval v zaměstnávání nemocných, v práci a zábavě. Zavedl do léčby

¹⁰⁸ RABOCH, J. a P. ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. s.79. ISBN 80-7262-14-08.

¹⁰⁹ RABOCH, J. a P. ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-14-08.

nemocných muzikoterapii a dále se zasloužil o to, aby nemocní pracovali venku či se věnovali činnostem, které odpovídaly odborné kvalifikaci daného nemocného. Vycházelo se z toho, aby byl prosazen koncept, že šílenství není projevem nekázně nebo božím trestem za zhýralý život člověka, ale že je to choroba.¹¹⁰

Pro období od roku 1860 do roku 1910 je typický největší rozmach v zakládání objektů pro duševně nemocné. K těmto zařízením patřila léčebna v Praze Bohnicích, léčebna v Brně - Černovicích, psychiatrická léčebna v Kroměříži, v Havlíčkově Brodě, v Jihlavě, v Kosmonosech, ve Šternberku aj.

Ve 20. století nastaly v oblasti psychiatrii další výrazné změny a vědecktější terapeutické metody. Např. v roce 1938 byla zavedena elektrošoková terapie, která se ještě v současnosti v omezené míře používá k léčbě vážných duševních poruch. V roce 1936 byla poprvé provedena lobotomie, tzn. chirurgický zásah do mozku duševně nemocných. V 50. letech 20. století zažívá psychiatrie obrovský rozkvět tím, že došlo k použití prvních neuroleptik pro léčbu nemocných s psychotickými poruchami. Tímto nastala etapa psychofarmakoterapie, kterou se také v současnosti nadále zabývá mnoho odborníků.¹¹¹

¹¹⁰ DAVID, I. Počátky péče o duševně nemocné. *Sestra*, 2010, č. 2, roč. 20., str. 68 – 70. ISSN 1210-0404.

¹¹¹ DAVID, I. Počátky péče o duševně nemocné. *Sestra*, 2010, č. 2, roč. 20., str. 68 – 70. ISSN 1210-0404

2 Cíl práce a hypotézy

2.1 Cíl práce

Zmapovat spokojenost uživatelů s dostupností zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích.

Zmapovat využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v ČB z pohledu uživatelů i zaměstnanců.

2.2 Výzkumná otázka a hypotézy

Z výše uvedených cílů mé práce vychází následující výzkumná otázka.

Výzkumná otázka: Je z pohledu uživatelů/lek i pracovníků/nic nejvíce postrádanou sociální službou v Českých Budějovicích sociální bydlení?

Ze stanovené výzkumné otázky vychází níže zmíněné hypotézy.

Hypotéza č.1: Uživatelé/ky služeb jsou spokojenější s nabídkou služeb více než pracovníci/ce organizací.

Hypotéza č.2: Existuje statisticky významný rozdíl mezi subjektivní příčinou připisované nedostupnosti sociálních služeb mezi klientem či zaměstnancem v sociálních službách.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro vytvoření teoretické části práce jsem použila především sekundární analýzu dat, a to odborné literatury a textů vztahujících se k tématu.

Ve výzkumné části práce jsem použila kvantitativní metodu výzkumu, techniku dotazníku. Dotazník jsem zvolila pro jeho relativně nízkou finanční i časovou nákladovost.

Vytvořila jsem dva typy dotazníků, jeden pro uživatele/ky služeb (viz příloha č.1) a jeden pro personál (viz příloha č.2). Všechny dotazníky byly anonymní. Oba typy dotazníků začínají čtyřmi identifikačními otázkami, které se týkají pohlaví, věku, nejvyššího dosaženého vzdělání a bydliště respondentů/tek. Další otázky byly u obou typů dotazníků velmi podobné, jednalo se o otázky polouzavřené a poslední otázka byla otevřená, kde mohli respondenti/ky vyjádřit své náměty či připomínky. Bylo možné označit vždy více odpovědí. Dotazník pro uživatele/ky služeb se skládal celkem z 15 otázek, pro personál obsahoval 11 otázek. Dotazníky byly rozdány v následujících zařízeních v Českých Budějovicích: Nemocnice České Budějovice - psychiatrické oddělení, organizace Domino v rámci Městské charity a občanské sdružení Fokus. Do zařízení jsem předem zavolala a telefonicky se dohodla, zda tam bude možné dotazníky rozdat, kolik kusů a kdy bych je mohla přinést. V nemocnici mě požádali o zaslání dotazníku e-mailem a až po jeho prostudování mi dali souhlas s tím, že u nich mohu dotazníky distribuovat. V domluvený termín jsem se osobně do zařízení dostavila a s osobou, která dotazníky převzala (v nemocnici se jednalo o vrchní sestru oddělení, ve Fokusu a v Dominu o vedoucí sociální pracovníci) jsem prošla otázky - zda jsou srozumitelné a vědí, na co se jimi ptám. Toto bylo ve všech zařízeních v pořádku, byl tedy domluven termín, kdy si dotazníky zase vyzvednu. Dotazníky jsem rozdala v polovině října 2013 a zpět se mi vrátily na začátku listopadu 2013. Celkem jsem obdržela 69 vyplněných dotazníků ze 77 distribuovaných. Do nemocnice jsem rozdala

10 dotazníků pro klienty/ky a 15 pro personál zahrnující nejen zdravotní sestry, ale i lékaře. Všechny se mi vrátily vyplněné. Z organizace Fokus se mi vrátilo 12 dotazníků vyplněných klienty/kami, ačkoli jich původně bylo na základě domluvy distribuováno 20 (někteří klienti/ky je ale vyplňovat odmítli), od zaměstnanců/kyň jsem jich obdržela vyplněných 11. Z Domina mám celkem 19 respondentů/tek, z toho 16 je klientů/tek a 3 dotazníky vyplnili zaměstnanci/kyně. návratnost dotazníků byla tedy vysoká, podle mého názoru především díky tomu, že byl předem vždy dohodnut jejich počet.

Sebraná data z dotazníků jsem poté vyhodnotila pomocí programu Microsoft Excel a výsledky znázornila graficky pomocí výsečových a sloupcových grafů v kapitole Výsledky. Pro statistické vyhodnocení dat jsem použila Pearsonův chí kvadrát test.

3.2 Charakteristika cílového souboru

Cílový soubor představují jednak uživatelé/ky služeb, jednak zaměstnanci/kyně příslušných organizací, kde výzkum probíhal. Jedná se o psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, organizaci Domino v rámci Městské charity a občanské sdružení Fokus v Českých Budějovicích. Všechny tyto organizace mají společnou klientelu - osoby s duševním onemocněním nad 18 let věku, s různými diagnózami, jsou zde tedy klienti/ky např. se schizofrenními poruchami, neurotickými poruchami nebo např. poruchami osobnosti aj.

4 Výsledky

V následující části jsou vyhodnocené jednotlivé otázky dotazníku. Pro větší přehlednost jsou uváděné pomocí sloupcových a výsečových grafů. Sloupcové grafy znázorňují otázky, které byly totožné v dotazníku pro klienty/ky a dotazníku pro pracovníky/nice. Otázky, které se v dotaznících lišily jsou znázorněné pomocí grafů výsečových.

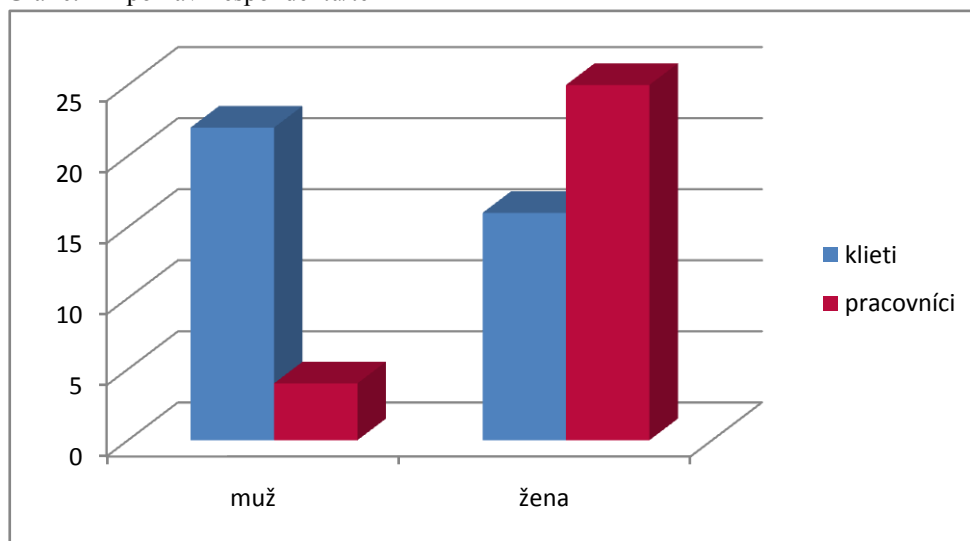
4.1 Popisná statistika

První čtyři otázky v dotazníku pro klienty/ky i pracovníky/nice se týkají identifikace respondentů/tek.

Otázka č. 1 - pohlaví respondentů/tek

Jak ukazuje následující graf č. 1, mezi dotazovanými klienty/kami převažovali muži, kterých bylo 22 (58 %), naopak u dotazovaných pracovníků/nic převažovaly ženy v počtu 25 (86 %). Žen klientek bylo 16 (42 %) a mužů pracovníků pouze 4 (14 %).

Graf č. 1 – pohlaví respondentů/tek

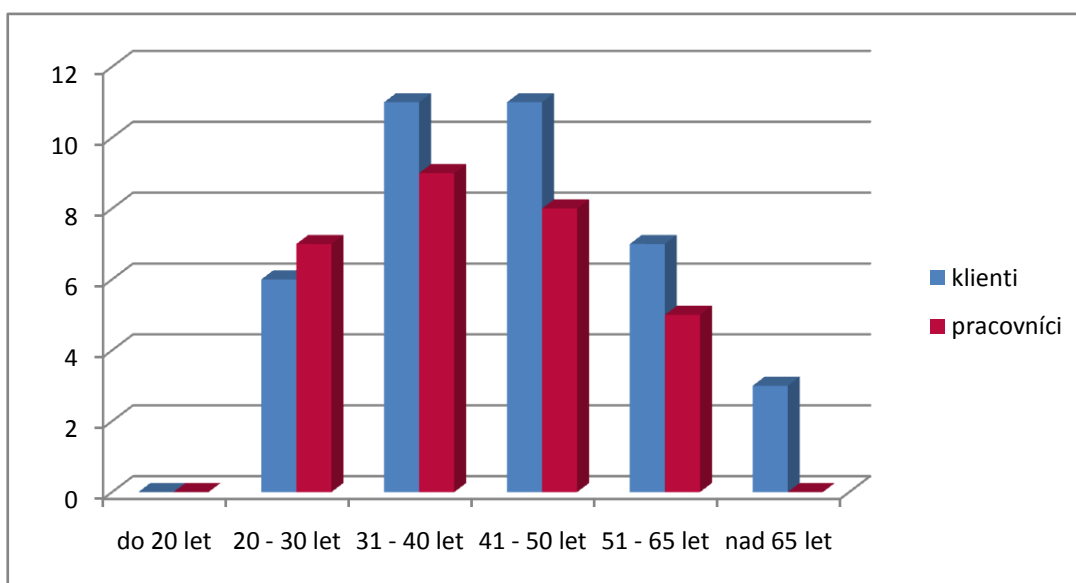


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 2 - věk respondentů/tek

Graf č. 2 znázorňuje věk dotazovaných respondentů. Ve věkové skupině do 20 let bylo zastoupeno 18 % klientů/tek, ale žádný z dotazovaných pracovníků/nic. Ve věku 20-30 let bylo 16 % respondentů/tek z dotazovaných klientů/tek a 24 % pracovníků/nic. Nejvíce dotazovaných bylo ve věku 31-40 let, jednalo se o 29 % klientů/tek a 31 % pracovníků/nic. Ve věkové skupině 41-50 let byl počet respondentů téměř totožný - 29 % klientů/tek a 28 % pracovníků/nic. 18 % klientů/tek bylo ve věku 51-65 let, u pracovníků/nic je v této věkové skupině zastoupeno 17 % dotazovaných. Žádný z dotazovaných pracovníků/nic nebyl starší 65 let, klientů/tek nad 65 let bylo 8 %.

Graf č. 2 - věk respondentů/tek



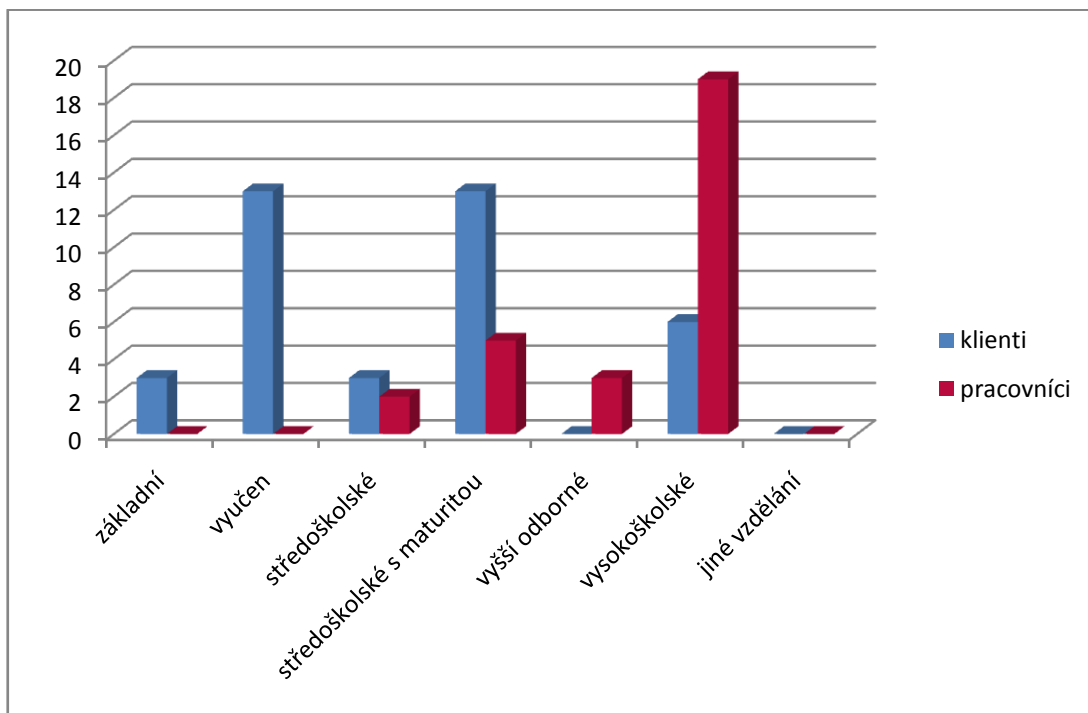
Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 3 - nejvyšší dosažené vzdělání respondentů/tek

U dotazovaných pracovníků/nic převažovalo vysokoškolské vzdělání, kterého dosáhlo 66 % respondentů/tek. 17 % pracovníků/nic má středoškolské vzdělání s maturitou, 10 % vyšší odborné a 7 % středoškolské vzdělání. Žádný z pracovníků/nic v dotazníku nevyplnil možnost základního vzdělání, vyučen/a nebo jiné formy vzdělání.

34 % dotazovaných klientů/tek dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a stejný počet respondentů/tek (34 %) je vyučených. 16 % klientů/tek dosáhlo vysokoškolského vzdělání, 8 % středoškolského bez maturity a 8 % základního vzdělání. Žádný z respondentů/tek nemá vyšší odborné vzdělání. (viz graf č. 3)

Graf č. 3 - nejvyšší dosažené vzdělání respondentů/tek



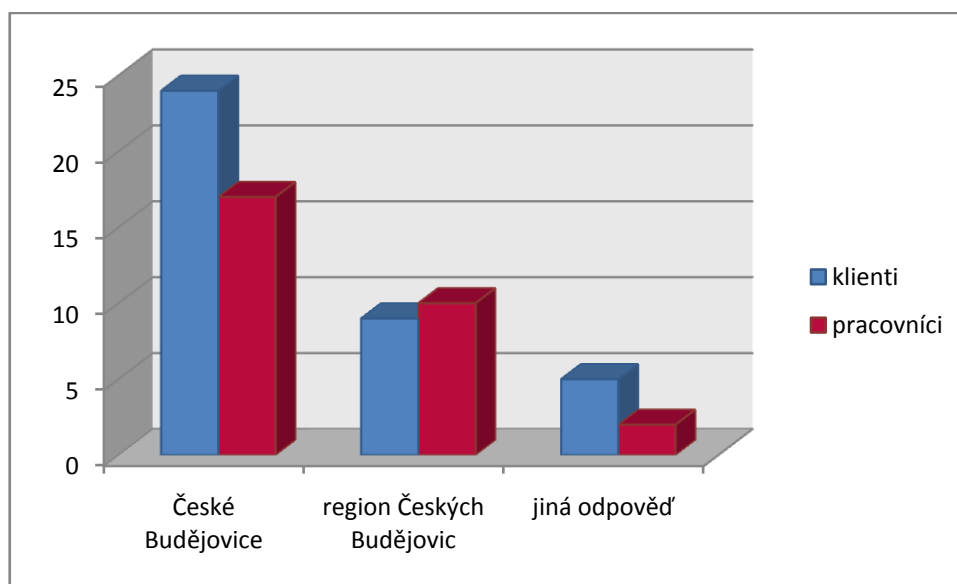
Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 4 - Místo bydliště respondentů/tek

Nejvíce respondentů/tek pochází z Českých Budějovic - z klientů/tek 63 % a pracovníků/nic 59 %. Mimo region Českých Budějovic bydlí 24 % klientů/tek a 34 % pracovníků/nic. 13 % klientů/tek a 7 % pracovníků/nic žije mimo region ČB.

(viz graf č. 4)

Graf č. 4 - místo bydliště respondentů/tek



Zdroj dat: vlastní výzkum

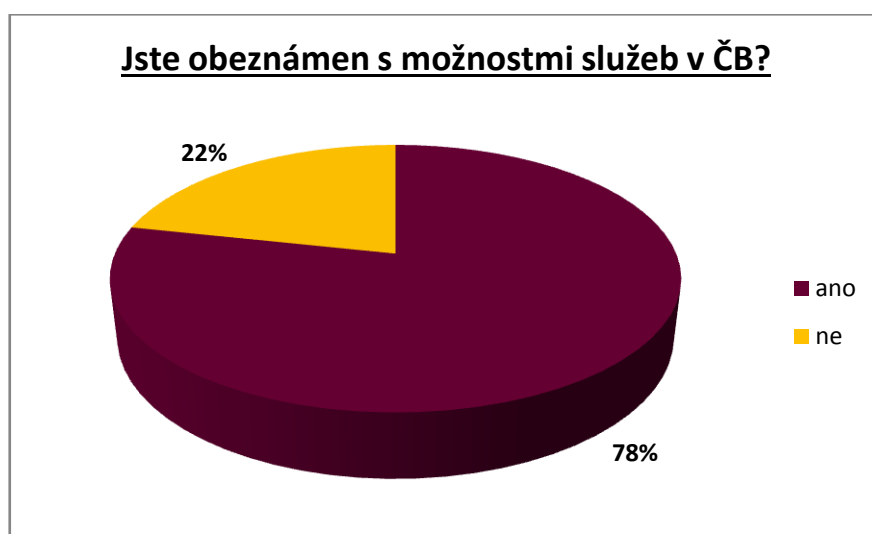
4.1.1 Popisná statistika - odpovědi klientů/tek

Následující otázky z dotazníku se týkají především spokojenosti uživatelů/lek služeb s dostupností a využitím jak zdravotních, tak sociálních služeb v Českých Budějovicích a informovanosti uživatelů/lek o službách.

Otázka č. 5 - Jste dostatečně obeznámen(a) s možnostmi zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

Jak vyplývá z grafu č. 5, na tuto otázku odpověděla většina klientů/tek kladně, 78 % dotazovaných je dostatečně obeznámeno s možnostmi služeb v Českých Budějovicích, 22 % dotazovaných klientů/tek odpovědělo na tuto otázku záporně.

Graf č. 5 - Jste dostatečně obeznámen(a) s možnostmi zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

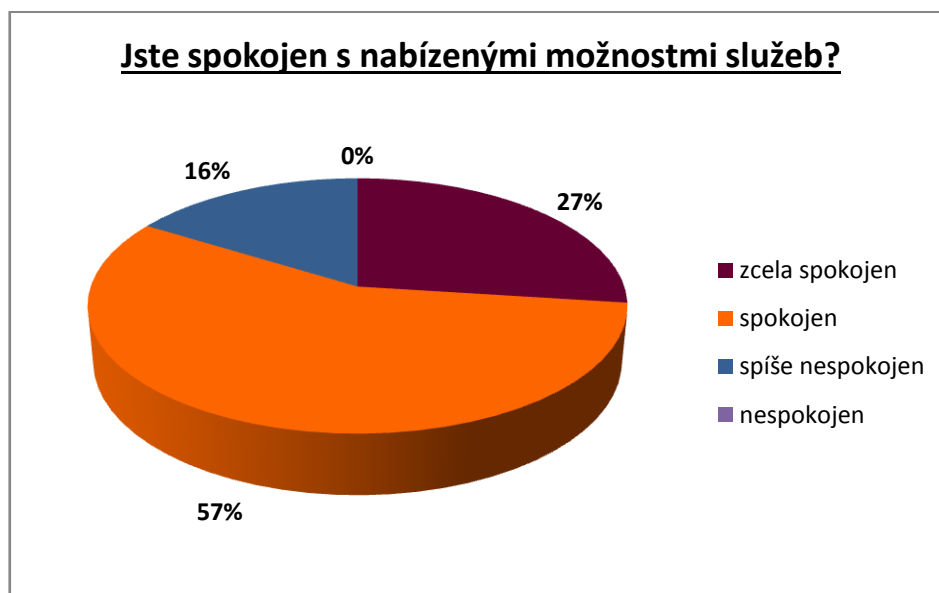


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 6 - Jste spokojen(a) s nabízenými možnostmi zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

Na otázku spokojenosti s nabízenými možnostmi služeb odpovědělo 57 % dotazovaných klientů/tek, že je spokojeno s nabízenými službami v Českých Budějovicích, 27 % klientů/tek je zcela spokojeno, 16 % dotazovaných klientů/tek odpovědělo, že je spíše nespokojeno a žádný z klientů/tek není zcela nespokojen/a s nabídkou možností služeb v Č. Budějovicích. (viz graf č. 6)

Graf č. 6 - Jste spokojen(a) s nabízenými možnostmi zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

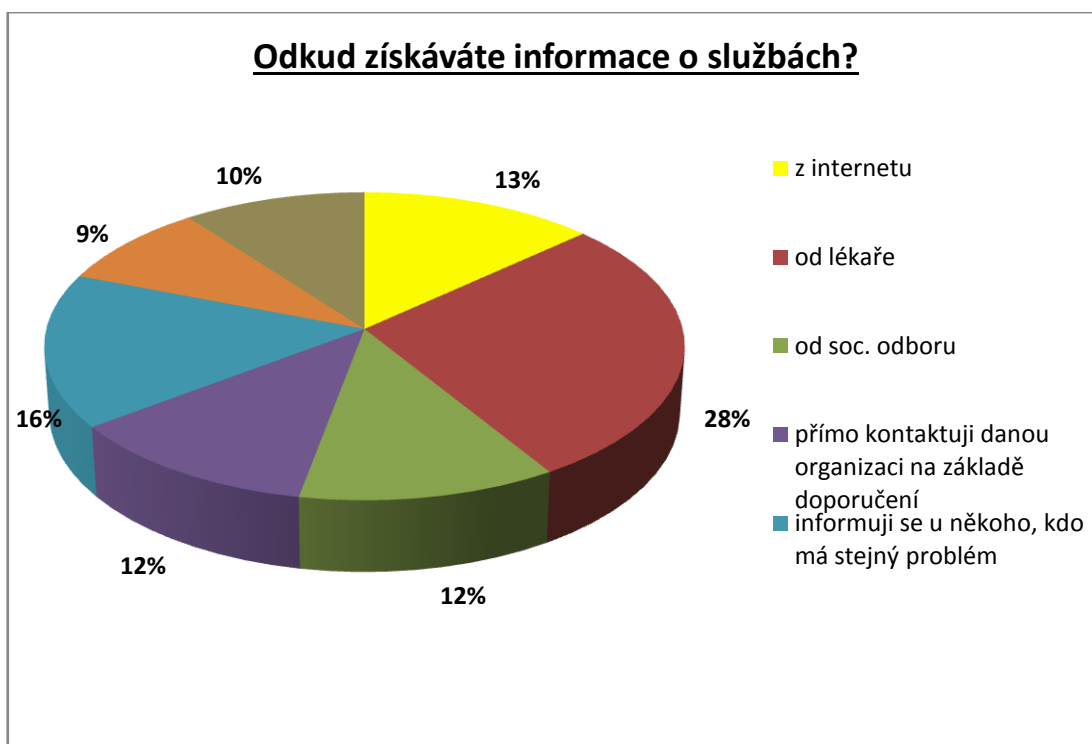


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 7 - Odkud získáváte informace o možnostech zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

Z grafu č. 7 vyplývá, že nejvíce dotazovaných klientů/tek získává informace o nabídce služeb od lékaře, a to 28 %. U ostatních možných odpovědí se počet respondentů/tek příliš neliší - 16 % se informuje u někoho se stejnými problémy, 13 % klientů/tek získává informace z internetu, 12 % od sociálního odboru nebo na základě doporučení přímo kontaktuje danou organizaci, 10 % používá jiný zdroj (nejčastěji byly uváděny letáky u lékaře nebo přímo organizace, kterou již navštěvují, např. Domino) a 9 % dotazovaných klientů/tek informace o službách vůbec nevyhledává.

Graf č. 7 - Odkud získáváte informace o možnostech zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

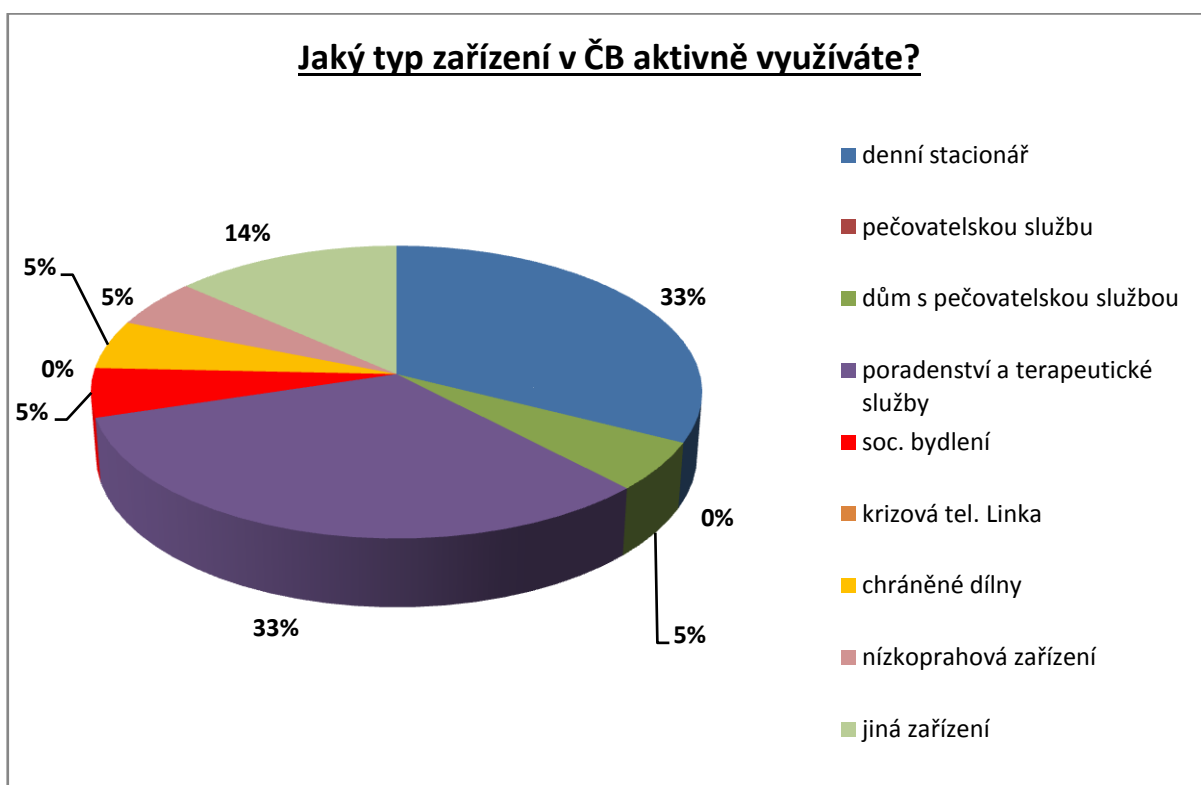


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 8 - Jaký typ zařízení v Českých Budějovicích aktivně využíváte? (lze označit více odpovědí)

Jak je patrné z grafu č. 8, nejvíce dotazovaných klientů/tek v Českých Budějovicích využívá denní stacionáře (33 % klientů/tek) nebo poradenské a terapeutické služby (33 % klientů/tek). Možnosti sociálního bydlení využívá 5 % klientů/tek, chráněné dílny 5 % klientů/tek, nízkoprahová zařízení nebo domy s pečovatelskou službou také stejné procento klientů/tek (5 %). Větší procento dotazovaných klientů/tek (14 %) využívá jiná zařízení. Žádný klient/ka dle odpovědí nevyužívá pečovatelskou službu nebo krizovou telefonní linku.

Graf č. 8 - Jaký typ zařízení v Českých Budějovicích aktivně využíváte?

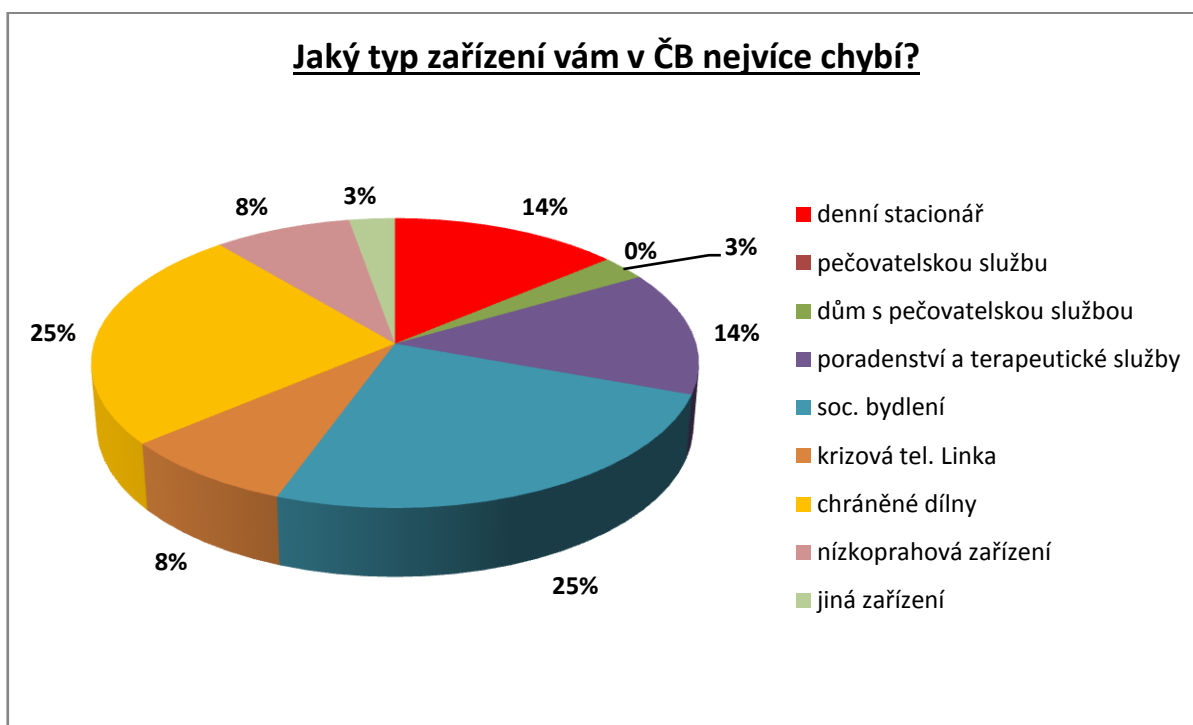


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 9 - Jaký typ zařízení Vám v Českých Budějovicích nejvíce chybí? (lze označit více odpovědí)

Z odpovědí respondentů/tek na tuto otázku vyplynulo, že nejvíce postrádanými službami v Českých Budějovicích je sociální bydlení a chráněné dílny, což zvolilo 25 % dotazovaných klientů/tek u každé odpovědi. 14 % klientů/tek chybí možnost poradenství a terapeutických služeb, stejnému procentu dotazovaných (14 %) denní stacionář. Po 8 % klientů/tek označilo jako chybějící službu krizovou telefonní linku a nízkoprahová zařízení. 3 % dotazovaných klientů/tek chybí dům s pečovatelskou službou a 3 % úplně jiný typ zařízení. Žádný z dotazovaných respondentů nepostrádá v Českých Budějovicích pečovatelskou službu. (viz graf č. 9)

Graf č. 9 - Jaký typ zařízení Vám v Českých Budějovicích nejvíce chybí?

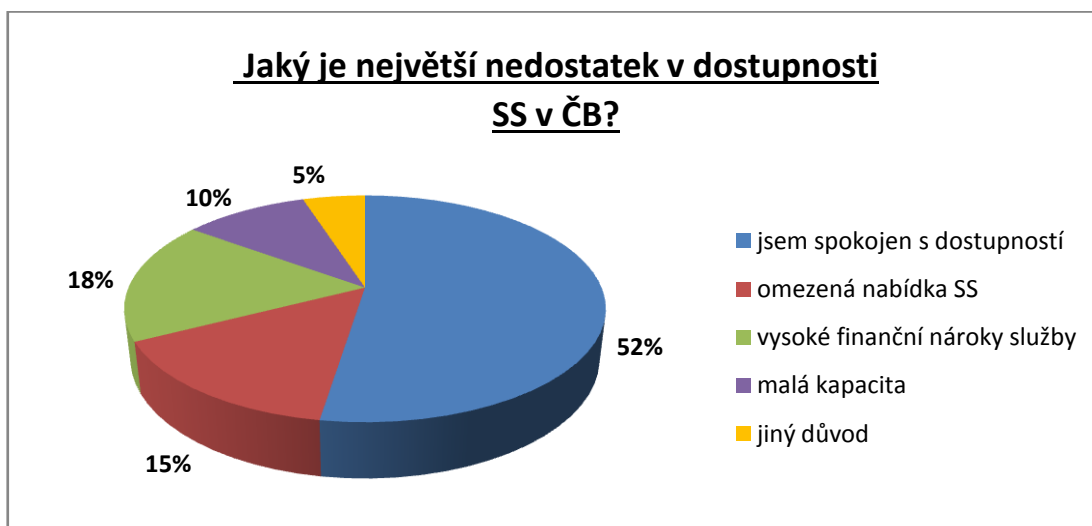


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 10 - Jaký je podle Vašeho názoru největší nedostatek v dostupnosti sociálních služeb v Českých Budějovicích? (lze označit více odpovědí)

Jak je patrné z grafu č. 10, podle názoru uživatelů/ek služeb jsou největším nedostatkem v dostupnosti sociálních služeb jejich vysoké finanční náklady (18 % odpovědí), v 15 % omezená nabídka sociálních služeb a v 10 % malá kapacita v zařízeních poskytující sociální služby v Českých Budějovicích. 5 % dotazovaných klientů/tek uvedlo jiné důvody. Přes výše zmíněné je 52 % dotazovaných klientů/tek s dostupností sociálních služeb v ČB spokojeno.

Graf č. 10 - Jaký je podle vašeho názoru největší nedostatek v dostupnosti sociálních služeb v Českých Budějovicích?

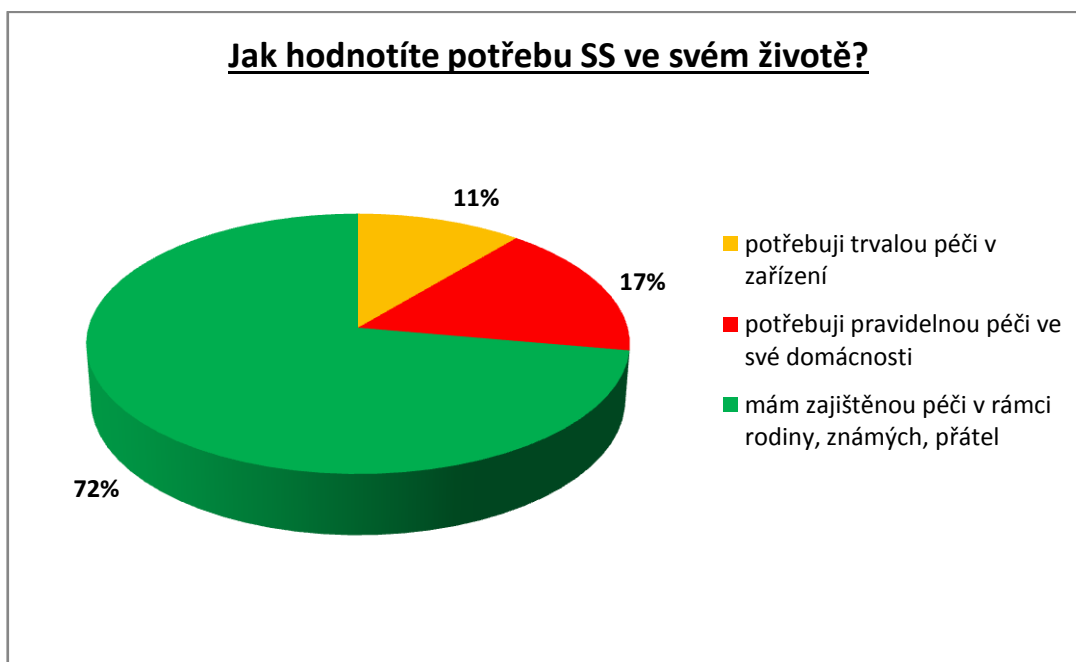


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 11 - Jak hodnotíte potřebu sociálních služeb ve svém životě?

Na tuto otázku uvedlo celých 72 % dotazovaných klientů/tek, že má zajištěnou péči v rámci své rodiny, známých nebo přátel. 17 % klientů/tek potřebuje pravidelnou péči ve své domácnosti a 11 % trvalou péči v některém ze zařízení. (viz graf č. 11)

Graf č. 11 - Jak hodnotíte potřebu sociálních služeb ve svém životě?

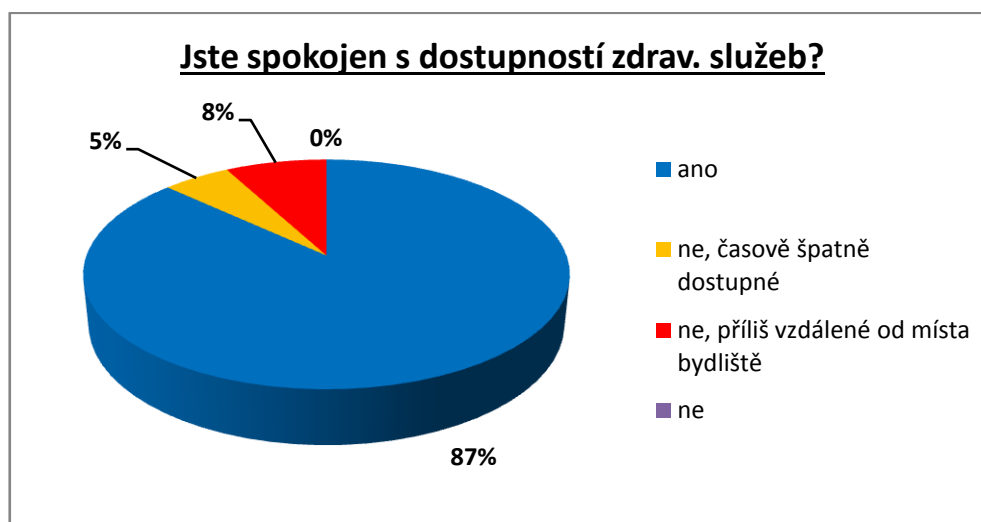


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 12 - Jste spokojen(a) s dostupností zdravotních služeb v Českých Budějovicích?

Následující graf nám ukazuje spokojenost uživatelů s dostupností zdravotních služeb v Českých Budějovicích. Podobně jako s dostupností sociálních služeb, jsou dotazovaní klienti/ky spokojeni také s dostupností zdravotních služeb v Českých Budějovicích. Takto odpovědělo 87 % dotazovaných klientů/tek. 8 % klientů/tek udává, že jsou pro ně zdravotní služby příliš vzdálené od místa bydliště a pro 5 % klientů/tek jsou časově špatně dostupné. Žádný z dotazovaných klientů/tek nevedl, že by byl s dostupností zdravotních služeb zcela nespokojený. (viz graf č. 12)

Graf č. 12 - Jste spokojen(a) s dostupností zdravotních služeb v Českých Budějovicích?

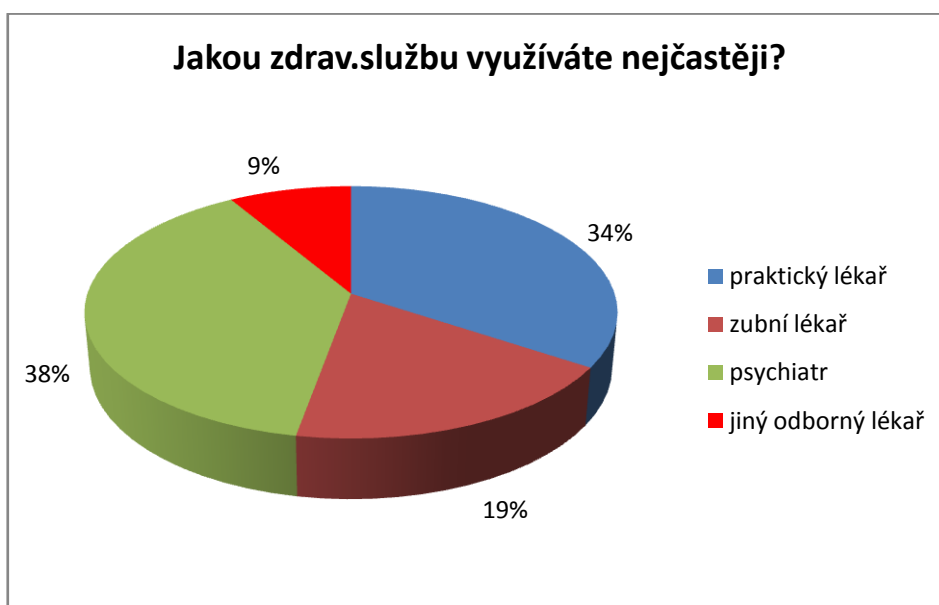


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 13 - Jakou zdravotní službu využíváte nejčastěji ? (lze označit více odpovědí)

Nejvíce dotazovaných klientů/tek, a to 38 % využívá služby psychiatra. Podobný počet dotazovaných klientů/tek (34 %) navštěvuje nejvíce praktického lékaře a 19 % klientů/tek zubního lékaře. 9 % dotazovaných klientů/tek uvedlo, že navštěvuje jiného odborného lékaře a k této variantě odpovědi do dotazníku nejvíce respondentů doplnilo, že se nejčastěji jedná o psychologa, neurologa či ortopeda. (viz graf č. 13)

Graf č. 13 - jakou zdravotní službu využíváte nejčastěji?

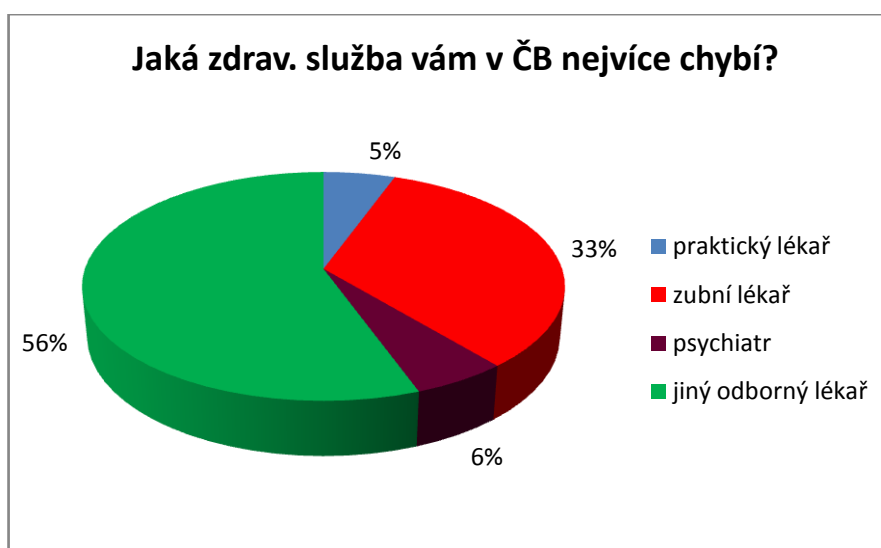


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 14 - Jaká zdravotní služba Vám v Českých Budějovicích nejvíce chybí? (lze označit více odpovědí)

Odpovědi na tuto otázku nám graficky znázorňuje graf č. 14. Z uvedeného vyplývá, že 56 % klientů/tek nejvíce chybí jiný, než uvedený odborný lékař a to psycholog nebo dětský psychiatr. Zubní lékař chybí nejvíce 33 % dotazovaných klientů/tek, 6 % klientů/tek psychiatr a 5 % praktický lékař.

Graf č. 14 - Jaká zdravotní služba Vám v Českých Budějovicích nejvíce chybí?



Zdroj dat: vlastní výzkum

V otázce č. 15 měli dotazovaní klienti/ky možnost uvést své náměty a připomínky k dostupnosti sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích.

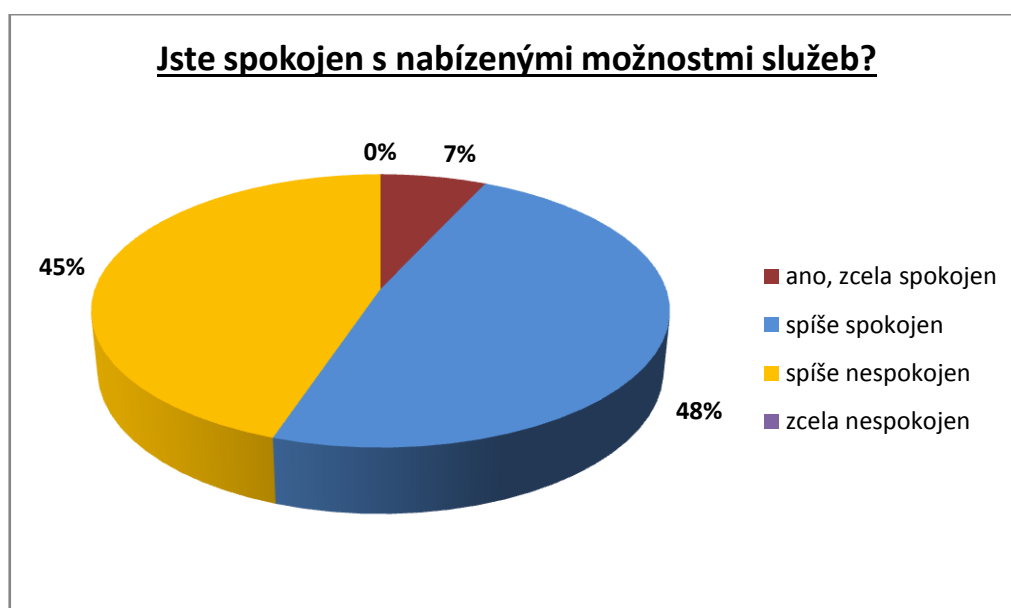
Na tuto otevřenou otázku bylo odpovězeno v 6 dotaznících z celkem 38 vyplněných. Nejčastěji zde klienti/ky uváděli, že jsou spokojeni s nabízenými službami a programem daného zařízení, které navštěvují (Domino, Fokus, denní stacionář psychiatrického oddělení). V jednom případě respondent/ka uvedla/a, že by uvítal/a více individuální přístup vzhledem ke svému postižení při hledání práce.

4.1.2 Popisná statistika - odpovědi pracovníků/nic

Otázka č. 5 - Jste spokojen(a) s nabízenými možnostmi zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

Oproti odpovědím klientům je zde vidět značný rozdíl. Pracovníci/nice hodnotí nabídku zdravotních a sociálních služeb v ČB ve 45 % jako spíše neuspokojující. 48 % pracovníků/nic je spíše spokojeno s nabízenými možnostmi služeb a pouze 7 % zcela spokojeno. Žádný z pracovníků/nic nehodnotí nabízené služby jako zcela neuspokojující. (viz graf č. 15)

Graf č. 15 - Jste spokojen(a) s nabízenými možnostmi zdrav. a soc. služeb pro osoby s duševním onemocněním v Č. Budějovicích?



Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 6 - Mají osoby s duševním onemocněním zájem o nabídku sociálních programů?

Graf č. 16 zachycuje zájem osob s duševním onemocněním o nabídku sociálních programů. Zde 97 % dotazovaných pracovníků/nic odpovědělo, že osoby s duševním onemocněním mají o nabídku sociálních programů zájem a pouze 3 % pracovníků, že zájem nemají.

Graf č. 16 -Mají osoby s duševním onemocněním zájem o nabídku sociálních programů?

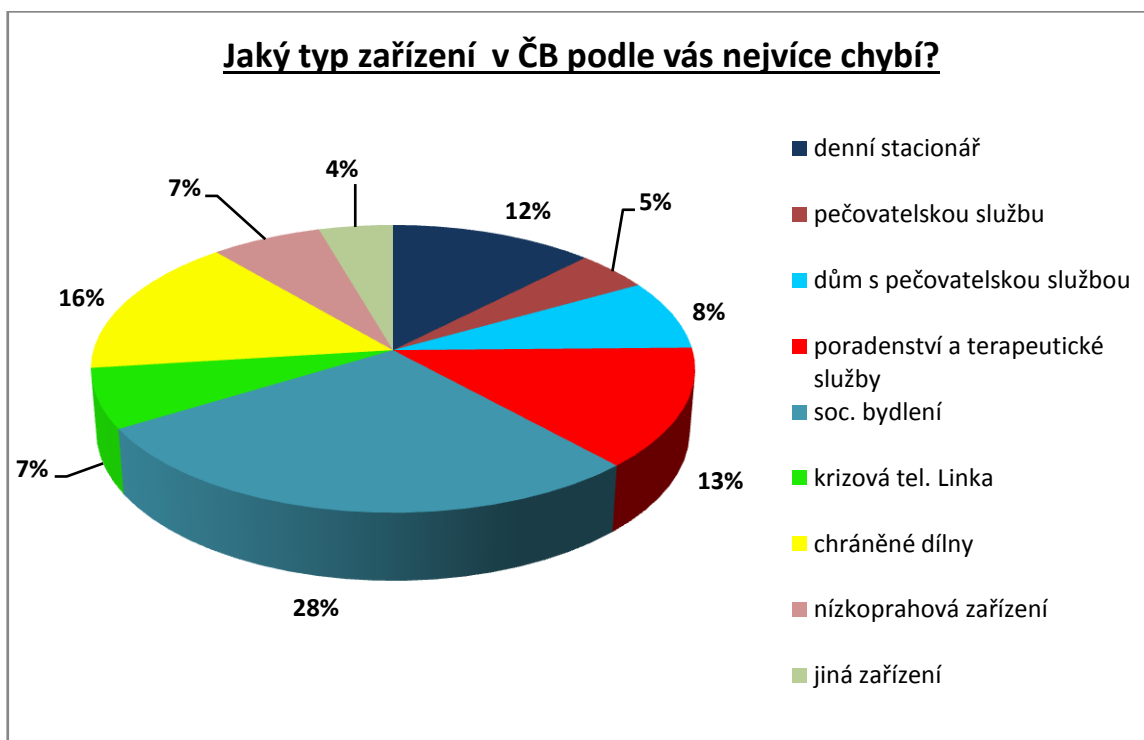


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 7 - Jaký typ zařízení pro osoby s duševním onemocněním podle Vašeho názoru v Českých Budějovicích nejvíce chybí? (lze označit více odpovědí)

Jak ukazuje následující graf č. 17, 28 % dotazovaných pracovníků/nic hodnotí jako nejvíce chybějící službu sociální bydlení. 16 % pracovníků/nic chráněné dílny, 13 % pracovníků/nic poradenství a terapeutické služby, 12 % denní stacionáře. Podle 8 % dotazovaných pracovníků/nic nejvíce v Českých Budějovicích chybí domy s pečovatelskou službou. Stejnému procentu dotazovaných (7 % pracovníků/nic) chybí krizová telefonní linka nebo nízkoprahová zařízení. 5 % pracovníků/nic pečovatelská služba a 4 % jiný typ zařízení, který byl nejčastěji specifikován jako pobytové krizové centrum nebo krizové lůžko v rámci krizového centra (ne v rámci nemocničního zařízení).

Graf č. 17 Jaký typ zařízení pro osoby s duš. onem. podle vašeho názoru v ČB nejvíce chybí?

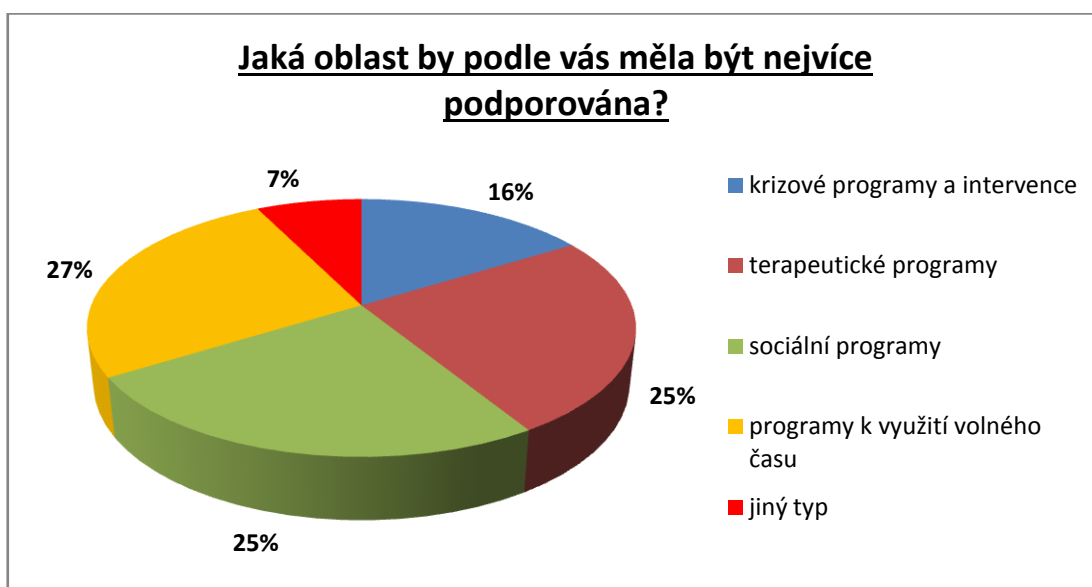


Zdroj dat: vlastní výzkum

**Otázka č. 8 - Jaká oblast by měla být podle Vašeho názoru nejvíce podporována?
(lze označit více odpovědí)**

27 % dotazovaných pracovníků/nic by uvítalo, aby byly více podporovány programy k využití volného času klientů, 25 % pracovníků/nic sociální a terapeutické programy. Podle 16 % pracovníků/nic by měly být podporovány více krizové programy a intervence a podle 7 % jiný typ programů. (viz graf č. 18)

Graf č. 18 Jaká oblast by měla být podle Vašeho názoru nejvíce podporována?

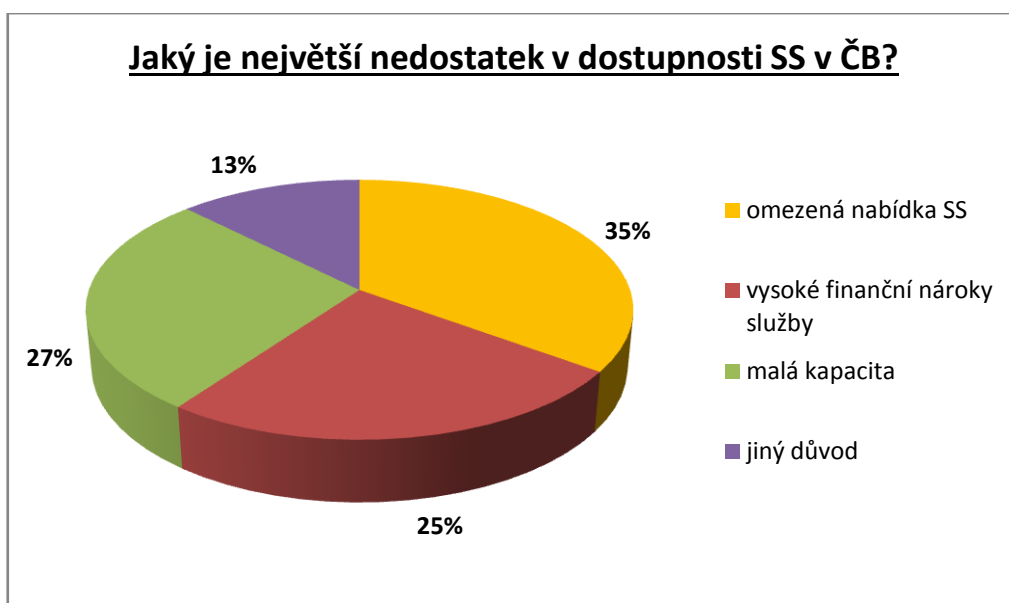


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 9 - Jaký je podle Vašeho názoru největší nedostatek v dostupnosti sociálních služeb v Českých Budějovicích? (lze označit více odpovědí)

Graf č. 19 ukazuje, že 35 % pracovníků/nic hodnotí jako nevýhodu v sociálních službách jejich omezenou nabídku, 27 % malou kapacitu, 25 % vysoké finanční nároky na sociální služby v Č. Budějovicích a 13 % pracovníků/nic zaškrtnli v dotazníku odpověď „jiné důvody“, kde nejčastěji uváděli špatnou propojenost zdravotních a sociálních služeb nebo nedostatečné povědomí o službách a potřebu větší reklamy v tisku a médiích.

Graf č. 19 Jaký je podle Vašeho názoru největší nedostatek v dostupnosti sociálních služeb v ČB?

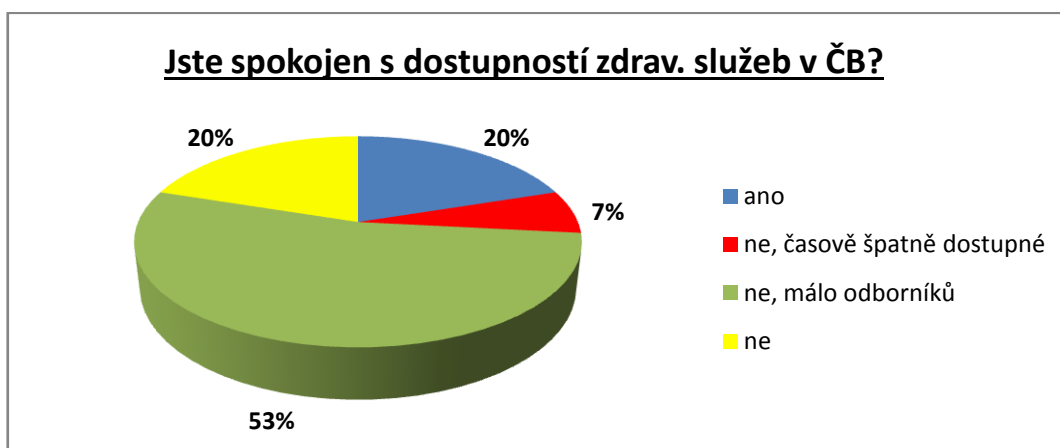


Zdroj dat: vlastní výzkum

Otázka č. 10 - Jste spokojen(a) s dostupností zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

Na tuto otázku odpovědělo 53 % dotazovaných, že není spokojeno s dostupností zdravotních služeb v Č. Budějovicích, protože je zde málo odborných pracovníků, podle 7 % pracovníků jsou zdravotní služby špatně časově dostupné. 20 % dotazovaných pracovníků/nic není spokojeno s dostupností zdravotních služeb a jako důvod většinou uváděli chybějící terénní programy pro osoby s duševním onemocněním a 20 % dotazovaných pracovníků/nic je naopak s dostupností zdrav. služeb spokojeno (viz graf č. 20).

Graf č. 20 Jste spokojen(a) s dostupností zdravotních služeb v ČB?



Zdroj dat: vlastní výzkum

V otázce č. 11 měli dotazovaní pracovníci/ce možnost uvést své náměty a připomínky k dostupnosti sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích.

Největší nedostatky jednoznačně spatřují v chybějící provázanosti a spolupráci mezi sektorem zdravotních a sociálních služeb. Pracovníci sociálních služeb (organizace Domino a Fokus) uváděli také jako problém nejasnou dlouhodobou koncepci sociálních služeb a s tím spojené nejisté financování.

4.2 Testování hypotéz

Pro výzkum této práce byla stanovena **výzkumná otázka:**

„Je z pohledu uživatelů/lek i pracovníků/nic nejvíce postrádanou sociální službou v Českých Budějovicích sociální bydlení?“ Z této výzkumné otázky pak byly vyvozeny tyto hypotézy.

Hypotéza č.1: Uživatelé/ky služeb jsou spokojenější s nabídkou služeb více než pracovníci/ce organizací.

Tato hypotéza **byla potvrzena**. Na otázku spokojenosti s nabízenými možnostmi služeb totiž odpovědělo 57 % dotazovaných klientů/tek, že je spokojeno s nabízenými službami v Českých Budějovicích, 27 % klientů/tek je zcela spokojeno, 16 % dotazovaných klientů/tek odpovědělo, že je spíše nespokojeno a žádný z klientů/tek není zcela nespokojen s nabídkou možností služeb v Českých Budějovicích. Oproti odpovědím klientů/tek je však vidět značný rozdíl v odpovědích pracovníků/nic sociálních služeb, jelikož tito hodnotí nabídku zdravotních a sociálních služeb v Českých Budějovicích ve 45 % jako spíše neuspokojující. 48 % pracovníků/nic je spíše spokojeno s nabízenými možnostmi služeb a pouze 7 % zcela spokojeno.

Hypotéza č.2: Existuje statisticky významný rozdíl mezi subjektivní příčinou připisované nedostupnosti sociálních služeb mezi klientem/kou či zaměstnancem/kyní v sociálních službách.

Tato hypotéza **byla potvrzena**. Z výzkumu vyplynulo, že největším nedostatkem v dostupnosti sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním jsou vysoké finanční náklady. Toto uvedlo 10 % klientů/tek zařízení sociálních služeb a 25 % zaměstnanců/kyň zařízení sociálních služeb. Další příčinou je omezená nabídka sociálních služeb pro tuto skupinu osob. Toto uvedlo 15 % klientů/tek a 35 % pracovníků/nic. Malá kapacita je další příčinou v dostupnosti sociálních služeb v Českých Budějovicích. Tento názor zastává 27 % pracovníků/nic a 10 % klientů/tek.

4.3 Statistické vyhodnocení hypotéz

K testování byl využit Test dobré shody nebo-li Pearsonův chí-kvadrát test.

Nabídka služeb

Tabulka č. 2: Kontingenční tabulka spokojenosti s nabídkou služeb mezi pracovníky/cemi a klienty/kami

Spokojenost s nabídkou					
Respondent/ka		Zcela spokojen(a)	Spokojen(a)	Spíše nespokojen(a)	Celkem
Pracovník/ce	Četnost	2	14	13	29
	% četnost	6,90%	48,28%	44,83%	100,00%
Klient/ka	Četnost	10	21	6	37
	% četnost	27,03%	56,76%	16,22%	100,00%
Celkem	Četnost	12	35	19	66
	% četnost	18,18%	53,03%	28,79%	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 3: Testování hypotézy o rozdílu spokojenosti s nabídkou služeb mezi pracovníky/cemi a klienty/kami

	χ^2	p (obousměrná)
Pearson Chi-Square	8,47	0,01

Zdroj: Vlastní výzkum

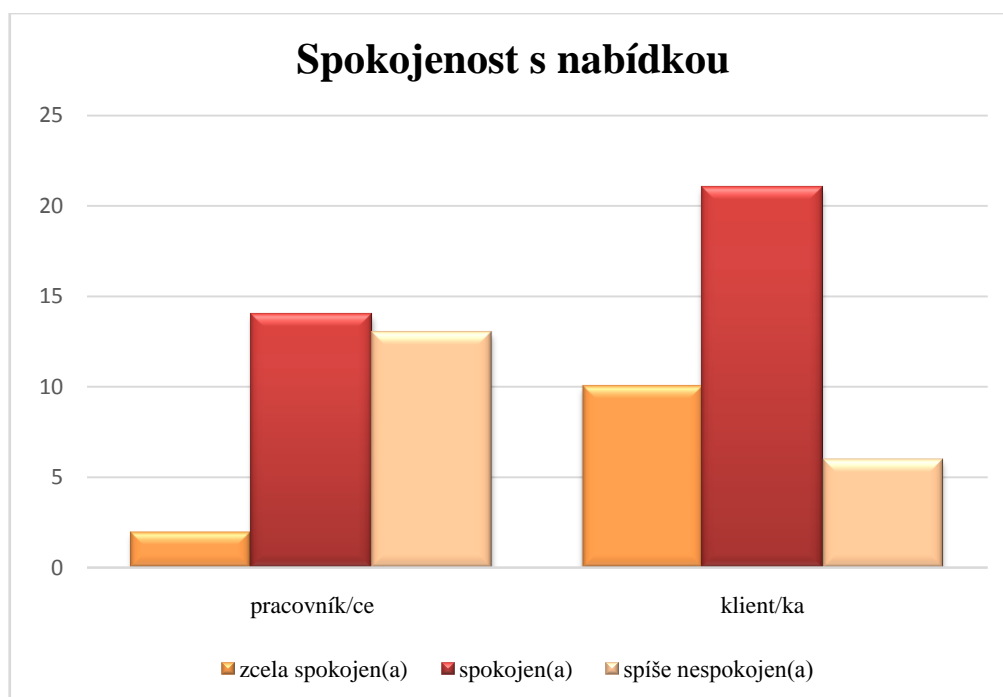
Průměrná hodnota v otázce na úroveň spokojenosti s nabídkou pro pracovníky/ce byla 2,38 ($\sigma=0,62$) a pro klienty/ky 1,89 ($\sigma=0,66$). Klienti/ky tak vykazovali nižší hodnotu

odpovědi, která podle dotazníku byla spojena s vyšší spokojeností s nabídkou služeb. (viz tabulka č. 2)

Rozdíl v úrovni spokojenosti s nabídkou služeb byl testován t-testem pro nezávislé výběry. Test byl signifikantní na zvolené 5% hladině signifikance ($t=8,47$, $\alpha=0,01$), proto **lze přijmout hypotézu H1: Uživatelé/ky služeb jsou spokojenější s nabídkou služeb více než pracovníci/ce organizací.** (viz tabulka č. 3)

Hodnoty spokojenosti s nabídkou služeb mezi pracovníky/cemi a klienty/kami jsou pro větší přehlednost znázorněny v grafu č. 21.

Graf č. 21: Hodnoty spokojenosti s nabídkou služeb mezi pracovníky/cemi a klienty/kami



Zdroj: Vlastní výzkum

Dostupnost služeb

Tabulka č. 4: Kontingenční tabulka spokojenosti s dostupností služeb mezi pracovníky/cemi a klienty/kami

Spokojenost s dostupností				
Respondent/ka		Ano	Ne	Celkem
Pracovník/ce	Četnost	6	23	29
	% četnost	20,69%	79,31%	100,00%
Klient/ka	Četnost	33	5	38
	% četnost	86,84%	13,16%	100,00%
Celkem	Četnost	39	28	67
	% četnost	58,21%	41,79%	100,00%

Zdroj: Vlastní výzkum

Tabulka č. 5: Testování hypotézy o rozdílu spokojenosti s dostupností služeb mezi pracovníky/cemi a klienty/kami

	χ^2	p (obousměrná)
Pearson Chi-Square	29,59	0,00

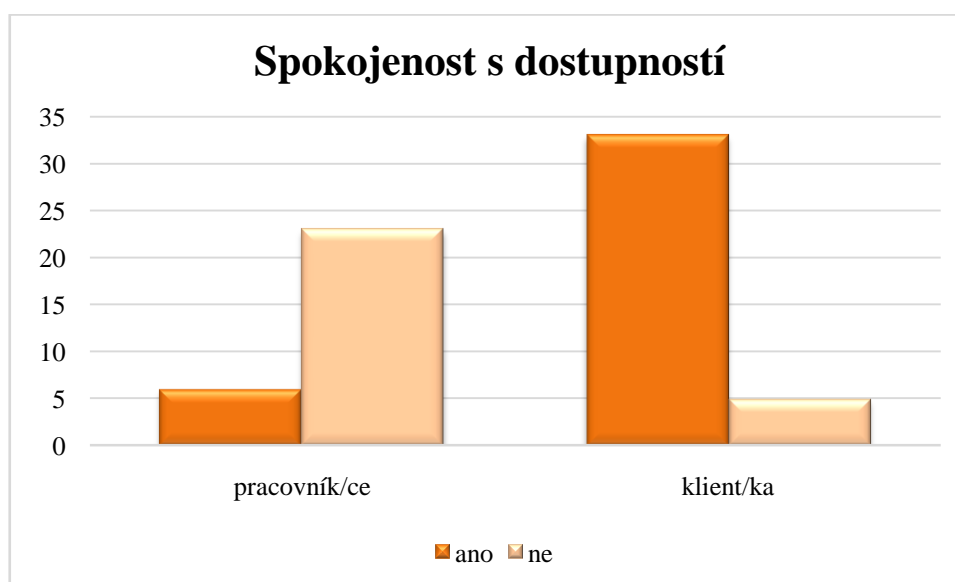
Zdroj: Vlastní výzkum

Průměrná hodnota v otázce na úroveň spokojenosti s nabídkou služeb pro pracovníky/ce byla 1,79 ($\sigma=0,41$) a pro klienty/ky 1,13 ($\sigma=0,66$). Klienti/ky měli nižší hodnotu odpovědi, která je na základě dotazníku spojena s vyšší spokojeností s dostupností služeb. (viz tabulka č. 4)

Rozdíl v úrovni spokojenosti s nabídkou služeb byl testován pomocí Pearsonova Chi-Square testu. Test byl signifikantní na zvolené 5% hladině signifikance ($\chi^2=29,59$, $\alpha<0,00$), proto lze přijmout hypotézu H2: **Existuje statisticky významný rozdíl v úrovni spokojenosti s dostupností mezi klientem/kou či zaměstnancem/kyní v sociálních službách.** (viz tabulka č. 5)

Hodnoty spokojenosti s dostupností služeb mezi pracovníky/cemi a klienty/kami jsou pro větší přehlednost znázorněny v grafu č. 22.

Graf č. 22: Hodnoty spokojenosti s dostupností služeb mezi pracovníky/cemi a klienty/kami



Zdroj: Vlastní výzkum

5 Diskuze

„Dlouhodobá duševní nemoc je riziková zejména ve svých negativních symptomech, jako je únava, ztráta zájmu, zhoršená pozornost či oploštění emocí. Pozitivní příznaky dnešní medicína relativně dobře zvládá pomocí léků, avšak tyto negativní průvodce nemoci některé léky naopak ještě prohlubují. Je proto velmi snadné sklouznout do role pasivního jedince, který tráví většinu času doma, bez kontaktů se světem. Uzavření se mezi čtyři stěny však mnohdy nemoc ještě prohlubuje a duševně nemocný se dostává do bludného kruhu – nemá dostatek energie a motivace, aby svůj život změnil, zároveň na něj má však dosavadní způsob života stále více negativní dopady.“¹¹² Jak vyplývá z výše citovaného a také z celé této diplomové práce, je třeba, aby duševně nemocní měli kvalitní nabídku dostupných služeb, se kterými by byli spokojeni, které by aktivně užívali a které by vedly k pomoci v jejich duševním stavu, ať už ze zdravotnického či sociálního hlediska.

Cíli této práce bylo zmapovat spokojenost uživatelů/lek s dostupností zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích a také zmapovat využití těchto služeb nejen z pohledu uživatelů/lek, ale i pracovníků/nic. Co se týče samotného výzkumu, je třeba říci, že cílový soubor výzkumu představovali uživatelé/ky sociálních služeb a také zaměstnanci/kyně organizací, kde jsou poskytovány sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. Jednalo se o psychiatrické oddělení Nemocnice České Budějovice, organizaci Domino a Fokus v Českých Budějovicích.

Dle expertízy kolektivu autorů Masarykovy univerzity v Brně předpokládá kvalitní péče o osoby s duševním onemocněním vysoké nároky na zdravotní a sociální systém všech členských zemí Evropské unie.¹¹³ S tímto souvisí fakt, jak dalece jsou uživatelé/ky služeb obeznámeni s nabídkou služeb, jež mohou využívat a jakým způsobem tyto informace získávají. Z výsledků mého výzkumu vyplynulo, že 78%

¹¹² ROSÍKOVÁ, D. *Vliv sociálních služeb na kvalitu života osob s duševním onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. s.70

¹¹³ ŠUPA, J. *Expertíza pro osoby s duševním onemocněním*. Brno: Masarykova univerzita, 2011.

dotázaných klientů/ek je dostatečně obeznámeno s možnostmi služeb v Českých Budějovicích, naopak je tomu u 22 % dotazovaných klientů/tek. V Českých Budějovicích získává nejvíce dotazovaných klientů/tek informace od lékaře. Toto uvedlo 28 % respondentů/tek. U ostatních možných odpovědí se počet respondentů/tek příliš nelišil - 16 % se informuje u někoho se stejnými problémy, 13 % klientů/tek získává informace z internetu, 12 % od sociálního odboru nebo na základě doporučení přímo kontaktuje danou organizaci, 10 % používá jiný zdroj (nejčastěji byly uváděny letáky u lékaře nebo přímo organizace, kterou již navštěvují, např. Domino). Fakt, že na internetu se informuje pouze 13% klientů/tek mě překvapil, zde jsem očekávala vyšší číslo.

Dále jsem svým výzkumem sledovala spokojenost s nabízenými možnostmi služeb. Z odpovědí respondentů/tek vyšlo najevo, že nejvíce patrný rozdíl je v protikladných odpovědích - zatímco uživatelé/ky služeb jsou s nabídkou sociálních a zdravotních služeb zcela či spíše spokojeni (celkem 84 % dotazovaných) a pouhých 16 % dotazovaných klientů/tek spíše nespokojeno, tak pracovníci/ce v zařízeních sociálních služeb hodnotí nabídku služeb ve 45 % jako spíše neuspokojující. Tímto byla potvrzena **hypotéza č. 1: Uživatelé/ky služeb jsou spokojenější s nabídkou služeb více než pracovníci/ce organizací.**

Osoby s duševním onemocněním mají právo na sociální a zdravotní péči, kterou potřebují a na kvalitu takto poskytované sociální péče, která vychází ze zákona.¹¹⁴ Toto se vztahuje také k tomuto výzkumu, kdy byly mapovány zdravotní a sociální služby pro osoby s duševním onemocněním. Nejvíce dotazovaných klientů/tek v Českých Budějovicích navštěvuje denní stacionáře (33 %) nebo využívá poradenské a terapeutické služby (33 %). Možnosti sociálního bydlení využívá 5 % klientů/tek, chráněné dílny 5 % klientů/tek, nízkoprahová zařízení nebo domy s pečovatelskou službou také stejné procento klientů/tek (5 %). Žádný klient/ka dle odpovědí nevyužívá pečovatelskou službu nebo krizovou telefonní linku.

¹¹⁴ KUBŮ, J. *Ochrana práv klientů s duševním onemocněním ve vybrané organizaci poskytující sociální služby*. Brno: Masarykova univerzita, 2007.

Naopak nejvíce postrádanou službou v Českých Budějovicích je sociální bydlení. Toto je zdůrazňováno také v práci Kubů z roku 2007, kdy duševně nemocným lidem velmi často chybí v nabídce sociálních služeb sociální bydlení, na které mají jakožto na sociální službu právo.¹¹⁵ Na tento fakt jsem se dotazovala stanovenou **výzkumnou otázkou: Je z pohledu uživatelů/lek i pracovníků/nic nejvíce postrádanou sociální službou v Českých Budějovicích sociální bydlení?** Z mnou provedeného výzkumu je patrné, že ano, jelikož 28 % dotazovaných pracovníků/nic a 25 % klientů/tek chybí v Českých Budějovicích možnost sociálního bydlení pro osoby s duševním onemocněním. Co se týče ostatních zařízení, které osobám s duševním onemocněním v Českých Budějovicích schází, tak z odpovědí respondentů/tek vyplynulo, že kromě sociálního bydlení jsou to chráněné dílny, což zvolilo 25% dotazovaných klientů/tek. 14-ti % klientů/tek chybí možnost poradenství a terapeutických služeb, stejnému procentu dotazovaných (14 %) chybí v Českých Budějovicích denní stacionář. 8 % klientů/tek označilo shodně jako chybějící službu krizovou telefonní linku a nízkoprahová zařízení. 3 % dotazovaných klientů/tek chybí dům s pečovatelskou službou a 3 % úplně jiný typ zařízení. 16% dotazovaných pracovníků/nic sociálních služeb by uvítalo rozšířit nabídku služeb o chráněné dílny, 13 % pracovníků/nic chybí poradenství a terapeutické služby, 12 % denní stacionáře. Podle názoru 8 % respondentů/tek z řad pracovníků/nic vybraných zařízení, chybí nejvíce v Českých Budějovicích domy s pečovatelskou službou. Stejnému procentu dotazovaných chybí krizová telefonní linka nebo nízkoprahová zařízení. Toto je možné komparovat s nabídkou sociálních služeb města České Budějovice¹¹⁶, což výsledkům výzkumu odpovídá.

Výsledky výzkumu potvrdily i **hypotézu č. 2: Existuje statisticky významný rozdíl mezi subjektivní příčinou připisované nedostupnosti sociálních služeb mezi klientem či zaměstnancem v sociálních službách.** Z názorů uživatelů/ek služeb totiž vyplývá, že největším nedostatkem v dostupnosti sociálních služeb jsou vysoké finanční

¹¹⁵ tamtéž

¹¹⁶ Sociální péče. Město České Budějovice. Dostupné na WWW: <http://www.c-budejovice.cz/cz/skolstvi-zdravotnictvi-socialni-pece/socialni-pece/stranky/socialni-pece-uvod.aspx>

nároky na úhradu poskytovaných služeb (18 % odpovědí). V 15 % je to omezená nabídka sociálních služeb a v 10 % malá kapacita v zařízeních poskytující sociální služby. Naopak nejvíce pracovníků/nic (35%) hodnotí jako nevýhodu v sociálních službách jejich omezenou nabídku, 27 % malou kapacitu a 25 % vysoké finanční nároky na sociální služby v Českých Budějovicích. Rozdílné pohledy na příčiny nedostupnosti sociálních služeb mezi jejich uživateli/kami a pracovníky/cemi jsou dle mého názoru zřejmé.

Zajímalo mě také, jak hodnotí klienti/ky potřebnost sociálních služeb ve svém životě. Na tuto otázku uvedlo celých 72 % dotazovaných klientů/tek, že má zajištěnou péči v rámci své rodiny, známých nebo přátel. 17 % klientů/tek potřebuje pravidelnou péči ve své domácnosti a 11 % trvalou péči v některém ze zařízení. Myslím si, že toto jsou důležité indikátory pro města a obce při plánování a rozvoji sociálních služeb. Tento názor zastávají také ve své studii Petr Víšek a Ladislav Průša, kteří doporučují obcím nahlížet na potřebnost sociálních služeb především s ohledem na názor cílových skupin uživatelů nebo potenciálních uživatelů konkrétních sociálních služeb.¹¹⁷

Jak již bylo zmíněno výše, důležitým ukazatelem kvality služeb je také jejich dostupnost. Kromě výše zmiňovaných sociálních služeb jsem se v dotazníku tázala na zdravotní služby, které jsou pro uživatele/ky služeb neméně důležité. Zjišťovala jsem, jak jsou respondenti/ky spokojeni s dostupností zdravotních služeb v Českých Budějovicích. Zde se odpovědi klientů/tek a pracovníků/nic zahrnutých do tohoto výzkumu poměrně dost liší. Jak vyplývá z odpovědí, zatímco 87 % dotazovaných klientů/tek je s dostupností zdravotních služeb v Českých Budějovicích spokojeno, tento názor zastává pouze 20 % pracovníků/nic.

Nejvíce dotazovaných klientů/tek (38 %) využívá služby psychiatra. Toto je patrné také z práce Rosíkové z roku 2012.¹¹⁸ 34 % respondentů z řad klientů/tek navštěvuje nejvíce praktického lékaře a 19 % klientů/tek zubního lékaře. 9 % dotazovaných

¹¹⁷ Víšek, P. a L. Průša. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: Národní centrum sociálních studií, o.p.s., Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012.

¹¹⁸ ROSÍKOVÁ, D. *Vliv sociálních služeb na kvalitu života osob s duševním onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012.

klientů/tek uvedlo, že navštěvuje jiného odborného lékaře a k této variantě odpovědi do dotazníku nejvíce respondentů/tek doplnilo, že se nejčastěji jedná o psychologa, neurologa či ortopeda.

A jaká zdravotní služba v Českých Budějovicích pro osoby s duševním onemocněním nejvíce chybí? Z výzkumu vyplývá, že 56% klientům/tek nejvíce chybí jiný, než uvedený odborný lékař a to psycholog nebo dětský psychiatr. Zubní lékař chybí 33 % dotazovaných klientů/tek, 6 % klientů/tek chybí nejvíce psychiatr a 5 % uvedlo, že chybí praktický lékař.

Respondenti/ky měli také možnost uvést své náměty a připomínky k dostupnosti sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích. Na tuto otevřenou otázku bylo odpovězeno pouze v 6 dotaznících z celkem 38 vyplněných. Nejčastěji zde klienti/ky uváděli, že jsou spokojeni s nabízenými službami a programem daného zařízení, které navštěvují (Domino, Fokus, denní stacionář psychiatrického oddělení). V jednom případě respondent/ka uvedl/a, že by uvítal/a více individuální přístup vzhledem ke svému postižení při hledání práce. Naopak pracovníci//ce zařízení sociálních služeb uvedli, že největší nedostatky jednoznačně spatřují v chybějící provázanosti a spolupráci mezi sektorem zdravotních a sociálních služeb. Pracovníci/ce sociálních služeb (organizace Domino a Fokus) uváděli také jako problém nejasnou dlouhodobou koncepci sociálních služeb a s tím spojené nejisté financování.

6 Závěr

Jako téma své diplomové práce jsem zvolila: Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích.

Cílem práce bylo zmapovat spokojenost uživatelů/lek s dostupností zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích a také zmapovat využití těchto služeb nejen z pohledu uživatelů/lek, ale i pracovníků/nic. K naplnění cílů práce jsem využila kvantitativní výzkum, techniku dotazníku. Celkem jsem rozdala 77 dotazníků, a to na psychiatrickém oddělení nemocnice v Českých Budějovicích, organizaci Domino v rámci Městské charity a občanském sdružení Fokus České Budějovice. Respondenty/kami byly nejen jejich uživatelé/ky, ale také pracovníci/ce uvedených institucí.

Jak je z výsledků výzkumu patrné, u některých otázek se odpovědi uživatelů/lek služeb prakticky shodovaly s odpověďmi pracovníků/nic, jiné se naopak lišily. Uživatelé/ky služeb hodnotili většinou kladně nabídku zdravotních i sociálních služeb, uváděli, že nejvíce jim v Českých Budějovicích chybí služby psychologa a možnosti sociálního bydlení nebo využití chráněných dílen. Většina dotazovaných uživatelů/lek jsou spokojeni i s dostupností služeb, pokud odpověděli na otázku dostupnosti záporně, uváděli jako nejčastější důvod vysoké finanční nároky na služby. Dle mého názoru byli vždy klienti/ky konkrétního zařízení spokojeni s nabídkou služeb, kterých se jim dostávalo. Často v dotazníku na otevřenou otázku, kde měli uživatelé/ky služeb možnost uvést své náměty či připomínky odpovídali, že jsou spokojeni se službami v organizaci Fokus/Domino/Nemocnice, že je zde milý personál a že jim zařízení vyhovuje. Toto koreluje s odpověďmi dotazovaných pracovníků/nic, ze kterých vyplynulo, že naprostá většina uživatelů/lek služeb má zájem o nabízené programy. Podle názorů pracovníků/nic by měly být podporovány především programy k využití volného času, programy sociální a terapeutické. Největší úskalí vidí v omezené nabídce sociálních služeb, malé kapacitě nabízených zařízení, ale také ve vysokých finančních nárocích na služby, stejně jako uživatelé/ky služeb. Co se týče zdravotních služeb, tam pracovníci/ce uváděli, že je zde v Českých Budějovicích málo odborníků, především

psychologů, kteří by byli pro osoby s duševním onemocněním finančně dostupní. Také dle jejich názoru chybí terénní programy pro osoby s duševním onemocněním. Další nedostatky spatřují pracovníci/ce v chybějící provázanosti a spolupráci mezi sektorem zdravotních a sociálních služeb a pracovníci/ce sociálních služeb uváděli také jako problém nejasnou dlouhodobou koncepci sociálních služeb a s tím spojené nejisté financování.

Zdravotní a sociální služby spolu úzce souvisí a jejich účelem by mělo být usnadnění života lidem, kteří onemocněli nebo se ocitli ve složité životní situaci. Ideální je, když člověk dokáže svou situaci zvládnout sám, popřípadě s pomocí rodiny či blízkých přátel. Ne každý má ale štěstí, aby měl takové lidi na blízku a zvláště duševně nemocní lidé mívají z různých důvodů méně přátel a dostávají se do společenské izolace. Ačkoliv dle mého názoru leckdy na první pohled není patrné, že se jedná o člověka s duševním onemocněním, jsou tito lidé často bráni majoritní společností jako méně inteligentní, nebezpeční a očekává se právě spíše jejich izolace, než integrace. Já mám ale tu zkušenost, že i tito lidé mají zájem o okolní svět, chtějí být jeho součástí a být tak vnímáni i svým okolím. Pobyt v zařízeních, kde mají možnost setkávat se s lidmi s podobnými problémy, mají zde příležitost dělat, co je baví, ať se jedná o ruční práce, absolvování výletů, hraní společenských her nebo jen povídání o svých problémech a radostech, se cítí být přijímáni a tyto činnosti je naplňují. Je tedy důležité, aby i nadále taková zařízení fungovala, ale také aby města, ve kterých jsou provozována, dbala na časovou i místní dostupnost těchto služeb pro jejich uživatele/ky. Myslím si, že fungující zařízení poskytující zdravotní a sociální služby v Českých Budějovicích existují, jsou lidmi s duševním onemocněním plně využívány a měly by být dále rozšiřovány a je důležité zapracovat na větší propojenosti a spolupráci zdravotních a sociálních služeb. To by usnadnilo nejen práci zaměstnancům/kyním služeb, ale také jejich uživatelům/kám při řešení svých problémů a orientaci ve službách.

Získaná data a náměty z této diplomové práce by mohli sloužit jako zdroj informací pro odborníky pracující s osobami s duševním onemocněním, ale i pro město České Budějovice při plánování sociálních služeb

7 Seznam použitých zdrojů

1. BEMARD, J. *Endogenní rozvojové potenciály malých obcí a místní samospráva. Sociologické studie*. Praha: Výzkumný ústav AV ČR, 2010. ISBN 978-80-7330-187-3.
2. Bílá kniha v sociálních službách [online]. 2003. [cit. 2013-11-02]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf
3. ČERMÁKOVÁ, K. a M. JOHNOVÁ. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
4. DAVID, I. Počátky péče o duševně nemocné. *Sestra*, 2010, č. 2, roč. 20. ISSN 1210-0404.
5. DÖMER, K. a kol. *Osvobozující rozhovor - psychicky nemocný v rodině*. Praha: Grada, 1999. ISBN 80-7169-89-2.
6. *Domino-sluzba následné péče pro lidi s duševním onemocněním*. [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://mchcb.cz/vyhledavani-v-adresari/?s=domino-sluzba-nasledne-pecce-pro-lidi-s-dusevnim-onemocnenim#directory-detail>
7. HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-686-5.
8. HÖSCHL, C. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Praha: Nakladatelství H & H, 1996. ISBN 80-85787-96-2.
9. JAROLÍMEK, M. *Antidepresiva*. [online]. [cit. 2014-01-23]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=21008>
10. JAROLÍMEK, M. *Kam směřuje česká psychiatrie?* [online]. [cit. 2014-01-18]. Dostupné z: <http://blog.aktualne.centrum.cz/blogy/martin-jarolimek.php?itemid=9187>
11. KALINA, K. *Jak žít s psychózou*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-563-6.
12. KEATING, M. *The new regionalism in Western Europe: Territorial restructuring and political change*. Cheltenham: Edward Elgam Pub, 1998. ISBN 1858985277.

13. KLIMENTOVÁ, E. *Sociální politika I*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0780-9.
14. *Komunitní plánování-web o komunitním plánování*. [online]. [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.komunitniplanovani.com/>
15. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. ISBN 978-80-7254-662-7.
16. KREBS, V. a kol. *Sociální politika*. Praha: ASPI Publishing, 2005. ISBN 80-7357-050-5.
17. KUBALČÍKOVÁ, K. 2009b. Role klienta při vytváření specifické zakázky sociální práce na místní úrovni. *Sociální práce*, 2009, č. 3, s. 93-102. ISSN 1213-6204.
18. KUBŮ, J. *Ochrana práv klientů s duševním onemocněním ve vybrané organizaci poskytující sociální služby*. Brno: Masarykova univerzita, 2007.
19. KVĚTENSKÁ, D. 2005. *Proměny sociálních služeb*. In Smutek, M. ed. 2005. *Možnosti sociální práce na počátku 21. století*. Hradec Králové: Edice texty k sociální práci.
20. MAHROVÁ, G a M. VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
21. Magistrát města České Budějovice. *Komunitní plán sociálních služeb*. [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://rpss.c-budejovice.cz/cz/archiv/rpss-2008-2013/Documents/Komunitni-plan-socialnich-sluzeb-2004-2008.pdf>
22. MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
23. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 978-80-7367-818-0.
24. MATOUŠEK, O. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.
25. MERITUM SEGMENT. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2008. ISBN 978-80-735-7316-4.
26. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*. [online]. [cit. 2013-01-13]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/3857>

27. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby – způsoby pomoci*. [online]. [cit. 2013-11-23]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9>
28. Ministerstvo práce a sociálních věcí. *Sociální služby. Registr poskytovatelů sociálních služeb*. [online]. [cit. 2013-12-02]. Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz>
29. Ministerstvo vnitra [online]. 2013. [cit. 2013-11-23]. *Zákon č.48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů*. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?page=0&idBiblio=45178&recShow=16&fulltext=&nr=48~2F1997&part=&name=&rpp=50#parCnt>
30. Ministerstvo vnitra [online]. 2013. [cit. 2013-11-30]. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=62334&fulltext=&nr=108~2F2006&part=&name=&rpp=100#local-content>
31. Ministerstvo vnitra [online]. 2013. [cit. 2013-11-30]. *Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování*. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=75500&nr=372~2F2011&rpp=15#local-content>
32. MOLEK, J. *Marketing sociálních služeb*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-026-4.
33. Nemocnice České Budějovice, a.s. *Psychiatrické oddělení-základní informace*. [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: <http://www.nemcb.cz/oddeleni/psychiatricke-oddeleni/>
34. NOVÁK, J. a R. ERBANOVÁ. 2007. Praha: Fokus o.s.
35. Nrzp. *Ochrana duševního zdraví občanů ČR*. [online]. [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.nrzp.cz/aktualne/tiskove-zpravy/123-ochrana-dusevniho-zdravi-obcanu-cr.html>
36. NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie*. Praha: UJAK, 2010. s.28. ISBN 978-80-86723-85-3.

37. PALEČEK. Investigations of the supercoil-selective DNA binding of wild type p53 suggest a novel mechanism for controlling p53 function. *European Journal of Biochemistry*, 2004, vol. 271, no. 19. ISSN 0014-2956.
38. PEČ, O. a V. PROBSTOVÁ. *Psychózy -- Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
39. PFEIFFER, J. *Dluh z minulosti vůči postiženým musíme splatit*. [online]. [cit. 2013-11-03]. Dostupné Z: <http://www.euractiv.cz/socialni-politika/clanek/jan-pfeiffer-dluh-z-minulosti-vuci-zdravotne-postizenym-musime-splatit-010336>
40. PRAŠKO, J. a kol. *Poruchy osobnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 978-80-7367-558-5.
41. PRAŠKO, J. a kol. *Psychiatrie*. Praha: INFORMATORIUM, 2006. ISBN 978-80-7333-002-6.
42. PRAŠKO, J. *Sociální fobie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-031-3.
43. PRŮŠA, L. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-255-6.
44. RABOCH, J. a P. ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*. Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-14-08.
45. ROSÍKOVÁ, D. *Vliv sociálních služeb na kvalitu života osob s duševním onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012.
46. Sociální péče. Město České Budějovice. Dostupné na WWW: <http://www.cbudejovice.cz/cz/skolstvi-zdravotnictvi-socialni-pecce/socialni-pecce/stranky/socialni-pecce-uvod.aspx>
47. *Stanovy Fokus České Budějovice, o.s.* [online]. [cit. 2014-02-03]. Dostupné z: http://www.fokus-cb.cz/filib/STANOVY_FOKUS_CB_2009.pdf
48. Stopstigma. *O duševních nemocech*. [online]. [cit. 2014-01-03]. Dostupné z: <http://www.stopstigma.cz/o-dusevnich-chorobach.html>
49. ŠUPA, J. *Expertíza pro osoby s duševním onemocněním*. Brno: Masarykova univerzita, 2011.
50. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

51. TĚŠINOVÁ, J., R. ŽDÁREK a R. POLICAR. *Medicínské právo*. Praha: C.H.Beck, 2011. ISBN 978-80-7400-050-8.
52. VÍŠEK, P. a L. PRŮŠA. *Optimalizace sociálních služeb*. Praha: Národní centrum sociálních studií,o.p.s., Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012.
53. VITÁKOVÁ, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnání*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.
54. VURM, V. a kol.: *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, 2007. ISBN 80-7254-997-9.
55. Vyhláška č. 505/2006 Sb. [online]. [cit. 2013-11-06]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/13639/v_505_2006.pdf
56. ZVOLSKÝ, P. *Obecná psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2001. ISBN 80-7184-494-2.
57. ŽIŽKOVÁ, J. 2005b. *Proces transformace sociální politiky v ČR*. In KREBS, V. a kol. 2005. *Sociální politika*. Praha: ASPI.

8 Klíčová slova

Zdravotní služby

Sociální služby

Duševní onemocnění

9 Přílohy

Příloha č. 1: Dotazník pro uživatele/ky služeb

„Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích“

(dotazník)

Dobrý den,

studuji obor Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, zakončený závěrečnou prací na téma „Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích“. Následující dotazník mi pomůže zjistit relevantní informace o dostupnosti a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním a na základě analýzy dat budou navržena konkrétní doporučení pro zlepšení kvality poskytovaných služeb v Českých Budějovicích. Dotazník má 15 otázek, jednu správnou odpověď (resp. možnost volby více odpovědí je vždy uvedena u dané otázky) označte křížkem ☒.

Dotazník je anonymní a slouží pouze ke studijním účelům.

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Jana Kortišová, 8.10.2013

Identifikační údaje respondenta

1. Pohlaví

- žena
- muž

2. Věk

- do 20 let
- 20 – 30 let
- 31- 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 65 let
- nad 65 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- vyučen
- středoškolské
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- jiná odpověď (prosím specifikujte)

4. Místo bydliště

- České Budějovice
- region Českých Budějovic
- jiná odpověď (prosím specifikujte)

Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním

5. Jste dostatečně obeznámen(a) s možnostmi zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

- ano
- ne

6. Jste spokojen(a) s nabízenými možnostmi zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

- zcela spokojen(a)
- spokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- nespokojen(a) (prosím specifikujte důvod).....
.....
.....

7. Odkud získáváte informace o možnostech zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích? (lze označit více odpovědí)

- čerpám z internetu
- informace získávám od lékaře
- informace získávám od sociálního odboru
- přímo kontaktuji danou organizaci na základě doporučení rodiny, přátel
- informuji se u někoho, kdo má stejný problém
- informace o službách nevyhledávám
- používám jiný zdroj (prosím specifikujte)

8. Jaký typ zařízení v Českých Budějovicích aktivně využíváte? (lze označit více odpovědí)

- denní stacionář
- pečovatelskou službu
- dům s pečovatelskou službou
- poradenství a terapeutické služby pro osoby trpící duševním onemocněním
- sociální bydlení
- krizová telefonní linka
- chráněné dílny
- nízkoprahová zařízení
- jiné zařízení (prosím specifikujte).....

9. Jaký typ zařízení Vám v Českých Budějovicích nejvíce chybí? (lze označit více odpovědí)

- denní stacionář
- pečovatelskou službu
- dům s pečovatelskou službou
- poradenství a terapeutické služby pro osoby trpící duševním onemocněním
- sociální bydlení
- krizová telefonní linka
- chráněné dílny
- nízkoprahová zařízení
- jiné zařízení (prosím specifikujte).....

10. Jaký je podle Vašeho názoru největší nedostatek v dostupnosti sociálních služeb v Českých Budějovicích? (lze označit více odpovědí)

- jsem spokojen(a) s dostupností
- omezená nabídka sociálních služeb
- vysoké finanční nároky služby
- malá kapacita
- jiný důvod (prosím specifikujte)

11. Jak hodnotíte potřebu sociálních služeb ve svém životě?

- potřebuji trvalou péči v zařízení
- potřebuji pravidelnou péči ve své domácnosti
- mám zajištěnou péči v rámci rodiny, známých, přátel

12. Jste spokojen(a) s dostupností zdravotních služeb v Českých Budějovicích?

- ano
- ne, časově špatně dostupné
- ne, příliš vzdálené od místa bydliště
- ne (prosím specifikujte důvod).....

13. Jakou zdravotní službu využíváte nejčastěji ? (lze označit více odpovědí)

- praktický lékař
- zubní lékař
- psychiatr
- jiný odborný lékař (prosím specifikujte)

14. Jaká zdravotní služba Vám v Českých Budějovicích nejvíce chybí? (lze označit více odpovědí)

- praktický lékař
- zubní lékař
- psychiatr
- jiný odborný lékař (prosím specifikujte)

15. Náměty a připomínky k dostupnosti sociálních a zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

.....

.....

Příloha č. 2: Dotazník pro pracovníky/ce

„Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích“

(dotazník)

Dobrý den,

studuji obor Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity, zakončený závěrečnou prací na téma „Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích“. Následující dotazník mi pomůže zjistit relevantní informace o dostupnosti a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním a na základě analýzy dat budou navržena konkrétní doporučení pro zlepšení kvality poskytovaných služeb v Českých Budějovicích. Dotazník má 11 otázek, jednu správnou odpověď (resp. možnost volby více odpovědí je vždy uvedena u dané otázky) označte křížkem ☒.

Dotazník je anonymní a slouží pouze ke studijním účelům.

Děkuji za Váš čas věnovaný vyplnění dotazníku.

Jana Kortišová, 8.10.2013

Identifikační údaje respondenta

1. Pohlaví

- žena
- muž

2. Věk

- do 20 let
- 20 – 30 let
- 31- 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 65 let
- nad 65 let

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

- základní
- vyučen
- středoškolské
- středoškolské s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské
- jiná odpověď (prosím specifikujte)

4. Místo bydliště

- České Budějovice
- region Českých Budějovic
- jiná odpověď (prosím specifikujte)

Dostupnost a využití zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním

5. Jste spokojen(a) s nabízenými možnostmi zdravotních a sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

- ano, zcela spokojen(a)
- spíše spokojen(a)
- spíše nespokojen(a)
- zcela nespokojen(a) (prosím specifikujte důvod)

.....
.....

6. Mají osoby s duševním onemocněním zájem o nabídku sociálních programů?

- ano
- ne

7. Jaký typ zařízení pro osoby s duševním onemocněním podle Vašeho názoru v Českých Budějovicích nejvíce chybí? (lze označit více odpovědí)

- denní stacionář
- pečovatelská služba
- dům s pečovatelskou službou
- poradenství a terapeutické služby pro osoby trpící duševním onemocněním
- sociální bydlení
- krizová telefonní linka
- chráněné dílny
- nízkoprahová zařízení
- jiné zařízení (prosím specifikujte).....

8. Jaká oblast by měla být podle Vašeho názoru nejvíce podporována? (Ize označit více odpovědí)

- krizové programy a intervence
- terapeutické programy
- sociální programy
- programy k využití volného času osob s duševním onemocněním
- jiný typ (prosím specifikujte).....

9. Jaký je podle Vašeho názoru největší nedostatek v dostupnosti sociálních služeb v Českých Budějovicích? (Ize označit více odpovědí)

- omezená nabídka sociálních služeb
- vysoké finanční nároky služby
- malá kapacita
- jiný důvod (prosím specifikujte).....

10. Jste spokojen(a) s dostupností zdravotních služeb pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

- ano
- ne, časově špatně dostupné
- ne, málo odborníků
- ne (prosím specifikujte důvod).....

11. Náměty a připomínky k sociální a zdravotní dostupnosti pro osoby s duševním onemocněním v Českých Budějovicích?

.....

.....

.....

.....