

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

**Pedagogická fakulta**

Katedra antropologie a zdravovědy

**PETRA KORMANOVÁ**

V. ročník – prezenční studium

Obor: Pedagogika – sociální práce

**Možnosti ústavního a neústavního typu bydlení  
pro mentálně znevýhodněné občany v moderní  
společnosti**

**Diplomová práce**

Vedoucí práce: PhDr. Ivana Knausová, Ph.D.

Olomouc 2010

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literatury.

V Olomouci 9. 6. 2010

.....

Tímto bych chtěla poděkovat vedoucí své diplomové práce PhDr. Ivaně Knausové, Ph.D. za odborné vedení této práce, za cenné rady, které mi poskytla při zpracování práce, za její ochotu a vstřícnost.

# OBSAH

ÚVOD.....	6
STRUKTURA PRÁCE.....	8
<b>I. TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....</b>	<b>11</b>
1.1 HISTORIE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO MENTÁLNĚ ZNEVÝHODNĚNÉ OBČANY ...	13
1.2 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	19
1.3 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH .....	24
1.3.1 Standardy kvality sociálních služeb .....	26
1.3.2 Příspěvek na péči.....	29
1.3.3 Úhrada za služby .....	31
1.3.4 Poskytovatelé sociálních služeb .....	32
<b>2 UŽIVATEL / KLIENT .....</b>	<b>33</b>
2.1 KLIENT S MENTÁLNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM .....	33
2.2 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE .....	35
2.3 POSTOJE SPOLEČNOSTI K LIDEM S MENTÁLNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM .....	39
2.4 UŽIVATEL V KONTEXTU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB .....	41
2.4.1 Práva uživatele .....	41
2.4.2 Mezinárodně uznávaná práva osob s mentálním znevýhodněním .....	42
2.4.3 Způsobilost k právním úkonům.....	43
<b>3 MOŽNOSTI BYDLENÍ.....</b>	<b>45</b>
3.1 FORMY BYDLENÍ DO ROKU 2007 .....	46
3.2 FORMY BYDLENÍ PO ROCE 2007 .....	48
3.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením .....	49
3.2.2 Týdenní stacionář .....	56
3.2.3 Chráněné bydlení.....	59
3.2.3.1 Camphill.....	65
3.2.3.2 Archa .....	66
3.2.4 Podpora samostatného bydlení.....	68
3.2.5 Domácí péče.....	72

<b>4 KLIENT A ZAŘÍZENÍ.....</b>	<b>76</b>
4.1 JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O SLUŽBU .....	76
4.2 ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY .....	78
4.3 STANOVENÍ OSOBNÍHO CÍLE .....	78
4.4 SMLOUVA O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY .....	79
4.5 PŘÍJEM ZÁJEMCE O SLUŽBU .....	80
4.6 UKONČENÍ POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY.....	80
<b>II. PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>81</b>
<b>5 PŘÍPADOVÉ STUDIE VYBRANÝCH UŽIVATELŮ JEDNOTLIVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....</b>	<b>82</b>
5.1 KAZUISTIKA Č. 1 .....	82
5.2 KAZUISTIKA Č. 2 .....	84
5.3 KAZUISTIKA Č. 3 .....	87
5.4 KAZUISTIKA Č. 4 .....	89
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>91</b>
<b>SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ .....</b>	<b>93</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....</b>	<b>100</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>	<b>1011</b>

## ÚVOD

Diplomová práce je zaměřena na problematiku možnosti bydlení mentálně znevýhodněných občanů. Jsou to lidé, kteří mají stejné potřeby jako lidé zdraví, ovšem stále mnoho z nich v dostatečné míře neuspokojuje jednu ze základních lidských potřeb, a to potřebu důstojně a kvalitně bydlet.

Téma diplomové práce jsem si zvolila zvláště z toho důvodu, že se již několik let pohybuji v sociální sféře. Konkrétně jako terénní respitní pracovník a pracovník v sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením. Problematika bydlení mentálně znevýhodněných lidí je mi tedy blízká.

I přes to, že Česká republika patří k vyspělým zemím, rozvoj sociálních služeb pro mentálně znevýhodněné lidi směřující k jejich podpoře začal až v 90. letech 20. století, kdy po pádu éry komunismu nastala éra demokracie. Do konce 80. let 20. století měly rodiny mentálně handicapovaných lidí pouze dvě možnosti – buď si své postižené dítě nechat doma a starat se o ně, nebo je umístit do ústavu. Ústavy sociální péče byly zpravidla zařízeními velkokapacitními. Poskytovala se zde v zásadě jen péče o fyziologické potřeby klientů. Přístup ke klientům nebyl v žádném případě individuální a nevedl k naplňování jejich potřeb a přání.

Postupem času docházelo a dochází ke změně přístupu. Pobytové sociální služby se transformují v zařízení rodinného typu, a tedy nejsou již velkokapacitními. Dochází k lidštějšímu přístupu ke klientům, kdy jsou respektována a naplňována jejich práva, potřeby, touhy a přání. V dnešní době existuje široká paleta pobytových i nepobytových sociálních služeb. Pokud se rodiče rozhodnou, že si své postižené dítě nechají doma, mohou využívat služeb *osobní asistence, respitní péče, denního stacionáře, chráněných dílen*. Pokud člověk nestačí na to, aby o svého člena rodiny pečoval doma, jsou mu k dispozici pobytové sociální služby *domova pro osoby se zdravotním postižením, týdenního stacionáře, chráněného bydlení* a terénní sociální služba *podpora samostatného bydlení*.

Mnoho publikací se problematikou možností bydlení pro mentálně znevýhodněné lidi nezabývá a když už, tak pouze obecně, okrajově. Autorem, který se této problematice věnuje nejobsáhleji, je Matoušek.

Pro nedostatek dostupné literatury jsem se rozhodla napsat tuto diplomovou práci, která se věnuje konkrétním možnostem ústavního a neústavního typu bydlení pro mentálně handicapované občany a uceluje jednotlivé příspěvky autorů zabývajících se touto problematikou.

Tato práce by měla být přínosná především pro studenty sociální práce, kteří by se měli podrobně zabývat sociální problematikou mentálně handicapovaných lidí. Dále je práce určena pro rodiny, kterým se narodilo handicapované dítě a neznají všechny možnosti pobytových i nepobytových sociálních služeb nabízených v naší společnosti.

V práci byly použity výroky, názory a postoje klientů pobytových sociálních služeb, rodičů, kteří pečují o své dítě doma, rodičů, jejichž dítě využívá pobytových sociálních služeb.

Všechny názory a výroky byly sepsány anonymně, se souhlasem oslovených. Začáteční písmena jmen lidí, kteří mi poskytli rozhovor, byla změněna.

## STRUKTURA PRÁCE

Diplomová práce je rozdělena na dvě části – na část teoretickou a část praktickou. První část práce je částí teoretickou, která je prokládána poznatky a reflexemi z mé praxe. V praktické části jsou zpracovány čtyři podrobné případové studie klientů, kteří jsou uživateli rozdílných pobytových sociálních služeb.

V první kapitole práce nejprve vysvětluji pojem sociální služby. Postupně se dostávám přes historický exkurz sociálních služeb pro mentálně znevýhodněné občany k transformaci těchto služeb a také k přijetí Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Přijetí tohoto zákona je mezníkem v celé historii sociálních služeb, co do vztahu k uživatelům těchto služeb. Proto se také v této kapitole věnuji některým, pro moji práci důležitým, částem Zákona o sociálních službách. Popisuji zde i standardy kvality sociálních služeb, které jsou stěžejním dokumentem zabezpečujícím kvalitu práce s klienty, zvláště v ústavních a neústavních typech bydlení pro mentálně znevýhodněné občany.

V druhé kapitole charakterizuji klienta s mentálním znevýhodněním a definuji samotné mentální postižení. Také se věnuji otázce svéprávnosti mentálně znevýhodněných lidí.

Třetí kapitola práce je kapitolou nejobsáhlejší. Popisuji zde jednotlivé možnosti ústavního a neústavního typu bydlení. Jejich charakteristiku, cílovou skupinu jejich uživatelů, úhradu za jednotlivé služby, počet zařízení v České republice. Celou tuto část budu prokládat reflexemi a postřehy z mé dosavadní pětileté praxe.

Čtvrtá kapitola se zabývá procesem, kterým si projde každý zájemce a žadatel o pobytovou sociální službu. Od prvního kontaktu se zařízením až po přijetí uživatele do zařízení.

V empirické části práce seznamuji čtenáře se čtyřmi případovými studiemi mentálně znevýhodněných klientů. V kasuistikách jsou popsány podrobné anamnézy klientů, kteří bydlí v odlišných typech pobytových sociálních služeb vybraného zařízení. Konkrétně se jedná o pobytové služby domova pro osoby se zdravotním postižením, týdenního stacionáře, chráněného bydlení a terénní služby podpory samostatného bydlení.



### **Cílem této práce je**

- Definovat a vymežit pojem sociální služby;
- Vysvětlit, v čem spočívá proces transformace sociálních služeb;
- Charakterizovat klienta s mentálním postižením;
- Popsat jednotlivé možnosti bydlení pro mentálně znevýhodněné občany;
- Popsat proces jednání zařízení, poskytující pobytové sociální služby, se zájemcem o tyto služby;
- Charakterizovat typy klientů, kteří využívají jednotlivé pobytové služby ve vybraném zařízení.

# **I. TEORETICKÁ ČÁST**

# 1 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

V první kapitole diplomové práce, která se obsahově zaměřuje na možnosti ústavního a neústavního typu bydlení, a tedy na pobytové a nepobytové sociální služby pro mentálně znevýhodněné občany, se budu zabývat samotným pojmem *sociální služby*.

Sociální služby<sup>1</sup> existovaly a existují proto, aby poskytovaly pomoc tam, kde je jich nejvíce třeba k tomu, aby lidé znovu získali svou nezávislost a mohli znovu zaujmout místo ve své komunitě<sup>2</sup>. Každý z nás se během svého života dostává do obtížných situací. Některé z nich nedokáže řešit bez pomoci někoho druhého. V této chvíli pak může potřebovat sociální službu.<sup>3</sup> Sociální služby by měly vést tedy k tomu, aby člověk, který ať z důvodu věku, postižení, nebo jiného znevýhodnění, nemůže žít bez pomoci jiných lidí, své potřeby nemůže sám obstarat a v plné míře naplnit, mohl žít životem odpovídajícím běžnému způsobu života.<sup>4</sup>

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, *ubytování*, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.<sup>5</sup>

*Kozlová* vyzdvihuje významnost sociálních služeb zejména proto, že bez jejich působení by se významná část občanů nemohla podílet na všech stránkách života společnosti, bylo by znemožněno uplatnění jejich lidských a občanských práv a docházelo by k jejich sociálnímu vyloučení.<sup>6</sup>

---

<sup>1</sup> Sociální služby jsou činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem jejich sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení.

<sup>2</sup> Přirozené prostředí společenství lidí. Komunita je vymezena prostředím, lidmi, mezilidskými vztahy a společnými zájmy. Vzájemným působením uvedených prvků vzniká kvalita života v komunitě. Úroveň této kvality se stává základem pro spolupráci, které se účastní všichni ti, kteří do komunity patří a mají stejný záměr.

<sup>3</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Bílá kniha v sociálních službách*. Online. Cit. [22.1. 2010]. Dostupné na: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)>

<sup>4</sup> POGODOVÁ, E. Transformace sociálních služeb a její úskalí v kontextu dnešního společenského klimatu. In VAŠTÁTKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Olomouc: Hanex, 2008. ISBN 978-80-7409-016-5. s. 8.

<sup>5</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Sociální služby*. Online. Cit. [4.1. 2010]. Dostupné na:

<<http://www.mpsv.cz/cs/9>>

<sup>6</sup> KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7. s. 17.

*Ministerstvo práce a sociálních věcí* definuje ve svém doporučujícím dokumentu, *Bílá kniha sociálních služeb*, sedm principů, které tvoří základ sociálních služeb:

1. nezávislost a autonomie pro uživatele služeb - nikoli závislost;
2. začlenění a integrace - nikoli sociální vyloučení;
3. respektování potřeb - služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti;
4. partnerství - pracovat společně, ne odděleně;
5. kvalita - záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem;
6. rovnost bez diskriminace;
7. standardy národní, rozhodování v místě.<sup>7</sup>

Těchto sedm principů a jejich dodržování je nesmírně důležité pro kvalitní fungování zdravotně znevýhodněných občanů ve společnosti. Na místě je také objasnění, kdo všechno by se měl podílet na fungování sociálních služeb. Jsou jimi:

- jednotlivci;
- obce, komunity;
- kraje;
- občanská společnost;
- stát.<sup>8</sup>

Z předešlých řádků vyplývá, že sociální služby jsou nepostradatelnou entitou pro každého člověka, jenž se dostal do situace, kterou není schopen vyřešit sám. Jsou zde pro o, aby zajistily tomuto člověku plnohodnotný život, bez vyloučení či diskriminace ve společnosti. Jsou zde proto, aby se tento člověk stal samostatným, nezávislým a rovnocenným partnerem pro každého z nás. K naplnění tohoto ideálního stavu je zapotřebí snaha celé naší společnosti.

---

<sup>7</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Bílá kniha v sociálních službách*. Online. Cit. [22.1. 2010] Dostupné na:

<[Http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)>

<sup>8</sup> Tamtéž.

## 1.1 HISTORIE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO MENTÁLNĚ ZNEVÝHODNĚNÉ OBČANY

V této podkapitole se budu věnovat historickému vývoji sociálních služeb pro mentálně znevýhodněné občany.

Je zřejmé, že vývoj sociálních služeb pro mentálně znevýhodněné občany měl v průběhu historie nejrůznější podoby. Dozajista byl ovlivňován politikou, kulturou, náboženstvím a dalšími jinými aspekty. Je třeba podotknout, že se jen málo autorů věnuje historii sociálních služeb pro mentálně handicapované osoby. Většinou nalezneme informace o vývoji sociálních služeb pro tělesně postižené či „chudinu“.

### Pravěk

V prvotně pospolné společnosti neexistovala žádná forma institucionální péče. Duševní choroby byly vykládány z pohledu magie. Lidé pečovali o své mentálně znevýhodněné pomocí ochranných magických symbolů. Vyhánění ducha – exorcismus – bylo chápáno jako způsob léčby.<sup>9</sup> Je třeba zmínit, že v tomto historickém období společnost akceptovala „své“ postižené občany, kteří byli její součástí.

### Starověk

Podle *Matouška* se z antiky nedochovaly žádné zprávy o zařízeních pro handicapované,<sup>10</sup> ale například *Pipeková* se zmiňuje o ústavní péči zaznamenané v Řecku, která je spojena se zakládáním léčebných ústavů, označovaných jako *asklépia*.<sup>11</sup> Péči v nich zajišťovali lékaři a kněží. Pokud postižený chrámovou léčbu nerespektoval, byl vyobcován ze společnosti, což vedlo k jisté smrti.<sup>12</sup> Jinak v období starověku existovala především péče o mentálně znevýhodněného člena v rodině. Řekové uctívali kult souladu krásného těla a ducha, tzv. kalokagathii. Tento ideál měl i svou negativní stránku – tělesné a mentální nedostatky v antické společnosti vyvolávaly odpor a pohrdání. „Nepodařené“ nebo nechtěné děti byly zabíjeny, případně odkládány. Pokud se někdo našel, kdo by je vychoval, mohl je prohlásit za své děti nebo se z nich mohli stát otroci. Například ve Spartě byly všechny narozené děti prohlíženy

---

<sup>9</sup> PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Nakladatelství Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. s. 170.

<sup>10</sup> MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1. s. 28.

<sup>11</sup> PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Nakladatelství Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. s. 170.

<sup>12</sup> MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1. s. 28.

radou starších. Děti, které vykazovaly vadu či přílišnou slabost, byly svrženy do roklí. Dospělé handicapované antika tolerovala podobně jako středověk. Patřili do společnosti, v níž měli své místo, společnost necítila potřebu je vylučovat.<sup>13</sup>

### **Středověk**

V období středověku se mentálně postižení lidé uchýlovali do klášterů, kde byly zřizovány hospitaly, což byla nemocniční zařízení. Péče v těchto zařízeních byla sociálně charitativní. V tomto období byly duševní choroby vykládány z pohledu náboženství jako trest boží.<sup>14</sup>

Zakládání ústavů pro handicapované se objevuje s křesťanstvím. První dochované zmínky o ústavní péči se objevují teprve u prvních křesťanských panovníků byzantských, kteří zřizovali útulky pro nemocné pocestné – *xedochonia*<sup>15</sup> a sirotčince – *orfanotrofia*. Ústavy, které se zabývaly ošetřováním nemocných se nazývaly *nosokomia*.<sup>16</sup> Církev je až do novověku významnější institucí než stát, kterému propůjčuje legitimitu a přebírá často jeho úlohu v poskytování solidární péče.<sup>17</sup>

*Matoušek a Pipeková* se shodují, že ve středověku tělesné či mentální postižení bylo často interpretováno jako nepřízeň Boha a opravňovalo rodinu handicapovaného k jeho vyhnání. Vylučování duševně i mentálně handicapovaných mělo např. v přímořských zemích podobu jejich vsazování na „lod' bláznů“, která plula na širé moře a vysazovala své pasažéry na opuštěných místech. Tyto lodě bláznů si můžeme představit jako primitivní instituci, která zabezpečuje detenční a izolující společenskou funkci.

### **Novověk**

Na konci 17. století začínají být zřizovány velké ústavy. V těchto velkých zařízeních se dohromady ocitají mentálně handicapovaní lidé, duševně nemocní, kriminální osoby, zběhlí klerikové, propuštěnci z vojska, někde i chudí, přičemž tyto instituce nebyly založeny na bázi lékařské, nýbrž polosoudní. Tudíž se s mentálně

---

<sup>13</sup> Tamtéž, s. 29.

<sup>14</sup> PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Nakladatelství Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. s. 170.

<sup>15</sup> Zde se poskytovalo pohostinství cizincům, pečovalo se o chudé a nemocné. Tyto domy se objevují ve 4. století n.l.

<sup>16</sup> MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1. s. 28.

<sup>17</sup> GOLDMANN, R. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-244-0028-6. s. 80-85.

znevýhodněnými jednalo jako s vězni. O humanizování péče ve velkých zařízeních se zasloužil především *Philippe Pinel*<sup>18, 19</sup>.

Na našem území, díky reformám Josefa II., docházelo k postupnému rušení mnoha klášterů. Místo nich byly zřizovány špitály, sirotčince, chudobince, blázince a jiná specializovaná, státem kontrolovaná zařízení pro handicapované lidi.

## 19. a 20. století

Až koncem 19. století a začátkem 20. století dochází ke změně přístupu ke klientům. Ústavy, původně sloužící k vylučování lidí ze společnosti, se začínají orientovat více a více na zájmy klientů. Tento trend v nedávné minulosti vedl ke koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa.<sup>20</sup> Počátkem 19. století se začaly stavět velké instituce – ústavy, které měly lidem s mentálním postižením zaručit poklidný život stranou společnosti.<sup>21</sup>

Také *Pipeková* zmiňuje, že v průběhu 19. století dochází ke změně názorů na handicapovaného jedince. O tento posun se zasloužila řada lékařů, vědců a pedagogů. Nový pohled na mentální retardaci dává vznik organizované péči – ústavů pro mentálně retardované, které vznikají ve Francii, Rakousku, Velké Británii a taktéž v Čechách. Vedle ošetrovatelské péče zde zaujímá své postavení i výchovná a vzdělávací činnost.<sup>22</sup>

Organizovaná ústavní péče se datuje od roku 1871. Je spojena se založením *Ernestina* v Praze, což bylo *první zařízení pro mentálně retardované u nás*. Zakladatelem a prvním ředitelem byl *MUDr. Karel Slavoj Amerling*. Další významnou osobností a nástupcem Amerlinga byl *MUDr. Karel Herfort*.<sup>23</sup>

V Čechách je postupně vybudována celá řada ústavů sociální péče. Objekty ústavů sociální péče byly vybudovány v opuštěných zámeckých objektech a budovách mimo veřejnost. Šlo o zařízení, kde byli klienti rozděleni z hlediska věku a pohlaví.

<sup>18</sup> Philippe Pinel (1745-1826) byl francouzským lékařem a zakladatelem psychiatrie. V ústavech dal duševně chorým sejmout pouta. Pacienty, kteří tam byli bezdůvodně, dal propustit. Začal se starat o lepší hygienu prostředí i lepší stravu. Vymohl pro pacienty postele, slušné jídlo a opatřil také oblečení. Zavedl pro některé pacienty s lehčími formami psychických poruch vycházky.

<sup>19</sup> PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Nakladatelství Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. s. 171.

<sup>20</sup> MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1. s. 34.

<sup>21</sup> Dobromysl. *Bydlení pro lidi s MP*. Online. Cit. [28.3. 2010]. Dostupné na: < [Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=37](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=37).>

<sup>22</sup> PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Nakladatelství Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. s. 171.

<sup>23</sup> PIPEKOVÁ, J. Tamtéž, s. 171.

O klienty se starali lékaři, řádové a zdravotní sestry, instruktoři pracovní činnosti. Péče v zařízeních byla převážně zdravotní (ošetřovatelská) a sociální.<sup>24</sup>

Z ústavních zařízení se u nás za první republiky proslavily zejména Masarykovy domovy – sociální ústavy hlavního města Prahy v Krči (nyní Thomayerova nemocnice), které byly ve své době nejmodernějším zařízením svého druhu v Evropě. V jejich areálu se nacházelo 6 starobinců (1200 lůžek), 1 ústav pro 100 manželských párů a 4 chorobince (celkem 800 lůžek). K dispozici tu byl mj. divadelní sál, kinosál, sportovní a tenisová hřiště, bazény, ústřední knihovna. Toto vybavení vysloužilo Masarykovým domovům unikátní postavení v Evropě.<sup>25</sup>

Je nutné říci, že ústavní model služeb v době svého vzniku byl jednoznačně pokrokem. Lidem s postižením začala být věnována systematická odborná péče, která do té doby byla jen těžko dostupná.<sup>26</sup>

### **60., 70., a 80. léta 20. století**

Dle *Matouška* byly veškeré sociální služby provozovány buď obcemi nebo dobročinnými spolky. Od roku 1956 přešly kompetence provozovat sociální služby výhradně do rukou státu.<sup>27</sup>

Ještě dlouho po druhé světové válce bylo rozhodnutí ponechat si postižené dítě otázkou především etickou. Ústavní péče znamenala snížení rizika rozpadu nebo narušení chodu rodiny. Nebyla ohrožena profesní kariéra rodičů, nebyla jim odebírána většina volného času a navíc mohli mít vědomí, že je dítě v dobrých rukou odborníků, kdežto doma by stejně nevěděli, jak je optimálním způsobem rozvíjet. Naproti tomu ponechání dítěte v rodině bylo aktem sebeobětování, jakousi celoživotní řeholí, která často vedla k narušení rodinných vazeb. Zejména matce bránila v rozvoji dalšího vzdělávání, poznamenávala osudy nepostižených sourozenců a nastolovala trvalou nejistotu, zda se pro dítě po stránce výchovné a zdravotní činí skutečně maximum.<sup>28</sup>

*Vyslechla jsem si osobní zkušenost paní P., která měla mentálně handicapovaného bratra. Podle ní nebylo v 80. letech 20. století ojedinělé, když rodiče*

---

<sup>24</sup> PIPEKOVÁ, J. Tamtéž, s. 171.

<sup>25</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9. s. 24.

<sup>26</sup> SOBEK, J., a kol. *Práce s rizikem v sociálních službách*. Praha: Portus, 2010. ISBN 978-80-254-6889-0. s. 11.

<sup>27</sup> Podle zákona č. 55/1956 Sb. O sociálním zabezpečení, mohly sociální služby provozovat i církve. Avšak v 60. letech toto legislativní rozhodnutí bylo zrušeno.

<sup>28</sup> BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988.



mentálně postiženého dítěte, které si chtěli nechat doma, museli obejít s podpisovým archem sousedy, kteří se měli vyjádřit, zda s ponecháním dítěte v rodině souhlasí či nikoli. V zásadě šlo o to, zda sousedé souhlasí s „narušením nebo nenarušením“ občanské soužití v ulici.

Také podle Švarcové převládal před rokem 1989 názor, že člověk s mentálním postižením „patří do ústavu“ a rodiče takto postižených dětí, kteří se rozhodli, že si své dítě ponechají doma a budou o ně pečovat sami, byli nezřídka svým okolím považováni za podivíny, kteří jsou ochotni kvalitu svého života obětovat mentálně postiženému dítěti, z něhož stejně „nikdy nic“ nebude.<sup>29</sup> Lidé s mentálním nebo kombinovaným postižením tedy neměli do roku 1989 prakticky jinou šanci než prožít část svého života v některém z ústavů sociální péče.<sup>30</sup>

V publikaci z roku 1961 se píše: „Ústavní sociální péče má nahradit domov. Musí ovšem poskytovat služby, které se v rodině poskytovat nemohou (zdravotní péče, kulturní péče apod.). V ústavu sociální péče má mít obyvatel příjemné prostředí, dobré ubytování, zdravou a správnou výživu, lékařskou péči zdravotní, rehabilitaci, možnost kulturního využití i možnost pracovního uplatnění. Mladí svěřenci také výchovu a výuku.“<sup>31</sup>

Výše zmiňovaná situace před rokem 1989 byla realitou v bývalé Československé republice. Avšak západní společnost si začala uvědomovat už na pomezí 60. a 70. let, že lidé s handicapem nemohou žít ve velkokapacitních ústavech plnohodnotným životem. A tak v těchto letech v západní Evropě a Severní Americe vznikala hnutí, která bojovala za právo handicapovaných žít ve společnosti mezi ostatními občany.

Začaly vznikat společné domovy a další komunitní formy bydlení pro lidi s postižením, a to i s nejtěžšími formami mentální retardace, fyzického postižení či poruch chování.<sup>32</sup>

V Československé republice a ostatních státech východního bloku k žádným z těchto novodobých změn nedošlo. Na konci 80. let 20. století byla drtivá většina občanů s postižením v izolaci ústavů. 90. léta pak představovala příchod nových forem

---

<sup>29</sup> ŠVARCOVÁ, I. Humanizace ústavní péče o lidi s mentálním postižením. In *Sociální politika*, 2000. roč. 26, č. 3. ISSN 0049-0962. s. 10-12.

<sup>30</sup> ANDOVÁ, L. Co přinášejí alternativy ústavní péče. In *Děti a my*. Praha: Portál, 1997, roč. 27, č. 3, s. 22.

<sup>31</sup> Státní úřad sociálního zabezpečení. *Ústavní sociální péče*. Praha, 1961. s. 8.

<sup>32</sup> Dobromysl. *Bydlení pro lidi s MP*. Online. Cit. [23.3. 2010]. Dostupné na: <[Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=37](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=37)>

sociálních služeb, včetně těch orientovaných na komunitní formy bydlení. I přes značné pokroky však zůstává i nadále v České republice většina lidí s postižením bez možnosti zvolit si svůj domov, mnoho lidí žije stále v ústavech.<sup>33</sup>

Níže uvedená tabulka nám poukazuje na proces, kterým prošly pobytové sociální služby vzhledem ke svému klientovi - člověku s handicapem. Podle mého názoru se nyní česká společnost ocitá ve druhém stadiu. Třetí stadium je ideální stav, který snad nastane a bude platit v blízkých letech.

**Tabulka 1: Historický průběh sociálních služeb pro mentálně znevýhodněné osoby.** (Převzato z knihy Jana Šišky, *Mimořádná dospělost*.<sup>34</sup>)

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

<sup>33</sup> Dobromysl. *Bydlení pro lidi s MP*. Online. Cit. [23.3. 2010]. Dostupné na: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=37>>

<sup>34</sup> ŠÍSKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

## 1.2 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Tato podkapitola pojednává o procesu transformace pobytových sociálních služeb pro mentálně znevýhodněné občany.

Také v České republice (pozn. do roku 1993 Československé) dochází začátkem 90. let 20. století ke změně postojů vzhledem k mentálně handicapovaným lidem a jejich „umístováním“ ve velkokapacitních ústavech mimo běžnou zástavbu. Dochází ke změně přístupu k samotnému uživateli sociálních služeb. Jedná se o tzv. proces *transformace*<sup>35</sup>.

Dříve, než se budu zabývat samotnou transformací sociálních služeb, je nutné vysvětlit, jaký je rozdíl mezi transformací a reformou sociálních služeb, vyhneme se tím možné záměně těchto termínů.

### **Reforma sociálních služeb**

Reformou je chápáno zaměření se na úpravy bydlení, např. zlepšení prostředí v těchto institucích jako je zavedení výtahu do budovy, odstranění prahů u dveří, výměna oken, rekonstrukce koupelen, nový nábytek, atd. „*Reforma zlepšuje standard bydlení v ústavu a je to krok, který lze udělat při zlepšování kvality života lidí*“.<sup>36</sup>

### **Transformace sociálních služeb**

Transformace tkví ve změnách, které se hlásí k novému přístupu k uživateli.

Pojem transformace je v kontextu sociálních služeb v České republice vnímán jako cesta změn od velkokapacitních pobytových zařízení, jako jsou velkokapacitní domovy pro osoby se zdravotním postižením (ústavy sociální péče), vedoucí k malým zařízením rodinného typu v přirozené zástavbě. Stávající velké ústavy jsou často nevhodně umístěny nejen mimo běžnou zástavbu v obci, ale někdy také v nevhodných budovách, jakými jsou například staré zámky, které nemohou odpovídat potřebám lidí, kteří v nich žijí. Tento proces transformace, tj. z velkých rezidenčních zařízení přejít na jiné typy sociálních služeb, jako je např. služba chráněného bydlení či podpora samostatného bydlení, byl českou vládou rozvržen do časového úseku let

---

<sup>35</sup> Transformace (z lat. trans-formatio, pře-tvoření), znamená podstatnou změnu, proměnu.

<sup>36</sup> Sdružení QUIP. *Proč je třeba ústavní péči transformovat*. Online. Cit. [2.1. 2010]. Dostupné na: < [Http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html](http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstitucionalizace.html) >

2007 – 2013. Neznamená to ovšem, že se proces transformace odehrává až v těchto letech. Začíná postupně už v 90. letech.

Klíčovými pojmy transformace jsou humanizace, individualizace, deinstitucionalizace, decentralizace a integrace<sup>37</sup>.

### **Integrace, individualizace, humanizace**

*Integraci, individualizaci a humanizaci* mentálně postižených občanů můžeme chápat jako nejvyšší stupeň socializace jedince, kdy člověka zapojujeme a uvádíme do společnosti. Podle *Novosada* je lidský život nutně rozprostřen mezi dvěma procesy – procesem integrace, tedy začleněním se člověka do společnosti a procesem individualizace, která je chápána jako „vyzdvížení“ člověka z množiny druhých. Jde o jakési zdůraznění jeho nezaměnitelné, svébytné, osobní „člověkovitosti“ a přijetí jeho identity.<sup>38</sup>

### **Deinstitucionalizace, decentralizace**

*Deinstitucionalizace* ústavní péče do přirozené sítě služeb v komunitě spočívá v podpoře rozvoje služeb, které umožní svým uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života, srovnatelného s vrstevníky, kteří bydlí v přirozeném domácím prostředí. Jde především o služby chráněného bydlení, osobní asistence a službu podpory samostatného bydlení. (Opačný stav – zachování „ústavního přístupu“ v integrovaném prostředí komunity je označován jako „transinstitucionalizace“).<sup>39</sup>

Proces *decentralizace* sociálních služeb byl zahájen v roce 1999. Cílem bylo vytvořit a legislativně zakotvit podmínky jejich poskytování. Decentralizace spočívala především v tom, že financování sociálních služeb přešlo ze státního rozpočtu do rozpočtů krajů a obcí.<sup>40</sup>

---

<sup>37</sup> Integrace je plným začleněním a splynutím osoby s postižením se společností.

<sup>38</sup> NOVODAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

<sup>39</sup> POGODOVÁ, E. Transformace sociálních služeb a její úskalí v kontextu dnešního společenského klimatu. In VAŠTATKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Olomouc: Hanex, 2008. ISBN 978-80-7409-016-5. s. 9.

<sup>40</sup> Veřejný ochránce práv. *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením*. Online. cit. [12.11. 2009]. Dostupné na: <<http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2009/zjisteni-z-navstev-zarizeni-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim/>>

Transformace je také chápána jako změna přístupu ke službám pro lidi s mentální retardací, ve kterých je hlavním hlediskem spokojenost klienta a jeho rodiny.<sup>41</sup>

### **Cíle transformace**

Cílem transformace pobytových služeb je na prvním místě život člověka v přirozeném prostředí i přes to, že ke svému životu do určité míry potřebuje pomoc a podporu zajišťovanou sociálními službami. K tomu je nutné vytvořit odpovídající síť služeb v celé škále a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby formou ústavní péče.<sup>42</sup> Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (pozn. dále jen MPSV) je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením, kteří budou závislí na pomoci jiné osoby, využít takovou sociální službu, která je z přirozené komunity nevyčlení, jak se to děje v případě ústavní péče. Místo výstavby nebo nákladné rekonstrukce stávajících ústavních zařízení by měly být finanční zdroje směřovány k podpoře vzniku chráněných bytů a domů v přirozené zástavbě.

Transformace sociálních služeb by tedy měla vést ke spolupráci odborníků, uživatelů sociálních služeb, jejich rodin, poskytovatelů a zřizovatelů sociálních služeb. Jejím cílem je tedy vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňujících život v přirozené komunitě. Také minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní péče.

Můžeme tedy říci, že transformace je cesta přirozeného vývoje, který vychází z požadavků, potřeb a přání odborníků, uživatelů, jejich rodin i samotných poskytovatelů sociálních služeb.

### **Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb**

MPSV vydalo stěžejní dokument v rámci podpory transformace pobytových služeb, a to *Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. V tomto dokumentu se říká: „Je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením žít v přirozené komunitě s podporou vycházející podle individuální míry a rozsahu jejich potřeb. Znamená to především změnu dotační politiky

---

<sup>41</sup> ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

<sup>42</sup> POGODOVÁ, E. Transformace sociálních služeb a její úskalí v kontextu dnešního společenského klimatu. In VAŠTATKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Olomouc: Hanex, 2008. ISBN 978-80-7409-016-5. s. 14.

v oblasti investic, a to odklon od rozsáhlého budování ústavní sociální péče a větší podpora investic do rozvoje terénních a ambulantních služeb. Dále to znamená zaměřit se na humanizaci stávajících pobytových zařízení a jejich postupné „rozpouštění“ do přirozené sítě služeb v komunitě. Přesměrování investic by mělo vycházet z principu podpory takových sociálních služeb, které umožní lidem dosud užívajícím institucionalizovanou ústavní péči cestu do přirozených komunit, a navazovat na regionální plány rozvoje sociálních služeb.“<sup>43</sup>

### **Transformace v praxi**

Před rokem 1989 v podstatě neexistovaly žádné alternativy k ústavní péči. Jak už bylo zmíněno výše, v 90. letech 20. století dochází v České republice ke změně postojů vzhledem k poskytování pobytových služeb mentálně znevýhodněným občanům. Zasloužily se o to zejména neziskové organizace a občanská sdružení, které začaly nabízet zejména služby chráněného bydlení, ale také služby podporovaného bydlení s využitím osobní asistence.

Prvním zařízením, které přistoupilo k procesu deinstitucionalizace, byl ústav sociální péče v Horní Poustevně. Tento ústav vedl *Milan Cháb*<sup>44</sup>. Cháb se zasloužil o deinstitucionalizaci a transformaci pobytových služeb pro mentálně handicapované osoby v tomto ústavu. *Cháb: „Ústav neposkytuje nic jiného, než poskytuje okolní svět z veřejně dostupných zdrojů. Rozdíl je v tom, že to poskytuje ve světě uzavřeném, ústavním, z vlastních zdrojů“*. Umístění v ústavu vnímal jako segregaci skupiny lidí na základě společného znaku do zvláštního zařízení. Výsledkem segregace je stav sociální nouze, která je důvodem, proč obyvatelům ústavu poskytovat sociální pomoc.<sup>45</sup>

---

<sup>43</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Online. Cit. [4.1. 2010]. Dostupné na: < [Http://www.mpsv.cz/cs/3803](http://www.mpsv.cz/cs/3803) >

<sup>44</sup> Milan Cháb se narodil 12. 5. 1952 v Šumperku. V roce 1978 absolvoval Filosofickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci, obor teorie kultury. Do roku 1980 působil v roli sociologa sepisujícího kolektivní smlouvy v podniku Dopravní stavby Olomouc. Od roku 1981 do své smrti v roce 2001 byl zaměstnán v Ústavu sociální péče v Horní Poustevně (okr. Děčín) ve funkci ředitele ústavu. Jako ředitel ústavu byl nejvášnivějším bojovníkem za zrušení ústavů. "Ústav je zločinná instituce", říkal.

<sup>45</sup> CHÁB. M. *Svět bez ústavů*. Praha: Občanské sdružení Quip – Společnost pro změnu, 2004. ISBN 80-239-4772-9.

Postupně začala vznikat i chráněná bydlení, o které se zasloužila především společnost *DUHA*<sup>46</sup>. Tato společnost již zřídila 17 chráněných bytů, také zajišťuje svým klientům i služby podporovaného zaměstnávání.

### **Strategické dokumenty**

Strategické dokumenty, které se zabývají transformací sociálních služeb na území České republiky:

- *Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům, který byl schválen v roce 1992 usnesením vlády ČR č. 466;*
- *Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který byl přijat v roce 1993 usnesením vlády ČR č. 493;*
- *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, který vláda ČR přijala v roce 1998 svým usnesením č. 256;*
- *Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009;*
- *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014;*
- *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti;*
- *Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování;*
- *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče.*

---

<sup>46</sup> Občanské sdružení fungující od roku 1992. Posláním společnosti DUHA je poskytovat sociální služby dospělým lidem s mentálním postižením a spolupracovat s nimi na rozšíření jejich životních možností se současnou reflexí daných společenských podmínek. Svým klientům poskytuje služby chráněného bydlení, centra denních služeb a služby podporovaného zaměstnávání.

### 1.3 ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Dalším zásadním krokem na cestě transformace bylo přijetí Zákona o sociálních službách. Od 1. ledna roku 2007, na základě účinnosti Zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb.<sup>47</sup>, můžeme hovořit o legislativou ukotvené cestě poskytování sociálních služeb směrem k individuálním potřebám uživatele.<sup>48</sup> Uživatelem sociálních služeb se stal dřívější klient sociální péče. Ustanovení Zákona č. 108/2006 Sb. provádí Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách.

Lze říci, že tento zákon je prvním zákonem dodržujícím lidsko – právní princip svobodné volby formy pomoci a typu služby na základě specifických potřeb uživatele.<sup>49</sup> Změna, která přichází s novým zákonem, se týká zejména uživatelů sociálních služeb, poskytovatelů sociálních služeb, ale i zřizovatelů těchto služeb.

Do konce roku 2006 v oblasti sociálních služeb platily zákony z 80. let 20. století. Jednalo se zejména o Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení. Michalík uvádí, že se v této době pohlíželo odlišným způsobem zejména v oblasti svobody rozhodování jedinců a demokratických principů fungování veřejné správy.<sup>50</sup> Sociální sféra nabízela velmi málo sociálních služeb. V oblasti pobytových sociálních služeb pro mentálně znevýhodněné občany existovala pouze ústavní sociální péče.

*„Přijetí nového zákona a postupná transformace sociální péče na moderní pojetí sociálních služeb představují příležitost skutečné humanizace jejich poskytování u nás. Hlavním cílem současné právní úpravy má být vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb lidí, kteří jsou oslabeni v jejich prosazování.“<sup>51</sup>*

---

<sup>47</sup> Před tímto zákonem platil Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení a Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

<sup>48</sup> POGODOVÁ, E. *Transformace sociálních služeb a její úskalí v kontextu dnešního společenského klimatu*. In VAŠŤATKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Olomouc: Hanex, 2008. ISBN 978-80-7409-016-5. s. 8.

<sup>49</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb*. Online. cit. [13.11. 2009]. Dostupné na: <[Http://www.mpsv.cz/cs/3857](http://www.mpsv.cz/cs/3857)>

<sup>50</sup> MICHALÍK, J. a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: Národní rada zdravotně postižených, 2008. ISBN 978-80-903658-2-7. s. 7.

<sup>51</sup> Tamtéž, s. 6-9.



Zákon o sociálních službách obsahuje i nástroje, které zabezpečují dodržování a naplňování individuální potřeb lidí. Jsou jimi *standardy kvality sociálních služeb*, nová sociální dávka – *příspěvek na péči*, ale také *smlouva mezi uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb*.

### **Změny v systému sociálních služeb**

Vznikem Zákona o sociálních službách dochází v roce 2007 ke změnám v systému sociálních služeb. Jsou to zejména tyto změny:

- Pokud chce člověk využít nabízené sociální služby, musí si najít sám poskytovatele těchto služeb, tedy určuje si sám, jakou službu a u koho ji chce využívat (v minulém systému musel člověk o tuto službu požádat, vyplnil žádost a předat ji na příslušný orgán veřejné správy, který pak o věci rozhodoval);
- Žadatel o službu sjednává sám (nebo jeho zákonný zástupce) podmínky pro uzavření smlouvy mezi jím a poskytovatelem služby.

### **Financování sociálních služeb**

Stávající systém počítá s následujícími příjmy pro financování sociálních služeb:

- dotace MPSV na poskytování služby;
- příspěvek od uživatele služby (příspěvek na péči);
- příspěvek od zřizovatele (dotace územních rozpočtů);
- úhrada od zdravotních pojišťoven za služby zdravotní péče poskytované v zařízeních sociálních služeb;
- ostatní příjmy (dary, vlastní činnost).<sup>52</sup>

### **Shrnutí**

Zákon o sociálních službách stanovuje zejména podmínky pro poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím *sociálních služeb, příspěvku na péči*.

---

<sup>52</sup> MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Olomouc: Národní rada zdravotně postižených, 2008. ISBN 80-903658-1-1.

Dále pak zákon stanovuje formy a druhy sociálních služeb, náležitosti smluv o poskytování sociálních služeb, pravidla úhrady za sociální služby, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb, předpoklady pro výkon činnosti sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.<sup>53</sup>

### 1.3.1 Standardy kvality sociálních služeb

Vytvoření Standardů kvality sociálních služeb bylo prvním zásadním krokem *na úrovni státní správy*, vedoucí k opravdové transformaci sociálních služeb. (V kapitole o transformaci sociálních služeb bylo uvedeno, že se v 90. letech 20. století snažili o transformaci sociální sféry pouze jednotlivci, především nestátní neziskové organizace).

V roce 2002 vznikly Standardy kvality sociálních služeb (pozn. dále jen Standardy kvality) jako výstup ze společného projektu České republiky a Velké Británie.

Standardy kvality představují pokrok oproti předchozímu stavu, kdy neexistovalo žádné objektivní a použitelné měřítko pro hodnocení takřka žádného aspektu, spojeného s poskytováním sociálních služeb. MPSV vydalo Standardy kvality jako účinný nástroj k zavádění kvality do zařízení sociálních služeb. Před zavedením Standardů kvality většina institucí diktovala způsoby poskytování sociálních služeb bez ohledu na individuální potřeby klientů. Také by se dalo říci, že zavedení Standardů kvality do praxe je mezníkem od medicínského a pouze pečovatelského přístupu k přístupu, který klienta podporuje a chápe jeho individuální potřeby.

Standardy kvality byly však právně ukotveny až se vznikem Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který vzešel v účinnost 1. 1. 2007 – a s ním i Standardy kvality. Do té doby byly Standardy kvality jen „doporučením“ MPSV pro poskytovatele sociálních služeb.

---

<sup>53</sup> MICHALÍK, J. a kol. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Olomouc: Národní rada zdravotně postižených, 2007. ISBN 80-903640-9-8. s. 15-16.

Standardy kvality jsou součástí Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách. Nutno říci, že Standardy kvality byly vytvořeny ve spolupráci s poskytovateli i uživateli sociálních služeb.

Standardy kvality se tedy staly závazným normativním prostředkem zajišťujícím minimální obsah „dobré sociální služby“.<sup>54</sup>

Jestliže se obecně v systému služeb chápe kvalita jako „schopnost uspokojit zájmy a potřeby zákazníků“, mají Standardy kvality v kontextu českých sociálních služeb za cíl naplnit zájmy a potřeby zákazníků – zde uživatelů sociálních služeb. Standardy kvality proto popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a do jisté míry i ověřitelných kritérií. Jejich cílem má být umožnit relativně zřetelným způsobem posouzení kvality služeb jako celku, ale i kvality jednotlivé poskytované služby.<sup>55</sup>

Standardy kvality jsou rozděleny do těchto částí:

- procesuální;
- personální;
- provozní.

Jsou prvním nástrojem, který pomáhá měnit úkol zařízení sociálních služeb. Hned první dvě kritéria stanovují, že každé zařízení sociálních služeb musí formulovat své poslání (zdůvodnit svou činnost, popsat svůj úkol) a cíle (jak se má v důsledku poskytování služeb změnit situace klientů). Standardy stanovují, že úkolem sociálních služeb musí být podpora sociálního začlenění.<sup>56</sup>

### **Záruky standardů kvality**

Standardy kvality by měly podle *Bílé knihy v sociálních službách* poskytovat:

1. Záruky uživatelům služeb a jejich rodinám v tom, co mohou očekávat od služeb, které jsou jim poskytovány, a od personálu v sociálních službách, se kterým se setkávají;

---

<sup>54</sup>MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Olomouc: Národní rada zdravotně postižených, 2008. ISBN 80-903658-1-1. s. 20.

<sup>55</sup> Tamtéž, s. 21.

<sup>56</sup> Viz. příloha č.1.

2. Záruky poskytovatelům, kteří mají jistotu, že se stejné standardy vztahují na všechny poskytovatele služeb, a že se jim dostane nezávislého hodnocení úrovně kvality služeb, které poskytují.<sup>57</sup>

Standardy kvality nařizují poskytovateli sociálních služeb zajištění materiálních, technických, hygienických podmínek a taky zajištění individuálních potřeb uživatelů.

V příloze č. 2 je popsán podrobný proces vytváření standardů kvality na časové lince. Tento exkurz provedla *Tomešová*.

### **Projekty zabývající se nastavováním kvality v pobytových zařízeních**

Důležité projekty, které postupně vznikaly na území České republiky a které se zabývaly a zabývají nastavováním kvality pobytových služeb, jsou:

- **2000 – 2001:** Projekt „Metodika hodnocení kvality služeb v ústavech přímo řízených MPSV“ ;
- **2001:** Projekt „Metodika hodnocení kvality služeb poskytovaných v rezidenčních službách (podporované bydlení, chráněné bydlení, azylové domy)“ ;
- **2001:** „Metodika výcviku sekretářů a hodnotitelů kvality sociálních služeb v Ústavech sociální péče a výcvik 16 hodnotitelů, 7 sekretářů, 4 – 6 vedoucích a 3 – 4 supervizorů“;
- **2000 – 2003:** Česko-britský projekt „Podpora MPSV při reformě sociálních služeb“

- hlavní moduly: I. Komunitní plánování;

II. Rozvoj kvality v sociálních službách (tzn. standardy + inspekce).<sup>58</sup>

---

<sup>57</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Bílá kniha v sociálních službách*. Online. Cit. [22.1. 2010]. Dostupné na:

<[Http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf)>

<sup>58</sup> TOMEŠOVÁ, I. *Standardy kvality sociálních služeb*. Online. Cit. [12.5. 2010]. Dostupné na:

< [Http://www.kr-ustecky.cz/VismoOnline\\_ActionScripts/File.aspx?](http://www.kr-ustecky.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.aspx?) >

### 1.3.2 Příspěvek na péči

Příspěvek na péči je novou sociální dávkou vzniklou se Zákonem o sociálních službách.

Podstatou a účelem příspěvku na péči je pomoci osobám, které jsou pro svou nepříznivou sociální situaci závislé na pomoci jiné osoby, zajistit potřebnou pomoc, a to zejména v oblasti běžné denní péče o svou osobu či v soběstačnosti, prostřednictvím služeb sociální péče.

Péči o vlastní osobu se rozumí úkony umožňující účastnit se sociálního života, tj. komunikovat, nakládat s penězi či předměty osobní potřeby, obstarat si osobní záležitosti, uvařit si, vyprat a uklidit.<sup>59</sup>

*„Finanční prostředky na výplatu příspěvku poskytuje příslušné obci s rozšířenou působností MPSV. Příspěvek na péči nahradil dvě dávky vyplácené podle dřívější právní úpravy, a to zvýšení důchodu pro bezmocnost a příspěvek na péči o blízkou nebo jinou osobu. Příspěvek na péči je tedy především transformován z těchto dávek.“<sup>60</sup>*

Hlavním důvodem, proč byla tato dávka vytvořena, bylo odstranění nerovnosti mezi uživateli sociálních služeb. Michalík uvádí konkrétní příklad z praxe: *„Zatímco na péči o mentálně postižené dítě, jež bylo umístěno v ústavu sociální péče, přispíval stát ročně částkou přesahující 200 000 Kč, rodině pečující o postižené dítě v domácím prostředí přispíval donedávna stát částkou více než trojnásobně nižší.“<sup>61</sup>*

Řízení o příspěvku na péči je upraveno v VII. Hlavě, 2. části Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Podle tohoto ustanovení se zahajuje řízení o příspěvku na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném MPSV. Řízení se může zahájit i z moci úřední, pokud daná osoba není schopna jednat samostatně a nemá zástupce.

---

<sup>59</sup> HALOVÁ, S. *Postavení stacionářů v systému sociálních služeb*. Olomouc, 2009. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní péče.

<sup>60</sup> MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Olomouc: Národní rada zdravotně postižených, 2008. ISBN 80-903658-1-1. s. 13.

<sup>61</sup> Tamtéž, s. 13.

Nárok na příspěvek na péči mají osoby, které jsou uvedeny v §4 Zákona o sociálních službách, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu takovou pomoc potřebují. Dítě do jednoho roku života nárok na pobírání příspěvku na péči nemá. Příspěvek se vyplácí podle 4 stupňů závislosti. Výše příspěvku je jiná pro osoby do 18 let a nad 18 let věku.<sup>62</sup>

### **Příjemce příspěvku na péči**

Příjemcem příspěvku je oprávněná osoba, nebo místo ní:

- zákonný zástupce;
- jiná fyzická osoba, které byla nezletilá oprávněná osoba svěřena do péče.<sup>63</sup>

Zdravotní stav žadatele je v podstatě jedinou podmínkou pro poskytnutí příspěvku na péči. Zákon upravuje čtyři stupně závislosti, přičemž závislost na péči se posuzuje podle počtu různě bodově ohodnocených úkonů péče o vlastní osobu, jež je žadatel schopen zvládnout sám, bez pomoci jiné osoby.<sup>64</sup>

O míře závislosti rozhoduje sociální pracovník sociálního odboru obce s rozšířenou působností a posudkový lékař příslušného úřadu práce.<sup>65</sup> Žadatel se o přiznání příspěvku na péči musí podrobit lékařskému vyšetření, sociálnímu vyšetření, musí taktéž plnit ohlašovací povinnost<sup>66</sup> a také je povinen využívat příspěvek k zajištění potřebné pomoci.

### **Pozitiva a negativa příspěvku na péči**

Podle *Smutka a Kappla* je hlavním přínosem příspěvku na péči pro uživatele možnost vybrat si, jakým způsobem jim bude služba poskytnuta. Jako pozitivní prvek lze označit to, že se díky příspěvku na péči nebudou muset uživatelé s vyšším stupněm

---

<sup>62</sup> Viz. příloha č. 3.

<sup>63</sup> Tamtéž, s. 13.

<sup>64</sup> TOMEŠ, I., a kol. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-483-0.

<sup>65</sup> VAŠTATKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P. *Moderní trendy ve speciální pedagogice s přesahem do sociální sféry*. Olomouc: nakladatelství HANEX, 2008. ISBN 978-80-7409-014-1.

<sup>66</sup> Ohlašovací povinnost se stanovuje do 8. dnů, kdy žadatel musí ohlásit změny ve skutečnostech rozhodných pro nárok na příspěvek, jeho výši a výplatu, a to na příslušném obecním úřadě s rozšířenou působností.

závislosti přesouvat do ústavních zařízení. Negativním prvkem je pak riziko, že finance, které budou poskytnuty k zajištění peněz, nebudou využity ke svému účelu.<sup>67</sup>

*Se stanoviskem Smutka a Kappla plně souhlasím. Příspěvek na péči má svá pozitiva, ale i rizika. Stávající systém dostatečně nezabezpečuje a nedohlíží na to, aby se s touto dávkou nakládalo účelně. Existuje mnoho případů, kdy je příspěvek na péči zneužíván v neprospěch mentálně znevýhodněného člověka jeho rodinnými příslušníky. Konkrétně případ pana B.: Tento mladý muž žije od útlého věku v ústavním typu pobytové služby. Nyní využívá službu týdenního stacionáře. Rodina pana B. se potýká s patologiemi typu gamblerství a alkoholismu. Dlouhodobě nejsou placeny úhrady spojené s pobytem uživatele v zařízení, dluh narůstá. Tento klient evidentně strádá, a přesto, že pobírá invalidní důchod a příspěvek na péči IV. stupně, jezdí zpět do zařízení hladový a špinavý...*

### **1.3.3 Úhrada za služby**

Zákon o sociálních službách spolu s prováděcí Vyhláškou č. 505/2006 Sb. stanovují, které sociální služby se poskytují za úhradu a které jsou poskytovány zdarma.

Ve všech pobytových sociálních službách, tedy v domovech pro osoby se zdravotním postižením, týdenních stacionářích a chráněném bydlení, uživatel hradí částku za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu.

U terénní sociální služby podpory samostatného bydlení platí uživatel úhradu za základní činnosti v rozsahu stanoveném smlouvou.

#### **Úhrada za služby v zařízeních s týdenním pobytem**

Ze svého příspěvku na péči hradí uživatel poskytovateli sociální služby maximálně 75% z tohoto příspěvku. Po úhradě za ubytování a stravu musí tedy osobě zůstat alespoň 25 % jejího příjmu.

#### **Úhrada za služby v zařízeních s celoročním pobytem**

Uživatel musí uhradit poskytovateli sociální služby částku ve výši 100% jeho příspěvku na péči.

---

<sup>67</sup> KAPPL, M., SMUTEK, M. *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. s. 98.

## Úhrada za služby podporovaného bydlení

V tomto případě zákon nestanovil fixní částku z příspěvku na péči. Cenu služby určuje Vyhláška č. 505/2006 Sb. Uživatel hradí určitou částku za hodinu, kdy jsou mu poskytovány sociální služby.

Konkrétní částky za pobytové i nepobytové služby uvedu v jednotlivých kapitolách, které se věnují samotným možnostem bydlení pro mentálně handicapované občany.

### 1.3.4 Poskytovatelé sociálních služeb

Pobytové sociální služby poskytují státní i nestátní organizace. Konkrétně se jedná o územně samosprávné celky (obce, kraje), právnické osoby, fyzické osoby, MPSV. Důležité je zmínit, že všechny poskytované sociální služby nejrůznějšími institucemi a organizacemi musí mít podle Zákona o sociálních službách *oprávnění k poskytování sociálních služeb*. Znamená to, že jakýkoliv subjekt poskytující sociální služby na území České republiky je povinen se zaregistrovat v registru poskytovatelů sociálních služeb<sup>68</sup>.

Dosavadní právní předpisy obsahovaly pouze obecnou úpravu možnosti vzniku právnických osob, které přicházely v úvahu jako poskytovatelé sociálních služeb. (Např. nestátní neziskové organizace, občanská sdružení, církevní, právnické osoby apod.) Princip registrace do oblasti sociálních služeb vnesl jasnější podmínky a zavedl rovněž požadavky, jež musí žadatel o registraci splnit, aby mohl služby poskytovat. Tyto podmínky vymezuje §79 zákona č. 108/2006 Sb.

O registraci sociálních služeb rozhoduje ve většině případů krajský úřad. Krajský úřad rovněž vede registr poskytovatelů sociálních služeb, přičemž elektronickou podobu tohoto registru spravuje MPSV.<sup>69</sup>

---

<sup>68</sup> Registr poskytovatelů sociálních služeb lze nalézt na:

<[http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1257016780314\\_140](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1257016780314_140)>

<sup>69</sup> TOMES, I., a kol. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-483-0.



## 2 UŽIVATEL / KLIENT

Autoři zabývající se problematikou mentálně znevýhodněných lidí v kontextu sociálních služeb používají pro tyto občany nejčastěji označení *klient* a *uživatel*. Mnozí upřednostňují pojem klient, neboť je podle nich toto označení lidštější, osobnější a důstojnější. Označení uživatel je definován v Zákoně o sociálních službách. V předkládané práci využívám oba tyto termíny.

Uživatelem se člověk stává dnem nástupu do pobytové i nepobytové sociální služby. S příchodem do jakékoliv instituce by mělo být s tímto člověkem zacházeno a jednáno jako s někým, kdo si objednává a využívá služby této instituce, tedy důstojně a s respektem.

Latinsky klient (*cliens*) znamená chráněnc, svěřenec, v antice příslušník stavu svobodných římských občanů se zmenšenými právy, chráněný svým patronem. S nástupem obyvatele do kterékoliv formy bydlení přebírá pobytová služba onu chráněneckou, opatrovnickou roli.<sup>70</sup>

### 2.1 KLIENT S MENTÁLNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM

V této diplomové práci se zabývám uživateli s mentálním znevýhodněním. Někteří autoři používají termíny mentální postižení či mentální retardace. Jedná se o totožné pojmy, záleží jen na autorovi, ke kterému označení se přikloní.

Mentální znevýhodnění je souhrnné označení pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností. Z tohoto vymezení vyplývá, že pojem mentální znevýhodnění pokrývá široký rozsah obtíží, v nichž se jednotliví lidé liší.

Například Švarcová definuje jedince s mentální retardací jako ty jedince, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> VOJNAR, V. *Ústavní sociální péče*. Praha: Institut pro místní správu, 1998.

<sup>71</sup> ŠVARCOVÁ, I. Humanizace ústavní péče o lidi s mentálním postižením. *Sociální politika*, 2000, roč. 26, č. 3. ISSN 0049-0962. s. 10-12.

Pipeková chápe mentální retardaci jako „stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený, nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.“<sup>72</sup>

Americká asociace pro mentálně retardované (AAMR) používá následující definici: „Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, využití služeb obce, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“

Samotní lidé s mentálním znevýhodněním, kteří prosazují svá práva, zájmy a názory v tzv. *Hnutí sebeobhájců*, si vymysleli svou definici mentálního znevýhodnění: „Lidé s mentálním postižením mají problémy v učení, v porozumění, v orientaci a komunikaci.“

Přesný počet lidí s mentálním znevýhodněním není znám, jelikož neexistuje žádná evidence těchto osob. Podle odborníků, jako je např. Černá, se jedná o 3% lidí z celkové populace. Přibližně 2,5% tvoří lidé s lehkým mentálním postižením.

Z těchto výše zmíněných údajů se usuzuje, že v České republice žije okolo 300 tisíc osob s mentální retardací.<sup>73</sup>

### **Klasifikace mentální retardace podle Světové zdravotnické organizace**

Světová zdravotnická organizace (WHO) posuzuje hloubku mentálního znevýhodnění podle toho, jak dalece se jedinec vzdaluje od modálního průměrného výkonu, který má hodnotu IQ 100. Za hranici mentální retardace WHO považuje IQ 70.

- F70 lehká mentální retardace (IQ 50-69);
- F71 středně těžká mentální retardace (IQ 36-49);
- F72 těžká mentální retardace (IQ 20 – 34);

---

<sup>72</sup> PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Nakladatelství Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. s. 171.

<sup>73</sup> Dobromysl. *Rozhovor s Marií Černou*. Online. Cit. [28.3. 2010]. Dostupné na: < [Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1819](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1819).>

- F 73 hluboká mentální retardace (IQ pod 20);
- F79 nespecifikovaná mentální retardace.

## 2.2 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ RETARDACE

V této podkapitole podrobně charakterizují jednotlivé stupně mentální retardace.

### Lehká mentální retardace

*„Do 3 let lze pozorovat jen lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, nápadnější problémy mezi třetím až šestým rokem – malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Hlavní obtíže zejména v období školní docházky – konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť. Jemná a hrubá motorika lehce opožděna, porucha pohybové koordinace, během dospívání a dospělosti může dosáhnout normy. Rozvoj sociálních dovedností zpomalen. V oblasti emocionální a volní se projevuje afektivní labilita, impulsivnost a úzkostnost.“<sup>74</sup>*

### Středně těžká mentální retardace

*„Rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn a přetrvává až do dospělosti. Omezení psychických procesů je provázeno často epilepsií, neurologickými a tělesnými obtížemi. Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý. U některých jedinců přetrvává pouze nonverbální komunikace. Vývoj jemné a hrubé motoriky zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná. Emocionálně labilní, nevyrovnaní jedinci, časté afektivní nepřiměřené reakce.“<sup>75</sup>*

### Těžká mentální retardace

*„Psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v předškolním věku – začíná pohybová neobratnost. Časté motorické poruchy a příznaky celkového poškození CNS. Značné omezení psychických procesů. Minimální rozvoj komunikativních dovedností, řeč je primitivní, omezená na jednoduchá slova nebo nevytvořena. Významné porušení*

<sup>74</sup> PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Nakladatelství Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0. s. 173.

<sup>75</sup> Tamtéž, s. 174.

*afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita. Poznává blízké osoby. Potřebuje celoživotní péči.* <sup>76</sup>

### **Hluboká mentální retardace**

*„Téměř všichni postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Motoricky těžce omezení, nápadné stereotypní automatické pohyby. Kombinace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami. Řeč není rozvinuta. Okolí nepoznává. Totální porušení afektivní sféry, také časté sebepoškozování. Nedožívají se vyššího věku.* <sup>77</sup>

### **Typické znaky klienta s mentálním znevýhodněním**

Jelikož pracuji s mentálně znevýhodněnými lidmi, vím, že mnohdy tato práce není vůbec jednoduchá. Zvláště proto, že si klienti s mentálním znevýhodněním nesou s sebou tyto charakteristiky:

- zvýšená závislost na rodičích a druhých lidech;
- infantilnost osobnosti;
- zvýšená pohotovost k úzkosti, k neurotickým dětským reakcím a pasivitě chování;
- konformnost se skupinou;
- sugestibilita a rigidita chování;
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji svého „já“;
- opožděný psychosexuální vývoj;
- nerovnováha aspirací a výkonů;
- zvýšená potřeba uspokojení a jistoty;
- poruchy v meziosobních vztazích a komunikaci;
- snížená přizpůsobivost k sociálním a školním požadavkům;
- impulsivnost, hyperaktivita nebo celková zpomalenost chování;
- citová vzrušivost a labilita nálad;

---

<sup>76</sup> Tamtéž, s. 174.

<sup>77</sup> Tamtéž, s. 174.

- poruchy poznávacích procesů, ulpívání na detailech, snížená mechanická a logická paměť;
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace.<sup>78</sup>

Před tím, než jsem začala pracovat jako pracovník v sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením a týdenním stacionáři, můj názor byl ten, že se schopnosti a dovednosti každého klienta mohou při správném působení dále rozvíjet. Také jsem si myslela, že samostatnost klientů může dosahovat takové úrovně, aby byl každý klient schopen žít v chráněném či podporovaném bydlení. V praxi tomu tak ale není. Nemůžete chtít po pětatřicetileté klientce, která je „hotovým“ člověkem, aby se učila novým a novým věcem, když její mentální a sociální úroveň už dosáhla svého vrcholu. V některých případech jde spíše o udržování stavu, aby nenastala stagnace či zhoršování.

### **Začlenění člověka s mentálním postižením do společnosti**

Zastávám názor, že míra začlenění člověka s mentálním postižením nebude vždy stejná. Záleží na stupni a typu postižení. Jinak se do společnosti bude začleňovat člověk s lehčím typem mentálního postižení a jinak člověk s nejtěžším stupněm mentálního postižení. Ztotožňuji se s rozlišením na 4 základní stupně socializačního procesu, které definuje *Novosad*:

#### **1. *Integrace***

Integrace je plným začleněním a splynutím osoby s postižením se společností. Předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí. Znevýhodnění plynoucí z postižení se u něho v podstatě nerozvinulo, případně se s ním vyrovnal a jeho následky dokázal adekvátně kompenzovat, je schopen plnit všechny funkce vyplývající z plné socializace a je rovnoprávným partnerem, aktérem ve všech běžných oblastech profesní přípravy, osobního a pracovního uplatnění a společenského života. Lehčí formy postižení.<sup>79</sup>

<sup>78</sup> KREJČÍŘOVÁ, O. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1635-9.

<sup>79</sup> NOVOSAD. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

## **2. *Adaptace***

Adaptace je o něco nižší fáze socializace a charakterizujeme ji jako schopnost handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám. Lehká, středně těžká mentální retardace.<sup>80</sup>

## **3. *Utilita***

Utilita znamená sociální „upotřebitelnost“ jedince s postižením, jehož vývoj a funkční schopnosti jsou značně omezeny. Jde např. o kombinované postižení. Takový jedinec již není samostatný a v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech.<sup>81</sup>

## **4. *Inferiorita***

Inferiorita je nejnižším stupněm socializace, pro níž je typická sociální „nepoužitelnost“ a vyčlenění z hlavního proudu života společnosti. Jedinci jsou naprosto nebo převážně nesamostatní, odkázáni na ošetrovatelskou aj. péči a pomoc při uspokojování nejzákladnějších životních potřeb.<sup>82</sup>

I podle Švarcové nelze počítat s tím, že se všichni lidé s mentálním postižením plně zapojí do světa nepostižených. Jen určité nevelké množství lidí mentálně postižených je schopno se plně integrovat do společnosti. Jsou to zpravidla lidé lehce postižení, dobře sociálně zakotvení.<sup>83</sup>

---

<sup>80</sup> NOVOSAD. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

<sup>81</sup> Tamtéž.

<sup>82</sup> Tamtéž.

<sup>83</sup> ŠVARCOVÁ, I. Humanizace ústavní péče o lidi s mentálním postižením. *Sociální politika*. 2000, roč. 26, č.3. ISSN 0049-0962. s. 10-12.

## 2.3 POSTOJE SPOLEČNOSTI K LIDEM S MENTÁLNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM

V následující podkapitole charakterizují postoje a vnímání společnosti k lidem s mentálním znevýhodněním.

Rozdělení tohoto vnímání provedl *W. Wolfenberger*<sup>84</sup>:

- Mentálně znevýhodněný člověk jako *Sub-humánní bytost* (příklad: Eduard Seguin – „otec“ vzdělávání idiotů považoval vzdělávání za prostředek k jejich osvobození z animálního stádia);
- Mentálně znevýhodněný člověk jako *Osoba neposkvrněná hříchem* (příklad: Historie dokazuje, že mentálně znevýhodnění lidé byli považováni za ty, kteří se nedopustili prvotního hříchu a mají zvláštní vztah k božstvu jako kompenzaci za jejich postižení);
- Mentálně znevýhodněný jako *Nemocný člověk* (příklad: Na začátku 20. století převažoval medicínský model chápání postižení. Za nevhodnější místo pro jedince s mentálním postižením byly považovány léčebny a nemocnice. V léčebnách často „pacienti“ prožili celý svůj život);
- Mentálně znevýhodněný jako *Věčné dítě* (příklad: Asi nejvíce zakořeněná percepce. V jistém smyslu percepce brání lidem s mentálním postižením, aby dospěli);
- Mentálně znevýhodněný jako *Objekt posměchu* (příklad: Existují historické doklady o využívání lidí s mentální retardací jako „šašků“ pro veřejné obveselení);
- Mentálně znevýhodněný jako *Objekt lítosti a záležitost charity* (příklad: Lidé s mentální retardací vzbuzují lítost a potřebují charitativní péči – problémy postižených ať řeší charita. Tuto péči poskytovala a poskytuje často církve);

---

<sup>84</sup> Wolf Wolfensberger, narozen v roce 1934. Americký akademik, který ovlivnil zdravotní politiku v USA. Zabýval se problematikou mentálně postižených osob a jejich rodin. Byl označen jako jedna z 35 nejdůležitějších osob 20. století, které se zabývaly problematikou zdravotně postižených občanů.

- Mentálně znevýhodněný jako **Postrach veřejnosti** (příklad: Během procesu deinstitucionalizace přecházejí bývalí klienti ústavů do komunitního prostředí. Zde však nejsou vždy příznivě přijati. Sousedé mají obavu ze snížení tržní hodnoty jejich nemovitosti).<sup>85</sup>

Také *Novosad* se zabývá předsudky, které má naše společnost vůči lidem s mentálním postižením. Jsou jimi:

1. **Paternalisticko – podceňující přístup** – Tito lidé si zaslouží politování, soucit spojený s charitativním přístupem. Jsou bezmocní a čekají na pomoc druhých. Frekventovanými označeními jsou chudák, ubožák, oběť a jejich situace bývá vnímána jako tragédie, neštěstí;
2. **Odmítavý přístup** – Tito lidé jsou neužiteční, zatěžující, neproduktivní, parazitující. Bývají označováni jako mrzáci, invalidé;
3. **Projektivně – paušalizující přístup** – K tomuto zjednodušujícímu a neadekvátnímu pohledu přispívají i média, jejichž zpravodajství je povrchní a zavádějící. Vzniká tak dojem, že postižení mají mnohé výhody;
4. **Idealizující přístup** – Příroda postiženým chybějící schopnosti nahradila rozvojem pozitivních vlastností a zlepšením ostatních funkcí. Jsou mravně lepší než zdraví, utrpení je zušlechťuje.<sup>86</sup>

Z vlastních zkušeností konstatuji, že vnímání lidí s handicapem v moderní společnosti, tedy v dnešní době, je velmi různorodý. Pokud se jedná o vnímání generace našich babiček, ale i maminek, je toto vnímání spíše lítostivé a odmítavé, zvláště proto, že nebyly zvyklé na ulicích vídat postižené lidi. Díky integraci mentálně handicapovaných dětí do škol mají dnešní žáci mnohem lepší, sofistikovanější přístup k této cílové skupině, než tomu tak bylo u jejich rodičů. Česká společnost jako celek však ještě pořád není zvyklá na přítomnost lidí s mentálním znevýhodněním v kavárnách, obchodech, na společenských akcích... Stále ještě převládá strach z toho, jak se k mentálně znevýhodněným lidem správně chovat.

---

<sup>85</sup> ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

<sup>86</sup> NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.



## 2.4 UŽIVATEL V KONTEXTU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

V současnosti Zákon č. 108/2006 Sb. staví klienta do pozice *uživatele sociálních služeb* na základě daného smluvního principu. Uživatel je kdokoliv, kdo vstoupí do smluvního vztahu s poskytovatelem sociálních služeb, jehož obsahem je zabezpečení činnosti, které popisuje zákon. Znamená to tedy, že uživateli na základě smlouvy bude garantováno, co je mu poskytovatel povinen poskytnout.<sup>87</sup>

Z hlediska věku jsou uživatelé pobytových služeb širokého věkového rozpětí – od útlého věku až po věk seniorský.

Dle *Vojnara* je uživatelem ten, kdo se dobrovolně rozhodl nebo je okolnostmi přinucen žít v ústavu, hledá a očekává v něm materiální a sociální jistotu (jídlo, teplo, střechu nad hlavou, péči).<sup>88</sup> Neméně důležitá je podpora, respekt, pochopení a empatie, zejména od zaměstnanců zařízení.

### 2.4.1 Práva uživatele

V dnešní době by mělo platit, že:

- Uživatel je ten, kdo si platí za svůj pobyt v zařízení. Je personálu rovnocenným partnerem;
- Uživatel má právo na určité soukromí. Každý, kdo vstupuje do jeho pokoje by měl zaklepat;
- Uživatel má právo na slušné oslovování;
- Uživatel má právo vyslovit své názory, sdělit své skutečné pocity. Když nemá hlad, nemusí jíst. Má právo jít na procházku sám, pokud je toho schopen;
- Uživatel se může podle svých schopností podílet na chodu ústavu;
- Uživatel má právo účastnit se nejrůznějších společenských akcí.<sup>89</sup>

---

<sup>87</sup> KAPPL, M., SMUTEK, M. *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. s. 98.

<sup>88</sup> VOJNAR, V. *Ústavní sociální péče*. Praha: Institut pro místní správu, 1998.

<sup>89</sup> ŠVARCOVÁ, I. Humanizace ústavní péče o lidi s mentálním postižením. *Sociální politika*. 2000, roč. 26, č. 3. ISSN 0049-0962. s. 10-12.

Výše zmíněná práva uživatele nejsou právy jedinými. Je zde plno dalších, na které má uživatel nárok, např.:

- Právo na seznámení se s chodem zařízení;
- Právo na poskytnutí služeb, které jsou uvedeny ve smlouvě;
- Právo na odpočinek, právo na sexuální vyjádření;
- Právo stěžovat si na kvalitu poskytovaných služeb;
- Právo na výběr činností a zájmů, které chce dělat;
- Právo rozhodovat si o svém vzhledu;
- Právo na styk s rodinou a přáteli;
- Právo na výběr stravy;
- Právo na noční klid.

#### **2.4.2 Mezinárodně uznávaná práva osob s mentálním znevýhodněním**

Je třeba zmínit, že obecně práva zdravotně znevýhodněných lidí chrání *Úmluva Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením*<sup>90</sup>, která byla přijata v roce 2006 a Česká republika jí ratifikovala v roce 2009.

Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy např.:

- Uznávají, že problematika zdravotního postižení je vyvíjející se proces. Zdravotní postižení vzniká interakcí mezi osobami se zdravotním postižením a bariérami v přístupu a životním prostředí, které brání jejich plné a efektivní účasti ve společnosti rovnocenně s ostatními;
- Zdůrazňují význam začleňování problematiky zdravotního postižení do relevantních strategií udržitelného rozvoje;
- Uznávají rovněž, že diskriminace jakékoliv osoby z důvodu zdravotního postižení poškozují přirozenou důstojnost lidské bytosti;

---

<sup>90</sup> Jedná se o první mezinárodně uznávanou dohodu o lidských právech ve 21. století.

- Uznávají potřebu prosazovat a chránit lidská práva všech osob se zdravotním postižením, včetně těch, které vyžadují výraznější podporu;
- Uznávají význam individuální svobody a nezávislosti, včetně svobody volby pro osoby se zdravotním postižením.<sup>91</sup>

Taktéž práva zdravotně znevýhodněných uznává i *Listina základních práv Evropské unie*<sup>92</sup>.

### 2.4.3 Způsobilost k právním úkonům

Způsobilost k právním úkonům je stav, kdy je fyzická osoba způsobilá nabývat práva a brát na sebe povinnosti. Zastaralý termín, který se používal v dřívějších letech, je svéprávnost.

Člověk nabývá způsobilosti k právním úkonům narozením a pozbývá jich smrtí. Tato způsobilost vzniká postupně, kdy jí člověk nabude v plném rozsahu ve svých 18 letech. „*Občanský zákoník však v případě duševní choroby nebo nedostatečných rozumových schopností postižené osoby umožňuje její **právní způsobilost omezit nebo tuto osobu zcela zbavit způsobilosti k právním úkonům.***“<sup>93</sup> To znamená, že tyto osoby nemohou, nebo mohou jen částečně, vstupovat do právních vztahů. Všechny pracovněprávní úkony za ně vykonává jejich *opatrovník*.

Mnoho odborníků z praxe si však myslí, že absolutním zbavením způsobilosti mentálně znevýhodněného člověka dochází k porušování jeho lidských práv. Proto také česká nevládní organizace *Liga lidských práv* připravila návrh na změnu v občanském zákoníku, která se týká způsobilosti k právním úkonům a opatrovnictví mentálně a duševně znevýhodněných lidí.

<sup>91</sup> Plné znění *Úmluvy Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením* dostupné na:

< <http://dobravec.blogspot.com/2007/09/mluva-osn-o-prvech-osob-se-zdravotnm.html> >

<sup>92</sup> Konkrétně v článku 26 se zdravotně znevýhodněným přiznává právo na nezávislost, profesní a sociální začlenění a účast na životě ve společnosti.

<sup>93</sup> MICHALÍK, J. a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: Národní rada zdravotně postižených, 2008. ISBN 978-80-903658-2-7. s. 139.

Protože se celá má práce dotýká postavení mentálně znevýhodněných lidí ve společnosti, považuji za nutné se o kroku Ligy za lidská práva zmínit.

Jak bylo patrné v tabulce č.1 (vývoj sociálních služeb vzhledem ke klientovi), přístup společnosti k mentálně znevýhodněným se změnil z medicínského modelu na model sociální. Nyní jsou lidem s handicapem nabízeny služby, které naplní všechny jejich potřeby.

*„Tento vývoj se odráží i v přístupu k uplatňování způsobilosti k právním úkonům osob s mentálním či psychosociálním postižením. Pro medicínský model postižení je charakteristický koncept **náhradního rozhodování**, který znamená, že osoba s postižením způsobilost rozhodovat částečně nebo zcela ztrácí a místo ní rozhoduje její opatrovník. Naopak koncept **podporovaného rozhodování**, který odpovídá sociálnímu modelu postižení, vychází z předpokladu, že každá osoba je schopná se rozhodovat, může k tomu však potřebovat větší či menší míru podpory. Poskytování podpory při rozhodování, na rozdíl od náhradního rozhodování, ctí zásadu minimalizace zásahů do základních práv a svobod, respektuje autonomii člověka a předchází jeho sociálnímu vyloučení.“<sup>94</sup>*

Cílem reformy týkající se opatrovnictví a zbavování způsobilosti mentálně a duševně znevýhodněných lidí, kterou představuje Liga lidských práv, je, aby právní úprava občanského zákoníku České republiky odpovídala současným trendům v přístupu k osobám se zdravotním postižením, zajišťovala jejich rovnoprávnost a implementovala do praxe článek 12 i další ustanovení Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.<sup>95</sup>

---

<sup>94</sup>Proč reforma opatrovnictví. Online. Cit. [13.3. 2010]. Dostupné na:

< [Http://www.reformaopatrovnictvi.cz/uvod/proc-reforma-opatrovnictvi-13.html](http://www.reformaopatrovnictvi.cz/uvod/proc-reforma-opatrovnictvi-13.html).>

<sup>95</sup> Dostupné na:

< [Http://www.reformaopatrovnictvi.cz](http://www.reformaopatrovnictvi.cz)>

### 3 MOŽNOSTI BYDLENÍ

*„Vykročení na cestu k lidství pro mne nastalo v okamžiku, kdy jsem začal žít společně s mentálně postiženými. Tito lidé byli sice na intelektuální a praktické úrovni bezmocní, avšak byli velice obdarováni ve vztazích...“*

*Jean Vanier*

Bydlení snad pro každého člověka představuje jednu z nezákladnějších lidských potřeb. Pojem bydlení souvisí s pocitem bezpečí a jistoty.

*Vavřík přirovnává bydlení k přístavu, ze kterého každý den vyplouváme a večer se opět do tohoto „domovského“ přístavu vracíme. „Aby se lodi v přístavu dobře kotvilo, musí přístav splňovat mnoho předpokladů. Domov je vnímán jako prostor k seberealizaci a sebepotvrzení...“<sup>96</sup> Pro každého z nás je tedy důležité být doma vlastním pánem, dělat si doma co chceme a vybavit si svůj domov jak chceme.*

U lidí s mentálním znevýhodněním je to však jiné. Veškeré zařízení v institucích, které nabízejí pobytové služby, navrhuje architekti. *„Nevědí, jací budou konkrétní obyvatelé. Ví jen, že budou mít mentální postižení. A tak často vychází ze svých představ a stereotypů, jaké by takové zařízení mělo být, aby se líbilo lidem s mentálním postižením. I když si do pokojů často mohou klienti dát vlastní nábytek, přesto je celkový charakter jejich pokoje a celého bydlení dán zvenčí. Tedy, je jim přiřknutý určitý sociální status.“<sup>97</sup>*

Lidé s mentálním postižením nemají stejné výchozí pozice, možnosti, jako lidé zdraví. Pokud se člověk ocitne mimo domov, v ústavním či neústavním typu bydlení, mohou mu tyto pobytové služby poskytnout jistoty, které by měl doma pouze tehdy, když budou tato zařízení odvozovat svůj režim od individuálních potřeb a přání klienta, a které ho budou podporovat a co nejméně omezovat.

---

<sup>96</sup> VAVŘÍK, L. Doprovázení mladých dospělých s mentálním postižením v chráněném bydlení. Bakalářská práce. Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého. Olomouc, 2007. s. 27-28.

<sup>97</sup> Tamtéž, s. 28.

### 3.1 FORMY BYDLENÍ DO ROKU 2007

Dříve, než se budu zabývat aktuálními možnostmi bydlení pro mentálně znevýhodněné občany, tedy pobytovými sociálními službami v roce 2010, musím stručně uvést ty možnosti, které byly právně zakotveny před rokem 2007, kdy vzešel v platnost Zákon o sociálních službách, se kterým přišly i změny v možnostech bydlení.

Do roku 2007 se neseťkáváme s alternativami ústavní sociální péče, byť po roce 1989 vznikaly a existovaly, ale nebyly zakotveny v právních dokumentech.

Podle Zákona č. 100/1988 Sb. a Vyhlášky č. 182/1991Sb. byly do 1.1. 2007 definovány tyto formy bydlení:

#### **Ústavy pro mentálně postiženou mládež**

Ústavy pro mentálně postiženou mládež jsou určeny pro děti a mládež s mentálním postižením. Do těchto ústavů se přijímají děti ve věku od 3 let a doba pobytu trvá do 26 let, výjimečně i déle. Rovněž se přijímají děti a mládež, kteří mají kromě mentálního postižení též vadou tělesnou nebo smyslovou. V těchto ústavech se rovněž vykonává ústavní nebo ochranná výchova mentálně postižené mládeže. Do tohoto typu ústavu nelze přijímat děti a mládež, jejichž opožděný rozumový vývoj je následkem výchovné zanedbanosti nebo u nichž dochází k akutním projevům psychických poruch ohrožujících okolí. Hlavní věková hranice 26 let pro přijímání a pobyt dětí v ústavech a pro mládež je stanovena pouze orientačně. V těchto ústavech mohou být zřizována oddělení i pro věkově starší svěřence nebo je ústav zřízen již jako společný ústav pro mládež a dospělé občany.<sup>98</sup>

#### **Ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením**

Ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením jsou určeny pro děti a mládež ve věku od 3 let do ukončení povinné školní docházky. Jestliže se připravují na povolání, do ukončení této přípravy na povolání, jsou-li vedle tělesné vady postiženy též mentálním postižením lehčího stupně. V těchto ústavech se také vykonává ústavní nebo ochranná výchova tělesně postižené mládeže s přidruženým mentálním postižením.<sup>99</sup>

---

<sup>98</sup>§ 65 vyhlášky 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení.

<sup>99</sup>§ 63 vyhlášky 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení.

## **Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany**

Ústavy pro mentálně postižené dospělé občany jsou určeny pro občany s mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně také tělesnou nebo smyslovou vadou. Občané postižení mentálním postižením lehčího stupně mohou být do těchto ústavů přijati jen tehdy, jestliže potřebují nezbytně ústavní péči.<sup>100</sup>

## **Ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním poškozením**

Ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním poškozením jsou určeny pro občany, kteří ukončili povinnou školní docházku a nemohou se pro své zdravotní postižení připravovat na povolání nebo kteří ukončili přípravu na povolání, jestliže jsou vedle těžké tělesné vady postižení též mentálním postižením lehčího stupně.<sup>101</sup>

Vznikem Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se kterým vznikají nové typy pobytových služeb automaticky nezanikají výše zmíněné ústavy. Nadále existují ústavy sociální péče. Převážně se jedná o velkokapacitní zařízení s dlouholetou tradicí, která jsou situována mimo běžnou zástavbu.

Výše zmíněné ústavy sociální péče byly v minulosti výhradně spravovány státem, nyní jsou jejich zřizovateli převážně kraje a obce. (Výjimku tvoří ÚSP Zbůch, DÚSP Tloskov a ÚSP Brno-Chrlice, ÚSP Brno-Královo Pole, ÚSP Hrabyně<sup>102</sup>. Tyto ústavy spravuje nadále stát.)

Odborník, který se zabýval ústavní sociální péčí v 80. letech 20. století byl *Křivánek*. Tento autor píše: „*Ústavy sociální péče nahrazovaly v 80. letech domov, poskytovaly takové služby, které v rodině či domácnosti nemohly být poskytovány v odpovídajícím rozsahu (zdravotní péče, kulturní péče). Vybavení, vnitřní zařízení a uspořádání musí odpovídat věku a vytvářet prostředí domova, být útulné, pohodlné a vkusné...*“ Také se zmiňuje o umístění ústavu: „*Ústav má být umístěn na samotném pozemku určeném pouze pro účely ústavu. Musí být chráněn proti hluku a znečištění*

<sup>100</sup> § 71 vyhlášky 182/1991Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení.

<sup>101</sup> § 68 vyhlášky 182/1991Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení.

<sup>102</sup> Tato zařízení jsou specializována pro klienty s tělesnými a očními vadami.

ovzduší. *Ve městech je nejvhodnější situovat ústav na jeho obvodu, rovněž na venkově se ústav situuje na obvodu sídelních míst.* <sup>103</sup>

### **Názory klientů na ústavy sociální péče v 90. letech 20.století**

Všichni víme, že většina ústavů byla zařízeními velkokapacitními. Nízký počet personálu nemohl patřičně poskytnout a zajistit potřeby a přání klientů, přesto jsou výpovědi klientů šokující:

- **pan R.** – *Pan R. má diagnostikovanou lehkou mentální retardaci, chodí do práce, má přítelkyni, je společenský a přátelský. „Hovoří se mi o tom špatně, nevzpomínám rád. Vybavují se mi klecová lůžka, tam nás zavírali, když se třeba někdo počůral... Do holek píchali injekce...“*
- **paní M.** – *Paní M. má diagnostikovanou středně těžkou mentální retardaci, jedná se o klientku jiného zařízení než předešlý klient. „Už se tam nikdy nechci vracet, pořád do mě píchali injekce a byli na nás zlí. Když jsem se nechtěla koupat, bili mě...“*
- **Paní A.** – *Paní A. má diagnostikovanou lehkou mentální retardaci a vypověděla toto: „Když jsme něco chtěli a řekli to, stejně si nás nikdo nevšímal...“*

Model ústavní sociální péče vykazoval mnoho negativ. Podle *Sobka* byli lidé s postižením vytrženi ze svého prostředí a byli izolováni od běžného světa. Byli závislí na sociální službě a ztráceli své schopnosti a kompetence. <sup>104</sup>

## **3.2 FORMY BYDLENÍ PO ROCE 2007**

V současné době poskytovatelé sociálních služeb, stát, kraje, obce, církve a neziskové organizace, mají možnost dle Zákona č. 108/2006 Sb. vytvářet a poskytovat nové typy pobytových služeb. Zákon o sociálních službách, na rozdíl od předešlého Zákona o sociálním zabezpečení, definuje jen dva typy ústavních zařízení, kterými jsou *domovy pro osoby se zdravotním postižením* (na místo ústavů sociální péče) a *domovy*

---

<sup>103</sup> KŘIVÁNEK, F. *Ústavní sociální péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČSR, 1981. s. 9-21.

<sup>104</sup> SOBEK, J., a kol. *Práce s rizikem v sociálních službách*. Praha: Portus, 2010. ISBN 978-80-254-6889-0. s. 11.



se zvláštním režimem<sup>105</sup>. Dále pak zákon definuje tyto formy pobytových služeb: *týdenní stacionáře, chráněná bydlení*. Objevuje se i nová terénní sociální služba *podpora samostatného bydlení*.

### 3.2.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domov pro osoby se zdravotním postižením je pobytovou sociální službou, která se poskytuje za úhradu. Tato služba je poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost, zejména z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.<sup>106</sup>

Pobytová služba domov pro osoby se zdravotním postižením je určena pro osoby s lehkým, středně těžkým, s těžkým a hlubokým stupněm mentálního postižení, také pro osoby s přidruženým tělesným postižením. Záleží na jednotlivých zařízeních, jakou cílovou skupinu pro službu domova pro osoby se zdravotním postižením si zvolí a definují. Často poskytovatelé sociálních služeb berou v potaz zájem potencionálních uživatelů a jejich rodin, bezbariérovost, vybavení zařízení a dostupnost služby.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením by se měly lišit od ústavů sociální péče přijatelnější formou pobytových služeb spočívající v menším počtu klientů, v jejich větší aktivizaci a podílení se na chodu zařízení. Podle *Novosada* by se měly zaměřovat na podporu soběstačnosti člověka a zajištění podmínek pro jeho důstojný a aktivní život.<sup>107</sup> I když jde o novou pobytovou službu, která by měla odpovídat individuálním potřebám uživatelů, nalezneme mnoho velkokapacitních domovů pro osoby se zdravotním postižením, kdy nejsou výjimkou ani domovy s kapacitou 100 uživatelů, které jsou umístěny mimo běžnou zástavbu. Stále najdeme domovy, které se nacházejí v bývalých zámcích či kláštřích. Mnohdy šlo pouze o přejmenování z ústavu sociální péče na domov pro osoby se zdravotním postižením. Tato situace vůbec neschopnosti a dovedností uživatelů a nevychází vstříc jejich

---

<sup>105</sup> V domovech se zvláštním režimem jsou poskytovány pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, dále osobám, které trpí stařeckou, Alzheimerovou demencí a jinými typy demencí a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

<sup>106</sup> §34 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>107</sup> NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

individuálním potřebám. I kdyby se personál sebevíce snažil, nemůže naplnit všechny potřeby svých klientů, především z důvodu jejich vysokého počtu.

*„Člověk s postižením je součástí společnosti, to není nutné dokazovat. Jestliže je takový člověk vykazován na a za její okraj, pak není zdravá společnost.“<sup>108</sup>*

Důležité je také zmínit, že v domovech pro osoby se zdravotním postižením může být vykonávána ústavní výchova nebo i předběžné opatření.<sup>109</sup>

### **Současný stav**

Podle odborníků bylo ještě před deseti lety ve velkokapacitních ústavech umístěno přes 15 000 lidí. (Podle *Vojnara* to bylo 11 000 klientů, podle *Fialy* je tento počet dokonce 20 000.<sup>110</sup>) Velkým problémem je umístění velkých ústavních zařízení. *Vojnar* říká, že více než polovina současných domovů pro osoby se zdravotním postižením (úsp) je situována do obcí s malým počtem obyvatel, kde tato zařízení svou kapacitou obvykle mnohonásobně převyšují potřebu takové obce i nejbližšího okolí. Téměř 20% ústavů se nachází v obcích do 1000 obyvatel, v obcích do 5000 obyvatel pak dalších 43% ústavů, a to znamená, že dvě třetiny ústavů jsou provozovány v sídlech do 5 tisíc obyvatel.<sup>111</sup>

Tento fakt svědčí o tom, že uživatelé této pobytové služby jsou v mnoha případech stále izolováni od ostatní populace. Umístění domovů pro osoby se zdravotním postižením mimo běžnou zástavbu vede k izolaci uživatelů, ale také dochází k dalším problémům. Podle *Vojnara* jsou to například problémy se zásobováním, dopravou zaměstnanců do zaměstnání, nedostatkem kvalifikovaných zaměstnanců.<sup>112</sup>

*Měla jsem možnost navštívit větší počet domovů pro osoby se zdravotním postižením a porovnat je mezi sebou. Ze zkušenosti musím konstatovat, že se zařízení lišila zejména podle toho, kde se nacházela. Mám ten pocit, že tok finančních dotací jde pouze do domovů, které se nacházejí ve městech. Tato zařízení byla nová, krásná. Z tamního prostředí číšila spokojenost klientů i zaměstnanců. Pokud šlo o domovy pro osoby se zdravotním postižením na vesnicích, kde byla jediným „kulturním“*

---

<sup>108</sup> CHÁB. M. *Svět bez ústavů*. Praha: Občanské sdružení Quip – Společnost pro změnu, 2004. ISBN 80-239-4772-9.

<sup>109</sup> §46 Zákona č.94/1963Sb. o rodině, ve znění pozdějších předpisů

<sup>110</sup> FIALA J. Jsou ústavy pro osoby s postižením „dětěni centra?“ *Právní rozhledy*, 2007, č.7.

<sup>111</sup> VOJNAR, V. *Ústavní sociální péče*. Praha: Institut pro místní správu, 1998.

<sup>112</sup> VOJNAR, V. *Ústavní sociální péče*. Praha: Institut pro místní správu, 1998.

zařizováním hospoda, tak dobrý pocit jsem už neměla. Záchody bez dveří a záchodových prkének nebyly výjimkou, jedna sprcha a záchod pro 12 lidí... Zaměstnankyně byly místní ženy, které byly rády, že mají alespoň nějakou práci. Připadalo mi, jako by vše bylo přizpůsobeno podmínkám života na vesnicích, které byly odtrženy od okolního světa... Ovšem pokud jsem se zeptala klientů, jak se jim bydlení líbí, všichni svorně odpovídali, že je to v domově moc hezké, že jsou spokojeni a nic by zde neměnili. Otázkou ovšem je, zda tyto názory nemají pouze z toho důvodu, že nepoznali jiné prostředí, než je to jejich dosavadní...

Nemohu souhlasit s názorem Labátha, který vidí jako přednost ústavní péče v tom, že uživatelé tráví v tomto typu zařízení 24 hodin denně, a tedy je zde možnost věnovat se jim celý den k jejich prospěchu.<sup>113</sup> Mnoho odborníků se shoduje, že pobyt v ústavěch s nepřetržitou péčí vede k přerušení přirozeného sociálního života. Dle Sobka se obyvatelé ústavů musí nadměrně přizpůsobovat chodu zařízení, neprožívají skutečnou dospělost a zkušenosti, které s dospělým životem souvisí. „Soustředění mnoha lidí s postižením na jednom místě vede k nárůstu problémového chování, které se obvykle řeší zvýšenou medikací a dalšími restrikcemi.“<sup>114</sup>

### **Rizika spojená s bydlením v domovech pro osoby se zdravotním znevýhodněním**

V tomto typu bydlení hrozí následující rizika:

- *hospitalismus* – Stav dobré adaptace na podmínky ústavního života. Úměrně tomu se snižuje schopnost a zájem klienta začlenit se do neústavního, civilního života.<sup>115</sup> Dále pak může docházet k intelektovému a citovému opožďování a vzniku stereotypních automatismů;
- *úzkost* ;
- *ponorková nemoc* – Nemožnost úniku z malého prostoru;
- *ztráta soukromí* – Souvisí s potřebou vlastnit své teritorium;

---

<sup>113</sup> LABÁTH, V. *Rezidenciálna starostlivosť*. 1.vyd. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. ISBN 80-89185-03-7. s. 5.

<sup>114</sup> SOBEK, J., a kol. *Práce s rizikem v sociálních službách*. Praha: Portus, 2010. ISBN 978-80-254-6889-0. s. 11.

<sup>115</sup> GOLDMANN, R. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-244-0028-6.

- šikanování<sup>116</sup> klientů – a) Šikana ze strany personálu (zneužití moci, personál verbálně napadá, ironizuje, ponižuje a nepřímo trestá uživatele, okrádá klienty, přivlastňuje si jejich práci, sexuálně je zneužívá)

– b) Šikana mezi uživateli;

- pseudohomosexualita;
- sexuální vztahy;
- vztahová podvýživa;
- homogenní kolektivy;
- segregace;
- bezperspektivnost<sup>117</sup>.

„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí. Ústav je vždy pokusem o umělý domov, azyl, má být sférou jistoty.“<sup>118</sup>

Dle Fialy ústav podle českých zákonů nepatří mezi detenční centra, avšak uživatelé jsou podrobeni společnému režimu, většinou chodí najednou spát, společně se stravují, mají také omezené možnosti trávení volného času. Stále v některých domovech přetrvává vysoký počet uživatelů na pokojích, výjimkou není i společné umývání klientů.<sup>119</sup>

Grunewald o této situaci píše : „V ústavu je člověk s postižením extrémně závislý na jediné autoritě – ústav zabezpečuje všechny klíčové potřeby člověka: bydlení, stravu, osobní pomoc, finanční i materiální prostředky, informace atd. Ústav má nad obyvatelem nepřiměřenou moc“.<sup>120</sup>

### **Pobytová sociální služba Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Obsah služby domova pro osoby se zdravotním postižením definuje §48 Z. č. 108/2006 Sb. Jedná se o tyto služby:

<sup>116</sup> Franc. Schicane – zlomyslně sužovat někoho ponižováním, obtěžováním, bytím.

<sup>117</sup> Informace z přednášky Metod a institucí sociální práce PhDr. Knausové, Ph.D.

<sup>118</sup> MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

<sup>119</sup> FIALA, J. Jsou ústavy pro osoby s postižením „detenční centra?“ *Právní rozhledy*, 2007, č.7

<sup>120</sup> Dobromysl. *Proč je potřeba transformovat ústavní péči?* Online. Cit. [14.3. 2010]. Dostupné na: < [Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1200](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1200).>

- Poskytování trvalého bydlení;
- Poskytování stravy a podpory při jejím přijímání;
- Pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- Poskytování sociálně terapeutických činností;
- Poskytování výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Je skutečností, že i ústavy s větší kapacitou klientů mají své nezastupitelné místo v naší společnosti. Někteří klienti, třebaže mají možnost bydlet například v chráněném bydlení, tuto možnost odmítají, protože se prostě cítí bezpečně a dobře tam, kde jsou, neboť v onom zařízení žili celý život a jsou na něj zvyklí.

Ve velkokapacitních domovech pro osoby se zdravotním postižením a ústavech sociální péče lze zajistit kvalitní fungování služeb i přes to, že nikdy nemohou fungovat tak dobře, jako pobytové služby komunitního typu. Záleží pak především na vrchním managementu, jaká nastaví pravidla, a na personálu, jak bude jednat s klienty a co jim vše nabídne.

Například *Grunewald* uvádí opatření, která lze vykonat k prospěchu klientů větších ústavů:

- Rozdělit ložnice nízkými přepážkami nebo závěsy;
- Rozdělit klienty do malých skupin, které by měly vlastní personál, které by žily a jedly pohromadě a měly vlastní společnou místnost;
- Pokusit se do těchto skupin začlenit obě pohlaví;
- Přidělit všem klientům jejich vlastní skříňky vedle postelí a vlastní noční lampičky;
- Dát všem jejich vlastní oblečení a obuv, aby mohli každý den vstát a jít ven;

- Poskytnout všem smysluplné denní aktivity mimo prostor, kde žijí;
- Užívat velké jídelny k jiným účelům;
- Rozšířit práva jednotlivých klientů tak, aby mohli sami rozhodovat, jak bude vypadat jejich den, jak použijí své peníze a naloží s volným časem;
- Navýšit počet personálu a dát jim více zodpovědnosti za plánování dnů a týdnů klientů, které mají na starost;
- Dát personálu větší pravomoci v prohlubování kontaktu s rodiči, sourozenci a přáteli.<sup>121</sup>

### **Úhrada za službu Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Maximální výši úhrady za služby domova pro osoby se zdravotním postižením stanovuje odst. 2 §14 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. Úhrada za tuto službu činí:

1. 150 Kč za poskytnutí celodenní stravy klienta nebo 75 Kč za oběd;
2. 180 Kč denně za poskytnutí ubytování.

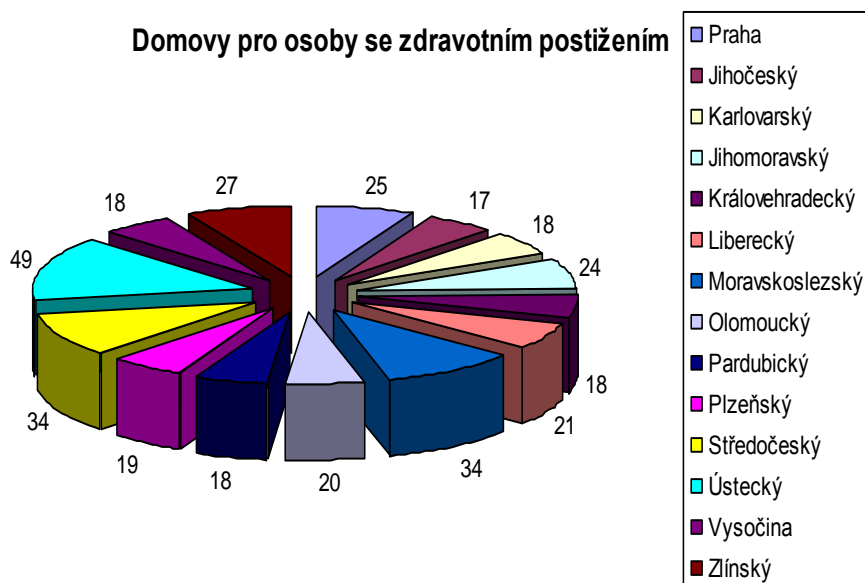
### **Počet domovů pro osoby se zdravotním postižením v České republice**

Nyní si můžeme ukázat na grafu č. 1 aktuální počet domovů pro osoby se zdravotním postižením v jednotlivých krajích České republiky. Jedná o zařízení, která jsou zaregistrována v registru poskytovatelů sociálních služeb.

---

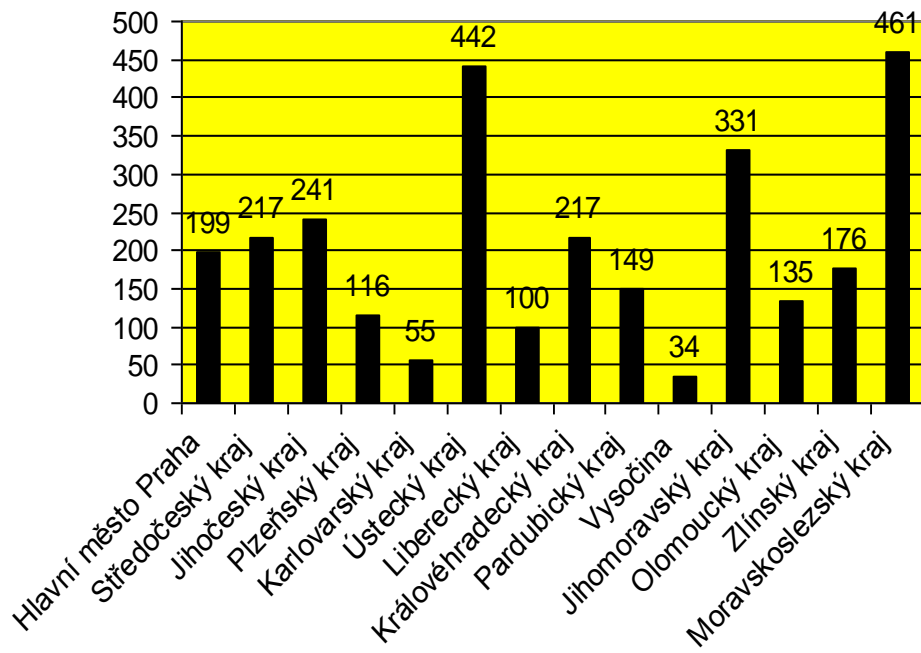
<sup>121</sup> Dobromysl. *Kdo může žít ve skupinovém domě?* Online. Cit. [12.3. 2010]. Dostupné na: <[Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1135](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1135).>

**Graf 1: Počet domovů pro osoby se zdravotním postižením v roce 2010**



Český statistický úřad zpracoval data, která se týkají počtu neuspokojených žádostí o službu domova pro osoby se zdravotním postižením za rok 2009. Blíže graf č. 2.

**Graf 2: Počet neuspokojených žadatelů o službu Domova pro osoby se zdravotním postižením**



## Shrnutí

Myšlenka ústavů je založena na předpokladu, že speciální potřeby lidí s postižením nejlépe naplníme, pokud tyto lidi shromáždíme na jednom místě, v jedné instituci, kde je rovněž přítomen i příslušný odborný personál. „*Ústavní areál je obvykle oddělen od zbytku obce, nejezdí zde auta. Dveře bývají zamčené. Uživatelé nemají přístup k nástrojům, jako jsou například nože. Ústavní model se tedy vyznačuje snahou vyloučit rizika ze života lidí s postižením. Přesto uživatelé bývají z důvodu bezpečí omezováni ve svých aktivitách, v možnosti rozhodování o sobě a o svém životě, ve svobodném pohybu a v dalších základních právech.*“<sup>122</sup> Ovšem je zde mnoho domovů, které se snaží jít cestou transformace, které snižují ve svých zařízeních počty uživatelů a zakládají detašovaná pracoviště komunitního typu. Snaží se o začleňování svých uživatelů do běžného života.

Souhlasím s názorem *Kozlové*, která tvrdí, že v ústavech záleží opravdu na tom, kolik času se zaměstnanci mohou věnovat jednotlivým klientům a zda zařízení vytváří pro své klienty podnětné prostředí.<sup>123</sup>

### 3.2.2 Týdenní stacionář

Stacionáře jsou taktéž moderním typem rezidenčního zařízení. V České republice máme jednak *stacionáře s týdenním pobytem*, ale také *stacionáře s denním pobytem klientů*. V této práci se však budu zabývat pouze týdenními stacionáři.

Podle *Novosada* mají stacionáře za cíl zlepšovat kvalitu života uživatelů a poskytnout úlevu pečujícím rodinám nebo osobám blízkým.<sup>124</sup> U tohoto typu bydlení je rodina či pečující osoba schopna postarat se o svého mentálně znevýhodněného člena v průběhu části dne či týdne (víkendu) v jeho domácím prostředí, tedy doma.

Tato služba se v České společnosti objevuje až se Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tedy k 1.1. 2007. Nenajdeme žádnou literaturu, která by se zabývala konkrétně a pouze stacionáři.

---

<sup>122</sup> SOBEK, J., a kol. *Práce s rizikem v sociálních službách*. Praha: Portus, 2010. ISBN 978-80-254-6889-0. s. 12.

<sup>123</sup> KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7. s. 26.

<sup>124</sup> NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.



Lze říci, že stacionáře jsou tou nejideálnější a nejvhodnější formou institucionální péče, jednak pro klienta, a jednak pro osoby, které o něho pečují doma. Pozitivum vidím především v tom, že rodinní příslušníci mohou chodit do práce, mít své zájmy a koníčky, ale přitom se mohou věnovat osobě, o kterou pečují.

Podle §47 Zákona č. 108/2006 Sb., se v týdenních stacionářích poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Dle *Matouška* nabízejí stacionáře mimo jiné zejména výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.<sup>125</sup>

*Matoušek* také říká, že stacionář je jakýmsi mezistupněm mezi ambulancí a ústavní léčbou.<sup>126</sup>

Týdenní stacionáře představují určitý kompromis mezi domácí a ústavní péčí a pro rodiny mentálně postižených dětí představují velkou pomoc.<sup>127</sup>

### **Pobytová sociální služba Týdenní stacionář**

§47 Zákona č. 108/2006 Sb. uvádí, jaké služby týdenní stacionář poskytuje<sup>128</sup>:

- Poskytování přechodného ubytování (zpravidla od pondělí do pátku);
- Poskytování stravy a podpory při jejím přijímání;
- Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu;
- Poskytování výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- Sociálně terapeutické činnosti;
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

---

<sup>125</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

<sup>126</sup> MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178549-0.

<sup>127</sup> KREJČÍŘOVÁ, O. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1635-9.

<sup>128</sup> Podrobněji viz. §13 vyhlášky č. 505/2006Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách.

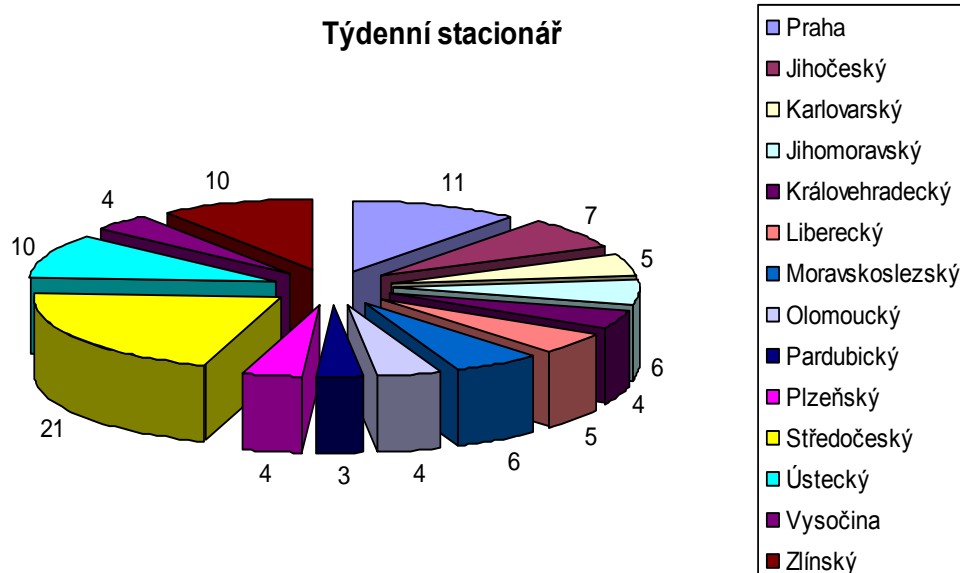
## Úhrada za službu Týdenní stacionář

Maximální výše úhrady za služby týdenního stacionáře se stanovuje v odst. 2 §13 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., a činí:

1. 150 Kč za poskytnutí celodenní stravy klienta nebo 75 Kč za oběd;
2. 180 Kč denně za poskytnutí ubytování.

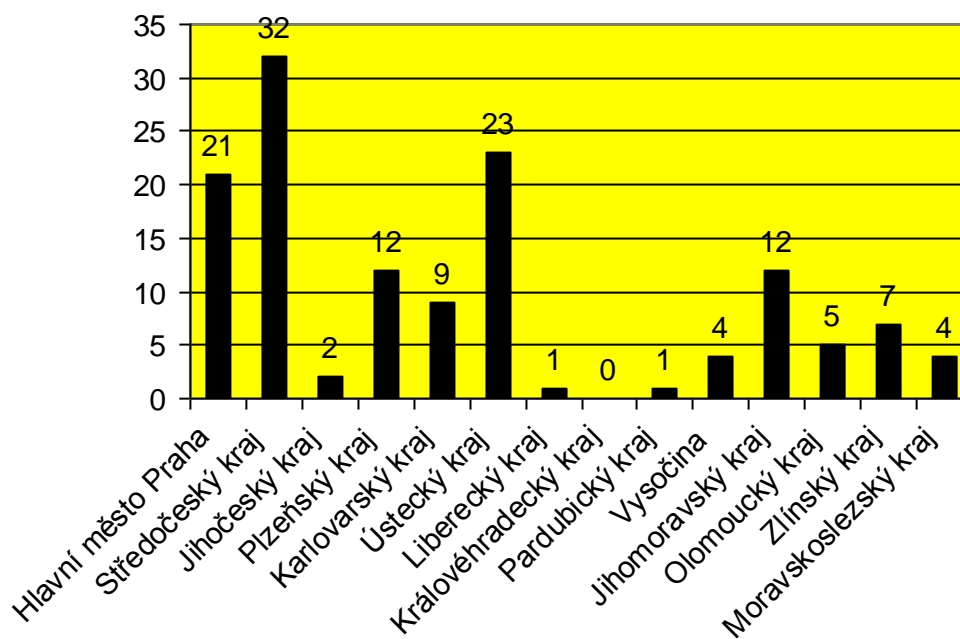
Nyní si můžeme udělat obrázek o tom, jak se jednotlivé kraje přizpůsobily poptávce po službě týdenního stacionáře. Z grafu č. 3 je patrné, že se nejvíce týdenních stacionářů vyskytuje ve středočeském kraji. Ovšem ve většině krajů, které jsou oblastmi statistickými, je výskyt týdenních stacionářů velmi chudý.

**Graf 3: Počet týdenních stacionářů v roce 2010**



Je zvláštní, což dokazuje i porovnání s předchozími daty týkající se domovů pro osoby se zdravotním postižením, že tam, kde je nabízeno nejvíce služeb, je nejvíce neuspokojených žadatelů. Pokud se podíváme na onen zmiňovaný středočeský kraj v grafu č. 3, z grafu č. 4 nám vyplývá, že je zde i největší poptávka po tomto typu ubytování. Podle mého názoru tento fakt nespočívá v tom, že by bylo ve středočeském kraji více lidí s mentálním znevýhodněním, ale spíše poukazuje na dobré komunitní plánování a dobrou informovanost uživatelů sociálních služeb.

Graf 4: Počet neuspokojených žádostí o službu Týdenního stacionáře za rok 2009



### 3.2.3 Chráněné bydlení

Pod pojmem chráněného bydlení si můžeme představit takový typ bydlení, který se v co jak největší možné míře podobá bydlení v domácím prostředí.<sup>129</sup> Nutno říci, že v tomto typu bydlení jsou po celý den uživatelé k dispozici asistenční služby.

Tento typ služby začal vznikat v polovině 20. století jako alternativa k velkokapacitním ústavům. V České republice tuto službu začaly zakládat po roce 1990 nestátní neziskové organizace. Právně byla služba chráněného bydlení zakotvena, se vznikem Zákona o sociálních službách, na začátku roku 2007.

§51 Zákona č. 108/2006 Sb. definuje chráněné bydlení jako pobytovou službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodů zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

<sup>129</sup> BRUNTHASOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. Praha: VÚPSV, 2004. s. 7.

Pobytová služba chráněného bydlení je určena osobám s nejrůznějším typem mentálního znevýhodnění a přidruženými tělesnými či smyslovými vadami (tak jako tomu bylo i u předešlých typů bydlení). Záleží na zařízeních, jaký okruh uživatelů si stanoví.

Zkušenosti západních států se službou chráněného bydlení deklarují, že služba chráněného bydlení je schopna reagovat i na potřeby lidí s těžkým stupněm postižení. Z vlastní zkušenosti však vím, že převážně všechny služby chráněného bydlení, až na výjimky, mají charakterizovaný okruh uživatelů takto: osoby s lehkým a středně těžkým stupněm mentálního postižení; osoby, které jsou schopny zvládnout základní dovednosti a návyky v oblasti péče o svojí osobu; osoby, které mají schopnost učit se a následně se starat o místo, kde bydlí; a také pro osoby, které jsou schopny komunikovat s okolím.

### **Definice chráněného bydlení**

Z pohledu nestátních neziskových organizací je chráněné bydlení chápáno jako alternativní forma péče umožňující samostatné bydlení osobám, které by pro svůj zdravotní či sociální handicap nebyly schopny vést běžný způsob života. Jde o takovou formu bydlení, kdy si klient může vyzkoušet žít samostatně, starat se sám o sebe a naučit se sociálním dovednostem s podporou další osoby, ať již sociálního pracovníka nebo terapeuta.<sup>130</sup>

MPSV definuje chráněné bydlení takto:

- Chráněné bydlení není separováno od obce, je v běžné zástavbě;
- Služby jsou poskytovány v rámci domácnosti, tj. souboru místností a prostoru pod společným uzamčením, který svým stavebně technickým a funkčním uspořádáním splňuje požadavky pro trvalé bydlení;
- Domácnost obsahuje základní prvky samostatné ekonomické jednotky;
- Provoz domácnosti (hospodaření s penězi, úklidy, údržba, stravování atd.) je zajišťován samotnými uživateli a určeným okruhem asistentů.<sup>131</sup>

---

<sup>130</sup> BRUNTHASOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. Praha: VÚPSV, 2004. s. 6.

<sup>131</sup> Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Sociální služby*. Online. Cit. [14.3. 2010]. Dostupné na: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1200>>

## Typy chráněného bydlení

Z technického pohledu mohou vypadat chráněná bydlení různě. „V některých je asistence vykonávána přímo v bytě klienta, jindy je chráněné bydlení v samostatné budově nebo bytech, výjimkou nejsou ani chráněná bydlení založená při ústavech sociální péče.“<sup>132</sup>

Typy chráněného bydlení charakterizuje např. Červenková a Brunthasová:

### 1. Chráněné bydlení – komunitní typ:

Jde o chráněné bydlení komunitního typu, které je určeno pro klienty, jejichž stav je stabilizován do té míry, že nepotřebují ústavní péči, ale pro trvalí projevy duševní poruchy, ztráty sociálních dovedností, vlivu hospitalismu, vyžadují kontinuální pomoc a dostupnost terapeuta. Jde o ubytování hromadného charakteru, kde by počet klientů neměl přesahovat číslo 12.<sup>133</sup>

Tento komunitní typ chráněného bydlení zmiňuje i Matoušek, Kodymová, Koláčková. Vytváření komunit, v nichž žijí lidé s postižením společně s lidmi bez postižení, představuje alternativu k ostatním službám, hlavně v oblasti bydlení. Cílem je vytvořit domov, kde budou mít klienti své místo. Společné sdílení domova s lidmi bez postižení nahrazuje pomoc asistentů. Přitom každý jednotlivec přináší do komunity něco jiného; schopnosti a zkušenosti jednotlivých členů se doplňují. V komunitě je práce rozdělena podle schopností členů. Rozvoj lidí s postižením zde může probíhat prostřednictvím běžných aktivit spontánně, nebo cíleně podle individuálního plánu. Komunita pak představuje relativně uzavřené společenství s určitou mírou nezávislosti.<sup>134</sup>

### 2. Chráněné bydlení – domácí typ:

Jedná se o ubytování v domech s obvyklými byty, z nichž některé jsou vyčleněny pro chráněné bydlení. Slouží pro ověření a nácvik sociálních dovedností před přechodem do samostatného bydlení. Do těchto bytů dochází terapeut dle dohodnutého terapeutického plánu a v případě potřeby, je v krátkém časovém intervalu pro klienta

<sup>132</sup> Co je to vlastně chráněné bydlení? Online.Cit. [10.4. 2010]. Dostupné na: <<http://www.cb.cz/diakonie/xaverov/xavind.htm>>

<sup>133</sup> BRUNTHASOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A. Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení. Praha: VÚPSV, 2004.

<sup>134</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9. s. 96-98.

dostupná odborná pomoc. Optimální obsazení bytu je 1 – 2 klienti, počet by neměl přesahovat 3 osoby, protože vyšší počet již modifikuje soužití klientů do formy hromadného ubytování. Tento typ ubytování má rehabilitačně – resocializační charakter, doba pobytu by měla být omezena na dobu cca 15 měsíců, neměla by přesahovat 24 měsíců, protože to obvykle vede ke změně charakteru bytu v byt sociální.<sup>135</sup>

### **3. Chráněné bydlení – sociální byt:**

Určen pro klienty, kteří prokázali schopnost samostatného bydlení, ale v jiném prostředí bez dostupnosti občanské sociální nebo jiné odborné dopomoci selhávají, případně jsou fixováni na existující vazby v chráněném bydlení a zrušení těchto vazeb vede k dekompenzaci jejich psychického stavu. Tento typ bydlení má indikovaným klientům poskytnout celoživotní zázemí, proto pobyt zde není časově omezen.<sup>136</sup>

Také *Rada* rozděluje chráněného bydlení, a to na 2 typy :

- individuální bydlení (chráněné byty);
- skupinové bydlení (chráněné bydlení komunitního typu).<sup>137</sup>

### **Studie týkající se chráněného bydlení**

*Grunewald*, který je autorem textu *Zavřete ústavy pro mentálně handicapované*, vyhodnocuje studie, které se týkaly života lidí s handicapem v chráněném bydlení:

50 až 80% rodinných příslušníků, jejichž člen rodiny bydlel v ústavním typu bydlení, bylo proti uzavírání ústavů (pozn. jedná se o stav v zahraničí). Obávali se, že pokud budou jejich děti bydlet v chráněném bydlení, nebudou schopné pohybovat se v dopravě a budou osamocené. Následné studie ukazují, že procento spokojených příbuzných se pohybovalo okolo 80%. Dramaticky ubylo agresivního a sebedestruktivního chování. U lidí s nejzávažnějším postižením došlo k nejvýraznějším zlepšením v poměru k jejich postižení.<sup>138</sup>

---

<sup>135</sup> BRUNTHASOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. Praha: VÚPSV, 2004.

<sup>136</sup> Tamtéž.

<sup>137</sup> RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. Blansko: Hnutí Humanitární Pomoci, 2006.

<sup>138</sup> Dobromysl. *Kdo může žít ve skupinovém domě?* Online. Cit. [27.3. 2010]. Dostupné na: < <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1135>.>

## **Pobytová sociální služba Chráněné bydlení**

§51 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje, jaké služby chráněné bydlení nabízí:

- Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy;
- Poskytnutí ubytování;
- Pomoc při zajištění chodu domácnosti;
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- Sociálně terapeutické činnosti;
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Cílem chráněného bydlení je tedy zejména podpora svobodného života klienta, podpora jeho soběstačnosti a inkluze<sup>139</sup> do společnosti.

### **Úhrada za službu chráněného bydlení**

Maximální výše úhrady za služby chráněného bydlení se stanovuje v odst. 2 §17 prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb., a činí:

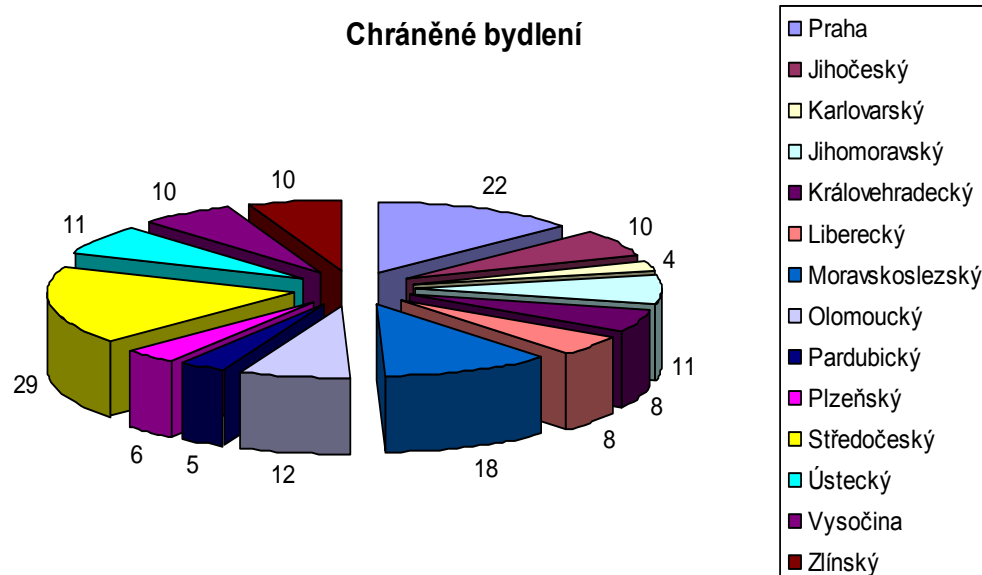
1. 150 Kč za poskytnutí celodenní stravy klienta nebo 75Kč za oběd;
2. 180 Kč denně za poskytnutí ubytování;
3. 100 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, jako je pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, ale také pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.<sup>140</sup>

---

<sup>139</sup> Inkluze = Integrace, tedy začlenění člověka do společnosti.

<sup>140</sup> Blíže odst. 1 a odst. 2 §17 Vyhlášky č. 505/2006. Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách.

Graf 5: Počet chráněných bydlení v roce 2010

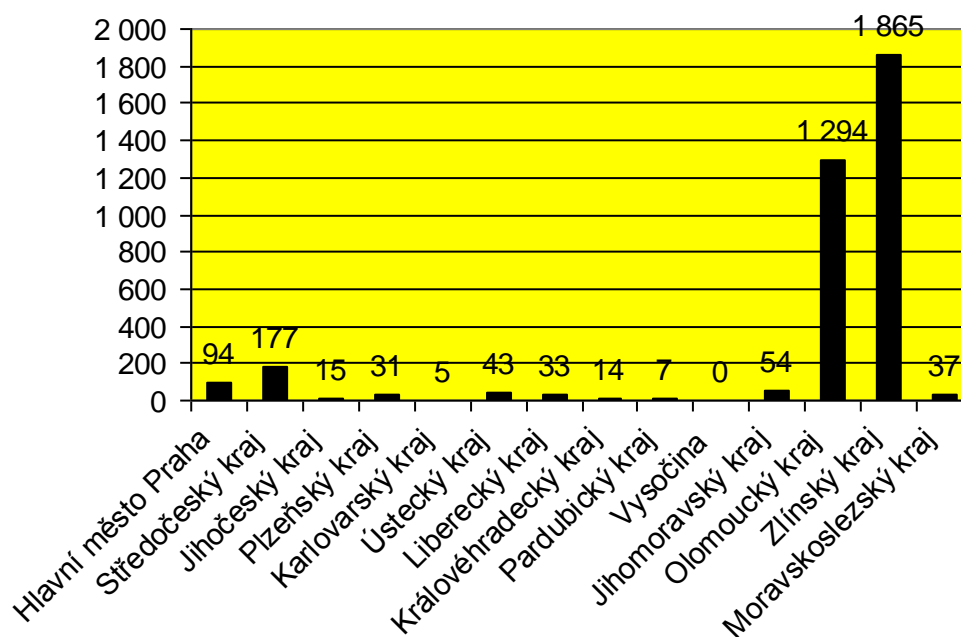


Z výše uvedeného grafu č. 5 vyplývá, že služba chráněného bydlení není službou novou, a proto kraje nabízí poměrně vysoký počet chráněných bydlení pro mentálně znevýhodněné občany.

Přesto, že počet chráněných bydlení je poměrně vysoký, údaje českého statistického úřadu jsou v některých krajích přímo šokující. Zvláště pokud jde o kraje moravskoslezský a olomoucký, jak nám ukazuje graf č. 6.



Graf 6: Počet neuspokojených žadatelů o službu chráněného bydlení v roce 2009.



### 3.2.3.1 Camphill

Camphill je zvláštní možností bydlení pro mentálně znevýhodněné lidi. Zařadila jsem ho spolu s Archou (viz. následující podkapitola) pod chráněné bydlení, i když by se dalo říci, že je to ojedinělý typ bydlení, podobající se bydlení podporovanému. Důvodem tohoto zařazení také bylo, že nejznámější český camphill (o němž se zmíním níže) je zaregistrován v registru poskytovatelů sociálních služeb jako služba chráněného bydlení.

*Camphillská komunita* je forma dlouholeté podpory poskytované nestátní organizací. Základem je soužití spolupracovníků a svěřenců v každodenním životě bez rozdělování na ošetřovatele a klienty.<sup>141</sup> Původní idea camphillu byla ve společném rodinném soužití postižených a nepostižených lidí.

*K. König, zakladatel camphillů, řekl : „Přál bych si, aby se v dalších letech Camphill stal místem, kde se svědomí léčebné pedagogiky udrží probuzené, místem, kde bude vždy znám opravdový osud postižených dětí... Měl by se vždy stát místem, kde by ty děti, jež nedosáhnou dostatečných pokroků, mohly odejít do světa, mohly zůstat*

<sup>141</sup> Camphill České Kopisty. *Co je camphill a jak vznikl*. Online. Cit. [29.3. 2010]. Dostupné na: < [Http://www.camphill.cz/cz/camphill2.html](http://www.camphill.cz/cz/camphill2.html).>

a měly chráněný, ale užitečný život. Mohly by vykonávat jednoduchou práci v nejrůznějších kuchyních a dílnách, domech, na farmách a zahradách. Neměly by žít v ubytovnách, ale v malých domech v klínu rodiny, do které patří a kde cítí jistotu a bezpečí. Proto by okolo každého z těchto domů měla vyrůst malá vesnička se čtyřmi až pěti domky. V nich by žilo a pracovalo několik rodin. Tuto ideu skutečné komunitní vesničky, rostoucí stále hlouběji, budeme muset zakořenit v našem úsilí<sup>142</sup>.

### **Život v Camphillu**

Podle Šramlové se v camphillu každý člen vzdává určité části své osobní svobody, aby ji daroval ve prospěch ostatních členů komunity a výměnou se mu dostává nejširší akceptace a podpory od jednotlivců i celého společenství. Tento dar osobního času a osobního nasazení je podpořen získáním určité zodpovědnosti za celek - komunitu či „komunitní rodinu“, i za celé společenství.<sup>143</sup>

Součástí zařízení bývají rukodělné dílny někdy i zemědělská farma. Zařízení poskytuje program, jehož součástí je vzdělávání, práce, zájmové aktivity a také bohoslužby. Při péči o duchovní potřeby klientů, která má podobu tzv. biblických večerů, se někdy vychází z díla R.Steinerja (antroposofie). Členové komunity mají společný majetek, z něhož pro uspokojování osobních potřeb dostávají jen malé kapesné.<sup>144</sup>

V současnosti jsou v ČR tyto komunity dvě. Jednou z nich je camphill, který zakládá v roce 1999 občanské sdružení Camhill České Kopisty, konkrétně Petr Nejtek. V roce 2003 se do první bytové jednotky stěhuje první rodina.<sup>145</sup>

### **3.2.3.2 Archa**

Archa je taktéž komunitní typem bydlení camphill. V České republice se tyto komunity nevyskytují.

Zakladatelem Archy, mezinárodní sítě komunit pro lidi s mentálním postižením, je Jean Vanier.<sup>146</sup>

---

<sup>142</sup> Camphill České Kopisty. *Etno-socio-kulturní podmínky rozvoje camphillských zařízení ve světě a v České republice*. Online. Cit. [29.3. 2010]. Dostupné na:

< [Http://www.camphill.cz/cz/dpls02b.html](http://www.camphill.cz/cz/dpls02b.html).>

<sup>143</sup> Tamtéž.

<sup>144</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X. s. 124.

<sup>145</sup> Blíže na:

< [Http://www.camphill.cz/](http://www.camphill.cz/)>

Tato organizace, jejímž základním principem je rovnocenné soužití lidí s postižením a bez postižení, vychází z křesťanských principů.

Dnes je Archa sítí více než stovky komunit ve třiceti zemích. Postižení lidé zde žijí spolu se svými pečovateli. Jejich cílem je společný a lidsky důstojný život, v ústavech nedosažitelný.<sup>147</sup>

Již jsem uvedla, že v těchto komunitách žijí lidé s mentálním znevýhodněním společně s lidmi bez postižení – neprofesionálními asistenty. Vedou spolu s klienty domácnost, taktéž společně pracují, povídají si, cestují spolu, tráví společně volný čas. Mikulenková píše, že pro asistenty je tato práce velmi náročná, protože dávají klientům úplné maximum, jelikož většina z nich si v minulosti prožila těžká období, a tudíž si toto chování a zacházení zaslouží.<sup>148</sup>

### **Život v Arše**

Základní jednotka komunity se nazývá *foyer*. Tyto jednotky se dělí na domácnosti pro lidi s těžším postižením, nazývané *foyer pro život*, a na domácnosti pro lidi s lehčím mentálním postižením, nazývané *ubytovací foyer*. Tito lidé pracují v chráněných dílnách, zatímco lidé více postižení mají pro své denní aktivity zřízeny tzv. ateliéry. Důraz je kladen na akceptaci klienta asistentem, která koriguje klientovy negativní rané zkušenosti. Výrazem akceptace není míněno akceptování všech klientových projevů, ale životní zkušenosti klienta. Jako žádoucí kvalita vztahu mezi pečující osobou a klientem se zdůrazňuje ochota, otevřenost a stabilita. Profesionálové v zařízení typu archa sice pracují, ale pro přímý kontakt s klienty jsou vhodnější neprofesionálové žijící v zařízení, neboť mají lepší předpoklady vytvářet klientovi domov.<sup>149</sup>

---

<sup>146</sup> Po letech studia a vyučování filozofie a teologie zakoupil Vanier v roce 1964 dům v Trosly-Breuil ve Francii a pozval dva mentálně postižené muže ke společnému životu. Dům nazval Archou podle archy Noemovy – místa útočiště i nového začátku.

<sup>147</sup> Dobromysl. *Jean Vanier-Cesta k lidství*. Online. Cit. [27.4. 2010]. Dostupné na:

< [Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=496](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=496).>

<sup>148</sup> MIKULENKOVÁ H. *L'Arche Lambeth Community, aneb jak to chodí v Arše...* Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem. Plus 21, č.1, 2003.

<sup>149</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9. s. 124.

### 3.2.4 Podpora samostatného bydlení

Na rozdíl od výše zmíněných možností bydlení, které spadají pod pobytové sociální služby, podpora samostatného bydlení<sup>150</sup> je sociální službou *terénní*. Dle *Novosada* je smyslem této služby podpora člověka ve vedení běžného způsobu života ve vlastním, nájemním či organizací poskytnutém bytě.<sup>151</sup>

Dle §43 Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

#### Terénní služba Podpora samostatného bydlení

§43 Z. č. 108/2006 Sb. definuje obsah této služby:

- Pomoc při zajištění chodu domácnosti;
- Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím;
- Sociálně terapeutické činnosti;
- Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

S výše zmíněnými činnostmi pomáhá uživateli *asistent* (o osobní asistenci pojednává následující podkapitola). Asistent pomáhá klientům získávat a rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti pro samostatný život.

Podporované bydlení je jednou z možností, jak lidem s mentálním postižením umožnit žít běžný způsob života tak, jak žijí ostatní lidé. Filozofie podporovaného bydlení je postavená na přesvědčení, že ne jen lidé bez postižení, ale i lidé s mentálním postižením mají právo na plnohodnotný a rovnocenný život v prostředí, které se v co jak

---

<sup>150</sup> Dále viz. Prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách.

<sup>151</sup> NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

největší možné míře přibližuje přirozenému prostředí. Je mnohokrát lepší alternativou oproti ústavní péči.<sup>152</sup>

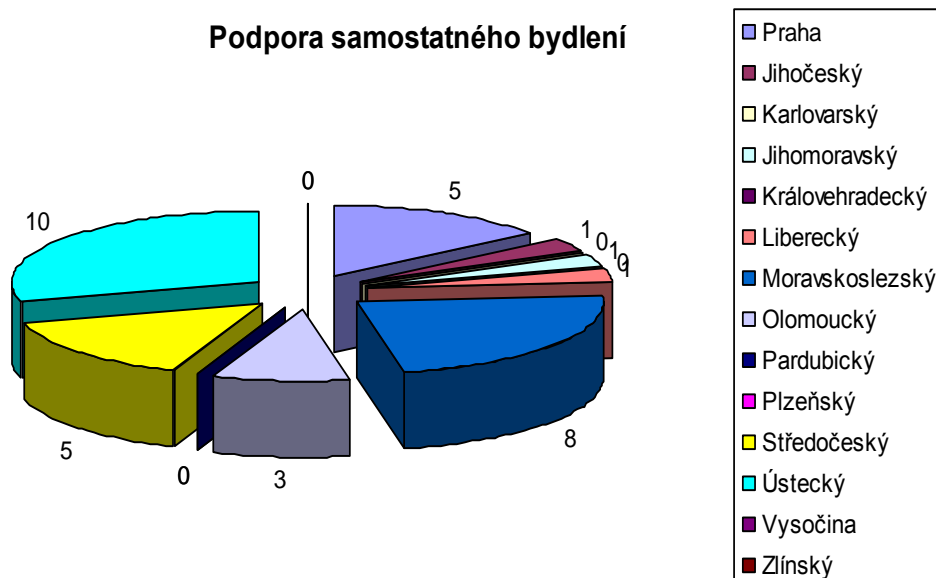
*Dejme tomu, že mladý muž, který má diagnostikovanou lehkou mentální retardaci, zdědí po svých rodičích byt. V dnešní době má možnost vybrat si, od jaké organizace chce služby (asistenci) využívat. Asistent uživateli pomáhá s chodem domácnosti, s běžnými denními činnostmi. V tomto případě se tedy jedná o službu podporovaného bydlení.*

Tato služba má potenciál umožnit lidem s mentálním postižením mít poměrně normální domov. Velmi záleží na kvalitě poskytované asistence – asistent by měl dodržovat základní pravidla jako nerozhodovat za uživatele, nedělat za něj co může udělat sám, nemanipulovat.<sup>153</sup>

### Úhrada za služby Podpory samostatného bydlení

*„Maximální výše úhrady za poskytování osobní asistence činí 100 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů; pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí.“<sup>154</sup>*

Graf 7: Počet podporovaných bytů v roce 2010



<sup>152</sup> PETROVIČOVÁ, M. *Podporované bývanie*, In Informácie ZPMP v SROV. Bratislava, 2009. s. 14. ISSN 1335-8197.

<sup>153</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

<sup>154</sup> Odst. 2 §9 Vyhlášky č. 505/2006. Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách.

Z výsledků grafu č. 7 můžu konstatovat, že se většinou registrovaná služba podporovaného bydlení v jednotlivých krajích České republiky nevyskytuje. Český statistický úřad neprovedl výzkum v oblasti neuspokojených žadatelů o tuto službu, tak jak tomu bylo u ostatních typů služeb, přesto si trůfám tvrdit, že počet žadatelů by byl značný.

## **Osobní asistence**

*Osobní asistenci*<sup>155</sup> můžeme vnímat jako pomyslný klíč k dosáhnutí maximální možné nezávislosti mentálně znevýhodněných jedinců a jako klíč k sociální suverenitě rodin, ve kterých žijí. Osobní asistence je služba rozvinutá nestátními organizacemi po roce 1989. Vykolený asistent pomáhá lidem s postižením při zvládání úkonů, které by uživatel dělal sám, kdyby mu v tom postižení nebránilo. U lidí s vážnějším mentálním postižením nelze předpokládat, že si klient bude schopen od asistenta objednat, co potřebuje. V těchto případech musí asistent převzít roli manažera péče, udržovat podpurné vztahy klienta, případně mu zprostředkovávat další služby.<sup>156</sup>

Osobní asistence umožňuje občanovi se zdravotním postižením nezávislost od ostatních členů rodiny, příbuzných, přátel, společnosti. Záměrem osobní asistence je umožnit handicapovanému jedinci uspokojovat jeho potřeby, věnovat se určité aktivitě či vykonávat určitou činnost. Poskytuje mu tak svobodu, nezávislost, možnost samostatně rozhodovat, umožňuje mu seberealizaci, podporuje sebeúctu a sebevědomí, umožňuje seberozvoj.<sup>157</sup>

## **Osobní asistence v praxi**

Rozsah osobní asistence záleží na potřebách uživatelů, někde s nimi tráví asistenti 24 hodin denně, jinde pomáhají jen s určitými činnostmi (hospodaření s penězi, nakupování, aj.). Je-li to nutné, asistenti klienty informují o tom, co je potřeba udělat, i o tom, jak to provést. Podporují uživatele v samostatnosti. Uživatelé si tak většinou vytvářejí vlastní postupy (nebo přijímají navržené). Asistenti spolu s uživateli připravují

---

<sup>155</sup> Kořeny služeb osobní asistence přímo souvisejí s hnutím Independent Living, které založil Ed Roberts v Kalifornii. Motivem spojujícím nezávislý život s osobní asistencí je úsilí o nezávislost, tedy samostatný a sebeurčující život pro každého jedince.

<sup>156</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

<sup>157</sup> HRONCOVÁ, J., et al. *Sociální pedagogika a sociální práce*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2001. ISBN 80-8055-476-5.

i různé pomůcky (např. seznam věcí na nákup, nebo „rozpis služeb“, podle kterého se obyvatelé v domácích pracích střídají).<sup>158</sup>

Služba osobní asistence plní tyto úrovně:

- Aktivuje – prostřednictvím možnosti vyzkoušet si něco nového s podporou druhé osoby pomáhá nalézat příležitosti pro seberealizaci a uplatnění;
- Rozvíjí – podporuje člověka při hledání způsobů, jak naplňovat své osobní cíle, rozvíjí jeho dovednosti prostřednictvím získávání informací a zkušeností, pozorováním a tréninkem;
- Kompenzuje – pomáhá člověku řešit situace, které z důvodů zdravotního postižení vyžadují pomoc druhé osoby.<sup>159</sup>

*Novosad* uvádí, že ve státech, které navýšily v sociálních službách počet osobních asistentů, je zkušenost taková, že i těžce mentálně handicapovaný člověk může žít v přirozeném prostředí.<sup>160</sup> Nezanedbatelné je i hledisko finanční, kdy náklady spojené s touto službou jsou mnohem nižší než jakákoliv forma ústavní péče.

### **Úhrada za služby spojené s osobní asistencí**

Maximální výše úhrady za poskytování osobní asistence je řešena totožně jako výše úhrady u podpory samostatného bydlení, tedy 100 Kč za hodinu. Znamená to, že se odvíjí od skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů.<sup>161</sup>

---

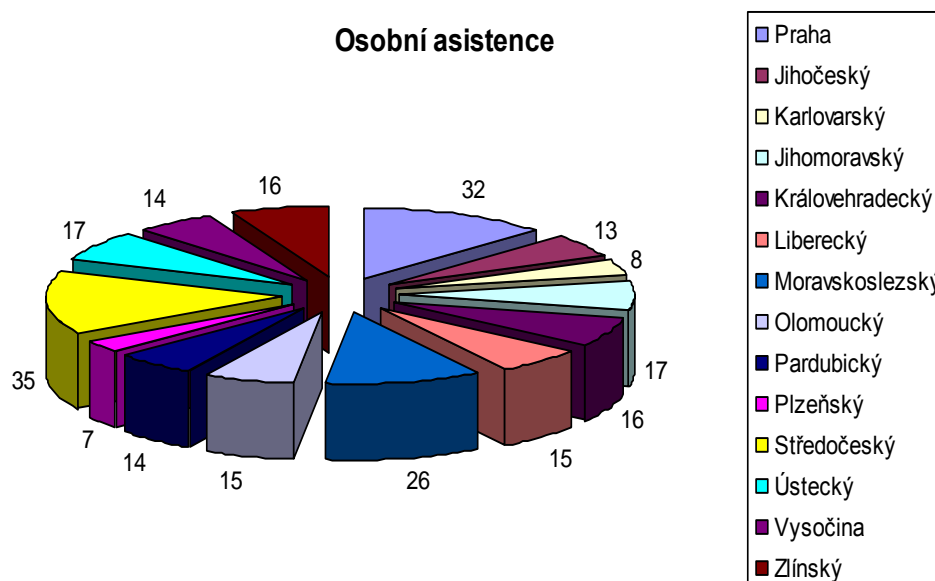
<sup>158</sup> MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

<sup>159</sup> *Olomoucký rádce nejen pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Statutární město Olomouc, 2004. s. 71.

<sup>160</sup> NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7. s. 49.

<sup>161</sup> Blíže Odst. 2 §5 Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách.

Graf 8: Počet služeb osobní asistence v jednotlivých krajích v roce 2010



Podle grafu č. 8 a také z praxe mohu konstatovat, že služeb osobní asistence, kterou využívají uživatelé chráněného bydlení, podporovaného bydlení, ale i rodiče mentálně znevýhodněných dětí, kteří si své dítě nechají doma, je poměrně dostatečné množství a jsou hojně využívány.

Z výše napsaných řádků vyplývá, že osobní asistence slouží k jakési kompenzaci těch činností, které klient není schopen vykonávat sám, ale také k dopomoci uspokojovat klientovi potřeby a přání. U mentálně znevýhodněných lidí, ve spojitosti s touto službou, může nastat problém, který uvádí *Novosad*. Mentálně znevýhodnění často nedovedou nebo nemohou sami definovat svá přání a potřeby, nebo jsou jejich přání v rozporu s reálnými možnostmi.<sup>162</sup> V tomto případě je nutno spolupracovat s rodinou či pečující osobou, která svého rodinného příslušníka zná lépe, ví co má rád, a co rád dělá.

### 3.2.5 Domácí péče

Stále je v naší společnosti mnoho rodin, které se rozhodly si své mentálně postižené dítě nechat doma. Toto rozhodnutí vůbec není lehké a rodič musí počítat

<sup>162</sup> NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.



s tím, že se mu svět obrátí vzhůru nohama. Čekají ho problémy ekonomické i sociálních.

Odborníci se shodují, že nejčastějším modelem rodiny pečující o postižené dítě, je bohužel rodina neúplná. Rozvodovost je u této skupiny mnohokrát vyšší než u rodin se zdravými dětmi.

*Znám rodiče, kteří své postižené dítě vychovávají doma. Tito rodiče pečovali o své dítě nepřetržitě, věnovali se mu 24 hodin denně, nerealizovali své záliby, nechodili se bavit... Došli do situace, kdy opravdu potřebovali oddech, byli ztrhaní, skleslí, vyprchal z nich veškerý optimismus. Nakonec vyhledali pomoc a využili nabídky respitní péče.*

Problémem domácí péče o mentálně handicapovaného člena rodiny je jednak vyhoření, vyčerpání pečujících osob, ale také myšlenky, kterým se rodiče neubrání. Jedná se o myšlenky typu – Co se stane s dítětem, až tady nebudeme a nebude nikdo, kdo by se o něho postaral? – Tito klienti jsou pak v dospělosti či pokročilém věku „umístěni“ do domova pro osoby se zdravotním postižením či chráněného bydlení, avšak nikdy se už plně nezadaptují na podmínky chodu zařízení.

*Případ z praxe: Paní K. s diagnózou Dawnova syndromu se středně těžkým mentálním postižením žila celý život se svou tetou, která se o ní nepřetržitě starala. Když bylo paní K. 45 let, její teta vážně onemocněla a nemohla se už o svou neteř starat. Proto byla paní K. umístěna do domova pro osoby se zdravotním postižením. Žije zde 2 roky. Na otázku jak se má, jak se jí bydlení líbí, sdělila, že je zde jen na návštěvě, že bydlí doma se svou tetou...*

## **Respitní péče**

*Respitní péči*<sup>163</sup> definujeme jako úlevovou či odlehčovací péči. Když se člověk rozhodne nechat si doma své mentálně postižené dítě, stará se o ně, vychovává a pečuje o ně, je to to nejlepší, co mohl pro své dítě udělat. Ovšem toto rozhodnutí si s sebou nese mnoho rizikových prvků. Tento rodič nemá v podstatě žádný volný čas provozovat své zájmy a koníčky. A tak dojde dříve nebo později k vyčerpání pečující osoby. Z tohoto důvodu vznikla služba respitní péče, která nabízí služby asistentů či pečovatelů, kteří rodiče nebo jinou pečující osobu ve výkonu péče zastoupí na určitou

---

<sup>163</sup> Respitní péče (respite care) vznikla v 60. letech 20. století v USA.

dobu. Záleží pak na pečujících osobách, jaký typ respitní služby a její rozsah si stanoví. Cílem této služby je tedy umožnění odpočinku pečující osoby.

Respitní neboli odlehčovací péči Zákon o sociálních službách rozděluje na:

- terénní;
- ambulantní;
- pobytovou.

Tato péče je určena osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném prostředí.<sup>164</sup>

### **Služba respitní péče**

Služba respitní péče poskytuje zejména:

- Pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu;
- Pomoc při osobní hygieně;
- Poskytnutí či zajištění stravy;
- Poskytnutí ubytování pokud se jedná o respitní péči pobytovou;
- Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, jakož i vzdělávací a výchovné aktivity, sociálně terapeutické činnosti;
- Pomoc při uplatňování práv klienta.

### **Úhrada za poskytnutí odlehčovacích služeb**

Maximální výše úhrady za poskytnuté odlehčující služby činí podle §10 prováděcí Vyhlášky č. 505/2006 Sb. :

1. 100 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů, jako je pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti;

---

<sup>164</sup> Viz. §44 Z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

2. 150 Kč denně za poskytnutí celodenní stravy nebo 75 Kč za oběd (u pobytové formy respitní péče);
3. 180 Kč za poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby.

### **Respitní péče v praxi**

Protože jsem pracovala tři roky jako terénní respitní pracovník, mám s touto službou značné osobní zkušenosti.

*Rodiče chlapce s diagnostikovanou DMO<sup>165</sup> pravidelně využívali služeb respitní péče. Jednalo se o respitní péči poskytovanou doma, kdy jsme s chlapcem hráli karty, kostky, pouštěli si hudbu, ale také se učili. Rodiče si v té době vyřizovali své věci na úřadech, obchodech, zašli si do kina nebo trávili čas doma a věnovali se domácím pracím. Nepravidelně využívali také asistenci, která spočívala ve vyzvednutí chlapce ze školy, dopomoci při poskytnutí stravy a doprovodu do zájmového kroužku.*

*Maminka čtyřleté holčičky s diagnózou autismu chtěla, aby její dcera poznala nové lidi, aby se nebála chodit ven, aby se připravila na vstup do školky. Náplní této respitní péče bylo poznávat okolí, seznamovat se s novým prostředím, lidmi...*

---

<sup>165</sup> Pozn. Dětská mozková obrna.

## 4 KLIENT A ZAŘÍZENÍ

V předchozích kapitolách jsem představila jednotlivé možnosti bydlení pro mentálně znevýhodněné občany, také jsem charakterizovala klienta s mentálním znevýhodněním. Aby se stal člověk uživatelem určité služby, musí se zařízením, které si vybral, uzavřít smlouvu o poskytnutí služby. V této kapitole popíši cestu, kterou si každý žadatel/zájemce (nejenom o pobytovou sociální službu) musí projít.

### 4.1 JEDNÁNÍ SE ZÁJEMCEM O SLUŽBU

Na úvod je třeba říci, že jednání se zájemcem o službu je vždy dlouhotrvajícím procesem. První kontakt spočívá na zájemci – může zařízení oslovit telefonicky, písemně, přes internet a osobně. Většinou informace o zařízení poskytuje tamní sociální pracovníce. Pokud si žadatel vybral „ono“ zařízení, které mu má poskytovat určité sociální služby, sociální pracovníce dohodne osobní schůzku.

Podle *Matušky* je proces jednání se zájemcem o službu založen na předpokladu, že zájemce o službu je schopen rozpoznat, co je pro něj dobré. To znamená, že důsledně respektuje jeho právo definovat své potřeby, obsah a rozsah podpory či péče a rozhodnout se, jak má tato pomoc vypadat. Druhým, neméně důležitým předpokladem úspěšného naplnění tohoto procesu, je schopnost pověřeného pracovníka či pracovníků poskytovatele získat od zájemce o službu relevantní informace, umožňující posouzení vhodnosti nabízené služby pro jeho osobu.<sup>166</sup>

#### Vstupní pohovor

Vstupní pohovor vede také sociální pracovníce, která si může přizvat odborníky (např. zdravotní sestru, speciálního pedagoga). Vstupního pohovoru se účastní zájemce nebo jeho zákonný zástupce, ale také osoby, které si přeje zájemce na pohovoru mít (např. rodinní příslušníci).

Sociální pracovníce nejdříve hovoří s žadatelem o jeho očekáváních a potřebách. Poté seznámí zájemce se službami, které zařízení poskytuje, s podmínkami

---

<sup>166</sup> MATUŠKA, P. Jednání se zájemcem o službu, smlouva o poskytování sociální služby. In *Sociální práce*, č. 4, 2007. ISSN 1213-6204.

poskytování těchto služeb. Seznamuje zájemce s chodem zařízení, provozní dobou, náplní dne, způsobem stravování, atd.

### **Informace poskytované zájemci**

*Haicl* definuje všechny informace, které by měl poskytovatel zájemci poskytnout:

- Poslání zařízení, cílová skupina uživatelů, cíle a zásady poskytované služby;
- Místo poskytování služby (v obci, v jaké části obce, mimo obec, dopravní obslužnost);
- Sídlo poskytovatele (je-li odlišné od místa poskytování služby) a zřizovatele;
- Návaznost na vnější zdroje (včetně představ zařízení o případné spolupráci s rodinou uživatele);
- Sociální služby (rozsah, cena) poskytované zařízením;
- Služby zařízením zprostředkovávané či se zařízením spolupracující (rozsah, cena);
- Kapacita zařízení;
- Denní režim, práva a povinnosti uživatele (včetně pravidel pro opuštění zařízení či ukončení služby);
- Počet a struktura pracovníků;
- Počet a struktura uživatelů;
- Čekací doba (je-li kapacita zařízení naplněna);
- Forma a rozsah zdravotní, ošetrovatelské péče a rehabilitace;
- Možnosti duchovní podpory;
- Možnosti využití volného času;
- Rozsah nezbytného vybavení zájemce o službu (co s sebou);
- Pravidla pro uplatnění podnětů, připomínek či stížností na kvalitu či způsob poskytování služby;

- Specifika zařízení.<sup>167</sup>

Pokud zájemce spadá do okruhu osob (tzv. cílové skupiny), kterým jsou poskytovány služby v zařízení, a pokud jeho potřeby a očekávání mohou být naplněny prostřednictvím nabízených služeb, sociální pracovníce vyzve žadatele o podání Žádosti o poskytnutí sociální služby.

## 4.2 ŽÁDOST O POSKYTNUTÍ SLUŽBY

Zájemce následně předá sociální pracovníci vyplněnou žádost o poskytnutí služby, jejíž součástí je i vyjádření praktického lékaře žadatele o jeho zdravotním stavu. Vzor této žádosti se nachází v příloze č. 3. Pokud je žadatel omezen či zbaven právní způsobilosti, je také nutné odevzdat rozsudek okresního soudu a usnesení o ustanovení opatrovníka.

*„Zájemce předloží kopie posledních zpráv o psychologickém, speciálně pedagogickém vyšetření, aj. odborných vyšetřeních.*

*Sociální pracovníce předá zájemci k vyplnění dotazník, jehož účelem je získání potřebných informací k identifikaci potřeb a osobních cílů zájemce.*

*Dále sociální pracovníce následně předloží zájemci k podpisu souhlas se zpracováním jeho osobních a citlivých dat.*

*Sociální pracovníce upozorní zájemce, že při příjmu do pobytové sociální služby je nutné zahájit očkování proti virové hepatitidě typu B.<sup>168</sup>*

## 4.3 STANOVENÍ OSOBNÍHO CÍLE

V této fázi jednání stanoví a definuje sociální pracovníce spolu s žadatelem (ale i jinými pracovníky zařízení, jako je např. vedoucí oddělení, vrchní zdravotní setra) osobní cíle žadatele. Stanovení osobních cílů spočívá především v tom, jak si žadatel představuje služby poskytované zařízením, a čeho by chtěl prostřednictvím těchto služeb dosáhnout. Tyto cíle se stanovují především na základě žadatelových přání a potřeb.

---

<sup>167</sup> MATUŠKA, P. Jednání se zájemcem o službu, smlouva o poskytování sociální služby. In Sociální práce, č. 4, 2007. ISSN 1213-6204.

<sup>168</sup> Pokyn ředitele č. XVI./2009, kterým se stanoví postup při přijímání a propouštění klienta.

## 4.4 SMLOUVA O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Jak už jsem zmínila v předchozích kapitolách, fakt, že žadatel jedná a uzavírá písemnou smlouvu sám s poskytovatelem sociální služby, je významným krokem směřujícím k uplatnění svobodné vůle uživatelů sociálních služeb.

Smlouva musí být nutně uzavřena ve všech pobytových sociálních službách (Domov pro osoby se zdravotním postižením, Týdenní stacionář, Chráněné bydlení). Pokud se jedná o terénní sociální službu Podpory samostatného bydlení, zde zákon povinnost uzavření písemné smlouvy neupravuje. A tedy, smluvní strany se mohou dohodnout na podepsání smlouvy.

### Náležitosti smlouvy

Smlouvu charakterizuje §91 Zákona o sociálních službách. Obsahuje tyto náležitosti:

1. Označení smluvních stran;
2. Druh sociální služby;
3. Rozsah poskytování sociální služby;
4. Místo a čas poskytování sociální služby;
5. Výši úhrady za sociální službu sjednanou v rámci výše úhrady stanovené v §72 až §76 Zákona o sociálních službách a jejího placení;
6. Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb;
7. Výpovědní důvody a výpovědní lhůty;
8. Dobu platnosti smlouvy.<sup>169</sup>

*„Ze smlouvy by tedy mělo být patrné, co každá ze stran od poskytování sociální služby očekává, jaké jsou povinnosti a práva smluvních stran, a k jakému cíli prostřednictvím sociální služby smluvní strany směřují.“<sup>170</sup>*

---

<sup>169</sup> MICHALÍK, J. a kol. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Olomouc: Národní rada zdravotně postižených, 2007. ISBN 80-903640-9-8. s. 28.

<sup>170</sup> MATUŠKA, P. Jednání se zájemcem o službu, smlouva o poskytování sociální služby. In *Sociální práce*, č. 4, 2007. ISSN 1213-6204.

Pokud dojde k uzavření smlouvy mezi zařízením a žadatelem, je žadatel nebo jeho zákonný zástupce povinen předložit:

- kopii rodného listu;
- kopii občanského průkazu;
- kopii mimořádných výhod pro těžce zdravotně postižené;
- očkovací a zdravotní průkaz;
- doklad o vyplácení příspěvku na péči;
- doklad o ukončení (průběhu) školní docházky;
- vlastní fotografii;
- aktuální posudek praktického lékaře a aktuální zprávy odborných lékařů.<sup>171</sup>

#### **4.5 PŘÍJEM ZÁJEMCE O SLUŽBU**

Žadatel je vždy přijímán do zařízení nejprve na dobu tří měsíců – tzv. *adaptační doba*, která může být i prodloužena, nejdéle však na dobu šesti měsíců.

Tato adaptační doba slouží především k tomu, aby uživatel i zařízení posoudilo, zdali je zařízení vhodné pro onoho uživatele.

#### **4.6 UKONČENÍ POSKYTOVÁNÍ SLUŽBY**

Klient může vypovědět smlouvu se zařízením, jehož služby využívá vždy, bez udání důvodů. Výpovědní lhůta v případě vypovězení smlouvy ze strany klienta činí 1 měsíc. Naopak zařízení má stanovené výpovědní důvody i výpovědní lhůty ve smlouvě, kterou podepsalo se zájemcem o službu.

---

<sup>171</sup> Pokyn ředitele č.XVI./2009, kterým se stanoví postup při přijímání a propouštění klienta.



## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 5 PŘÍPADOVÉ STUDIE VYBRANÝCH UŽIVATELŮ JEDNOTLIVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Diplomová práce pojednává o možnostech bydlení pro mentálně znevýhodněné občany, proto v této části práce uvedu čtyři případové studie klientů, kteří bydlí ve výše zmiňovaných formách bydlení. Konkrétně se jedná o bydlení v domově pro osoby se zdravotním postižením, v týdenním stacionáři, v chráněném a podporovaném bydlení.

Mým cílem je demonstrovat, jaký „typ“ klienta využívá konkrétní pobytové služby ve vybraném zařízení. Jedná se o podrobný popis klientova znevýhodnění, jeho osobního života, jeho schopností, dovedností, zájmů.

### 5.1 KAZUISTIKA Č. 1

Klient využívající pobytovou službu *Týdenní stacionář*.

#### **Osobní anamnéza**

Jedná se o klienta pana B., kterému je 27 let a byla u něho diagnostikována kvadruspastická forma Dětské mozkové obrny. V průběhu času byla u klienta diagnostikována oligofrenie na horní hranici středního pásma mentální retardace. Medikaci v současné době nepoužívá. Klient má vadné držení těla, zdeformované dolní končetiny, pohybuje se na krátké vzdálenosti pomocí nožních ortéz, na delší vzdálenosti používá invalidní vozík. Má problém vyjít a sejít schody. Slovní zásoba klienta je bohatá, aktivní. Přesto klient špatně artikuluje, mnohdy je problém porozumět mu. Při stravování je nutná minimální dopomoc, při zvládnutí osobní hygieny je potřeba částečné dopomoci.

#### **Rodinná anamnéza**

O víkendech klient bydlí v bytě 3+1 s rodiči a dalšími čtyřmi sourozenci. Klient s rodinou žije v láskyplném, byť nuzném prostředí. Tři starší sourozenci jsou zdraví, mladší klientův bratr je taktéž postižený podobně jako klient, avšak bydlí doma s rodiči. Matka má základní vzdělání, otec středně odborné vzdělání. Rodiče jsou dlouhodobě nezaměstnanými.

### **Sociální anamnéza**

O pana B. se především stará jeho matka, v její nepřítomnosti jsou to klientovi sourozenci, příležitostně i širší rodina. Spolupráce s rodinou není vždy bezproblémová. Příčinou jsou patologie typu gamblerství a alkoholismu vyskytující se u otce a tíživá finanční situace v rodině.

Důvodem umístění klienta do týdenního stacionáře bylo přání nejen klienta samotného, ale i přání matky, která pocítovala vyčerpání v důsledku péče o své dvě handicapované děti. Klient využíval služby ústavu sociální péče a posléze služby týdenního stacionáře od svých patnácti let.

### **Školní anamnéza**

Klient absolvoval povinnou školní docházku na ZŠ speciální. Ve vzdělání se postupovalo podle individuálního vzdělávacího plánu. Nyní v rámci týdenního stacionáře navštěvuje chráněné dílny, kde si pouští písničky z internetu a vyrábí ruční papír.

### **Vnímání**

#### a) Zrakové

Geometrické tvary verbálně neurčí, ale správně přiřadí odpovídající tvary včetně vkládání. Má problémy s jemnou motorikou, malování mu dělá problém. Časová orientace je dobrá, ve dnech se orientuje přesně.

#### b) Sluchové

Nemá cit pro rytmus, ale přesto rád zpívá a účastní se hudebních akcí. Rád si také sám pouští muziku. Pamatuje si mnoho písniček.

### **Paměť**

U klienta převažuje především paměť sluchová, kdy si pamatuje písničky, znělky.

### **Myšlení**

U klienta je analyticko – syntetická činnost myšlení na dobré úrovni. Je schopen hrát i člověče nezlob se.

### **Řeč**

Řeč je u klienta aktivní, ovšem klient špatně artikuluje.

## **Zájmy**

Protože klient rád poslouchá hudbu, je schopen si ji vyhledat a pouštět i pomocí internetu. Neboť jeho řečová složka je na dobré úrovni, navštěvuje hodiny divadla (jedenkrát týdně), také skupinu Sebeobhájců (jednou za 14 dní). Rád si zahraje Člověče, nezlob se. Nerad provádí manuální činnost.

## **Hrubá motorika**

Úroveň hrubé motoriky je na nižší úrovni. Rád rehabilituje, má rád lidský kontakt.

## **Současný stav**

Klient je mladý muž, malé a subtilní postavy. Nyní mu je 27 let. Týdenní stacionář navštěvuje ve dnech pondělí až pátek. Do zařízení je přivážen vždy v pondělí ráno matkou, otcem nebo jiným rodinným příslušníkem. Domů se vždy vrací v pátek v odpoledních hodinách, taktéž za doprovodu stejných osob, jako u příjezdu do týdenního stacionáře.

Ve stacionáři se mu moc líbí, má zde spoustu kamarádů. V kolektivu je oblíbený pro svou přátelskou povahu.

Mezi jeho nejoblíbenější aktivity v zařízení patří poslech a pouštění hudby a zpěv. Pravidelně pořádá diskotéky pro ostatní klienty. Také považuje za přínosné a zábavné chodit na hodiny Sebeobhájců a účastnit se nejrůznějších kulturních a společenských akcí.

## **5.2 KAZUISTIKA Č. 2**

Klientka využívá pobytovou službu *Domov pro osoby se zdravotním postižením*.

### **Osobní anamnéza**

Jde o klientku slečnu L., které je 19 let. Byl u ní diagnostikován stabilizovaný hydrocefalus a těžší forma dětské mozkové obrny. Jedná se o dolní hranici středního pásma. Jako dítě prodělala operaci srdce. Slovní zásoba je spíše pasivní. Mluví v jednoduchých větách. Často ulpívá na jednom tématu. Klientka má vadné držení těla s hrudní lordózou. Pozornost je u klientky velmi krátkodobá, počítá se na minuty.

Klientka není moc společenská, vyhledává samotu, nemá ráda křik a hluk. I když se ptá na činnost ostatních klientů, zřídka se zapojí. Při osobní hygieně je potřebná částečná dopomoc. Při stravování je potřeba klientce jídlo nakrájet.

### **Rodinná anamnéza**

Rodiče klientky jsou po smrti. Širší rodina klientky se setkává párkrát do roka na rodinných oslavách. Opatrovníkem slečny L. je její sestra. Ta má vysokoškolské vzdělání a je velmi pracovně vytížená. Sestra navštěvuje klientku jednou měsíčně, kdy si ji vyzvedne a jdou společně na procházku, do obchodu, anebo s ní stráví víkend doma.

### **Sociální anamnéza**

O klientku se stará sestra, která je o deset let starší. Po smrti rodičů musela být klientka umístěna do domova pro osoby se zdravotním postižením, jelikož její sestra byla a je velmi pracovně vytížená. Mezi sestrami je velmi silné pouto. Dvakrát ročně spolu jezdí na dovolenou. Spolupráce se sestrou je bezproblémová a vstřícná.

### **Školní anamnéza**

Klientka navštěvovala ZŠ speciální. Vyučovalo se podle individuálního vzdělávacího plánu.

### **Vnímání**

#### a) Zrakové

Klientka se plete při poznávání barev. Při poznávání obrázků zvířat neurčí, co se na obrázku vyskytuje. (Preferuje svá oblíbená zvířata).

Prostorová orientace klientky je částečná. Stále chybuje při určení levé a pravé strany. Časová orientace je velmi omezená. V pracovních dnech se neorientuje, pamatuje si pouze sobotu, kdy ví, že pro ni přijde sestra.

#### b) Sluchové

Klientka nezpívá, netančí, nemá smysl pro rytmus, ale ráda se zúčastňuje akcí, kde jsou používány hudební nástroje, které s oblibou používá.

## **Myšlení**

U klientky je analyticko – syntetická činnost na nízké úrovni, složí celek ze čtyř částí. Činnosti nebo vjemy, které na ni měly určitým způsobem vliv, si dokáže zapamatovat dlouhou dobu.

## **Pozornost**

Je krátkodobá, snadno odklonitelná. Reaguje na rušivé vlivy z okolí, kdy už není schopna poté pracovat a soustředit se.

## **Zájmy**

Klientka si nejraději hraje s kostkami, „píše“ dopisy, maluje si a sleduje ostatní klienty i pracovníky při činnosti. Klientka nemá zájem o nabízené aktivity.

## **Řeč**

U klientky převažuje spíše pasivní složka řeči. O své osobě mluví ve třetí osobě. Stále se ptá na odchody a příchody klientů. Písmena nepozná a neumí číst.

## **Motorika**

Při procházkách bývá unavená a zpcená, jde pomalu a ztěžka. Účastní se plavání jedenkrát za 14 dní, pokud má ovšem náladu. V jemné motorice zvládne správný úchop tužky. Při kreslení používá pravou horní končetinu. Částečně vykreslí tvar.

Při stolování používá lžíci.

Sama se svlékne a oblékne (i když je oblečení naruby). Tkaničky si však nezaváže a zip nezapne.

## **Osobní vztahy**

Klientka nezvládá chování hlučných klientů, přičemž je okřikuje, zacpává si uši.

Někdy má klientka sklony k agresí a k projevům autoagrese. (Kouše se, hází předměty kolem sebe,...)

## **Současný stav**

Klientka je mladá žena, silnější postavy. V současnosti jí je 19 let. Domov pro osoby se zdravotním postižením využívá celoročně. Podle jejího sdělení se jí v domově

líbí, i když moc neudrží společenské vztahy. Je spíše tichou pozorovatelkou. Do kolektivu se nikterak zvlášť nezapojuje, ovšem vše, co se děje kolem komentuje.

Mezi její nejoblíbenější aktivity v zařízení patří otevírání vchodových dveří, vítání návštěv a perličkové koupele. Stále se ptá na svou sestru...

### **5.3 KAZUISTIKA Č. 3**

Klient využívá pobytovou službu *chráněného bydlení*.

#### **Osobní anamnéza**

Jde o klienta pana V., kterému je 34 let. Byl u něho diagnostikován hydrocefalus a lehká forma Dětské mozkové obrny. Jako dvouletý prodělal operaci mozku, kdy se stabilizoval hydrocefalus. Slovní zásoba je aktivní. Jeho přístup k životu je velmi pozitivní. Klient chodí do práce na částečný pracovní úvazek. Náplní jeho práce je třídění pošty. Také pracuje v chráněných dílnách, kde tká koberce a vyrábí košíky z proutí. Klient je velmi společenský člověk, zapojuje se do všech nabízených akcí. Pan V. je způsobilý k právním úkonům.

#### **Rodinná anamnéza**

Klient pochází z neúplné rodiny. Rodiče se rozvedli, když byly klientovi 3 roky. Podle slov matky se otec psychicky nevyrovnal s tím, že má postižené dítě. Pan V. má starší sestru, která ovšem bydlí v cizině. Matka bydlí ve stejném městě jako klient, s otcem se klient nestýká.

#### **Sociální anamnéza**

Jako dítě byl pan V. často a velmi nemocen. Matka se v té době starala i o svou nemocnou matku. Péči o postižené dítě a seniorku nezvládala, proto byl klient ve svých deseti letech umístěn do ústavu sociální péče, kdy si ho matka brávala na víkendy domů a navštěvovala ho i přes týden v odpoledních hodinách. Od svých 24 let využívá služby chráněného bydlení. Pan V. a jeho matka se často vzájemně navštěvují.

#### **Školní a pracovní anamnéza**

Klient absolvoval povinnou školní docházku na ZŠ speciální. Nyní pracuje na částečný pracovní úvazek jako „třidič pošty“ místního úřadu. Do své práce dochází

každý den pracovního týdne na 7 hodin ráno. Po skončení pracovní doby se sám dopraví do chráněných dílen, kde tká na stavu a vyrábí košíky z proutí.

### **Vnímání**

#### a) Zrakové

Pan V. nemá absolutně žádné problémy se zrakovým vnímáním.

#### b) Sluchové

Pan V. má cit pro rytmus, často hrává na klavír. Miluje hudbu, a proto je častým návštěvníkem hudebních akcí.

### **Myšlení**

U klienta je analyticko – syntetická činnost myšlení na výborné úrovni. Hraje karty, šachy, hry na počítači.

### **Řeč**

Řeč je u klienta aktivní, slovní zásoba je bohatá.

### **Zájmy**

Klient velmi rád navštěvuje veřejná prostranství, kde si může posedět v kavárně, nebo nakoupit věci pro svou vlastní potřebu. Má rád svou práci, která ho baví. Také často navštěvuje své kamarády z jiného typu pobytových služeb, kdy si je „bere na starost“ a jde s nimi třeba na procházku.

### **Hrubá motorika**

Úroveň hrubé motoriky je na dobré úrovni. Nemá žádný problém s koordinací těla.

### **Současný stav**

Klient je mladý muž, kterému je v současné době 34 let. Je malé, atletické postavy. Chráněné bydlení využívá celoročně. V chráněném bydlení se mu líbí, má zde spoustu kamarádů. Přesto vyřkl přání bydlet v budoucnu v podporovaném bydlení. Nelíbí se mu, že je v chráněném bydlení příliš kontrolován – musí nahlásit kam jde, kdy přijde, své zpoždění při návratu z akce musí ihned hlásit...

Mezi jeho nejoblíbenější aktivity v zařízení patří poslech a pouštění hudby z internetu. Účast na společenských akcích je pro jeho život nezbytností.



## 5.4 KAZUISTIKA Č. 4

Klientka využívá terénní službu *Podpora samostatného bydlení*.

### Osobní anamnéza

Jde o klientku paní Z., které je 59 let. Byl u ní diagnostikován lehký stupeň mentální retardace. Celý život žila paní Z. se svou matkou. Paní Z. je společenská, ovšem má ráda svůj klid. Je pracovitá, svědomitá a přátelská osoba. Pracuje jako uklízečka. Klientka je svéprávná.

### Rodinná anamnéza

Klientka pochází z neúplné rodiny. Když se klientka narodila, její otec byl již ve vyšším věku. V jejích 6 letech otec zemřel. Matka si už nikdy nenašla partnera a žila celý život se svou dcerou.

### Sociální anamnéza

Paní Z. žila pouze se svou matkou, která jí věnovala veškerou péči. Když byla matka klientky v pokročilém věku a začala trpět stařeckou demencí, byly podle slov paní Z. obě ženy umístěny do domova pro seniory. Po smrti matky klientka využila nabídky chráněného bydlení. V chráněném bydlení strávila 5 let života. Před rokem byla vybrána spolu se svou přítelkyní jako adeptka do nově zřízené služby bydlení – a to podpory samostatného bydlení. Nyní paní Z. bydlí se svou kamarádkou v bytě 2+1.

### Školní a pracovní anamnéza

Klientka absolvovala povinnou školní docházku na ZŠ speciální. Dlouhou dobu pracovala jako pomocná síla ve zverimexu. Nyní pracuje jako uklízečka. Denně uklízí v areálu chráněných dílen. Po skončení pracovní doby v chráněných dílnách vyrábí svíčky a vyšívá.

### Vnímání

#### a) Zrakové

Pan Z. nemá absolutně žádné problémy se zrakovým vnímáním.

#### b) Sluchové

Paní Z. sice má cit pro rytmus, ale hudbu spíše nevyhledává.

## **Myšlení**

U klientky je analyticko – syntetická činnost myšlení na výborné úrovni.

## **Řeč**

Řeč je u klientky aktivní, slovní zásoba je bohatá. Občas se objeví výpadek – nemůže si vzpomenout na nějaké slovo.

## **Zájmy**

Klientka velmi ráda vaří. Podle jejích slov v chráněném bydlení neměla dostatečnou možnost naučit se vařit. Proto je ráda, že se ve svém bytě této činnosti může za pomoci asistenta postupně učit. Má ráda, když za ní přijdou kamarádi, které může pohostit, uvařit kávu a může si s nimi popovídat.

## **Hrubá motorika**

Úroveň hrubé motoriky je na dobré úrovni. Nemá žádný problém s koordinací těla.

## **Současný stav**

Klientka je starší žena silnější postavy, které je v současnosti 59 let. Podporované bydlení využívá celoročně. V bytě, který obývá se svou přítelkyní se jí velmi líbí. O bydlení se vyjádřila, že je tam lépe než v chráněném bydlení – má víc soukromí, nemusí tolerovat nepořádné klienty, nemusí se podřizovat řádu.

Mezi její nejoblíbenější aktivity v podporovaném bydlení patří vaření a povídání si s kamarády. Ráda se stará o své rostliny a dívá se na televizi.

## ZÁVĚR

V diplomové práci jsem se zabývala možnostmi bydlení pro mentálně znevýhodněné občany. Z poznatků této práce vyplývá, že existence pobytových a nepobytových sociálních služeb pro mentálně handicapované lidi je nepostradatelná.

V teoretické části práce jsem se zabývala rozvojem sociálních služeb pro mentálně znevýhodněné občany. Od vzniku sociálních služeb uběhlo mnoho sto let. Během této doby se přístup k lidem s mentálním postižením proměňoval a s ním i poskytované služby. Dříve, než došlo k transformaci sociálních služeb, byl přístup k mentálně postiženým klientům pouze medicínský a ošetrovatelský. V naší společnosti převažovala velkokapacitní zařízení, která nebyla schopna poskytnout svým uživatelům individuální podporu. Díky transformaci sociálních služeb došlo ke změně ve vnímání mentálně znevýhodněných uživatelů. Lidé si uvědomili, že velkokapacitní zařízení nejsou pro klienty důstojným bydlením. Otevřeli se nové možnosti a cesty, které byly alternativou k ústavní péči. Vznikaly nové typy služeb jako je domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, denní a týdenní stacionáře, osobní asistence, respitní péče aj.

Co je podstatné, tyto služby se snaží podporovat své klienty na cestě vedoucí k jejich svobodnějšímu životu. Respektují uživateli potřeby, přání, jeho specifika. Uznávají jeho práva. Snaží se pomoci mentálně znevýhodněným lidem a jejich rodinám, aby se stali samostatnějšími, spokojenějšími, šťastnějšími.

Díky Zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, standardům kvality sociálních služeb, registraci sociálních služeb, smlouvě mezi uživatelem a zařízením, mají uživatelé a jejich rodiny záruku, kdy vědí, co mohou očekávat od služeb, které jsou jim poskytovány a od personálu v sociálních službách, se kterým se setkávají. Poskytovatelé mají jistotu, že stejné standardy se vztahují na všechny poskytovatele služeb, a že se jim dostane nezávislého hodnocení úrovně kvality služeb, které poskytují.

Cíle, které jsem si stanovila v úvodu práce se mi podařilo splnit. Definovala jsem sociální služby, které jsem přiblížila čtenáři i z historického hlediska. Popsala jsem proces transformace, kterým sociální služby prošly a stále prochází. Charakterizovala jsem klienty s různým stupněm mentálního postižení. Snažila jsem se podrobně popsat jednotlivé možnosti bydlení pro mentálně znevýhodněné občany.

Nelze však říci, která služba je pro klienty a jejich rodiny ta nejlepší. Všichni klienti jsou jedineční, všichni mají svá specifika, každý pochází z jiného prostředí. Záleží pak na uživateli a jeho rodině pro jakou službu se rozhodne. V závěru teoretické části jsem se snažila nastínit průběh procesu, kterým si projde každý zájemce o pobytovou sociální službu. Jednalo se o proces od prvního kontaktu zájemce se zařízením poskytujícím pobytové sociální služby až po uzavření smlouvy mezi zařízením a uživatelem. V praktické části jsem charakterizovala klienty, kteří bydlí v jednotlivých typech zařízení. Mým cílem nebylo „zaškatalkovat“ klienty do příslušné služby. Samozřejmě vím, že i člověk s těžkým mentálním postižením může bydlet v chráněném bydlení. Záleží na konkrétním zařízení, jaké služby nabízí a jak dobře je „dělá“. Cílem bylo ukázat, jací klienti bydlí v konkrétních typech sociálních služeb ve vybraném zařízení.

Člověk s mentálním znevýhodněním má stejné potřeby jako lidé zdraví. Jednou z hlavních potřeb je i mít místo v životě, bydlet. Je dobré, pokud mentálně handicapovaný člověk bydlí doma se svou rodinou. Ovšem jen za podmínky, pokud jsou všichni spokojení a šťastní. Kdyby tomu tak nebylo, je pro člověka s handicapem i pro jeho rodinu lepší, když využívá některou z možností nabízených pobytových sociálních služeb. Nic nenahradí rodinu, ale pokud poskytovatelé budou provozovat dobrou a kvalitní službu, může její uživatel žít plnohodnotným životem jako kdokoliv jiný.

# SEZNAM LITERATURY A ZDROJŮ

## Monografie

1. BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J. *Světy postižených*. Praha: Avicenum, zdravotnické nakladatelství, 1988.
2. BRUNTHASOVÁ, D., ČERVENKOVÁ, A. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. Praha: VÚPSV, 2004.
3. GOLDMANN, R. *Vybrané kapitoly ze sociálních disciplín*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. s. 80-85. ISBN 80-244-0028-6.
4. HALOVÁ, S. *Postavení stacionářů v systému sociálních služeb*. Olomouc, 2009. Diplomová práce. Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta, Katedra antropologie a zdravotní vědy.
5. HARTL, P. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-803-1.
6. HLADÍK, J., VEJRAŽKA, L. *Hledání 100 let Jedličkova ústavu v Liberci*. Liberec: Občanské sdružení unikátní projekty Smržovka, 2004. ISBN 80-239-4103-8.
7. HRONCOVÁ, J., et al. *Sociální pedagogika a sociální práce*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2001. ISBN 80-8055-476-5.
8. CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: Občanské sdružení Quip – Společnost pro změnu, 2004. ISBN 80-239-4772-9.
9. KAPPL, M., SMUTEK, M. *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. s. 98.
10. KLIMENTOVÁ, E. *Teorie a metody sociální práce III*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2002. ISBN 80-244-0575-X.
11. KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. 1. vyd. s. 17. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-662-7.

12. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. *Zařízení sociální péče pro seniory a zdravotně postižené občany*. 2.vyd. Olomouc: Anag, 2003. ISBN 80-7263-168-3.
13. KREJČÍŘOVÁ, O. *Manuál základních postupů jednání při kontaktu s osobami s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-244-1635-9.
14. KŘIVÁNEK, F. *Ústavní sociální péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČSR, 1981.
15. LABÁTH, V. *Rezidenční starostlivost*. 1.vyd. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. s. 5. ISBN 80-89185-03-7.
16. LEŠKO, L., LEŠKOVÁ, L. Osobná asistencija poskytovaná občanom s ťažkým zdravotným postihnutím ako nástroj podpory ich nezávislého života. In KAPPL, M., SMUTEK, M. *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-716-1.
17. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*, Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178549-0.
18. MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.
19. MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.
20. MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
21. MICHALÍK, J. *Poradenství pro uživatele sociálních služeb*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2007. ISBN 80-903640-9-8.
22. MICHALÍK, J. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Olomouc: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2008. ISBN 80-903658-1-1.
23. MICHALÍK, J. a kol. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. Olomouc: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2008. ISBN 978-80-903658-2-7.

24. MOJŽÍŠOVÁ, A. *Kapitoly sociální práce v praxi*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2008, s. 132. ISBN 978-80-7394-074-4.
25. NOVOSAD, L. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním vyloučením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.
26. PAVLŮ, D. *Kvalita života zdravotně postižených a starších občanů*. Praha: Fakulta tělesné výchovy a sportu Univerzity Karlovy, 1996.
27. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Nakladatelství Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
28. RADA, M. *Chráněné bydlení pro lidi s mentálním postižením*. Blansko: Hnutí Humanitární Pomoci, 2006.
29. SOBEK, J., a kol. *Práce s rizikem v sociálních službách*. Praha: Portus, 2010. ISBN 978-80-254-6889-0.
30. SOTONIAKOVÁ, E. *Teorie a metody sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2005. ISBN 80-7367-118-8.
31. Státní úřad sociálního zabezpečení. *Ústavní sociální péče*. Praha, 1961.
32. ŠIŠKA, J. *Mimořádná dospělost*. Praha: nakladatelství Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.
33. ŠRAMLOVÁ, L. *Etno-socio-kulturní podmínky rozvoje Camphillských zařízení ve světě a v České republice*. Diplomová práce. Filozofická Fakulta Karlovy Univerzity v Praze. Praha, 2005.
34. ŠTĚRBOVÁ, D. *Chráněné bydlení pro lidi s hluchoslepotou: mezinárodní pracovní konference Olomouc, květen 2007*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007. ISBN 978-80-24417622.
35. TOMEŠ, I., a kol. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-483-0.
36. VAVŘÍK, L. *Doprovázení mladých dospělých s mentálním postižením v chráněném bydlení*. Bakalářská práce. Katedra speciální pedagogiky, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého. Olomouc, 2007.

37. VOJNAR, V. *Ústavní sociální péče*. Praha: Institut pro místní správu, 1998.

### **Časopisy a sborníky**

38. ANDOVÁ, L. Co přinášejí alternativy ústavní péče. In *Děti a my*. Praha: Portál, roč. 27, č. 3, s. 22, 1997.
39. FIALA, J. *Jsou ústavy pro osoby s postižením „detenční centra?“* Právní rozhledy, 2007, č.7.
40. MATUŠKA, P. Jednání se zájemcem o službu, smlouva o poskytování sociální služby. In *Sociální práce*, č. 4, 2007. ISSN 1213-6204.
41. MIKULENKOVÁ, H. L'Arche Lambeth Community, aneb jak to chodí v Arše... In *Plus 21*, č. 1, 2003.
42. *Olomoucký rádce nejen pro osoby se zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Statutární město Olomouc, s. 71, 2004.
43. PETROVIČOVÁ, M. Podporované bývanie. In *Informácie ZPMP v SROV*. Bratislava, 2009. ISSN 1335-8197.
44. POGODOVÁ, E. Transformace sociálních služeb a její úskalí v kontextu dnešního společenského klimatu. In VAŠŤATKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P. *Sociální práce v praxi*. Olomouc: Hanex, 2008. ISBN 978-80-7409-016-5.
45. ŠVARCOVÁ, I. Humanizace ústavní péče o lidi s mentálním postižením. In *Sociální politika*, roč. 26, č. 3, 2000. s. 10-12. ISSN 0049-0962.
46. VAŠŤATKOVÁ, J., VYHNÁLKOVÁ, P. *Moderní trendy ve speciální pedagogice s přesahem do sociální sféry*. Olomouc: nakladatelství HANEX, 2008. ISBN 978-80-7409-014-1.

### **Elektronické zdroje**

47. Camphill České Kopisty. *Co je camphill a jak vznikl*. Online. Cit. [29.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.camphill.cz/cz/camphill2.html](http://www.camphill.cz/cz/camphill2.html)>



48. Camphill České Kopisty. *Etno-socio-kulturní podmínky rozvoje camphillských zařízení ve světě a v České republice*. Online. Cit. [29.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.camphill.cz/cz/dpls02b.html](http://www.camphill.cz/cz/dpls02b.html)>
49. *Co je to vlastně chráněné bydlení?* Online. Cit. [10.4. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.cb.cz/diakonie/xaverov/xavind.htm](http://www.cb.cz/diakonie/xaverov/xavind.htm)>
50. Český statistický úřad. *Sociální služby poskytované v zařízeních sociálních služeb v roce 2008*. Online. Cit. [28.2. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/3201-09](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/p/3201-09)>
51. Dobromysl. *Bydlení pro lidi s MP*. Online. Cit. [28.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=37](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=37)>
52. Dobromysl. *Jean Vanier-Cesta k lidství*. Online. Cit. [27.4. 2010]. Dostupné z WWW:<[Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=496](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=496)  
[Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=496](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=496)>
53. Dobromysl. *Kdo může žít ve skupinovém domě?* Online. Cit. [12.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1135](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1135)>
54. Dobromysl. *Proč je potřeba transformovat ústavní péči?* Online. Cit. [14.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1200](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1200)>
55. Dobromysl. *Rozhovor s Marií Černou*. Online. Cit. [28.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1819](http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1819)>
56. Informační portál pro osoby se specifickými potřebami. Online. Cit. [22.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.helpnet.cz/](http://www.helpnet.cz/)>
57. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Bílá kniha v sociálních službách*. Online. Cit. [22.1. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf). >
58. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální*

- začlenění uživatele do společnosti.* Online. Cit. [4.1. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.mpsv.cz/cs/3803](http://www.mpsv.cz/cs/3803)>
59. Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. *Sociální služby.* Online. Cit. [4.1. 2010]. Dostupné z WWW:< [Http://www.mpsv.cz/cs/9](http://www.mpsv.cz/cs/9)>
60. Národní rada osob se zdravotním postižením. *Dokumenty.* Online. Cit. [14.12. 2009]. Dostupné z WWW: <[Http://www.nrzp.cz/dokumenty/](http://www.nrzp.cz/dokumenty/)>
61. *Philippe Pinel.* Online. Cit. [6.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://cs.wikipedia.org/wiki/Philippe\\_Pinel](http://cs.wikipedia.org/wiki/Philippe_Pinel)>
62. Poradna pro uživatele sociálních služeb. *Vzorové smlouvy.* Online. Cit. [18.1. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://poradnaprouzivatele.cz/dokumenty-vzorove-smlouvy.php](http://poradnaprouzivatele.cz/dokumenty-vzorove-smlouvy.php)>
63. *Proč reforma opatrovnictví.* Online. Cit. [13.3. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.reformaopatrovnictvi.cz/uvod/proc-reforma-opatrovnictvi-13.html](http://www.reformaopatrovnictvi.cz/uvod/proc-reforma-opatrovnictvi-13.html)>
64. Registr poskytovatelů sociálních služeb. Dostupné z WWW: <[Http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION\\_ID=1257016780314\\_140](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1257016780314_140)>
65. Sdružení QUIP. *Proč je třeba ústavní péči transformovat.* Online. Cit. [2.1. 2010]. Dostupné z WWW:<[Http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstituci-onalizace.html](http://www.kvalitavpraxi.cz/deinstituci-onalizace.html)>
66. Společnost DUHA. *O společnosti Duha.* Online. Cit. [1.5. 2010]. Dostupné z WWW: <<http://www.spolecnostduha.cz/ospolecnostduha.html>>
67. TOMEŠOVÁ, I. *Standardy kvality sociálních služeb.* Online. Cit. [12.5. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://www.krustecky.cz/VismoOnline\\_ActionScripts/File.aspx?](http://www.krustecky.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.aspx?) >
68. *Úmluva Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením.* Dostupné z WWW: <<http://dobravec.blogspot.com/2007/09/mluva-osn-o-prvech-osob-se-zdravotnm.html>>

69. Veřejný ochránce práv. *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením*. Online. Cit. [12.11. 2009]. Dostupné z WWW: <[Http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2009/zjisteni-z-navstev-zarizeni-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim/](http://www.ochrance.cz/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2009/zjisteni-z-navstev-zarizeni-pro-osoby-s-mentalnim-postizenim/)>
70. Wolf Wolfensberger. Online. Cit. [2.2. 2010]. Dostupné z WWW: <[Http://en.wikipedia.org/wiki/Wolf\\_Wolfensberger](http://en.wikipedia.org/wiki/Wolf_Wolfensberger)>

## **Zákony, vyhlášky, strategické dokumenty**

71. *Kvalita sociálních služeb v domech pro občany se zdravotním postižením*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2001. s. 19. ISBN 80-86552-03-9.
72. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2007.
73. Pokyn ředitele č. XVI./2009, kterým se stanoví postup při přijímání a propouštění klienta v Centru sociálních služeb – Klíč.
74. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách.
75. Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí Zákon o sociálním zabezpečení.
76. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.
77. Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

## Seznam grafů a tabulek

1. Tabulka č.1.....	18
2. Graf č.1.....	54
3. Graf č.2.....	55
4. Graf č.3.....	58
5. Graf č.4.....	59
6. Graf č.5.....	64
7. Graf č.6.....	65
8. Graf č.7.....	69
9. Graf č.8.....	72

# Přílohy

## Příloha č. 1

### STANDARDY KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Standardy kvality sociálních služeb doporučené MPSV od roku 2002 se staly právním předpisem závazným od 1.1.2007. Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění. Standardů kvality je 15 a dělí se na provozní, procesuální a personální.

#### 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována.

b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace.

c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje.

d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby. Podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje.

#### 2. Ochrana práv osob

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

### **3. Jednání se zájemcem o sociální službu**

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby.

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

### **4. Smlouva o poskytování sociální služby**

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy.

c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby.

### **5. Individuální plánování průběhu sociální služby**

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby.

c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle.

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance.

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám.

## **6. Dokumentace o poskytování sociální služby**

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby.

c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

## **7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby**

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele.

c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě

d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

## **8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje**

a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat .

b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejích individuálně určených potřeb.

c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj.

## **9. Personální a organizační zajištění sociální služby**

a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 Zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována.

b) Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců; kritérium není zásadní.

c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

## **10. Profesionální rozvoj zaměstnanců**

a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace.

b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje.



c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje.

d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje, kritérium není zásadní.

e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

### **11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby**

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.

### **12. Informovanost o poskytované sociální službě**

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

### **13. Prostředí a podmínky**

a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob.

b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

### **14. Nouzové a havarijní situace**

a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení.

b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít.

c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

## 15. Zvyšování kvality sociální služby

a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob.

b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby.

d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

## Příloha č. 2

### PROCES VYTVÁŘENÍ STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- **90 léta:** Diskuse o pojmu „sociální služby“, jejich podobě – konkrétní aktivity hlavně v neziskovém sektoru apod.;
- **1999:** Sociální konference konaná na Magistrátu hl. m. Prahy: zahájení reformy sociálních služeb;
- **1999:** Výzkumný ústav práce a sociálních věcí vypsál úkol s cílem definovat podobu sociálních služeb; byl přijat výstup Komory sociálních pracovníků, který se zaměřil na procesy, které definují sociální službu;
- **1999 - 2000:** MPSV realizuje s Národním vzdělávacím fondem „Projekt vytvoření minimálních standardů pro jednotlivé komplexy sociálních služeb“;
- **2001:** Zahájení přípravy „registračních standardů“ – konzultační proces o míře obecnosti standardů a hodnocení kvality → závěr: obecné standardy společné pro všechny typy služeb;
- **2002:** Výstup: zveřejnění tzv. národní standardy sociálních služeb.<sup>172</sup>

---

<sup>172</sup>TOMEŠOVÁ, I. Standardy kvality sociálních služeb. Online. Cit. [12.5. 2010]. Dostupné na: < [http://www.kr-ustecky.cz/VismoOnline\\_ActionScripts/File.aspx?](http://www.kr-ustecky.cz/VismoOnline_ActionScripts/File.aspx?) >

## **Příloha č. 3**

### **PODMÍNKY NÁROKU NA PŘÍSPĚVEK NA PÉČI A JEHO VÝŠE**

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění.

Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.

O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

#### **Typy závislosti:**

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 5 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

*Při posuzování péče o vlastní osobu pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:*

- příprava stravy, podávání, porcování stravy, přijímání stravy, dodržování pitného režimu, mytí těla, koupání nebo sprchování, péče o ústa, vlasy, nehty, holení, výkon fyziologické potřeby včetně hygieny, vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh, sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě, stání, schopnost vydržet stát, přemisťování předmětů denní potřeby, chůze po rovině, chůze po schodech nahoru a dolů, výběr oblečení, rozpoznání jeho správného vrstvení, oblékání, svlékání, obouvání, zouvání, orientace v přirozeném prostředí, provedení si jednoduchého ošetření, dodržování léčebného režimu.

*Při posuzování soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti se hodnotí schopnost zvládat tyto úkony:*

- komunikace slovní, písemná, neverbální, orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí, nakládání s penězi nebo jinými cennostmi, obstarávání osobních záležitostí, uspořádání času, plánování života, zapojení se do sociálních aktivit odpovídajících věku, obstarávání si potravin a běžných předmětů (nakupování), vaření, ohřívání jednoduchého jídla, mytí nádobí, běžný úklid v domácnosti, péče o prádlo, přepírání drobného prádla, péče o lůžko, obsluha běžných domácích spotřebičů, manipulace s kohouty a vypínači, manipulace se zámky, otevírání, zavírání oken a dveří, udržování pořádku v domácnosti, nakládání s odpady, další jednoduché úkony spojené s chodem a udržováním domácnosti.

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

- a) 3 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 5 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 9 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

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

- a) 2 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),

c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),

d) 11 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Nárok na výplatu příspěvku nebo jeho části zaniká uplynutím 1 roku ode dne, od kterého příspěvek nebo jeho část náleží. Tato lhůta neplatí po dobu řízení o příspěvku.

## **Příloha č. 4**

### **VZOR ŽÁDOSTI O POSKYTNUTÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBY**

#### **Žádost o poskytnutí sociální služby**

##### **I. Zájemce o službu (jméno a příjmení):**

Datum narození: \_\_\_\_\_ místo: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliště (včetně PSČ): \_\_\_\_\_

Kontaktní adresa v případě, že není shodná s adresou trvalého bydliště: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E - mail: \_\_\_\_\_

Státní příslušnost: \_\_\_\_\_

národnost: \_\_\_\_\_

rodinný stav: \_\_\_\_\_

Příspěvek na péči: \_\_\_\_\_

##### **II. Zákonný zástupce, opatrovník**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ příbuzenský poměr: \_\_\_\_\_ rok narození: \_\_\_\_\_ tel. kontakt, e-mail:  
adresa: \_\_\_\_\_

##### **III. Další kontaktní osoby**

Jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ příbuzenský poměr: \_\_\_\_\_ adresa: \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

kontakt, e-mail: \_\_\_\_\_

#### IV. Plnění povinné školní docházky zájemce o službu - dítěte

a) bylo dítě osvobozeno od povinné školní docházky?

.....  
.....

b) v jakém období (příp. do kdy) bylo dítě osvobozeno od povinné školní docházky?

.....  
.....

c) jaký typ školy (školského zařízení) dítě navštěvuje (navštěvovalo)?

.....  
.....

#### V. Dosažené vzdělání a zaměstnání dospělého zájemce o službu

.....  
.....

#### VI. Je zájemci poskytována jiná sociální služba (např. dovoz obědů, osobní asistence apod.)?

.....  
.....

#### VII. Potřeby a očekávání zájemce o službu

.....  
.....  
.....

#### VIII. O jaký typ služby má žadatel zájem? (označte křížkem)

týdenní stacionář

chráněné bydlení

domov pro osoby se zdravotním postižením

podpora samostatného bydlení

Prohlašuji, že veškeré údaje v této žádosti jsem uvedl(a) pravdivě.

Souhlasím s uchováváním osobních údajů uvedených v žádosti a jejích přílohách pro účely řízení o přijetí do zařízení., ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění.

Datum a podpis<sup>173</sup> .....

---

<sup>173</sup> Pozn.: Je-li zájemce zbaven způsobilosti k právním úkonům, podepisuje žádost soudem ustanovený opatrovník. V tomto případě opatrovník k žádosti přiloží rozsudek soudu o zbavení (omezení) způsobilosti k právním úkonům a usnesení o ustanovení opatrovníka.

# VYJÁDRĚNÍ PRAKTICKÉHO LÉKAŘE o zdravotním stavu zájemce o poskytnutí sociální služby

## 1. Zájemce

---

_____	příjmení	_____	rodné u žen	_____	jméno
-------	----------	-------	-------------	-------	-------

narozen

---

____	den, měsíc, rok	_____	rodné číslo
------	-----------------	-------	-------------

bydliště

---

____	obec	_____	ulice	_____	číslo	_____	PSČ
------	------	-------	-------	-------	-------	-------	-----

---

## 2. Anamnéza (rodinná, osobní, pracovní):

---

## 3. Objektivní nález:

**Alergie:**

---

## 4. Duševní stav:

**Alkoholismus:** ANO NE \*)

**Agresivita:** ANO NE \*)

---

## 5. Souhrn diagnóz:

- 6. Přílohy:** a) U tbc onemocnění (i v anamnéze) musí být vyjádření specializovaného ZZ pro léčbu tuberkulózy.  
 b) Kopie posledních zpráv odborných ošetřujících lékařů,  
 c) Potvrzení o bezinfekčnosti (HBSAg, AIDS atd.),  
 d) Jiné důležité informace o zdravotním stavu (rtg, laboratoř, apod.).

\*) Nehodící se škrtněte

## vyjádření PRAKTICKÉHO LÉKAŘE 2.část

Zájemce \_\_\_\_\_

	příjmení	jméno	datum narození
<b>7. Sebeobsluha:</b>			
a) je upoután trvale – převážně *) na lůžko			ANO NE *)
b) je schopen sám vstávat z lůžka, uléhat, měnit polohu			ANO NE *)
c) je schopen sám sedět, vydržet v poloze v sedě			ANO NE *)
d) je schopen sám stát, vydržet stát			ANO NE *)
e) je schopen chůze bez pomoci jiné osoby			ANO NE *)
f) je schopen chůze s pomocí hole *) berle jedné – dvou *) chodítka *)			ANO NE *)
g) pohybuje se na invalidním vozíku			ANO NE *) sám – s pomocí druhé osoby *)
h) je schopen orientace v přirozeném prostředí:			ANO NE *)
i) je schopen sám			ANO NE *)
• rozlišit druhy potravin a nápojů a vybrat si			ANO NE *)
• vybalit potraviny, otevírat nápoje			ANO NE *)
• podat si a porcovat si stravu			ANO NE *)
• konzumovat stravu			ANO NE *)
• konzumovat nápoje			ANO NE *)
• mýt si ruce, obličej, utřít se			ANO NE *)
• se vykoupat či sprchovat			ANO NE *)
• péče o ústa, vlasy, nehty			ANO NE *)
• výkonu fyziologické potřeby vč. hygieny			ANO NE *) pomočuje se: trvale
ANO		NE *)	
			občas
ANO		NE *)	
			v noci
ANO		NE *)	
• přemisťovat předměty denní potřeby			ANO NE *)
• vybrat si oblečení, rozpoznat jeho správné vrstvení			ANO NE *)
• se obléci, svléci			ANO NE *)
• se obout, zout			ANO NE *)
j) potřebuje lékařskou péči – trvale – občas *)			ANO NE *)



k) je zcela odkázán na péči druhé osoby ANO NE \*)

l) je v péči specializovaného oddělení zdravotnického zařízení – kterého:

m) potřebuje zvláštní péči – jakou:

---

**8. Jiné údaje:**

Dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 podpis vyšetřujícího lékaře

\_\_\_\_\_   
 razítko ZZ

---

**9. Vyjádření smluvního lékaře zařízení o vhodnosti přijetí** (zájemce netrpí kontraindikací dle § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách):

Dne \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
 podpis vyšetřujícího lékaře

---

\*) Nehodící se škrtněte

## Příloha č. 5

### VZOR SMLOUVY O POSKYTNUTÍ POBYTOVÉ SOCIÁLNÍ SLUŽBY

#### Smlouva o poskytnutí sociální služby

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

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

zastoupený(á)

a

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

v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tuto

#### **smlouvu o poskytnutí osobní asistence podle § 39 cit. zák.**

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

#### **I.**

#### **Rozsah poskytování sociální služby**

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

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

*Varianta:*

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

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

*Varianty:*

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

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

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

## **II.**

### **Místo a čas poskytování sociální služby**

(1) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují na území celé ČR.

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

*Varianta 1:*

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

*Varianta 2:*

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

*Varianta 3:*

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

### **III.**

#### **Výše úhrady za sociální službu a způsob jejího placení**

(1) Osoba je povinna zaplatit úhradu za jednu hodinu poskytování sociální služby v částce ..... ,- Kč.

(2) Činnosti sjednané v čl. I odst. 2 Smlouvy jako fakultativní se poskytují za úhradu nákladů těchto služeb podle vnitřních pravidel Poskytovatele.

(3) Poskytovatel je povinen předložit Osobě vyúčtování úhrady podle odstavců 1 a 2 za kalendářní měsíc, a to nejpozději do .....

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

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

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

*Varianta 2:*

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

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

*Varianta 1:*

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

*Varianta 2:*

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

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

#### **IV.**

##### **Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociální služby**

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

#### **V.**

##### **Výpovědní důvody a výpovědní lhůty**

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

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

- a) jestliže Osoba hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze Smlouvy. Za hrubé porušení Smlouvy se považuje zejména nezaplacení úhrady za poskytnutí sociální služby za dobu delší než .....,
- b) jestliže Osoba i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti, které jí vyplývají z vnitřních pravidel Poskytovatele pro poskytování sociální služby osobní asistence,
- c) jestliže se Osoba chová k asistentovi způsobem, jehož záměr nebo důsledek vede ke snížení důstojnosti fyzické osoby nebo k vytváření nepřátelského, ponižujícího nebo zneklidňujícího prostředí.
- (3) Výpovědní lhůta pro výpověď danou Poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 tohoto článku činí ..... dní (*týdnů, měsíců*) a počíná běžet prvním dnem následujícím po dni, v němž byla tato výpověď Osobě doručena.

## **VI.**

### **Doba platnosti smlouvy**

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

*Varianta:*

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

## **VII.**

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

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

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

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

V ..... dne.....

.....

(podpis Osoby)

.....

(podpis Poskytovatele)

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Petra Kormanová
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	PhDr. Ivana Knausová, PhD.
<b>Rok obhajoby:</b>	2010

<b>Název práce:</b>	Možnosti ústavního a neústavního typu bydlení pro mentálně znevýhodněné občany v moderní společnosti
<b>Název v angličtině:</b>	Modalities of institutional and non-institutional housing for mentally disabled citizens in contemporary society
<b>Anotace práce:</b>	<p>Diplomová práce je zaměřena na konkrétní možnosti bydlení pro mentálně znevýhodněné občany. Pojednává o vývoji sociálních služeb pro handicapované. Analyzuje mentálně znevýhodněného klienta z pohledu jeho postižení a také v kontextu sociálních služeb. Popsán je i proces uzavření smlouvy mezi žadatelem a zařízením poskytujícím pobytové sociální služby.</p> <p>V praktické části jsou uvedeny čtyři případové studie klientů, kteří bydlí v konkrétních typech bydlení pro mentálně znevýhodněné.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Sociální služby, klient/uživatel, domov pro osoby se zdravotním postižením, týdenní stacionář, chráněné bydlení, osobní asistence, podpora samostatného bydlení, domácí péče, smlouva.
<b>Anotace v angličtině:</b>	<p>Diploma thesis is focused on the options of housing for mentally disadvantaged citizens. It discusses the development social services for disabled people. It analyzes client - his handicap and his situation in social services. There is described process of contract issue between the client and institution.</p> <p>In the practical part of diploma thesis are described four case studies of clients, who are living in concrete modalities of housing for mentally disabled citizens.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Social services, client/customer, housing for disability citizens, weekly social welfare institution, sheltered housing, personal assistance, support independent living, home care, contract.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Standardy kvality sociálních služeb.</li><li>2. Proces vytváření standardů kvality.</li><li>3. Podmínky nároku na příspěvek na péči a výše příspěvku na péči.</li><li>4. Vzor žádosti o poskytnutí sociální služby.</li><li>5. Vzor smlouvy o poskytnutí sociální služby.</li></ol>
<b>Rozsah práce:</b>	s. 100, 20s. příloh
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk