

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI  
FILOZOFICKÁ FAKULTA**

**KATEDRA SOCIOLOGIE A ANDRAGOGIKY**

**BAKALÁŘSKÁ DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**POTŘEBNOST SPECIFICKÉ PODPORY  
POSKYTOVANÉ LIDEM S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM  
V OBLASTI ZAMĚSTNÁNÍ**

**THE NEED OF SUPPORT IN EMPLOYMENT AREA FOR  
PEOPLE WITH SERIOUS MENTAL ILLNESS**

**PAVLÍNA RŮŽIČKOVÁ**

**VEDOUCÍ PRÁCE: Mgr. PAVEL ŘÍČAN**

**OLOMOUC 2011**

### **Autorské prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

V Pelhřimově dne 15. 3. 2011

---

Pavčina Růžičková

## **ANOTACE**

V této bakalářské práci je sledována míra využití jednotlivých služeb v oblasti zaměstnání a kombinace těchto forem podpory u lidí se závažným duševním onemocněním. Cílem je potvrdit hypotézu, že nejméně polovina uživatelů se v průběhu čerpání služeb vrací k intenzivnější míře podpory. Studována je trajektorie čerpání podpory u jednotlivých uživatelů služeb FOKUSu Vysočina v období od roku 2006 do roku 2010. Z výsledků zkoumání jsou zřejmé nejčastěji užívané kombinace služeb a návaznost konkrétních druhů podpory na uplatnění na trhu práce. Je vyvozena typologie mobility uživatelů v programech zaměřených na oblast zaměstnání.

**Klíčová slova:** závažné duševní onemocnění, podpora v oblasti zaměstnání, chráněné dílny, uplatnění na otevřeném trhu práce.

## **ANNOTATION**

This thesis is concerned with the frequency of employment services usage and with the prevalence of combination of specific forms of support between people with serious mental illness. The aim is to verify the hypothesis that at least half of users of services go back to more intensive form of service. Trajectories of service usage in concrete users of services provided by FOKUS Vysočina in a period between 2006 and 2010 come under study. Results show obviously most frequently used service combinations and the connection between specific support and success on labor market. Finally the typology of user's mobility in supportive employment programmes is deduced.

**Keywords:** serious mental illness, support in employment, sheltered workshops, labor market.

# OBSAH

ÚVOD .....	8
1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ .....	9
1.1 Duševní nemoc jako problém rostoucího významu.....	9
1.2 Duševní nemoc z pohledu lékařské vědy.....	12
1.2.1 Vymezení okruhu psychóz .....	12
1.2.2 Charakteristika stěžejních diagnóz .....	13
1.3 Sociální dimenze duševní nemoci .....	17
2 STIGMA A DISKRIMINACE .....	19
3 PRÁVO A POTŘEBA PRACOVAT .....	21
4 TRH PRÁCE.....	23
5 LEGISLATIVA VE VZTAHU K ZAMĚSTNÁNÍ.....	24
5.1 Invalidita a pokles pracovní schopnosti.....	25
5.2 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením .....	25
6 SYSTÉM SLUŽEB VE FOKUSU VYSOČINA.....	29
6.1 Sociálně terapeutická dílna .....	32
6.2 Chráněná dílna .....	33
6.3 Job klub.....	34
6.4 Přejížděné zaměstnávání.....	35
6.5 Podporované zaměstnávání .....	38
7 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ.....	42
7.1 Cíle šetření .....	43
7.2 Metody a techniky zkoumání.....	44
7.3 Analýza dat souboru .....	44
7.4 Nejčastěji užívané kombinace forem podpory .....	52
7.5 Typologie uživatelů služeb .....	58
7.6 Souhrn výsledků empirického šetření.....	63
ZÁVĚR.....	65
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	67
PŘÍLOHA	

## Seznam grafů

Graf č. 1 Systém forem podpory směřující k uplatnění na otevřeném trhu práce .....	31
Graf č. 2 Nabídka služeb FOKUSu Vysočina v oblasti zaměstnávání .....	32
Graf č. 3 Zastoupení pohlaví uživatelů služeb .....	45
Graf č. 4 Počet uživatelů jednotlivých služeb v letech 2006 – 2010.....	46
Graf č. 5 Členění podle počtu využitých služeb jedním uživatelem .....	47
Graf č. 6 Zastoupení formy podpory při čerpání výhradně jednoho typu služby.....	48
Graf č. 7 Počet uplatněných na trhu práce z celkového počtu uživatelů.....	50
Graf č. 8 Formy podpory a vazba na uplatnění na otevřeném trhu práce ....	51
Graf č. 9 Uplatnění uživatelé na trhu práce v souvislosti s množstvím čerpaných služeb .....	52
Graf č. 10 Návrat uživatelů k intenzivnější míře podpory v procentech.....	57
Graf č. 11 Počet uživatelů v jednotlivých typech.....	62

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Zastoupení pohlaví a průměrný věk při čerpání výhradně jednoho typu podpory.....	49
Tabulka č. 2 Zastoupení pohlaví a průměrný věk při čerpání více forem podpory.....	49
Tabulka č. 3 Čerpaná podpora s vazbou na uplatnění na trh práce.....	50
Tabulka č. 4 Trajektorie uživatele dvou forem podpory - sociálně terapeutická dílna a chráněná dílna .....	53
Tabulka č. 5 Trajektorie uživatele dvou forem podpory - chráněná dílna a sociálně terapeutická dílna .....	53
Tabulka č. 6 Trajektorie uživatele dvou forem podpory – chráněná dílna a podporované zaměstnávání s výsledkem uplatnění na otevřeném trhu práce .....	54
Tabulka č. 7 Trajektorie uživatele dvou forem podpory - chráněná dílna a opakovaně podporované zaměstnávání .....	54
Tabulka č. 8 Trajektorie uživatele dvou forem podpory – podporované zaměstnávání a přechodné zaměstnávání .....	54
Tabulka č. 9 Trajektorie uživatele tří forem podpory - chráněná dílna, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání .....	55
Tabulka č. 10 Trajektorie uživatele tří forem podpory – job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání.....	55
Tabulka č. 11 Trajektorie uživatele tří forem podpory – sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna a job klub .....	55
Tabulka č. 12 Trajektorie uživatele čtyř forem podpory – chráněná dílna, job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání .....	56
Tabulka č. 13 Trajektorie uživatele čtyř forem podpory – sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna, job klub a podporované zaměstnávání .....	56
Tabulka č. 14 Vliv nemoci na průběh čerpání služeb .....	57
Tabulka č. 15 Konzervativní typ – příklady trajektorií .....	59
Tabulka č. 16 Limitovaný typ – příklady trajektorií .....	60
Tabulka č. 17 Experimentující typ – příklady trajektorií .....	60

Tabulka č. 18 Hrdý typ – příklady trajektorií.....	61
Tabulka č. 19 Vítězný typ – příklady trajektorií. ....	62

## ÚVOD

Pracuji v organizaci, která poskytuje služby sociální rehabilitace především cílové skupině lidí s duševním onemocněním. Posláním široké nabídky služeb je podporovat tyto osoby v různých životních oblastech. Lidé s duševním onemocněním se potýkají s mnoha problémy a jejich omezení v každodenním fungování mají trvalejší charakter. Psychiatrické onemocnění a nepříznivé okolnosti jako dlouhodobý pobyt v psychiatrickém zařízení, absence sociální podpory a sociální bariéry v podobě stigmatizace, nedosažitelných sociálních rolí a neprůhledných pravidel ve výsledku vedou často k závažným nedostatkům v řadě životních oblastí.<sup>1</sup> Podpora lidí s duševním onemocněním vykazuje potřebu specifických postupů, které se mnohdy neshodují s potřebami jiných cílových skupin a to jak v možnostech naplňování vlastních potřeb, tak i v systému čerpání jednotlivých forem podpory. Příkladem jsou služby zaměřené na oblast zaměstnání, jejichž systém postupně se snižující podpory spočívá ve zvyšování a nábídku dovedností směřujících ke konečným změnám, které pomohou lidem nalézt práci a udržet se v ní. Pro člověka s duševním onemocněním je práce stejně důležitá jako pro člověka s jakýmkoli jiným zdravotním omezením. Charakter jeho nemoci ale zpravidla znemožňuje dodržet nabízený systém postupně se zmírňující podpory a dojít tak trvalého výsledného efektu. Praxe ukazuje, že se lidé s duševním onemocněním často vrací ke službám s vyšší intenzitou podpory a opakovaně čerpají stejné služby. Cílem mé bakalářské práce je zjistit, jaké kombinace forem podpory v oblasti zaměstnání lidé s duševním onemocněním nejčastěji volí a potvrdit nebo vyvrátit hypotézu, že nejméně 50 % lidí s duševním onemocněním se vrací k intenzivnější míře podpory. Dalším cílem je z výsledků opakujících se vzorců v trajektoriích uživatelů vyvodit typologii uživatelů čerpajících podporu v oblasti zaměstnání.

---

<sup>1</sup> Pěč, O., Probstová, V. a kol. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 16.



# 1 DUŠEVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Výzkumy ukazují, že životní podmínky a sociální pozice lidí s duševním onemocněním jsou ovlivňovány řadou nepříznivých faktorů, přitom mají většinou stejná přání a cíle jako ostatní občané: dobré zdraví, pohodlné bydlení, dobré vztahy s rodinou a partnerem, skutečnou práci a smysluplný denní program, opravdové přátele, sebeúctu, uznání druhých a osobní rozvoj.<sup>2</sup> Duševní nemoc však staví člověka na cestě životem rozličné překážky, z nichž některé mnohdy může zvládnout pouze s podporou svého okolí.

V této bakalářské práci sleduji cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním a z toho důvodu považuji za důležité popsat charakteristické znaky jejich onemocnění a specifické problémy, které je v jejich nemoci provázejí.

V teoretické části práce rozliším tři roviny pohledu na duševní nemoc. V první řadě zmíním širší rámec pohledu ze strany společnosti, četnost výskytu a některé sociologické aspekty duševní nemoci. Druhou rovinou bude pohled na duševní onemocnění z lékařského hlediska, charakteristika stěžejních psychiatrických diagnóz, jejich příznaky a symptomatologie. Třetí rovina představí sociální dimenze duševního onemocnění, především jeho důsledky pro každodenní život.

## 1.1 Duševní nemoc jako problém rostoucího významu

V současné době dochází vlivem měnícího se stylu života k nárůstu počtu lidí s duševními poruchami. Stále více jedinců nezvládá zátěž nejistoty a psychických stresů, které s sebou nese konkurenční boj a potřebuje odbornou pomoc. Předpokládá se, že za několik let budou psychické

---

<sup>2</sup> Pěč, O., Probstová, V. a kol. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 16.

poruchy výraznou příčinou ekonomické zátěže obyvatelstva.<sup>3</sup> Z obecného hlediska duševní nemoci ovlivňují celou řadu oblastí. Zdravotní rozměr duševních nemocí má přímou souvislost s vlivem na prosperitu a produktivitu nejenom postižených jedinců, ale i celé společnosti. Podle údajů WHO patří duševní poruchy mezi nejčastější příčiny pracovní neschopnosti (z prvních deseti vyjmenovaných příčin pět představují psychiatrické diagnózy) s odůvodněním výskytu v produktivním věku, s poukázáním na dlouhodobé hospitalizace, pracovní neschopnost, sociální selhávání a zvyšování počtu vyměřených invalidních důchodů.<sup>4</sup>

V Zelené knize je uveden odhad, že alespoň jednou z duševních poruch trpí v časovém rozmezí jednoho roku více než 27 % Evropanů dospělého věku. Takto vysoké číslo se vztahuje na všechny duševní poruchy včetně neuróz, závislostí a poruch chování, jeho procentuální výše je přesto zarážející. Duševní nemoci tak nepříznivě ovlivňují jednoho ze čtyř obyvatel Evropské unie a mohou vést k sebevraždám, přičemž v EU v současnosti každoročně umírá v důsledku sebevražd zhruba 58 000 občanů. Mezi nejrozšířenější duševní poruchy jsou řazeny deprese a očekává se, že do roku 2020 se deprese stane nejvýznamnější příčinou nemocí v rozvinutém světě. Duševní poruchy jsou v EU také nejčastěji uváděným důvodem předčasného odchodu do důchodu a invalidního důchodu. Ročně činí náklady související s duševními nemocemi 3 % až 4 % z HDP a to především v důsledku ztráty produktivity. Je tedy zřejmé, že duševní nemoci způsobují četné náklady, ztráty a zátěž občanů a společenských uspořádání.<sup>5</sup>

Zajímavé statistické údaje z České republiky přináší ve sborníku k 15 letům občanského sdružení *Péče o duševní zdraví* Filip Španiel, který uvádí, že průměrná délka pobytu v lůžkovém zařízení překračuje u psychotických

---

<sup>3</sup> Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 36.

<sup>4</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 10.

<sup>5</sup> Komise evropských společenství. *Zelená kniha. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii*. Brusel: 2005, s. 4. Dostupné na < [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005\\_0484cs01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf) > ze dne 19. 12. 2010.

onemocnění sto dnů. Vysokým počtem ošetrovacích dnů drží psychiatrické hospitalizace smutné prvenství nad všemi obory medicíny s nejvyššími náklady na jeden hospitalizační případ. V letech 2001 – 2004 představovaly průměrné roční náklady na psychiatrickou lůžkovou péči v České republice u diagnostické skupiny psychóz (dle MKN-10 jde o F20-29) 1 200 000 000 Kč.<sup>6</sup>

Komise evropských společenství hovoří také o problému solidarity a sociální spravedlnosti, o chování společnosti k lidem s duševním onemocněním a o vzrůstající potřebě zabývat se touto oblastí. „Navzdory zlepšení možností léčby a pozitivnímu vývoji v oblasti psychiatrické péče se duševně nemocní nebo lidé s duševním postižením střetávají i nadále s vyloučením ze společnosti, stigmatizací, diskriminací nebo nedodržováním základních lidských práv a nerespektováním jejich důstojnosti.“<sup>7</sup>

V současné době roste vnímání duševní nemoci jako problému a jsou hledány strategie vedoucí k posílení a podpoře duševního zdraví. Komise evropských společenství v Zelené knize navrhuje, aby vedle podpory duševního zdraví všech lidí a preventivních opatření v boji proti duševním nemocem, byla strategie zaměřena také na zlepšení kvality života duševně nemocných a lidí s duševním postižením prostřednictvím zařazení do společnosti a ochrany jejich práv a důstojnosti.<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> Hejzlar, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii... Sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. 1. vyd., Pardubice: Theo, 2010, s. 116.

<sup>7</sup> Komise evropských společenství. *Zelená kniha. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii*. Brusel: 2005, s. 5. Dostupné na < [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005\\_0484cs01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf) > ze dne 19. 12. 2010.

<sup>8</sup> Komise evropských společenství. *Zelená kniha. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii*. Brusel: 2005, s. 7 a 8. Dostupné na < [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005\\_0484cs01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf) > ze dne 28. 12. 2010.

## 1.2 Duševní nemoc z pohledu lékařské vědy

„Duševní poruchu diagnostikujeme podle skupiny znaků a příznaků, které se vyskytují společně, jsou vydělitelné od ostatních a nemohou reprezentovat jinou nemoc.“<sup>9</sup> Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených problémů (MKN-10) jsou veškeré diagnózy duševních poruch a poruch chování označovány F00 – F99.<sup>10</sup>

Lidé se závažnými psychickými poruchami představují heterogenní skupinu. Psychiatrické poruchy, jimiž trpí, jsou rozmanité. Vedle schizofrenie a příbuzných psychických poruch se jedná o závažné afektivní poruchy (deprese, úzkost, bipolární poruchy), organické poruchy, poruchy osobnosti, poruchy aktivity a pozornosti, závažné poruchy závislosti a jejich kombinace.<sup>11</sup> Akutní projevy duševního onemocnění mají povětšinou omezenou dobu trvání a pro fungování a adaptaci často nepředstavují takovou zátěž, jako trvalejší změny psychiky. Pro mnohé klienty se tak stává nejtěžším každodenní boj s dlouhodobými poruchami kognitivních funkcí, pozornosti a emocí. Závažné jsou poruchy v oblasti sebeprožívání, poruchy vztahování se k lidem a právě tyto potíže mohou vyústit v částečnou či úplnou ztrátu schopnosti pracovat.<sup>12</sup>

Pro účely této bakalářské práce se blíže věnuji popisu onemocnění psychotického okruhu, protože právě lidé převážně s takto stanovenými diagnózami tvoří cílovou skupinu pro empirické šetření.

### 1.2.1 Vymezení okruhu psychóz

Psychóza je obecným sběrným pojmem. Za hlavní příznaky psychotického onemocnění lze považovat dezintegraci funkcí já. V důsledku takového

---

<sup>9</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 43.

<sup>10</sup> *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Desátá revize. Tabelární část. Praha: BOMTON agency, 2008, s. 29. Dostupné na <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>> ze dne 20. 12. 2010.

<sup>11</sup> Pěč, O., Probstová, V. a kol. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 15

<sup>12</sup> Matoušek, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005, s. 148.

rozkladu dochází ke ztrátě testování reality, tedy odlišení toho, co přichází zevnitř a co je percepce vnějšího světa.<sup>13</sup> Objevují se proto psychopatologické fenomény jako halucinace (nereálné vnímání) a bludy (změny myšlenkového procesu s nereálným a nevývratným obsahem).<sup>14</sup> Jedním z nejzávažnějších onemocnění psychotického okruhu je schizofrenie charakterizovaná právě bludy, halucinacemi a dezorganizovaným slovním projevem a chováním, poruchou vnímání reality.<sup>15</sup>

Práce s lidmi s psychotickým onemocněním je složitá, klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístup. Je třeba orientovat se v základní psychopatologii duševní nemoci a brát ji při jednání s klientem s psychotickým onemocněním v úvahu.<sup>16</sup>

### **1.2.2 Charakteristika stěžejních diagnóz**

Předpokladem k práci s duševně nemocnými je základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění a terapeutických intervencí včetně vlivu medikace.<sup>17</sup> Ve své práci představím schizofrenii a její základní typy jako nejčastěji citované psychotické onemocnění. Dále zmíním afektivní poruchy pro jejich četný výskyt u lidí s dlouhodobým duševním onemocněním.

#### **Schizofrenie**

(dle MKN-10: F20)

Vágnerová definuje schizofrenii jako závažnou duševní chorobu projevující se chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity.<sup>18</sup> Nejtěžšími důsledky pro praktický život pacienta je

---

<sup>13</sup> Pěč, O., Probstová, V. a kol. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 34.

<sup>14</sup> Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 405.

<sup>15</sup> Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. Vyd. Praha: Portál, 2006, s. 181 a 182.

<sup>16</sup> Mahrová, G., Venglářová, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2008, s. 127.

<sup>17</sup> Matoušek, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005, s. 136.

<sup>18</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, s. 333.

poškození poznávacích funkcí. Výzkumy ukázaly, že kognitivní dysfunkce, jako nejdůležitější faktor nemoci, úzce souvisí se sociálními dovednostmi.<sup>19</sup>

Přesná příčina vzniku schizofrenie není jednoznačně stanovena. Důvodem je především skutečnost, že jde spíše o skupinu poruch shodujících se v některých symptomech. Lze tedy předpokládat, že vznik nemoci ovlivní ve vzájemné interakci mnoho faktorů. Jde o soubor dědičných dispozic, vývojově podmíněných změn, specifických zkušeností a vyvolávajících podnětů. Riziko vzniku schizofrenie mohou zvýšit vnější vlivy a to jak prenatální, tak i postnatální (vlivy psychosociálního charakteru spojené především s rodinou). Jednou z teorií vzniku schizofrenie je koncept vulnerability, který předpokládá zvýšenou citlivost k různým podnětům, především sociálního charakteru, které nepříznivě disponovaný jedinec nedokáže adekvátně zpracovat. Zátěží, která vyvolá chorobnou reakci, může být neúspěch, zklamání z určitého nenaplněného očekávání, odloučení od rodiny, smrt blízkého člověka ale i nová role, jakou může být nástup do zaměstnání.<sup>20</sup>

Základní typy schizofrenie jsou čtyři. Jedná se spíše o teoretické rozdělení, protože v praxi se mohou překrývat nebo jedna forma přecházet do jiné a průběh choroby může být značně různorodý.<sup>21</sup>

### ***Paranoidní schizofrenie***

(dle MKN-10: F20.0)

Je nejčastějším a nejobvyklejším typem schizofrenie ve většině částí světa. Projevuje se relativně stálými bludy, které doprovází halucinace. Mezi nejběžnější paranoidní poruchy myšlení patří bludy perzekuční, vztahovačné, originární, mesiánské, žárlivecké a bludy transformace vlastního těla. U poruch vnímání jsou zjištěny hlasy, které vyhrožují, udílejí

---

<sup>19</sup> Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 192.

<sup>20</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, s. 334 a 336.

<sup>21</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, s. 345.

rozkazy, nebo elementární sluchové halucinace. Dále mohou být přítomny halucinace čichové, sluchové, chuťové, sexuální a jiné tělové.<sup>22</sup>

### ***Hebefrenní schizofrenie***

(dle MKN-10: F20.1)

Ve svých projevech připomíná vystupňované klackovité chování v adolescenci s nesmyslným šklebením, grimasováním a chichotáním. Postižený mívá povrchní, situaci nepřiměřenou náladu, často provázenou „podivnými“ úsměvy. Typické je výrazné narušení afektivity a vůle s poruchou myšlení. Pozorováno je „plané filozofování“, zabývání se náboženskými, filozofickými a abstraktními tématy, avšak povrchně, bez cíleného zájmu.<sup>23</sup>

### ***Katatonní schizofrenie***

(dle MKN-10: F20.2)

Tato forma schizofrenie je charakteristická funkčními poruchami motoriky, které se pohybují mezi dvěma extrémy – od nadměrné aktivity ke stuporu s epizodami prudkého vzrušení, včetně nebezpečného, impulzivního jednání. Pro stanovení diagnózy musí v klinickém obrazu dominovat některý z následujících symptomů nebo jakákoliv jejich kombinace:

- katatonní stupor (jde o pokles spontánních pohybů a aktivity nebo ztuhlost se zřetelně sníženou reaktivitou na stimuly z okolí);
- mutismus (pacient verbálně nekomunikuje, jde o funkční neschopnost mluvit);
- negativismus (nemotivovaný a zřetelný odpor ke všem pokynům nebo pokusům pohnout s pacientem, který může být ve svých projevech buď pasivní – nevyhoví požadavkům, nebo aktivní – dělá pravý opak toho, co se po něm žádá);
- rigidita (svalová ztuhlost při pokusech pohnout s pacientem);
- nástavy (zaujímání a udržování neobvyklých nebo bizarních poloh);
- excitace (vnějšími podněty neovlivnitelná a bezúčelná motorická aktivita).<sup>24</sup>

---

<sup>22</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 60.

<sup>23</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 60.

<sup>24</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. s. 60 a 61.

### ***Simplexní schizofrenie***

(dle MKN-10: F20.6)

Nejvíce nápadná je změna osobnosti a pokles výkonnosti až ztráta zájmů. Jejými projevy je nečinnost, tupost, ochuzené myšlení, emoční otupělost, vyhaslost, sociální izolace. Je možné pozorovat zanedbávání hygieny a neschopnost pracovního i sociálního fungování. Pacient vykazuje hrubé, nepochopitelné, bizarní chování.<sup>25</sup>

### **Afektivní poruchy**

(dle MKN-10: F30 – F39)

Vágnerová charakterizuje projevy afektivní poruchy jako chorobnou náladu, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. V důsledku toho jsou evidentní adaptační poruchy a sociální selhávání.<sup>26</sup> Představiteli této skupiny chorob jsou mánie, bipolární afektivní porucha a depresivní porucha.

#### ***Mánie***

(dle MKN-10: F30)

Jde o poruchu, jejíž projevy jsou reprezentovány rozjařenou, situacím nepřiměřenou náladou, kterou doprovází hyperaktivita a nápadné a nevhodné společenské vystupování. Při manickém syndromu je patrný motorický neklid, nadměrná hovornost a myšlenkový trysk. Ztráta zábran často vede k nepřiměřenému, neodpovědnému, rizikovému chování jako je nepřiměřené utrácení, flámování, podnikání. Může se projevovat také zvýšenou sexuální aktivitou, sníženou potřebou spát a jíst, častou změnou činností.<sup>27</sup>

#### ***Bipolární afektivní porucha***

(dle MKN-10: F31)

U onemocnění se střídají depresivní epizody s manickými. Tyto mohou končit remisí nebo přecházet do opačného pólu – deprese do mánie nebo

---

<sup>25</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, s. 61.

<sup>26</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, s. 369.

<sup>27</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 64.



naopak. Střídání epizod je obvykle nepravidelné. Často se v průběhu života po depresivních epizodách vyskytne jen několik manických fází a postižený trpí mnoha depresivními epizodami s vysokým rizikem sebevraždy.<sup>28</sup>

### ***Depresivní epizoda/fáze***

(dle MKN-10: F32)

Projevuje se různě hlubokým depresivním syndromem typickým neodůvodněnou chorobnou smutnou náladou. Zřetelná je ztráta zájmů a potěšení z aktivit, které pacienta dříve bavily a ztráta pocitu radosti. Dalšími projevy jsou anhedonie, neschopnost jakékoli činnosti, poruchy sebehodnocení, sebeobviňování, zpomalené myšlení, snížená schopnost komunikace vedoucí až k sociální izolaci, celková nechuť k životu, pesimistický pohled do budoucna a myšlenky na sebevraždu.<sup>29</sup>

## **1.3 Sociální dimenze duševní nemoci**

Duševní porucha ve svých důsledcích přináší dlouhodobě duševně nemocným těžkosti v každodenním životě. Může snížit jejich funkční kapacitu či nepříznivě ovlivnit následující základní aspekty denního života<sup>30</sup>:

- osobní hygienu a sebeobsluhu
- směřování (cíle)
- mezilidské vztahy
- sociální transakce
- učení a rekreaci
- ekonomickou soběstačnost

Jde také o to, v jaké životní fázi nemoc člověka zastihne, protože různé životní fáze jsou spojeny s různými vývojovými úkoly. Člověk si klade cíle, které úzce souvisí se společenským očekáváním. Běžný život a vize do

---

<sup>28</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 65.

<sup>29</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, s. 65.

<sup>30</sup> Matoušek, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005, s. 136.

budoucná se u lidí s duševním onemocněním naruší právě podle toho, v jaké životní fázi se nacházejí. Nejistý průběh choroby a měnící se charakter symptomů přináší různá omezení a nedostatky v řadě životních oblastí. Výzkumy ukazují, že například v Nizozemsku žije 50 až 60 % lidí z této skupiny osamocně, 67 až 79 % nemá stálého partnera a 91 až 97 % nemá placené zaměstnání.<sup>31</sup>

Lidé s duševním onemocněním se snadno dostávají do společenské izolace. Charakter onemocnění jim často znemožňuje přirozeně, volně budovat mezilidské vztahy. Ze stejných důvodů může dojít ke znehodnocení dříve vybudovaných vazeb.<sup>32</sup> Izolace je ve smyslu sociálního důsledku duševní nemoci často skloňovaným pojmem. Typické projevy nemoci způsobují, že sociální síť je zúžena. Příčinou odmítavého postoje k nemocným schizofrenií je jejich pro okolí většinou podivné, nepředvídatelné chování. Takové jednání vyvolává bezradnost a někdy i pocity odporu nebo ohrožení a obav, což následně vede k převaze tendencí nemocného izolovat.<sup>33</sup> Sociální izolace pak hraje u duševních nemocí dvojí úlohu. Vedle již zmíněného důsledku se rovněž může stát jedním z nejdůležitějších spouštěčů nemoci jako je tomu například u depresivní poruchy.<sup>34</sup>

Psychosociální důsledky v podobě ztráty sociálních dovedností plynou z kognitivního poškození a tak je možné sociální fungování a kvalitu života ovlivňovat především zlepšováním kognitivních funkcí.<sup>35</sup> Sociální zotavení není nezbytně vázáno na úplné vymizení symptomů nemoci a v praxi se ukazuje, že je pro mnoho lidí s duševním onemocněním prvořadé.<sup>36</sup>

---

<sup>31</sup> Van Hoof In Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 16.

<sup>32</sup> Mahrová, G., Venglářová, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2008, s. 129.

<sup>33</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd., Praha: Portál, 2004, s. 355.

<sup>34</sup> Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 172.

<sup>35</sup> Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006, s. 192 - 193.

<sup>36</sup> Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 220.

## 2 STIGMA A DISKRIMINACE

Téma stigma a diskriminace považuji za důležité ve své bakalářské práci zmínit, protože právě stigma v mnoha případech bývá klíčovou bariérou v uplatnění člověka s duševním onemocněním na trhu práce a může vést k diskriminaci.

Eva Malá vnímá stigma psychiatrického pacienta jako negativní ocejchování a předsudky okolí k člověku s duševní poruchou a říká, že „stigma psychiatrického pacienta je spojeno se silnou emocí, posilovanou společností a kulturou.“<sup>37</sup> Vágnerová považuje například schizofrenii ze sociálního hlediska za výrazně stigmatizující onemocnění.<sup>38</sup> Podle Malé se značnou měrou na utváření postojů k lidem s duševními poruchami podílejí mimo jiné například média, která si vypůjčují psychopatologické termíny, aby popsaly různé nevhodné jevy. Filmy jsou plné „psychopatů“ a vrahů s psychiatrickou minulostí.<sup>39</sup>

Komise evropských společenství v Zelené knize rovněž konstatuje, že lidé s duševním onemocněním se v kontaktu s ostatními lidmi střetávají se strachem a předsudky, které se mnohdy zakládají na nepochopení problematiky duševních nemocí. „Stigma zvyšuje osobní újmu, vyloučení ze společnosti a může být překážkou k bydlení a zaměstnání.“<sup>40</sup>

Pro lidi s duševním onemocněním je stigmatizace zdrojem obav a každodenních starostí. V jejím důsledku mohou prožívat chronický stres, mohou mít nízké sebehodnocení nebo vykazovat projevy demoralizace.

---

<sup>37</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 2. vyd., Praha: Portál, 2010, s. 9.

<sup>38</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, s. 354.

<sup>39</sup> Malá, E., Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 2. vyd., Praha: Portál, 2010, s. 9.

<sup>40</sup> Komise evropských společenství. *Zelená kniha. Zlepšení duševního zdraví obyvatelstva. Na cestě ke strategii duševního zdraví pro Evropskou unii*. Brusel: 2005, s. 11. Dostupné na < [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005\\_0484cs01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/cs/com/2005/com2005_0484cs01.pdf) > ze dne 28. 12. 2010.

Stigmatizace může vést k depresi a nízké kvalitě života, což následně vede k regresi do nemoci a opětovným hospitalizacím.<sup>41</sup>

Diskriminace podle Matouška představuje odlišný přístup ke skupinám lidí, kteří mají například nějakou nevýhodu případně okrajové sociální postavení, a odlišují se tak od většiny jiných lidí.<sup>42</sup>

Martin Jarolímek uvádí, že v České republice jsou psychiatričtí pacienti diskriminovanou a stigmatizovanou skupinou občanů, protože povaha jejich onemocnění jim znemožňuje v dostačující míře hájit své zájmy a práva.<sup>43</sup> Diskriminace je patrná právě při pokusech o pracovní uplatnění této cílové skupiny. Výzkum, který provedl Fokus Praha v roce 2005, přinesl zjištění, že lidé s duševním onemocněním se musejí obvykle potýkat s těmito diskriminačními jevy a překážkami v práci ze strany zaměstnavatelů<sup>44</sup>:

- nedostatečná informovanost společnosti o duševních onemocněních, která se projevuje předsudky a strachem,
- diskriminační dotazníky při ucházení se o práci (otázky typu Měl/a jste někdy psychické potíže?),
- sociální stigma (pobyt v psychiatrické léčebně je rovnítkem k cejchu blázna),
- neochota zaměstnat z důvodu pobírání invalidního důchodu (takový člověk „již přeci nepotřebuje pracovat“),
- nerovné postavení v pracovním kolektivu (spolupracovníci neberou takového člověka jako sobě rovného pro zkrácenou pracovní dobu, časté absence, sníženou sociální komunikaci, pomalejší pracovní tempo),

---

<sup>41</sup> Pěč, O. Probstová, V. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 23.

<sup>42</sup> Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 52.

<sup>43</sup> Hejzlar, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii... Sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Theo, 2010, s. 92.

<sup>44</sup> Novák, J., Erbanová, R. *Zaměstnávání lidí s duševním onemocněním*. Dostupné na <<http://www.fokus-praha.cz/getdoc.php?id=1157&sessid=ccbebbe8b24403beed812f6587c2df49>> ze dne 7. 2. 2011.

- obavy zaměstnavatelů z kladení zodpovědnosti za práci člověku s duševním onemocněním,
- velmi nízké pracovní požadavky a nevyužití dovedností člověka v plné míře.

K eliminaci diskriminace je nutné především zvýšit informovanost veřejnosti o problematice lidí s duševním onemocněním. V České republice se tak děje například prostřednictvím humanitární a kulturní akce Týdny pro duševní zdraví.<sup>45</sup> Propagováním této problematiky a informováním veřejnosti se zabývá Světová federace pro duševní zdraví, z jejíž aktivity je 10. říjen vyhlášen jako Světový den duševního zdraví.<sup>46</sup>

### 3 PRÁVO A POTŘEBA PRACOVAT

„Práce zaujímá v životě člověka nezastupitelné postavení. Je důležitou podmínkou jeho existence, přináší mu nejen materiální prospěch, ale současně mu dává pocit seberealizace a společenské užitečnosti. Vřazuje člověka do řádu sociálních vztahů, uspokojuje jeho potřeby ctižádosti, sebeuplatnění a sebeúcty.“<sup>47</sup> Mít zaměstnání a pracovat je důležité pro každého člověka a u lidí s dlouhodobým duševním onemocněním tomu není jinak. Van Weeghel uvádí, že „pracovní začlenění u nehospitalizovaných dlouhodobě duševně nemocných psychiatrických pacientů nepřevyšuje 10 %, což je méně, než u lidí s tělesným hendikepem. Přesto většina lidí s psychickými problémy pracovat chce, 60 % z této cílové skupiny si pracovat přeje.“<sup>48</sup>

<sup>45</sup> Fokus Praha. *Týdny pro duševní zdraví*. Dostupné na < <http://www.fokus-praha.cz//index.php?action=main&subject=81> > ze dne 10. 2. 2011

<sup>46</sup> World Health Organization. *Přehled vybraných Dnů WHO a OSN*. Dostupné na < [http://www.who.cz/media\\_dny.htm](http://www.who.cz/media_dny.htm) > ze dne 10. 2. 2011.

<sup>47</sup> Buchtová, B. a kol. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, s. 75.

<sup>48</sup> Van Weeghel In Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 116.

Základní lidská práva zakotvená v Listině základních práv a svobod možnost pracovat lidem s duševním onemocněním rozhodně neupírají. Základním lidským právem každého je právo získávat prostředky pro své životní potřeby prací. Zaměstnanci pak mají právo na spravedlivou odměnu za práci a na uspokojivé pracovní podmínky. Osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci, na zvláštní pracovní podmínky, na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.<sup>49</sup> Antidiskriminační zákon v návaznosti na Listinu základních práv a svobod vymezuje právo na rovné zacházení a zákaz diskriminace osob se zdravotním postižením. Lidí s duševním onemocněním jako osob znevýhodněných v oblasti zdravotního stavu se týká především nepřímá forma diskriminace v podobě odmítnutí nebo opominutí přijmout opatření, která napomohou přístupu k zaměstnání nebo postupu v zaměstnání těmto osobám.<sup>50</sup>

Přestože lidé s duševním onemocněním mají na práci právo a pracovat většinou chtějí, jejich cesta k pracovnímu uplatnění není jednoduchá. Duševní nemoci vznikají v období života, kdy obvykle dochází k rozvoji profesních dovedností a z toho důvodu mnoho lidí s duševním onemocněním nemá potřebnou kvalifikaci. I pro kvalifikované je ovšem mnohdy nerealizovatelné vrátit se na původní pracoviště.<sup>51</sup> Mnohdy mívají zkreslené představy o svých schopnostech a dovednostech ve směru k pracovnímu uplatnění. Někdy své osobní možnosti přeceňují a jejich přání jsou nereálná. Jindy své schopnosti naopak podceňují a podhodnocují. V tomto směru mnohdy potřebují citlivé zprostředkování skutečné situace a podporu při objevování vlastních reálných možností.<sup>52</sup>

---

<sup>49</sup> Čl. 26, 28 a 29. Listina základních práv a svobod. Dostupné na <<http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>> ze dne 22. 2. 2011.

<sup>50</sup> § 3 zák. č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon, v platném znění.

<sup>51</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, s. 396 a 397.

<sup>52</sup> Vitáková, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd., Praha: Rytmus, s. 99.

Nástup do zaměstnání navíc lidem s duševním onemocněním komplikují také obavy plynoucí ze ztráty invalidního důchodu. Současný systém podmínek nároků k přiznání invalidního důchodu může kvalifikovat výkon výdělečné činnosti jako adaptaci na zdravotní postižení a v důsledku toho může dojít ke změně stupně invalidity nebo k zániku nároku na přiznání invalidního důchodu.<sup>53</sup> Pro lidi s duševním onemocněním představuje ale jistota invalidního důchodu jistotu v případě zhoršení jejich zdravotního stavu, který by mohl vést i ke ztrátě zaměstnání.<sup>54</sup>

## 4 TRH PRÁCE

Vzhledem k tomu, že ve své práci se zaměřuji na podporu lidí s duševním onemocněním v oblasti zaměstnání a na možnosti, které jim mohou pomoci uplatnit se na trhu práce, je třeba, abych uvedla, co představuje pojem trh práce.

Podle Matouška trh práce vymezuje práci jako ekonomickou kategorii. Práce ovšem není zbožím běžným. Pracovní sílu představují lidé vybavení specifickými nároky a právy, které jsem již výše popsala. Pro práci existují nepřenositelné předpoklady, jakými jsou například nadání nebo vzdělání a to vše ji činí zbožím zvláštního druhu. Trh práce zásobuje hospodářství pracovními silami.<sup>55</sup>

Existují různá členění trhu práce, ale v souvislosti s pracovním uplatněním lidí s duševním onemocněním se nejčastěji hovoří o rozdělení trhu práce na otevřený trh práce a chráněný trh práce. Vlasta Stupková řadí na chráněný trh práce chráněná pracoviště a chráněné dílny, kde obvykle bývají zaměstnány převážně osoby s určitým typem zdravotního znevýhodnění.

---

<sup>53</sup> § 39, zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>54</sup> Vitáková, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd., Praha: Rytmus, 2005, s. 99.

<sup>55</sup> Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, s. 243 – 244.

Otevřený trh práce pak představuje pro člověka se zdravotním postižením umístění u zaměstnavatele, který zaměstnává především běžnou populaci.<sup>56</sup>

## 5 LEGISLATIVA VE VZTAHU K ZAMĚSTNÁNÍ

„Uplatnění člověka na trhu práce je podmíněno řadou charakteristik (věk, zdravotní stav, vzdělání, pohlaví, příslušnost k etnické skupině), které vyčleňují skupiny lidí s větším rizikem ztráty práce a předurčují je pro dlouhodobou nezaměstnanost. Tyto skupiny jsou také vystaveny riziku opakované nezaměstnanosti. Je zřejmé, že právě na tyto skupiny musí být zaměřena politika zaměstnanosti.“<sup>57</sup> Dlouhodobě duševně nemocným lidem brání v uplatnění na trhu práce jejich zdravotní stav a ve většině případů jsou uznány osobami se zdravotním postižením, kterým je poskytována na trhu práce zvýšená ochrana. Vzhledem k tématu své práce považuji za důležité zmínit základní legislativu, která danou problematiku upravuje.

Přiznání a kategorizaci invalidity a upravuje zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů se zabývá zvýšenou ochranou osob se zdravotním postižením na trhu práce, definuje osobu s těžším zdravotním postižením, osobu se zdravotním postižením a osobu zdravotně znevýhodněnou a stanovuje povinnost zaměstnavatelům tyto osoby zaměstnávat. Zákon o zaměstnanosti dále definuje chráněné pracovní místo a chráněnou pracovní dílnu, stanovuje výši příspěvků na jejich vytvoření a výši příspěvků na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením.

---

<sup>56</sup> Kolektiv autorů. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha, Havlíčkův Brod: Rytmus, 2005, s. 16.

<sup>57</sup> Buchtová, B. a kol. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, s. 109.



## 5.1 Invalidita a pokles pracovní schopnosti

Zákon o důchodovém pojištění určuje invaliditu s ohledem na pokles pracovní schopnosti.

### Pracovní schopnost a pokles pracovní schopnosti

„Pracovní schopností se rozumí schopnost pojištěnce vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se rozumí pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“<sup>58</sup>

### Invalidita

„Pojištěnec je invalidní, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nastal pokles jeho pracovní schopnosti nejméně o 35 %.

Jestliže pracovní schopnost pojištěnce poklesla

- a) nejméně o 35 % avšak nejvíce o 49 %, jedná se o invaliditu prvního stupně,
- b) nejméně o 50 %, avšak nejvíce o 69 %, jedná se o invaliditu druhého stupně,
- c) nejméně o 70 %, jedná se o invaliditu třetího stupně.“<sup>59</sup>

## 5.2 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Zákon o zaměstnanosti definuje osobu se zdravotním postižením, které je poskytována na trhu práce zvýšená ochrana. Dále stanovuje povinnost zaměstnavatelům osoby se zdravotním postižením zaměstnávat a pro

---

<sup>58</sup> § 39 odst. 3 zák. č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>59</sup> § 39 odst. 1 a 2 zák. č. 155/1955 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

vytvoření vhodných pracovních podmínek a možnost uplatnění na trhu práce stanovuje výši poskytovaných příspěvků.

### **Osoba se zdravotním postižením**

„Osobami se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou:

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (dále jen „osoby s těžším zdravotním postižením“),
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni,
- c) rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen osoby zdravotně znevýhodněné).“<sup>60</sup>

### **Osoba zdravotně znevýhodněná**

„Za zdravotně znevýhodněnou osobu se považuje fyzická osoba, která má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovní začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.“<sup>61</sup>

### **Povinnost zaměstnavatelů**

„Zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele. Povinný podíl činí 4 %.“<sup>62</sup>

### **Možnosti povinného plnění**

Povinnost plnění povinného podílu zaměstnaných osob se zdravotním postižením zaměstnavatel plní<sup>63</sup>

- a) zaměstnáváním v pracovním poměru
- b) odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnaných osob se zdravotním

---

<sup>60</sup> § 67 odst. 2 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>61</sup> § 67 odst. 3 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>62</sup> § 81 odst. 1 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>63</sup> § 81 odst. 2 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

postižením nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb chráněných dílen

c) odvodem do státního rozpočtu

Tyto způsoby plnění povinného podílu může zaměstnavatel kombinovat.

### **Odvod do státního rozpočtu**

Odvod do státního rozpočtu poukazuje zaměstnavatel prostřednictvím úřadu práce, v jehož územním obvodu sídlí, do 15. února následujícího roku. Za každou osobu se zdravotním postižením, kterou by zaměstnavatel měl zaměstnat, odvádí do státního rozpočtu 2,5 násobek průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí kalendářního roku, v němž mu povinnost plnit povinný podíl vznikla.<sup>64</sup>

### **Pracovní rehabilitace**

Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu na zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti.<sup>65</sup>

### **Chráněné pracovní místo**

Na základě písemné dohody s úřadem práce může zaměstnavatel pro osobu se zdravotním postižením vytvořit chráněné pracovní místo, na jehož vytvoření poskytuje úřad práce příspěvek. Takové chráněné místo pak musí být provozováno po dobu nejméně dvou let od dne sjednaného v dohodě. Příspěvek na vytvoření chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Pokud zaměstnavatel vytváří na základě jedné dohody s úřadem práce

<sup>64</sup> § 82 odst. 1 a 2 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>65</sup> § 69 odst. 1-3 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

deset a více chráněných pracovních míst, může příspěvek na vytvoření jednoho chráněného pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy.<sup>66</sup>

### **Chráněná pracovní dílna**

Chráněná pracovní dílna je pracoviště vymezené na základě dohody zaměstnavatele a úřadu práce. Na její vytvoření poskytuje úřad práce zaměstnavateli příspěvek a musí být provozována nejméně po dobu dvou let ode dne sjednaného v dohodě. Chráněná pracovní dílna je přizpůsobená zaměstnávání osob se zdravotním postižením a v průměrném ročním přepočteném počtu jich musí být v chráněné pracovní dílně zaměstnáno nejméně 60 %. Příspěvek na vytvoření chráněné pracovní dílny může činit maximálně osminásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku na každé pracovní místo v chráněné pracovní dílně vytvořené pro osobu se zdravotním postižením a dvanáctinásobek této mzdy za pracovní místo pro osobu s těžším zdravotním postižením. Pokud zaměstnavatel vytváří na základě jedné dohody deset a více míst v chráněné pracovní dílně, může příspěvek na vytvoření jednoho pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy.<sup>67</sup>

### **Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením**

Zaměstnavatelům, kteří z celkového počtu svých zaměstnanců zaměstnávají více než 50 % osob se zdravotním postižením, poskytuje úřad práce příspěvek. Příspěvek je poskytnut ve výši skutečně vynaložených nákladů na osobu se zdravotním postižením v pracovním poměru, včetně pojistného na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které zaměstnavatel za sebe odvedl z vyměřovacího základu tohoto zaměstnance, nejvýše však 8 000

---

<sup>66</sup> § 75 odst. 1 a 2 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>67</sup> § 76 odst. 1 a 2 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Kč. Skutečně vynaložené náklady se za účelem stanovení výše příspěvku snižují o částku odpovídající výši poskytnuté naturální mzdy.<sup>68</sup>

Předložený výčet paragrafů ukazuje možnosti, které podle zákona o zaměstnanosti lidé s duševním onemocněním mohou využít. V praxi se ale ukazuje, že některé nástroje podporují úřady práce výrazně méně. Příkladem může být nástroj pracovní rehabilitace, který se v praxi uplatňuje minimálně, pravděpodobně pro náročné administrativní úkony a nezaručený výsledek v následném uplatnění na trhu práce. V roce 2009 činily výdaje na podporu osob se zdravotním postižením v České republice 323 545 000 Kč. Finanční prostředky vynaložené na § 78 (tedy na příspěvek zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50 % lidí se zdravotním postižením) činily v roce 2009 celé 2 257 461 000 Kč.<sup>69</sup> Taková částka výrazně převyšuje veškeré položky vynaložené v témže roce v rámci aktivní politiky zaměstnanosti na programy jako rekvalifikace, vytvoření společensky účelných pracovních míst atd. To svědčí o tom, že stát podporuje větší měrou zaměstnávání osob se zdravotním postižením v chráněných dílnách než na otevřeném trhu práce.

## 6 SYSTÉM SLUŽEB VE FOKUSU VYSOČINA

FOKUS Vysočina je nestátní nezisková organizace a počátek svého působení v kraji datuje do roku 1992. Působí v regionech Havlíčkův Brod, Pelhřimov, Hlinsko a Chotěboř. Zabývá se především poskytováním sociálních služeb a mnohostrannou podporou lidí s duševním onemocněním. Základní myšlenka vychází z předpokladu, že tito lidé nemusejí trávit dlouhé měsíce a někdy i roky v psychiatrických léčebnách, pokud je jim poskytnuta odpovídající podpora. Svůj život mohou dobře žít ve vlastním a přirozeném prostředí. Služby sociální rehabilitace v souladu s § 70 zák. č.

---

<sup>68</sup> § 78 odst. 1 a 2 zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

<sup>69</sup> Čechová, H. *Výdaje jednotlivých ÚP na SPZ*. Dostupné na <<http://portal.mpsv.cz/sz/stat/vydaje>>, ze dne 27. 2. 2011.

108/2006 Sb., o sociálních službách poskytuje v současné době Komunitní tým a Tým podpory v zaměstnávání. FOKUS Vysočina také provozuje sociálně terapeutickou dílnu a chráněné dílny. Služby komunitního týmu zmíním jenom okrajově pro ucelenou představu sociální rehabilitace poskytované lidem s duševním onemocněním a detailněji se následně věnuji podpoře a službám, které se přímo vztahují k zaměstnání a uplatnění na trhu práce.

### **Komunitní tým**

Komunitní tým poskytuje cílové skupině lidí s duševním onemocněním dlouhodobější podporu, která probíhá v systému klíčových pracovníků. Posláním služby sociální rehabilitace je udržení, obnovení nebo získání schopností a dovedností, které jsou důležité pro zapojení uživatelů do běžného života. Cíle služby orientované na podporu osob s duševním onemocněním zahrnují rozvíjení a posilování samostatnosti, naplňování vlastních potřeb, podporu ve využívání veřejných míst a služeb, v iniciativě ve využívání volného času, ve využívání specializovaných zdravotnických služeb, při uplatňování práv a nároků, při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou, při kontaktu s komunitou a při řešení obtížných nebo krizových situací.<sup>70</sup>

### **Chráněné bydlení**

Chráněné bydlení je pobytová placená služba, jejímž posláním je umožnit lidem s duševním onemocněním, kteří nikdy samostatně nebydleli nebo potřebují v tomto směru určitou míru podpory, získat vlastní zkušenosti se samostatným bydlením. Službu vymezuje § 51 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílem je zvýšit soběstačnost uživatele služby při vedení domácnosti, motivovat jej k aktivnímu trávení volného času, zvýšit dovednosti při využívání běžně dostupných míst a služeb a především zvýšit samostatnost a sebevědomí uživatele.<sup>71</sup>

---

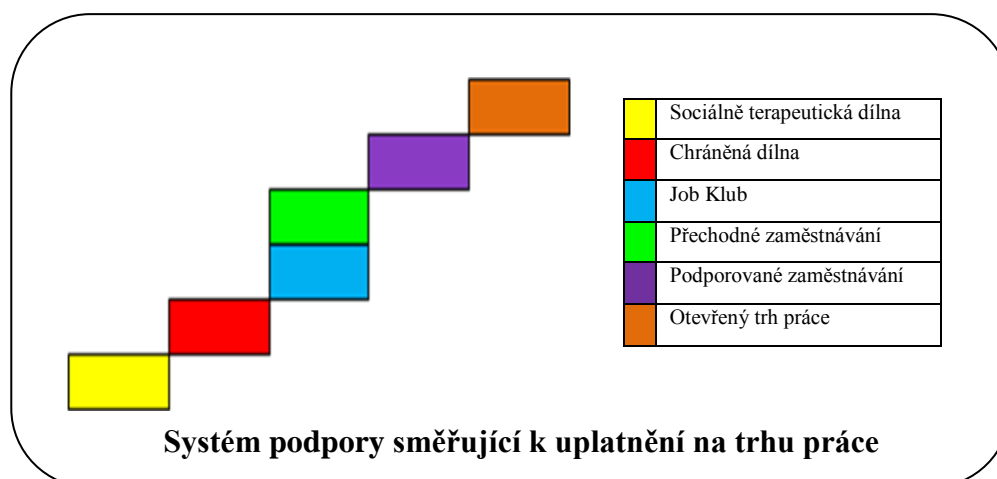
<sup>70</sup> FOKUS Vysočina. Dostupné na <<http://www.fokusvysocina.cz/pages.aspx?p=23>>, ze dne 16. 1. 2011

<sup>71</sup> FOKUS Vysočina. Dostupné na <<http://www.fokusvysocina.cz/pages.aspx?p=24>>, ze dne 16. 1. 2011.

## Tým podpory v zaměstnávání

Týmem podpory v zaměstnávání jsou poskytovány služby job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Pro přímou souvislost s cílem této práce uvedené služby níže podrobněji popíšu. Sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna, job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání tvoří ve FOKUSu Vysočina soubor služeb zaměřených na podporu lidí s duševním onemocněním v oblasti zaměstnání. Míra poskytované podpory je koncipována tak, aby postupně, s důrazem na maximální zapojení uživatele a zvyšování míry jeho samostatnosti, vedla k jeho uplatnění na otevřeném trhu práce. V grafickém znázornění by pak ideální postup v čerpání služeb představoval schodiště, které stoupá k úspěchu na otevřeném trhu práce.

Graf č. 1 Systém forem podpory směřující k uplatnění na otevřeném trhu práce

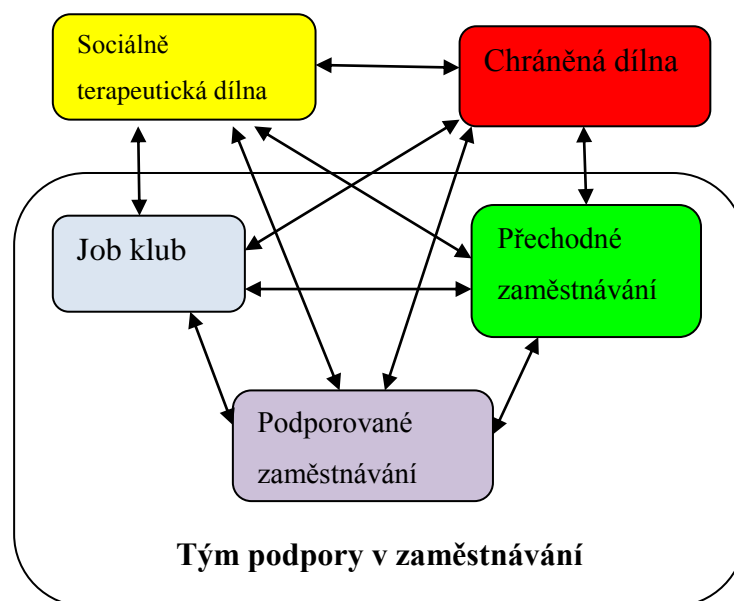


Nejnižší schod, který znázorňuje sociálně terapeutickou dílnu, představuje zároveň nejintenzivnější formu podpory. Takovou formu podpory čerpá uživatel například po dlouhodobé hospitalizaci v psychiatrické léčebně. Potřebuje získat nebo upevnit základní pracovní dovednosti a návyky, které v důsledku nemoci ztratil. Jedná se o pravidelnou docházku, soustředění se na činnost a další. Pro výstup na druhý schod je třeba mít základní dovednosti již zafixované a v chráněné dílně podávat jistý výkon. Další

stupně podpory na schodišti představují rozvíjení samostatnosti, aktivity a iniciativy uživatele. Uplatňován je empowerment, tedy přístup zapojení a posílení, který směřuje k co největší možné nezávislosti uživatele.<sup>72</sup>

Podpora v oblasti zaměstnání ve FOKUSu Vysočina však nepředstavuje systém povinných kroků, pro využití jednotlivých služeb je směřodná volba uživatele.

Graf č. 2 Nabídka služeb FOKUSu Vysočina v oblasti zaměstnávání



Ve své práci budu sledovat, jak lidé s duševním onemocněním nabízený systém s prvky různé formy podpory využívají, proto představuje popis jednotlivých programů její důležitou část.

## 6.1 Sociálně terapeutická dílna

Sociálně terapeutická dílna je definována § 67 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. „Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního

<sup>72</sup> Vitáková, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. Vyd., Praha: Rytmus, 2005, s. 56.



postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném trhu práce ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.<sup>73</sup> Posláním sociálně terapeutické dílny ve FOKUSu Vysočina je umožnit jejím uživatelům v chráněném prostředí udržet, obnovit nebo získat základní pracovní dovednosti a návyky. Sledovány a formou nácviku upevňovány jsou základní dovednosti jako pravidelná docházka, schopnost vykonávat soustavnou činnost a schopnost koncentrace. Cílem je posílit sociální dovednosti uživatelů natolik, aby byli schopni pracovního uplatnění v chráněném nebo i nechráněném prostředí. Mezi zásady poskytování služby patří dobrovolné rozhodnutí klienta službu čerpat, individuální přístup ke každému uživateli služby, respektování jedinečnosti každého uživatele a zájem o směřování k soběstačnosti. Cílová skupina uživatelů je diagnosticky vymezena. Služby mohou čerpat osoby s onemocněním z okruhu psychóz (především schizofrenie) a afektivních poruch (dle MKN-10: F20 – F29, F30 – F39). Tyto osoby jsou prioritní cílovou skupinou. Uživateli služby se mohou stát dále osoby s poruchou osobnosti (dle MKN-10: F60 – F62) a osoby s těžšími neurotickými poruchami (F4).<sup>74</sup> S každým uživatelem je písemně uzavřena smlouva o poskytování služby. Sociálně terapeutická dílna oficiálně ve FOKUSu Vysočina funguje od roku 2007.

## 6.2 Chráněná dílna

Specifické znaky chráněné dílny, příspěvek na její vytvoření a následné poskytování příspěvku na zaměstnávání osob se zdravotním postižením je legislativně zakotveno a popsáno v zák. č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Chráněná dílna tedy není sociální službou a do souboru služeb podpory v oblasti zaměstnání jsem ji zařadila z důvodu nabídky práce v chráněných podmínkách.

---

<sup>73</sup> § 67 odst. 1 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v aktuálním znění.

<sup>74</sup> FOKUS Vysočina. *Operační manuál Sociálně terapeutické dílny*. 2010

V chráněných dílnách FOKUSu Vysočina pracují osoby se zdravotním postižením na základě pracovní smlouvy, přičemž si v chráněném prostředí osvojují dovednosti a návyky potřebné a využitelné v nechráněném prostředí. Cílová skupina pro přijetí do chráněné dílny není tedy omezena diagnostickým okruhem duševních nemocí, uživatelé z této skupiny jsou zde však umísťováni přednostně. Výše pracovního úvazku se sjednává individuálně, s ohledem na možnosti, schopnosti a potřeby každého pracovníka chráněné dílny. Zájemci o práci v chráněné dílně FOKUSu Vysočina mohou volit v regionu Havlíčkův Brod a Pelhřimov celkem ze čtyř možných druhů pracovního uplatnění. Jde o šicí dílnu, která se zabývá šitím bytových doplňků, zakázkovou výrobou a nabízí také opravy oděvů. V rukodělné dílně je program zaměřen na práci s hlínou, výrobu drobné a dekorativní keramiky, vypalování a malování keramiky na zakázku. Opravárenská dílna nabízí veřejnosti řemeslné práce, jakými jsou například výroba jednoduché kuchyňské linky, kancelářského nábytku, malířské a natěračské práce, údržba zelených ploch nebo drobné dekorativní předměty ze dřeva. Lesní četa se zabývá údržbou lesa a údržbou zelených ploch.

### **6.3 Job klub**

Job klub je jednou ze služeb poskytovaných ve FOKUSu Vysočina Týmem podpory v zaměstnávání. Také v tomto případě je cílová skupina pro poskytování služby rozšířena na osoby se zdravotním postižením. Jde o odborně vedený kurz, ve kterém se účastníci učí praktickým dovednostem, které jsou potřebné k nalezení zaměstnání a udržení se v něm. Jde o skupinovou aktivitu. Při ideálním počtu 8 – 10 uživatelů dochází k rozdělení rolí, rozehrání skupinové dynamiky, výměně zkušeností, přičemž je zachován prostor individuálně se vyjádřit a nebýt pasivním členem skupiny.<sup>75</sup> Job klub je zejména vhodný pro osoby, které chtějí aktivně

---

<sup>75</sup> Sociální Agentura. *Metodická příručka lektora Job klubu*. Ústí nad Labem, 2004.

spolupracovat s Týmem podpory v zaměstnávání, jsou dlouhodobě v evidenci úřadu práce, hledají například své první zaměstnání a chtějí a potřebují rozvinout své schopnosti ve skupinové práci.<sup>76</sup> Skupina účastníků se celkem v devíti setkáních věnuje tématům zabezpečení v nezaměstnanosti, ztráta zaměstnání a reakce na ni, zdroje a způsoby hledání práce, pracovně právní vztahy, komunikace, životopis, inzerát a teoretickou i praktickou přípravou na konkurz nebo vstupní pohovor.

## 6.4 Přejchodné zaměstnávání

Přejchodné zaměstnávání je program určený uživatelům, kteří potřebují zvýšit pracovní a sociální dovednosti na nechráněném pracovišti a dosud nejsou plně připraveni pro nástup na otevřený trh práce. „Fakticky se jedná o paralelní poskytování sociální služby a zaměstnání.“<sup>77</sup> Službu ve FOKUSu Vysočina zajišťuje Tým podpory v zaměstnávání cílové skupině osob se zdravotním postižením. Také v tomto případě mají přednost v poskytování služby lidé s duševním onemocněním. Cílem je umožnit uživateli pracovní zkušenost v běžném pracovním prostředí. Vedle smlouvy o poskytování služby sociální rehabilitace podle § 70 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, má uživatel uzavřenou pracovní smlouvu na částečný pracovní úvazek přímo s poskytovatelem služby – FOKUSEm Vysočina. Samotné zaměstnání na přechodnou dobu probíhá stejně jako agenturní zaměstnávání podle § 308 a § 309 zák. č. 262/2006 Sb., zákoníku práce. FOKUS Vysočina uzavírá se zaměstnavatelem, u kterého konkrétní uživatel vykonává práci, dohodu o dočasném přidělení zaměstnance. Uživatel služby uzavírá s FOKUSEm Vysočina vedle pracovní smlouvy pokyn k dočasnému přidělení zaměstnance. U jednoho konkrétního zaměstnavatele může být uživatel zaměstnán maximálně 12 měsíců.

---

<sup>76</sup> FOKUS Vysočina. *Operační manuál Týmu podpory v zaměstnávání*. 2010.

<sup>77</sup> FOKUS Vysočina. *Operační manuál Týmu podpory v zaměstnávání*. 2010.

Pro uživatele má přechodné zaměstnání tyto přínosy<sup>78</sup>:

- zvýšení konkrétních pracovních a sociálních dovedností
- posílení sebevědomí a motivace z hlediska pracovního uplatnění
- zachování kognitivních schopností
- rozpoznání vlastních dovedností, které mohou mít vliv na volbu dalšího zaměstnání

V průběhu služby spolupracuje uživatel s pracovním konzultantem a s jeho podporou vytváří individuální plány, ve kterých jsou stanoveny cíle a popsány kroky k jejich dosažení. Cíle individuálního plánu jsou zaměřeny přímo na pracovní a sociální dovednosti na konkrétním pracovišti. V prvních dnech na pracovišti může uživatel využít přímé podpory pracovního konzultanta na pracovišti, tzv. pracovní asistenci. Pracovní asistence spočívá v přítomnosti pracovního konzultanta na pracovišti po celou pracovní dobu uživatele nebo její část. Především jde o podporu uživatele při počátečních nejistotách a obavách například z nového prostředí a neznámých lidí, ale také o pomoc při zvládnutí požadovaných úkolů při zácvičku uživatele.

Pracovní konzultant dále může pracovat s uživatelem služby také na vytvoření krizového plánu. Cílem krizového plánu je předejít krizové situaci nebo zmírnit její průběh. Krizový plán není podmínkou služby a může být vytvořen dle individuální potřeby uživatele kdykoliv v průběhu služby. Obsahem krizového plánu je popsání příznaků, které obvykle nástup krizové situace doprovází jako například snížená komunikace s okolím, nedodržování pracovní doby, neupravený zevnějšek a jiné. Mohou zde být uvedeny také spouštěče krize, které v pracovním procesu představuje například změna pracoviště, zvýšené pracovní tempo nebo zvýšené nároky zaměstnavatele. Důležitou částí je stanovení protikrizových kroků a jak postupovat v případě projevů krize. Jsou zde uvedeny kontakty na osoby, které jsou pro zvládnutí krize uživatele podstatné.

---

<sup>78</sup> FOKUS Vysočina. *Operační manuál Týmu podpory v zaměstnávání*. 2010.

Poslední dva měsíce služby přechodné zaměstnávání se uživatel s podporou pracovního konzultanta rozhoduje o dalším postupu v oblasti zaměstnání.

Základní možnosti pro uživatele po skončení přechodného zaměstnávání tvoří<sup>79</sup>:

- otevřený trh práce – zdravotní stav, schopnosti a dovednosti umožňují uživateli zaměstnání na otevřeném trhu práce,
- podporované zaměstnávání – uživatel je motivovaný k dalšímu pracovnímu uplatnění a potřebuje podporu k nalezení a udržení vhodného pracovního místa,
- chráněná dílna – práce v přechodném zaměstnávání byla na hranicích možností a schopností uživatele, uživatel má zájem o práci v chráněném prostředí,
- jiná služba – současný zdravotní stav nebo možnosti uživatele nedovolují práci, uživateli jsou nabídnuty jiné služby v dostupných zařízeních (může jít o sociální služby, denní centra, stacionáře aj.).

Uživatel může čerpat službu přechodného zaměstnávání opakovaně, pokud<sup>80</sup>:

- není připraven na zaměstnání na otevřeném trhu práce,
- pro uživatele se našel jiný zaměstnavatel, u kterého může zvýšit další potřebné dovednosti,
- od posledního přechodného zaměstnávání se u uživatele zhoršil zdravotní stav a je pro něj důležitý pozvolný návrat do pracovního procesu a opětovné získání pracovních dovedností,
- přechodné zaměstnávání je pro uživatele nejvyšším stupněm pracovního uplatnění a pomáhá mu udržet si získané pracovní dovednosti a schopnosti.

---

<sup>79</sup> FOKUS Vysočina. *Operační manuál Týmu podpory v zaměstnávání*. 2010.

<sup>80</sup> FOKUS Vysočina. *Operační manuál Týmu podpory v zaměstnávání*. 2010.

## 6.5 Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání je další službou poskytovanou Týmem podpory v zaměstnávání osobám se zdravotním postižením, přednostně pak lidem s duševním onemocněním. Maximální délka poskytování služby je dva roky, v odůvodněných případech může být doba poskytování prodloužena. Podporované zaměstnávání je definováno jako „služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální osobní podporu poskytovanou před nástupem do práce i po něm.“<sup>81</sup>

Hlavním cílem služby je umožnit uživateli získat a udržet si takové zaměstnání na otevřeném trhu práce, které odpovídá jeho zájmům, schopnostem, nadání i osobním možnostem. Zároveň je také cílem zvýšit úroveň samostatnosti uživatele, zprostředkovat vytvoření či rozvinutí jeho dovedností potřebných k nalezení, získání a udržení si práce, posílení jeho pracovních návyků a rozšíření zájmu o profesní rozvoj.<sup>82</sup>

Před samotným vstupem do služby je u zájemce formou dotazníku mapována potřebnost služby. Pokud se na základě zjištěných výsledků služba jeví jako potřebná, zájemce uzavírá s poskytovatelem služby (FOKUSEm Vysočina) smlouvu o poskytování služby sociální rehabilitace v souladu s § 70 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V rámci služby se uživatel zavazuje ke spolupráci s pracovním konzultantem.

Pracovní konzultant následně sestavuje s uživatelem služby osobní profil. „Osobní profil představuje souhrn informací o uživateli, důležitých pro něho samotného (i pro pracovního konzultanta) vzhledem k jeho budoucímu

---

<sup>81</sup> Vítáková, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd., Praha: Rytmus, 2005, s. 16.

<sup>82</sup> Vítáková, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd., Praha: Rytmus, 2005, s. 16.

zaměstnání. Tyto informace jsou spolu s potřebami trhu práce významným podkladem pro vytváření představy vhodného pracovního uplatnění.<sup>83</sup> Při tvorbě osobního profilu je odkrývána motivace člověka k vyhledávání pracovního uplatnění, jeho schopnosti a dovednosti, zjišťováno je dosažené vzdělání, dosavadní pracovní zkušenosti a orientace ve vlastních možnostech. Důraz je kladen na vlastní představy a přání uživatele vzhledem k uplatnění na trhu práce. Výsledné zjištění by mělo obsahovat pozitivní a realistický náhled na to, co konkrétní uživatel služby umí a jakou práci, za jakých okolností a proč by chtěl vykonávat. Osobní profil se může v průběhu služby měnit a při významných životních událostech je třeba doplnit nové skutečnosti.<sup>84</sup>

Pro kvalitní a efektivní spolupráci vytváří uživatel společně s pracovním konzultantem v průběhu služby individuální plány. Cílem je dosáhnout v určené době (většinou je plán sestavován na dobu tři měsíce) zvýšení konkrétních dovedností a schopností pro nalezení práce nebo nalezení či udržení si zaměstnání. Dovednosti, které uživatel potřebuje a má zájem rozvinout, jsou zahrnuty do individuálního plánu. Konkrétní cíle jsou podrobné, obsahují měřitelná kritéria a k jejich naplnění vedou jasně vymezené kroky. Pro uživatele se postup podle individuálního plánu jeví jako srozumitelný a splnění jednotlivých úkolů zvyšuje jeho motivaci. Po uplynutí období, na které byl individuální plán sestaven, se provede jeho hodnocení.

Stejně jako v případě přechodného zaměstnávání může pracovní konzultant s uživatelem vytvořit krizový plán, jehož cílem je předejít krizové situaci nebo zmírnit průběh krize a podpořit tak udržení pracovního místa. Krizový plán může být vytvořen kdykoliv v průběhu služby.

---

<sup>83</sup> Vitáková, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd., Praha: Rytmus, 2005, s. 25.

<sup>84</sup> FOKUS Vysočina. *Operační manuál Týmu podpory v zaměstnávání*. 2010.

Běžně užívanými metodami při nácviku dovedností je například<sup>85</sup>:

- strukturovaný řízený rozhovor – pracovní konzultant vede rozhovor podle předem připraveného schématu a podporuje uživatele v tom, aby sám formuloval odpovědi, uvědomil si různé skutečnosti, pojmenoval své potřeby,
- hraní rolí – jedná se o simulaci určité situace za účelem nácviku dovednosti, kdy následná reflexe uživatele může vést k rozpoznání vlastních schopností, k odstranění nedostatků, k návrhům na zlepšení, k realistickému pohledu na vlastní chování,
- nácvik v reálné situaci – uživatel si procvičuje své dovednosti v konkrétní situaci v terénu, například návštěvou úřadu práce nebo skutečného zaměstnavatele,
- plnění zadaných úkolů – pracovní konzultant zadává uživateli konkrétní úkoly, které má splnit do příštího setkání, například vyhledávání inzerátů v novinách nebo písemné příprava životopisu, což vede k dosažení větší aktivity uživatele,
- přímý výklad, vysvětlení tématu – v některých případech podává pracovní konzultant uživateli určité informace, například obsah pracovní smlouvy, obsah strukturovaného životopisu atd.

Pracovní konzultant provází uživatele dílčími fázemi procesu získávání vhodného pracovního místa od vytváření představy vhodného pracovního uplatnění, vytipování vhodných pracovních příležitostí a dojednávání osobní schůzky se zaměstnavatelem až po dojednávání pracovních podmínek a podporu na pracovišti. Jednotliví uživatelé mohou potřebovat zcela odlišnou intenzitu podpory.

Průběh duševní nemoci je obtížně předvídatelný a tak, přestože je zdravotní stav uživatele při vstupu do služby stabilizovaný, může dojít k náhlému zhoršení. Ataky duševní nemoci znamenají často dlouhodobější pracovní

---

<sup>85</sup> FOKUS Vysočina. *Operační manuál Týmu podpory v zaměstnávání*. 2010.



neschopnost. Úspěšnost podporovaného zaměstnávání je proto u uživatelů z řad lidí s duševním onemocněním nižší, než u ostatních cílových skupin.<sup>86</sup>

---

<sup>86</sup> Vítáková, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd., Praha: Rytmus, 2005, s. 99.

## 7 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ

Úkolem FOKUSu Vysočina je poskytnout mnohostrannou podporu lidem s duševním onemocněním. Pomoc na poli pracovního uplatnění je tvořena nabídkou souboru služeb, v němž je uživatel bezprostředně zaměstnán nebo čerpá podporu v programu, který usiluje o dosažení jeho samostatnosti a posunu na otevřený trh práce. Výše popsání sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna a služby Týmu podpory v zaměstnávání, kterými jsou job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání, nabízejí ucelený systém podpory, který klade důraz na zvyšování míry samostatnosti uživatele a směřuje na otevřený trh práce. V empirické části bakalářské práce budu sledovat, jaký postup lidé s duševním onemocněním v čerpání forem podpory v oblasti zaměstnání volí a jaké kombinace služeb jsou nejčastěji čerpány. Cílem je potvrdit nebo vyvrátit hypotézu, že nejméně polovina uživatelů, kteří čerpají větší počet služeb, se vrací k intenzivnější míře podpory.

Sledovat budu čerpání souboru služeb zaměřených na podporu v oblasti zaměstnání lidmi s duševním onemocněním v období od roku 2006 do roku 2010 v Havlíčkově Brodě a v Pelhřimově. Rok 2006 jsem pro počátek empirického šetření zvolila záměrně z toho důvodu, že v tomto roce vznikla ve FOKUSu Vysočina v rámci projektu z grantového schématu SROP Agentura podporovaného zaměstnávání – zavedení uceleného programu individuální podpory pro začlenění na trh práce v oblasti Havlíčkobrodsko a Pelhřimovsko. Vedle chráněné dílny, měli lidé s duševním onemocněním možnost využít službu job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Služby byly v omezeném rozsahu poskytovány již od roku 2004, procházely však vývojem. Poptávka po tomto druhu služeb vyžadovala technické zázemí a vyšší personální zajištění. Se vznikem Agentury se stalo jejich poskytování systematické a pro vedení jednotlivých služeb byla vypracována podrobná metodika. Po ukončení dvouletého projektu v březnu 2008 byla při zachování poskytovaných služeb Agentura

podporovaného zaměstnávání přejmenována na Tým podpory v zaměstnávání. V roce 2007 byla v souladu se zákonem o sociálních službách oficiálně zahájena také činnost sociálně terapeutické dílny.

Čerpání služeb poskytovaných v současnosti Týmem podpory v zaměstnávání bylo v průběhu projektu Agentury podporovaného zaměstnávání evidováno v jiné elektronické databázi. Práce zaměstnance chráněné dílny evidována v elektronické databázi nebyla. Celkově není v současné době vytvořen přehled, který by vypovídal, jakým způsobem jednotliví uživatelé celý soubor služeb zaměřených na podporu v oblasti zaměstnání využívají. Zjištění takových údajů v organizaci, jejíž prioritní cílovou skupinou jsou lidé s duševním onemocněním, bude možné využít například při plánování vývoje služeb, při žádosti o granty a v neposlední řadě bude možné zjištěné výstupy prezentovat na odborných kolokviích a konferencích.

## **7.1 Cíle šetření**

Cílem mé práce je

- zjistit míru využití služeb v oblasti zaměstnání (případný vliv věku na čerpání forem podpory)
- zjistit nejčastější kombinace forem podpory u lidí s duševním onemocněním
- zjistit vazbu konkrétních typů podpory k uplatnění na otevřeném trhu práce
- z opakujících se vzorců v trajektoriích vyvodit typologii uživatelů v programech zaměřených na podporu v oblasti zaměstnání.

### **Hypotéza:**

Nejméně 50 % lidí s duševním onemocněním, kteří čerpají více než jednu službu v oblasti zaměstnání, se vrací k čerpání služby s intenzivnější mírou podpory.

## **7.2 Metody a techniky zkoumání**

Užitými metodami a technikami zkoumání je studium spisové dokumentace, třídění statistických dat a analýza trajektorie uživatelů služeb.

V elektronické databázi Agentury podporovaného zaměstnávání pro rok 2006 – 2007 v kanceláři v Pelhřimově a v Havlíčkově Brodě jsem vyhledala z řad osob se zdravotním postižením uživatele s duševním onemocněním. K doplnění potřebných údajů mi byla k dispozici také spisová dokumentace jednotlivých uživatelů. Formou polních poznámek jsem pořídila záznamy čerpání jednotlivých služeb každého z uživatelů. Tyto obsahovaly vedle údajů data uzavření smlouvy o poskytování služby, data nástupu do přechodného zaměstnání nebo nástupu na otevřený trh práce také informace o přerušení nebo ukončení služby z důvodu ataky duševní nemoci. V jiném typu databáze vytvořeného již pro Tým podpory v zaměstnávání jsem vybírala rovněž uživatele s duševním onemocněním a zjišťovala stejné údaje v letech 2008 – 2010. Ke zjištění údajů zaměstnanců chráněné dílny a uživatelů sociálně terapeutické dílny jsem oslovila vedoucí středisek Pelhřimov a Havlíčkův Brod k nahlédnutí do spisové dokumentace a pracovních smluv. Zajímala mě doba trvání pracovní smlouvy v chráněné dílně nebo doba trvání smlouvy o poskytování služby sociální rehabilitace v sociálně terapeutické dílně.

Utříděním informací jsem získala počet všech uživatelů s duševním onemocněním, kteří se v průběhu pěti let pohybovali ve službách podpory v oblasti zaměstnání. Spojením zjištěných údajů do grafické podoby jsem vytvořila trajektorie čerpání služeb jednotlivými uživateli, které jsem následně podrobila analýze.

## **7.3 Analýza dat souboru**

### **Velikost souboru**

Zjištěním počtu všech lidí s duševním onemocněním, kteří v letech 2006 – 2010 ve FOKUSu Vysočina ve střediscích Havlíčkův Brod a Pelhřimov

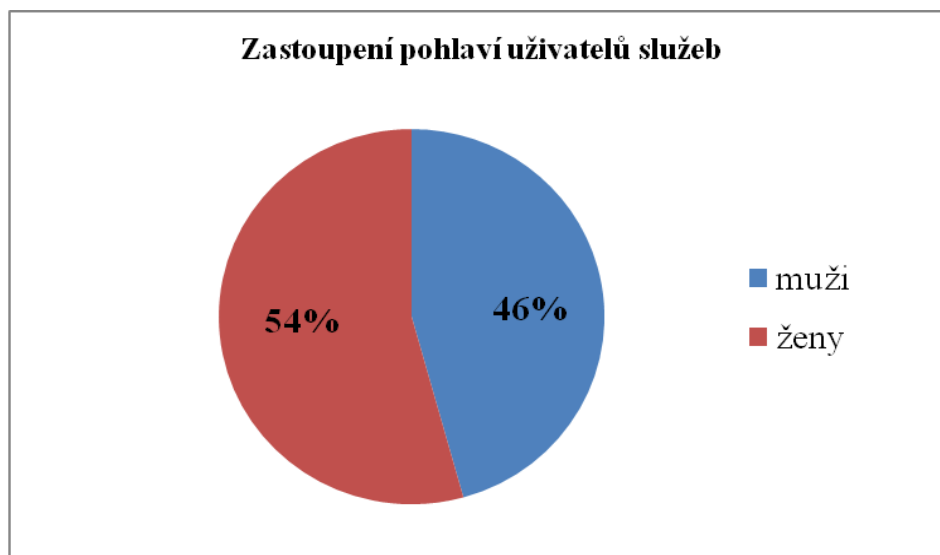
čerpali služby v programech zaměřených na podporu v oblasti zaměstnání, vznikl soubor celkem 127 osob.

### **Základní demografické údaje souboru**

V rámci analýzy dat mě zajímalo zastoupení pohlaví v souboru uživatelů a průměrný věk.

V letech 2006 – 2010 využilo služby zaměřené na podporu v oblasti zaměstnání celkem 127 osob, z toho 58 mužů a 69 žen. Ženy v souboru uživatelů převažovaly o 8 %. Pro přehled uvádím grafické zpracování.

Graf č. 3 Zastoupení pohlaví uživatelů služeb



### **Věkové rozpětí uživatelů služeb**

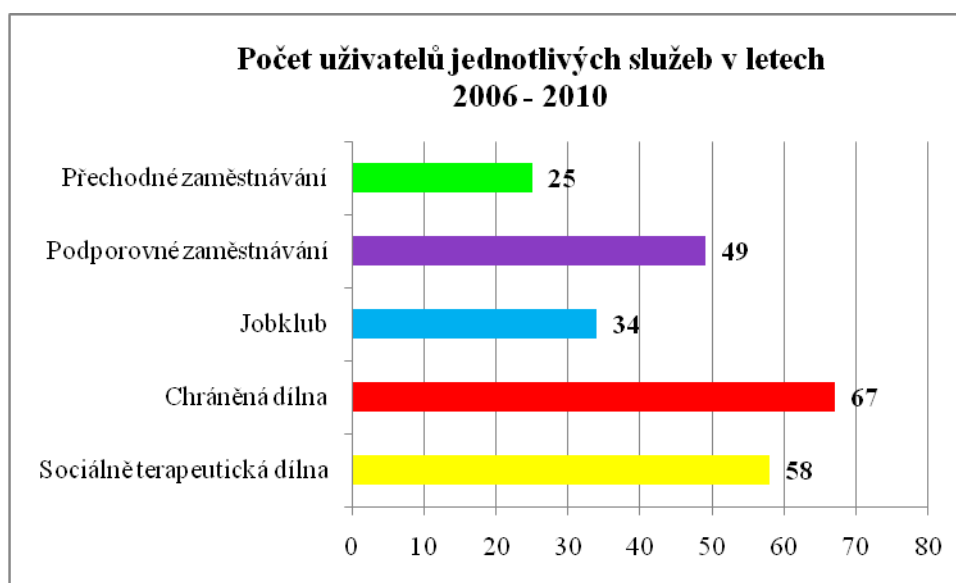
Vzhledem k tomu, že duševní nemoc postihuje osoby v produktivním věku, je v souboru zastoupen jak věk po dovršení zletilosti, tak i věk před nástupem do starobního důchodu. Nejstarší uživatel služeb poskytovaných ve sledovaném období se narodil v roce 1943, nejmladší pak v roce 1990. Rok narození jednotlivých uživatelů se pohybuje v rozmezí let 1943 až 1990.

1943  1990

Průměrný věk v souboru uživatelů činí 40,5 let a v případě rozdělení na pohlaví se od celkového průměru podstatněji neliší. Věkové rozložení budu ve své práci dále sledovat ke zjištění, zda hraje roli ve výběru konkrétní podpory nebo zda ovlivňuje počet typů podpory využitých jedincem.

Následně jsem zjišťovala celkové počty uživatelů jednotlivých služeb ve sledovaném období.

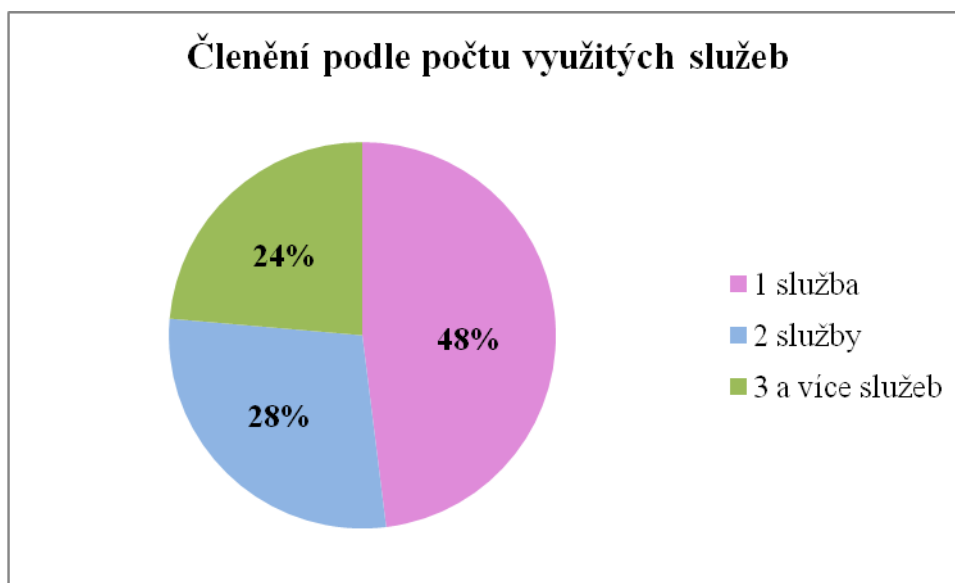
Graf č. 4 Počet uživatelů jednotlivých služeb v letech 2006 – 2010



Nejvíce využívanou formou podpory byla chráněná dílna, kde ve sledovaném období bylo zaměstnáno celkem 67 lidí s duševním onemocněním. Jako druhá nejčastěji užívaná služba se umístila s počtem 58 uživatelů sociálně terapeutická dílna. Uvážím-li, že začala být poskytována o rok později než ostatní formy podpory (od roku 2007), ukazuje se tím, že se jedná o službu využívanou. Poměrně vysokým číslem disponuje také podporované zaměstnávání. Job klub není pro cílovou skupinu službou tolik vyhledávanou, protože se jedná o skupinovou aktivitu. Lidé s duševním onemocněním preferují spíše individuální přístup, který je provází podporovaným zaměstnáváním. Nejméně uživatelů má ve sledovaném období služba přechodné zaměstnávání. Je jisté, že nejnižší číslo v tomto

případě neukazuje neoblíbenost programu, ale vazbu na provozní zaměstnavatele, které je pro chod služby třeba získat. V tomto směru se pak nedá hovořit o službě nejméně žádané, protože je podmíněna spoluprací se zaměstnavateli. Její počátek je sledován od uzavření dohody o dočasném přidělení zaměstnance, tedy od umístění uživatele k provoznímu zaměstnavateli.

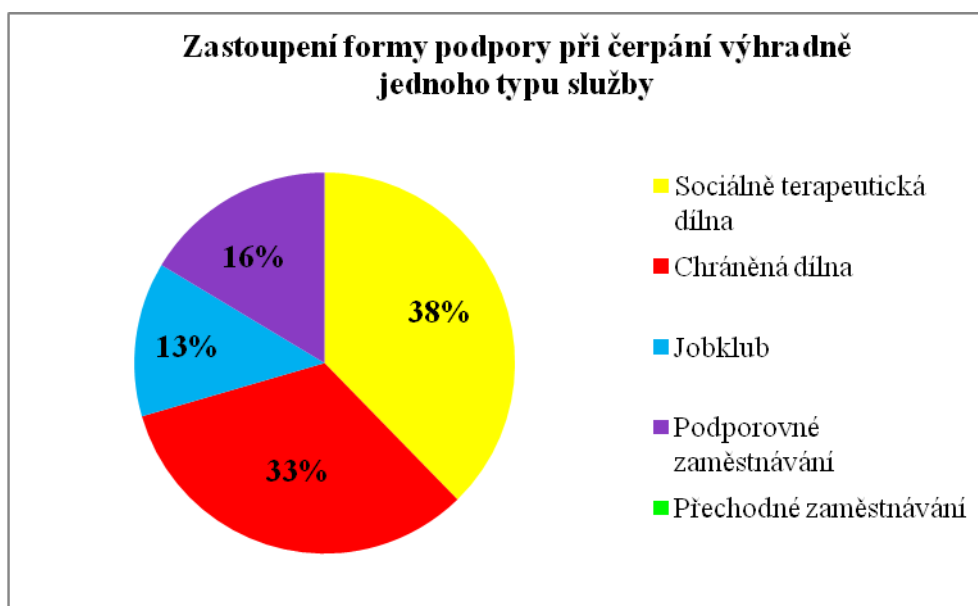
Graf č. 5 Členění podle počtu využitých služeb jedním uživatelem



Výsledky členění podle počtu služeb využitých jedním uživatelem ukazují, že 66 uživatelů (celkem 52 %), čerpalo více než jednu službu, z toho dva typy služeb 36 uživatelů a tři a více služeb 30 uživatelů. 61 uživatelů čerpalo pouze jednu formu podpory. Zajímavé je zjištění, kterou z forem podpory volí uživatelé při čerpání výhradně jedné služby.

## Výsledky šetření při čerpání výhradně jednoho typu podpory

Graf č. 6 Zastoupení formy podpory při čerpání výhradně jednoho typu služby



Ukázalo se, že sociálně terapeutická dílna je nejvíce užívanou službou v případě čerpání výhradně jednoho typu podpory. Takový výsledek může být ovlivněn faktem, že sociálně terapeutická dílna představuje v nabídce služeb vůbec nejintenzivnější typ podpory a je využívána například po návratu z psychiatrické léčebny jako první krok k získání nebo obnovení pracovních návyků. Je to služba, která neklade nároky na výkon a není požadována motivace k uplatnění na otevřeném trhu práce. Druhé nejvyšší zastoupení má chráněná dílna. Lze usuzovat, že do vysokého počtu lidí s duševním onemocněním v chráněné dílně jako způsobu čerpání výhradně jednoho typu podpory jsou zahrnuti stabilní zaměstnanci, kteří již neuvažují o změnách a práce v chráněné dílně pro ně představuje variantu, se kterou jsou dlouhodobě spokojeni. Nulové zastoupení mělo v tomto případě přechodné zaměstnávání. Jde o službu, u které je třeba podstoupit přípravu formou nácviku dovedností a vyhledat vhodného zaměstnavatele a z těchto důvodů nebyla služba samostatně čerpána.



Tabulka č. 1 Zastoupení pohlaví a průměrný věk při čerpání výhradně jednoho typu podpory

Forma podpory	Ženy	Muži	Celkem	Průměrný věk uživatelů
Sociálně terapeutická dílna	12	11	23	39
Chráněná dílna	12	8	20	48
Job klub	4	4	8	38
Podporované zaměstnávání	7	3	10	41

Nápadný je vyšší průměrný věk uživatelů – zaměstnanců chráněných dílen. Zaměstnanci chráněné dílny jsou v průměru o deset let starší, než uživatelé služby job klub nebo sociálně terapeutická dílna. Takový výsledek podporuje myšlenku, že jde o stabilní zaměstnance, kteří neuvažují o posunu na otevřený trh práce a nepodnikají kroky, které by jim pomohly najít jiné zaměstnání.

#### Výsledky šetření při čerpání více forem podpory

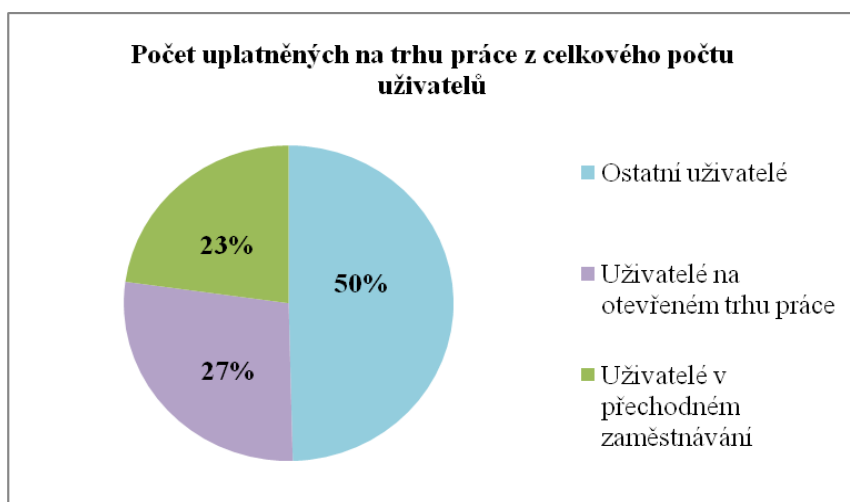
Tabulka č. 2 Zastoupení pohlaví a průměrný věk při čerpání více forem podpory

Počet forem podpory	Ženy	Muži	Celkem	Průměrný věk uživatelů
Dvě služby	16	20	36	38
Tři a více služeb	18	12	30	39

Z výsledků empirického šetření vyplývá, že lidé s duševním onemocněním s průměrnou věkovou hranicí 38 let čerpají více služeb než lidé s duševním onemocněním v průměrném věku 48 let.

Dále jsem zjišťovala, kolika uživatelům z celkového počtu se podařilo uspět na otevřeném trhu práce. Za úspěch jsem přitom považovala uzavření pracovní smlouvy se zaměstnavatelem a výkon práce po dobu minimálně jednoho měsíce.

Graf č. 7 Počet uplatněných na trhu práce z celkového počtu uživatelů



Z celkového počtu uživatelů se 27 % podařilo uspět na otevřeném trhu práce. Dalších 23 % uživatelů bylo v rámci přechodného zaměstnávání umístěno u provozního zaměstnavatele. Celkem tedy 50 % uživatelů pracovalo v běžných nechráněných podmínkách. Následně jsem zjišťovala, který druh podpory (v případě 27 % uživatelů) měl vazbu na uplatnění uživatele na otevřeném trhu práce, přesněji řečeno, po kterém bezprostředně čerpaném druhu podpory se uživatel na otevřeném trhu práce umístil.

Tabulka č. 3 Čerpaná podpora s vazbou na uplatnění na trh práce

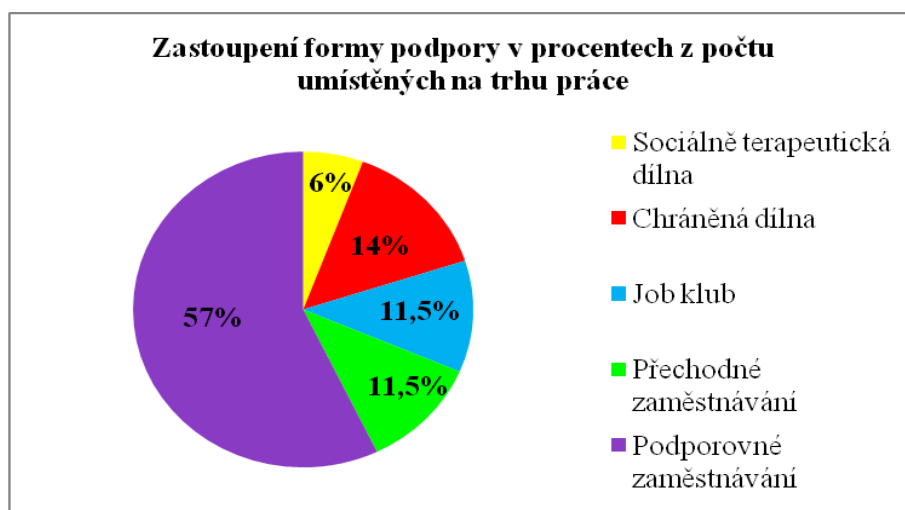
Druh podpory	Následné uplatnění na trhu práce
Sociálně terapeutická dílna	2
Chráněná dílna	5
Job klub	4
Přechodné zaměstnávání	4
Podporované zaměstnávání	20
<b>Celkem</b>	<b>35</b>

K nejvyššímu počtu umístění na otevřeném trhu práce došlo v průběhu nebo bezprostředně po čerpání služby podporované zaměstnávání. Takový závěr

bylo možné předpokládat především z toho důvodu, že se jedná o intenzivní a individuální podporu, která k uplatnění na trhu práce směřuje. Oproti podporovanému zaměstnávání byla ostatní čísla vážící s k umístění na trhu práce nízká. Nejnižší číslo vykazovala sociálně terapeutická dílna, která představuje nejintenzivnější formu podpory a je pochopitelné, že uživatelé nesměřují bezprostředně po jejím čerpání do nechráněného prostředí. Celkem pěti uživatelům se podařilo uspět na otevřeném trhu práce přechodem z chráněné dílny. Lze se domnívat, že nízké číslo zohledňuje fakt, že v chráněné dílně převážně pracují lidé s duševním onemocněním, kteří nemají ambice postoupit na otevřený trh práce a zaměstnání v chráněných podmínkách se pro ně stalo nejvyšší možností pracovního uplatnění. Stejně výsledky pro uplatnění na trhu práce po bezprostředním čerpání služby vykazoval job klub a přechodné zaměstnávání.

Pro přehled uvádím grafické znázornění jednotlivých forem podpory s vazbou na uplatnění na otevřeném trhu práce v procentech. Tento výsledek je vyvozen z počtu umístěných na otevřeném trhu práce.

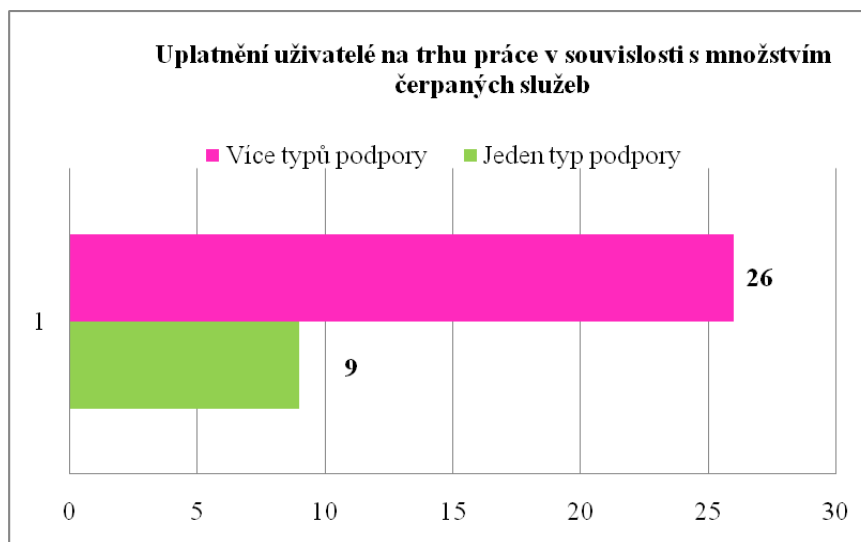
Graf č. 8 Formy podpory a vazba na uplatnění na otevřeném trhu práce



Z grafu č. 8 je zřejmá převaha služby podporované zaměstnávání ve smyslu bezprostřední vazby na úspěch na otevřeném trhu práce.

Dále mě zajímalo, zda uživatelé, kteří se umístili na otevřeném trhu práce byli zároveň těmi, kteří ve sledovaném období čerpali více forem podpory, tedy zda počet čerpaných služeb podpořil úspěch na otevřeném trhu práce a to bez ohledu na vazbu poslední konkrétní užití podpory.

Graf č. 9 Uplatnění uživatelé na trhu práce v souvislosti s množstvím čerpaných služeb



Zjistila jsem, že více než jednu formu podpory čerpalo před umístěním na trhu práce 26 uživatelů a 9 uživatelů před nástupem na otevřený trh práce čerpalo výhradně jeden typ podpory. Z toho jednoznačně vyplývá, že čerpání více forem podpory predikuje úspěch na otevřeném trhu práce.

#### 7.4 Nejčastěji užívané kombinace forem podpory

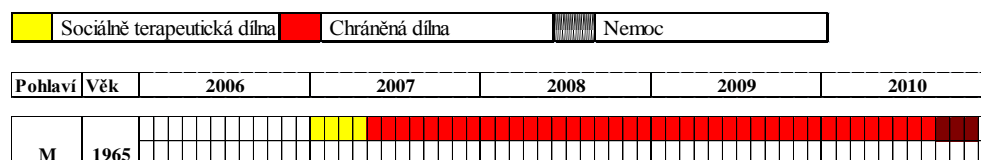
Dále jsem se v rámci empirického šetření věnovala sledování kombinací forem podpory čerpaných uživateli. Zajímalo mě, jaké kombinace forem podpory uživatelé volí nejčastěji bez ohledu na to, v jakém sledu jsou jednotlivé služby čerpány a bez zjišťování výsledného efektu.

##### Nejvíce užitá kombinace dvou forem podpory

Nejvíce volenou kombinací forem podpory byla sociálně terapeutická dílna a chráněná dílna. Tuto kombinaci zvolilo 18 uživatelů. Takový výsledek

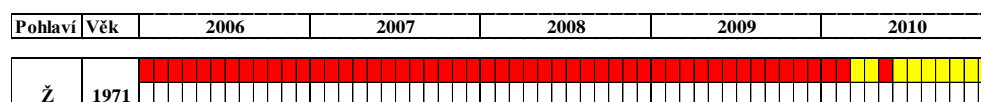
odpovídá na nabízený systém postupně se snižující podpory. Uživatel přichází například z psychiatrické léčebny nebo po dlouhodobé pracovní neschopnosti a volí nejintenzivnější stupeň podpory v sociálně terapeutické dílně. Po obnovení základních pracovních návyků a dovedností postupuje do chráněné dílny, kde s ohledem na vlastní možnosti a zdravotní postižení pracuje v chráněných podmínkách. Tam uživatel v případě stabilizovaného zdravotního stavu setrvává nebo po čase pro zhoršení zdravotního stavu z chráněné dílny odchází. Pro příklad uvádím trajektorii uživatele, který čerpal tyto dvě formy podpory.

Tabulka č. 4 Trajektorie uživatele dvou forem podpory - sociálně terapeutická dílna a chráněná dílna



Ve stejné kombinaci dvou forem podpory byl uživateli zvolen také opačný postup, tedy z nižší míry podpory na vyšší. Jednalo se o zaměstnance chráněné dílny, kterým zhoršení zdravotního stavu nedovolilo nadále pracovat v chráněné dílně. Z důvodu obavy snížení nebo ztráty pracovních dovedností zvolili sociálně terapeutickou dílnu. Pro ilustraci opět uvádím trajektorii služeb konkrétního uživatele.

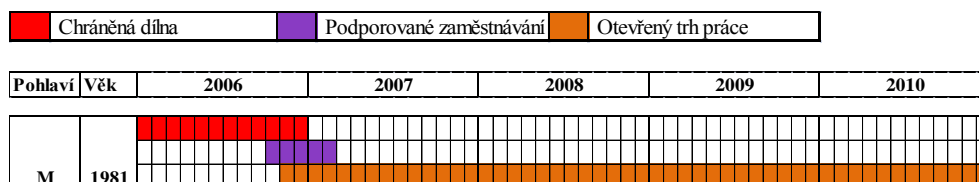
Tabulka č. 5 Trajektorie uživatele dvou forem podpory - chráněná dílna a sociálně terapeutická dílna



Druhou pozici nejvíce užívaných dvou forem podpory zaujala kombinace chráněná dílna a podporované zaměstnávání. Jednalo se o uživatele, kteří byli zaměstnáni v chráněné dílně a měli zájem uplatnit se na otevřeném trhu

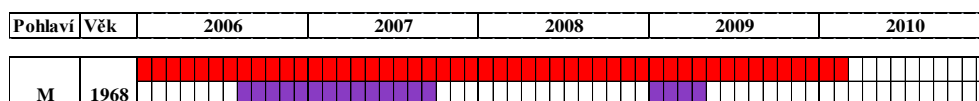
práce. Jako příklad uvedu trajektorii konkrétního uživatele s vazbou na uplatnění na otevřeném trhu práce.

Tabulka č. 6 Trajektorie uživatele dvou forem podpory – chráněná dílna a podporované zaměstnávání s výsledkem uplatnění na otevřeném trhu práce



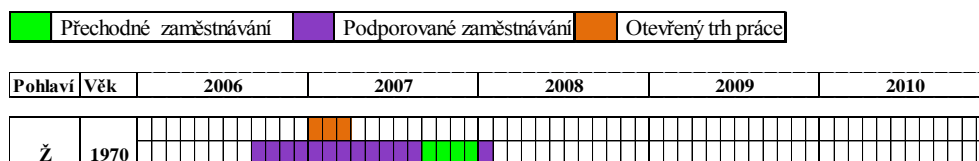
Jiná trajektorie při užití stejné kombinace služeb ukazuje opakovaný pokus konkrétního uživatele o posun na otevřený trh práce v rámci programu podporované zaměstnávání, ale bez úspěchu na vazbu s nástupem na otevřený trh práce.

Tabulka č. 7 Trajektorie uživatele dvou forem podpory - chráněná dílna a opakovaně podporované zaměstnávání



Stejné výsledky v počtu uživatelů jsem zaznamenala v čerpání dvou forem podpory v kombinaci podporované zaměstnávání a přechodné zaměstnávání. Tuto kombinaci volí uživatelé, kteří z nějakého důvodu nemají zájem o zaměstnání v chráněné dílně a čerpají výhradně služby s nižší mírou podpory směřující k uplatnění na otevřeném trhu práce.

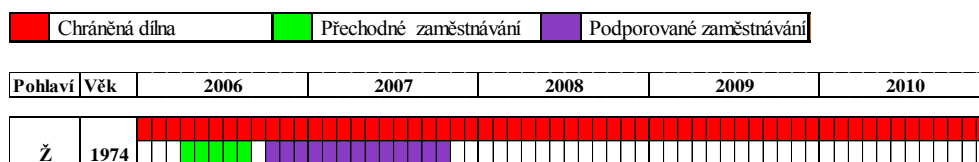
Tabulka č. 8 Trajektorie uživatele dvou forem podpory – podporované zaměstnávání a přechodné zaměstnávání



### Nejvíce užití kombinace tří forem podpory

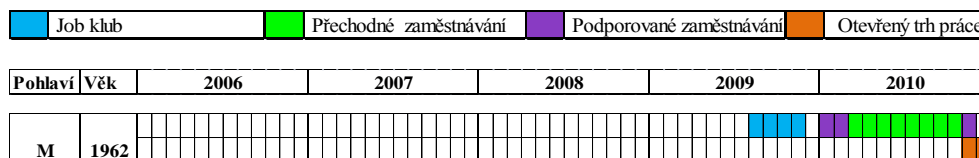
Jednoznačně nejvíce uživatelů zvolilo formy podpory v kombinaci chráněná dílna, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Tento model ukazuje na zájem čerpat postupně se snižující míru podpory. Opět uvádím příklad trajektorie konkrétního uživatele služeb.

Tabulka č. 9 Trajektorie uživatele tří forem podpory - chráněná dílna, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání



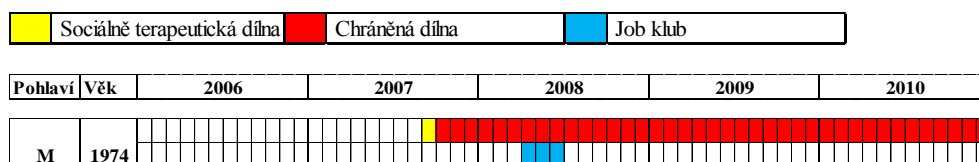
Opakovaně se objevila také kombinace forem podpory job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Příkladem trajektorie.

Tabulka č. 10 Trajektorie uživatele tří forem podpory – job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání.



Stejně zastoupení četnosti čerpání měla kombinace služeb sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna a job klub.

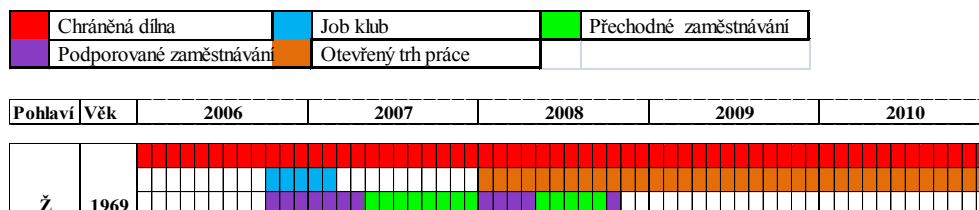
Tabulka č. 11 Trajektorie uživatele tří forem podpory – sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna a job klub



### Nejvíce užitá kombinace čtyř forem podpory

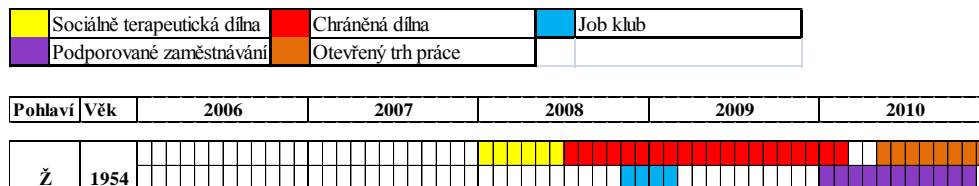
Při čerpání čtyř forem podpory se opakovala kombinace chráněná dílna, job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání.

Tabulka č. 12 Trajektorie uživatele čtyř forem podpory – chráněná dílna, job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání



Další z opakujících se kombinací forem podpory byla ve složení sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna, job klub a podporované zaměstnávání.

Tabulka č. 13 Trajektorie uživatele čtyř forem podpory – sociálně terapeutická dílna, chráněná dílna, job klub a podporované zaměstnávání

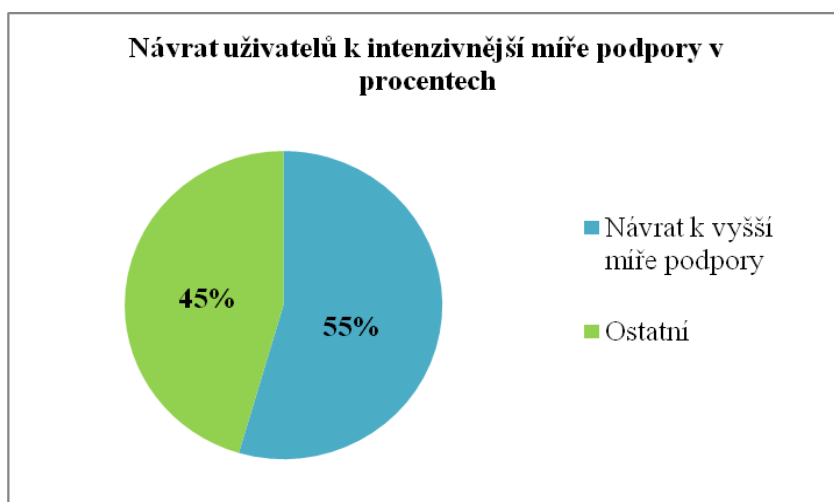


### Vliv nemoci na průběh čerpání služeb

U některých uživatelů z důvodu ataky nemoci došlo k ukončení nebo přerušení čerpání konkrétní služby. Tento jev byl lékařsky doložen a zdokumentován v 19 případech. Celkem se ale k intenzivnějšímu typu podpory pro zhoršení zdravotního stavu vrátilo 36 uživatelů. Grafické znázornění přiblíží četnost návratu uživatelů k formám podpory nižšího řádu.



Graf č. 10 Návrat uživatelů k intenzivnější míře podpory v procentech



Zjištěný výsledek potvrzuje hypotézu:

**nejméně 50 % lidí s duševním onemocněním čerpajících více než jednu službu v oblasti zaměstnání se vrací k čerpání služby s intenzivnější mírou podpory.**

Příkladem uvádím trajektorii uživatele, který v důsledku nemoci opakovaně čerpal intenzivnější formu podpory.

Tabulka č. 14 Vliv nemoci na průběh čerpání služeb

		Sociálně terapeutická dílna	Job klub	Přechodné zaměstnávání		
		Podporované zaměstnávání	Otevřený trh práce	Nemoc		
Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010
M	1971					

Uvedená trajektorie ukazuje, že uživatel nejdříve čerpal službu Job klub a zároveň v rámci podporovaného zaměstnávání našel uplatnění na otevřeném trhu práce. V zaměstnání se udržel pouze jeden měsíc a následně pokračoval v čerpání služby podporované zaměstnávání. Nalezl vhodného provozního zaměstnavatele v rámci formy podpory přechodné zaměstnávání. Také v přechodném zaměstnání se po jednom měsíci situace změnila. Z důvodu ataky duševní nemoci začal čerpat službu v sociálně

terapeutické dílně v době, kdy byl zároveň zaměstnán v běžném prostředí v rámci přechodného zaměstnávání. Následně využil službu podporované zaměstnávání a s odstupem dvou měsíců se opět vrátil ke službě s nejméně intenzivní mírou podpory – do sociálně terapeutické dílny. U tohoto uživatele došlo v důsledku nemoci k opakovanému návratu ke službě s intenzivnější formou podpory.

Vytvoření trajektorií mobility uživatelů ve službách v oblasti zaměstnání a zjištění nejčastěji užívaných kombinací služeb se stalo podkladem ke konstrukci typologie uživatelů služeb.

## **7.5 Typologie uživatelů služeb**

Stěžejní část empirického šetření je věnována vyvození typologie uživatelů služeb zaměřených na podporu v oblasti zaměstnání. Analýza trajektorií lidí s duševním onemocněním ukázala shodu určitých vzorců v čerpání forem podpory v oblasti zaměstnání u několika skupin. Tentokrát jsme nesledovala pouze čerpání stejných forem podpory, ale cílem byla konstrukce typologie uživatelů podle znaků, jakými byly jistá strategie v postupu, posloupnost, délka a průběh čerpání forem podpory nebo výsledný efekt. Charakteristické opakující se znaky jsem utřídila a popsala celkem 5 typů uživatelů. Jde o konzervativní typ, limitovaný typ, experimentující typ, hrdý typ a vítězný typ. K jednotlivým typům mohli být zařazeni uživatelé, kteří čerpali služby alespoň šest měsíců. Jejich základní charakteristiky a příklady jejich trajektorií nyní uvedu.

### **Konzervativní typ**

Jde o člověka, který dlouhodobě a bez jediného pokusu o čerpání jakékoliv z nabízených forem podpory pracuje výhradně v chráněné dílně. Nemá potřebu experimentovat, nepokouší se uplatnit na otevřeném trhu práce. Preferuje jistotu chráněných podmínek, kde je respektováno jeho zdravotní znevýhodnění. Práce v chráněné dílně mu přináší finanční zisk a zaručuje

sociální kontakty. Výsledky šetření ukázaly, že se jedná o člověka v průměrném věku 48 let. Ke konzervativnímu typu jsou zařazeni všichni uživatelé, kteří pracovali v chráněné dílně minimálně šest měsíců a ve sledovaném období neprojevili zájem o jinou formu podpory, ani se neuplatnili na otevřeném trhu práce. Příkladem uvádím trajektorie konkrétních uživatelů.

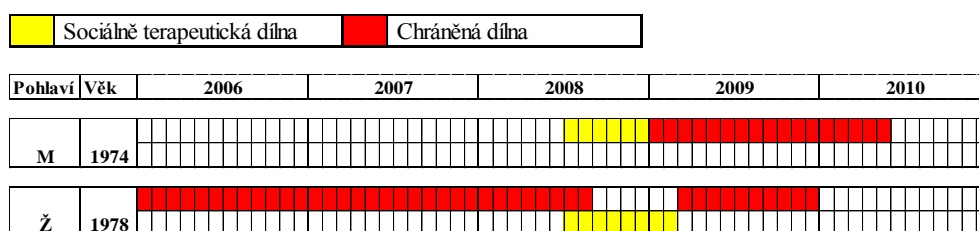
Tabulka č. 15 Konzervativní typ – příklady trajektorií

		Chráněná dílna											
Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010							
Ž	1948	[Red bar indicating presence in sheltered workshop]											
M	1947	[Red bar indicating presence in sheltered workshop]											

### Limitovaný typ

Nejčastěji užívaná kombinace sociálně terapeutické dílny a chráněné dílny přináší další typ uživatele. Charakteristickým znakem pro tento typ je snížená míra dovedností a absence motivace k experimentování. Jde o člověka, který například po návratu z psychiatrické léčebny, nebo po dlouhodobé pracovní neschopnosti, potřebuje vysoce intenzivní podporu k získání základních pracovních návyků a dovedností. Teprve po „nastartování“ v sociálně terapeutické dílně uzavře pracovní smlouvu pro práci v chráněné dílně. Jeho limit spočívá v tom, že v pracovní činnosti v chráněné dílně spatřuje pro oblast zaměstnání svou krajní mez. V důsledku nepříznivého zdravotního stavu může limitovaný uživatel kombinaci služeb opakovat. K limitovanému typu jsem zařadila také uživatele, kteří čerpají podporu v rozsahu alespoň šest měsíců v sociálně terapeutické dílně. Je možné se domnívat, že tento typ uživatele disponuje nižší sebedůvěrou, protože se nepokusil o další formu podpory, ať už o práci v chráněných podmínkách nebo v běžném provozu. Svou roli zde může hrát také stigma duševní nemoci, které dotyčný přijal a z toho důvodu o posunu na otevřený pracovní trh vůbec neuvažuje.

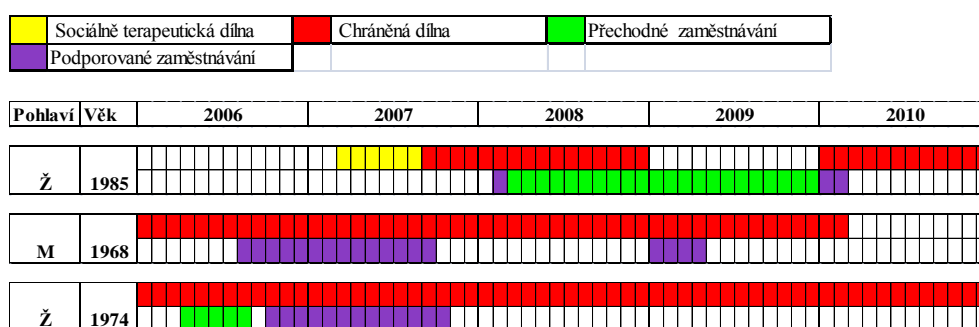
Tabulka č. 16 Limitovaný typ – příklady trajektorií



### Experimentující typ

Experimentující uživatel je člověk, který pracuje v chráněné dílně, ale má zájem se posunout na otevřený trh práce. Opakovaně se tak pokouší o různé formy podpory, které by mu mohly pomoci se na otevřeném trhu práce uplatnit. Jistotu pro něj představuje práce v chráněné dílně, ze které plyne finanční příjem a kde má vytvořené sociální vazby. Obvykle se mu podaří na čas pracovat v běžných podmínkách v rámci přechodného zaměstnávání. Dojít k uzavření pracovní smlouvy se zaměstnavatelem na otevřeném trhu práce se mu ale podaří jenom výjimečně a v zaměstnání se udrží jenom krátký čas. Přesto se o to opakovaně pokouší. Jako příklad uvádím trajektorie uživatelů typu experimentátor.

Tabulka č. 17 Experimentující typ – příklady trajektorií

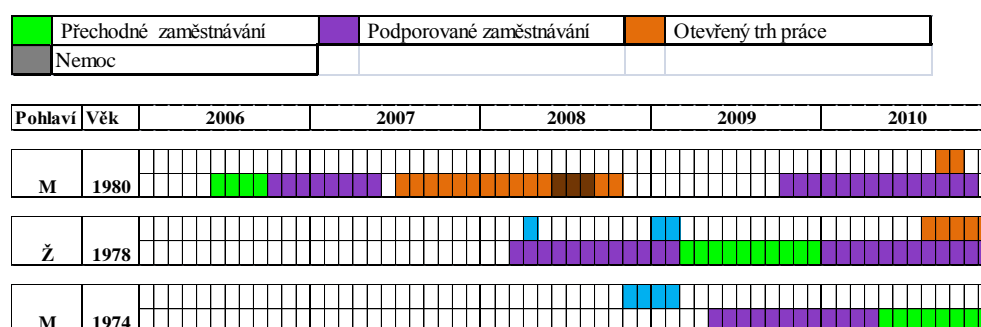


### Hrdý typ

Tento uživatel se vyznačuje tím, že nemá zájem pracovat v chráněné dílně a práci v chráněném prostředí zásadně odmítá. Čerpá téměř výhradně služby Týmu podpory v zaměstnávání. V rámci přechodného zaměstnávání pracuje v běžném prostředí u provozního zaměstnavatele a opakovaně se pokouší

uspět na otevřeném trhu práce prostřednictvím čerpání služeb job klub a podporované zaměstnávání. Většinou se mu povede uzavřít pracovní smlouvu se zaměstnavatelem na otevřeném trhu práce a několik měsíců si zaměstnání udrží. Je tady ale nemoc, která ho vrací zpět. Jde o bojovníka, který se opakovaně pokouší překonat nepříznivé důsledky nemoci. Vytrvale staví základy svého úspěchu na formách podpory směřujících na otevřený trh práce. Opakovaným nácvikem dovedností bojuje s narušením kognitivních funkcí.

Tabulka č. 18 Hrdý typ – příklady trajektorií



### Vítězný typ

Vítězem jsem nazvala uživatele, kterému se po absolvování různých forem podpory v oblasti zaměstnání, podařilo uspět a udržet se na otevřeném trhu práce déle než jeden rok bez přerušení nebo návratu k intenzivní formě podpory. Pro vítězný typ je tedy charakteristické dlouhodobé uplatnění na otevřeném trhu práce. Vzhledem k různorodosti čerpaných kombinací služeb nelze ale jednoznačně určit, jaké kombinace typů podpory k dlouhodobějšímu uplatnění na trhu práce vedou. Mezi faktory, které takový úspěch ovlivní, patří zřejmě stabilizovaný zdravotní stav, podpora sociálního prostředí, motivace a pravděpodobně i osobnostní nastavení uživatele. Z trajektorií vítězů bylo zřejmé, že v průběhu čerpání služeb nedocházelo ze zdravotních důvodů k velkým zvrátům. Příkladem uvádím trajektorie různých kombinací služeb u uživatelů vítězů.

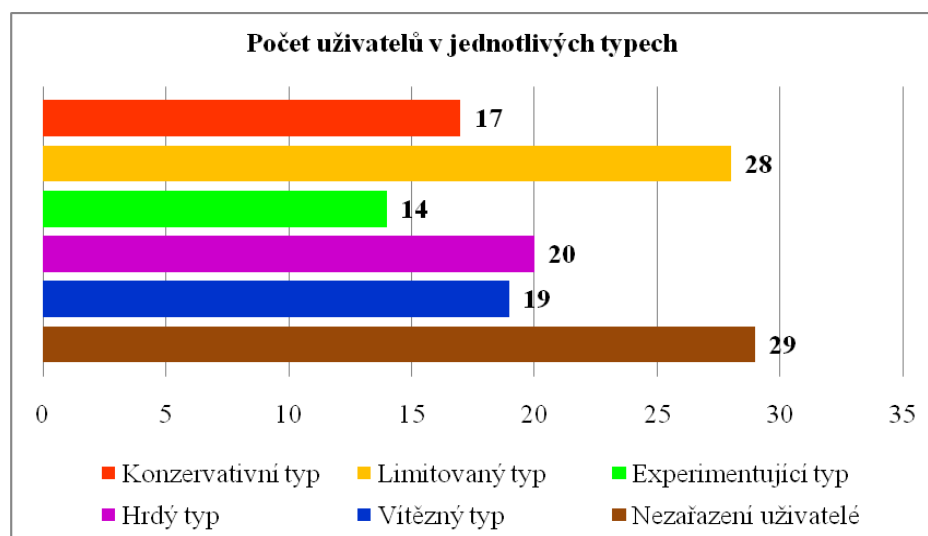
Tabulka č. 19 Vítězný typ – příklady trajektorií.

		Sociálně terapeutická dílna	Chráněná dílna	Job klub									
		Přechodné zaměstnávání	Podporované zaměstnávání	Otevřený trh práce									
Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010							
M	1973	[Bar chart showing trajectory for M, 1973]											
Ž	1955	[Bar chart showing trajectory for Ž, 1955]											
Ž	1955	[Bar chart showing trajectory for Ž, 1955]											
M	1957	[Bar chart showing trajectory for M, 1957]											
Ž	1980	[Bar chart showing trajectory for Ž, 1980]											

### Nezařazení uživatelé

Do jednotlivých typů bylo z celkového počtu zařazeno 98 uživatelů služeb. 29 uživatelů nebylo vhodné do typologie zařadit z důvodu krátkodobého nebo jednorázového využití služby. Jde o uživatele, kteří např. absolvovali pouze job klub, nebo do systému služeb nastoupili až v závěru sledovaného období. Následující graf přehledně znázorňuje zastoupení počtu uživatelů v jednotlivých typech.

Graf č. 11 Počet uživatelů v jednotlivých typech



Trajektorie všech uživatelů zařazené do jednotlivých typů jsou obsahem přílohy.

## 7.6 Souhrn výsledků empirického šetření

V empirické části práce jsem se zabývala sledováním využití služeb s různou formou podpory a jejich kombinací v oblasti zaměstnání u lidí s duševním onemocněním. Systém podpory představoval sociálně terapeutickou dílnu, chráněnou dílnu, job klub, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Výsledky empirického šetření předkládám ve vztahu ke stanoveným cílům práce.

### ➤ *Míra využití služeb v oblasti zaměstnání (vliv věku na volbu forem podpory)*

V roce 2006 – 2010 využilo služby zaměřené na podporu v oblasti zaměstnání celkem 127 lidí s duševním onemocněním. Průměrný věk v celém souboru byl 40,5 let a v případě rozdělení na muže a ženy se výrazně nelišil. 48 % uživatelů z celého souboru čerpalo ve sledovaném období výhradně jednu službu, 52% uživatelů čerpalo dvě a více služeb. Při čerpání výhradně jednoho typu podpory uživatelé čerpali nejčastěji sociálně terapeutickou dílnu a chráněnou dílnu. Lidé s duševním onemocněním s průměrnou věkovou hranicí 38 let čerpali častěji dvě a více služeb, lidé v průměrném věku 48 let pracovali častěji výhradně v chráněné dílně.

### ➤ *Nejčastěji užívané kombinace forem podpory*

Nejvíce čerpanou kombinací forem podpory byla sociálně terapeutická dílna a chráněná dílna. Druhou nejvíce užívanou kombinací byla chráněná dílna, přechodné zaměstnávání a podporované zaměstnávání. Stejnou četnost využití pak vykazovaly kombinace chráněná dílna a podporované zaměstnávání a kombinace podporované zaměstnávání a přechodné zaměstnávání.

### ➤ *Vazba konkrétních typů podpory na uplatnění na otevřeném trhu práce*

50 % uživatelů z celého souboru se uplatnilo v běžných pracovních podmínkách, z toho 23 % v rámci přechodného zaměstnávání. 27 % uživatelů uzavřelo pracovní smlouvu se zaměstnavatelem na otevřeném trhu práce. Formou podpory, která se nejčastěji vázala k uplatnění uživatelů na

otevřeném trhu práce, byla služba podporované zaměstnávání. K uplatnění na otevřeném trhu práce vedlo jednoznačně čerpání více forem podpory, což se prokázalo u 26 uživatelů, 9 uživatelů čerpalo před uplatněním na trhu práce výhradně jednu formu podpory. Nebyla nalezena kombinace služeb, která by jednoznačně převažovala u uživatelů úspěšně uplatněných na otevřeném trhu práce.

➤ *Hypotéza*

55 % uživatelů, kteří čerpali dvě a více služeb, se vrátilo ke službě s intenzivnější mírou podpory. Tím se potvrdila hypotéza: nejméně 50 % lidí s duševním onemocněním, kteří čerpají více než jednu formu podpory v oblasti zaměstnání, se vrací k čerpání intenzivnějšího typu podpory.

Z tohoto zjištění je zřejmé, že čerpání podpory v oblasti zaměstnání u lidí s duševním onemocněním nemá lineární průběh.

➤ *Typologie uživatelů služeb zaměřených na podporu v oblasti zaměstnání*

Klíčovou částí práce bylo vyvození typologie uživatelů služeb v oblasti zaměstnání. Analýza trajektorií uživatelů služeb ukázala opakující se znaky u pěti skupin, což umožnilo typologii vyvodit. Bylo určeno a charakterizováno pět typů uživatelů. Jedná se o konzervativní typ, limitovaný typ, experimentující typ, hrdý typ a vítězný typ. Z důvodu velmi krátkého nebo jednorázového čerpání služby nebylo do typologie zařazeno 29 uživatelů.



## ZÁVĚR

Vágnerová uvádí, že pracovní zařazení lidí s duševním onemocněním je často používáno jako měřítko sociální adaptace. Návrat do zaměstnání však může být pro tyto lidi velmi komplikovaný, protože většinou ztratili svoje pracovní návyky, bývají méně výkonní a hůře se adaptují.<sup>87</sup> Pěč a Probstová hovoří o potížích při výběru zaměstnání spojené s nedostatkem motivace a kritičnosti vůči požadavkům zaměstnání. Další problémy představuje hledání zaměstnání v podobě neznalosti způsobů hledání, neznalosti prezentace sebe sama jako kompetentního a motivovaného uchazeče a nerealistické sebehodnocení, které může být příliš nízké nebo příliš vysoké. Ve výčtu problémů se pak musí objevit i ty spojené s udržením zaměstnání pro nízké pracovní tempo, špatnou koncentraci, nedostatek dovedností v sociální a emoční oblasti a regrese do nemoci.<sup>88</sup> Přes všechny uvedené potíže ale podle Vágnerové platí, že „jakákoli pracovní činnost umožní těmto lidem zvýšit jejich sebedůvěru, dosáhnout větší samostatnosti a udržet si potřebné sociální dovednosti.“<sup>89</sup>

V empirické části této práce byl zkoumán systém podpory v oblasti zaměstnání, který zahrnuje širokou škálu služeb s různou mírou podpory a zároveň ponechává prostor pro individuální volbu. Přestože se jedná o spektrum služeb s postupně klesající mírou podpory, není stanoven závazný lineární postup pro využívání jednotlivých služeb. Zjištění, která přináší tato bakalářská práce, potvrzují, že lidé s duševním onemocněním se dokážou v nabízené škále služeb zorientovat a rozhodovat se podle svých osobních preferencí a aktuálních potřeb i limitů. Typologie uživatelů služeb vyvozená z jejich trajektorií ukazuje, že přistupují k čerpání forem podpory v oblasti zaměstnání způsobem, který odpovídá nejenom jejich aktuálnímu

---

<sup>87</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, s. 366.

<sup>88</sup> Pěč, o. Probstová, V. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, s. 117.

<sup>89</sup> Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, s. 367.

zdravotnímu stavu, ale také jejich osobnostnímu nastavení, jejich individualitě. Za důležité lze označit skutečnost, že i uživatelé, kteří nepatří k vítěznému typu, mohou čerpat podporu, která zachovává jejich pracovní potenciál. Systém podpory v oblasti zaměstnání ve FOKUSu Vysočina nabízí lidem s duševním onemocněním možnost využívat takové množství podpory, jaké aktuálně potřebují. Cílem je umožnit posílení samostatnosti a sebedůvěry uživatelů tak, aby mohli vést plnohodnotný život podle svých představ.

Specifická podpora pro lidi s duševním onemocněním v oblasti zaměstnání se jeví jako potřebný a důležitý partner na cestě za jejich pracovním uplatněním. Předpokládám, že výsledky této bakalářské práce bude možné využít při plánování vývoje služeb, při žádosti o granty a v neposlední řadě je bude možné prezentovat na odborných kolokviích a konferencích.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Literatura:

Buchtová, B. a kol. *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2002, 240 s. ISBN 80-247-9006-8.

Hejzlar, P. *Na cestě ke komunitní psychiatrii... Sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Theo, 2010, 137 s. ISBN 978-80-904009-6-2.

Kolektiv autorů. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. 1. vyd., Praha, Havlíčkův Brod: Rytmus, 2005, 87 s. ISBN 80-903598-1-7.

Mahrová, G., Venglářová, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd., Praha: Grada Publishing, 2008, 176 s. ISBN 978-80-247-2138-5.

Malá, E. Pavlovský, P. *Psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, 144 s. ISBN 80-7178-700-0.

Matoušek, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003, 288 s. ISBN 80-7178-549-0.

Matoušek, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. 1. vyd., Praha: Portál, 2005, 352 s. ISBN 80-7367-002-X.

Praško, J., Prašková, H., Prašková, J. *Deprese a jak ji zvládat*. 1. vyd., Praha: Portál, 2003, 184 s. ISBN 80-7178-809-0.

Pěč, O., Probstová, V. *Psychózy*. 1. vyd., Praha: TRITON, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7387-253-3.

Svoboda, M., Češková, E., Kučerová, H. *Psychopatologie a psychiatrie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2006, 320 s. ISBN 80-7367-154-9.

Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd., Praha: Portál, 2004, 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

Vitáková, P. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. 1. vyd., Praha: Rytmus, 2005, 127 s. ISBN 80-903598-0-9.

Vodáčková, D. a kol. *Krizová intervence*. 1. vyd., Praha: Portál, 2002, 544 s. ISBN 80-7178-696-9.

#### **Interní materiály:**

*Metodická příručka lektora Job klubu*. Sociální Agentura, Ústí nad Labem, 2004.

*Operační manuál Sociálně terapeutické dílny*. FOKUS Vysočina, 2010.

*Operační manuál Týmu podpory v zaměstnávání*. FOKUS Vysočina, 2010.

#### **Zákony:**

Zákon č. 155/1995 Sb. o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 198/2009 Sb., antidiskriminační zákon, v platném znění.

**Internetové zdroje:**

[www.fokusvysocina.cz](http://www.fokusvysocina.cz)

[www.europa.eu](http://www.europa.eu)

[www.fokus-praha.cz](http://www.fokus-praha.cz)

[www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

[www.psp.cz](http://www.psp.cz)

[www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz)

[www.who.cz](http://www.who.cz)

# PŘÍLOHA

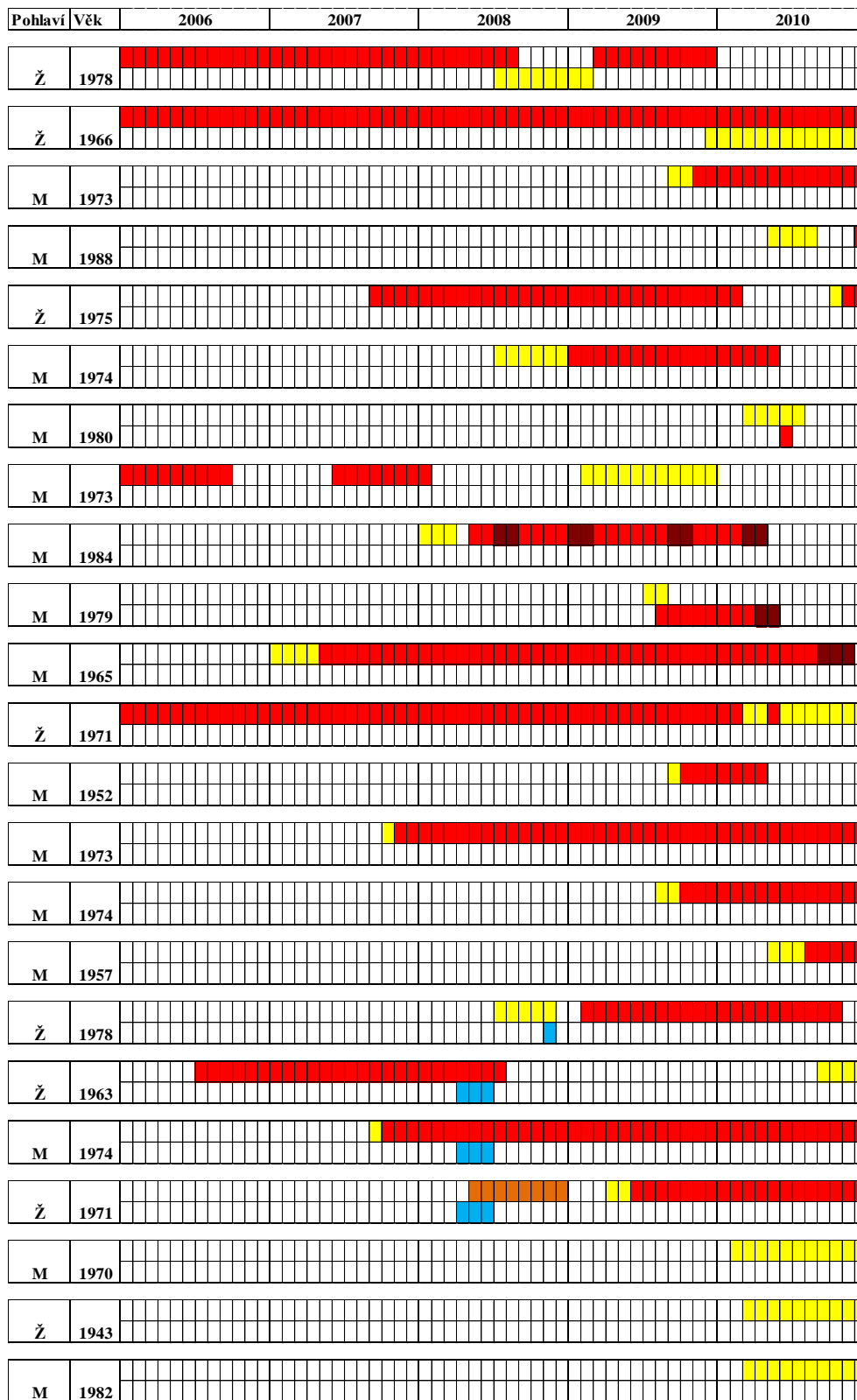
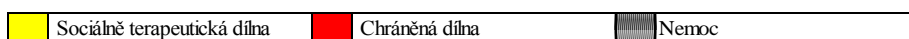
## ROZDĚLENÍ TRAJEKTORIÍ DO JEDNOTLIVÝCH TYPŮ

### KONZERVATIVNÍ TYP

Chráněná dílna

Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010
Ž	1948	[Red bar]				
Ž	1960	[Red bar]				
M	1962	[Red bar]				
M	1947	[Red bar]				
Ž	1978	[Red bar]				
Ž	1970	[Red bar]				
Ž	1960	[Red bar]				
Ž	1948	[Red bar]				
M	1979	[Red bar]				
Ž	1939	[Red bar]				
Ž	1971	[Red bar]				
M	1979	[Red bar]				
Ž	1980	[Red bar]				
M	1954	[Red bar]				
M	1962	[Red bar]				
Ž	1955	[Red bar]				
M	1958	[Red bar]				

# LIMITOVANÝ TYP



Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010							
Ž	1962					■	■	■	■	■	■	■	■
Ž	1958		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ž	1987								■	■	■	■	■
Ž	1989								■	■	■	■	■
Ž	1977				■	■	■	■	■	■	■	■	■

## EXPERIMENTUJÍCÍ TYP

■	Sociálně terapeutická dílna	■	Chráněná dílna	■	Job klub
■	Přechodné zaměstnávání	■	Podporované zaměstnávání	■	Otevřený trh práce
■	Nemoc	■	■	■	■

Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010							
M	1962	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ž	1974	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
M	1968	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ž	1966	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
M	1971												
M	1975	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ž	1966												
Ž	1985												
Ž	1964												
M	1954												
Ž	1970	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ž	1967	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
M	1954	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ž	1954												













































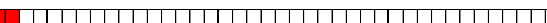












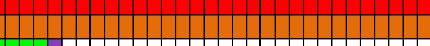


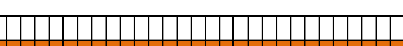




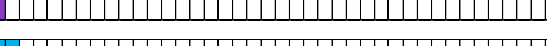






# HRDÝ TYP

Sociálně terapeutická dílna	Job klub	Přechodné zaměstnávání
Podporované zaměstnávání	Otevřený trh práce	Nemoc








Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010
M	1983					
Ž	1961					
M	1957					
Ž	1987					
M	1971					
Ž	1989					
M	1983					
Ž	1974					
M	1980					
Ž	1987					
Ž	1970					
M	1974					
Ž	1978					
Ž	1974					
M	1975					
M	1962					
Ž	1963					
M	1982					
Ž	1961					
Ž	1980					




















































## VÍTĚZNÝ TYP

	Sociálně terapeutická dílna		Chráněná dílna		Job klub
	Přechodné zaměstnávání		Podporované zaměstnávání		Otevřený trh práce

Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010
Ž	1964					
M	1981					
M	1983					
M	1958					
Ž	1955					
M	1980					
M	1973					
Ž	1972					
Ž	1955					
Ž	1980					
M	1985					
Ž	1979					
Ž	1969					
Ž	1952					
M	1957					
Ž	1975					
Ž	1973					
Ž	1961					
Ž	1972					

# NEZAŘAZENÍ UŽIVATELÉ

 Sociálně terapeutická dílna	 Chráněná dílna	 Job klub
 Přechodné zaměstnávání	 Podporované zaměstnávání	 Otevřený trh práce
 Nemoc		

Pohlaví	Věk	2006	2007	2008	2009	2010
M	1959					
Ž	1958					 
Ž	1978					 
M	1988		  			
M	1959		 			
M	1977			 		
M	1966			 		
Ž	1965				  	
Ž	1975				    	
Ž	1968				  	
Ž	1974					  
Ž	1968					  
Ž	1968					
Ž	1949					
Ž	1965					
Ž	1969					 
M	1976					 
M	1960				  	
Ž	1954				  	
M	1972				  	
M	1980		 			
M	1988					 
Ž	1974				