

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Filozofická fakulta

Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

**SAMOSTATNÉ BYDLENÍ OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A
PŘÍSPĚVEK NA PÉČI JAKO PODPORA SAMOSTATNOSTI**

**SELF-CONTAINED HOUSING OF PEOPLE WITH MENTAL DISABILITIES AND CARE
CONTRIBUTIONS TO SUPPORT THEIR INDEPENDENCY**

Bakalářská diplomová práce

Libuše Hýblová

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jan Kalenda, Ph.D.

Olomouc 2015

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

V Bohutíně dne 23. 3. 2015

podpis

Poděkování

Děkuji Mgr. Janu Kalendovi, Ph.D. za odborné vedení mé bakalářské práce, za věnovaný čas a cenné rady a připomínky, které mi poskytl při konzultacích. Také děkuji svým dcerám za trpělivost, kterou se mnou měly během mého studia.

OBSAH

ÚVOD	6
1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	7
1.1 Definice mentálního postižení.....	7
1.2 Etiologie mentálního postižení.....	9
1.3 Klasifikace mentálního postižení	10
2 POSTAVENÍ A PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	13
2.1 Specifika osob s mentálním postižením.....	14
2.2 Práva osob s mentálním postižením.....	15
2.3 Vývoj péče o osoby s mentálním postižením	17
3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V OBLASTI BYDLENÍ.....	20
3.1 Chráněné bydlení	22
3.2 Podpora samostatného bydlení.....	23
4 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI.....	25
4.1 Podmínky nároku na příspěvek na péči.....	25
4.2 Určení stupně závislosti na péči jiné osoby pro příspěvek na péči.....	26
4.3 Stupně závislosti na péči jiné osoby pro příspěvek na péči.....	27
5 EMPIRICKÁ ČÁST.....	29
5.1 Zařízení chráněného a podporovaného bydlení	31
5.2 Kapacita a vytíženost služeb CHB a PB	33
5.3 Normalizace života osob s mentálním postižením	34
5.4 Příspěvek na péči	36
6 CHRÁNĚNÉ A PODPOROVANÉ BYDLENÍ.....	39
6.1 Chráněné bydlení Olomoucký kraj.....	39
6.2 Podporované bydlení Olomoucký kraj.....	41
6.3 Chráněné bydlení Zlínský kraj	42
6.4 Podporované bydlení Zlínský kraj.....	44
ZÁVĚR	46
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ.....	48
PŘÍLOHY	50
ANOTACE	52

ÚVOD

K napsání této bakalářské práce mě inspirovala moje praxe v domově pro osoby s mentálním postižením. Blízko mého bydliště jsou dva domovy pro osoby s mentálním postižením, s některými jejich obyvateli jsem se setkávala, občas jsme si já nebo moje děti zakoupili jejich výrobky, které prodávají při různých příležitostech, ale o osobách s mentálním postižením jsem toho ještě před pár lety jinak mnoho nevěděla, asi stejně jako řada z nás laiků v této oblasti. Umíme si trochu představit, jaká jsou omezení u osob s postižením zraku nebo sluchu, s tělesným postižením, ale jak žijí osoby s postižením mentálním?

Při své praxi v domově jsem se s osobami s mentálním postižením blíže seznámila a setkala se s uživateli této pobytové služby, kteří jsou velmi šikovní, jsou schopní sebeobsluhy, naučili se zacházet se spotřebiči, jsou schopni samostatného pohybu, pokud by se pro ně našlo vhodné zaměstnání, mohli by do něj docházet a bylo by pro ně proto vhodné, jak jsem se dozvěděla, chráněné bydlení. S určitou dopomocí by tam mohli žít v podstatě běžným způsobem života.

Téma přiblížení osob s mentálním postižením běžnému životu pomocí chráněného bydlení mě zaujalo a rozhodla jsem se zvolit si jako cíl práce zjistit, jaké jednotlivé možnosti samostatného bydlení osoby s mentálním postižením mají a zmapovat všechny konkrétní možnosti samostatného bydlení osob s mentálním znevýhodněním v Olomouckém a Zlínském kraji. Chráněné bydlení bylo poprvé legislativně ukotveno v zákoně č. 108/2006 o sociálních službách, kde se také objevuje nová dávka příspěvek na péči, která má umožnit osobám se zdravotním postižením větší míru samostatnosti, bylo by tedy zajímavé zjistit, jestli osoby žijící v chráněném bydlení pobírají tento státní příspěvek, pokusím se tedy zmapovat stupeň přiznaného příspěvku na péči jednotlivých uživatelů.

Práce bude rozdělena na část teoretickou a praktickou. Část teoretickou rozdělím na kapitoly, ve kterých se zaměřím jednak na cílovou skupinu, tedy na osoby s mentálním postižením, na seznámení s tímto zdravotním znevýhodněním a jeho specifiky, dále na možnosti samostatného bydlení těchto osob a na informace o příspěvku na péči. V části praktické potom vyhledám jednotlivé konkrétní možnosti samostatného bydlení v Olomouckém a Zlínském kraji, které seřadím do samostatné kapitoly, aby je bylo možno v případě zájmu snadno vyhledat. Pomocí dotazníkového šetření v těchto konkrétních zařízeních se pokusím zmapovat stupeň příspěvku na péči uživatelů a několik dalších informací o fungování těchto zařízení, které potom zpracuji a vyhodnotím.

1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V roce 2013 bylo v České republice za úzké spolupráce Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR s přispěním Ministerstva práce a sociálních věcí ČR realizováno výběrové šetření o osobách se zdravotním postižením (pod označením VŠPO 13). Z výsledků šetření vyplynulo, že z celkového počtu obyvatel České republiky ke dni 31. 12. 2012 bylo 1 077 673 osob se zdravotním postižením, což je 10,2% populace. Z tohoto počtu bylo 104 574 osob s mentálním postižením.¹

1.1 Definice mentálního postižení

Stejně tak, jako se vyvíjí pohled společnosti na osoby s mentálním postižením v průběhu dějin, vyvíjela se i definice pojmu mentální postižení (mentální retardace).

Ve starší odborné literatuře nacházíme mnohé termíny označující mentální postižení, které byly postupem doby opuštěny pro svou pejorativnost, např. slabomyslnost, mentální či duševní zaostalost, mentální defektnost, rozumová či duševní vada aj. Od druhé poloviny 20. století se však začíná stále více zdůrazňovat individuální jedinečnost každého člověka s postižením. Toto souvisí s nově přijatou koncepcí tzv. speciálních potřeb a podpor oproti dříve uplatňované koncepci neschopností. V současné době jsou lidem s postižením přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti a společnosti je ukládána povinnost vytvořit systém speciálních služeb a podpor, aby potřeby osob s postižením byly adekvátně naplňovány a tyto osoby dosáhly co nejvyšší možné kvality svého života.²

Za nejznámější definici mentální retardace u nás je považována definice Dolejšího, který se snaží o komplexní vymezení mentální retardace: *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních*

¹ Výběrové šetření osob se zdravotním postižením VŠPO 13 [cit. 18. 3. 2015] [online], dostupné z <http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/p/260006-14>

² Černá, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009, s. 75-76

zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštlostech vývoje osobnosti.“³

Vágnerová definuje mentální retardaci jako „souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit. Je definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože postižený jedinec byl přijatelným způsobem výchovně stimulován. Hlavními znaky mentální retardace jsou nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a z toho vyplývající obtížnější adaptace na běžné životní podmínky. Limitovaný rozvoj rozumových schopností bývá spojen s postižením či změnou dalších schopností a s odlišností ve struktuře osobnosti.“⁴

Bazalová uvádí, že „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti – duševní, tělesné, sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení.“⁵

Švarcová tvrdí, že „Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku nebo nedostatečné funkce centrální nervové soustavy. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.“⁶

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje mentální retardaci jako „stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“⁷

Definice mentálního postižení je celá řada, jsou různorodé, každá představuje jiný přístup k osobám s mentálním postižením. Definice mentálního postižení odrážejí přístup společnosti k osobám s tímto postižením. Některé definice jsou úzce zaměřeny na nedostatečnost intelektu měřenou inteligenčním kvocienem, některé zdůrazňují jen neschopnost jedince. Jiné definice pojímají mentálně postiženého jedince v celém

³ Dolejší, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1983, str. 38

⁴ Vágnerová, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, s. 289

⁵ Bazalová in Pipeková, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, s. 269

⁶ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 29-30

⁷ MKN-10 Duševní poruchy a poruchy chování, s. 236, [online] [cit. 15. 12. 2014] dostupné z www.zdravi.geogr.muni.cz/zdroje/mkn.pdf

komplexu jeho osobnosti, snaží se popsat nejen omezení jedince, ale také jeho zvláštnosti v běžném životě, při vykonávání běžných činností.

V řadě publikací a také v české psychopedii⁸ se termíny jedinec s mentální retardací a jedinec s mentálním postižením v současné době užívají jako synonyma, použijeme tedy tato označení jako synonyma i v této práci.

1.2 Etiologie mentálního postižení

Mentální postižení může být způsobeno celou řadou různorodých příčin, které se podmiňují a působí společně, není proto snadné určit jednoznačnou příčinu vzniku mentálního postižení. Příčiny mentálního opožďování můžeme rozdělit na dvě základní skupiny – na příčiny endogenní (vnitřní) – genetické, zakódované v systémech pohlavních buněk a příčiny exogenní (vnější). Exogenní příčiny dále dělíme podle doby, ve které působí na vývoj jedince, a to na prenatální (doba od početí do narození), perinatální (doba těsně před, během a těsně po porodu) a postnatální (působící po narození do dvou let věku).⁹

Nejčastější příčiny mentálního postižení jsou podle Švarcové:

- následky infekcí a intoxikací – prenatální infekce (např. zarděnky, toxoplazmóza, pásový opar, kongenitální syfilis), postnatální infekce (např. zánět mozku) a intoxikace (např. toxemie matky);
- následky úrazů nebo fyzikálních vlivů – mechanické poškození mozku při porodu (např. novorozenecká hypoxie) a postnatální poranění mozku a hypoxie;
- poruchy výměny látek, růstu a výživy (např. mozková lipoidóza, fenyلكetonurie, glykogenózy);
- makroskopické léze mozku (např. novotvarem, degenerací);
- nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kaniostenóza);
- anomálie chromozomů (např. Downův syndrom);
- nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů);

⁸ nauka o zákonitostech rozvoje, výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením - Černá, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009, s. 9

⁹ Švarcová, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 41-42

- vážné duševní poruchy;
- psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek);
- jiné a nespecifické etiologie.¹⁰

1.3 Klasifikace mentálního postižení

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností jedince, které se obvykle označují jako inteligence, přestože tento velmi často užívaný pojem nebyl dosud uspokojivě definován a stále dochází k pokusům o jeho přesnější vymezení. Nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je W. Sternem zavedený inteligenční kvocient. Tento kvocient vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni, kterému říkáme mentální věk a mezi věkem chronologickým. Mentální retardace pak představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci je v současné době stále užívána 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která byla zpracována Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, vstoupila v platnost od roku 1992 a určuje následující diagnostické kategorie:¹¹

Lehká mentální retardace (F70) - IQ 69-50

Do této kategorie spadá zhruba 80 % osob s mentálním postižením a jedná se o osoby, které jsou většinou samostatné v péči sama o sebe a o svou domácnost, tj. zvládají oblékání, mytí, stravování, osobní hygienu a úklid domácnosti, přestože zvládnutí těchto dovedností, stejně jako dovedností řečových, si osvojují pomaleji oproti stanovené normě vývoje. V oblasti řeči jsou osoby schopny účelně verbálně komunikovat. V oblasti vzdělávání činí dětem s lehkým mentálním postižením potíže teoretická práce ve škole, je proto vhodné rozvíjet jejich praktické dovednosti. Většinu těchto jedinců je možné zaměstnat v oblasti činností nevyžadujících teoretické schopnosti, např. nepřilíš kvalifikovanou manuální práci. Mentální věk těchto osob je přibližně na úrovni věku 10 až 11 let. Důsledky mentálního postižení se mohou projevit „... pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s

¹⁰ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 42

¹¹ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 36-37

požadavky manželství a výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče, apod.“¹²

Středně těžká mentální retardace (F71) - IQ 49-35

Do této kategorie řadíme zhruba 10 % osob s mentálním postižením a jedná se o osoby, u kterých je výrazně opožděno používání a chápání řeči (komunikace). Jedinci se středně těžkým mentálním postižením jsou limitováni v procesu učení, ve specializovaných vzdělávacích programech si však mohou osvojit základy trivia (tj. čtení, psaní a počítání). Limitována je také jejich schopnost postarat se sám o sebe a v pracovním procesu jsou schopny jednoduchých manuálních činností za odborného dohledu, např. v chráněných dílnách. Tito jedinci většinou nejsou schopni žít úplně samostatný život, přestože bývají plně mobilní, aktivní a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. V této kategorii najdeme dvě skupiny jedinců – jedni mají více rozvinuté schopnosti senzorio-motorické a druzí mají více rozvinutou schopnost komunikace a sociální interakce. Někteří jedinci jsou schopni jednoduché komunikace, někteří se nikdy nenaučí mluvit, i když mohou rozumět řeči a naučí se formám nonverbální komunikace. Mentální věk těchto osob se pohybuje mezi 4-8 lety.¹³

Těžká mentální retardace (F72) - IQ 34-20

Do této kategorie zahrnujeme zhruba 5% osob s mentálním postižením a schopnosti jedinců patřících do této kategorie jsou podobné kategorii středně těžké mentální retardace, jen úroveň schopností těchto osob je ještě více snížena, často se nenaučí ani dovednostem základů trivia, ale včasná kvalifikovaná multidisciplinární péče může přispět k celkovému rozvoji jejich dovedností a tím zlepšit kvalitu jejich života. Většina jedinců tohoto stupně mentálního postižení trpí výraznými poruchami motoriky a jejich mentální věk se pohybuje mezi 18. měsíci a 3,5 lety věku.¹⁴

¹² Švarcová, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 37-38

¹³ Švarcová, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 38-39

¹⁴ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 39-40

Hluboká mentální retardace (F73) – IQ < 20

Do této kategorie patří zhruba 1% osob s mentálním postižením a jedná se o osoby, které jsou často omezené ve schopnosti pohybu nebo imobilní, jejich chápání řeči a jednoduchých pokynů je omezeno, v kontaktu s jinými lidmi užívají jen neverbální komunikaci. Možnosti jejich vzdělávání jsou značně omezené, tito jedinci jsou při vhodném vedení schopni podílet se v malé míře na sebeobslužných činnostech, jinak vyžadují stálou pomoc a dohled. Jejich mentální věk se pohybuje pod hranicí 18 měsíců.¹⁵

Jiná mentální retardace (F78)

Tato diagnostická kategorie je v podstatě kategorií mimořádnou, která by měla být používána jen v případech, kdy je jinak obtížné určit stupeň snížení intelektových schopností jedince z důvodu přidruženého sensorického nebo somatického poškození, např. u osob neslyšících, nevidomých, nekomunikujících nebo v případech těžkých poruch chování.¹⁶

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato diagnostická kategorie se používá v případech, kdy je prokázána mentální retardace, ale není z nějakého důvodu dostatek informací, aby bylo možno jedince zařadit do některé z výše uvedených kategorií.¹⁷

¹⁵ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 40

¹⁶ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 40-41

¹⁷ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 41

2 POSTAVENÍ A PRÁVA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Postižení, stejně jako zdraví, je vždy relativní. Donedávna se soudilo, že mentální postižení je postižení trvalé a zcela neměnné. Předpokládalo se, že úroveň inteligence je konstantní a zůstává stabilní od dětství až do dospělosti. Z výsledků nových výzkumů vyplývá, že v mnoha případech je možné vhodným pedagogickým a psychologickým působením dosáhnout u některých mentálně postižených dětí nejen poměrně dobré úrovně osvojení mnoha vědomostí, dovedností a návyků, ale i výrazného zlepšení rozumových schopností, pokud je jim včas věnována intenzivní dlouhodobá odborná péče. Ukazuje se, že kvalita života člověka nezávisí jen na jeho inteligenci, ale i na řadě dalších faktorů, zejména na jeho emocionalitě, sociabilitě, na míře rozvoje volných vlastností, na komunikačních dovednostech, na jeho samostatnosti a schopnosti sebeobsluhy a na celé řadě různých praktických dovedností.¹⁸

Osoby s mentálním postižením je třeba v maximální míře podporovat v naplňování sociálních rolí, které jsou typické pro období dospělosti v daném sociokulturním prostředí. Normalizace se týká zejména zaměstnávání, partnerského a rodinného života a kvalitního prožívání volného času osob s mentálním postižením. Dále je třeba zaměřit se na jejich možnosti celoživotního vzdělávání, nabídky různých sociálních služeb a podporování chráněného bydlení těchto osob, které jsou i v dospělosti v jistém rozsahu závislé na pomoci druhé osoby.

Postoj společnosti k osobám s mentálním postižením v České republice je převážně segregáční již v období přechodu těchto osob do dospělosti, kdy si tito jedinci hledají místo ve společnosti a chtějí se spolupodílet na chodu společnosti. Ta jim ale nevytváří podmínky pro jejich uplatnění po pracovní, kulturní ani společenské stránce. Sociální izolace osob s mentálním postižením není dána věkem, ale typem a stupněm jejich postižení. Tyto osoby jsou zařazovány do méně produktivní nebo neproduktivní skupiny obyvatelstva často daleko dříve než osoby intaktní.¹⁹

¹⁸ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 15

¹⁹ Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, s. 290-291

2.1 Specifika osob s mentálním postižením

Charakterizovat osoby s mentálním postižením jako celek, jako specifickou skupinu je velmi obtížné, a to z mnoha důvodů. Hlavním důvodem je zejména to, že tito lidé se od sebe vzájemně velmi liší, tak jako všichni lidé mají své osobnostní zvláštnosti, které se významně podílejí na charakteristice každého jedince. Dalším důležitým faktorem jsou zvláštnosti psychických procesů osob s mentálním postižením, především v oblasti vnímání, pozornosti, paměti a myšlení, ale také v oblasti jejich volných vlastností a emocionality, které jsou do značné míry závislé na stupni postižení, jeho nerovnoměrnosti, na věku jedince a také na míře podnětnosti sociálního prostředí, ve kterém jedinec žije. Populace osob s mentálním postižením je jednoznačně velmi různorodá.²⁰

Pravděpodobně žádný jiný druh handicapu nedělá člověka v běžné populaci tak odlišným jako právě mentální postižení. Lze nasimulovat jiné druhy postižení (jako postižení sluchové, zrakové), ale nelze si dost dobře představit stav mentálního omezení, vžít se do situace jedinců s tímto postižením. Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit), ale mentální postižení je podstatně složitější, postihuje celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách, týká se tedy rovněž emocí, schopností komunikace, úrovně sociálních vztahů, možností pracovního uplatnění, společenského uplatnění apod.²¹

U osob s mentálním postižením se často objevuje časová, prostorová i osobní dezorientace. V projevech chování osob s mentálním postižením je charakteristická zvýšená emocionalita, která se v některých případech může stávat jakousi specifickou formou kompenzace deficitu racionální složky osobnosti. Také schopnost komunikace je u těchto osob omezená, a proto je porozumění jejich potřebám a přáním někdy velice složité. Mentálně postižení jedinci bývají často vysoce sugestibilní a nejsou schopni zcela domýšlet následky svého jednání a přiměřeně a včas hodnotit tyto následky. Dalším z hlavních problémů osob s mentálním postižením je více či méně omezená schopnost samostatně zvládat řešení běžných životních situací, často si neosvojily ani základní dovednosti potřebné pro samostatný život a potřebují proto pomoc a podporu, případně péči jiných osob.²²

²⁰ Černá, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009, s. 75-76

²¹ Slowik, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada 2007, s. 109

²² Vágnerová in Slowik, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada 2007, s. 117-118

Tak jako se prodlužuje délka života, prodlužuje se i věk osob s mentálním postižením. S vyšším věkem se zhoršují mentální schopnosti a pohyblivost osob s mentálním postižením a přibývá u nich také psychických a fyzických problémů.²³

2.2 Práva osob s mentálním postižením

Zkušebním kamenem úrovně demokracie a humanity každé společnosti je úroveň jejího zájmu o občany nemocné, postižené a staré. Kulturní společnost se musí s těmito odlišnými jedinci naučit žít a komunikovat. Tento proces často označujeme pojmem integrace. Tato integrace spočívá v odstraňování bariér, a to nejen technických, bránících těmto jedincům v přístupu na určitá místa, ale zejména bariér v mezilidských vztazích a lidském myšlení. Integrace je neodmítnavý postoj společnosti k občanům s postižením, je to naopak snaha vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do života společnosti.²⁴

Na osoby s mentálním postižením se vztahují všechna lidská práva právě tak jako na ostatní lidské bytosti. Lidská práva jsou charakterizována jako ta práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti a schopnosti a uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Základem spravedlivého uspořádání společnosti je respektování lidských práv a svobod.²⁵

Po druhé světové válce byla v roce 1948 přijata charta OSN Všeobecná deklarace lidských práv, kde se v čl. 1 uvádí „*všichni lidé se rodí svobodní a rovní v důstojnosti a právech*“. V roce 1961 přijala Rada Evropy Evropskou sociální chartu, která zdůrazňuje práva určitých kategorií osob, které vyžadují zvláštní ochranu, a např. výslovně zmiňuje právo osob se zdravotním postižením na zaměstnání. V roce 1971 přijalo Valné shromáždění OSN Deklaraci práv mentálně postižených osob, jejíž text je přílohou této práce a v roce 1975 vyhlásilo Deklaraci práv zdravotně postižených osob. V roce 1985 vyhlásila Mezinárodní organizace práce Úmluvu č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených a stejně tak jako na ostatní děti, vztahuje se i na děti s mentálním postižením Úmluva o právech dítěte, vyhlášená OSN v roce 1989, kterou Česká republika ratifikovala a vstoupila u nás v platnost v roce 1991.²⁶ V roce 1993 Valné shromáždění OSN schválilo Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. V České republice byla tato

²³ Čadilová V., Jůn H., Thorová K. a kol. *Agrese u lidí s MR a s autismem*. Praha: Portál 2007, s. 51-52

²⁴ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 13-14

²⁵ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 17

²⁶ Právo a lidé s postižením, [cit. 28. 12. 2014] [online], dostupné z <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=481>

pravidla vydána Sdružením zdravotně postižených v roce 1997. Tato pravidla nemají platnost mezinárodního práva, ale představují důležitý dokument, který zahrnuje principy odpovědnosti, aktivity a spolupráce. V roce 2009 Česká republika ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením, kterou v roce 2006 schválilo valné shromáždění OSN, což je významnou událostí, která se vztahuje k právům osob s mentálním postižením. Tato úmluva nezakládá nová práva, ale ukládá důsledné naplňování existujících lidských práv a svobod osob se zdravotním postižením.²⁷ Osoby s mentálním postižením jsou proti ostatním osobám s postižením znevýhodněny tím, že jim úroveň jejich myšlení většinou nedovoluje přesně formulovat a vhodně prosazovat vlastní zájmy, důležitým dokumentem na poli uplatňování práv osob s mentálním postižením je proto u nás zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který přinesl zásadní změny v organizaci a financování sociálních služeb. Tento zákon rozšířil kompetence a práva uživatelů sociálních služeb a také zavedl novou sociální dávku – příspěvek na péči.²⁸

Stejně jako mají osoby se zdravotním postižením nárok na stejná práva jako všichni ostatní občané, mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb, kterými jsou:

- potřeby fyziologické;
- potřeba bezpečí, jistoty a soukromí;
- potřeba někam patřit a být milován;
- potřeba úcty a respektu;
- potřeba seberealizace.²⁹

Nejpřirozenějším prostředím pro život osob s mentálním postižením je rodina, žádné jiné prostředí jim nemůže poskytnout stejný pocit jistoty, bezpečí a emocionální stability a to nejen v dětském věku, ale také v dospělosti. Osoby s mentálním postižením, o které se rodiče nemohou starat, bývají umísťovány v zařízeních sociální péče.³⁰

Jejich jednotlivé potřeby jsou potom řádně naplněny v případě fyziologických potřeb tím, že se osoba může najíst a napít v době, kdy má hlad, žízeň nebo má na něco chuť a ne jen v čase, který je předem určený, může usnout kdykoli, kdy je unaven a není v pracovním procesu a v případě, že svou sexuální potřebu může uspokojit sociálně přijatelným způsobem.

²⁷ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 19

²⁸ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 20

²⁹ Čadilová V., Jůn H., Thorová K. a kol. *Agrese u lidí s MR a s autismem*. Praha: Portál, 2007, s. 105

³⁰ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 164 a 167

Potřeba bezpečí, jistoty a soukromí je naplněna zejména pokud klient ví, kdy, kde, s kým a co má dělat, má možnost kdykoli opustit skupinu, má volný přístup k předmětům, které mu navozují pocity jistoty a pokud ví, že se personál chová předvídatelně, to znamená, že dělá to, co říká - nedává plané sliby a nevyhrožuje tím, co nemůže splnit.

Potřeba někam patřit a být milován je u klienta naplněna ve chvíli, kdy do sociálního kontaktu s klientem vstupuje personál i v době, kdy mu nedává žádné pokyny a neklade na něj žádné požadavky a klientovi, který není smířen s pobytem v zařízení, dává personál najevo své porozumění v jeho tíživé situaci, hledá s ním řešení jeho situace a pokud jiné řešení není, nepřesvědčuje ho o ideálnosti jeho stávající situace. Potřeba úcty a respektu je u klienta naplněna, pokud je s ním jednáno společensky vhodně s ohledem na jeho fyzický věk a v případě, že personál nezlehčuje a nezesměšňuje citové prožívání jedince, jeho touhy, požadavky, připomínky, stížnosti a přání, i když nejsou reálná.

Potřeba seberealizace je naplněna v případě, že se klient může rozhodnout úměrně svým aktuálním možnostem a schopnostem o tom, kdy bude co dělat, např. kdy se nají, kdy půjde spát, zda se bude bavit s ostatními apod. a v případě, že může někoho ovládat (např. jak často se děje něco podle přání klienta, jak často se chová někdo tak, jak klient chce).³¹

2.3 Vývoj péče o osoby s mentálním postižením

Ne vždy se společnost zajímala o práva a potřeby osob s mentálním postižením. Pohled na osoby se zdravotním znevýhodněním prošel v historii dlouhým vývojem. Antika uznávala existenci duševních poruch, ale děti nepodařené a nechtěné mohly být usmrcovány nebo žily v rodině, která je vychovala, mohli se z nich stát otroci. Nedochovaly se žádné doklady o tom, že by byla zřizována zařízení pro osoby znevýhodněné, jako chudé, sirotky, smyslově či jinak postižené. Dospělí lidé tělesně, smyslově či duševně hendikepovaní byli v antice stejně jako ve středověku tolerováni, patřili do společnosti a společnost je nevyklučovala. Zvláštní útulky pro osoby s postižením nebo děti bez rodin se objevují až s křesťanstvím. Církev svými snahami založenými na ideálu křesťanské lásky předjímala úlohu novodobého státu, který nutnost vzájemné pomoci odvozuje z ideálu solidarity občanů. Až do začátku novověku byla církev významnější institucí než stát, církev propůjčovala státu legitimitu.

³¹ Čadilová V., Jůn H., Thorová K. a kol. *Agrese u lidí s MR a s autismem*. Praha: Portál, 2007, s. 106

Středověk interpretoval duševní nemoci v rámci náboženských konceptů, neuvažovalo se tedy o nemoci, ale o posedlosti zlými duchy, která se dala ovlivnit jen jejich vymítáním a proto se jen malá část duševně nemocných volně pohybovala ve společnosti. V pozdním středověku ani raném novověku nebyla rozvíjena péče o lidi duševně nemocné. Koncem sedmnáctého a začátkem osmnáctého století začínají být osoby duševně nemocné vylučovány ze společnosti a jsou pro ně zřizovány velké ústavy, kam jsou umísťovány i osoby s mentálním postižením a další vydědenci společnosti. Všechny tyto osoby jsou zadržovány společností nového typu, protože ji ohrožují tím, že nedbají základního příkazu pracovat. V osmáctém století se začátkem průmyslové revoluce jsou tyto osoby v souladu s požadavkem doby využívány jako levná pracovní síla, pracují v ústavních dílnách a vydělávají si tak na své potřeby. Je to ospravedlňováno potřebou jejich výchovy k řádné občanské morálce. Tyto velké ústavy již nejsou zakládány církvemi, ale státem a přebírají úlohu, kterou měly dříve špitály založené při farách nebo klášterech a chudobince zřizované obcemi. V tomto období dochází nejen k oddělování ústavů od církve, ale začíná také jejich specializace. V osmnáctém a v devatenáctém století se ústavy začínají měnit do té podoby, v jaké je známe dnes a dochází také ke specializaci ústavů, začínají se používat názvy nemocnice, trestnice, polepšovna, starobinec apod.³² Teprve konec devatenáctého a začátek dvacátého století přináší přesun důrazu, ústavy dříve sloužící k vylučování lidí ze společnosti se začínají více orientovat na zájmy klientů, což vedlo ke koncipování ústavní péče jako ochrany klientů před nároky okolního světa. V dnešní době je ale ideálem poskytovat péči pouze v té míře, v jaké ji klient potřebuje a podporovat jeho vztahy k blízkým lidem a začleňování těchto osob do společnosti. Ubývá ústavních forem péče, sociální práce má tendenci jít za klientem do jeho prostředí, než pro něj vytvářet nové umělé ústavní prostředí. Stále více se stírá hranice mezi ambulanti a ústavní péčí; vznikají zařízení, která jsou schopna poskytovat a dávkovat podle potřeby jak docházku, tak i pobyt a vznikají nová alternativní zařízení, která se chtějí programově lišit od tradičních ústavů. Ty se zmenšují, mění svůj zevnějšek i interiér a mění se dříve striktní struktura programů, klienti mají možnost volby náplně dne.³³

V České republice do roku 1989 vytvářel systém sociálních služeb ze svých klientů kategorie svěřenců, obyvatel, ubytovaných nebo osob, jejichž život byl v rozporu se zájmy socialistické „reality“. Tím byla posilována institucionální povaha tzv. ústavního modelu, který z obyvatel ústavů vytvářel svěřence, o které je třeba pečovat, a na které je třeba celoživotně působit prostřednictvím výchovných, vzdělávacích a pracovních programů. Tehdejší politické uspořádání zastíralo existenci

³² Matoušek O., *Ústavní péče*. Praha: Slon 1999, s. 26 - 30

³³ Matoušek O., *Ústavní péče*. Praha: Slon 1999, s. 34-35

kohokoli, kdo by měl „nějaké postižení nebo sociální problémy“, což často dostávalo do neřešitelných situací nejbližší rodinné příslušníky lidí s postižením a společnost považovala za běžné a správné umístit takové osoby do ústavu.

Proces změn byl zahájen téměř ihned po roce 1989, kdy u nás začalo období demokratizace společnosti. Tento proces přinesl řadu potíží zejména v pobytových službách. Podíl uživatelů služeb na rozhodování byl velmi nízký, přetrvával vliv personálu a upřednostňovaly se potřeby zaměstnanců před potřebami uživatelů. Život v pobytových zařízeních nebyl srovnatelný s životem běžných vrstevníků osob se zdravotním znevýhodněním a činnost mnoha zařízení nesměřovala k tomu, aby osoby setrvaly ve svém přirozeném prostředí nebo komunitě.³⁴

*„Přechod od ústavní péče k rodinné či komunitní je vyústěním společenských změn postavených na ochraně lidských práv a obrazem toho, jak se tyto změny projevují v sociálních službách.“*³⁵ V současné době vedle sebe existují sociální služby ústavní a nové komunitní sociální služby. Toto není dlouhodobě možné jednak s ohledem na lidská práva uživatelů služeb a jednak z hlediska efektivity vynakládání zdrojů. Praxe ukazuje, že aby změny byly trvalé a účinné, je třeba, aby byla deinstitucionalizace předmětem sociální politiky státu. Vláda ČR v roce 2007 schválila *Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* a na to navázalo Ministerstvo práce a sociálních věcí v roce 2009 projektem Podpora transformace sociálních služeb. V roce 2013 byl vydán *Manuál transformace ústavů*, který má být nástrojem poskytovatelů a zadavatelů mimo jiné k tomu, jak nastavit podporu pro uživatele sociálních služeb tak, aby se mohli začlenit, účastnit se života komunity a zůstat ve svém běžném prostředí.³⁶

Pro člověka s postižením je výsledkem deinstitucionalizace možnost zvolit si místo svého bydliště, možnost využívat místní sociální služby, podílet se na životě společnosti a zastávat běžné společenské role v běžném životním a denním rytmu a moci přitom využívat běžně dostupné společenské zdroje, např. chodit do školy nebo do práce v místě bydliště.³⁷

³⁴ Čámský P., Sembdner J., Krutilová D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011, s. 11-12

³⁵ *Manuál transformace ústavů*. Praha: MPSV ČR 2013, s. 11

³⁶ *Manuál transformace ústavů*. Praha: MPSV ČR 2013, s. 12

³⁷ *Manuál transformace ústavů*. Praha: MPSV ČR 2013, s. 15

3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V OBLASTI BYDLENÍ

V již zmiňované Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením najdeme konkrétní požadavky na zajištění práv osobám se zdravotním postižením, jejich plné začlenění a účast v komunitě, kdy se v článku 19 uvádí, že:

„Státy zajistí, aby:

- a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít, a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;
- b) osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci; a
- c) komunitní služby a zařízení určené široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.“³⁸

V České republice byly sociální služby až do roku 2006 poskytovány na základě zákona č. 100/1988 Sb., který byl upraven a doplněn vyhláškou č. 182/1991 Sb., ale obě tyto normy neodpovídaly potřebám sociálních služeb po roce 1989, kdy proto jejich rozvoj nebyl v podstatě možný. Rozvoj v oblasti sociálních služeb přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1. 1. 2007. Smyslem zákona o sociálních službách je zabezpečit sociální péči všem osobám, které ji nezbytně potřebují a jednak napravit právní vztahy mezi státem, poskytovateli sociálních služeb a především uživateli sociálních služeb. Tento zákon vytvořil prostředí pro rozvoj vztahů mezi poskytovateli sociálních služeb a jejich uživateli, který je založen na rovnoprávnosti, dobrovolnosti, individuálním přístupu a na úsilí o nevyčleňování adresátů sociálních služeb z přirozeného prostředí ze společnosti. Důraz je kladen na spolupráci mezi poskytovateli, uživateli i osobami jim blízkými s cílem mobilizovat uživatele sociálních služeb k převzetí spoluodpovědnosti za řešení jejich nepříznivé sociální situace a závislosti na poskytování sociálních služeb. Sociální služby jsou

³⁸ *Manuál transformace ústavů*. Praha: MPSV ČR 2013, str. 11

poskytovány na základě smlouvy, kterou zájemce o službu uzavírá dobrovolně s poskytovatelem služeb za podmínek, na kterých se obě strany dohodnou. Zákon 108/2006 Sb. mimo jiné vytvořil i lepší podmínky pro fyzické osoby jako poskytovatele sociálních služeb, čímž sleduje udržení adresátů sociálních služeb v jejich přirozeném sociálním prostředí a jejich motivaci ke spolupráci na řešení jejich nepříznivé sociální situace. Důraz na respektování práv uživatelů a na respektování jejich lidské důstojnosti zdůrazňuje povinnost poskytovatelů sociálních služeb dodržovat tzv. standardy kvality sociálních služeb, které jsou vyhlášeny jako příloha prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách.³⁹

Cílem služeb sociální péče je zejména:

- podporovat soběstačnost klientů,
- setrvání nebo umožnění návratu do přirozeného prostředí,
- podpora rozvoje kompetencí klientů vedoucí ke zlepšení jeho schopnosti žít samostatný život,
- ochrana a prosazování práv klientů,
- pomoc při zajištění ubytování, stravy a uspokojení dalších základních potřeb klienta,
- aktivity napomáhající sociálnímu začlenění klientů.⁴⁰

Sociální služby, jejichž účelem je tedy pomoci osobám, které to potřebují, zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost a umožnit jim v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života společnosti, můžeme rozdělit na služby pobytové, terénní a ambulantní. Pobytové služby jsou takové, které jsou spojeny s bydlením přímo v zařízení sociálních služeb. Terénní služby jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí. Ambulantní služby jsou takové služby, za kterými osoba dochází do zařízení sociálních služeb.⁴¹

Pobytové služby rozlišujeme různého druhu, patřím sem nejen domovy pro osoby se zdravotním postižením, ale také zařízení rodinného typu, komunitní bydlení, chráněné byty, společné byty určené pro několik uživatelů a bydlení integrované v běžné zástavbě s podporou osobních asistentů.

³⁹ Čámský P., Sembdner J., Krutilová D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011, s. 9-17

⁴⁰ Zíkl in Bendová, P., Zíkl P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada 2011

⁴¹ Švarcová, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011, s. 174

Sociálních služeb, které mohou využívat osoby s mentálním postižením, je celá řada. Patří sem centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením (dříve ústavy sociální péče), odlehčovací služby, pečovatelská služba a v neposlední řadě chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení, kterými se budeme zabývat v následující podkapitole, protože jsou službami na poli bydlení osob s mentálním postižením, které mají zajistit bydlení těchto osob v přirozeném prostředí tak jako u jejich vrstevníků a napomáhat začlenění těchto osob do komunity, do života společnosti.

3.1 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je za úplaty poskytovaná pobytová sociální služba, která je dlouhodobá a je poskytována osobám se zdravotním postižením, jejichž životní situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového nebo individuálního bydlení a osobě je dle potřeby poskytována podpora osobního asistenta.⁴² „Jde o takovou formu bydlení, kde si klient může vyzkoušet žít samostatně, starat se sám o sebe a naučit se sociálním dovednostem s podporou další osoby, ať již sociálního pracovníka či terapeuta.“⁴³

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je chráněné bydlení v § 51 charakterizováno následovně:

„(1) Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- b) poskytnutí ubytování,*
- c) pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- d) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*

⁴² Černá, Marie a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009, s. 182

⁴³ Červenková, A., Bruthansová D. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. Praha: VÚPSV 2004, s. 6

- f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- g) sociálně terapeutické činnosti,
- h) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“⁴⁴

3.2 Podpora samostatného bydlení

Podpora samostatného bydlení (dále jen podporované bydlení) je terénní sociální služba, která je za úplaty poskytována osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby a která je poskytována v domácnosti osoby.⁴⁵

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je podpora samostatného bydlení v § 43 charakterizována následovně:

„(1) Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- d) sociálně terapeutické činnosti,
- e) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.“⁴⁶

Sociální služby chráněné a podporované bydlení se mohou jevit jako služby stejné, nebo přinejmenším velmi podobné. Hlavní rozdíl mezi chráněným a podporovaným bydlením je v tom, že služba chráněné bydlení je poskytována v zařízeních (bytech) ve vlastnictví poskytovatele služby a podporované bydlení je poskytováno v bytech ve vlastnictví nebo nájmu osoby se zdravotním postižením.

⁴⁴ zákon č. 106/2008 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, par. 51

⁴⁵ Černá, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009, s. 182

⁴⁶ zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, § 43

Způsoby poskytování asistence v těchto službách jsou různé. Může se jednat o podporu asistenta žijícího ve společné domácnosti (např. camphillské komunity), asistenta, který do domácnosti dochází, kde se potom většinou jedná o více asistentů, kteří se v pomoci střídají. Další možností je asistent, který dochází dle potřeby, je pro klienta na telefonu. Dalším způsobem je jeden centrální dům v běžné zástavbě, který zajišťuje podporu více domácnostem, služba je poskytována 24 hodin denně a může sloužit také jako kulturní centrum pro okolní komunitu.⁴⁷

Výše úhrady za poskytování podpory samostatného bydlení, služeb v chráněném bydlení a za poskytování osobní asistence je za základní úkony stanovena smlouvou o poskytování sociální služby a maximální výši úhrady stanovuje vyhláška č. 505/2006 Sb., která je prováděcí vyhláškou zákona o sociálních službách, v platném znění.⁴⁸ Pomoci hradit náklady za tyto úkony má státní sociální dávka příspěvek na péči, který je popsán v následující kapitole.

⁴⁷ Černá, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009, s. 184 - 185

⁴⁸ Průša L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013, s. 17

4 PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Příspěvek na péči je upraven v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, v části druhé a je určen osobám, které jsou z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu odkázány na pomoc druhé osoby. Zákon o sociálních službách od své účinnosti prošel několika změnami, přičemž nejvýznamnější pro příspěvek na péči proběhla s účinností od 1. 1. 2012, kdy byl tento zařazen do systému nepojistných sociálních dávek a rozhodování o něm přešlo z obcí s rozšířenou působností na Úřad práce České republiky, kde je třeba podat žádost o přiznání tohoto příspěvku.

Příspěvek na péči je určen k úhradě nákladů vzniklých osobě s nepříznivým zdravotním stavem starší jednoho roku věku za úkony péče, které jsou jí poskytovány v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu (tzv. sebeobsluha – např. strava, hygiena, oblékání, pohyb) a v soběstačnosti (možnost účastnit se sociálního života – např. schopnost komunikace, nakládání s penězi, vaření, úklid) a umožňuje osobě závislé na pomoci druhé osoby zajišťovat si péči, pokud je to možné, v jejím přirozeném prostředí, a to nejen registrovanými poskytovateli sociálních služeb, ale také neformálními pečujícími osobami – rodinnými příslušníky nebo jinými pečujícími osobami (tzv. asistent sociální péče – upraveno v § 83 zákona o sociálních službách). Oba uvedené způsoby péče je také možno kombinovat.⁴⁹

4.1 Podmínky nároku na příspěvek na péči

V § 7 zákona 108/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů je v odstavci druhém uvedeno:

„Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládnutí základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče uvedený v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 nebo dětský domov⁵²), anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu^{7a}); nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu^{7b}) poskytována zdravotní péče v průběhu hospitalizace.“⁵⁰

⁴⁹ Čámský P., Sembdner J., Krutilová D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011, str. 18

⁵⁰ zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 7, odst. 2

Příspěvek na péči náleží nikoli osobě pečující, ale osobě, o kterou má být pečováno. Při podání žádosti je mimo jiné osoba závislá na péči jiné osoby povinna uvést, kdo bude tím, kdo pro ni bude péči zajišťovat a také, jak bude příspěvek na péči vyplácen. Dle § 19 zákona o sociálních službách je příjemcem příspěvku na péči oprávněná osoba, u osob nezletilých zákonný zástupce nebo jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba svěřena do péče na základě rozhodnutí příslušného orgánu. Dle §20 zákona o sociálních službách může příslušná pobočka Úřadu práce České republiky ve zřetelě hodných případech vydat rozhodnutí o ustanovení zvláštního příjemce (zejména vyžaduje-li to zdravotní stav osoby).

4.2 Určení stupně závislosti na péči jiné osoby pro příspěvek na péči

Vzhledem k tomu, že každý jedinec má v závislosti na svém zdravotním stavu jinou schopnost zvládat péči o svou osobu a být soběstačný, určuje zákon o sociálních službách čtyři stupně závislosti na pomoci jiné osoby, od kterých se odvíjí také výše přiznaného příspěvku na péči. Po podání žádosti o příspěvek na péči je provedeno pracovníkem příslušné krajské pobočky Úřadu práce České republiky sociální šetření v místě faktického bydliště posuzované osoby. Výsledek sociálního šetření je postoupen posudkovému lékaři příslušné okresní správy sociálního zabezpečení.⁵¹

§ 25 zákona o sociálních službách určuje, že posudkový lékař provede zhodnocení funkčních dopadů zdravotního stavu žadatele na jeho schopnost pečovat o sebe a být soběstačným na základě provedeného sociálního šetření, zdravotní dokumentace, z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku případného vyšetření žadatele provedeného posudkovým lékařem. Na základě tohoto zhodnocení vypracuje posudkový lékař příslušné okresní správy sociálního zabezpečení posudek, ve kterém určí stupeň závislosti a uvede, které základní životní potřeby není posuzovaný jedinec schopen zvládnout. Tento posudek je zaslán příslušné krajské pobočce Úřadu práce České republiky jako podklad pro rozhodnutí o přiznání nebo nepřiznání příspěvku na péči.

⁵¹ Čámský P., Sembdner J., Krutilová D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál, 2011, str. 18

4.3 Stupně závislosti na péči jiné osoby pro příspěvek na péči

Při posuzování stupně závislosti se od 1. 1. 2012 vychází ze schopnosti zvládat deset základních životních potřeb, které jsou taxativně stanoveny v § 9 zákona o sociálních službách a to:

- a) mobility,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesné hygieny,
- g) výkonu fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost (nehodnotí se u osob do 18 let věku).

Rozhodující pro určení stupně závislosti osoby, která potřebuje pomoc při zvládnutí úkonů každodenní péče z důvodu svého dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je počet základních životních potřeb, které není osoba schopna zvládat a její věk. Způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Od stanoveného stupně závislosti osoby na péči jiné osoby je odvozována výše přiznaného příspěvku na péči. Stupně závislosti stanovuje § 8 a výši příspěvku na péči § 11 zákona o sociálních službách takto:

Stupně závislosti u osoby do 18 let věku

- I. stupeň – lehká závislost - osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat tři základní životní potřeby (výše příspěvku 3 000,- Kč),
- II. stupeň – středně těžká závislost - osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb (výše příspěvku 6 000,- Kč),

- III. stupeň – těžká závislost - osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb (výše příspěvku 9 000,- Kč),
- IV. stupeň – úplná závislost - osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat osm nebo devět základních životních potřeb (výše příspěvku 12 000,- Kč)

a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

Stupně závislosti osob starších 18 let věku

- I. stupeň – lehká závislost - osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby (výše příspěvku 800,- Kč),
- II. stupeň – středně těžká závislost - osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat pět nebo šest základních životních potřeb (výše příspěvku 4 000,- Kč),
- III. stupeň – těžká závislost - osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb (výše příspěvku 8 000,- Kč),
- IV. stupeň – úplná závislost - osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat devět nebo deset základních životních potřeb (výše příspěvku 12 000,- Kč)

a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Praxe ukazuje, že jednotlivá kritéria pro stanovení míry závislosti pro příspěvek na péči neumožňují objektivně zhodnotit míru závislosti u všech skupin osob se zdravotním postižením. Současný způsob hodnocení míry závislosti umožňuje objektivně zhodnotit sociální situaci zejména u osob s tělesným postižením a seniorů, ale neumožňuje objektivně zhodnotit potřeby osob s mentálním, psychickým a zrakovým postižením.⁵² Tyto osoby dosahují jen na nejnižší stupeň příspěvku na péči, který jim neumožňuje „nákup“ sociálních služeb v takovém rozsahu, jak by potřebovali k podpoře své samostatnosti.

⁵² Průša L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013, s. 15

5 EMPIRICKÁ ČÁST

Tato kapitola je věnována vlastnímu výzkumnému šetření. Jak již bylo uvedeno v teoretické části této práce, osoby s mentálním postižením mají stejná práva jako všechny ostatní osoby. Jedním z těchto práv je moci si vybrat, kde a s kým budou tyto osoby bydlet. Rozhodla jsem se proto jako výzkumný cíl této práce zmapovat, jaké konkrétní možnosti samostatného bydlení mají osoby s mentálním postižením v případě, že z jakéhokoli důvodu nemohou žít v pro nás všechny nejpřirozenějším prostředí - v rodině, nebo se chtějí od této rodiny osamostatnit stejně, jako jejich vrstevníci.

Zaměřila jsem se na vyhledání zařízení poskytujících sociální službu chráněného a podporovaného bydlení osobám s mentálním postižením v Olomouckém a Zlínském kraji. Tyto konkrétní možnosti krátce popíši se zaměřením na to, jaká je cílová skupina služby co do míry postižení, věku klientů, bezbariérovosti zařízení, umístění v obci a jeho kapacity. Zjištěné informace jsem se rozhodla pro lepší přehlednost a snadné vyhledání umístit do samostatné šesté kapitoly.

K tomuto cíli jsem si stanovila dvě podotázky:

1. Jaká je kapacita a vytíženost těchto služeb?
2. Naplňují tato zařízení sociálních služeb požadavky na normalizaci života osob s mentálním postižením?“

První podotázku jsem stanovila, protože je z mého pohledu důležité zjistit, jakou mají zájemci o tyto sociální služby možnost získat v případě zájmu či potřeby místo v zařízeních poskytujících tyto sociální služby. V současné době žijí v populaci zhruba 3 % osob s mentálním postižením a z toho zhruba 2,5 % osob s lehkým mentálním postižením, kteří mají většinou dostatek kompetencí pro samostatný život a potřebují k tomu jen nízkou nebo střední míru podpory. Řada těchto osob stále žije v ústavních zařízeních, kde je jim zbytečně poskytována nadbytečná péče a závaznými pravidly omezována možnost samostatného rozhodování a fungování. Relativně nový typ sociálních služeb chráněné nebo podporované bydlení by pro ně byl vhodnější.

Druhou podotázku jsem zvolila na základě práv osob se zdravotním znevýhodněním a v souladu s posláním služby podporovaného a chráněného bydlení, pomoci osobám se zdravotním znevýhodněním žít v přirozeném prostředí stejně jako jejich vrstevníci bez postižení. Jak již bylo řečeno v teoretické části této práce,

normalizace života osob s mentálním postižením se týká zejména jejich partnerského (rodinného) života, zaměstnávání a možnosti samostatně rozhodovat o náplni jejich dne.

Dalším výzkumným cílem této bakalářské práce je zmapovat stupeň přiznaného příspěvku na péči jednotlivých uživatelů služeb v těchto konkrétních zařízeních chráněného a podporovaného bydlení pro osoby s mentálním postižením, protože příspěvek na péči je státní sociální dávkou určenou k posílení kompetencí osob závislých na pomoci jiné osoby a pečujícího prostředí, umožňuje jim nákup sociálních služeb a posiluje tak jejich samostatnost.

Jednotlivá zařízení budou vyhledána pomocí registru poskytovatelů sociálních služeb. Za sociální službu chráněného a podporovaného bydlení jsou pro účely této práce považovány tyto služby tak, jak jsou definovány v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a k popisu využiji informace dostupné na internetových stránkách, případně v informačních letácích a výročních zprávách zařízení, poskytujících tyto služby. Olomoucký kraj jsem zvolila jako region, ve kterém žiji a je mi proto nejbližší a Zlínský kraj jsem zvolila jako sousední kraj se srovnatelným počtem obyvatel, jak jsem si zjistila dle údajů Českého statistického úřadu.

K dosažení cíle práce byla použita analýza dat a dotazníkové šetření ve vyhledaných zařízeních služeb chráněného a podporovaného bydlení. Dotazníky jsem vytvořila a rozeslala do všech zařízení, která jsem vyhledala v registru poskytovatelů sociálních služeb s platností k 31. 12. 2014. Dotazník má celkem čtrnáct otázek. Většina otázek směřuje přímo k naplnění cíle této práce, ale některé další skutečnosti o těchto sociálních službách a jejich uživatelích jsou rovněž jeho součástí, protože pomáhají porozumět kontextu služeb chráněného a podporovaného bydlení. V rámci výzkumu bylo osloveno celkově patnáct pracovišť. Z nich se vrátilo devět vyplněných dotazníků a ty byly všechny zpracovány k účelu této práce.

Ke dni 1. 1. 2015 vznikly další dvě služby podporovaného bydlení, které jsem do bakalářské práce také krátce uvedla a zpracovala informace, které se mi podařilo zjistit v registru poskytovatelů sociálních služeb. Jedná se o rozšíření služeb poskytovatele, který stejné služby již v kraji zajišťuje a jehož další zařízení jsou již v práci uvedena.

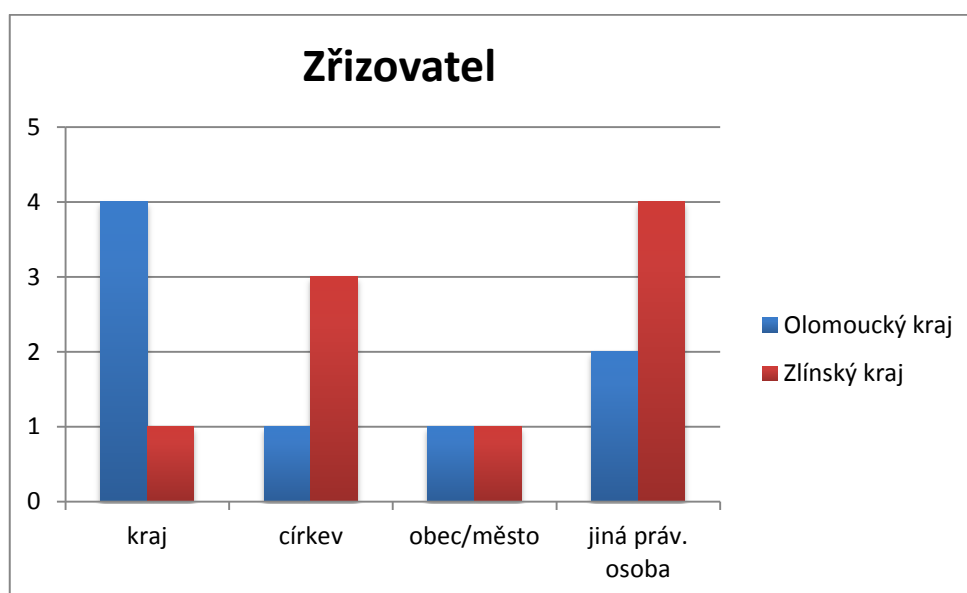
V následujících podkapitolách jsou zpracovány získané informace.

5.1 Zařízení chráněného a podporovaného bydlení

Cílem této práce je zmapovat jednotlivé možnosti v oblasti samostatného bydlení osob s mentálním postižením v Olomouckém a Zlínském kraji. Jednotlivá zařízení jsem vyhledala v registru poskytovatelů sociálních služeb, který je přístupný na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a jak jsem již uvedla, uspořádala jsem je pro lepší přehlednost a snadné vyhledání do samostatné kapitoly číslo šest. Zajímalo mne však také, kdo je zřizovatelem těchto sociálních služeb, z jakého sociálního prostředí klienti do služeb chráněného a podporovaného bydlení přišli a zda se museli za službou stěhovat daleko nebo ji našli v místě svého původního bydliště.

V následujícím grafu č. 1 jsou uvedeni jednotliví zřizovatelé sociálních služeb chráněného a podporovaného bydlení a jak je patrné, jsou zde zastoupeny všechny možnosti zřizovatelů od krajských úřadů, přes nižší územně samosprávné celky, církev a náboženská společenství až k jiným právnickým osobám. Zpracovány zde byly informace o všech sedmnácti vyhledaných službách. Z výsledků je patrné, že v každém ze sledovaných krajů jsou jiní převažující zřizovatelé.

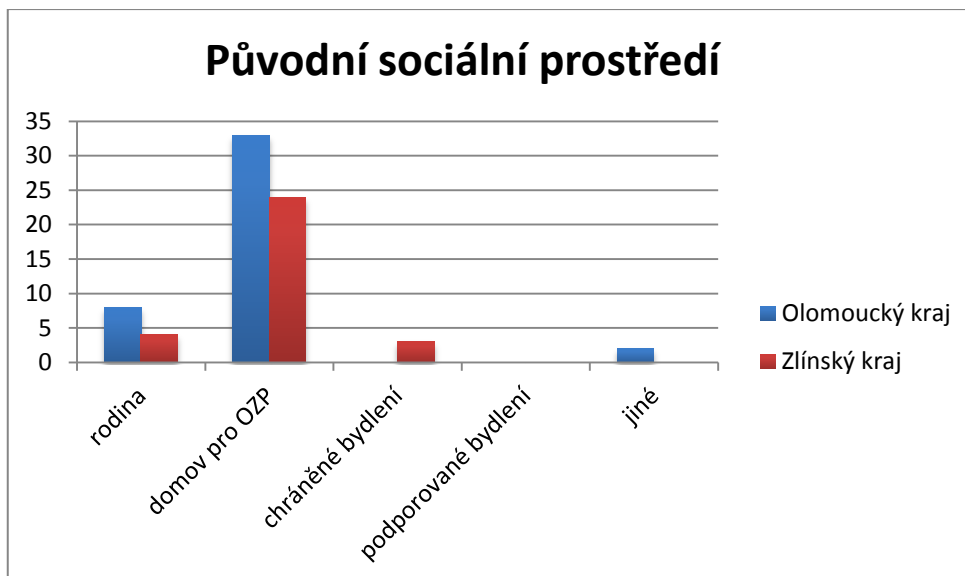
Graf č. 1



Zdroj: vlastní

V grafu č. 2 jsou uvedeny informace o tom, z jakého původního sociálního prostředí nyní klienti do chráněného a podporovaného bydlení přišli, rozděleno podle krajů. Většina klientů původně žila v domovech pro osoby s mentálním postižením, což je způsobeno tím, že větší část těchto služeb vznikla při domovech pro osoby s mentálním postižením. Jedná se o projev probíhající transformace sociálních služeb.

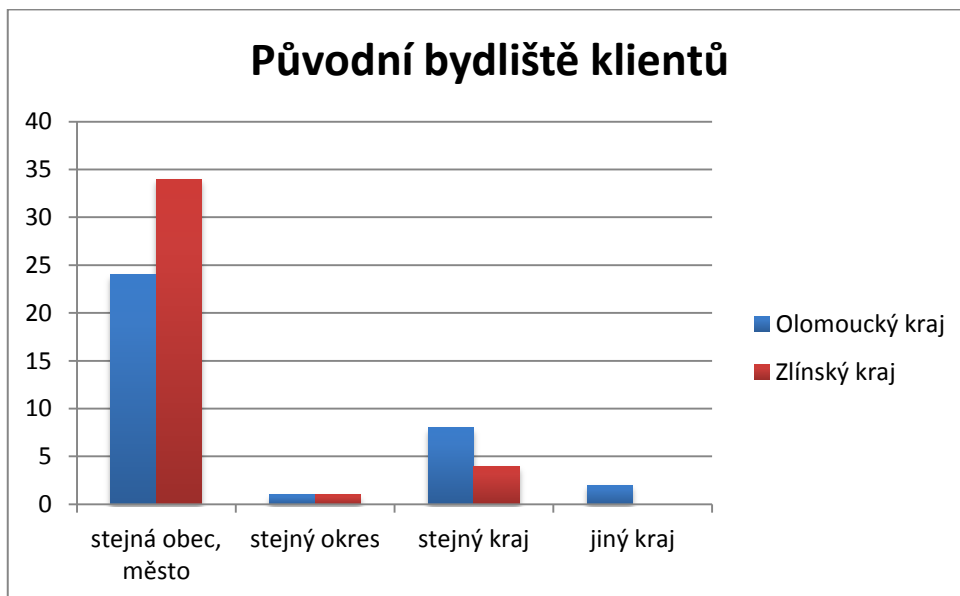
Graf č. 2



Zdroj: vlastní

Graf č. 3 znázorňuje teritorium, z jakého osoby s mentálním postižením do služeb chráněného a podporovaného bydlení přišly. Výsledky znázorňují, že klienti ve většině případů zůstávají ve stejné obci či městě, ve kterých žili před tím, než začali využívat tyto nové sociální služby. Má to stejný důvod jako zjištění týkající se původního sociálního prostředí klientů, tedy že se osoby převážně sestěhovaly z blízkých zařízení sociálních služeb. Zpracovány byly odpovědi z došlých dotazníků.

graf č. 3



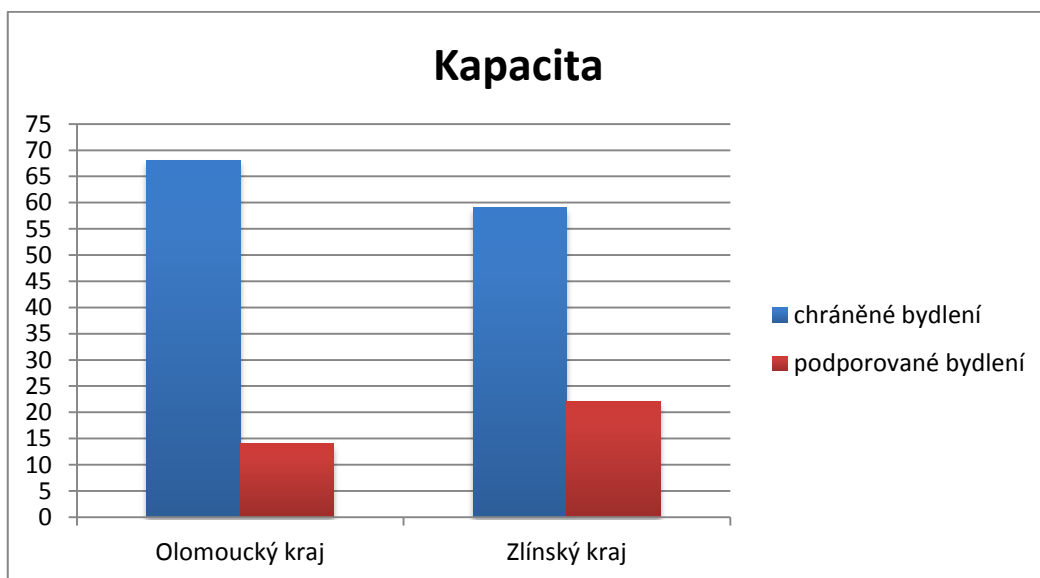
Zdroj: vlastní

V příloze č. 2 této práce, grafu a) potom můžete nalézt informace o tom, jaké je věkové složení uživatelů.

5.2 Kapacita a vytíženost služeb CHB a PB

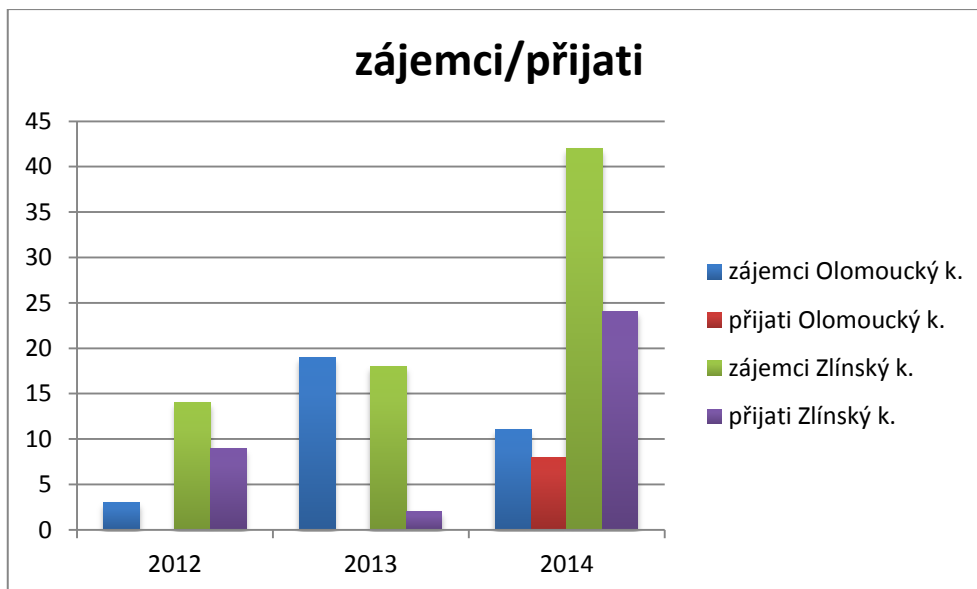
Kapacita služeb je jedna z informací, které je možno vyhledat v registru poskytovatelů sociálních služeb, přesto jsem v dotazníku položila otázku na kapacitu poskytované služby. Ve dvou případech poskytovatelů, kteří na můj dotazník odpověděli, se liší kapacita uvedená v registru a zaznamenaná v dotazníku, použiji proto pro tuto práci v těchto případech údaje uvedené v dotazníku. Předpokládám, že se kapacita změnila a nebylo to dosud v registru zaznamenáno. Kapacita je uvedena v následujícím grafu č. 4. Z vrácených dotazníků, které jsem měla možnost zpracovat, vyplývá, že většina služeb chráněného a podporovaného bydlení byla naplněna ihned na počátku zřízení služby plnou kapacitou a jiní zájemci proto nemají možnost místo ve službě získat. Dotazníkové šetření potvrdilo jen jednu výjimku, a to službu podporovaného bydlení, kde je ještě volná kapacita. Předpokládám, že pravděpodobně v dosahu služby není více klientů vhodných pro tuto službu. Zájemci o tuto službu byli, ale ve sledovaném období let 2012 až 2014 nebyli přijati a uváděná kapacita služby nebyla naplněna. Údaje získané z dotazníkového šetření jsem uvedla do grafů č. 4 a 5.

graf č. 4



Zdroj: vlastní

graf č. 5



Zdroj: vlastní

Počty přijatých klientů souvisí také s tím, jak vznikala jednotlivá zařízení v časovém horizontu, vytvořila jsem proto graf s touto informací a umístila ho jako graf b) do přílohy č. 2 této práce.

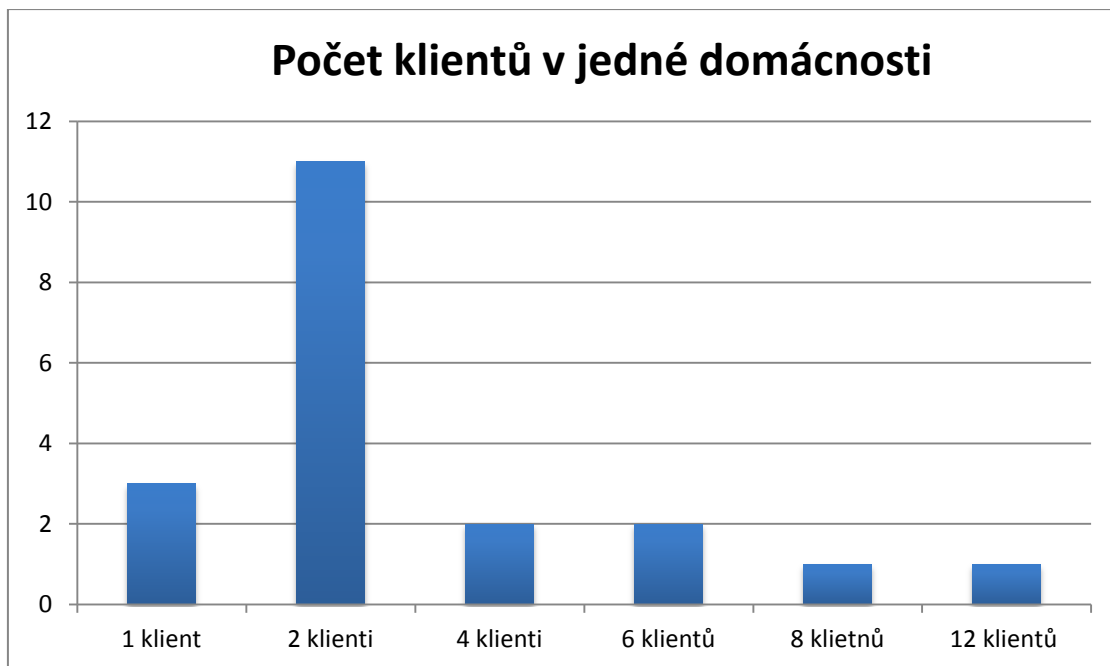
5.3 Normalizace života osob s mentálním postižením

Normalizaci života osob s mentálním postižením jsou v dotazníku věnovány otázky: kdo rozhoduje o náplni dne klienta, kolik klientů žije v jedné domácnosti, zda může klient žít v zařízení se svým případným životním partnerem a zda je klient účasten pracovního procesu.

O náplni dne klientů rozhoduje v pěti případech klient sám, ve čtyřech případech klient s klíčovým pracovníkem, přičemž dvě ze zařízení, kde se klient rozhoduje spolu s klíčovým pracovníkem, uvedla, že klienti mají předem stanovený program celého dopoledne (od vstávání, přes náplň dne až po oběd), o odpoledním programu, víkendech a svátcích pak rozhodují klienti sami.

Na otázku kolik klientů žije v jedné domácnosti, jsou odpovědi různorodé od jednoho až dvou klientů v jedné domácnosti, po domácnosti, ve kterých spolu žije šest, osm i dvanáct klientů. V těchto případech se jedná o skupinové domácnosti. Jedno zařízení chráněného bydlení uvádí, že se v jejich případě jedná o komunitní typ bydlení, zde tedy žijí všichni obyvatelé společně již z podstaty služby. Vyhodnocení výsledků z vrácených dotazníků uvádím v grafu č. 6.

graf č. 6

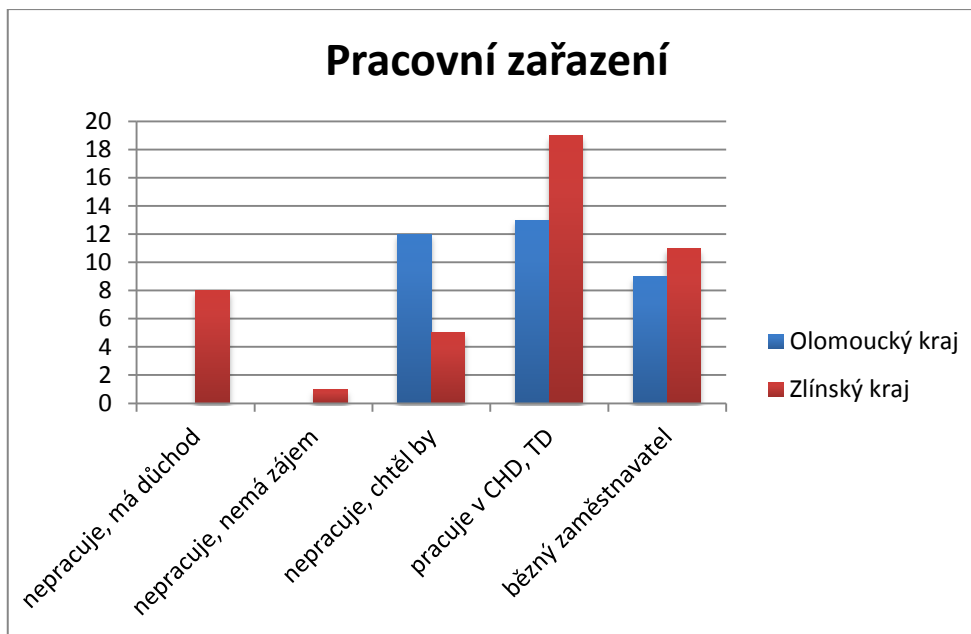


Zdroj: vlastní

Na otázku zda mohou klienti žít v zařízení se svým životním partnerem, odpověděla pouze dvě zařízení ne. V obou případech se jedná o chráněné bydlení, přičemž jedno v Olomouckém a jedno ve Zlínském kraji. V podporovaném bydlení by toto mělo být samozřejmostí, protože by se mělo jednat o službu poskytovanou v domácnosti klienta, ale jak bylo zjištěno, některé služby podporovaného bydlení jsou poskytovány v bytech, které jsou ve vlastnictví nebo pronájmu poskytovatele služby. Není pak úplně zřejmý rozdíl mezi službou chráněného a podporovaného bydlení.

Odpovědi na otázku, zda jsou klienti zařazeni do pracovního procesu, jsem zpracovala za jednotlivé kraje nejen podle pracovního zařazení, ale také jsem uvedla případný zájem klientů pracovat tam, kde klienti možnost pracovat nemají a znázornila v grafu č. 7.

graf č. 7



Zdroj: vlastní

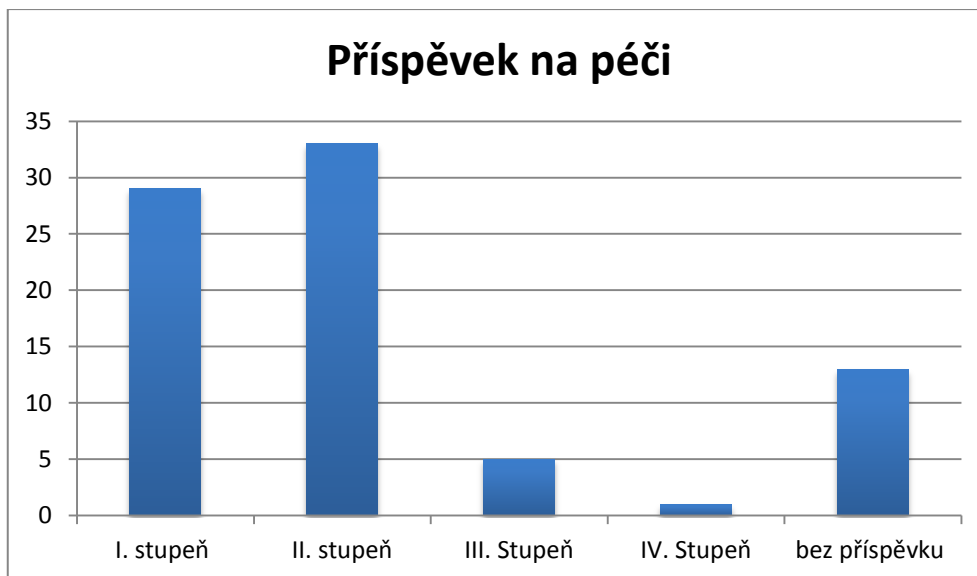
Z výše uvedených získaných výsledků vyplývá, že život osob s mentálním postižením se ve službách chráněného a podporovaného bydlení podobá životu vrstevníků. Ve většině případů si sami rozhodují o náplni dne, mohou v případě zájmu bydlet se svým životním partnerem a řada z nich je zapojena do pracovního procesu, ať už u běžného zaměstnavatele nebo v chráněných nebo terapeutických dílnách. Co do počtu osob žijících v jedné domácnosti, žijí někteří klienti ve větším počtu spolubydlících než je obvyklé pro běžnou populaci, ale jedná se o menší počet osob než je běžné v domovech pro osoby s mentálním postižením, kde žijí desítky osob v jednom domě.

5.4 Příspěvek na péči

Sociální služby chráněného a podporovaného bydlení pro osoby s mentálním postižením v Olomouckém a Zlínském kraji jsou primárně určeny osobám, které mají dostatek kompetencí a potřebují jen nižší nebo střední míru dopomoci jiné osoby, jak jsem si ověřila při sběru dat o jednotlivých zařízeních těchto služeb. Předpokládala jsem proto, že uživatelé v těchto sledovaných zařízeních budou pobírat příspěvek na péči v nižších stupních, tedy I. a II. stupně.

Vyhodnocením odpovědí na otázku dotazující se na jednotlivé stupně příspěvku na péči u klientů, jsem tuto hypotézu ověřila s tím, že část klientů dokonce žádný příspěvek na péči nepobírá. Výsledky jsem znázornila v grafu č. 8.

graf č. 8



Zdroj: vlastní

Ze získaných dat vyplývá, že v Olomouckém kraji převažuje jako zřizovatel služeb chráněného a podporovaného bydlení kraj. Ve Zlínském kraji na rozdíl od toho jsou nejčastějším zřizovatelem jiné právnické osoby a církve. V obou krajích převažuje jako původní bydliště uživatelů těchto služeb stejná obec, ve které klient bydlel i před stěhováním do chráněného nebo podporovaného bydlení, přesto v Olomouckém kraji je více osob, které přešli z jiného okresu a dokonce i z jiného kraje, přičemž ve Zlínském kraji jsou pouze osoby z tohoto kraje. Tato skutečnost souvisí s tím, že v obou krajích je původním sociálním prostředím klientů převážně domov pro osoby se zdravotním postižením a služby chráněného a podporovaného bydlení vznikly při těchto domovech, takže se zájemci o tyto služby většinou nemuseli stěhovat mimo obec, ve které dříve žili. Kapacita služeb chráněného a podporovaného bydlení byla naplněna již při zřizování těchto služeb, protože vznikaly v rámci probíhající transformace sociálních služeb a uživateli se stali obyvatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením. Řešením je vznik dalších zařízení chráněného a podporovaného bydlení a to nejen při domovech pro osoby s mentálním postižením, ale také samostatně v obcích, kde tyto domovy nejsou.

Šetřením bylo dále potvrzeno, že služby podporovaného a chráněného bydlení normalizují život osob s mentálním postižením. Ještě většího přiblížení k běžnému životu by došlo právě umístěním zařízení mimo obce s domovy. V Olomouckém kraji je větší kapacita služeb chráněného bydlení, naopak ve Zlínském kraji je větší kapacita služeb podporovaného bydlení. Ve Zlínském kraji je více uživatelů služeb chráněného a podporovaného bydlení zaměstnaných, ať už v chráněných dílnách nebo u běžných

zaměstnavatelů. Možnost účastnit se pracovního procesu má pozitivní vliv na život osob s mentálním postižením, pracovních míst je ale nedostatek. Řešením by bylo výrazné zvýhodnění zaměstnavatelů zřizujících a dlouhodobě provozujících pracovní místa pro osoby s mentálním a jiným zdravotním znevýhodněním. Vzhledem k tomu, že osoby s mentálním postižením dosahují jen na nižší nebo vůbec žádné příspěvky na péči, pomohlo by jim zaměstnání i k úhradě právě služeb chráněného a podporovaného bydlení.

6 CHRÁNĚNÉ A PODPOROVANÉ BYDLENÍ

6.1 Chráněné bydlení Olomoucký kraj

6.1.1 Domov Daliborka Prostějov

Provoz Domova Daliborka byl zahájen na konci října roku 2012. Jedná se o zařízení, které poskytuje dvě pobytové sociální služby, a to chráněné bydlení a odlehčovací službu. Domov Daliborka vznikl rekonstrukcí dvou domů na ulici Daliborka a jedná se o moderně vybavený objekt s bezbariérovým vstupem se zahradou blízko centra města Prostějova, který se přesto nachází v klidném prostředí. Toto zařízení umožňuje bydlení rodičů společně se svými blízkými s postižením, o něž se starali v domácím prostředí a z různých důvodů už o ně nemohou déle samostatně pečovat. Služba chráněné bydlení je určena pro osoby od 18 let do 64 let s lehkým a středním mentálním postižením v případné kombinaci s tělesným postižením a seniory od 65 let věku se sníženou soběstačností, jejichž dospělé dítě zároveň využívá stejnou pobytovou službu. Přednostně jsou zařazováni právě dospělí žadatelé, kteří chtějí využít služeb zařízení spolu se svými příbuznými v seniorském věku. V Domově jsou jednopokojové bytové jednotky a jednotky vícepokojové, které slouží k postupnému osamostatnění dětí od rodičů. Kapacita služby je 25 osob bydlících ve dvanácti jednolůžkových pokojích a šesti dvoupokojových bytech, kde je možnost ubytování rodinného příslušníka. Z celkového počtu bytových jednotek je pět řešeno bezbariérově.⁵³

6.1.2 Domov u rybníka Víceměřice

Domov u rybníka ve Víceměřicích je umístěn v bývalém Metternichově zámečku, který byl vystavěn na místě původní tvrzi připomínané již ve 14. století. Služba je určena dospělým mužům mezi 18 let až 64 lety věku s lehkým a středním mentálním postižením, případně i v kombinaci s tělesným postižením, pokud toto nevyžaduje bezbariérové prostředí a jejichž situace vyžaduje pravidelnou podporu jiné osoby.⁵⁴

⁵³ Domov Daliborka dostupné z <http://www.prostejov.charita.cz/o-nas-chranene-bydleni.html> [cit. 3. 1. 2015]

⁵⁴ Domov u rybníka dostupné z <http://www.domovurybnika.cz/> [cit. 3. 1. 2015]

6.1.3 Chráněné bydlení Domov Olomouc

Chráněné bydlení Domov je sociální služba určená dospělým osobám s lehkým a středně těžkým stupněm mentálního postižení, případně s přidruženým sluchovým nebo tělesným postižením. Kapacita služby je 16 uživatelů a je provozována v budově bývalých jeslí, ve které byl provoz zahájen po celkové rekonstrukci v roce 1998.⁵⁵

6.1.4 Chráněné bydlení Pomněnka Šumperk

Služba chráněné bydlení Pomněnka je určena dospělým osobám se středně těžkým mentálním postižením nebo s postižením kombinovaným a je poskytována od roku 2012 v nově zrekonstruované bezbariérové budově, kde se nachází 8 pokojů pro 8 uživatelů, přičemž každý pokoj má vlastní sociální zařízení. V domě je dále společenská místnost, kuchyně a koupelna se zázemím pro praní prádla. Služba je určena klientům ve věku od 18 do 64 let.⁵⁶

6.1.5 Chráněné bydlení Vincentinum Šternberk

Sociální služba chráněné bydlení je ve Šternberku provozována od července 2013 a je určena dospělým osobám s mentálním nebo kombinovaným postižením bez výrazných pohybových obtíží, jak pro muže, tak pro ženy. Kapacita služby je 8 osob a je realizována ve dvou samostatných třípokojových bytech, přičemž v každém bytě žijí 4 obyvatelé.⁵⁷

6.1.6 Chráněné bydlení Vincentinum Šumperk

V Šumperku byla sociální služba chráněného bydlení určená osobám s mentálním postižením otevřena v červenci 2014 ve vilce v klidné městské zástavbě. Klienti mají k dispozici jednolůžkové a dvoulůžkové pokoje a kapacita služby je 6 osob.⁵⁸

⁵⁵ Domov Olomouc dostupné z <http://www.klic-css.cz/domov/> [cit. 3. 1. 2015]

⁵⁶ Chráněné bydlení Pomněnka dostupné z <http://www.smp-sumperk.cz/chrane-bydleni-pomnenka/> [cit. 3. 1. 2015]

⁵⁷ Vincentinum Šternberk dostupné z <http://www.vincentinum.cz/> [cit. 3. 1. 2015]

⁵⁸ Vincentinum Šumperk dostupné z <http://www.vincentinum.cz/> [cit. 3. 1. 2015]

6.2 Podporované bydlení Olomoucký kraj

6.2.1 Podporované bydlení Šance Olomouc

Služba podporovaného bydlení Šance je poskytována na území města Olomouce a je určena dospělým lidem s lehkým až středně těžkým stupněm mentálního postižení. Služba je také určena osobě s mentálním postižením s přidruženým sluchovým postižením, které jsou schopny efektivní komunikace prostřednictvím znakového jazyka nebo alternativní formy dorozumívání a osoby s přidruženým tělesným postižením. Kapacita služby jsou 4 osoby.⁵⁹

6.2.2 Podporované bydlení Pomněnka Šumperk

Sociální služba podporovaného bydlení je určena osobám s lehkým až středně těžkým mentálním postižením, případně v kombinaci s tělesným postižením nebo lehkou smyslovou vadou od 18 let do raného seniorského věku. Služba je realizována od r. 2005 v prostorách podporovaného bydlení, které se nachází v areálu s 8 bezbariérovými byty o velikosti 1+kk. Budova je vybavena výtahem s plošinou pro invalidní vozíky a kapacita je 8 uživatelů.⁶⁰

⁵⁹ Šance Olomouc dostupné z <http://www.klic-css.cz/sance/> [cit. 3. 1. 2015]

⁶⁰ Podporované bydlení Pomněnka dostupné z <http://www.spmp-sumperk.cz/podporovane-bydleni-pomnenka/> [cit. 3. 1. 2015]

6.3 Chráněné bydlení Zlínský kraj

6.3.1 Dům Naděje Otrokovice

Chráněné bydlení Domu Naděje je pobytovou službou sociální péče, která je určena zejména lidem se středním a lehčím mentálním nebo kombinovaným postižením. Uživatelé této služby jsou jak muži, tak ženy, kteří žijí v bytech v běžném panelovém domě a kam za nimi denně docházejí pracovníci v sociálních službách a sociální pracovníci, kteří je podporují v jejich aktivitách a vedou je k větší samostatnosti, postupně jsou zapojováni do různých oblastí běžného života s ohledem na jejich individuální možnosti a schopnosti. Cílem je podpořit kompetence uživatelů, které povedou k celkové integraci do společnosti nebo alespoň k výraznému osamostatnění a minimalizaci závislosti na službě.⁶¹

6.3.2 Dům Naděje Zlín

Sociální služba chráněného bydlení je poskytována ve vilce se zahradou, kde klienti obývají 5 dvoulůžkových pokojů, ostatní obytnou plochu zaujímá kuchyňka, 4 koupelny s WC a společenská místnost. Dále je zde jedna místnost, kterou mají k dispozici pracovníci v sociálních službách a také jednopokojový byt se samostatným vchodem, který obývají dva klienti služby. Tento chráněný byt tvoří kuchyň, pokoj, sprchovací kout a samostatné WC. Dále je služba poskytována v dalších chráněných bytech, které se nachází v běžné zástavbě města Zlína. Celková kapacita služby je 15 uživatelů a je určena osobám s mentálním postižením ve věku od 19 do 64 let.⁶²

6.3.3 Chráněné bydlení Rostislavova Uherské Hradiště

Služba chráněného bydlení Rostislavova je určena pro osoby s mentálním nebo kombinovaným postižením od 19 do 64 let, které vyžadují nízkou nebo střední míru podpory. Celková kapacita služby je 12 osob. Služba je poskytována formou skupinového bydlení a zahrnuje pět bytů pro dva uživatele a dva byty pro jednoho uživatele. Byty se nacházejí v bytovém domě nedaleko centra města Uherské Hradiště v blízkosti služeb a obchodů. V bytovém domě je kromě sedmi bytů pro uživatele služby také jeden byt pro personál. Bytový dům není bezbariérový, ale je vybaven schodolezem.⁶³

⁶¹ Dům Naděje Otrokovice dostupné z <http://www.nadeje.cz/otrokovice/chranebydleni> [cit. 3. 1. 2015]

⁶² Dům Naděje Zlín dostupné z http://www.nadeje.cz/zlin/dum_nadeje_chranene_bydleni [cit. 3. 1. 2015]

⁶³ Chráněné bydlení Rostislavova dostupné z <http://www.ouss-uh.cz/chranebydleni> [cit. 3. 1. 2015]

6.3.4 Chráněné bydlení sv. Cyrila a Metoděje Velehrad

Poskytování služby chráněného bydlení bylo v obci Velehrad zahájeno 1. 2. 2012 v samostatně stojícím dvoupodlažním rodinném domě se zahradou, který je bezbariérový a nachází se v klidné zástavbě mezi dalšími rodinnými domky. Dům chráněného bydlení vybuďovala Kongregace sester sv. Cyrila a Metoděje a nový domov zde našlo 8 klientek s mentálním, případně kombinovaným postižením. V horní, vstupní části domu jsou umístěny obslužné místnosti, spodní část domu je obytná. Ubytování mají uživatelky zajištěno ve dvou jednolůžkových pokojích a třech dvoulůžkových pokojích. Společná je potom kuchyně s obývací jídelnou, ze které je vstup na prostornou terasu. Stravování si uživatelé zajišťují za podpory pracovníků sami, pouze v pracovních dnech odebírají oběd z domova pro řeholní sestry, který je v sousedství. Služba je určena osobám od 19 do 64 let.⁶⁴

6.3.5 Ulita Uherské Hradiště

Služba chráněného bydlení Ulita vznikla 1. 9. 2014 a je poskytována mužům i ženám s lehkým až středním mentálním postižením nebo s kombinovaným postižením a celková kapacita služby je 12 osob ve věku od 18-ti do 64 let. Chráněné bydlení se nachází v bezbariérovém třípodlažním bytovém domě v blízkosti centra města Uherské Hradiště v běžné zástavbě. Pracovní tým se skládá z jednoho sociálního pracovníka a čtyř asistentů. Uživatelé služby bydlí ve 12 jednolůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením, dva pokoje jsou určeny pro osobu pohybující se na invalidním vozíku. Byty jsou umístěny ve dvou patrech po šesti a v každém patře je společná kuchyňka s jídelním koutem.⁶⁵

⁶⁴ Chráněné bydlení Velehrad dostupné z <http://chbvelehrad.cz/> [cit. 3. 1. 2015]

⁶⁵ Chráněné bydlení Ulita dostupné z <http://uhradiste.charita.cz/hlavni-strana/chrane-bydleni-ulita> [cit. 3. 1. 2015]

6.4 Podporované bydlení Zlínský kraj

6.4.1 Barborka Kroměříž

Podpora samostatného bydlení je v Kroměříži poskytována osobám starším 19-ti let, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu lehkého nebo středně těžkého mentálního postižení, které může být provázeno tělesným handicapem. Sociální služba je poskytována v bytech uživatelů v rámci města Kroměříže a kapacita této služby jsou čtyři uživatelé. Kancelář pracovníků podpory samostatného bydlení je umístěna v areálu Domova pro osoby se zdravotním postižením Barborka. Zájemce o tuto sociální službu by měl zvládat základní úkony péče o svou osobu a komunikaci s ostatními lidmi, měl by mít schopnost zvládnout alespoň základní orientaci v novém prostředí a být schopen a ochoten učit se novým věcem, protože Cílem služby je nejen např. zvládnutí samostatného menšího nákupu potravin, získávání návyků souvisejících s chodem domácnosti, obsluha mobilního telefonu, psaní dopisů a dodržování medikace, ale také hledání a udržení pracovního uplatnění a podpora vztahů s rodinami a přáteli jednotlivých uživatelů.⁶⁶

6.4.2 Podporované bydlení Valašské Meziříčí

Sociální službu podpory samostatného bydlení poskytuje také středisko Diakonie ČCE ve Valašském Meziříčí. Služba je určena dospělým osobám od 19 let s mentálním postižením, kteří jsou schopni samostatného bydlení s podporou, jsou schopni žít ve svém přirozeném prostředí běžným způsobem života. Služba je poskytována v Mikroregionu Valašskomeziříčsko – Kelečsko a probíhá v bytech klientů, za kterými tam podle domluvy dochází terénní nebo sociální pracovník.⁶⁷

6.4.3 Podporované bydlení Otrokovice

Tato sociální služba podporovaného bydlení vznikla nově od 1. 1. 2015 a je určena osobám s mentálním postižením ve věku 19 – 64 let. Kapacita této terénní služby jsou čtyři klienti.⁶⁸

⁶⁶ Domov Barborka Kroměříž dostupné z <http://www.barborka-km.cz/default.asp?oddeleniid=4> [cit. 3. 1. 2015]

⁶⁷ Podporované bydlení Valašské Meziříčí dostupné z <http://www.diakonievm.cz/projekt-ja-to-zvladnu/podpora-samostatneho-bydleni/> [cit. 3. 1. 2015]

⁶⁸ Registr poskytovatelů sociálních služeb [online] dostupný z <http://iregistr.mpsv.cz> [cit. 15. 2. 2015]

6.4.4 Podporované bydlení Rokytnice

Tato sociální služba podporovaného bydlení vznikla nově od 1. 1. 2015 a je určena osobám s mentálním postižením ve věku 19 – 64 let. Kapacita této terénní služby jsou čtyři klienti.⁶⁹

⁶⁹ Registr poskytovatelů sociálních služeb [online] dostupný z <http://iregistr.mpsv.cz> [cit. 15. 2. 2015]

ZÁVĚR

Bakalářská práce popisuje možnosti samostatného bydlení osob s mentálním postižením, služby chráněného a podporovaného bydlení. Práce nejprve ve své teoretické části seznamuje s cílovou skupinou této práce – s osobami s mentálním postižením, se zaměřením na jejich specifika a práva. Dále v teoretické části seznamuje se specifiky a právy těchto osob a sociálními službami v oblasti bydlení a s příspěvkem na péči jako státní sociální dávkou, jejímž účelem je pomoci osobám se zdravotním znevýhodněním uhradit potřebné sociální služby.

Empirická část této práce sleduje dva cíle. Prvním cílem je vyhledat konkrétní možnosti samostatného bydlení pro osoby s mentálním postižením v Olomouckém a Zlínském kraji a popsat je. Druhým cílem je zmapovat stupeň příspěvku na péči uživatelů těchto služeb. K dosažení těchto cílů bylo použito dotazníkové šetření a analýza dat.

V Olomouckém kraji je služba chráněného bydlení poskytována v šesti zařízeních a služba podporovaného bydlení je poskytována ve dvou zařízeních. Ve Zlínském kraji je služba chráněného bydlení poskytována pěti zařízeními a služba podporovaného bydlení čtyřmi. Kapacita služby chráněného bydlení v Olomouckém kraji je šedesát osm osob, ve Zlínském kraji je to padesát devět osob. Kapacita služby podporované bydlení je v Olomouckém kraji čtrnáct osob a ve Zlínském kraji je to dvacet dva osob. Šetřením bylo zjištěno, že kapacity těchto služeb jsou v obou krajích v podstatě naplněny a současní zájemci tak nemají možnost místo ve službě získat. Příspěvek na péči pobírají klienti těchto služeb převážně v I. a II. stupni a bylo zjištěno, že jsou zde také klienti bez přiznaného příspěvku na péči.

Šetřením bylo dále zjištěno, že pomocí služeb chráněného a podporovaného bydlení žijí osoby s mentálním postižením, které nemohou nebo nechtějí žít s rodinou, životem více podobným životu jejich vrstevníků. Je jim poskytována podpora při zvládání nástrah každodenního života, přesto jsou podporováni v samostatném životě, v rozhodování. Mohou také v případě zájmu žít společně se svým případným životním partnerem. Je potěšující zjistit, že existuje i zařízení, které umožňuje rodičům nebo příbuzným, kteří celý život pečovali o své dítě nebo příbuzného s mentálním postižením a kteří již nadále o tohoto jedince pečovat nemohou, žít s ním společně v jednom zařízení, pomoc jim bude poskytována společně a jedinec s mentálním postižením bude postupně připravován na samostatný život. Pozitivní je zjištění, že osoby s mentálním postižením jsou také často účastny pracovního procesu, ať už pro běžné zaměstnavatele nebo v chráněných či terapeutických dílnách. Jejich život tak dostává další rozměr a další smysl.

Na základě uvedených informací bakalářská práce naplnila svůj cíl. Tato základní mapovací studie může být využita případnými zájemci o tyto sociální služby v Olomouckém a Zlínském kraji. Dále by mohla být použita také jako informace pro zájemce z řad laické veřejnosti, protože informovanost o těchto možnostech pomoci osobám s mentálním postižením z mého pohledu není dostatečná. Známý laické veřejnosti jsou převážně jen domovy pro osoby se zdravotním postižením.

V současné době vznikají služby chráněného a podporovaného bydlení ve většině případů při domovech pro osoby s mentálním postižením a slouží převážně bývalým klientům těchto zařízení, kteří se pomocí těchto služeb dostávají do běžného života. Život v domovech pro osoby s jakýmkoli zdravotním postižením se výrazně mění a život v nich se snaží co nejvíce přiblížit životu běžnému. Spolužití většího počtu osob se stejným postižením v jednom místě, v jednom domě, tak jak je to v domovech pro osoby se zdravotním znevýhodněním obvyklé, však neumožňuje, aby tito jedinci žili obvyklým způsobem života. Zřizování těchto služeb při domovech je výhodné pro stávající klienty, kteří často nemusí opouštět prostředí, na které jsou zvyklí nebo se nestěhují daleko. V podstatě ale neumožňuje jedincům s mentálním postižením žijícím mimo ústavní zařízení, kteří by měli o tyto služby zájem, tuto sociální službu získat.

Výsledky tohoto šetření by proto mohly sloužit také jako podklad pro komunitní plánování těchto služeb. Bylo by vhodné, aby tyto služby byly zřizovány více i v obcích a městech, kde domovy pro osoby s mentálním postižením nejsou. Těchto služeb ještě stále není dostatek, větší šanci získat pomoc by měly i jedinci žijící s příbuznými. Snížila by se koncentrace osob se stejným postižením v jedné obci, což by ještě více přiblížilo život osob s postižením běžnému životu. Příbuzné pečující osoby by zastoupili vyškolení profesionálové, což by z mého pohledu také normalizovalo vztah mezi rodiči a dospělými „dětmi“ s mentálním postižením, ale to už by mohlo být tématem další bakalářské práce.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

Literatura:

BENDOVÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada 2011, ISBN 978-80-247-3854-3

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. a kol. *Agrese u lidí s MR a s autismem*. Praha: Portál 2007, ISBN 978-80-7367-319-2

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*, Praha: Portál, 2011, ISBN 978-80-262-0027-7

ČERNÁ, M. a kol. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3

ČERVENKOVÁ, A., BRUTHANSOVÁ, D. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. Praha: VÚPSV 2004

DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1983. ISBN nevedeno

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. Praha: Slon 1999, ISBN 80-85850-76-1

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido 2006, ISBN 80-7315-120-0

SLOWIK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada 2007, ISBN 978-80-247-1733-3

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3

Manuál transformace ústavů. Praha: MPSV ČR 2013, ISBN: 978-80-7421-057-0

Zákony:

zákon č. 106/2008 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online] dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/13640/108_2006_2015.pdf

Internetové zdroje:

Mezinárodní klasifikace nemocí [online] [cit. 15. 12. 2014] dostupné z www.zdravi.geogr.muni.cz/zdroje/mkn.pdf

Průša L. *Ekonomická efektivita zajišťování péče o příjemce příspěvku na péči*. Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013, ISBN 978-80-7416-120-9, dostupné i online z http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_357.pdf

Registr poskytovatelů sociálních služeb dostupný z <http://iregistr.mpsv.cz>

Výběrové šetření osob se zdravotním postižením VŠPO 13 [online] [cit. 18. 3. 2015] dostupné z <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>

www.barborka-km.cz

www.diakoniev.m.cz

www.dobromysl.cz

www.domovurybnika.cz

www.chbvelehrad.cz

www.klic-css.cz

www.nadeje.cz

www.ouss-uh.cz

www.prostejov.charita.cz

www.spmp-sumperk.cz

www.uhradiste.charita.cz

www.vincentinum.cz

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 DEKLARACE O PRÁVECH MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB

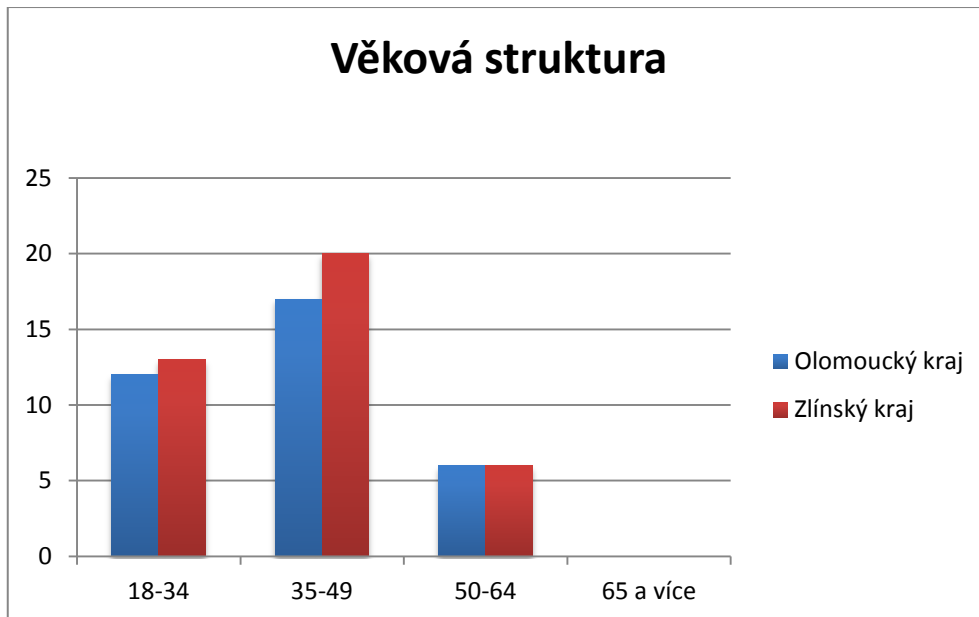
vyhlášená na Valném shromáždění OSN dne 20. prosince 1971

Valné shromáždění vyhláší tuto deklaraci o mentálně retardovaných a současně žádá národní a mezinárodní organizace, aby zabezpečily, že tato deklarace bude sloužit na ochranu těchto práv:

1. Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.
2. Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.
3. Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.
4. Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.
5. Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.
6. Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.
7. Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba omezit tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

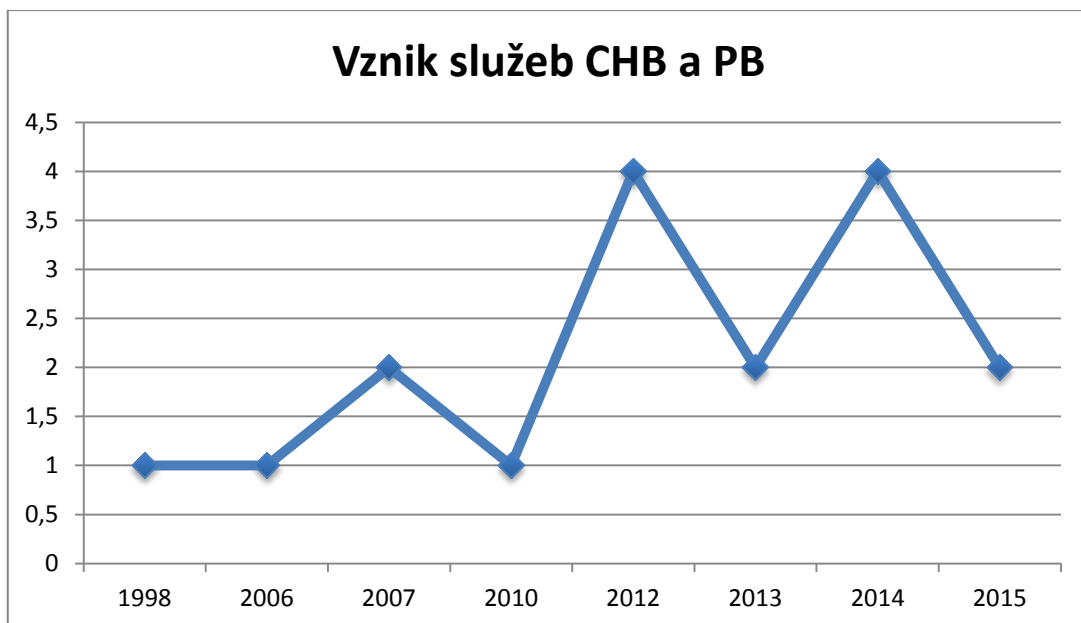
Příloha č. 2

graf a) Věková struktura uživatelů služeb chráněného a podporovaného bydlení



Zdroj: vlastní

graf b) Časová posloupnost vzniku služeb chráněného a podporovaného bydlení



Zdroj: vlastní

ANOTACE

Jméno a příjmení: Libuše Hýblová

Katedra: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kalenda, Ph. D.

Rok obhajoby: 2015

Název práce: Samostatné bydlení osob s mentálním postižením a příspěvek na péči jako podpora samostatnosti

Název v angličtině: Self-contained housing of people with mental disabilities and care contributions to support their independency

Bakalářská práce se zabývá možnostmi samostatného bydlení osob s mentálním postižením v Olomouckém a Zlínském kraji a příspěvkem na péči uživatelů sociálních služeb samostatného bydlení. Teoretická část je v úvodu zaměřena na charakteristiku osob s mentálním postižením a jejich práva. Dále popisuje možnosti samostatného bydlení osob s mentálním postižením a státní dávku příspěvek na péči.

V praktické části jsou analýzou dokumentů a dotazníkovým šetřením zmapovány konkrétní možnosti samostatného bydlení osob s mentálním znevýhodněním v Olomouckém a Zlínském kraji a stupně příspěvku na péči. Dále je ověřována míra normalizace života osob s mentálním postižením.

Klíčová slova: bydlení, chráněné bydlení, příspěvek na péči, mentální postižení, sociální služby

Anotation:

The bachelor thesis deals with alternatives of self-contained housing of people with mental disability in Olomouc region and Zlín region and with care contribution for users of this social services of self-contained housing. The introduction of the theoretical part focused on characteristics of people with mental disability and their rights. Further, there are described alternatives of self-contained housing and a care contribution as the social benefit.

In the practical part by way of the document analysis and a questionnaire disquisition are examined specific alternatives of self-contained housing of people with mental

disability in Olomouc region and Zlín region and degrees of care contribution. Further the rate of a life normalisation of people with mental disability is checked.

Keywords: mental disability, care contribution, self-contained housing, social care

Přílohy: 2

Rozsah práce: 81 202

Jazyk práce: čeština