

Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Joštova 10, 602 00 Brno



Analýza potřebnosti rozvoje sociálních služeb v Brně pro osoby s duševním onemocněním

**Dílčí odborná studie pro tvorbu 5. Komunitního plánu sociálních služeb
města Brna pro období 2018-2019 a pro plánování, síťování a financování
sociálních služeb ve městě Brně.**

Zadavatel:

Statutární město Brno se sídlem v Brně, Dominikánské nám. 196/1, 602 00.



Brno, prosinec 2016

Autorský tým:

Centrum praktických a evaluačních studií, Katedra sociální politiky a sociální práce, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita.

Interní pracovníci:

Winkler Jiří, doc. PhDr. Ph.D.

- vedoucí projektu

Zelenková Iveta, Mgr. Ph.D.

- tajemnice projektu

Vander Jiří, Mgr.

- vedoucí týmu Osoby s duševním onemocněním

Žižlavský Martin, Mgr. Ph.D.

- vedoucí dotazníkového šetření

Externí spolupracovníci a konzultanti:

Šupa Jiří, Mgr. Ph.D.

Winklerová Leona, Mgr.

Obsah:

OBSAH:	1
1. ÚVOD	3
1.1 PRAKTICKÝ PROBLÉM A ZADÁNÍ VÝZKUMU	3
1.2 PODĚKOVÁNÍ ZA SPOLUPRÁCI	5
2. ZÁKLADNÍ POJMY A KONCEPTUÁLNÍ VÝCHODISKA	6
2.1 POJETÍ KOMUNITNÍHO PLÁNOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	6
2.1.1 <i>Propojení participace sociálně vyloučených a strategického plánování v KPSS</i>	8
2.2 SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ A SLUŽBY SOCIÁLNÍ POMOCI	9
2.2.1 <i>Systémy sociální pomoci a sociální služby</i>	11
2.2.2 <i>Národní a lokální úroveň sociální pomoci</i>	11
2.3 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK A METOD VÝZKUMU	12
2.3.1 <i>Poznávací aktivity a výstupy</i>	13
2.3.2 <i>Výběrový soubor, analytická jednotka, metody provedení výzkumu</i>	14
3. ANALÝZA SOCIÁLNÍ POTŘEBNOSTI SLUŽEB PRO OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	16
3.1 CHARAKTERISTIKA CÍLOVÉ SKUPINY	16
3.1.1 <i>Definice cílové skupiny osoby s duševním onemocněním s ohledem na místní sociální situaci</i>	16
3.2 EMPIRICKÝ POPIS PROBLÉMU ČI DEPRIVACE POTŘEB	19
3.2.1 <i>Děti s diagnózou závažné duševní nemoci</i>	19
3.2.2 <i>Mladí lidé s časným rozvojem duševního onemocnění</i>	20
3.2.3 <i>Lidé s chronickým průběhem nemoci</i>	20
3.2.4 <i>Lidé se závažným duševním onemocněním nevyužívající zdravotní a sociální služby</i>	21
3.2.5 <i>Lidé s duální diagnózou – závislostí a duševním onemocněním</i>	21
3.2.6 <i>Lidé s diagnózou porucha osobnosti jako neřešená skupina psychiatrických diagnóz</i>	22
3.2.7 <i>Lidé s duševním onemocněním bez domova</i>	22
3.2.8 <i>Základní zdroje problémů a možnosti jejího řešení</i>	24
3.2.9 <i>Vyhraněné praktické přístupy (profesní, občanské, politické) k výše naznačeným problémům cílové skupiny</i>	26
3.2.10 <i>Změny v pojetí (poznání) sociálních potřeb členů cílové skupiny osoby s duševním onemocněním</i>	28
3.3 SOUHRNNÁ CHARAKTERISTIKA KAPACIT ORGANIZACÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB ZAHRNUTÝCH DO ANALÝZY	35
3.3.1 <i>Přehled služeb poskytujících podporu lidem s duševním onemocněním v Brně</i>	35
3.3.2 <i>Základní charakteristika služeb</i>	39
3.3.3 <i>Cíle dosavadních intervencí sociálních služeb pro vybrané skupiny uživatelů</i>	40

3.3.4 Kapacity poskytovatelů s ohledem na rozsah a náročnost sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním	42
3.4 ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ.....	43
3.4.1 Závěrečné poznatky z hlediska strategického plánování politiky sociálních služeb v městě Brně	43
3.4.2 Doporučení z hlediska přípravy komunitního plánování.....	47
4. ANALÝZA POPTÁVKY PO STÁVAJÍCÍCH SLUŽBÁCH A SPOKOJENOSTI UŽIVATELŮ SE SLUŽBAMI	50
4.1 OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM	52
4.1.1 Sociodemografické znaky	52
4.1.2 Využívání služeb.....	55
4.1.3 Spokojenost se sociálními službami	56
4.1.4 Očekávání klientů	58
4.2 OSOBY S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM A OSTATNÍ CÍLOVÉ SKUPINY	61
4.2.1 Orientace na rodinu versus kolektivní solidaritu při využívání služeb.....	61
4.2.2 Adekvátnost služeb.....	63
4.2.3 Výběrovost služeb	64
4.2.4 Intenzita a rozsah služeb	70
4.2.5 Intenzita a rozsah služeb – důležitost potřeby zlepšení	71
4.2.6 Spokojenost s aktivními výsledky	73
4.2.7 Spokojenost s podmínkami poskytování služeb	75
4.2.8 Spokojenost se vztahem sociální pracovník - klient	77
4.2.9 Spokojenost s informovaností o službách	79
4.2.11 Využívání mixu poskytovatelů sociálních služeb	81
5. SOUHRNNÉ VÝSLEDKY A DOPORUČENÍ	84
6. BIBLIOGRAFIE	86

h m = ° & ' ° ° V ° ° - ° ch \ M K - V \ ou @ - o \ # @ O B J @ O y ~ " ° U @) \ u ° - V B M

1. Úvod

1.1 Praktický problém a zadání výzkumu

Praktickým východiskem naší analýzy je zadavatelem formulovaný cíl zakázky. Spočívá v dosažení takového stavu informací a znalostí o sociálních potřebách cílových skupin, který umožní Městu Brnu (1) věcně argumentovat v diskusi s ostatními partnery při tvorbě 5. komunitního plánu sociálních služeb pro období 2018 – 2019; (2) v tomto období samostatně iniciovat, plánovat a sít'ovat sociální služby v městě Brně. Tyto cíle chápeme jako „dvoj-jediné“, nikoliv však totožné. První cíl umožňuje v rámci komunitního plánování rozvinout *koordináční a zprostředkující roli* města Brna při vyjednávání mezi aktéry a posílit jejich participaci na definování a slad'ování poptávky a nabídky po sociálních službách. Druhý cíl vede k posílení *strategické role* města Brna při formování vlastní lokální politiky sociální pomoci a sociálních služeb. Tato role vyžaduje přesnější znalost aktuálního vývoje sociálních potřeb obyvatel města, jakož i informace o možných zdrojích a kapacitách pro sociální služby ve městě. Sjednocujícím aspektem zadání výzkumu je požadavek současné praxe na spojování a kombinování uvedených rolí Města Brna při řešení sociálních potřeb obyvatel.

Praktický rámec zakázky je dále vymezen objektem analýzy, který zadavatel definuje pomocí pěti vybraných cílových skupin sociálních služeb ve městě:

- senioři
- děti, mládež a rodina
- osoby se zdravotním postižením
- osoby s duševním onemocněním
- další osoby ohrožené sociálních vyloučením

Výběr cílových skupin je zajímavý a má přímý dopad na konceptualizaci problému analýzy potřeb. Objektem analýzy jsou určeny jednak cílové skupiny, které jsou dlouhodobě předmětem zájmu města Brna (senioři, osoby se zdravotním postižením, osoby ohrožené sociálním vyloučením). Současné výzkumy ukazují, že jde obvykle o cílové skupiny s velmi provázanými sociálními potřebami, které lze standardními intervencemi bez propojení různých služeb a opatření uspokojovat poměrně obtížně. Rozsah a náročnost sociálních potřeb těchto skupin zůstává proto stejný nebo se snižuje jen málo. Jednak zadavatel do objektu analýzy zahrnul cílové skupiny, u nichž lze v posledních letech předpokládat, že u partnerů komunitního plánování (poskytovatelů služeb, uživatelů, širší veřejnosti) dochází ke změně

hodnocení významnosti cílových skupin a jejich sociálních problémů. Hodnocení potřebnosti některých cílových skupin se například může měnit v souvislosti s růstem zájmu o bezprostřední sociální prostředí uživatelů sociálních služeb nebo s růstem zájmu o participaci a spolupráci odborných pečovatelů a neformálních pečovatelů klientů sociálních služeb (děti, osoby se zdravotním postižením, osoby s duševním onemocněním). V takto koncipovaném výběru cílových skupin musíme tedy předpokládat, že problém analýzy sociálních potřeb může zahrnovat jednak faktické změny problému cílových skupin, jednak změny v hodnocení významnosti sociálních potřeb různých skupin uživatelů a jednak změny faktického stavu uspokojování potřeb a změny hodnocení jejich významnosti současně, a to jak z hlediska poskytovatelů služeb, tak z hlediska samotných uživatelů a jejich neformálních pečovatelů.

Zadavatel chce analýzu bezprostředně využít pro přípravu 5. komunitního plánu, která začíná od začátku roku 2017. Stanovil proto pro výzkum časový rámeček od září 2016 do 15. prosince 2016. V rámci realizace výzkumného projektu jsme proto museli soustředit a organizovat poměrně značnou výzkumnou a informační kapacitu. Využili jsme spolupráci 43 organizací poskytujících sociální služby, které jsou zasíťovány Městem Brnem a získávají příspěvky nebo dotace na sociální služby. Dále jsme oslovili pro dotazníkové šetření s tazateli přibližně 500 respondentů, kteří byli v roce 2016 klienty sociálních služeb ve městě Brně. Provedli jsme 13 focus group rozhovorů, na nichž se podílelo celkem 158 expertů z praxe (vedoucí pracovníci poskytovatelů, sociální pracovníci, klienti služeb, dobře informovaní členové rizikových skupin). Organizovali jsme více než 100 individuálních rozhovorů s vedoucími pracovníky organizací sociálních služeb, kontaktními sociálními pracovníky a s dobře obeznámenými zástupci klientů a jejich rodinných příslušníků. Na samotném zpracování předkládané zprávy a na přípravě podkladů se podílelo celkem 24 interních a externích odborníků.

1.2 Poděkování za spolupráci

Rádi bychom poděkovali za participaci na výzkumném projektu Analýza potřebnosti sociálních služeb v městě Brně, všem spolupracujícím osobám a organizacím. Při konceptuálním zpracování, terénním sběru dat i jejich zpracování jsme využívali více metod, které vyžadovali spolupráci velkého množství lidí. Uvědomujeme si zátěž, kterou jsme na ně v průběhu měsíců října až prosince 2016 vyvinuli.

Proto chceme poděkovat všem organizacím a jejich zástupcům, kteří se podíleli na realizaci a přípravě „focus group“ rozhovorů. Jen díky nim úspěšně proběhlo všech 13 plánovaných skupinových setkání s poskytovateli služeb i s uživateli z různých cílových skupin. Dále bylo provedeno více než 100 individuálních rozhovorů s uživateli sociálních služeb. Rádi bychom poděkovali všem, kteří se podíleli na zprostředkování kontaktů s klienty pro tyto rozhovory.

Napříč všemi cílovými skupinami probíhalo dotazníkové šetření s uživateli služeb, které nám pomohlo vyhodnotit sociální poptávky a jejich uspokojování u vybraných cílových skupin. Opět bychom rádi poděkovali za ochotu při zprostředkování kontaktů s Vašimi klienty a při jejich výběru, tak aby byly v našem souboru reprezentovány skupiny s různými typy problémů. Zejména děkujeme těm, kteří nám pomáhali při vedení rozhovorů s některými obtížně komunikujícími skupinami osob. Díky Vám všem se podařilo oslovit přibližně 500 klientů, z nichž jsme získali 253 respondentů pro naše dotazování. V této souvislosti také děkujeme všem 26 tazatelům, kteří v naprosté většině případů odváděli zodpovědnou práci.

V Brně dne 15. prosince 2016

doc. Jiří Winkler

2. Základní pojmy a konceptuální východiska

2.1 Pojetí komunitního plánování sociálních služeb

Komunitní plánování sociálních služeb (dále jen KPSS) se v České republice realizuje od roku 2000 jako nástroj plánování lokální sítě sociálních služeb. Postupně se profilovaly metodické směrnice MPSV, které dnes vcelku přesně definují tzv. *normativní pojetí* KPSS. Tedy určují, čím by mělo KPSS především být. V normativním pojetí je položen důraz na „participativní proces vyladování poptávky, nabídky a finančního krytí sociálních služeb na lokální úrovni prostřednictvím vytváření a realizace komunitních plánů rozvoje sociálních služeb.“ (Havlíková a Hubíková, 2007: 8). Do procesu mají vstupovat čtyři typy subjektů, které náležejí k dané lokalitě a navzájem se liší svým vztahem k sociálním službám: zadavatelé, poskytovatelé a uživatelé sociálních služeb a do KP je vtažena v ideálním případě i širší veřejnost, která může vstupovat do nového sociálního rizika nebo se s ním setkává u svých příbuzných, sousedů a přátel. Všechny tyto subjekty by měly mít stejnou možnost podílet se na vytváření KP a měly by být ve své participaci rovnocenné.

Normativní pojetí má velký inkluzivní potenciál. KPSS může být využit pro řešení řady problémů sociálního vyloučení v dané lokalitě a může se stát důležitým *nástrojem politiky sociální pomoci* v místě svého působení. Jednak může posilovat vyloučené osoby a cílové skupiny svými výstupy a realizovanými výsledky a jednak posiluje samotným participativním procesem, který může zapojit velkou část členů lokální komunity, organizovat jejich společné zájmy při společném definování sociálních potřeb.

Deskriptivní pojetí a analytické poznatky o KPSS v České republice ukazují na zatím významný rozdíl mezi normativním očekáváním odborníků na otázky komunitního plánování a reálným stavem a průběhem plánování. Reálná tvorba KPSS je závislá na množství faktorů, které na lokální úrovni způsobují velkou variabilitu plánovacího procesu. Významným faktorem diferenciací je již samotný proces čtyřstranného vyjednávání mezi zadavateli služeb, poskytovateli, uživateli a širší lokální veřejností. Skutečnost je taková, že širší veřejnost obvykle do přípravy a realizace KPSS příliš nevstupuje. Většina obyvatel měst či obcí nemá ani základní povědomí o procesu komunitního plánování. Poněkud lépe se vyvíjí situace s aktivním zapojením uživatelů stávajících služeb. I když i zde jsou velké rozdíly podle lokalit. Dalším závažným problémem v některých místech je špatné strukturování poznatků o potřebách a problémech různých cílových skupin. Některé komise pro přípravu

KPSS téměř nevyužívají zkušenosti a zdroje poznatků samotné občanské komunity. Spoléhají se na poznatky administrativně technické nebo na expertízu odborných poskytovatelů služeb. Ti však obvykle sledují sociální potřeby svých klientů specifickým prizmatem proveditelnosti intervencí. Za velký zdroj diferenciací přístupů ke KPSS dále pokládáme nerovné „partnerské“ postavení jednotlivých aktérů a přelévající se vliv jednotlivých subjektů komunitního plánování, a to v sociálním prostoru podle lokalit, a také v čase v rámci jedné lokality. V reálné situaci definování sociálních potřeb lze jen obtížně vytipovat, které hledisko pohledu bude nejobektivnější nebo nejužitečnější pro praktické řešení. Významnou kvalitou komunitního plánování je právě proces opakovaného sjednocování a sblížení rozdílných hledisek pohledu. Čím více se podaří prodiskutovat a objasnit jednotlivé přístupy k plánování sociálních služeb, tím efektivnější a dalekosáhlejší může být působení uvedených služeb při uspokojování sociálních potřeb členů komunity.

V posledním desetiletí můžeme v rámci naší výzkumné praxe identifikovat tři modelové přístupy k realizaci KPSS.¹:

1. přístup lze označit jako **harmonizace poptávky a nabídky sociálních služeb**. Hlavním cílem je vyladění a adaptace existující nabídky a poptávky po sociálních službách na míru dané lokality (Havlíková a Hubíková, 2007: 6). V rámci uvedeného modelu obvykle dochází k posouzení či revizi kvality poskytovaných služeb za přispění aktivity zadavatele.
2. přístup lze označit jako **doplnění lokálního systému sociální pomoci** v problematických oblastech potřeb, jejichž řešení není standardizováno nebo legislativně formalizováno na národní úrovni systému sociální ochrany. Tento přístup fakticky plánuje a vytváří lokální sociální pomoc pro rizikové skupiny osob či jedince v životní nouzi. Typickým příkladem v městě Brně je snaha o zajištění sociálního bydlení pro relativně široký okruh osob (osamělé matky s dětmi, osoby ohrožené sociálním vyloučením, osoby se zdravotním postižením, občané po výkonu trestu apod.)
3. přístup lze označit jako **sociální rozvoj lokální komunity**. Hlavním cílem je zajistit participaci sociálně potřebných členů lokálního společenství na přípravě a realizaci KPSS. Lokální kontext není jen významným zdrojem sociálních problémů a sociálního vyloučení, ale obsahuje také důležité zdroje pro jejich řešení, především vzájemnou důvěru, další sociální kapitál svých členů a sociální sítě občanské angažovanosti (Havlíková a Hubíková, 2007: 10). Hlavním nástrojem sociálního začleňování je aktivizace a participace uživatelů služeb při

¹ Modelem zde rozumíme kulturně zdůvodněný, sociálně a legislativně přijímaný přístup k realizaci KPSS.

jejich přípravě a realizaci. Při přípravě KPSS je v tomto modelu důležitý nejen výstup plánování, ale zejména proces utváření KP, kdy lidé vytlačení na okraj společností mohou přímo vstupovat do lokální politiky sociální pomoci a sociálních služeb.

Uvedené modely přístupů ke KPSS jsou záležitostí aktuální volby aktérů jen do určité míry. Minimálně ve stejné míře je proces plánování výsledkem působení objektivních faktorů, zdrojů a podmínek, které by zadavatelé sociálních služeb mohli poznat a strategicky využívat při přípravě politiky sociální pomoci. Například příklon k prvnímu modelu KP může být výsledkem ideologického rozhodnutí o liberalizaci poskytování veřejných a sociálních služeb, nebo výsledkem volby tržních kritérií pro hodnocení potřebnosti. Ovšem může být také důsledkem absence klíčových poznatků o sociálních potřebách vybraných skupin občanů na straně zadavatele. Příklon k liberální doktríně může být pak jen výsledkem „racionalizace stavu znalostí“ o sociálních potřebách obyvatel města.

2.1.1 Propojení participace sociálně vyloučených a strategického plánování v KPSS

V této souvislosti chceme upozornit na jednu opomíjenou skutečnost. Růst participace poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb na procesu KP neznamena oslabení strategické role lokálních samospráv při přípravě KP. Znalost poptávky po sociálních službách (1. modelový přístup) rozšířená o znalost pocíťovaných sociálních potřeb dalších skupin občanů je předpoklad pro vytvoření takové strategie sociálních služeb, která pomůže vyplnit bílá místa systému sociální pomoci ve městě. Navíc taková strategie může počítat i s domácími zdroji řešení, které spočívají v rozvoji lokálních komunit (3. modelový přístup). Pro předmětnou zakázku analýzy potřebnosti sociálních služeb v městě Brně vycházíme z 2. modelového pojetí komunitního plánování, jak bylo popsáno výše.

Součástí rozdílných způsobů realizace KPSS jsou i rozdílné strategie pro metodiku analýzy potřebnosti sociálních služeb. Naše strategie hodnocení potřebnosti sociálních služeb ve městě Brně vycházela z praktických požadavků zadavatele na vytvoření podkladů, které by umožnily jednak koordinovat zájmy a stanoviska všech partnerů KPSS a současně umožnily strategicky reagovat na zjištění nových potřeb či bílých míst na mapě sociálních služeb města Brna. Naším metodologickým cílem tedy bylo vytvořit hodnotící proceduru, která by umožnila *participaci poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb* při formulaci výzkumných témat v etapě plánování výzkumu a zejména v etapě sběru dat. Nejen zadavatel, ale i

poskytovatelé služeb a reprezentanti jejich uživatelů se stali iniciátory některých výzkumných otázek. Tito partneři se v průběhu terénních šetření stali někdy zprostředkovateli komunikace s respondenty a jindy vystupovali přímo jako respondenti. Součástí zakázky je i široká objasňující prezentace výsledků výzkumu pro skupiny aktérů přípravy 5. komunitního plánu města Brna a pro lokální politiky.

Současně bylo našim metodologickým cílem zvolit hodnotící strategii, která by umožnila využít naši odbornou expertízu o sociální situaci vybraných cílových skupin obyvatel města Brna. Zvolili jsme proto hodnotící přístup označovaný jako „*osvětlující evaluace*“ (Scriven, 2012) sociálních potřeb. Jeho principy spočívají (1) v představení pojetí sociálních potřeb (problémů) z perspektivy poskytovatelů i uživatelů, a to podle jednotlivých cílových skupin. Dále v (2) identifikaci představ o jejich uspokojení (řešení) z perspektivy poskytovatelů i uživatelů, a to opět v rámci jednotlivých cílových skupin. (3) Tyto představy obou skupin aktérů byly konfrontovány mezi sebou a byly zasazeny do kontextu odborné expertízy popisující problematiku sociálních potřeb daných cílových skupin očima nezávislých hodnotitelů. (4) Autoři závěrečné zprávy v závěrech a doporučeních upozornili na slabá místa současného poskytování sociálních služeb ve městě na základě srovnání názorů poskytovatelů, uživatelů a nezávislých expertů.

2.2 Sociální vyloučení a služby sociální pomoci

Naše analýza potřebnosti sociálních služeb bude vycházet z konceptu sociálního vyloučení. Strategický plán sociálního začleňování města Brna pro období 2016 – 2019, za sociální vyloučení považuje vyloučení jedinců i sociálních skupin z ekonomického a sociálního života (z trhu práce, společenských organizací, sousedství v majoritní populaci ap.) a tím i z možnosti podílet se na právech (především sociálních), životních prostředcích a zdrojích blahobytu sdílených zbytkem populace. Podle Rooma (1997) je možné chápat sociální vyloučení jako na jedné straně nedostatek disponibilních zdrojů jedince a na druhé straně jako nedostatečnou a nevhodnou formu sociální participace, sociální integrace a nedostatek moci, kompetence či „kapabilit“² naplňovat své životní zájmy a cíle v daném společenském prostředí.

Takto definovaný koncept je poměrně nepřesný, vztahuje se na velmi širokou a heterogenní kategorii jednotlivců, kteří se z nejrůznějších důvodů (např. osobní handicap, strukturální

² Termín „capabilities“ resp. „kapability“ používáme v pojetí Amartya Sena jako potenciál pro dosažení cíle. Blíže viz Winkler J.; Šimíková I. 2005.

podmínky) ocitají na okraji společnosti (viz Mareš, 2006; Mareš a kol. 2008; Keller, 2010, Goodin 2000). V této analýze však přesto vycházíme z dané definice, protože podle nás vystihuje, že vyloučení se týká celkového vztahu jedince ke společnosti, v níž žije. Na rozdíl od konceptu chudoby, který se vztahuje především k ekonomické dimenzi vyloučení a hmotnému zajištění.

V souvislosti se sociálním vyloučením se obvykle uvažuje o opatřeních v následujících oblastech – zaměstnanost, bydlení, zadluženost, prevence kriminality a patologických jevů, zlepšení zdraví a vzdělávání. Největší pozornost je věnována **ekonomické dimenzi** (vyloučení z trhu práce, chudoba, materiální deprivace). Nedostatečná úroveň vzdělání a opatření směřující k zlepšení situace v této oblasti poukazují hlavně na **kulturní dimenzi** sociálního vyloučení. Kulturní dimenze však souvisí nejen s nízkou kvalitací, ale také se segregovaným školstvím. Prostorová dimenze sociálního vyloučení se silně odráží v diskuzích o nových jevech v sociálně vyloučených lokalitách. Velké prostorově koncentrované sociálně vyloučené lokality se rozpadají do menších celků, těžiště sociálního vyloučení se přesouvá z města na venkov, sociálně vyloučení lidé žijí rozptýleně mezi běžnou populací.

V odborné literatuře se věnuje poněkud méně pozornosti dalším dimenzím sociálního vyloučení, které však v souvislosti s využitím KPSS jako nástroje společenské participace a integrace nabývají na významu. Jedná se o dimenzi **politickou** (nemožnost ovlivňovat rozhodnutí, které se lidí týkají), **dimenzi komunitní** (nízká míra sociální koheze a sociálního kapitálu mezi sociálně vyloučenými), **dimenze mobility** (omezení pohybu ve fyzickém prostoru, ale také mobilita mezi sociálními pozicemi v rámci společnosti) a **symbolickou dimenzi** (stigmatizace a labelling sociálně vyloučených osob).

Pro potřeby této analýzy považujeme za důležité, že sociální vyloučení lze chápat jako subjektivně vnímanou ztíženou participaci na přístupu k všeobecně dostupným zdrojům ve společnosti. Tato ztížená participace se odehrává v různých vzájemně propojených dimenzích a jejich skladba, včetně příčin a následků, je závislá na konkrétní životní situaci klienta. Cílové skupiny osob ohrožených sociálním vyloučením jsou velmi různorodé. S uspokojením proto přijímáme, že zadavatelé analýzy potřebnosti sociálních služeb udržují při výběru cílových skupin určitou kontinuitu mezi předchozími komunitními plány a připravovaným 5. komunitním plánem. Tato návaznost umožňuje detailnější analýzy dlouhodobějšího vývoje

zejména v cílových skupinách senioři, osoby ohrožené sociálním vyloučením, osoby se zdravotním postižením. Naopak jako nové se v současné přípravě diskutují cílové skupiny děti, mládež a rodina a cílový skupina psychicky nemocných osob. I tyto dvě skupiny je však možné začlenit do výše definovaného konceptu sociálního vyloučení.

2.2.1 Systémy sociální pomoci a sociální služby

Systémy sociální pomoci jsou obvykle spojeny s jevy, jako jsou dlouhodobá nezaměstnanost, nízká kvalifikace, závislost na alkoholu, drogách, gamblerství, násilí v rodině, chronický nedostatek prostředků na přežití, přežívání ze dne na den bez perspektivy změny, nevyhovující bytové poměry, sociální patologie, která ohrožuje šťastnější část společnosti. V širokém slova smyslu je to pomoc poskytovaná všem, kteří se ocitli v obtížné sociální situaci, jenž je vylučuje z běžného života v daném společenském prostředí. V užším slova smyslu lze sociální pomoc definovat jako společensky legitimní reakci (státu, společenství, skupiny, rodiny) na stav chudoby a vyloučení, který znamená, že člověk je existenčně ohrožen ve svém sociálním fungování. Sociální pomoc může mít podobu prostého peněžního příspěvku nebo může být příspěvek svázan s poskytnutím určité služby nebo s vykonáním určitých aktivit budoucím příjemcem pomoci (rekvalifikace, sociální bydlení, příspěvek na bydlení, nástup do zaměstnání apod.). Poskytování sociálních služeb je tedy pevnou součástí systémů sociální pomoci.

2.2.2 Národní a lokální úroveň sociální pomoci

Bonny a Bosco (2002) upozorňují na velmi diferencovaný kontext poskytování opatření sociální pomoci v rámci jednotlivých evropských zemí. Mezi základní dimenze, které určují podobu sociální pomoci, tito autoři zařazují (1) sociálně ekonomický a demografický základ společenského života v národním, ale i v regionálním měřítku. Tyto charakteristiky například významně ovlivňují možnosti příjemců sociální pomoci uplatnění se na regionálním pracovním trhu nebo určují zdravotní charakteristiky v souvislosti na věkovou strukturu obyvatelstva v regionu. (2) Sociální pomoc se uskutečňuje v určitém kulturně politickém prostředí, v němž se utváří sociální konstrukce klíčových pojmů, jako je chudoba, sociálního vyloučení, potřebnost a další. Od těchto idejí se odvozují také definice vhodných forem pomoci lidem v sociální nouzi. Uvedené kulturní prostředí se může regionálně či lokálně měnit například s úrovní náboženskosti, nebo s profesní kulturou konkrétních poskytovatelů

služeb. (3) Dalším kontextuálním faktorem proměny sociální pomoci je její návaznost na celkový systém sociální ochrany a určení její pozice a významu v tomto systému. Tedy jednotlivý program sociální pomoci, jedna určitá sociální služba nemůže být chápána v izolaci od ostatních sociálních opatření vztahujících se na uživatele dané služby.

Vzhledem k provázanosti uvedených systémů se pro způsob poskytování pomoci stává důležitý také vztah mezi národní a lokální úrovní sociální pomoci. To platí zejména pro oblasti řešení sociálních problémů, kde na národní úrovni jsou sociální opatření jen slabě institucionalizována a jejich realizace je legislativně málo strukturována. V těchto předmětných oblastech (např. osoby ohrožené sociálním vyloučením) je poskytování služeb decentralizováno na lokální úroveň, roste význam lokální tvorby sociálních opatření a vzniká prostor pro lokální koordinaci a integraci uvedených služeb.

2.3 Formulace výzkumných otázek a metod výzkumu

Pro dosažení praktického cíle zakázky jsme formulovali následující okruhy poznávacích otázek. Odpovědi na tyto otázky budou tvořit základní výstupy studie pro všech pět uvedených cílových skupin. Formulace níže uvedených otázek vychází z konceptuálního rozlišení „pocitovaných sociálních potřeb“ a „poptávky po sociálních službách“.

Ve shodě s autorem konceptu sociálních potřeb Jonathanem Bradshawem (1972, 1994) chápeme **pocitované sociální potřeby** jako přání nebo subjektivní představy potřeb, které mohou, ale také nemusí, být členy cílových skupin jasně vyjádřeny. **Poptávky po sociálních službách** chápeme jako specifický způsob jasného vyjádření sociální potřeby, který se projeví aktivní snahou o dosažení či o využívání určitých služeb.

Původní koncept sociálních potřeb byl samotným autorem konkretizován a kriticky zhodnocen po více než dvaceti letech od svého zavedení. Svou typologii pocitovaných, vyjádřených, normativních a komparativních potřeb chápe jako spíše různé fáze procesu formulace sociálních potřeb a jejich zvládnutí v současné společnosti. Pokud chápeme poptávku po sociálních službách jako postupnou fázi procesu subjektivního uvědomování si svých potřeb v určitém sociálním prostředí, pak analýza potřeb uživatelů sociálních služeb a potřebnosti rozvoje těchto služeb musí při operacionalizaci výzkumných otázek vycházet z kombinace výše uvedených konceptů.

a) **První okruh otázek:** Jaké jsou sociální potřeby, které pocítují členové vybraných cílových skupin? V čem členové cílových skupin pocítují zdroje svých problémů a potíží, které chtějí

řešit? Jaké potřeby členů cílových skupin nabývají podle nich na významu? Jaké sociální potřeby chápou členové cílových skupin jako nové?

b) **Druhý okruh otázek:** Jaké jsou cíle dosavadních intervencí sociálních služeb pro vybrané skupiny uživatelů? Jaké jsou základní činnosti poskytované v rámci jednotlivých sociálních služeb pro vybrané cílové skupiny? Jaké jsou kapacity poskytovatelů s ohledem na rozsah a náročnost sociálních služeb pro vybrané cílové skupiny.

c) **Třetí okruh otázek:** Jaký je vztah mezi vyjadřovanými potřebami (poptávkami) a nabídkami stávajících sociálních služeb pro vybrané cílové skupiny? Jaké jsou důvody převisu poptávky nad nabídkou sociálních služeb? Jaké jsou důvody převisu nabídky nad poptávkou po sociálních službách u vybrané cílové skupiny. Jak jsou členové cílových skupin spokojeni s nabízenými službami? Jaké služby (pomoc) členům cílové skupiny doposud chybí?

2.3.1 Poznávací aktivity a výstupy

Základní poznávací aktivity zakázky tvoří expertíza ze současné odborné literatury, sekundární analýza administrativních dat a vlastní výzkumné činnosti spočívající v přípravě a provedení třech samostatných terénních šetření. Všechny tyto aktivity budou strukturovány podle jednotlivých cílových skupin, případně podskupin, jejichž restrukturační bude předem konzultována se zadavatelem. Z těchto aktivit budou vytvářeny následující základní **poznávací výstupy analýzy potřeb** sociálních služeb v městě Brně.

a) Charakteristika cílových skupin, identifikace deprivace uspokojení sociálních potřeb a zdrojů sociálních problémů.

Aktivity: expertíza ze současné odborné literatury, vyhodnocení empirických poznatků o subjektivním hodnocení potřeb uživateli (focus group rozhovory), komparace empirických poznatků s odbornou expertízou.

b) Analýza reálných cílů, základních činností a kapacit pro poskytování intervencí sociálních služeb podle cílových skupin

Aktivity: sekundární analýza administrativních dat od zadavatele, skupinové rozhovory (focus group) s poskytovateli služeb o hodnocení cílů, činností a kapacit pro jejich realizaci.

c) Analýza reálné potřebnosti sociálních služeb podle cílových skupin

Aktivity: skupinové rozhovory (focus group) s poskytovateli, skupinové rozhovory (focus group) s uživateli, dotazník spokojenosti s nabídkou sociálních služeb,

d) Shrnutí a doporučení k dalšímu rozvoji sociálních služeb celkově a podle cílových skupin

2.3.2 Výběrový soubor, analytická jednotka, metody provedení výzkumu

Metodika výzkumných aktivit vychází jednak z uvedené konceptualizace problému analýzy potřeb a určení potřebnosti dosavadních sociálních služeb ve městě Brně. Vedle toho však také vychází z objektivních finančních a časových podmínek plnění zakázky.

Ve vlastních výzkumných aktivitách zakázky budeme využívat dvou základních souborů respondentů. Jednak je to soubor uživatelů sociálních služeb dostupný u poskytovatelů služeb definovaných podle aktuálního katalogu sociálních služeb v městě Brně a jednak je to soubor poskytovatelů (organizací příspěvkových i dotačních) podle zařazení do téhož katalogu sociálních služeb. Z těchto základních souborů budou vybíráni respondenti pro jednotlivá terénní šetření podle odlišných kritérií.

S využitím uvedených základních souborů respondentů chceme připravit tři typy terénních šetření:

a) kvalitativní skupinové rozhovory „Identifikace sociálních potřeb uživatelů sociálních služeb“ (viz výstup a). Kvalitativní analýza významových kategorií, explorační výzkumná strategie. Kritérium výběru: aktivní přístup k využívání sociálních služeb.

b) kvalitativní skupinové rozhovory „Identifikace reálných cílů aktivit a hodnocení kapacit pro realizaci intervencí sociálních služeb“ (viz výstup b). Kvalitativní analýza významových kategorií, explorační výzkumná strategie. Kritérium výběru: kompetentní reprezentanti poskytovaných služeb.

c) kvantitativní dotazování „Spokojenost uživatelů s nabídkou sociálních služeb v městě Brně“ Dotazování všech identifikovaných uživatelů sociálních služeb s kvalifikovaným souhlasem dle aktuálního seznamu poskytovatelů.

Analytickými jednotkami analýzy potřeb jsou postoje a názory uživatelů sociálních služeb a struktury zajištění intervence jednotlivých sociálních služeb v poskytovatelských organizacích (programy sociálních služeb).

Ve vybraných cílových skupinách budou definováni jako uživatelé sociálních služeb i neformální pečovatelé. Půjde zejména o tyto cílové skupiny: děti, mládež a rodina, osoby se zdravotním postižením a osoby s duševním postižením.

Metody sběru dat tvoří následující procedury:

- Dotazník spokojenosti s nabídkou sociálních služeb bude využívat otevřené i uzavřené statistické otázky, předpokládá statistické metody zpracování dat
- Kvalitativní skupinový rozhovor (focus group) s uživateli sociálních služeb pro subjektivní hodnocení sociálních potřeb. Kvalitativní analýza významových kategorií, kategorie předem částečně strukturované, explorační strategie
- Kvalitativní skupinový rozhovor (focus group) s poskytovateli sociálních služeb pro hodnocení cílů, aktivit a kapacitních možností sociálních služeb. Kvalitativní analýza významových kategorií, kategorie předem částečně strukturované, explorační strategie

Struktura závěrečné zprávy navazuje na plánované výstupy analýzy potřebnosti sociálních služeb. Po úvodní formulaci základních teoretických konceptů, výzkumných otázek a popisu metod následuje ve 3. kapitole představení dílčí výzkumné analýzy dané cílové skupiny. Ve studii je od sebe jasně rozlišena část přehledová, která seznamuje s charakteristikami sociálních potřeb a problémů členů jednotlivých cílových skupin, a část výzkumná, která seznamuje s pojetím potřeb a jejich uspokojováním podle názorů poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb v městě Brně. Ve 4. kapitole jsou uvedeny základní výsledky kvantitativního dotazníkového šetření, které se zabývalo identifikací spokojenosti uživatelů se stávajícími sociálními službami. V 5. kapitole jsou uvedeny souhrnné výsledky a doporučení.

3. Analýza sociální potřeby služeb pro osoby s duševním onemocněním³

3.1 Charakteristika cílové skupiny

Lidé se závažným duševním onemocněním jsou heterogenní skupinou se zdravotními a sociálními potřebami, které odpovídají různým fázím a průběhům duševní nemoci⁴ a z ní vyplývající nepříznivé sociální situaci. Byť se tyto duševní nemoci od sebe liší symptomy, tak oběma skupinám je společné, že patří mezi závažné duševní nemoci s celkem *vysokým procentem rizika úmrtí (5-10 %), což může být v Brně cca 400-500 lidí s diagnózou duševní nemoci*. Charakterizuje je také víceméně podobný vrchol výskytu onemocnění, který se objevuje především v adolescenci a rané dospělosti – mezi 15-25 lety. U schizofrenie je to 20-24 let, u afektivních poruch bývají první výskyty mezi 15-19 lety, u poruch příjmu potravy se objevuje začátek také mezi 15-19 (riziko však už i od 13 let a tento věk se z hlediska incidence neustále snižuje) a nejvyšší výskyt 20-24 (Höschl, Libiger, Švestka, 2002, statistiky ÚZIS, 2013). V současné době zvláště u poruch příjmu potravy je možné se setkat s klienty od 9 – 10 let. Zároveň mají tyto cílové skupiny některé podobné přístupy (časná intervence, zotavení) a principy (multidisciplinarita, koordinovanost atp.).

3.1.1 Definice cílové skupiny osoby s duševním onemocněním s ohledem na místní sociální situaci

Následující výpočty vychází z dokumentů ÚZIS z let 2013 a z příkladu výpočtu Regionální potřeby (Říčan, 2013) a Strategie reformy psychiatrické péče. V případě, že nejsou dostupné validní údaje, vycházíme z kvalifikovaných odhadů na základě české i zahraniční odborné literatury. Podle struktury diagnóz hospitalizovaných lidí v celé ČR je jedním z nejčastějších důvodů hospitalizace diagnóza schizofrenie (F20-29) 18,6%, u afektivních poruch (F30-39) je to 8,5%. U obou diagnóz je většinou nutná další ambulantní péče a to buď trvalá, a to u 48% hospitalizací nebo dočasná u 30 % hospitalizací, jen 5% z počtu hospitalizovaných nepotřebovali žádnou další ambulantní péči. Trvalou ambulantní péči nejčastěji potřebují lidé s dg. schizofrenie F2-29, cca 66% lidí s touto diagnózou, a afektivní poruchy F30-39, cca 61% lidí s touto diagnózou. Ambulantní péče by měla být doplněna

³ Autoři dílčí zprávy pro cílovou skupinu osoby s duševním onemocněním jsou: Mgr. Jiří Vander, DiS. Mgr. Jiří Šupa, PhD.

⁴ Pojmy duševní onemocnění a duševní nemoc jsou chápány jako synonyma (pozn. JV).

psychosociální podporou, tak aby odpovídala efektivní praxi založené na důkazech (evidence based intervention).

Schizofrenie, afektivní poruchy

Obecně se udává výskyt schizofrenie 1-2% v populaci, bipolární afektivní porucha 0,5- 1,7%. Dle statistik ÚZIS bylo v roce 2013 v Brně městě 3517 lidí s diagnózou schizofrenie a 6409 lidí s afektivními poruchami (deprese, mánie). Procento lidí se závažným duševním onemocněním se postupně zvyšuje. Od roku 2006 do roku 2012 stoupl počet léčených onemocnění u schizofrenie o 1444, u afektivních poruch je nárůst o 2297 v celém Jihomoravském kraji. ***V Brně došlo mezi lety 2010-2012 k nárůstu z 2562 na 3534, u afektivních poruch z 5097 na 6161.***

Ve vztahu k zahraničním kvalifikovaným odhadům a dle variant průběhu závažných duševních onemocnění lze odvodit, že cca 65% lidí se schizofrenií a 25% lidí s afektivními poruchami potřebuje multidisciplinární, intenzivní a koordinovanou péči, která adekvátně odpovídá jejich potřebám (Říčan, 2013), což je celkem v Brně 3712 lidí se závažným duševním onemocněním. V případě zvláště těžkého průběhu jde o minimálně cca 750 lidí, kteří potřebují permanentní, vysoce intenzivní podporu (denní návštěvy, podporu multidisciplinárního týmu v poměru pracovník: klient 1:10).

Poruchy příjmu potravy

U lidí s poruchou příjmu potravy (dále PPP) jde o těžko odhadnutelné číslo, protože mnoho lidí s touto diagnózou své potíže tají a vyhledávají jiné odborníky než psychiatry (Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Uvádí se, že až 35% dívek a 13% chlapců není spokojeno se svým tělem, 50% dívek si přeje zhubnout, 40% se vědomě omezuje v jídle a 4% záměrně zvrací. Dále se odhaduje, že až 50% dívek s touto diagnózou se vyléčí, u cca 20% se projeví chronický průběh spojený se sociální izolací (Marádová, 2007). Zahraniční výzkumy uvádějí, že prevalence PPP je cca 0,6-2,8% s cca 10x větším rizikem u žen, některé studie uvádí dokonce 7,7% u mentální anorexie a 8,6% u mentální bulimie (Smink, Hoeken, Hoek, 2012). Tato čísla ukazují na nedostatečnost údajů ze statistik ÚZIS z roku 2013, které uváděly 409 lidí s diagnózou poruch příjmu potravy v Brně a Jihomoravském kraji (ve Vyškově to byly např. 4). ***Dynamika vývoje není zachycena, neboť u poruch příjmu potravy se číslo začalo sledovat až v roce 2012.*** V případě výpočtu dle prevalence bychom měli dojít k číslu

2264 lidí (pokud bychom vzali v úvahu nižší hodnotu tj. 0,6%). Počet 409 zhruba odpovídá chronické variantě průběhu, což však vyžaduje už vysoce specializovanou multidisciplinární léčbu. Je pravděpodobné, že zbývající počet, tj. cca 1900 lidí nějakou formou poruchy příjmu potravy trpí, ale neléčí se pro ni a ani nevyhledává specializovanou pomoc. Objevuje se také častá psychiatrická komorbidita – 49% adolescentních pacientů s PPP mělo zároveň afektivní poruchu, 29% úzkostnou poruchu, 35% obsedantně kompulzivní poruchu. (Kocourková, Koutek, 2015)

Počet lidí se závažným duševním onemocněním v Brně v roce 2013 ve srovnání s JMK (podle statistik ÚZIS)

Rok 2013	Počet obyvatel	Počet lidí s diagnózou schizofrenie	Počet lidí s diagnózou afektivní poruchy	Počet lidí s diagnózou poruchy příjmu potravy
Brno město	377 508	3517	6409	409
JMK	1 170 058	6161	12199	516

Počet lidí se závažným duševním onemocněním potřebujících komplexní péči

Diagnóza	Počet lidí potřebujících komplexní péči Brno město
Schizofrenie F20-29	2110
Afektivní poruchy F30-39	1602
Poruchy příjmu potravy F50-59	409

Závažná duševní onemocnění – diagnózy schizofrenie (F20-29), afektivní poruchy (F30-39) a poruchy příjmu potravy (F50-59) – *vyžadují dlouhodobou a specializovanou podporu v rámci koordinované zdravotnické i sociální péče, která je však nedostatečně řešena.* Zároveň jsou cílovou skupinou, kterou charakterizuje *dlouhé trvání nezachyceného onemocnění* (délka neléčené psychózy se odhaduje 1,5 – 2 roky, Jorgensen, 2016; významná je i délka neléčené poruchy příjmu potravy, Neubauer et al., 2014). Další charakteristikou

cílové skupiny jsou *dlouhodobé a opakované hospitalizace* (průměrná délka hospitalizace člověka s dg. schizofrenie je v ČR cca 115 dní), což vede k narušení procesu vzdělávání, k náhlému ukončení započaté pracovní kariéry nebo problémům udržet si podnájem či vlastní byt a snižuje zapojení člověka do běžné sítě sociálních vztahů. ***Základní problémy této cílové skupiny jsou tedy stejné jako u dalších cílových skupin – nezaměstnanost, chudoba, riziko bezdomovectví.*** Vzhledem k onemocnění v období dospívání a mladé dospělosti, kdy mladí lidé žijí se svými rodiči, se objevuje *větší psychická i finanční zátěž ve skupině rodinných příslušníků.* Duševní onemocnění je také spojeno se *společenským stigmatem*, které vytváří politické a ekonomické bariéry pro zlepšení systému zdravotní a sociální péče.

3.2 Empirický popis problému či deprivace potřeb

3.2.1 Děti s diagnózou závažné duševní nemoci

Tato skupina je zastoupena pouze v malém měřítku (podle statistik z roku 2013) tvoří tuto skupinu mezi 0-14 lety 0,1% lidí z celkového počtu lidí s diagnózou schizofrenie, 0,2% u afektivních poruch a 12,6% u poruch příjmu potravy. ***Děti jsou tedy více ohroženi diagnózou porucha příjmu potravy.***

U dětské části cílové skupiny je důležitá včasná detekce počínajících problémů, na což by měl být brán zřetel ať už preventivních programů, vzdělávání školních psychologů, pediátrů, pracovníků OSPOD. V brněnských sociálních službách nejsou služby, které by se specializovaly pouze na dětské klienty s touto diagnózou (vzhledem k odhadu výskytu z celkového počtu diagnóz (u schizofrenie cca 4 lidí ve věku 0-14, u afektivních poruch 8 lidí) by nedávalo smysl vytvářet specializovanou službu, ale bylo by důležité, aby se naučili pracovat s těmito diagnózami profesionálové, kteří péči již poskytují např. v pedagogicko-psychologické poradně, služby rané péče atp.

U diagnóz schizofrenie a afektivních poruch je potřeba klást důraz na spolupráci s rodinou a její podporu, včetně podpory při udržení klientů ve vzdělávacím procesu, neboť časný průběh závažných diagnóz vede obvykle k horší prognóze. Obecně je v ČR dětská psychiatrie personálně poddimenzovaná a v oblasti zdravotnictví by bylo potřeba situaci řešit.

U lidí s PPP to může být v Brně již minimálně cca 300 a ještě více lidí s nějakým druhem problémů s příjmem potravy – tato skupina je mnohem ohroženější a v rámci sociálních služeb by tomu měla být věnována pozornost.

3.2.2 Mladí lidé s časným rozvojem duševního onemocnění

Schizofrenie je duševní onemocnění s počátkem rozvoje v mladém dospělosti mezi 17-25 lety. Poruchy příjmu potravy mají začátek ještě dříve, rozvoj začíná již od 13 let, nejčastěji je ohrožená skupina lidí mezi 15-19 lety. V tomto věku se objevuje diagnóza schizofrenie u 1,5 % lidí, diagnóza afektivních poruch u 2,1 % lidí a 36,3% u poruch příjmu (ÚZIS, 2013). Data z ÚZIS však neukazují, jaké množství lidí s těmito diagnózami se objevuje mezi lety 20-25. Neboť i tato skupina žije často ještě v rodině nebo je s ní v úzkém kontaktu. ***Rodinní příslušníci jsou v takovém případě nezbytným příjemcem podpory***, neboť mohou vytvářet podpurné prostředí pro prognosticky lepší vývoj onemocnění a snížení stresové zátěže. Další částí (obtěžně zmapovatelnou) jsou ***mladí lidé s rizikem rozvoje duševní nemoci, kteří ještě nejsou diagnostikováni, ale u kterých hrozí rozvoj závažné duševní nemoci. Potřebná je včasná detekce u dospívající lidí s rizikem rozvoje závažného duševního onemocnění, neboť časný rozvoj duševní nemoci při nedostatečně intenzivní zdravotní a sociální podpoře je spojený s rizikem horší prognózy.*** Při nedostatečné podpoře ve fázi objevení se prvních příznaků duševní nemoci vypadává mladý člověk s duševní nemocí ze vzdělávacího procesu. Bariérou může být také přístup školy, jestliže nedá příležitost pro vytvoření individuálního plánu, jestliže nespolupracuje s rodinou a sociální službou, případně učitelé nebo žáci trpí předsudky vůči lidem s duševní nemocí. Nedokončení vzdělávání vede k vyšší nezaměstnanosti a závislosti na systému sociální péče.

3.2.3 Lidé s chronickým průběhem nemoci

Odhaduje se, že cca 25% lidí s diagnózou bývá opakovaně a dlouhodobě hospitalizováno (Raboch, Wenigová, 2012), u čtyřicetiletých lidí to může být až 22 hospitalizací. U lidí s poruchou příjmu potravy je to cca 20% lidí s chronickým průběhem (Marádová, 2007). V Brně to tedy může být cca 620 lidí s diagnózou schizofrenie, a cca 80 lidí s poruchou příjmu potravy.

Chronický průběh onemocnění vede k vypadávání ze vzdělávacího procesu, práce, což má za následek snížený ekonomický status, ztrátu obvyklého bydlení a nižší účast na společenském životě.

Při hledání zaměstnání samozřejmě existují velké bariéry na obou stranách. **Na straně zaměstnavatelů jde o stigmatizaci, neznalost výhod zaměstnávání lidí s duševním**

onemocněním a neznalost problematiky, k čemuž se přidává nedůvěra ve schopnosti lidí s duševním onemocněním. Na straně klientů zase existuje obava ze ztráty sociálních benefitů – zvláště invalidního důchodu.

Při nedostatečné podpoře vznikají u lidí s duševním onemocněním další kumulované sociální problémy, jako je nárůst bezdomovectví, dlouhodobá hospitalizace na uzavřených odděleních, čímž se *zvýšuje zátěž lůžkových zařízení, které jsou placeny ze zdravotního pojištění*, nebo lidé čekající v pořadníku domovů se zvláštním režimem. Vzniká tak skupina lidí vypadávajících ze zdravotní a sociální péče, která se *dostává do konfliktu s policií, stává se větší zátěží pro svoje okolí, vznikají obtížně řešitelné situace pro sociální kurátory a sociální pracovníky na obci.*

3.2.4 Lidé se závažným duševním onemocněním nevyužívající zdravotní a sociální služby

Část lidí z této cílové skupiny vypadá ze zdravotní a sociální péče kvůli přechodnému zhoršení zdravotního stavu/sociální situace, nebo do zdravotní a sociální péče vůbec nedorazí. *Roste tak riziko chronicity duševního onemocnění a spirálovitě se zhoršující sociální situace.* Aktuálně neexistují čísla umožňující nám odhadnout, o jak velkou skupinu lidí se v Brně jedná. Část jich je mezi lidmi bez domova nebo jim hrozí riziko ztráty domova.

3.2.5 Lidé s duální diagnózou – závislostí a duševním onemocněním

Lidé se závažným duševním onemocněním (psychózy, PPP) mohou mít také přidruženou závislost, ať už na alkoholu nebo nealkoholových drogách (např. marihuana, pervitin, léky). V zahraniční literatuře se uvádí různá rozmezí nejčastěji mezi 20-40 % lidí, kteří mají potíže jak s duševní nemocí a závislostí (Fox et al., 2011), u poruch příjmu potravy je také vyšší výskyt neurotických a afektivních poruch (Kocourková, Koutek, 2016). V Brně tedy může jít o cca 800 lidí s duální diagnózou.

Souběh obou diagnóz zhoršuje jak prognózu léčby, tak i dopad na sociální a ekonomickou situaci. Lidé s duální diagnózou představují větší nárok buď na službu samotnou, nebo na spolupráci mezi službami, kdy jedna služba se zaměřuje pouze na duševní onemocnění a druhá pouze na závislost.

I přes příklady dobré praxe, kdy spolu služby spolupracují, např. při práci s duálními diagnózami (Práh + Podané ruce), je nedostatečná podpora lidí s více diagnózami např. kombinace poruchy osobnosti, závislosti, snížený intelekt, poruchy chování, sexuální deviace, autismus a další. *Lidé s vícečetnými diagnózami propadávají systémem sociálních služeb a stává se, že pak podpora leží na pracovnících obce, kteří však nemají možnosti, jak situaci řešit, nebo jsou lidé s vícečetnými diagnózami dlouhodobě hospitalizováni.*

3.2.6 Lidé s diagnózou porucha osobnosti jako neřešená skupina psychiatrických diagnóz

Pro část lidí s poruchou osobnosti jsou vhodné komunitní služby. V zahraniční literatuře se odhaduje cca 5%. V Brně by šlo o cca 100 lidí z celkového počtu cca 1800 lidí s poruchou osobnosti. Část lidí s poruchou osobnosti však potřebuje zcela specifický přístup, např. terapeutickou komunitu nebo intenzivní podporu zahrnující silnou složku psychoterapeutické péče. Péče o tyto lidi zatím není v Brně řešena žádnou specifickou službou. Mnoho služeb se však s lidmi s poruchou osobnosti potýká. Proto se ukazuje jako významná potřeba jejich situaci řešit.

3.2.7 Lidé s duševním onemocněním bez domova

Charakteristické pro skupinu lidí se závažným duševním onemocněním ohroženou bezdomovectvím je nižší dosažené vzdělání, žádná nebo krátká pracovní historie a silné negativní příznaky onemocnění - nedostatečná vůle, neschopnost se rozhodovat, neschopnost plánovat a řešit náročnější situace, což je výsledek chronického průběhu onemocnění a nedostatečné zdravotní a sociální podpory.

Aktuálně neexistuje český výzkum, který by přinesl data o počtu lidí se závažným duševním onemocněním, kteří jsou ohroženi ztrátou bydlení nebo se již lidmi bez domova stali.

Můžeme však dojít ke kvalifikovanému odhadu za pomoci starších dat (2002-2003), zahraničních výzkumů a výpočtu regionální potřeby komunitní péče u lidí se závažným duševním onemocněním.

Máme k dispozici výsledky dotazníkového šetření, které proběhlo v letech 2002–2003 s cílem odhadnout výskyt duševních poruch u pražských lidí bez domova (Dragomirecká, Kubisová, Anděl, 2004). Dotazník Světové zdravotnické organizace SRQ (Self/Reporting Questionnaire)

vyplnilo 257 osob, z toho 32 žen (12,5%). Pětina souboru (22,6%) uvedla, že se v minulosti léčila v psychiatrické léčebně. Významně horší duševní stav byl zjištěn u žen – vysoká intenzita depresivních a úzkostných příznaků byla zjištěna u 21,3% mužů a 37,5% žen; psychotické příznaky u 7,1% mužů a 18,8% žen. Celkově tedy cca 80% lidí bez domova má nějaký druh duševního onemocnění, z toho cca 26% psychózu.

Zahraniční výzkum z roku 1998 uvádí, že 15 % pacientů se závažným duševním onemocněním zažilo za poslední 2 roky minimálně jednu epizodu bezdomovectví (Herman et al., 1998). První epizoda bezdomovectví byla ve 2/3 případů před první hospitalizací. Stejný údaj, 15% prevalence bezdomovectví mezi lidmi se závažným duševním onemocněním uvádí studie z roku 2005 provedená na vzorku cca 10 000 lidí (Folsom et al., 2005).

Americká zpráva Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2009) uvádí procento lidí s duševním onemocněním mezi 20 – 25 %.

Počet lidí s duševním onemocněním a bez domova v Brně

V roce 2010 proběhl výzkum „Sčítání bezdomovců v Brně“, v jehož rámci bylo spočítáno, že minimální počet lidí bez domova v Brně je 1354.

Pokud bychom vzali jako hledisko procentuální zastoupení lidí s duševním onemocněním mezi lidmi bez domova z pražského výzkumu, tak se dostaneme k počtu 352 lidí. Je však otázka, zda počet lidí s duševním onemocněním bez domova neroste, podobně jako roste procento výskytu lidí s duševní nemocí mezi populací a počet lidí bez domova celkově.

Pokud vezmeme v úvahu % prevalence uvedené zahraničními výzkumy tedy 15% u lidí se závažným duševním onemocněním, tak z počtu 3712 lidí se závažným duševním onemocněním, kteří potřebují komplexní péči pro udržení ve společnosti, tak je cca 556 lidí ohroženo bezdomovectvím. Pravděpodobně dochází k určitému překryvu mezi těmito skupinami – malá část lidí se závažným duševním onemocněním využívá psychiatrickou pomoc, procentuální zastoupení však nebude velké. Zároveň je však pravděpodobné, že počet lidí s duševní nemocí, kteří se neléčí a nejsou tedy započítáni do statistik ÚZIS, ze kterého se počítá procentuální zastoupení, jsou více ohroženi bezdomovectvím, protože nevyužívají zdravotnickou pomoc a jejich duševní stav se může horšit. Musíme tedy počítat s tím, že výpočty jsou orientační a podhodnocené a reálné číslo může být daleko vyšší.

Dle zahraničních a českých výzkumů a výpočtu regionální potřebnosti jsme došli k následujícím odhadům – mezi lidmi bez domova je cca 300 lidí se závažným duševním

onemocněním, ohroženo bezdomovectvím je cca 556 lidí se závažným duševním onemocněním v Brně. Číslo je však orientační a pravděpodobně podhodnocené.

3.2.8 Základní zdroje problémů a možnosti jejího řešení

Rodina lidí se závažným duševním onemocněním a její podpora

Jak již bylo napsáno výše, závažná duševní onemocnění mají častý začátek během adolescence nebo mladé dospělosti. Stává se tedy, že mladý člověk s diagnózou duševní nemoci většinou zažívá první symptomy v rámci rodinného kruhu. Rodina a jeho blízcí jsou nezbytně vtaženi do péče a podpory, během zhoršeného stavu často až 24 hodin a 7 dní v týdnu. Prožívají s mladým člověkem průběh jeho onemocnění, aktivně vyhledávají podporu, ať už lékařskou nebo psychosociální. V případě chronického průběhu onemocnění část rodičů podporuje svého syna nebo dceru po celý zbytek jejich života. Rodinní příslušníci popisují velkou zátěž, kterou nesou v případě nedostatečné podpory. Hrozí zde riziko, že se rodinní příslušníci osob s duševním onemocněním stáhnou ze sociálního a pracovního života, což má za následek mj. snížení kvality jejich života a riziko rozvoje příznaků psychických potíží.

Rodina je tedy další cílovou skupinou, která je v mnoha případech zásadní, neboť může ovlivnit další směr vývoje sociálního života klientů. V takovém případě je zapotřebí vytvořit podpůrné prostředí pro načerpání síly ke zvládnutí této zátěže. Práce s rodinou je základním principem mnoha rehabilitačních a case manažerských přístupů (Wilken, Hollander 2009; Stuchlík, 2002; Spaniol, Zipple, Lockwood, 1993), programů včasných intervencí (NICE, 2016) a dalších přístupů, např. otevřený dialog (Seikkula, 2003).

Otázkou je jak velkého počtu rodin se může týkat podpora, neboť lidé s duševním onemocněním se často vrací do domácího prostředí. Máme však za Brno k dispozici údaje pouze o prevalenci onemocnění do 20. roku věku, což je cca **350 rodin, které potřebují intenzivní podporu jak pro sebe, tak i pro svého blízkého s duševním onemocněním, u poruch příjmu potravy je to minimálně cca 300 rodin, kde se objevují poruchy příjmu potravy. Číslo je s největší pravděpodobností však mnohem vyšší.**

Rodina hraje důležitou roli v životě člověka s duševním onemocněním z hlediska prevence stresu, anticipace dalšího vývoje a také limitujících/motivujících vztahů. Atmosféra v rodině může zvyšovat nebo snižovat stres uživatele, motivaci, ovlivňovat jeho další sociální život. **System služeb by měl pružně reagovat na vyvíjející se potřeby rodinných příslušníků – jiné**

potřeby jsou při první atace, jiné při dlouhodobé zátěži rodinných příslušníků starajícího se o svého blízkého a při výrazně narušených sociálních vztazích v rodině. Rodina potřebuje jak informace, tak čas a prostor zpracovat objevení se diagnózy duševní nemoci u člena rodiny a podporu při vyrovnání se s touto situací. Potřebná je zde spolupráce sociálních služeb s psychologem, který může rodinu doprovázet při zvládnání náročné situace.

Stigma lidí se závažným duševním onemocněním a jeho vliv na sociální začleňování

Lidé se závažným duševním onemocněním patří k jedné z největších, tradičně, stigmatizovaných skupin, které jsou ohroženi sociálním vyloučením.

40,8 % české populace by vadilo žít společně s někým, kdo má psychické onemocnění, 35,8 % by vadilo s ním pracovat, 30,8 % by vadilo bydlet v sousedství takové osoby a 26,4 % by se nechtělo přátelit s člověkem s takovýmto postižením (Janoušková, Winkler et al., 2014).

Silné stigma ovlivňuje jak sociální začleňování v oblastech bydlení a práce, tak i v soužití s běžnou společností (partnerství, běžné sociální vztahy). Zároveň bývá velkou překážkou pro vyhledání pomoci (Thornicroft et al., 2010). Nezbytnou součástí systematické podpory jsou destigmatizační programy a kampaně zaměřené na změnu postojů většinové společnosti. Destigmatizace musí být cílená, nejlépe se osvědčuje „tváří v tvář“ se zapojením lidí s vlastní zkušeností duševní nemoci nebo alespoň jejich příběhů. Cílená kampaň zaměřená na duševní zdraví může také výrazně pomoci při včasné detekci lidí s rozvíjejícím se duševním onemocněním (Jørgensen, 2016).

Nedostatečná legislativní úprava

Česká republika má nedostatečně vyvinuté kontrolní mechanismy při kontrole dodržování zákonů a vyhlášek týkající se péče o lidi s duševním onemocněním – především ohledně předávání do péče ze zdravotnických zařízení do sociálních služeb. Což je vzhledem k nedostatečné kapacitě sociálních služeb na některých územních celcích pochopitelné, zároveň je však třeba neustále upozorňovat na to, že není dodržována platná legislativa. Příklad nedodržování platné legislativy (převzato ze stránek Občanského sdružení rodičů a příbuzných osob s duševním onemocněním).

Tak to předpokládá i zákon (Zákon č. 372/2011 Sb. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), kde se píše v § 47 (2) Pokud není pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby, může být propuštěn z jednodenní nebo lůžkové péče až po předchozím včasém vyrozumění osoby, která tuto péči zajistí. Má-li být propuštěn pacient, u něhož není zajištěna další péče, poskytovatel o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle adresy místa trvalého pobytu pacienta, a má-li pacient trvalý pobyt na území hlavního města Prahy, informuje Magistrát hlavního města Prahy; obdobně postupuje u nezletilých pacientů se závažnou sociální problematikou v rodině.

Chudoba lidí se závažným duševním onemocněním

Obecně u této skupiny také chybí běžné dostatečné ekonomické zázemí. Projevy duševního onemocnění, nedostatečné léčba, nízká podpora sociálních služeb zaměřených na získání a udržení zaměstnání, dlouhodobé nebo často opakované hospitalizace, nízká ochota zaměstnavatelů nabízet menší pracovní úvazky vedou ke ztrátě zaměstnání a tím pádem také ke ztrátě příjmu. Někteří lidé se závažným duševním onemocněním také mívají nízký nebo žádný důchod v důsledku nedostatku odpracovaných let (duševní onemocnění naruší dokončení vzdělání nebo začátek pracovní kariéry). Nezískávají příspěvky na péči, a tudíž nemohou dostatečně čerpat placené služby, např. osobní asistenci, pečovatelskou službu, které jsou potřebné v pozdějším věku nebo jsou závislí na péči rodinných příslušníků, kteří však nesou větší ekonomickou zátěž a v seniorském věku již ztrácejí schopnost o své blízké pečovat.

3.2.9 Vyhraněné praktické přístupy (profesní, občanské, politické) k výše naznačeným problémům cílové skupiny

Jak již bylo mnohokrát zmiňováno, lidé se závažným duševním onemocněním jsou cílovou skupinou zdravotních i sociálních služeb. V oblasti zdravotnictví je postaráno o léčbu, především farmakoterapeutickou. Sociální služby pomáhají řešit nepříznivou sociální situaci, podporují člověka v začlenění zpátky do společnosti, tak aby naplňoval opětovně svoje sociální role. Opakovaně je zde zmiňována nedostatečná provázanost zdravotní a sociální oblasti, která může být způsobena zvýrazněním pouze svojí oborové perspektivy. Jako příklad můžeme uvést potřebu domlouvat se při uplatňování zvýšeného farmakoterapeutického

přístupu. Ambulantní psychiatr předepisuje zvýšené dávky medikace i po odeznění akutní ataky z obav opětovného zhoršení zdravotního stavu. Rodina popisuje, jak je člověk po medikaci příliš unavený, otupělý, není schopen vykonávat nějakou činnost, zároveň se však obávají rizika zhoršení stavu. Pracovník zaměřený na zaměstnávání vidí možnost snížení medikace jako možnost zlepšení pracovního uplatnění na trhu práce. Člověk s duševní nemocí potřebuje strukturovanou aktivitu, aby se zlepšily sociální, kognitivní a pracovní návyky. V takovém případě je nezbytné komunikovat mezi všemi zúčastněnými aktéry a účastníky intervence, jak by se dal problém řešit z více úhlů pohledu.

V širší perspektivě je potřeba pracovat na propojení zdravotní i sociální perspektivy při společném řešení situace člověka s duševním onemocněním. Jako užitečné se jeví pracovat s konceptem zotavení, který zahrnuje jak farmakoterapeutickou léčbu, tak i nezbytnost psychosociální podpory, včetně svépomoci.

Jiné hledisko nabízí státní podpora psychiatrických oborů. Z hlediska výdajů na duševní zdraví v ČR je podíl finančních prostředků vyčleněných na duševní zdraví v rámci zdravotnictví okolo 2,91 % (ostatní členské země EU mezi 5–10 %), což zaujímá hodnotu 0,26 % HDP (naproti tomu v EU jsou to průměrně 2 % HDP) (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013).

Pacientské skupiny se zaměřují především na zohlednění svých práv a účinně prosazují svoji účast na procesech týkající se systémových změn jak ve zdravotnické, tak sociální oblasti. Účastní se nyní jak procesu reformy psychiatrické péče, tak i komunitního plánování města Brna.

Rodičovské skupiny mají svoji celonárodní organizaci Občanské sdružení rodičů a příbuzných osob s duševní poruchou sdružující různé rodičovské organizace (např. Sympathea, Amicus). Jejich cílem je prosadit legislativní změny na vládní úrovni a tematizovat svoje potíže v rámci komunitního plánování.

Někteří členové rodičovských skupin často zmiňují nedostatečnou pomoc ze strany poskytovatelů sociálních služeb, ať už odbornou nebo z hlediska kapacity, na kterou reagují tendencí řešit svoje potíže organizovanou svépomocí. Ne všichni rodiče jsou však schopni (jiné odborné zaměření, ekonomické důvody) pečovat o svého blízkého.

Zájmy poskytovatelů sociálních služeb, pacientských organizací a rodičovských skupiny mají mnoho průnikových témat – např. změna postoje veřejnosti k lidem s duševní nemocí, zvýraznění pozornosti politiků na téma duševního zdraví, organizační změny v péči o lidi s duševní nemocí (propojení zdravotní a sociální péče, terénní péče atp.), mohou se však lišit

v přístupu k lidem s duševní nemocí. Rodinní příslušníci často zdůrazňují „dohled“ či „dozor“ nad svým blízkým s duševní nemocí. Étos sociální práce zase vyzdvihuje volbu klienta, podporu jeho individuálních potřeb. Je tedy nutné neustále podporovat komunikaci mezi rodinnými příslušníky a jejich blízkými, zohledňovat rozdílná přání a pomáhat celé rodině dosáhnout vyřešení nepříznivé sociální situace.

3.2.10 Změny v pojetí (poznání) sociálních potřeb členů cílové skupiny osoby s duševním onemocněním

Nejprve v tomto bodu budeme reflektovat souvislosti mezi potřebami poskytovatelů a členů cílových skupin, zvláště rodinných příslušníků, následně se zaměříme na dynamiku těchto potřeb.

Potřeby poskytovatelů a rodinných příslušníků

Potřeby byly reflektovány na základě focus group skupin. Za poskytovatele se se focus group zúčastnili zástupci sedmi organizací – organizace Práh vyslala 4 zástupce, ostatní organizace, které se výzkumu účastnili, po jednom zástupci. Pokoušeli jsme se kontaktovat i další organizace, ale buď nereagovaly (Filia), nebo se nemohly zúčastnit z časových důvodů (Vida).

Délka focus group s poskytovateli: 01 h: 45 min

Výzkumu focus group se účastnili poskytovatelé z těchto organizací:

- Práh
- Celsuz (Diecézní charita Brno)
- Diakonie ČCE (Chráněné bydlení)
- Dotyk II
- Betanie
- Anabell
- Kolumbus

Výzkumu focus group rodinných příslušníků se účastnilo pět rodinných příslušníků (rodičů) lidí s duševním onemocněním + zástupce rodičovského sdružení Amicus.

Délka focus group s rodinnými příslušníky: 02 h: 10 min

Poskytovatelé a rodinní příslušníci klientů se shodují v následujících tématech:

1. **Potřeba destigmatizace** – obě skupiny shodně uváděly, že stigmatizace, stereotypy a předsudky ve společnosti jsou problémem z hlediska bydlení, zaměstnávání i vzdělávání lidí s duševním onemocněním.
2. **Koordinace a návaznost zdravotních a sociálních služeb** – obě skupiny reflektují, že není propojení mezi těmito službami. Rodiče klientů nikdo neinformoval při ukončení hospitalizace o možnostech a organizacích následné péče v sociálních službách.
3. **Důraz na péči v domácím prostředí klienta** – pro obě skupiny je důležité, aby práce s klientem s duševním onemocněním probíhala co nejbližší jeho přirozeného, domácího prostředí. Rodiče by uvítali větší pomoc ze strany organizací sociálních služeb. Poskytovatelé upozorňovali na časovou i finanční náročnost terénních služeb a na to, že si nemohou dovolit hrazení specializovaných služeb, jako jsou psychologové, psychiatři a nutriční specialisté. Nutriční specialisté jsou důležití zvláště u PPP, ale také u lidí se schizofrenií a afektivními poruchami, neboť i z hlediska farmakologie je třeba upravovat výživu těchto klientů. Rodiče vyjadřovali potřebu a zájem, aby pracovníci sociálních služeb pracovali s klienty v jejich domácím prostředí z důvodu kontroly potomka s duševním onemocněním a z důvodu jeho úspěšnější integrace do společnosti související s jeho osamostatňováním se od rodiny. *Toto je velmi intenzivní potřeba rodin – jejich zabezpečení, že poté, co se o potomka s duševním onemocněním nebudou schopni postarat, budou k dispozici služby, jež tuto péči převezmou.*
4. **Nedostatek specialistů** – obě skupiny se shodly v tom, že existuje velký nedostatek psychiatrů a psychoterapeutů. Rodiče zdůrazňovali zvláště nedostatek ambulantních psychiatrů a s tím spojenou jejich časovou vytíženost. Poskytovatelé hovořili o nedostatku psychologů a klinických psychologů a o finanční náročnosti těchto služeb, o tom, že mnoho klientů by potřebovala intenzivní spolupráci a komunikaci s psychologem za účelem zlepšení jejich psychického stavu, nicméně tito jsou pro ně finančně nedostupní.
5. **Nedostatečné právní poradenství** – neexistuje právní poradenství, které by rodinám řeklo, na co mají rodiny a klienti s duševním onemocněním nárok. I na samotné focus group se ukázalo, že někteří rodiče nevěděli o některých možnostech finančních příspěvků, které mohou čerpat – nevěděli, kde a jak je mohou vyřídit, kdy a za jakých

podmínek na ně mají nárok. Problém byl ze strany rodičů percipován také z hlediska pojištění a nároků na náhradu za nečerpané služby (např. zrušení dovolené z důvodů nemoci klientů). Poskytovatelé zdůrazňovali zvláště oblast dluhového poradenství, kdy lidé s duševním onemocněním se často vlivem svých bludů dostávají do neřešitelné finanční situace.

6. **Problematika zaměstnávání** – úzce souvisí s bodem destigmatizace. Zaměstnavatelé z tohoto důvodu nabízejí jen omezené možnosti zaměstnávání lidí s duševním onemocněním. Z obou skupin byla vyjádřena potřeba zaměstnávání na otevřeném trhu práce. Zde se objevil určitý paradox, kdy na jedné straně poskytovatelé hovořili o nutnosti zaměstnávání lidí s duševním onemocněním ve skutečných firmách na trhu práce, spíše než v chráněných dílnách, na straně druhé byly vyjadřovány obavy, aby pracovník vzhledem k duševnímu onemocnění práci zvládal. Řešením by mohla být práce na částečný úvazek (dle poskytovatelů) a také možnost, aby organizace sociálních služeb v případě zhoršení zdravotního stavu klienta s duševním onemocněním mohli zaměstnavatelé dodat jiného klienta, který by jej nahradil.
7. **Problematika vzdělávání** – bylo upozorňováno na to, že by se měly konat přednášky pro pedagogy SŠ a VŠ, které by je seznámily se specifickými potřebami lidí s duševním onemocněním. Na některých univerzitách jsou specializovaná pracoviště pro pomoc handicapovaným, zvláště lidem s tělesným postižením (např. Teiresiás naMU), kteří se okrajově věnují i lidem s duševním onemocněním, ale pro práci s duševně nemocnými nemají tyto organizace speciálně vytvořenou metodiku. Jiné univerzity nemají vůbec žádná centra pro práci s lidmi s duševním onemocněním (např. VUT, kde to řeší spíše v rámci svojí poradny).
8. **Oblast bydlení** – zástupci obou skupin se shodli na tom, že v této oblasti je nedostatek míst, poptávka velmi převyšuje nabídku. V obou skupinách byly preferovány sociální byty, resp. byty, v nichž by si lidé s duševním onemocněním pod vedením pracovníků sociálních služeb nacvičovali sociální fungování v běžném prostředí. Z hlediska poskytovatelů bylo hovořeno o nedostatečné obměně klientů v bydlení, u rodičů byl zase preferován problém s kapacitami v bydlení, kdy je podle rodičů velká potřeba soukromí lidí s duševním onemocněním a pokoje s kapacitou větší než tři lůžka se sociálním zařízením na chodbě pro více pokojů jsou pro tyto lidi nevyhovující a mohou vést k pomalejšímu zotavení.

Dynamika změn sociálních potřeb, incidence výskytu potřeb

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že potřeby rodičů a reakce poskytovatelů na jejich potřeby jsou víceméně v souladu. Je možné, že se však liší v pohledu, jak specificky některé potřeby uspokojit. Rodinní příslušníci by preferovali více podpory pro sebe, zároveň také více dohledu nad svými blízkými, kteří mají duševní onemocnění. Jak zde již několikrát bylo napsáno, tak rodina je součástí intervencí sociálních služeb a jako taková by měla být do těchto intervencí zahrnuta. Poskytovatelé a rodinní příslušníci se shodují na potřebě řešení zaměstnávání a bydlení. V oblasti zaměstnávání lze zaznamenat větší důraz u poskytovatelů na zaměstnávání lidí s duševním onemocněním na otevřeném trhu, spíše než na chráněnou práci. I v oblasti bydlení si rodinní příslušníci více přejí podporu v domácím prostředí, na což reaguje rozvoj terénní sociální práce. Bariérou může být neochota rodin pouštět pracovníky služeb do svého prostředí, pokud se však zvýší potřeba dostat pomoc, tak převáží nad potřebou chránit si svoje soukromí. Je možné, že tato potřeba vyplývá také z obavy ze stigmatizace.

V aktuálním komunitním plánu, který se zaměřuje na témata hledání práce pro lidi s duševním onemocněním s vyšším vzděláním, je zde zohledněna potřeba bydlení. Další směr naznačuje ve svých prioritách Jihomoravský kraj, který se si vytyčil jako jednu z priorit podporu dostupnosti informací o sociálních službách – zřízení webového portálu, uspořádání veletrhu sociálních služeb. Je ovšem otázkou, jestli vytvoření webových stránek bude stačit. Je potřeba se dotazovat dále rodinných příslušníků, jakým způsobem potřebují informace dostávat, zvláště zpočátku rozvoje duševního onemocnění, nebo při riziku jeho vzniku, kdy rodiče netuší, co všechno vlastně budou potřebovat pro zvládnutí situace se svým blízkým a neorientují se v síti jednotlivých sociálních služeb. Jako možnost řešení se ukazuje podpora informovanosti už v nemocničním prostředí.

Krajský akční plán také reflektuje potřebnost rozvoje terénních služeb a nedostatečnou nabídku služeb pro lidi s vícenásobnými diagnózami. Plán doporučuje vznik malokapacitních zařízení s vysoce specializovaným personálem (Akční plán rozvoje sociálních služeb). Stejně tak chce podporovat v rámci svojí priority 2, opatření 3 podporu služeb zaměřujících se na pracovní integraci (Priorita 2 – Podpora sociálních služeb pro specifické cílové skupiny)

Dáme-li uvedené potřeby do vztahu s prioritami 4. komunitního plánu na rok 2015-2017, tak je zřejmé, že komunitní plán města Brna reaguje na potřeby rodinných příslušníků. Uvádíme zde přehled priorit komunitního plánování kvůli jejich souvislosti s potřebami blízkých osob

nebo doporučenými postupy na základě ověřených důkazů. Priority jsou uvedeny pouze bodově, neboť předpokládáme, že jsou zadavatelům výzkumu známy a jsou veřejně dostupné.

Priority 4. komunitního plánu pro roky 2015-2017 (zkráceno)

Priorita 1 – podpora osob s duševním onemocněním v přirozeném prostředí – terénní práce (včetně podpory osob s duševním onemocněním s vyšším vzděláním (opatření 1.2), podpora v oblasti samostatného bydlení (opatření 1.3).

Priorita 2 – Pobytové služby pro osoby s duševním onemocněním (opatření 1.2 – vytvoření domova se zvláštním režimem pro lidi s duševním onemocněním – pro osoby ve velmi špatném stavu, 2.2 rozvoj chráněného bydlení).

Komunitní plán zahrnuje také zachycené potřeby mimo Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb JMK 2016.

- Poradenství pro osoby s poruchami příjmu potravy včetně doplňující lékařské, psychologické péče a nutriční terapie – vytvoření multidisciplinární spolupráce.
- Poradenství pro rodinné příslušníky a pro pacienty nemocnic – poskytnutí dostatečných informací, snížení rizika vyčerpání pečujících osob.
- Vytvoření krátkodobé odlehčující služby, kde by byla zajištěna služba 24 hod.

Tento komunitní plán zahrnuje také „přesahové oblasti, neřešené oblasti a trendy do budoucna“:

- Nepřiznávání příspěvků na péči pro lidi s duševním onemocněním
- Chybění sociálního bydlení – cenově přístupné
- Asertivní komunitní týmy – multidisciplinární, koordinovaná zdravotně sociální služba
- Krizová lůžka
- Dobrovolnické aktivity
- Potřeba propojování sociální a zdravotní oblasti v souvislosti s nezbytnou a včasnou multidisciplinární pomocí osobám s poruchami příjmu potravy – sociální pracovník, psycholog, nutriční terapeut, lékař

- Informace o duševním onemocnění, možnostech podpory a pomoci, vzdělávání sociálních pracovníků, pracovníků ve zdravotnictví a ve školství v souvislosti s nutností preventivního a osvětového působení v oblasti poruch příjmu potravy

Další neřešené oblasti:

- Informace o duševním onemocnění, možnostech podpory a pomoci: vzdělávání sociálních pracovníků, pracovníků ve zdravotnictví a ve školství, policie, státní správa, samospráva...
- Lidé bez domova s psychiatrickými diagnózami
- Osoby s duálními diagnózami
- Osoby s poruchou osobnosti
- Podporované zaměstnávání
- Podpora uživatelských hnutí, svépomocných skupin

Z uvedeného souhrnu je zřetelné, že komunitní plánování reflektuje jak potřeby rodinných příslušníků, tak i neřešené oblasti, které uvádí jak rodinní příslušníci, tak i poskytovatelé sociálních služeb. Je to známka toho, že pracovní skupina komunitního plánování pro osoby s duševním onemocněním zahrnuje nejen zadavatele, poskytovatele, ale také rodinné příslušníky a uživatele sociálních služeb.

Předcházející 3. komunitní plán (2013-2015) pro tuto oblast měl tyto priority:

Priority 3. komunitního plánu pro roky 2013-2015 (zkráceno)

- zajištění specifických služeb - poradenství „pacientské“ organizace Kolumbus, rozvoj motivačních, vzdělávacích služeb pro osoby s poruchami příjmu potravy
- podpora a rozvoj chráněného a podporovaného bydlení (rozšíření kapacit)
- rozvoj sociální rehabilitace – terénní práce, podpora zaměstnávání na otevřeném trhu
- vznik služby pro lidi s duální diagnózou
- rozšíření kapacit centra denních služeb a změnu jeho registrace

Priority 2. komunitního plánu pro roky 2010-2013 (zkráceno)

- podporu pacientské organizace
- rozvoj služeb pro mladé lidi s duševním onemocněním (od 15 let)

- zajištění služeb pro osoby s poruchami příjmu potravy
- rozvoj chráněného bydlení
- podpora zaměstnávání (díky projektům)

Jako neřešené oblasti a trendy do budoucna byly označeny – nedostávání příspěvku na péči, chybění domova se zvláštním režimem, odlehčovací služby, asertivní komunitní tým, azylový dům s ošetrovatelskou péčí, služby pro osoby s duševním onemocněním pro lidi bez domova, změna příspěvku na bydlení, změna příspěvku na péči.

Dynamika potřeb

Vývoj potřeb můžeme založit na srovnání analýzy potřeb provedené agenturou AUGUR na přelomu let 2009-2010 a naší provedenou analýzou.

Na základě focus group a rozhovorů (2009-2010) vyplynuly tyto potřeby:

- Potřeba strukturované činnosti, především práce, která by byla ohodnocena
- Potřeba rozšiřovat kapacitu služeb, které nabízí chráněné zaměstnávání
- Potřeba chráněného bydlení nastaveného na delší dobu, problém je kapacita
- Užší spolupráce mezi zdravotnickou a sociální oblastí, především při odchodu z psychiatrické nemocnice
- Potřeba vyšší informovanosti rodinných příslušníků a pacienta o zvládání duševního onemocnění
- Potřeba psychologického poradenství
- Potřeba delšího kontaktu s psychiatrem
- Absence mobilního krizového týmu
- Nízkoprahové služby – denní klub

(analýza potřeb AUGUR, 2009-2010)

Při srovnání můžeme dojít k závěru, že potřeby uživatelů služeb a jejich rodinných příslušníků se za posledních 6 let změnily pouze málo. Zřejmý je větší důraz na zaměstnávání na otevřeném trhu – na který se nyní více zaměřují někteří poskytovatelé služeb. Poskytovatelé chráněného bydlení také reagovaly rozšířením délky pobytu (Práh, Ovečka), problémem je však zase delší čekání v pořadníku na službu.

Ze srovnání potřeb a také přehledu dosavadního vývoje komunitního plánování za posledních 6 let je zřejmé, že komunitní plánování cílí na témata reflektující potřeby rodinných

příslušníků a uživatelů služeb a zahrnuje také aktuální trendy – zaměstnávání na otevřeném trhu, terénní práce, bydlení, multidisciplinární spolupráce.

Opakují se však dlouhodobě neřešené oblasti v oblasti bydlení, propojování zdravotních a sociálních služeb, vytvoření odlehčující služby, která by pomohla rodinnými příslušníkům zvládat péči o svého blízkého, potřeba informovanosti rodinných příslušníků už v nemocnicích a informovanost celkově. Více se zdůrazňuje potřeba práce s lidmi s vícečetnými diagnózami, nejen s duálními diagnózami.

3.3 Souhrnná charakteristika kapacit organizací sociálních služeb zahrnutých do analýzy

3.3.1 Přehled služeb poskytujících podporu lidem s duševním onemocněním v Brně

V Brně je 7 organizací cíleně se zaměřujících na lidi se závažným duševním onemocněním, které mají registrováno 13 sociálních služeb, které zahrnují podporu v oblastech poradenství, bydlení, práce, volný čas a terénní služby.

Organizace sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním

Některé registrované sociální služby poskytující služby v Brně mají registrováno více různých cílových skupin, proto máme k dispozici jen orientační údaje ohledně jejich kapacit přímo pro lidi se závažným duševním onemocněním. Např. Betánie má registrované služby pro lidi s chronickým duševním onemocněním, pracovník Betánie však na focus group sdělil, že mají pouze jednoho člověka s diagnózou schizofrenie. Proto nebyla zohledněna jejich kapacita a úvazky v následujícím popisu.

Práh - 6 sociálních služeb - sociální rehabilitace terénní i ambulantní, chráněné bydlení skupinové i individuální (byty v běžné zástavbě), podpora samostatného bydlení, sociálně terapeutické dílny, odborné sociální poradenství, centrum denních služeb. Poskytuje podporu i prostřednictvím peer konzultantů.

Celsuz (Charita Brno) - sociální rehabilitace, terénní i individuální, zahrnuje i osoby ohrožené sociálním vyloučením a osoby v krizi, poskytuje podporu prostřednictvím peer konzultantů.

Vida centrum - odborné sociální poradenství, terénní forma poradenství v Psychiatrické nemocnici Brno, Psychiatrickém oddělení Vojenské nemocnice, v týmu působí lidé s vlastní zkušeností s duševní nemocí.

Dotyk II - sociální rehabilitace terénní, využití podpory lidí s vlastní zkušeností duševní nemoci.

Sdružení Filia – sociálně terapeutické dílny (zahrnuje i klienty s jinou dg. duševního onemocnění, než jen se schizofrenií a afektivními poruchami).

Chráněné bydlení Ovečka (Diakonie Českobratrské církve evangelické) – chráněné bydlení skupinové, roční kapacita 11 klientů.

Betánie – domov se zvláštním režimem, pracovník uvedl v rozhovoru pouze 1 klienta s diagnózou schizofrenie.

Anabell – odborné sociální poradenství pro osoby s poruchou příjmu potravy, zajištění další komplexní podpory (nutričního poradenství), telefonická krizová pomoc, internetové poradenství, spolupráce s psychoterapeuty, peer konzultantství.

Pacientská organizace

Kolumbus - je tzv. „pacientská“ organizace, která nemá registrované žádné sociální služby, ale nabízí podpůrné a poradenské činnosti v rámci některých svých projektů, např. doprovody pacientů za různým účelem (domů, úřad, nákup, procházka) v rámci projektu „Pacientská buňka“, dojíždění za pacienty do psychiatrických nemocnic, kde probírali s pacienty různé problémy atp. Účastní se také komunitního plánování, pracovních skupin reformy psychiatrické péče, edukují veřejnost i pacienty. Dle výroční zprávy z roku 2015 neprobíhal projekt „Pacientská buňka“ v Brně.

Organizace rodinných příslušníků

Amicus – sdružení rodičů a příbuzných duševně nemocných, je součástí Občanského sdružení pro pomoc duševně nemocných a zaměřuje se na spolupráci s vládními a zákonodárnými orgány, posuzuje jejich legislativní návrhy a dává k nim připomínky, sleduje a vyhodnocuje plnění zákonných a jiných opatření, jejich návaznost na normy České republiky a mezinárodní závazky, spolupráci s českými i mezinárodními organizacemi v oblasti duševního zdraví, spolupráci s kontrolními orgány u poskytovatelů služeb pro duševně

nemocné, pomáhá vytvářet služby pro duševně nemocné a zajišťuje osvětovou a poradenskou činnost v oblasti duševního zdraví. Aktivně se zapojuje do komunitního plánování města Brna.

Přehled organizací poskytující sociální služby lidem s duševním onemocněním v Brně (podle základní sítě 2016)

Organizace	Sociální služba	Roční kapacita pro lidi s duševním onemocněním	Personální kapacita/úvazky
Práh	odborné sociální poradenství	220	1
	sociální rehabilitace	377	17,55
	centrum denních služeb	52	3,13
	sociálně terapeutické dílny	115	11,7
	chráněné bydlení	21	5,3
	podpora samostatného bydlení	35	3
Diecézní charita Brno, Celsuz	sociální rehabilitace	120	10,42
Diakonie ČCE - středisko v Brně	chráněné bydlení	13	2
Dotyk II	sociální rehabilitace	40	5
Vida centrum	odborné sociální poradenství	120	0,5
Filia	Sociálně terapeutické dílny	27	3,35
Celkem		1140	86,95

Poruchy příjmu potravy

Anabell	Odborné sociální poradenství	350	1,4
Anabell	Telefonická krizová intervence	Celostátní působnost, služba je financována z MPSV	1,2

Přehled kapacit a úvazků registrovaných sociálních služeb s potenciálem poskytovat služby v běžném prostředí, Brno, 2016 (dle základní sítě Brna)

Služby	úvazek	kapacita
Terénní (terénní forma sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení)	35,97	572
Ambulantní (centra denních služeb, soc.terap.dílny, ambulantní forma soc. rehabilitace)	18,18	194
Pobytové (chráněné bydlení)	7,3	34
Poradenství (terénní i ambulantní forma)	1,5	340
Poradenství pro osoby s PPP	1,4	350

3.3.2 Základní charakteristika služeb

Ambulantní služby

Ambulantní forma služby je charakterizována poskytnutím bezpečného prostředí služby. V rámci ambulantních služeb se často konají skupinové programy poskytující strukturu dne. Skupinové aktivity umožňují také trénink sociálních dovedností, vzájemnou podporu (pokud je na to brán zřetel). Rizikem může být tendence zůstat v chráněném prostředí (vznik „sociálního ghetta“), které lze minimalizovat prostřednictvím zapojování běžné veřejnosti do programu ambulantních služeb. Sociálně terapeutické dílny v určité míře umožňují také nácvik pracovních dovedností, bohužel však jen v malé míře podpoří přechod do běžných pracovních podmínek.

Terénní služby

Výhodou terénních služeb je poskytování podpory v přirozeném prostředí klienta, kde je možná aktivizace zdrojů podpory okolí, práce se sociální sítí klienta a snadnější zapojení rodiny. Velkým přínosem (pokud to služby realizují) může být vyhledávání klientů, kteří nejsou schopni si říci o pomoc a podporu sami. V oblasti zaměstnávání může docházet k podpoře klienta přímo u zaměstnavatele. V rámci skupinových aktivit dochází k tréninku sociálních dovedností. Problém terénních služeb tkví především v tom, že práce s náročnějšími klienty, na které je potřeba většího počtu pracovníků (např. zpočátku, kdy se těžko odhaduje riziko klienta, nebo při práci s rodinou), snižuje počet klientů, se kterými je služba schopna pracovat. Z hlediska potřeb cílové skupiny terénní služby mohou umožnit také intenzivnější a flexibilnější podporu (častější návštěvy, delší doba intervence, např. u zaměstnavatelů), což však snižuje počet klientů, kterým je možné poskytnout službu. Oproti ambulantním službám není možné u terénních služeb čas trávený na cestě vyplnit intervencemi. Terénní forma poradenství provozovaná přímo v nemocničním zařízení umožňuje předávání informací přímo během hospitalizace (Vida, Práh).

Pobytové služby

Pobytové služby poskytují bezpečné prostředí služby, umožní aktivní a intenzivní nácvik dovedností potřebných pro zvládnání péče o sebe a svou domácnost. Potíží je bydlení s více lidmi v rámci skupinového bydlení. I když každý má pokoj sám, tak jsou společné prostory

jako toaleta, koupelna, kuchyň, což kritizují rodinní příslušníci. Individuální bydlení v bytě v běžné zástavbě umožňuje snadnější sociální začlenění, vyvolává pocit vlastního domova. Rizikem u chráněného bydlení je tendence neopouštět službu a využívat bezpečné prostředí, přechod ze skupinového bydlení je také spojen se stresem a je nutno znovu trénovat dovednosti potřebné pro život v jiném prostředí. Při dojíždění do bytů v běžné zástavbě vzniká čas trávený na cestě, kdy není možné mít intervence. V případě, že by se snížil počet uživatelů v rámci podpory bydlení, tak by intenzita intervencí mohla zůstat zachována, ale počet lidí, kterým by bylo možné poskytnout podporu, by se snížil.

V rámci pobytových služeb nebyly zařazeny domovy se zvláštním režimem. Brno žádný domov se zvláštním režimem nemá, na což je dlouhodobě upozorňováno. Služby domova se zvláštním režimem nejsou schopny podpořit klienta v jeho běžném prostředí, ani se nezaměřují na jeho posun. Kapacita domovů se zvláštním režimem je tedy vždy dlouhodobě naplněna a tím pádem nedostatečná.

3.3.3 Cíle dosavadních intervencí sociálních služeb pro vybrané skupiny uživatelů

Dle analýzy převažuje kapacita terénních služeb (počet úvazků, počet uživatelů za rok) – největším poskytovatelem je v této oblasti Práh v rámci 2 registrovaných služeb (sociální rehabilitace, podpora samostatného bydlení), následně Charita Brno - Celsuz (sociální rehabilitace) a poté Dotyk II (sociální rehabilitace). Tyto služby se zaměřují na podporu lidí v přirozeném prostředí, podporu rodinných příslušníků a podporu zaměstnávání na otevřeném trhu.

Největším poskytovatelem ambulantních služeb je také Práh, který realizuje jak centrum denních služeb, tak sociálně terapeutické dílny, následuje Filia – sociálně terapeutické dílny. Kapacita pobytových služeb je ze všech forem nejnižší, služby jsou realizovány opět Prahem a také Diakonií ČCE. Práh realizuje individuální formu chráněného bydlení v běžné zástavbě. Z hlediska poradenství je největším poskytovatelem opět Práh, následně VIDA. Oba poskytovatelé nabízí svou službu v nemocničním prostředí.

Jedinečným poskytovatelem služeb pro lidi s poruchou příjmu potravy je Anabell, který kromě poradenství nabízí komplexnější podporu např. nutričního terapeuta, psychologickou podporu a další. Inovativně uplatňuje také nové formy „streetworku“ a vyhledává a působí na internetu, chatech a blozích, kde se lidé s rizikovým chováním v oblasti příjmu potravy vyskytují, nabízí preventivní přednášky a celorepublikově telefonickou krizovou intervenci.

Formy a cíle služeb reagují na potřeby rodinných příslušníků a klientů – podpora v terénu, placená práce, bydlení.

V Brně také dochází k účinnému propojování zdravotních a sociálních služeb s cílem naplnit poptávku uživatelů služeb a jejich blízkých po zdravotně-sociálních službách. Práh od roku 2015 realizuje projekty (Norské fondy) zaměřené na zapojení zdravotnických pracovníků do týmu a to především psychiatrické sestry a konzultující psychiatry a propojuje se zdravotnickými zařízeními. Dosud zaměstnal 2 psychiatrické sestry, psychiatra v konzultující roli, propojil se s Psychiatrickou klinikou a od roku 2016 s některými odděleními Psychiatrické nemocnice.

Podobně Celsuz má psychiatra v konzultující roli a spolupracuje s Vojenskou nemocnicí a s Psychiatrickou nemocnicí, má zájem o zapojení psychiatrických sester do činnosti týmu. Organizace Dotyk II má také pravidelně konzultujícího psychiatra, o zapojení psychiatrických sester v rámci své služby Dotyk II neuvažuje.

Obecným problémem z hlediska propojení zdravotních a sociálních služeb, na který poskytovatelé upozorňují, je skutečnost, že pokud zaměstnají psychiatrickou sestru, je tato vedena jako pracovník v sociálních službách, nikoliv jako zdravotnický pracovník a nemá možnost vykonávat službu, na kterou má kvalifikaci.

Jako nejefektivnější se jeví kombinovat služby dle potřebného efektu a s dostatečnou odezvou na vyjádřené potřeby a cíle. Jestliže je cílem klientů najít placenou práci a jako efektivnější se jeví co nejrychlejší podpora klienta v nalezení zaměstnání na otevřeném trhu, spíše než dlouhodobý trénink v sociálně terapeutické dílně, tak by měly být finanční prostředky zaměřeny na služby, které to umožňují. V rámci terénních služeb může dojít ke snazšímu sociálnímu začlenění, podpoře rodiny a práce s lidmi, kteří vypadávají ze zdravotních a sociálních služeb. Je zřejmé, že část cílové skupiny potřebuje chráněné podmínky kvůli chroničtějšímu průběhu nemoci. Zaměření však pouze na chronicky nemocné sníží možnost rozvoje časné intervence, která by mohla chronickému rozvoji zamezit.

3.3.4 Kapacity poskytovatelů s ohledem na rozsah a náročnost sociálních služeb pro osoby s duševním onemocněním

Ve vztahu k regionální potřebnosti se jeví kapacita služeb jako nedostatečná. Přestože kapacita 570 lidí v terénních službách vypadá jako velké číslo, tak minimálně dalších 2000 lidí zůstává bez potřebné podpory. Z hlediska kapacit pro lidi s poruchou příjmu potravy vypadá situace obdobně – 350 lidí dostane poradenství z cca 2000 potřebných, nehledě na to že cca 400 lidí by mělo dostat komplexní podporu při zvládnání svojí situace.

Rozdíly v mezi nabízenými a potřebnými kapacitami vysvětlují, proč, přestože poskytovatelé realizují adekvátní služby odrážející potřeby uživatelů služeb a jejich blízkých, mnoho rodičů o nich neví nebo je nemůže využít.

Velkou slabinou sociální služeb je, že zapojení potřebných specialistů (psychiatr, psycholog, nutriční terapeut) funguje často jen v projektu. Na omezenou dobu se zvýší podpora,lepší se kvalita poskytovaných služeb, ale po projektu již nejsou možnosti financování ze strany donátorů, i když je uživatelé služeb a jejich blízcí potřebují.

Velkým problémem je ***chybění dlouhodobé a systematické psychoterapeutické podpory*** v sociálních službách pro lidi s PPP a také s jinými duševními onemocněními. V oblasti práce s lidmi s PPP dále chybí specializované pracoviště s podporou nutriční terapie.

Nedostatek komplexní podpory komplikuje uspokojení potřeba uživatelů služeb a jejich blízkých a brání v efektivním dosahování cílů služeb poskytovatelům sociálních služeb.

Z hlediska potřeb uživatelů služeb s kombinovanými diagnózami bylo diskutováno zúžení či rozšíření cílové skupiny sociální služby. Obojí má své výhody i omezení. Zúžení cílové skupiny vede k větší specializaci a tedy i k větší profesionalizaci práce s danou cílovou skupinou, zároveň však může vést k tomu, že některé cílové skupiny mohou zůstat bez podpory. Příliš velké rozšíření cílové skupiny může vést k „zahlcení“ služby jinými cílovými skupinami. A pokud je cílová skupina početná, tak se na mnoho jedinců nedostane potřebná služba. Zároveň to však umožní podpořit různorodější skupinu. U cílové skupiny lidí s chronickým duševním onemocněním můžeme jako příklad uvést lidi s diagnózou porucha osobnosti. Jde o široké spektrum lidí s různými potřebami, kteří mohou službu zahltit, zároveň však může část lidí s diagnózou porucha osobnosti užitečně využívat různé prvky nabízených služeb. V zahraničí se ukázalo pro tento typ služby založené na case managementu jako nejužitečnější používat pro označení cílové skupiny pojem SMI – severe

mental illness – která je částečně definována typem diagnózy, zároveň délkou onemocnění a funkčním narušením. Cílová skupina je tak ohraničena nepříznivou sociální situací klienta, ve které se nachází, jeho potřebami a možnostmi v dané situaci svoje potíže řešit. Příliš široce pojatá služba může problematizovat využití kapacit služby a jejího personálního potenciálu.

Tendence naplnit potřeby lidí s více diagnózami, usnadnit návaznost a koordinaci služeb dochází k pravidelnému setkávání služeb - setkávání služeb využívajících case management, setkávání organizací podporujících lidi s duální diagnózou (obojí organizačně zajišťují pracovníci Práhu). Některé služby však setkávání nenavštěvují. Mezi službami, které spolupracují, funguje dobrá návaznost a systematická spolupráce. Lze uvažovat nad tím, jak tuto spolupráci podpořit. Poskytovatelé upozorňují, že návaznost služeb vázne na malých kapacitách služeb. Pro kvalitní práci s klientem je podstatné také sdílení informací o klientovi mezi sebou a společné plánování podpory. ***Jednou z bariér systematické spolupráce je ztížené předávání informací kvůli povinnosti mlčenlivosti.***

3.4 Závěry a doporučení

3.4.1 Závěrečné poznatky z hlediska strategického plánování politiky sociálních služeb v městě Brně

Komunitní plánování má tedy k dispozici počty lidí se závažným duševním onemocněním potřebujících komplexní péči, kterým by měla odpovídat kapacita zdravotně sociálních služeb. Je to celkem 3712 lidí s diagnózou závažného duševního onemocnění a minimálně 409 lidí s diagnózou poruchy příjmu potravy. Jde však o číslo pouze orientační, které je pravděpodobně díky nedostatečným datům podhodnocené. Existuje část cílové skupiny, která vůbec k psychiatrovi nedorazí a není tedy léčena a zahrnuta do statistických počtů. Potřeby této části cílové skupiny jsou reflektovány nedostatečně.

Statisticky známé počty lidí potřebujících komplexní péči byly dány do vztahu s kapacitami služeb a už tyto údaje stačí k tomu, že můžeme prohlásit, že situace lidí se závažným duševním onemocněním je řešena nedostatečně a je personálně poddimenzována.

Silnou stránkou komunitního plánování skupiny pro osoby s duševním onemocněním je reflektování potřeb uživatelů služeb a jejich blízkých poskytovatelů služeb. Existují však rozdíly v perspektivě, jak nahlíží jejich naplňování. Poskytovatelé služeb ve svých cílech a způsobech poskytování služby reagují na potřeby uživatelů služeb v oblastech podpory v přirozeném prostředí, bydlení a práce. Formu služby přizpůsobují potřebným intervencím. ***Přesto se***

opakují neřešené potřeby, na které je potřeba se zaměřit. Navrhujeme přistoupit aktivně a systematicky k opakujícím se potřebám a v rámci komunitního plánování pojmenovat bariéry, které brání řešení a cesty, jak dosáhnout jejich naplnění.

Nedostatečná informovanost o možnostech podpory v oblasti duševního zdraví

Rodinní příslušníci popisují bariéru informovanosti ohledně získání možné podpory pro svého blízkého s duševním onemocněním. Zvýšení informovanosti o duševním zdraví, příznacích nemoci a snížení stigmatu vede k zvýšení hledání pomoci v krizi a tím pádem rychlejší odezvě zdravotního a sociálního systému. Město Brno již učinilo různá opatření pro zvýšení informovanosti o sociálních službách – má informační středisko, portál sociální péče, pracovnice města aktivně rozesílá informace o možnostech podpory mezi poskytovatele a účastníky komunitního plánování. Přesto se nadále objevují rodinní příslušníci, kteří nenacházejí v počátcích duševního onemocnění u svého blízkého podporu ze strany sociálních služeb a dalších institucí. Možné příčiny:

- a) Nastavení předávání informací ze strany města – informace pouze „visí“ na webu, nejsou aktivně distribuovány mezi lidi, kteří teprve mohou být cílovou skupinou.
- b) Nedostatečná informovanost u zdravotnické stránky péče, případně jejich nezájem o tento typ informace.
- c) Zahlcení rodinných příslušníků situací při objevení se duševní nemoci u jejich blízké osoby a tím snížená schopnost vyhledávat pomoc

Ke zlepšení informovanosti široké veřejnosti může dojít také prostřednictvím článků v městských zpravodajích, zlepšení prevence duševního zdraví na středních školách, nejlépe za účasti peer konzultanta – člověka s duševním onemocněním. Dostatečná informovanost povede k tzv. včasné detekci a ke zvýšenému využívání zdravotních a sociálních služeb, což zlepšuje prognózu vývoje duševního onemocnění (NICE, 2016). Informace předané veřejnosti pomohou také snížit stigmatizaci. Současně se zajištěním informovanosti je potřeba rozvinout **přístupy tzv. časných intervencí, kterou jsou** aktuálním trendem v zahraničí (McGory, Edwards, 2002). Tyto přístupy zvyšují u mladých lidí s duševním onemocněním šanci na produktivnější život ve společnosti. Rozvoji programů zaměřených na včasnou detekci a poskytování časných intervencí se v západních zemích daří zkrátit jak doba potřebná k vyhledání odborné pomoci, tak i zkrátit délku hospitalizací, snížit dávku medikace (Jørgensen, 2016; NICE, 2016). Intenzivní podpora návratu do škol a zaměstnání pomáhá

snížit sociální izolaci, udržuje a zlepšuje ekonomický status a zabraňuje sociálnímu vyloučení. Dlouhodobá udržitelnost těchto programů pomůže postupně snížit závislost na sociální a zdravotní službě, sníží procento invalidity mezi lidmi s duševní nemocí, pomůže lidem s duševní nemocí dostat se a udržet se na otevřeném pracovním trhu a zlepšit kvalitu jejich života. Prevence a včasná detekce mladých lidí pomůže zlepšit včasné vyhledání odborné péče a snížit riziko výrazných somatických potíží a chronicity duševního onemocnění. Podpora musí být co nejméně stigmatizující, nejlépe v běžném prostředí při zapojení širokého spektra odborníků jak ze zdravotní, tak sociální oblasti.

Při chronickém průběhu nemoci je potřeba dlouhodobá a systematická podpora, která lidem s duševní nemocí umožní snížení délky a počtu hospitalizací a podpoří je v zapojení se do běžných činností v rámci naší společnosti. Pro tuto část cílové skupiny je potřeba rozvinout širší spektrum služeb odpovídajících jejich dovednostem a omezením. U části skupiny to budou programy zaměřené na podporu v chráněném prostředí (např. chráněné bydlení, sociálně terapeutické dílny), další část může při dostatečně intenzivní podpoře přímo v jejich prostředí žít a pracovat jako ostatní (např. case management, podpora samostatného bydlení, chráněná místa, podporované zaměstnávání).

Tato část cílové skupiny potřebuje tzv. asertivní vyhledávání v běžném prostředí a case management. Část lidí s těmito potřebami může pokrýt činnost Center duševního zdraví.

U lidí s poruchou příjmu potravy kromě case managementu bude důležité zapojení dalších specialistů jako nutričních poradců, endokrinologa, gastroenterologa a dalších somatických odborníků.

Podpora při získání zaměstnávání – tato oblast je sociálními službami řešena. Kvůli nedostatečné kapacitě se však efektivní podpora týká pouze desítek lidí. Pro rozvoj zaměstnávání lidí s duševní nemocí je nezbytná spolupráce všech zainteresovaných stran – úřady práce, zaměstnavatelé, sociální služby, agentury práce a samozřejmě zdravotničtí profesionálové. Potřebný je další rozvoj služeb zaměřených na zaměstnávání na otevřeném trhu, práce se zaměstnavateli na změně postoje k lidem s duševním onemocněním. Rodinní příslušníci i uživatelé služeb upozorňují na potřebu praktických řemeslných činností a rekvalifikačních kurzů, které umožní získat placenou práci. Zaměstnání plní důležitou funkci v zotavení člověka s duševní nemocí – aktivizuje, je to příležitost pro sociální kontakty, pomáhá rozvoji sebedůvěry, podporuje sebeřízení a zapojení se zpět do společnosti, snižuje

pocit postižení, strach, diskriminaci, stigma. Většina lidí se zdravotním postižením si přeje pracovat a podporované zaměstnávání jim dává šanci jak jejich cíl naplnit.

Výzkumy (Bond, Drake et al., 2015) ukazují, že modely „train then place“ (natrénuj a pak umísti) vedou k nižším výsledkům, než „place then train“ (umísti a trénuj). V modelu train-place by klient měl získat základní dovednosti a schopnosti pro získání zaměstnání v dlouhodobých rehabilitačních programech. U modelu place-train by klient měl co nejdříve najít práci, která odpovídá jeho preferencím a dovednostem, a pak by měl trénovat dovednosti a schopnosti potřebné pro danou práci. Nejslibněji rozvíjející je program IPS (individual placement support), což je podpora v získání a udržení práce na otevřeném trhu (Bond, Drake et al., 1995). Práce v chráněném prostředí vytváří nízké očekávání, což vede k horšímu postupu klienta v dosažení práce.

Výzkumy ukazují, že programy IPS během 2 let dosáhly 3-4x lepších výsledků v získání a udržení práce (přepočteno na týdny a měsíce). Až 60-80 % klientů získalo práci oproti cca 20-30% v běžných programech.

Podpora v oblasti bydlení je trvale základní potřebou uživatelů služeb a je v rámci komunitního plánování trvale v pozornosti poskytovatelů sociálních služeb. Zároveň mají pobytové služby nejnižší kapacitu, neboť jsou nejnákladnější. Dostatečná kapacita bydlení v jakékoliv formě (včetně běžného nájmu) pomůže přesunu lidí z institucionalizovaného bydlení – takový přesun je možný jedině při dostatečném personálním zabezpečení multidisciplinární terénní práce. Zásadní je pak možnost využití různé míry intenzity účasti sociálních služeb ve vlastním bydlení – od každodenních i několikahodinových návštěv po občasnou podporu, např. 1x 14 dní. Rizikem nezajištění doprovodné sociální služby je sociální izolace, bezdomovectví či dlouhodobá hospitalizace.

Lidé s kombinovanými diagnózami nebo diagnózou porucha osobnosti - vytvoření služeb zvládajících takto náročné spektrum lidí, podpora stávajících služeb při rozšíření cílové skupiny o lidi s kombinovanou diagnózou, podpora stávajících služeb, aby dokázaly řešit situace v rámci dosavadní cílové skupiny (např. prostřednictvím systematického vzdělávání), podpora spolupráce služeb napříč jejich spektrem. Aktuálně v Brně existuje několik programů a iniciativ zaměřených na práci s lidmi s duální diagnózou, které začínají s touto cílovou skupinou pracovat v posledních 2-3 letech. Příkladem je setkávání služeb zaměřených na lidi s duální diagnózou, které organizuje Práh a kterých se účastní pravidelně Podané ruce, nepravidelně další sociální služby jako např. Lotos, A-kluby.

Nezbytným prvkem spolupráce je využívání case managementu (koordinace služeb okolo klienta) a u lidí s duální diagnózou integrovaná léčba, která se zaměřuje na zvládnání obou problematických stavů

Potřeba propojování zdravotních a sociálních služeb je na úrovni některých poskytovatelů sociálních služeb a psychiatrických zařízení aktuálně řešena prostřednictvím přípravy vzniku Centra duševního zdraví (Práh a Psychiatrická klinika FN Brno)

Velká zátěž rodinných příslušníků je potřeba snížit kvalitními, intenzivními a koordinovanými službami, ve kterých je zahrnutí podpory rodinných příslušníků součástí intervencí sociálních služeb.

3.4.2 Doporučení z hlediska přípravy komunitního plánování

V předložené práci navrhujeme plánovat péči s ohledem na demografické poznatky o daném území, aktuální situaci ve zdravotnictví a sociálních službách, moderní celosvětové trendy a přístupy založené na důkazech adaptované na místní podmínky a výstupy výzkumů provedených na daném území, včetně hodnocení efektu poskytovaných služeb. ***Hodnocení efektu služeb by se měl do budoucna stát klíčem pro rozdělování finančních prostředků, které jsou dosud rozdělovány především na základě počtu uživatelů služeb a intervencí.***

Při plánování péče je potřeba vzít v potaz počty lidí, kteří péči potřebují, což nelze stanovit pouze poptávkou po dané službě. Lidé se závažným duševním onemocněním, kteří jsou na tom hůře, si nedokáží o službu říci, dojit do ní a udržet se v ní. Dle vyjádření blízkých osob je také nedostatečná informovanost o sociálních službách pro lidi s duševní nemocí, která souvisí s nedostatečnou propojeností zdravotních a sociálních služeb. Část lidí z cílové skupiny tak vypadává jak ze sociálních i ze zdravotních služeb nebo do nich vůbec nedorazí, zároveň se však díky tomu zhoršuje zdravotní stav a nepříznivá sociální situace a toto zhoršení se stává viditelné pro jejich okolí, policii, případně pracovníky na úřadech, kteří jsou zatíženi jejich chováním. Proto je potřeba sledovat statistické údaje o léčených onemocněních a na jejich základě stanovovat potřebné kapacity služeb a dávat to do vztahu s vyvíjejícími potřebami péče.

Aktuální situace v České republice jako základ systematického rozvoje služeb v Brně

Aktuálně je situace pro rozvoj kvalitní péče o lidi se závažným duševním onemocněním velmi příznivá. V Česku se v roce 2012 nastartoval proces reformy psychiatrické péče, která je úzce propojená s poskytováním sociálních služeb. V roce 2013 byl vytvořen materiál Strategie

reformy psychiatrické péče (www.reformapsychiatrie.cz). Strategie reformy psychiatrické péče (vzniklá v gesci Ministerstva zdravotnictví) se zaměřuje především na rozvoj zdravotnických služeb - počítá s vybudováním komplexního koordinovaného systému poskytování péče lidem s duševním onemocněním mezi tzv. čtyřmi pilíři péče, které tvoří: psychiatrická ambulantní péče, centrum duševního zdraví, psychiatrické oddělení, psychiatrická nemocnice. Na základě těchto procesů byla iniciována Jihomoravským krajem v roce 2015 pracovní skupina, která vytvořila Návrh systému komunitní péče o lidi se závažným duševním onemocněním v Jihomoravském kraji (Akční plán, 2016). Tento návrh byl na jaře roku 2016 schválen. Dokument zahrnuje popis zdravotních a sociálních služeb na území JMK a navrhuje další rámcový vývoj zdravotní a sociální péče, včetně rozvoje Center duševního zdraví, což jsou multidisciplinární týmy složené jak ze zdravotnických, tak sociálních pracovníků.

Reforma počítá se sociální částí Centra duševního zdraví (viz příloha) ale neřeší komplexní poskytování sociálních služeb lidem se závažným duševním onemocněním v oblastech bydlení, práce, volného času. Je však evidentní, že Centra duševního zdraví budou úzce spolupracovat se všemi dalšími službami na území regionu a musí s nimi tvořit propojený systém. Vytvoření takového systému s odpovídajícími kapacitami, který bude reagovat na změny v souvislosti s reformou psychiatrické péče, by mělo být předmětem komunitního plánování v příštích letech.

Předpokládaným efektem Center duševního zdraví bude snížení zátěže lůžkového fondu psychiatrických nemocnic a podpora života člověka s duševním onemocněním v jejich běžném prostředí, čímž vznikne větší nárok na služby v oblastech práce a bydlení. Do této formy podpory by se však měly zapojit i kapacity zdravotnického personálu. Jak dlouho bude tento proces probíhat je v této chvíli obtížné odhadnout, ale důležité je, že máme v České republice nastavený moderní trend směřující ke kvalitnější péči.

Příkladem nám může být Norsko, které mělo podobný systému jako ČR a prostřednictvím naplánovaných změn v organizaci péče dosáhlo snížení počtu lůžek z 12300 na 3500 během 35 let (12300 v roce 1980, 6500 v roce 2006, 3500 v roce 2015).

Výstupy z pilotních projektů Center duševního zdraví nám pomohou určit, jak budou do poskytování sociálních služeb zasahovat. Při komunitním plánování bude potřeba brát zřetel na změny v poskytování zdravotních služeb, aby se neposkytovaly duplicitní služby a postupně se charakter služeb přizpůsoboval aktuálnímu vývoji.

I u cílové skupiny lidí s poruchami příjmu potravy se počítá se změnou poskytování péče, zatím však není stanovený tak jasný vývoj, jak v případě Center duševního zdraví. Lze se držet aktuálních doporučených postupů ze zahraničí a sledovat vývoj, tak aby Brno mohlo adaptovat potřebné prvky péče do svého systému.

Zároveň musí probíhat pravidelná měření efektu všech realizovaných služeb a jejich výsledek by měl ovlivňovat podobu plánování služeb.

Pro donátory bude toto období přechodu náročným úkolem. Reforma však přinese peníze na pouze na přechodnou dobu poskytování těchto center a následně by měla čerpat z regionálních rozpočtů. V určitém období tak hrozí, že budou vedle sebe žádat peníze jak služby zaměřené na snížení počtu lidí s rozvojem chronického průběhu duševního onemocnění, tak pobytová zařízení poskytující péči lidem značně chronicky nemocným. Finance tak budou muset být efektivně přerozdělovány s ohledem na dlouhodobé záměry určené průběžně vyhodnocovanou strategií.

4. Analýza poptávky po stávajících službách a spokojenosti uživatelů se službami⁵

V následující kapitole chceme odpovědět na okruhy otázek, které souvisí s vyjasněním (1) poptávky po sociálních službách, (2) spokojenosti cílové skupiny Osob s duševním onemocněním (ODO)⁶ s nabízenými sociálními službami a (3) významnosti jednotlivých stránek poskytovaných služeb pro lepší uspokojení potřeb klientů. Budeme tedy odpovídat na následující otázky: Jaké sociální služby ze současné nabídky využívají klienti nejčastěji? Existuje v cílové skupině poptávka nějaké nové sociální služby? Co by chtěli klienti změnit na obsahu či způsobu poskytování stávajících sociálních služeb? Dále se pokusíme odpovědět na otázku, jak jsou klienti sociálních služeb z dané cílové skupiny spokojeni s úrovní informování o nabízených službách? Jak jsou spokojeni s dostupností a koordinací poskytovaných sociálních služeb? Jakou mají osobní zkušenost se sociálními pracovníky a jak jsou tyto pracovníci pro klienty důvěryhodní? A konečně nás bude zajímat otázka, jak jsou klienti spokojeni s výsledky poskytovaných služeb v oblasti jejich sociálního začleňování a růstu osobní nezávislosti.

Informace pro zodpovězení uvedených otázek jsme v této zprávě čerpali z terénního výzkumného šetření provedeného pomocí polostandardizovaného *Dotazníku analýzy potřebnosti sociálních služeb v městě Brně*. Uvedený dotazník obsahoval vedle uzavřených otázek i relativně velkou část otázek otevřených a svou tematickou strukturou navazoval na kvalitativní focus group rozhovory, jejichž výsledky byly popsány v předcházející kapitole výzkumné zprávy. Základní vyhodnocení souvislostí poznatků z těchto různých zdrojů je provedeno v závěrech a doporučeních této zprávy. Nicméně detailní posouzení souvislostí poznatků z uvedených dvou zdrojů informací zatím nebylo provedeno. Popis a analýza těchto souvislostí může proto probíhat paralelně jak v rámci našeho dalšího zpracování dat, tak i v rámci diskusí pracovních skupin přípravy komunitního plánu sociální služeb.

Při dotazníkovém terénním šetření bylo osloveno celkem více než 500 uživatelů sociálních služeb v městě Brně, kteří spadali do pěti předem stanovených cílových skupin. Na dotazování odpovědělo souhrnně 279 respondentů. Návratnost úplných záznamových archů byla 55 procent (274 záznamových archů). Výběrový soubor byl vytvořen metodou

⁵ Autoři kapitoly jsou: Doc. PhDr. Jiří Winkler, Ph.D., Mgr. Martin Žižlavský, Ph.D.

⁶ Do rámce uveden cílové skupiny jsme začlenili osoby se závažnými psychickými onemocněními a dále osoby s poruchami příjmu potravy.

stratifikovaného náhodného výběru, kdy na základě předem zadané definice cílové skupiny jsme vytvořili 5 výběrových skupin osob se stejnými identifikačními vlastnostmi, které identifikovali souběžně poskytovatelé i klienti (kritérium pro „stratum“ = bezrozporné zařazení do cílové skupiny klientů poskytovatelem i respondentem). Reálný výběr (po návratnosti záznamových archů) svou celkovou strukturou odpovídá původně plánovaným podílům zastoupení jednotlivých cílových skupin pro náhodný výběr osob. Pro cílové skupiny Senioři; Mládež, děti, rodina (MDR) a Další osoby ohrožené sociálním vyloučením (OSV) jsme určili podíl 20 procent výběrového souboru. Pro cílovou skupiny Osoby se zdravotním postižením (OZP) jsme stanovili očekávanou relativní četnost 30 procent výběrového souboru. Důvodem byla velká vnitřní diferenciací této cílové skupiny a možnost statistického zpracování výsledků pro podskupiny.⁷ Pro cílovou skupinu Osob s duševním onemocněním (ODO) jsme po diskusi s vybranými poskytovateli služeb stanovili podíl 10 procent výběrového souboru. Důvodem bylo zpochybnění dostupnosti většího množství dostatečně relevantních respondentů pro dané oblasti hodnocení sociálních služeb. Skutečné podíly zastoupení respondentů z jednotlivých cílových skupin ukazuje tabulka P1.10. Z tabulky vyplývá, že asi 6 procent respondentů nebylo možné jednoznačně zařadit do cílových skupin. Existují důvody předpokládat, že jde ve větší míře o respondenty odpovídající cílovým skupinám ODO, OSV a Senioři.⁸

Tabulka P1.10 Cílová skupina

	Abs. četnost	Rel. četnost
Senioři	61	22,26
Děti, mládež a rodina	57	20,80
Osoby se zdravotním postižením	86	31,39
Osoby s duševním onemocněním	20	7,30
Další osoby ohrožené sociálním vyloučením	34	12,41
Neuvedeno	16	5,84
Celkem	274	100

Pramen: výzkum APSS, 2016

⁷ Definice cílové skupiny OZP zahrnuje relativně uzavřené kategorie osob z tělesným a smyslovým postižením, osob se zdravotním postižením a osob s mentálním postižením. Zdroje sociálních problémů osob z těchto různých kategorií bývají velmi odlišné.

⁸ Kategorie osob, kteří neuvedli svou cílovou skupinu, reprezentuje případy, kdy souběžné zařazení do cílové skupiny, které provedli poskytovatelé služeb a jejich klienti, bylo rozporné, nebo kde zařazení klientů do cílové skupiny zcela chybí. Což podle vybraných tazatelů mohlo souviset s nemožností zjistit u klienta jeho názor nebo s tím, že někteří tazatelé tuto položku dotazníku nevyplnili.

Průměrný věk respondentů celého výběrové souboru je 46 roků a rozložení podle věku ukazuje na větší zastoupení starší populace. V populaci respondentů ve věku 65 let a starších je více než 25 procent dotazovaných, což je vyšší podíl této věkové kategorie než v rámci celé populace města Brna. Vedle toho z předložených dat vyplývá, že ne všichni respondenti z věkové kategorie 65 let a více se sami zařadili do cílové skupiny Senioři. Je myslím potřebné upozornit na to, že tito nezařazení mezi Senioři tvoří necelé 3 procenta z dané věkové kategorie, což je podle našeho názoru až nečekaně málo vzhledem k opakovaně potvrzované skutečnosti, že mezi seniory lze častěji identifikovat provázaný charakter problémů a kombinaci postižení různého druhu.

Tabulka P1.11 Věková kategorie

	Absolutní četnost	Relativní četnost
1 – 10	9	3,28
11 – 20	31	11,31
21 – 30	38	13,87
31 – 40	52	18,98
41 – 50	40	14,60
51 – 60	25	9,12
61 – 70	19	6,93
71 – 80	21	7,66
81 – 90	29	10,58
91 a více	8	2,92
Neuvedeno	2	,73
Celkem	274	100

Pramen: výzkum APSS, 2016

4.1 Osoby s duševním onemocněním

(n = 20)

4.1.1 Sociodemografické znaky

Uživatelé sociálních služeb pro Osoby s duševním onemocněním (ODO) mají v našem souboru průměrný věk přibližně 42 let a v převaze jsou klienty sociálních služeb muži. Zatímco v cílové skupině ODO je poměr zastoupení mezi muži a ženami přibližně 2 : 1, v celém výběrovém souboru je uvedený poměr téměř vyrovnaný a ženy tvoří 54 procenta celého souboru. Zajímavým údajem je délka využívání sociálních služeb pro uvedenou cílovou skupinu. Tabulka P5.1 ukazuje, že osoby s duševním onemocněním užívají sledované služby kratší dobu než klienti z ostatních cílových skupin. V průměru přibližně 3 roky a 4

měsíce, zatímco respondenti v celém výběrovém souboru využívají sociálních služeb v průměru téměř čtyři a půl roku. Vzhledem k rozložení věku dotazovaných osob s duševním onemocněním lze ovšem jen obtížně určit nějaké typické věkové období, kdy respondenti začínají užívat nabízené služby.

Tabulka P5.1 Doba využívání sociálních služeb a věk klientů

Proměnná	N	Průměr	Sm. odch.	Minimum	Maximum
Délka využívání služeb (měsíce)	20	40,35	33,53	6	120
Věk (roky)	20	41,45	10,17	24	63

Tabulka P5.2 Pohlaví

	Abs. četnost	Rel. četnost
Muž	13	65
Žena	7	35
Celkem	20	100

Tabulka P5.10 Věková kategorie

	Abs. četnost	Rel. četnost
21 - 30	3	15
31 - 40	6	30
41 - 50	7	35
51 - 60	3	15
61 - 70	1	5
Celkem	20	100

Podobně jako věk ani vzdělání není charakteristickým znakem osob z cílové skupiny ODO. V souboru jsou zastoupeny osoby vyučené, osoby se středoškolským vzděláním s maturitou i vysokoškoláci. Z hlediska nejvyššího dosaženého vzdělání je náš soubor tedy dosti heterogenní. Z hlediska zaměstnaneckého statusu ODO však lze jednoznačně konstatovat charakteristickou shodu. Uživatelé služeb z této cílové skupiny jsou téměř ze dvou třetin v invalidním důchodu. Ostatní jsou nezaměstnaní nebo pracují jen na částečný úvazek.

Tabulka P5.3 Nejvyšší dosažené vzdělání

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Střední odborné, vyučen	7	35
Střední odborné s maturitou	9	45
Vyšší odborné a vysokoškolské	4	20
Celkem	20	100

Pramen: výzkum APSS, 2016

Práci na částečný úvazek získalo jen 6 členů cílové skupiny. Z toho ve čtyřech případech jde o osoby, které současně pobírají invalidní důchod a mají v zaměstnání dílčí pracovní poměr. Dosáhli tím z hlediska zaměstnání a finančního příjmu podle nás žádoucího stavu.

Tabulka P5.4 Povolání, zaměstnanecký status

	Ano	Ne
Samostatný/á podnikatel/ka	0	19
Zaměstnan na plný úvazek	0	19
Zaměstnan na částečný úvazek	6	13
Jsem nezaměstnaný/á	5	14
Jsem ve starobním důchodu	0	19
Jsem v invalidním důchodu	12	7
Jsem na rodičovské dovolené	0	19
Dítě / žák (0-15 let)	0	19
Student (16-26 let)	0	19
Ostatní závislé osoby (sociální dávky, příspěvky)	2	17
Osoby s vlastním zdrojem obživy (renta, stipendium, výnosy z majetku nebo z úspor)	0	19

Pramen: výzkum APSS, 2016

Podobně 4 osoby z dvaceti dotazovaných má snížený stupeň soběstačnosti. Z nichž u tří jde o stupeň číslo 3 a u jednoho stupeň 2. Přibližně polovina osob bydlí ve vlastním bytě nebo u příbuzných a přátel. Druhá polovina v současnosti využívá pobytových služeb.

Tabulka P5.9 Snížená soběstačnost

	Absolutní četnost	Relativní četnost
Lehký	1	5
Těžký	3	15
Ne	14	70
Nevím	2	10
Celkem	20	100

Pramen: výzkum APSS, 2016

Tabulka P5.8 Bytová situace

	Abs. četnost	Rel. četnost
Byt/dům v osobním vlastnictví	2	10
Byt/dům v družstevním vlastnictví	2	10
Byt/dům v pronájmu	2	10
U rodičů / příbuzných / přátel	5	25
V pobytových službách	8	40
Neuvedeno	1	5
Celkem	20	100

4.1.2 Využívání služeb

Při dotazování jsme zjišťovali, jaké typy služeb či sociálních aktivit respondenti užívali v průběhu roku 2016. Dotazování mohli uvést výčet všech služeb, které v tomto období využili. Pokud při dotazování uvedli více typů služeb a aktivit než jednu, měli určit pořadí důležitosti těchto služeb podle jejich vlastního uvážení. Níže uvedený seznam služeb (aktivit) představuje taková opatření, která respondenti pokládali za nejdůležitější či druhá nejdůležitější. Ukazuje se jasná souvislost mezi typově vyhraněným charakterem životní situace klientů dané cílové skupiny a výběrem několika sociálních služeb, které uživatelé mezi sebou často kombinují. Využívané služby se většinou vztahují k zajištění obydlí a základní péče, nebo k řešení potíží spojených s drogovou závislostí.

Tabulka P5.11 Četnost využívání sociálních služeb

	Ano	Ne
Žádal/a jsem sociálního poradce o radu nebo informace.	16	4
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře...	8	12
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce.	8	12
Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně.	7	13
Sociálně aktivizační služby	6	14
Bydlím v chráněném bydlení.	6	14
Osobní asistence nejméně na část dne	5	15
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení.	4	16
Krizová pomoc (i telefonická)	4	16
Azylové domy	3	17
Tlumočnické, překladatelské a průvodcovské činnosti.	2	18
Přespávání a základní hygiena v noclehárně	2	18
Služby následné péče	2	18
Docházka do intervenčního centra	1	19
Raná péče pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče	1	19
Domovy pro seniory / domovy se zvláštním režimem	1	19
Kontaktní centrum každodenní péče	0	20
Roznáška jídla nebo jiná pomoc pečovatelské služby	0	20
Odlehčovací služby pomáhající neformálním pečovatelům.	0	20

4.1.3 Spokojenost se sociálními službami

Odpovědi na otázky po spokojenosti se sociálními službami jsme rozdělili do několika oblastí. Nejprve jsme zjišťovali, **jak jsou klienti z dané cílové skupiny spokojeni s úrovní informování o nabízených službách?** U části klientů jsme zjistili relativně dobrou informovanost o nabídce terénních, ale i ambulantních a pobytových službách pro tuto skupinu ve městě. Tato okolnost může souviset právě s tím, že respondenti deklarovali spíše využívání služeb neziskových organizací nebo města. Zjistili jsme však vcelku malou spokojenost s informováním o komunitním plánování.

Dále se ukázalo, že respondenty z řad uvedené cílové skupiny příliš nezajímají informace o právní formě poskytovatele. Výsledky ukazují, že mají spíše dobrou znalost na koho se obrátit v případě potřeby získat základní informace. Ukazuje se, že standardní mix služeb je kombinace profesních formálních pečovatелů a neformální péče rodiny a přátel. S charakterem problémů nemůže pomoci čistě péče rodiny. Medián v tabulce P5.12 ukazuje střední hodnotu v rozložení všech odpovědí. Má signální funkci pro určení typické odpovědi respondentů podle legendy uvedené pod tabulkou.

Tabulka P5.12 Spokojenost s informacemi o sociálních službách v Brně (n = 18)

	Medián	Průměr	Sm. odchylka
Máte představu o nabídkách terénních sociálních služeb v Brně (např. pečovatelská služba).	2	2,33	1,41
Víte, jak probíhá komunitní plánování sociálních služeb v Brně.	1	1,33	0,84
Potřebujete poradit s výběrem služeb, aby byly více šité na míru pro Vaše individuální potřeby.	3	3,06	1,39
Využíváte služby poskytované městem nebo neziskovými organizacemi více než služby soukromých poskytovatelů.	4,5	3,94	1,43
Přesně rozlišujete různé právní formy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb.	2	2,39	1,29
Víte na koho se obrátit, kdybyste chtěl/a zlepšit kvalitu pomáhajících činností, které využíváte.	5	4	1,68
Máte představu o nabídce ambulantních a pobytových služeb u profesionálních poskytovatelů v Brně.	3	2,89	1,57
Využíváte střídavou pomoc formálních pečovatелů (sociální pracovníce) a neformálních pečovatелů (pomoc rodiny, přátel).	4	3,44	1,5
Především využíváte kontakty a pomoc vaší rodiny a vašich přátel.	3	3,06	1,51

Legenda: 1 – rozhodně ne; 2 – spíše ne; 3 – nemohu se rozhodnout; 4 – spíše ano; 5 – rozhodně ano

Za druhé jsme zjišťovali, **jakou mají respondenti osobní zkušenost s kontaktními sociálními pracovníky** a jak jsou tito pracovníci pro klienty důvěryhodní? Tuto část odpovědí na naše otázky jsme nemohli analyzovat, protože respondenti na ně ve velké části souboru odmítali odpovídat. Část klientů, která na dotazy o zkušenostech se sociálními pracovníky odpověděla, hodnotila jejich postupy velmi kladně a vyjádřila se vztahem mezi nimi spokojenost. Konkrétně to znamená, že projevili spíše spokojenost s transparentním a ohleduplným chováním sociálních pracovníků. Projevují těmto pracovníkům při spolupráci spíše důvěru.

Za třetí jsme zjišťovali, **jak jsou klienti spokojeni s dostupností a intenzitou poskytování sociálních služeb?** Ambulantní služby jsou pro ně z hlediska vzdálenosti dostupné. Terénní pracovníci klientům věnují dostatek času, a respondenti vyjadřují s intenzitou péče jasnou spokojenost.

Tabulka P5.13 Spokojenost se sociálními pracovníky (n = 4)

	Medián	Průměr	Sm. odchylka
Sociální pracovníci při této službě vždy respektují vaše přání.	5	4,75	0,5
Sociální pracovníci vám řekli, jak vám budou pomáhat.	5	5	0
Důvěřujete sociálním pracovníkům, kteří se o vás starají, že vědí co a jak dělat.	4	4,25	0,5
V současnosti pro vás v rámci této sociální služby zajišťuje profesionální pomoc více různých poskytovatelů.	1,5	2	1,41
Pomoc od různých poskytovatelů je vždy koordinovaná a navazuje na sebe.	3,5	3,75	0,96
Využíváte různé informační a signalizační technologie pro kontakt s pomáhajícím pracovníkem (např. telefon na městskou policii).	3,5	3,25	1,71

Legenda: 1 – rozhodně ne; 2 – spíše ne; 3 – nemohu se rozhodnout; 4 – spíše ano; 5 – rozhodně ano

Za čtvrté nás zajímala otázka, **jak jsou klienti spokojeni s výsledky poskytovaných služeb** v oblasti jejich sociálního začleňování a růstu osobní nezávislosti. Respondenti ukazují jistou nejednoznačnost při posouzení pokrytí stávající poptávky po jimi využívaných službách v městě Brně. Jedna část z nich se domnívá, že poptávka spíše není uspokojena a druhá část

se nemůže ve své odpovědi jednoznačně rozhodnout nebo nedokáže potřebný rozsah služeb odhadnout. Klienti jsou vcelku přesvědčeni, že ve výsledku jim služba spíše pomáhá k aktivnějšímu zapojení do života a v obecné formulaci vyjadřují jednoznačnou spokojenost s užívanými službami.

Tabulka P5.14 Spokojenost s poskytováním služby (n = 13)

	Medián	Průměr	Sm. odchylka
Vzdálenost od vašeho domova k místu, kde je vám služba poskytována, je pro vás vyhovující.	5	4,08	1,5
Pro lepší zajištění sociální pomoci jste ochoten/ochotna změnit i vaše bydlení.	2	2,31	1,65
Pracovníci mají přiměřený dostatek času, aby vám pomohli.	5	4,23	1,3
Domníváte se, že tato služba více méně pokrývá poptávku osob, které ji v Brně potřebují.	2	2,31	1,38
Celkově jste v tomto roce spokojený/á s poskytovanou sociální službou.	5	4,31	1,32
Tato služba vám pomáhá aktivněji se zapojit do života, zvyšuje vaše životní možnosti.	5	4,23	1,01

Legenda: 1 – rozhodně ne; 2 – spíše ne; 3 – nemohu se rozhodnout; 4 – spíše ano; 5 – rozhodně ano

4.1.4 Očekávání klientů

Následující ukazatel při hodnocení poskytovaných služeb matematicky porovnává současný stav uspokojení s normativním očekáváním klientů, jak by měl být klient s danou službou spokojen v budoucnosti. Ukazatel tak vlastně vyjadřuje respondentovu představu o naléhavosti či důležitosti zlepšit uspokojení klientských potřeb v dané oblasti. Průměrné hodnoty vytvořeného indexu mohou nabývat kladných nebo záporných hodnot. Pokud průměr indexu vykazuje kladnou hodnotu, je potřeba respondentů neuspokojená, a to tím významněji, čím je tato hodnota vyšší. Pokud má průměr zápornou hodnotu, je zlepšení uspokojení se službou nedůležité, neaktuální či nevýznamné. Z následujících výsledků vyplývá, že podle respondentů je:

- významně neuspokojena potřeba informací o procesu komunitního plánování;
- podle většiny respondentů je potřebné zlepšit představu klientů o nabídkách terénních, ambulantních i pobytových sociálních služeb pro danou cílovou skupinu,
- menší část respondentů pociťuje potřebu rozlišovat právní formu poskytovatelů služeb
- respondenti pociťují jako významné zlepšit pokrytí sociálních služeb souvisejících s bydlením

- chtěli by zlepšit důvěryhodnost vztahů mezi klienty a sociálními pracovníky
- pokládají za potřebné zvětšit rozsah času věnovaný sociálními pracovníky klientům
- považují za velmi důležité zlepšit pokrytí stávající poptávky po nabízených službách
- část respondentů má zájem do budoucna více rozlišovat právní formu organizací, jejichž služby budou využívat.

Naopak záporné či nulové hodnoty indexu ukazují, že respondenti:

- necítí potřebu zvyšovat poptávku po službách realizovaných městem nebo neziskovými organizacemi, je již tak tato orientace silná;
- za nedůležité a zbytečné považují stěhování, aby služby pro ně byly dostupnější
- necítí potřebu posilovat výsledky péče směrem k větší aktivizaci a zapojení života společnosti

Tabulka P5.15 Informace o sociálních službách v Brně. Očekávání (n = 17)

	Medián	Průměr	Sm. odchylka
Máte představu o nabídkách terénních sociálních služeb v Brně (např. pečovatelská služba).	4	4	4,09
Víte, jak probíhá komunitní plánování sociálních služeb v Brně.	8	5,29	4,34
Potřebujete poradit s výběrem služeb, aby byly více šité na míru pro Vaše individuální potřeby.	0	1,24	1,99
Využíváte služby poskytované městem nebo neziskovými organizacemi více než služby soukromých poskytovatelů.	0	-1,47	3,3
Přesně rozlišujete různé právní formy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb.	2	3,82	4,29
Víte na koho se obrátit, kdybyste chtěl/a zlepšit kvalitu pomáhajících činností, které využíváte.	0	1,82	3,21
Máte představu o nabídce ambulantních a pobytových služeb u profesionálních poskytovatelů v Brně.	4	3,65	3,48
Využíváte střídavou pomoc formálních pečovatelů (sociální pracovníci) a neformálních pečovatelů (pomoc rodiny, přátel).	0	1,18	2,83
Především využíváte kontakty a pomoc vaší rodiny a vašich přátel.	0	1,24	3,42

Legenda: Škála v intervalu <-10,10>. Záporná hodnota ukazuje přílišné uspokojení potřeby; Nulová hodnota ukazuje uspokojení potřeby; Kladná hodnota ukazuje nedostatečné uspokojení potřeby.

Tabulka P5.16 Přístup sociálních pracovníků. Očekávání (n = 4)

	Medián	Průměr	Sm. odchylka
Sociální pracovníci při této službě vždy respektují vaše přání.	0	0	0
Sociální pracovníci vám řekli, jak vám budou pomáhat.	0	0	0
Důvěřujete sociálním pracovníkům, kteří se o vás starají, že vědí co a jak dělat.	2	2	2,31
V současnosti pro vás v rámci této sociální služby zajišťuje profesionální pomoc více různých poskytovatelů.	4	3,25	5,62
Pomoc od různých poskytovatelů je vždy koordinovaná a navazuje na sebe.	0	0	0
Využíváte různé informační a signalizační technologie pro kontakt s pomáhajícím pracovníkem (např. telefon na městskou policii).	0	0,75	1,5

Legenda: Škála v intervalu <-10,10>. Záporná hodnota ukazuje přílišné uspokojení potřeby; Nulová hodnota ukazuje uspokojení potřeby; Kladná hodnota ukazuje nedostatečné uspokojení potřeby.

Tabulka P5.17 Poskytování sociální služby. Očekávání (n = 13)

	Medián	Průměr	Sm. odchylka
Vzdálenost od vašeho domova k místu, kde je vám služba poskytována, je pro vás vyhovující.	0	2,23	3,7
Pro lepší zajištění sociální pomoci jste ochoten/ochotna změnit i vaše bydlení.	0	-0,31	2,95
Pracovníci mají přiměřený dostatek času, aby vám pomohli.	0	1,77	3,61
Domníváte se, že tato služba více méně pokrývá poptávku osob, které ji v Brně potřebují.	7	6,92	3,48
Celkově jste v tomto roce spokojený/á s poskytovanou sociální službou.	0	1,77	3,61
Tato služba vám pomáhá aktivněji se zapojit do života, zvyšuje vaše životní možnosti.	0	0,31	2,18

Legenda: Škála v intervalu <-10,10>. Záporná hodnota ukazuje přílišné uspokojení potřeby; Nulová hodnota ukazuje uspokojení potřeby; Kladná hodnota ukazuje nedostatečné uspokojení potřeby.

4.2 Osoby s duševním onemocněním a ostatní cílové skupiny

Následující ukazatele a jejich grafické znázornění poskytují srovnání o hodnotách zjišťovaných postojů, vlastnostech chování či jejich dimenzích k poskytovaným sociálním službám podle jednotlivých cílových skupin. V následujících odstavcích budeme prezentovat: (1) orientaci klientů na formální či neformální (rodinné) poskytování pomoci a spoléhání se při využívání služeb spíše na kolektivní solidaritu společnosti nebo spíše na rodinnou a domácí péči. (2) Adekvátnost či cílenost poskytovaných sociálních služeb vzhledem ke stupni snížené soběstačnosti klientů. (3) Výběrovost či rozsah služeb, který ukazuje počty klientů dané cílové skupiny, kteří využili jednotlivé druhy sociálních služeb a vybrané typické kombinace více služeb. (4) Rozsah a intenzita služeb je ukazatel, který ukazuje na spokojenost s rozsahem a intenzitou péče sociálních pracovníků podle jednotlivých cílových skupin. (5) Důležitost potřeby klientů zlepšit rozsah a intenzitu péče podle jednotlivých cílových skupin. (6) Spokojenost s aktivačními výsledky služeb a s rozšířením možností uplatnění v životě. Součástí této informace je také představení důležitosti uživatelského hodnocení výsledků sociálních služeb pro jejich celkové hodnocení. (7) Spokojenost s podmínkami poskytování sociálních služeb pro jednotlivé cílové skupiny, vedle prostorové dostupnosti je zde zjišťována i ochota klientů něco samostatně udělat pro lepší zajištění služeb. (8) Spokojenost klientů s jejich vztahem se sociálními pracovníky poskytujícími služby a důležitost potřeby zlepšit tyto vztahy. (9) Spokojenost se způsobem komunikace klienta a poskytovatele služby a s koordinací služeb v rámci organizací, které služby poskytují. Vyhodnocení důležitosti potřeby klientů komunikaci zlepšit.

4.2.1 Orientace na rodinu versus kolektivní solidaritu při využívání služeb

Proměnné, které měřily orientaci klientů spíše na kolektivní solidaritu při poskytování pomoci a využívání služeb, byly sloučeny pomocí statistické procedury „analýza hlavních komponent“ do následujících dimenzí.

Dimenze 1. Institucionální péče

- b) profesionální poskytovatelé (služby);
- e) péče v soukromém pobytovém zařízení;
- f) péče v pobytovém zařízení města nebo kraje
- g) péče v neziskovém pobytovém zařízení
- h) zájem o ambulantní péči, tj. ochota využívat např. denní centra atd.

Dimenze 2. Rodinná a domácí péče

a) rodina; příbuzní

c) využívání kombinace rodiny a profesionální pomoci;

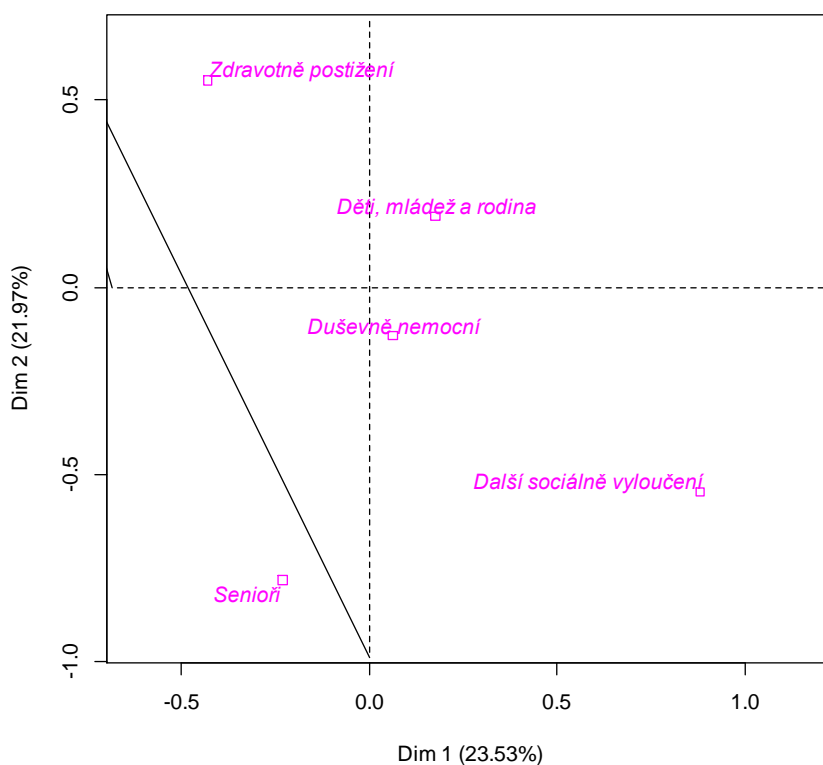
d) očekávání péče doma (dožití v domácím prostředí);

d1h Využíváte střídavou pomoc formálních pečovatelů (sociální pracovníce) a neformálních pečovatelů (pomoc rodiny, přátel).

d1i Především využíváte kontakty a pomoc vaší rodiny a vašich přátel.

Pozici jednotlivých cílových skupin v orientaci na rodinu a kolektivní solidaritu ukazuje obrázek 1. Vyplývají z něj následující závěry:

- **Zdravotně postižení dávají přednost domácí, rodinné péči před péčí v organizacích.**
- **Další osoby ohrožené sociálním vyloučením dávají přednost péči v organizacích. Orientace na rodinné příslušníky je v této skupině klientů pravděpodobně nejvýrazněji narušena.**
- **Senioři, jak se zdá, prožívají určité dilema, nedávají přednost ani rodinné a domácí péči, ani péči v institucích.**
- **Klienti z cílové skupiny Děti, mládež a rodina dávají přednost kombinaci rodinných a domácích služeb se službami v organizacích a institucích.**
- **Duševně nemocní klienti spíše nepreferovali rodinnou a domácí péči, ale jejich postoj k využívání institucionální péče byl spíše nevyhraněný. Orientovali se na obojí**



Obrázek 1 Rodina a kolektivní solidarita při využívání služeb cílovými skupinami

4.2.2 Adekvátnost služeb

Adekvátnost sociálních služeb využívaných příslušníky jednotlivých cílových skupin ukazuje podíl průměrného počtu různých služeb využívaných klienty s určitým stupněm snížené soběstačnosti v dané cílové skupině k průměrnému počtu různých služeb využívaných klienty se stejným stupněm snížené soběstačnosti ve všech cílových skupinách.

Tabulka 1 Adekvátnost sociálních služeb podle stupně snížené soběstačnosti

	Senioři	Rodina, děti a mládež	Zdravotně postižení	Duševně nemocní	Další ohrožení soc. vyloučením
Soběstační	0,74	0,94	1,10	1,23	1,16
Stupeň 1	1,25	0,28	0,83	-	1,94
Stupeň 2	1,21	-	0,85	2,12	-
Stupeň 3	0,87	-	1,04	1,00	-
Stupeň 4	0,68	-	1,21	-	-

Ukazatel adekvátnosti služeb upozorňuje na poměrně vysokou citlivost (průměrný počet služeb) poskytovaných služeb členům této cílové skupiny. Je srovnatelná s průměrným počtem služeb poskytovaných s duševním onemocněním a se zdravotním postižením. Zacílení služeb k osobám se sníženým stupněm soběstačnosti nelze interpretovat. V cílové skupině OSV byl identifikován jen jeden respondent s touto vlastností.

4.2.3 Výběrovost služeb

Výběrovost služeb ukazují počty klientů dané cílové skupiny, kteří využili jednotlivé druhy sociálních služeb a vybrané kombinace více služeb. Ze všech logicky možných kombinací více služeb byly vybrány kombinace služeb s největšími četnostmi.

Tabulka 2 Počet klientů v cílové skupině senioři využívajících jednotlivé služby

	Ano	Ne
Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem	30	31
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	19	42
Sociálně aktivizační služby (návuk sociálních dovedností obecně)	19	42
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace	15	46
Roznáška jídla nebo jiná pomoc pečovatelské služby	14	47
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	13	48
Odlehčovací služby pomáhající neformálním pečovateltům	12	49
Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci)	8	53
Osobní asistence nejméně na část dne	8	53
Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	6	55
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.)	5	56
Služby následné péče (pro chronicky nemocné po lůžkové péči ve zdrav. zařízení)	5	56
Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)	3	58
Bydlím v chráněném bydlení	2	59
Docházka do intervenčního centra (pro klienty ohrožené domácím násilím)	1	60
Přespávání a základní hygiena v noclehárně	1	60
Azylové domy	1	60
Kontaktní centrum každodenní péče (především pro drogově závislé)	1	60
Raná péče pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče	0	61

Tabulka 3 Senioři. Počty klientů, kteří využili vybrané kombinace více služeb

Kombinace sociálních služeb	Počet
Sociálně aktivizační služby (návuk sociálních dovedností obecně) + Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem	10
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Sociálně aktivizační služby (návuk sociálních dovedností obecně)	10
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Odlehčovací služby pomáhající neformálním pečovateltům	9
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace	8
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Roznáška jídla nebo jiná pomoc pečovatelské služby	7
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem	6

Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	6
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem	4

Tabulka 4 Děti, mládež a rodina. Počet klientů, kteří využili jednotlivé druhy služeb

Druh sociální služby	Ano	Ne
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace	49	18
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.)	35	32
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	26	41
Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně)	18	49
Azylové domy	13	54
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	9	58
Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci)	8	59
Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)	8	59
Docházka do intervenčního centra (pro klienty ohrožené domácím násilím)	5	62
Bydlím v chráněném bydlení	5	62
Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	4	63
Raná péče pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče	4	63
Přespávání a základní hygiena v noclehárně	3	64
Osobní asistence nejméně na část dne	3	64
Služby následné péče (pro chronicky nemocné po lůžkové péči ve zdrav. zařízení)	2	65
Kontaktní centrum každodenní péče (především pro drogově závislé)	1	66
Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem	1	66
Roznáška jídla nebo jiná pomoc pečovatelské služby	0	67
Odlehčovací služby pomáhající neformálním pečovatelům	0	67

Tabulka 5 Děti, mládež a rodina. Počet klientů, kteří využili kombinace více služeb

Kombinace služeb	Počet
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.)	17
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	25
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně)	16
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.)	27
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Azylové domy	11
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.) + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	17
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.) + Sociálně	9

aktivizační služby (nácvik sociálních dovedností obecně)	
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.) + Azylové domy	5
Azylové domy + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	4
Azylové domy + Sociálně aktivizační služby (nácvik sociálních dovedností obecně)	5

Tabulka 5 Osoby se zdravotním postižením. Počet klientů, kteří využili jednotlivé druhy služeb

Druh služby	Ano	Ne
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace	55	31
Sociálně aktivizační služby (nácvik sociálních dovedností obecně)	40	46
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	31	55
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	30	56
Osobní asistence nejméně na část dne	26	60
Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	22	64
Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci)	16	70
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.)	13	73
Roznáška jídla nebo jiná pomoc pečovatelské služby	9	77
Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)	7	79
Odlehčovací služby pomáhající neformálním pečovatelům	7	79
Bydlím v chráněném bydlení	5	81
Raná péče pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče	4	82
Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem	3	83
Azylové domy	2	84
Služby následné péče (pro chronicky nemocné po lůžkové péči ve zdrav. zařízení)	2	84
Docházka do intervenčního centra (pro klienty ohrožené domácím násilím)	1	85
Přespávání a základní hygiena v noclehárně	1	85
Kontaktní centrum každodenní péče (především pro drogově závislé)	1	85

Tabulka 6 Osoby se zdravotním postižením. Počet klientů, kteří využili kombinace více služeb

Kombinace více služeb	Počet
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Sociálně aktivizační služby (nácvik sociálních dovedností obecně)	27
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	23
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	21
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	17
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Sociálně aktivizační služby (nácvik sociálních dovedností obecně)	17
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Osobní asistence nejméně na	16

část dne	
Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Osobní asistence nejméně na část dne	16
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	13
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně)	13
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Osobní asistence nejméně na část dne	13
Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	13
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	11
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Osobní asistence nejméně na část dne	11
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	10
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	8
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	8
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Osobní asistence nejméně na část dne	8
Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti + Osobní asistence nejméně na část dne	8
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Osobní asistence nejméně na část dne	3
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.) + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně) + Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	1

Tabulka 7 Osoby s duševním onemocněním. Počet klientů, kteří využívali jednotlivé druhy služeb

	Ano	Ne
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace	16	4
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	8	12
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	8	12
Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci)	7	13
Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně)	6	14
Bydlím v chráněném bydlení	6	14

Osobní asistence nejméně na část dne	5	15
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.)	4	16
Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)	4	16
Azylové domy	3	17
Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	2	18
Přespávání a základní hygiena v noclehárně	2	18
Služby následné péče (pro chronicky nemocné po lůžkové péči ve zdrav. zařízení)	2	18
Docházka do intervenčního centra (pro klienty ohrožené domácím násilím)	1	19
Raná péče pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče	1	19
Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem	1	19
Kontaktní centrum každodenní péče (především pro drogově závislé)	0	20
Roznáška jídla nebo jiná pomoc pečovatelské služby	0	20
Odlehčovací služby pomáhající neformálním pečovatelům	0	20

Tabulka 8 Osoby s duševním onemocněním. Počet klientů, kteří využívali kombinaci více služeb

Kombinace služeb	Počet
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	7
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci)	6
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně)	6
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	5
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci)	5
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Bydlím v chráněném bydlení	4
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně)	4
Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci) + Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně)	4

Tabulka 9 Další osoby ohrožené sociálním vyloučením. Počet klientů, kteří využívali jednotlivé druhy služeb

Druh služby	Ano	Ne
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace	24	10
Přespávání a základní hygiena v noclehárně	22	12
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	18	16
Azylové domy	18	16
Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)	15	19
Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)	9	25
Kontaktní centrum každodenní péče (především pro drogově závislé)	9	25
Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.)	7	27

Bydlím v chráněném bydlení	5	29
Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci)	4	30
Sociálně aktivizační služby (návuk sociálních dovedností obecně)	4	30
Docházka do intervenčního centra (pro klienty ohrožené domácím násilím)	4	30
Roznáška jídla nebo jiná pomoc pečovatelské služby	1	33
Osobní asistence nejméně na část dne	1	33
Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti	0	34
Raná péče pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče	0	34
Služby následné péče (pro chronicky nemocné po lůžkové péči ve zdrav. zařízení)	0	34
Odlehčovací služby pomáhající neformálním pečovateltům	0	34
Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem	0	34

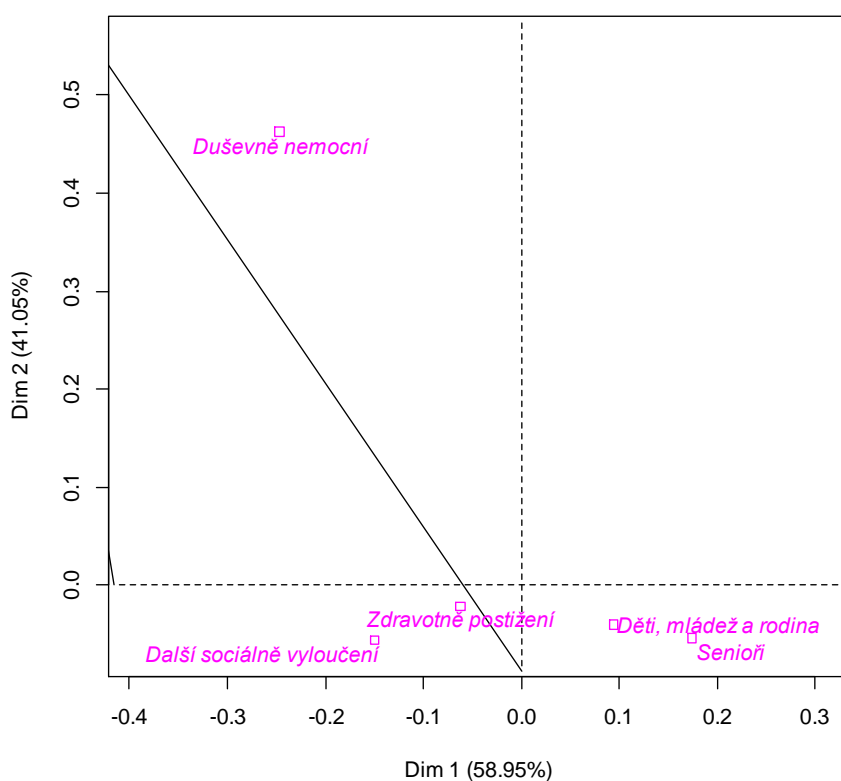
Tabulka 10 Další osoby ohrožené sociálním vyloučením. Počet klientů, kteří využívali kombinaci více služeb

Kombinace služeb	Počet
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Přespávání a základní hygiena v noclehárně	17
Přespávání a základní hygiena v noclehárně + Azylové domy	15
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Azylové domy	14
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	12
Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou) + Přespávání a základní hygiena v noclehárně	12
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)	10
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Přespávání a základní hygiena v noclehárně	10
Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou) + Azylové domy	10
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Přespávání a základní hygiena v noclehárně + Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)	9
Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace + Přespávání a základní hygiena v noclehárně + Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.	8
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)	8
Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd. + Azylové domy	8

4.2.4 Intenzita a rozsah služeb

Vzniká syntetický ukazatel vyjadřující spokojenost s rozsahem služeb a intenzitou péče. Z otázek „Pracovníci mají přiměřený dostatek času, aby vám pomohli“ a „Domníváte se, že tato služba více méně pokrývá poptávku osob, které ji v Brně potřebují“ byly statistickou procedurou „analýza hlavních komponent“ vytvořeny dimenze spokojenosti s rozsahem a intenzitou poskytovaných služeb (viz obrázek 2).

- **Osoby s duševním onemocněním nejsou spokojeni s pokrytím poptávky v městě Brně a současně jsou spokojeni s časem, který jim věnují sociální pracovníci.**
- **Zdravotně postižení a další osoby ohrožené sociálním vyloučením jsou vcelku spokojeni s pokrytím poptávky danou službou v městě Brně a málo spokojeni s množstvím času, který jim věnují sociální pracovníci.**
- **Klienti z cílových skupin senioři a děti, mládež a rodina jsou spokojeni jak s pokrytím poptávky danou službou ve městě Brně, tak s množstvím času, který jim věnují sociální pracovníci.**



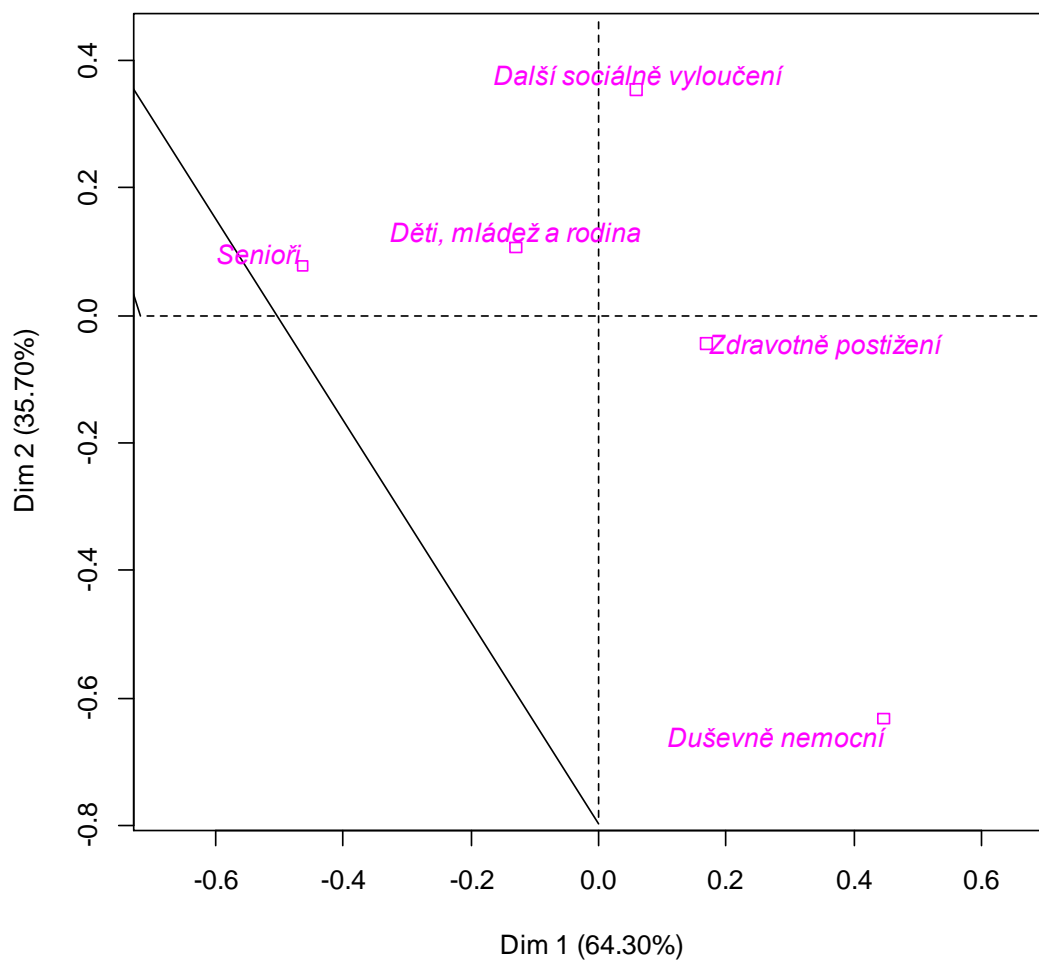
Obrázek 2 Cílové skupiny a spokojenost s rozsahem a intenzitou služeb

4.2.5 Intenzita a rozsah služeb – důležitost potřeby zlepšení

Očekávání bylo měřeno v intervalu $\langle -10, 10 \rangle$, kde záporné hodnoty ukazují přebytek a kladné hodnoty ukazují nedostatek (a z něj plynoucí potřebu). Průměrné hodnoty byly u všech skupin kladné. Obrázek 3 ukazuje pozice jednotlivých cílových skupin vzhledem k průměrným hodnotám pro všechny cílové skupiny. Průměrné hodnoty ukazuje v obrázku 3 průsečík dimenze 1 s dimenzí 2. (Poznámka: číselné hodnoty na osách v obrázku 3 ukazují souřadnice na ploše, neukazují hodnoty očekávání.)

	Průměr
Pracovníci mají přiměřený dostatek času, aby vám pomohli.	2,23
Domníváte se, že tato služba více méně pokrývá poptávku osob, které ji v Brně potřebují.	3,78

- **Klienti z cílových skupin senioři a děti, mládež a rodina mají mírnou potřebu zlepšení pokrytí poptávky danou službou v městě Brně a současně mírnou potřebu nárůstu množství času, který jim věnují sociální pracovníci.**
- **Zdravotně postižení pociťovali silnější potřebu zlepšení pokrytí poptávky po dané službě v městě Brně a slabou potřebu zvětšení množství času, který jim věnovali sociální pracovníci.**
- **Duševně nemocní klienti dali najevo silnou potřebu zlepšit pokrytí poptávky po jimi používaných službách v městě Brně a přivítali by do budoucna i mírné zvýšení množství času, který jim věnovali sociální pracovníci.**
- **Osoby ohrožené sociálním vyloučením měly silnou potřebu prodloužit čas, který jim mají věnovat sociální pracovníci a mají slabou potřebu zlepšit pokrytí poptávky osob ohrožených sociálním vyloučením po poskytovaných službách v městě Brně.**



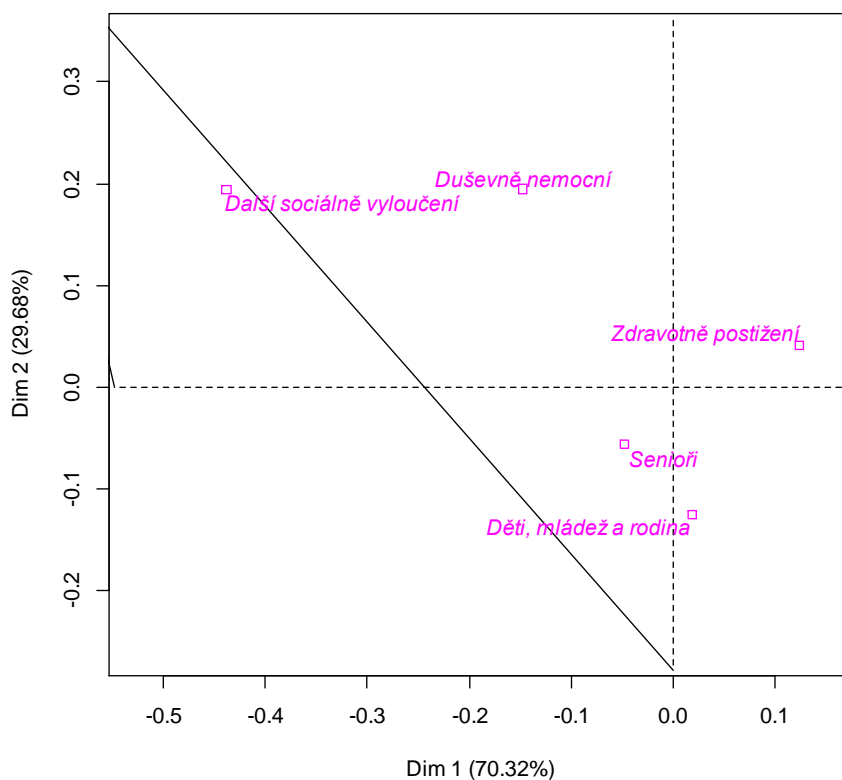
Obrázek 3 Očekávání ohledně budoucího rozsahu služeb

4.2.6 Spokojenost s aktivačními výsledky

Spokojenost s aktivačními výsledky. Dimenze spokojenosti byly zkonstruovány z následujících otázek z dotazníku: „Celkově jste v tomto roce spokojený/á s poskytovanou sociální službou“ (průměr 4,5, spíše spokojen); „Tato služba vám pomáhá aktivněji se zapojit do života, zvyšuje vaše životní možnosti“ (průměr 4,2, spíše spokojen).

Rozdíly ve spokojenosti byly mezi cílovými skupinami malé, neboť u všech se průměr pohyboval mírně nad hodnotou 4 (spíše spokojen).

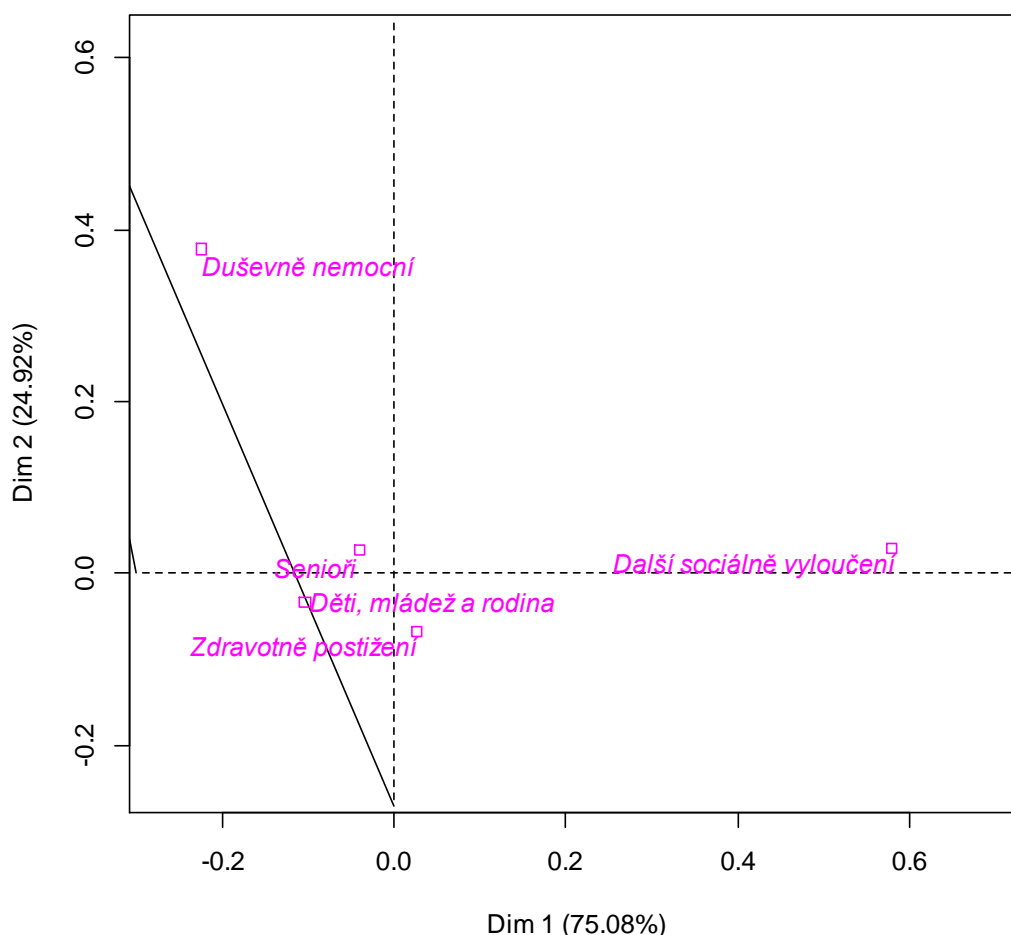
- **Osoby ohrožené sociálním vyloučením byly méně spokojené s poskytovanou službou a také méně spokojené se zapojením se do života pomocí sociální služby než ostatní cílové skupiny.**
- **Duševně nemocní klienti byli více spokojení se zapojením do života díky sociální službě, než byli spokojení s poskytovanou sociální službou.**
- **Klienti z cílových skupin senioři a děti, mládež a rodina byli více spokojeni se službou, než s tím jak je služba zapojuje do života.**
- **Zdravotně postižení byli nadprůměrně spokojeni jak se službou, tak s tím, jak je zapojuje do života.**



Obrázek 4 Spokojenost s aktivačními výsledky služeb

Důležitost potřeby zlepšit aktivační výsledky. Syntetický ukazatel využívá otázky „Celkově jste v tomto roce spokojený/á s poskytovanou sociální službou“ (průměr 1,47, velmi slabá potřeba); „Tato služba vám pomáhá aktivněji se zapojit do života, zvyšuje vaše životní možnosti“ (průměr 1,58, velmi slabá potřeba).

- Největší potřebu zlepšit v budoucnosti výsledky služeb v oblasti začlenění do společnosti mají osoby ohrožené sociálním vyloučením. Spokojenost se stávajícími službami je průměrná, odpovídá spokojenosti i dalších cílových skupin.
- Duševně nemocní mají podprůměrné očekávání (potřebu) dalšího zvyšování zapojení do života díky službě a současně nadprůměrnou očekávání (potřebu) zvýšit spokojenosti s využívanou sociální službou.
- Očekávání příslušníků cílových skupin senioři, děti, mládež a rodina a zdravotně postižení příliš nevybočovala z celkového průměru slabých očekáváníí.

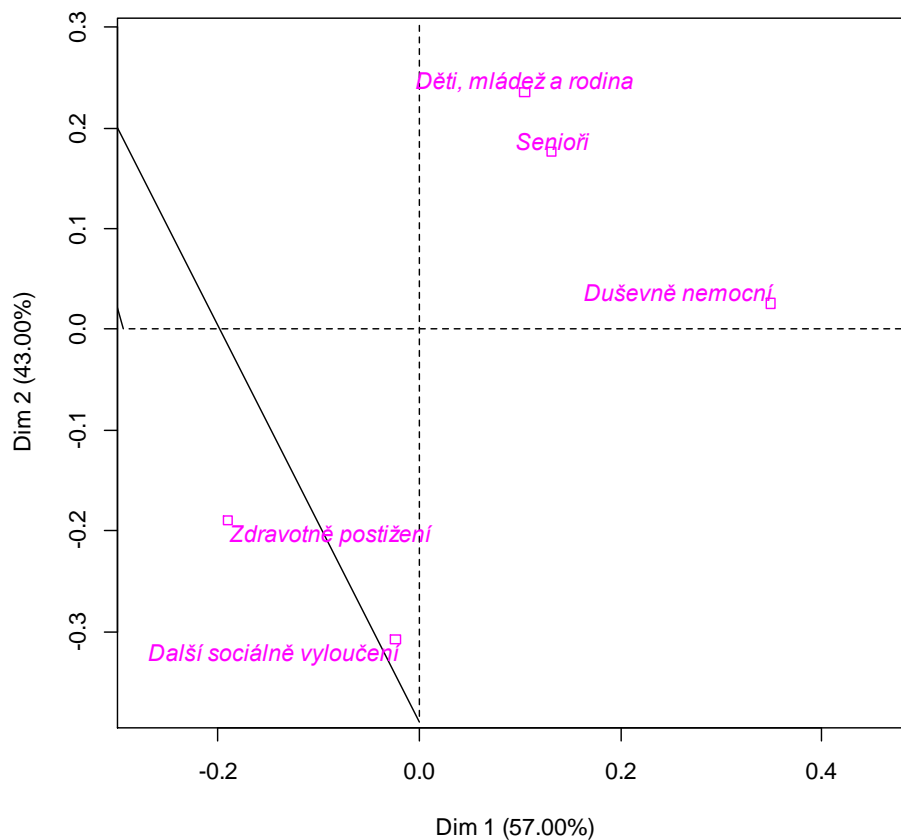


Obrázek 5 Důležitost potřeby zlepšit aktivační výsledky.

4.2.7 Spokojenost s podmínkami poskytování služeb

Spokojenost s podmínkami poskytování služeb. Dimenze spokojenosti cílových skupin s podmínkami poskytování byly vytvořeny z následujících otázek v dotazníku: „Vzdálenost od vašeho domova k místu, kde je vám služba poskytována, je pro vás vyhovující,“ (průměr 3,65, spíše ano) a „Pro lepší zajištění sociální pomoci jste ochoten/ochotna změnit i vaše bydlení“ (průměr 1,98, spíše ne).

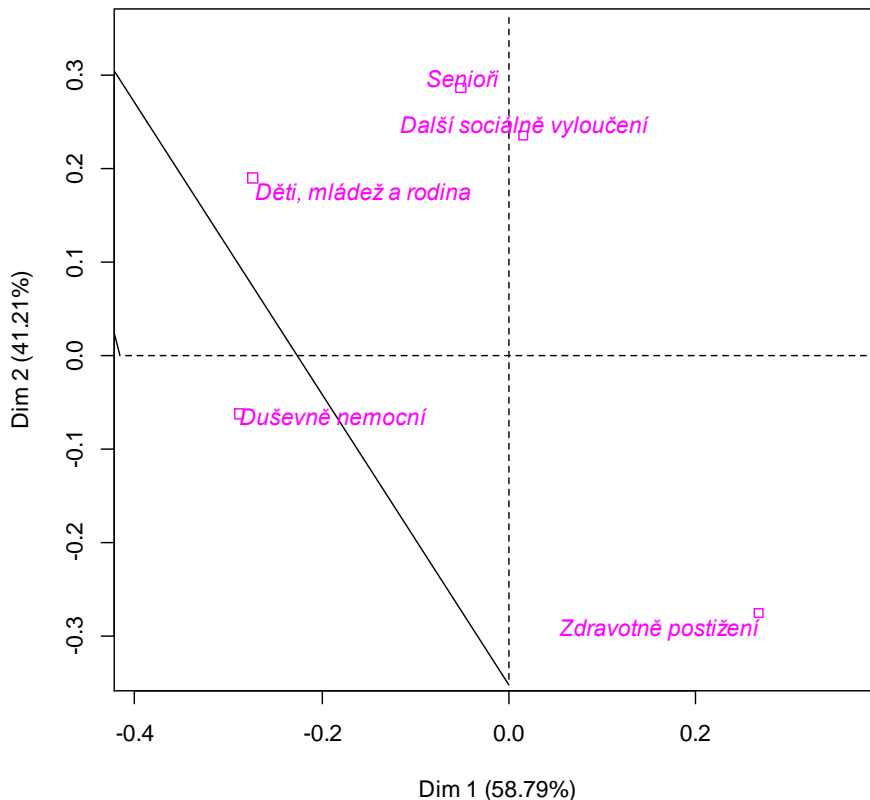
- **Duševně nemocní vybočují svou spokojeností se vzdáleností místa poskytování služby, spíše nemají zájem změnit bydliště kvůli službě, podobně jako všechny ostatní skupiny klientů.**
- Klienti z cílových skupin senioři a děti, mládež a rodina byli velmi spokojeni se vzdáleností místa poskytování služeb a velmi neochotni se za službami stěhovat.
- Klienti z cílových skupin zdravotně postižení a zejména osoby ohrožené sociálním vyloučením se vyznačovali velmi malou spokojeností s prostorovou dostupností místa poskytování služeb a současně vyjadřovali určitou neochotu (průměrná odpověď spíše ne) přestěhovat se v současných podmínkách za sociální službou.



Obrázek 6 Spokojenost s podmínkami poskytování

Důležitost potřeby zlepšit podmínky poskytování služeb. Dimenze očekávání cílových skupin ohledně podmínek rozdělování byly vytvořeny z následujících otázek v dotazníku: „Vzdálenost od vašeho domova k místu, kde je vám služba poskytována, je pro vás vyhovující,“ (průměr 2,9, slabá potřeba zmenšení vzdálenosti) a „Pro lepší zajištění sociální pomoci jste ochoten/ochotna změnit i vaše bydlení“ (průměr 0,2, velmi slabá potřeba stěhovat se za službou). Jednotlivé skupinové průměry jsou kladné až na průměr ochoty se přestěhovat u duševně nemocných, kde však dosahuje hodnoty pouhých 31 setin.

- **Členové cílové skupiny duševně nemocných a děti, mládež a rodina neměli potřebu se stěhovat za službou a současně měli nevýrazný zájem do budoucna zmenšovat vzdálenost místa poskytování služby.**
- **Zdravotně postižení se vyznačovali potřebou zmenšit vzdálenost místa poskytování služby a velmi malou potřebou stěhovat se za sociální službou.**
- **Klienti z cílových skupin senioři a další osoby ohrožené sociálním vyloučením měli velmi slabé potřeby změnit v budoucnosti místo poskytování služeb, ale potřeba stěhování za službou, případně do pobytových zařízení, v budoucnosti byla v obou případech vyjádřena nejsilnější ze všech cílových skupin.**

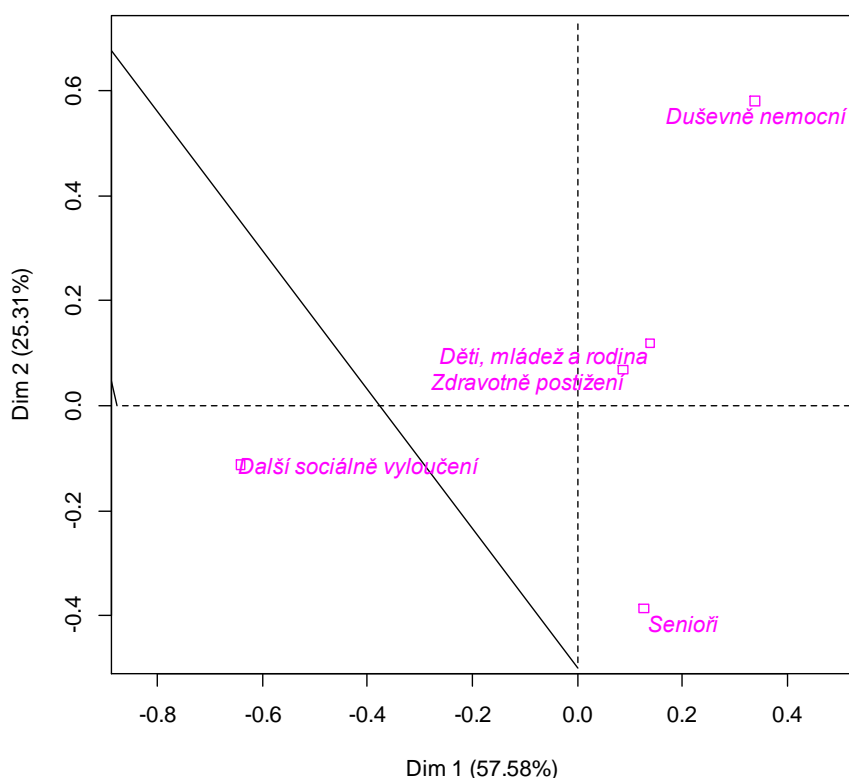


Obrázek 7 Důležitost potřeby zlepšit podmínky poskytování.

4.2.8 Spokojenost se vztahem sociální pracovník - klient⁹

Dimenze spokojenosti klientů se vztahem se sociálními pracovníky byly zkonstruovány z následujících otázek z dotazníku: „Sociální pracovníci při této službě vždy respektují vaše přání“ (celkový průměr 4,5, rozhodně ano), „Sociální pracovníci vám řekli, jak vám budou pomáhat“ (celkový průměr 4,4, spíše ano), „Důvěřujete sociálním pracovníkům, kteří se o vás starají, že vědí co a jak dělat“ (celkový průměr 4,5, rozhodně ano). S dimenzí 1 koreluje nejvíce „sociální pracovníci vám řekli“. S dimenzí 2 korelují zbylé dvě proměnné.

- Osoby ohrožené sociálním vyloučením byly nejméně spokojené se všemi třemi položkami uvedené ukazatele.
- Duševně nemocní byli nadprůměrně spokojeni zejména s informovaností o službě ze strany sociálních pracovníků. (Poznámka: Může zde hrát roli skutečnost, že většinu dotazníků vyplňovali duševně nemocní se svými pečovateli. V souvislosti s tím zřejmě velká většina odpovědí na uvedené otázky nebyla vyplněna)
- Senioři byli nadprůměrně spokojeni s respektem pracovníků vůči jejich přání a také nadprůměrně důvěřovali sociálním pracovníkům.
- Příslušníci cílových skupin zdravotně postižení a děti, mládež a rodina svou spokojeností nevybočovali z celkového průměru.

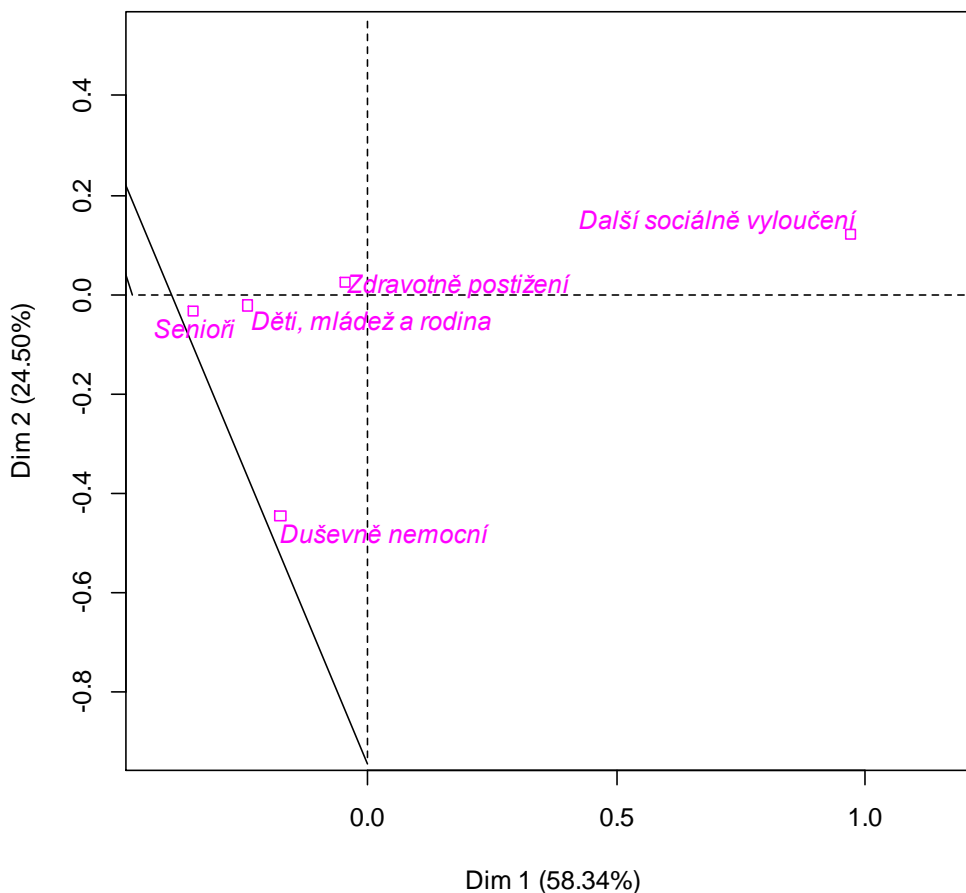


⁹ Interpretace uvedených zjištění je potřebné dále ověřovat data. Ppravděpodobně nejsou korektní z důvodu společného vyplnění dotazníku klienty i sociálními pracovníky. Řada dotazníků zůstala zřejmě z tohoto důvodu nevyplněna.

Obrázek 8 Spokojenost se vztahem klient - sociální pracovník.

Důležitost potřeby zlepšit vztah sociální pracovník - klient. Dimenze očekávání klientů ohledně jejich vztahu se sociálními pracovníky byly zkonstruovány z následujících otázek z dotazníku: „Sociální pracovníci při této službě vždy respektují vaše přání“ (celkový průměr 0,8, velmi slabá potřeba), „Sociální pracovníci vám řekli, jak vám budou pomáhat“ (celkový průměr 1, velmi slabá potřeba), „Důvěřujete sociálním pracovníkům, kteří se o vás starají, že vědí co a jak dělat“ (celkový průměr 1, velmi slabá potřeba).

- **Osoby s duševním onemocněním měly nadprůměrnou potřebu budování důvěry k sociálním pracovníkům.**
- **Osoby ohrožené sociálním vyloučením se vyznačovaly nadprůměrným vyjádřením potřeby v budoucnu zlepšit vztahy se sociálními pracovníky, posílit důvěryhodnost jejich vztahu a transparentnost postupu jak budou klientům pomáhat (přesto je vyjádření důležitosti uspokojit v budoucnu uvedenou potřebu relativně slabá - skupinové průměry okolo 2 bodů na 10 bodové škále)**
- **Klienti cílových skupin senioři, děti, mládež a rodina a zdravotně postižení nevybočovali příliš z celkového průměru (velmi slabé potřeby ve všech oblastech).**

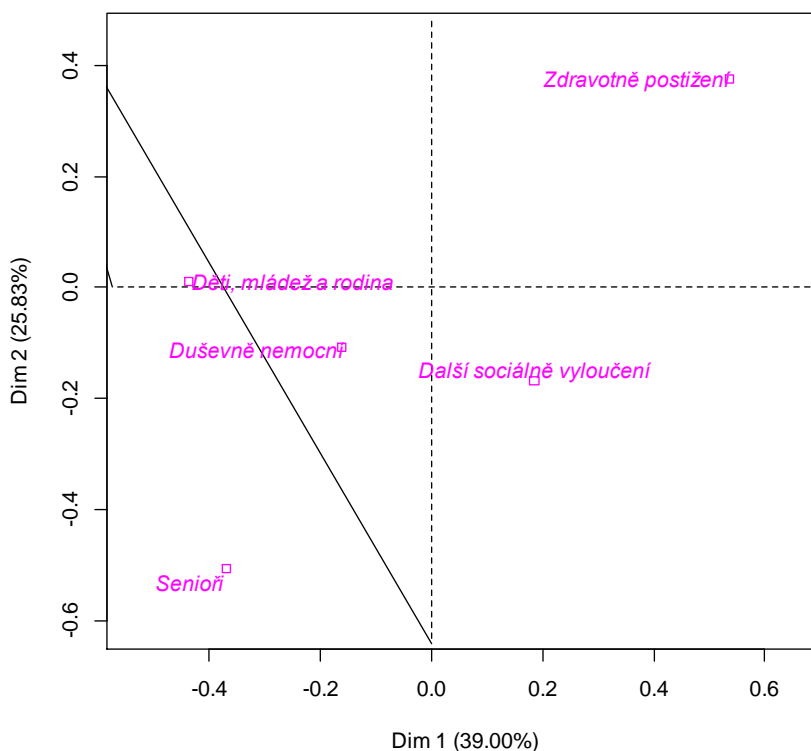


Obrázek 9 Vztah klient a pracovník. Očekávání

4.2.9 Spokojenost s informovaností o službách

Informovanost klientů o systému sociálních služeb v městě Brně. Dimenze informovanosti klientů o systému sociálních služeb v městě Brně byly zkonstruovány z následujících otázek z dotazníku: „Máte představu o nabídkách terénních sociálních služeb v Brně (např. pečovatelská služba)“ (celkový průměr 2,8, nevím); „Víte, jak probíhá komunitní plánování sociálních služeb v Brně“ (celkový průměr 1,4 rozhodně ne); „Potřebujete poradit s výběrem služeb, aby byly více šité na míru pro Vaše individuální potřeby“ (celkový průměr 2,8 nevím, nemohu se rozhodnout); „Máte představu o nabídce ambulantních a pobytových služeb u profesionálních poskytovatelů v Brně“ (celkový průměr 2,6, nevím). S dim1 koreluje vpravo nahoře „máte představu“ a „víte jak“, vpravo dole „představu o nabídce ambulantních“. S dim2 koreluje vlevo nahoře „potřebujete poradit“.

- **Zdravotně postižené osoby měli představu o nabídce služeb a komunitním plánování v městě Brně.**
- **Senioři nebyli informováni v žádné oblasti.**
- **Osoby ohrožené sociálním vyloučením se vyznačovaly dobrou představou o nabídce ambulantních a pobytových služeb u profesionálních poskytovatelů v Brně.**
- **Klienti z cílových skupin osoby s duševním onemocněním a děti, mládež a rodina nebyli informováni v žádné oblasti.**

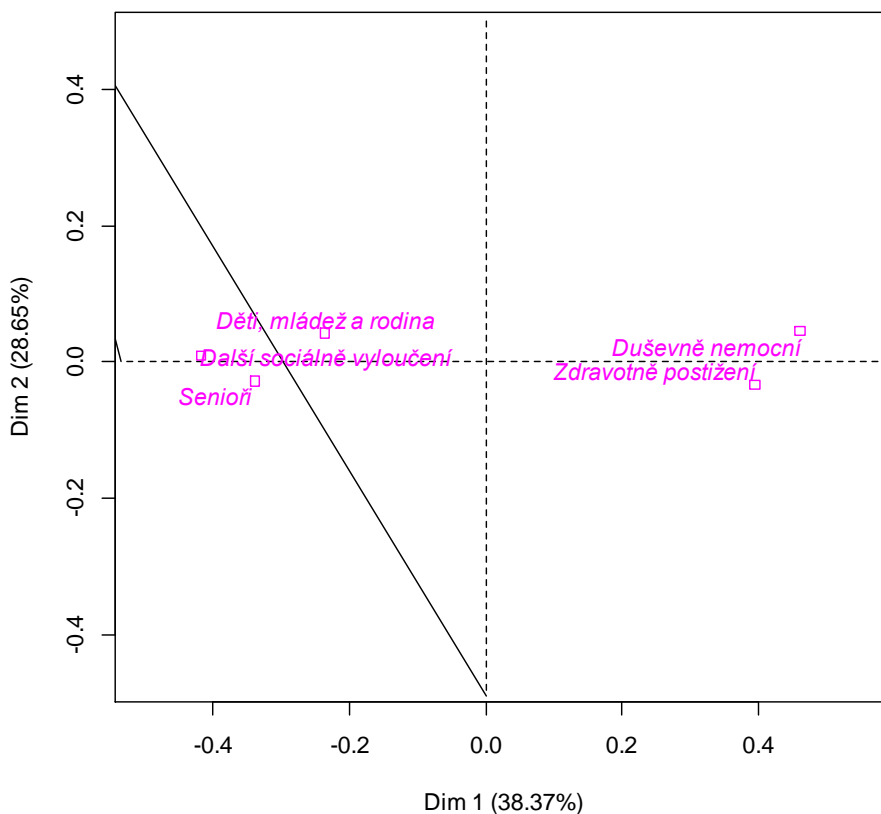


Obrázek 12 Informovanost o systému sociálních služeb

Důležitost potřeby zlepšit informovanost o sociálních službách. Dimenze očekávání klientů ohledně informovanosti o systému sociálních služeb v městě Brně byly zkonstruovány z následujících otázek z dotazníku: „Máte představu o nabídkách terénních sociálních služeb v Brně (např. pečovatelská služba)“ (celkový průměr 2,7, slabá potřeba); „Víte, jak probíhá komunitní plánování sociálních služeb v Brně“ (celkový průměr 4,6 potřeba); „Potřebujete poradit s výběrem služeb, aby byly více šité na míru pro Vaše individuální potřeby“ (celkový průměr 0,8 velmi slabá potřeba); „Máte představu o nabídce ambulantních a pobytových služeb u profesionálních poskytovatelů v Brně“ (celkový průměr 2,9, slabá potřeba).

S dim1 koreluje „máte představu o nabídce terénních sociálních služeb“ a „víte, jakým způsobem probíhá komunitní plánování“, vlevo dole pak „představa o nabídce ambulantních“ (systémová dimenze informovanosti). S dim2 koreluje „potřebujete poradit s výběrem“ (osobní dimenze informovanosti).

- **Duševně nemocní a zdravotně postižení mají silnou potřebu systémové informovanosti o nabídce služeb v městě Brně a o komunitním plánování.**
- **Ostatní skupiny mají největší (asi v hodnotě 3) potřebu (deficit) informovanosti o komunitním plánování.**

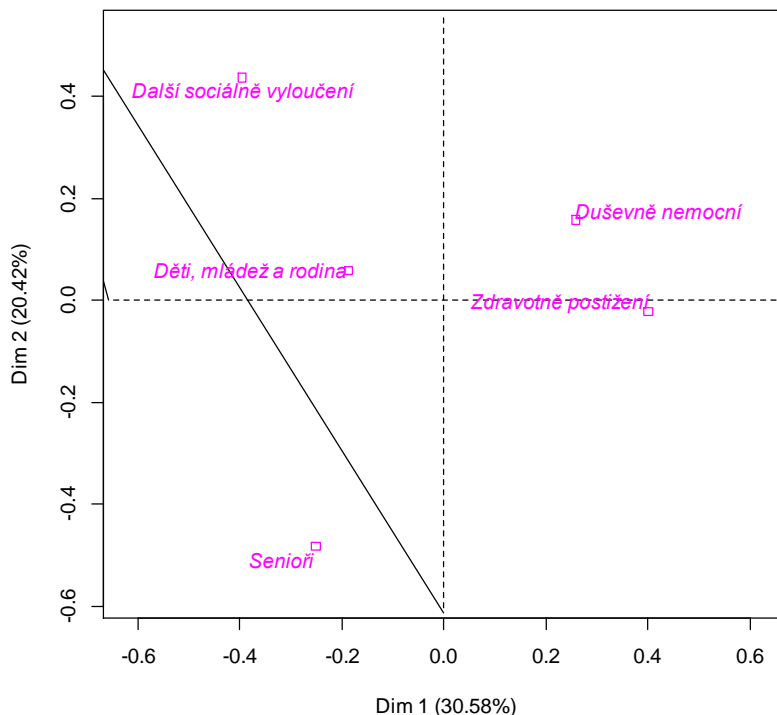


Obrázek 13 Důležitost potřeby zlepšit informovanost o sociálních službách.

4.2.11 Využívání mixu poskytovatelů sociálních služeb

Dimenze využití delivery mixu klienty byly zkonstruovány z následujících otázek v dotazníku: „Využíváte služby poskytované městem nebo neziskovými organizacemi více než služby soukromých poskytovatelů“ (celkový průměr odpovědí 3,7 spíše ano); „Přesně rozlišujete různé právní formy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb“ (celkový průměr 2,2 spíše ne); „Víte na koho se obrátit, kdybyste chtěl/a zlepšit kvalitu pomáhajících činností, které využíváte“ (celkový průměr 3,7 spíše ano); „Využíváte střídavou pomoc formálních pečovatелů (sociální pracovníce) a neformálních pečovatелů (pomoc rodiny, přátel)“ (celkový průměr odpovědí 3 nevím); „Především využíváte kontakty a pomoc vaší rodiny a vašich přátel“ (celkový průměr 3,5 spíše ano). S dim1 koreluje „střídavá pomoc“ a „rozlišujete právní formy“, vpravo dole „kontakty a pomoc rodiny“ a slaběji vpravo dole „na koho se obrátit“. S dim2 koreluje vlevo nahoře „město vs. soukromí poskytovatelé“.

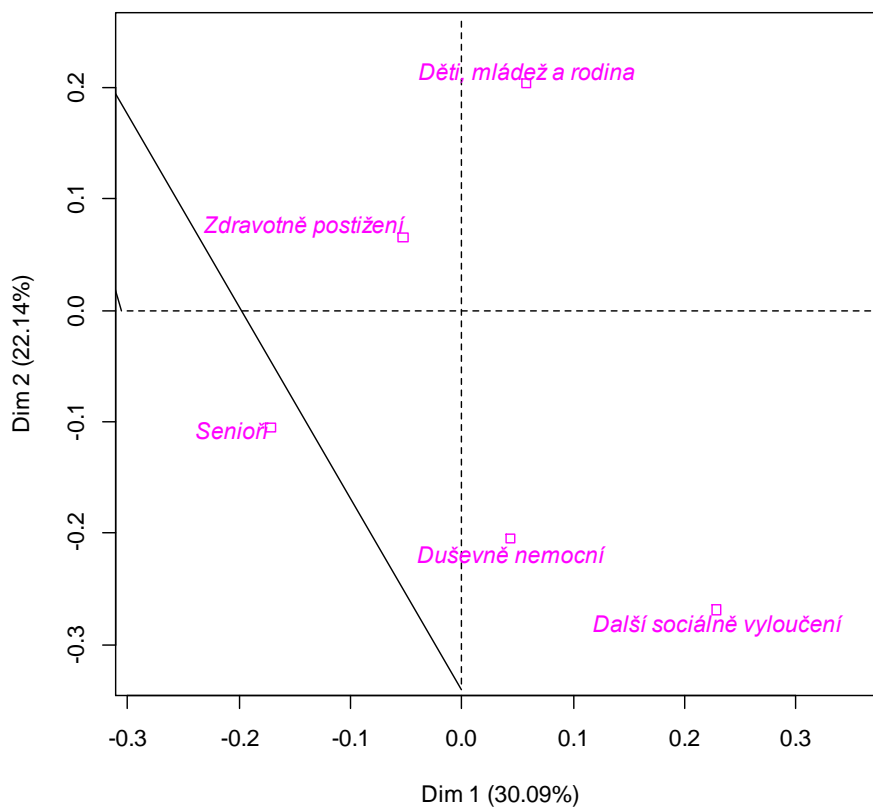
- **Senioři spíše využívali kontaktů a pomoc rodiny.**
- **Zdravotně postižení a duševně nemocní zejména využívají služeb poskytovaných městem nebo neziskovými organizacemi více než služby soukromých poskytovatelů a vědí na koho se obrátit, když chtějí zlepšit službu.**
- Děti, mládež a rodina využívala více služby města a především pomoc rodiny a přátel.
- Osoby ohrožené sociálním vyloučením využívají výrazně více služeb města a neziskovek než služby soukromých poskytovatelů.



Obrázek 14 Využití různých typů poskytovatelů

Důležitost možnosti většího využití služeb od různých typů poskytovatelů

Dimenze očekávání klientů o podobě delivery mixu byly zkonstruovány z následujících otázek z dotazníku: „Využíváte služby poskytované městem nebo neziskovými organizacemi více než služby soukromých poskytovatelů“ (celkový průměr -0,6 velmi slabý přebytek); „Přesně rozlišujete různé právní formy zřizovatelů a poskytovatelů sociálních služeb“ (celkový průměr 2,6 slabá potřeba); „Víte na koho se obrátit, kdybyste chtěl/a zlepšit kvalitu pomáhajících činností, které využíváte (celkový průměr 2,1 slabá potřeba); „Využíváte střídavou pomoc formálních pečovatелů (sociální pracovníce) a neformálních pečovatелů (pomoc rodiny, přátel)“ (celkový průměr 1,1 velmi slabá potřeba); „Především využíváte kontakty a pomoc vaší rodiny a vašich přátel“ (celkový průměr 1,2 velmi slabá potřeba). S dim1 koreluje „střídavá pomoc“ a „přesně rozlišujete“, vpravo dole pak „kontakt a pomoc rodiny“, vpravo nahoře slabě „víte na koho“. S dim2 koreluje „město vs. soukromí poskytovatelé“.



Obrázek 15 Delivery mix. Očekávání

- Cílová skupina senioři měla velmi slabý přebytek město vs. soukromí (0,66) a v ostatních oblastech velmi slabé potřeby.
- Klienti z cílové skupiny děti, mládež a rodina měli potřebu v oblasti „víte na koho se obrátit“.
- Zdravotně postižení měli slabou potřebu rozlišovat právní formy poskytovatelů.
- **Duševně nemocní nemají potřebu další orientace na služby poskytované městem a neziskovkami a současně do budoucna vyjadřují velmi mírný zájem rozlišovat různé právní formy poskytovatelů.**
- Osobám ohroženým sociálním vyloučením vyhovuje současný stav využívání služeb města a neziskových organizací. Vyjadřují určitou potřebu využívání neformální péče vlastní rodiny a velmi nejisté přání v budoucnu využívat více služby i ze soukromého sektoru.

5. Souhrnné výsledky a doporučení

Závěrem je možné konstatovat, že poznatky získané v kvalitativní části studie jsou podporovány a zpřesňovány výsledky výzkumu, který využil prostředky standardizovaného dotazování. Obě části předložené dílčí výzkumné studie se shodují v následujících závažných zjištěních a doporučeních.

1. Služby pro osoby se závažnými psychickými onemocněními nejsou v městě Brně dostatečně kapacitně zajištěny, a to ani počtem pracovníků a zařízení ani strukturou odborníků v interdisciplinárně složených týmech pro poskytování potřebných služeb. Jejich součástí by měli být sociální pracovníci, terapeuti, psychologové, psychiatři, kteří by společně provozovali komplexní a provázanou péči. Na tuto potřebu poukazují sami respondenti při hodnocení spokojenosti s dosavadními službami. Vyjadřují jasnou potřebu zlepšení pokrytí poptávek po stávajících službách.
2. Členové cílové skupiny při dotazování vyjadřují spíše spokojenost se svou znalostí stávajících ambulantních i pobytových služeb. Současně však projevu výrazný zájem o další zlepšení informování o procesech komunitního plánování v Brně i o nových nabídkách terénních, ambulantních i pobytových služeb pro uvedenou cílovou skupinu. Participace klientů na komunitním řešení jejich problémů s dlouhodobou asistencí sociálních pracovníků a rodinných příslušníků může být účinným nástrojem jejich zapojení do sociálního a komunálního prostředí.
3. Analýza poptávek po sociálních službách ukázala, že klienti v dané cílové skupině aktuálně využívají kombinace různých služeb a opatření. Převažující zájem mají klienti o poradenství pro zvládání jejich komplexních problémových situací. Doporučujeme proto zavést nové formy poradenství (Case management), které by koordinovali návaznou péči a léčbu.
4. Pro účely koordinace péče a řízení její kvality by bylo žádoucí spojit financování těchto služeb s pravidelným a veřejným vyhodnocováním výsledků těchto opatření. Náš výzkum rovněž poukázal na to, že sami klienti pokládají užitečné výsledky spojené se snadnějším zapojením do svého sociálního prostředí za velmi významné kritérium pro celkové hodnocení služeb. Současně je však nutné dodat, že klienti sami zřejmě nepociťují do budoucna aktuální potřebu zlepšování výsledků jejich léčby, kterou navíc v současnosti hodnotí jednoznačně kladně.

5. Z hlediska řízení sociálních služeb pro danou cílovou skupinu studie jednoznačně doporučuje zavedení nezávislého monitoringu a vyhodnocování spokojenosti uživatelů poskytovaných služeb. V této souvislosti by bylo žádoucí zajistit technickou spolupráci a větší participaci poskytovatelů služeb na monitorovacích šetřeních, aby se posílila důvěryhodnost a současně užitečnost výsledků hodnocení.

6. Ucelená a koordinovaná péče o danou cílovou skupinu vyžaduje organizační podporu v založení speciálního centra duševního zdraví. Autoři studie tato záměry a realizační plány plně podporují.

6. Bibliografie

Akční plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji pro rok 2016. [online]. [cit. 12. 10. 2016] Dostupné na World Wide Web: www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=278816&TypeID=61

Analýza potřeb uživatelů v oblasti poskytování sociálních služeb na území Jihomoravského kraje (2009-2010). [online]. [cit. 12.2. 2016]. Dostupné na World Wide Web: www.socialnisluzby-jmk.cz/Uploads/868-7-jmk_analyza_potrebpdf.aspx

BOND, G.R., DRAKE, R.E., LUCIANO, A. 2014. Employment and educational outcomes in early intervention programmes for early psychosis: A systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(5), 2014, pp. 446-457.

BONNY, BOSCO, 2002. Income support measures for the poor in European cities. In: Chiara Saraceno (ed.) *Social Assistance Dynamics in Europe. National and Local Poverty Regimes*. The Policy Press: Bristol, pp. 81 – 120.

BRADSHAW, J. R., 1972. The taxonomy of social need. In: McLachlan, G. (ed). *Problems and Progress in Medical Care*. Oxford University Press: Oxford.

BRADSHAW, J. R., 1994. The conceptualisation and measurement of need: a social policy perspective. In: Popay, J. and Williams, G. (eds). *Researching the People's Health*. Routledge: London. pp 45-57.

DRAGOMIRECKÁ, E., KUBISOVÁ, D., ANDĚL, M. 2004. Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*, 2004; č. 4 : str. 274–279.

EDWARDS, J., MCGORRY, P.D. 2002. *Implementing early intervention in psychosis: a guide to establishing early psychosis services*. London: Martin Dunitz.

FOLSOM, D.P., HAWTHORNE, W., LINDAMER, L., GILMER, T., BAILEY, A., GOLSHAN, S., GARCIA, P., UNÜTZER, J., HOUGH, R., and JESTE, D.V. 2005. Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10,340 Patients With Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System. *American Journal of Psychiatry*, 162, 2005, no 2, pp. 370-376.

FOX, L. et al.: *Integrovaná léčba duálních poruch* (přeloženo z angl. originálu: Integrated Dual Disorders Treatment – IDDT). Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

GOODIN, R. E., 2000. „Inkluze a exkluze.“ *Sociální studia* 5, 2000. Str. 15-42.

HAVLÍKOVÁ, J., HUBÍKOVÁ, O., 2007. Význam komunitního plánování sociálních služeb při řešení problému sociální exkluze na lokální úrovni. In: *Sociológia* 39, 2007, číslo 1.

HERMAN, D.B., SUSSER, E.S., JANDORF, L., LAVELLE, J., BROMET, E.J. 1998. Homelessness among individuals with psychotic disorders hospitalized for the first time:

findings from the Suffolk County Mental Health Project. *American Journal of Psychiatry*. 1998, 155, no 1, pp. 109-113.

HEŽOVÁ, M., LOUKOTA, R., PTÁČEK, L., SEJBAL, J., STANOEV, M. 2010. *Sčítání bezdomovců ve městě Brně*. [online]. Brno: Magistrát města Brna, Odbor sociální péče [cit. 10.10. 2016]. Dostupné na World Wide Web : https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/s%C4%8D%C3%ADt%C3%A1n%C3%AD_be_zdomovc%C5%AF_2010.pdf

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. 2002. *Psychiatrie*. Praha: Tigris.

JANOŠKOVÁ, M., WINKLER, P. 2015. Stigma a psychiatrie, *Psychiatrie*, 2015, 19, č. 1: str. 30 – 36.

KELLER, J., 2010. *Tři sociální světy: Sociální struktura postindustriální společnosti*. Praha: SLON.

KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. 2002. *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky*. [online]. [cit. 12.10. 2016]. *Pediatric pro praxi*, 2002, č. 3: str. 98-100. Dostupné na World Wide Web: <http://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2002/03/02.pdf>

MARÁDOVÁ, E. 2007. *Poruchy příjmu potravy*. [online]. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. [cit. 12.10. 2016]. Dostupné na World Wide Web: http://www.kapezet.cz/admin/data/articleFiles/74/soubor_8798423.pdf

MAREŠ, 2006. *Faktory sociálního vyloučení*. Brno: VÚPSV.

MAREŠ P., Horáková, M., Rakoczyová M., 2008. *Sociální exkluze na lokální úrovni*. Praha: VÚPSV.

MENTAL ILLNESS AND HOMELESSNESS. [online]. [cit. 16.10. 2016]. Dostupné na World Wide Web: http://www.nationalhomeless.org/factsheets/Mental_Illness.pdf

Strategie reformy psychiatrické péče, 2013 dostupné na World Wide Web: http://www.nationalhomeless.org/factsheets/Mental_Illness.pdf

NEUBAUER, K., WEIGEL, A., DAUBMANN, A., WENDT, H., ROSSI, M., LOWE, B., GUMZ, A. 2014. Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: are there differences according to age of onset? *European Eating Disorder Review*, 2014, 22, no 4, pp. 292-298.

NICE, 2016. [online]. *Implementing the Early Intervention in Psychosis Access and Waiting Time Standard: Guidance*. [cit. 14.10. 2016]. Dostupné na World Wide Web: <https://www.england.nhs.uk/mentalhealth/wp-content/uploads/sites/29/2016/04/eip-guidance.pdf>

PAZOURKOVÁ, J. 2014. *Činnost oboru psychiatrie vč. AT a sexuologie v Jihomoravském kraji v roce 2013*. [online]. Ústav zdravotnických informací a statistiky. [cit. 12.10. 2016]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/cinnost-oboru-psychiatrie-vc-sexuologie-jihomoravskem-kraji-roce-2013>

RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. eds. 2012. [online]. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí). Odborná zpráva z projektu.* Praha: Česká psychiatrická společnost. [cit. 12.10. 2016]. Dostupné na World Wide Web: http://www.ceskapsychiatrie.cz/images/stories/OZ_zkr_komplet.pdf

RIDGWAY, P. et al. 2014. *Cesty k zotavení.* Lawrence: University of Kansas School of Social Welfare.

ROOM, 1997. Poverty and Social Exclusion: the new European Agenda for Policy and Research. In: Room Graham (ed.). *Beyond the Treshold: The Measurement and Analysis of social exclusion.* The Policy Press: Bristol.

ŘÍČAN, P. 2012. *Výpočet regionální potřeby (nepublikováno).*

SCRIVEN, M. 2007. The Logic of Evaluation. In: H.V. Hansen et al. (eds) *Dissensus and the Search for Common Ground.* Windsor, ON OSSA, pp. 1 – 16.

SEIKKULA, J., OLSON, M. E. (2003). The open dialogue approach to acute psychosis: Its poetic and micropolitics. *Family Process*, 2003, 42, no 3, pp. 403-418.

SMINK, F.R., HOEKEN, D., HOEK, H. V. 2012 Epidemiology of Eating Disorders: Incidence, Prevalence and Mortality Rates. *Current Psychiatry Reports*, 2012, 14, no 4, pp. 406–414.

SPANIOL, L., ZIPPLE, A.M., LOCKWOOD, D. 1992. The role of family in psychiatric rehabilitation proces. [online]. *Schizophrenia Bulletin* [cit. 12.10. 2016], 1992, 18, no 3, pp. 341-348. Dostupné na World Wide Web: <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2011/11/spaniol1992.pdf>

STAROSTKOVÁ, D. 2015. [online]. *Metodika multidisciplinární spolupráce Anabell.* Centrum Anabell. [cit. 12.10. 2016]. Dostupné na World Wide Web: http://www.anabell.cz/images/obr/1448399496_metodika-multidisciplinari-spoluprace.pdf

STRATEGICKÝ PLÁN, 2016. *Strategický plán sociálního začleňování města Brna 2016 – 2019.* [online] [cit. 21. 10. 2016] Dostupné z: https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpsvl/spsz_m%C4%9Bsta_brna_2016-2019_final.pdf

Strategie reformy psychiatrické péče, 2013. [online]. [cit. 15.10. 2016]. Dostupné na World Wide Web: http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2012/11/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf

STUHLÍK, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba a case management.* Praha: Fokus.

THORNINCROFT, G., SARTORIUS, N., BROHAN, E., GAUCI, D., 2010. [online]. *Self-stigma, empowerment and perceived discrimination among people with bipolar disorder or depression in 13 European countries: The GAMIAN- Europe study.* [cit. 12. 10. 2016]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.gamian.eu/wp-content/uploads/2014/06/Journal-Affectieve-Disorders-Stigma-2006.pdf>

WILKEN, J.P., HOLLANDER, D. 2005. *Rehabilitation and recovery*. Amsterdam: SWP Publishing.

WINKLER, J., ŠIMÍKOVÁ, I. 2005. Hodnocení Vládního programu podpory terénní sociální práce v sociálně vyloučených romských komunitách. Hodnoty a fakta. VUPSV Praha.

7. Příloha č. 1 – Analýza spokojenosti se sociálními službami (dotazník, 2016)

ÚVOD (instrukce pro tazatele a respondenta)

Pokyn pro tazatele: přečtěte:

Dobrý den,

máme pro Vás několik otázek v souvislosti s výzkumem, který má zajistit věrohodné a objektivní informace o kvalitě sociálních služeb v městě Brně a o aktuálních životních potřebách obyvatel ve městě. Jde o vědecký výzkum, který realizuje Masarykova univerzita v Brně. Všechny odpovědi, které nám poskytnete, budou zcela důvěrné. **Budou používány pouze anonymně pro vědeckou práci a jako podklad pro zlepšení nabídky sociálních služeb v Brně.** Z výzkumných výsledků nebude mít nikdo možnost přiřadit vaše odpovědi k vaší osobě.

Ve Vašich odpovědích prosím uvádějte **vlastní názory na své sociální potřeby a své vlastní posouzení služeb**, které využíváte a máte s nimi osobní zkušenost.

V Brně dne 1. 10. 2016

doc. Jiří Winkler,
garant výzkumu

A) ZAŘAZENÍ DO CÍLOVÉ SKUPINY

A1 Jak dlouho využíváte pomoci poskytované organizacemi sociálních služeb v městě Brně? Stačí nám údaj v měsících či letech.

Tazatel sám převede údaj jen na měsíce a zapíše do připravených políček.

měsíců

A2 Zařazení do skupiny uživatelů sociálních služeb

Zařazení do cílových skupin sociálních služeb provádí sám tazatel na základě:

a) předem provedené konzultace s pracovníkem organizace, přes kterou získal na respondenta kontakt;

b) ověření informace u respondenta (klienta, neformálního pečovatele) pomocí otázky:

K jaké skupině lidí, která dostává pomoc od profesionálních poskytovatelů sociálních služeb, byste se přiřadil/a?

Nechat informanta odpovědět samostatně a odpověď vepsat na připravený řádek. V případě obtíží při odpovědi možno posléze ukázat KARTU A.

.....

Tabulka č. 1 (viz KARTA A)

A01 Senioři

a Senioři v institucionální péči; b Senioři v neformální péči a ostatní

A02 Děti a mládež

a Děti a mládež ohrožená domácím násilím; b Děti a mládež ohrožená zanedbáním péče

c Děti a mládež v náhradní péči; d Děti a mládež s rizikovými formami chování

e Primární (nespecifická) prevence pro děti a mládež

A03 Rodina

f Rodiny ohrožené sociálním vyloučením; g Rodiny se vztahovými problémy (vč. domácího násilí); h Primární (nespecifická) prevence rodin

A04 Osoby se zdravotním postižením

a Osoby se smyslovým postižením; b Osoby s tělesným postižením; c Osoby s mentálním postižením; d Osoby s poruchou autistického spektra; e Osoby s kombinovaným postižením

A05 Osoby s duševním onemocněním

a Osoby s psychózou – schizofrenie; b Osoby s psychózou - afektivní poruchy;
c Osoby s poruchami příjmu potravy; d Osoby s kombinovaným onemocněním

A06 Další osoby ohrožené sociálním vyloučením

a Mladí dospělí opouštějící ústavní či pěstounskou péči; b Osoby opouštějící výkon trestu odnětí svobody; c Osoby se závislostmi; d Osoby bez domova

A3 a Dotazník vyplněn s klientem

b Dotazník vyplněn s pečujícím sociálním pracovníkem

c Dotazník vyplněn s neformálním pečovatelem

Odpovědi: 1 = ano; 2 = ne

B) POTÍŽE KLIENTA

B1 Vyberte z životních těžkostí uvedených na KARTĚ B ty, které v tomto roce pociťujete jako problém.

Odpovědi: 1 = ano; 2 = ne

B2 Jaké z uvedených těžkostí vás v tomto roce trápí nejvíce? Označte nejméně tři nejdůležitější v pořadí 1,2,3.

Odpovědi: 1 = první podle důležitosti; 2 = druhý podle důležitosti; 3 = třetí podle důležitosti
Dbejte na to, aby informant přidělil v pořadí důležitosti každou hodnotu jen jednou.

B1 B2

A) Mám potíže s financemi

B) Nemohu získat placenou práci

C) Mám potíže s udržení bydlení, které odpovídá mým představám

D) Mám těžkosti se vzděláváním (klienta nebo jeho dětí)

E) Mám významné zdravotní problémy nebo nemoc

F) Mám potíže s péčí o sebe a svou domácnost

G) Mám těžkosti s plánováním činností během dne

H) Chybí mi informační podpora, poradenství při zařizování věcí

I) Potřebuji praktickou pomoc při zvládnání každodenních činností

J) Chybí mi vztahy s blízkými lidmi (vrstevníky, příbuznými, přáteli atd.)

K) Chybí mi možnost praktikovat svou víru v kolektivu podobně smýšlejících

L) Mám potíže ve vztahu s partnerem

M) Mám potíže ve vztazích s rodiči, nerozumíme si

N) Mám potíže ve vztazích s mými dětmi, nerozumíme si

O) Mám strach z šikany a ponižování ze strany ostatních lidí

P) Cítím se ohrožen/a násilnostmi druhých osob

R) Pociťuji závislost na některých látkách nebo věcech

S) Zažívám potíže s péčí a výchovou dětí

T) Chtěl bych být aktivnější a dělat co sám chci

U) Žiji ve špatném a nečistém prostředí

V) Jiné potíže

Popište je:

Tazatel přepíše všechny dále uvedené těžkosti respondenta do připravených řádků. Závěrem se zeptá: Ještě něco jiného Vás v tomto roce zatěžovalo tak, že jste to vnímal/a jako problém?

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

C) VYUŽÍVÁNÍ SLUŽEB

Pokyny pro tazatele:

Ukažte respondentovi Kartu C, položte otázku C1 a postupně čtete seznam sociálních služeb a činností. Po chvíli otázku opakujte.

C1 Vyberte z následující nabídky služeb a činností na Kartě C ty, které jste v tomto roce využíval/a.

Odpovědi: 1 = ano; 2 = ne

Na konci seznamu souhrnně zopakujete aktivity, které respondent využíval v tomto roce. Potom položíte otázku C2.

C2 Následně přiřadte využívaným službám a činnostem pořadí podle důležitosti, s jakou přispěly k řešení Vašich těžkostí.

Odpovědi: 1 = první podle důležitosti; 2 = druhý podle důležitosti; 3 = třetí podle důležitosti; 4 = čtvrtý podle důležitosti; atd.

Dbejte na to, aby informant přiřadil v pořadí důležitosti každou hodnotu jen jednou. Teprve po označení všech využívaných služeb přejděte k otázce C3.

C3 Jaké jiné aktivity nebo formy pomoci byste ještě potřeboval/a, abyste dokázal/a žít aktivněji a samostatněji?

A)

B)

C)

Opakujte otázku C3 a snažte se získat více odpovědí. Odlišné odpovědi vpisujte na řádky a), b), c). Pokud odpovědi získáte, položte otázku C4.

C4 Proč zmíněnou pomoc nevyužíváte? Popište nejdříve důvody, proč nevyužíváte první uvedenou aktivitu.

A)

B)

C)

Tabulka č. 2 (KARTA C)

A) Žádal jsem sociálního poradce o radu nebo informace

B) Navštívil/a jsem centra denní péče, centra denních služeb, denní stacionáře atd.

C) Využíval/a jsem služeb terénní sociální práce (doma u klienta, na ulici atd.)

D) Pracoval/a jsem v sociálně terapeutické dílně (učení dovedností a návyků při práci)

E) Sociálně aktivizační služby (návčik sociálních dovedností obecně)

C1	C2

- F) Využil jsem tlumočnické, překladatelské, průvodcovské činnosti
 G) Navštívil jsem tzv. nízkoprahové zařízení (klubovna, hřiště atd.)
 H) Využil/a jsem krizovou pomoc (i telefonickou)
 I) Docházka do intervenčního centra (pro klienty ohrožené domácím násilím)
 J) Raná péče pro děti se zdravotním postižením a jejich rodiče

- K) Přespávání a základní hygiena v noclehárně
 L) Azylové domy
 M) Kontaktní centrum každodenní péče (především pro drogově závislé)
 N) Služby následné péče (pro chronicky nemocné po lůžkové péči ve zdrav. zařízení)
 O) Roznáška jídla nebo jiná pomoc pečovatelské služby

- P) Odlehčovací služby pomáhající neformálním pečovatelům
 R) Domovy pro seniory/domovy se zvláštním režimem
 S) Osobní asistence nejméně na část dne
 T) Bydlím v chráněném bydlení
 U) Jiná služba,

pokud ano, uveďte jaká:

(i)

D) POSOUZENÍ SLUŽBY Z HLEDISKA KLIENTA

D1: informace a znalosti o sociální pomoci v Brně

Oznámkuje níže uvedené výroky, které se vztahují k vaší informovanosti o sociálních službách v našem městě jako ve škole známkami jedna až pět. Nejprve oznámkuje Vaši současnou informovanost (tedy: Jaké to teď je) a pak označte žádoucí podobu toho, jak byste měli být informováni o službách podle vašich očekávání (tedy: Jaké by to mělo být).

Odpovědi: 1 – rozhodně ne; 2 – spíše ne; 3 – nemohu se rozhodnout; 4 – spíše ano; 5 – rozhodně ano; zakroužkujte odpovídající číslici.

V případě, že respondent odmítá odpovědět, protože nemá s věcí zkušenost, zakroužkujte číslici 7.

	Jaké to teď je (i)		Jaké by to mělo být (ii)	Netýká se
a	1 2 3 4 5	Máte představu o nabídkách terénních sociálních služeb v Brně (např. pečovatelská služba).	1 2 3 4 5	7
b	1 2 3 4 5	Víte, jak probíhá komunitní plánování sociálních služeb v Brně.	1 2 3 4 5	7
c	1 2 3 4 5	Potřebujete poradit s výběrem služeb, aby byly více šité na míru pro Vaše individuální potřeby.	1 2 3 4 5	7
d	1 2 3 4 5	Využíváte služby poskytované městem nebo neziskovými organizacemi více než služby soukromých poskytovatelů.	1 2 3 4 5	7
e	1 2 3 4 5	Přesně rozlišujete různé právní formy zřizovatelů a	1 2 3 4 5	7

		poskytovatelů sociálních služeb.		
f	1 2 3 4 5	Víte na koho se obrátit, kdybyste chtěl/a zlepšit kvalitu pomáhajících činností, které využíváte.	1 2 3 4 5	7
g	1 2 3 4 5	Máte představu o nabídce ambulantních a pobytových služeb u profesionálních poskytovatelů v Brně.	1 2 3 4 5	7
h	1 2 3 4 5	Využíváte střídavou pomoc formálních pečovatелů (sociální pracovníce) a neformálních pečovatелů (pomoc rodiny, přátel).	1 2 3 4 5	7
i	1 2 3 4 5	Především využíváte kontakty a pomoc vaší rodiny a vašich přátel.	1 2 3 4 5	7

D2: Vztah poskytovatele a uživatele u nejdůležitější služby

Dále oznámkuje uvedené výroky o službě, kterou jste označil/a za nejdůležitější v otázce C2 (zopakujte respondentovi název nejdůležitější služby) opět jako ve škole známkami jedna až pět. Nejprve oznámkuje současnou podobu služby (tedy: Jaké to je teď) a pak označte žádoucí podobu služby podle vašich očekávání (tedy: Jaké by to mělo být).

Odpovědi: 1 – rozhodně ne; 2 – spíše ne; 3 – nemohu se rozhodnout; 4 – spíše ano; 5 – rozhodně ano; zakroužkujte odpovídající číslici.

V případě, že respondent odmítá odpovědět, protože nemá s věcí zkušenost, zakroužkujte číslici 7.

	Jaké to teď je. (i)		Jaké by to mělo být. (ii)	Netýká se
a	1 2 3 4 5	Sociální pracovníci při této službě vždy respektují vaše přání.	1 2 3 4 5	7
b	1 2 3 4 5	Sociální pracovníci vám řekli, jak vám budou pomáhat.	1 2 3 4 5	7
c	1 2 3 4 5	Důvěřujete sociálním pracovníkům, kteří se o vás starají, že vědí co a jak dělat.	1 2 3 4 5	7
d	1 2 3 4 5	V současnosti pro vás v rámci této sociální služby zajišťuje profesionální pomoc více různých poskytovatelů.	1 2 3 4 5	7
e	1 2 3 4 5	Pomoc od různých poskytovatelů je vždy koordinovaná a navazuje na sebe.	1 2 3 4 5	7
f	1 2 3 4 5	Využíváte různé informační a signalizační technologie pro kontakt s pomáhajícím pracovníkem (např. telefon na městskou policii).	1 2 3 4 5	7

D3 Poskytování nejdůležitější služby

Dále označte uvedené výroky o poskytování služby, kterou jste označili v otázce C2 jako nejdůležitější (zopakujte respondentovi název nejdůležitější služby). Opět použijte známky jedna až pět jako ve škole. Nejprve označte současnou podobu služby (tedy: Jaké to je teď) a pak označte žádoucí podobu služby podle vašich očekávání (tedy: Jaké by to mělo být).

Odpovědi: 1 – rozhodně ne; 2 – spíše ne; 3 – nemohu se rozhodnout; 4 – spíše ano; 5 – rozhodně ano.

V případě, že respondent odmítá odpovědět, protože nemá s věcí zkušenost, zakroužkujte číslici 7. *Tazatel zakroužkuje odpovídající číslici.*

	Jaké to teď je.		Jaké by to mělo být.	Netýká se
a	1 2 3 4 5	Vzdálenost od vašeho domova k místu, kde je vám služba poskytována, je pro vás vyhovující.	1 2 3 4 5	7
b	1 2 3 4 5	Pro lepší zajištění sociální pomoci jste ochoten/ochotna změnit i vaše bydlení.	1 2 3 4 5	7
c	1 2 3 4 5	Pracovníci mají přiměřený dostatek času, aby vám pomohli.	1 2 3 4 5	7
d	1 2 3 4 5	Domníváte se, že tato služba více méně pokrývá poptávku osob, které ji v Brně potřebují.	1 2 3 4 5	7
e	1 2 3 4 5	Celkově jste v tomto roce spokojený/á s poskytovanou sociální službou.	1 2 3 4 5	7
f	1 2 3 4 5	Tato služba vám pomáhá aktivněji se zapojit do života, zvyšuje vaše životní možnosti.	1 2 3 4 5	7

D4 Popište, v čem konkrétně jsou pomáhající činnosti, které užíváte, přínosné pro Váš život.

.

.

E) SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE (Vyplňujeme údaje o klientovi, ne o pečujícím.)

E1 Pohlaví

Odpovědi: 1 = muž; 2 = žena

E2 Ve kterém roce jste se narodil/a? Např. 1943

E3 Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Předložte Kartu E1.

1	neukončené základní, bez vzdělání	5	vyšší odborné (Dis.)
2	základní	6	vysokoškolské bakalářské (Bc.)
3	střední odborné vyučen	7	vysokoškolské magisterské a vyšší (Mgr. a Ph.D.)
4	střední odborné s maturitou		

E4 Jste zaměstnaný/zaměstnaná? Zakroužkujte varianty, které se vás týkají. Předložte Kartu E2

A	Ano, jsem samostatný/á podnikatel/ka	F	Jsem v invalidním důchodu
B	Ano, na plný úvazek	G	Žena/muž na rodičovské dovolené
C	Ano, na částečný úvazek	H	Dítě/žák (0-15 let)
D	Jsem nezaměstnaný/á	I	Student (16-26 let)
E	Jsem ve starobním důchodu	J	Ostatní závislé osoby (sociální dávky, příspěvky)
K	Ostatní osoby s vlastním zdrojem obživy (rent, stipendí, výnosy z majetku, z úspor)		

i. Pokud zakroužkujete A, jedná se o sociální podnikání?

Odpovědi: 1 = ano; 2 = ne

ii. Pokud zakroužkujete B nebo C, jste zaměstnaný/á na:

Odpovědi:

1 = otevřeném pracovním trhu

2 = chráněném pracovním trhu (chráněná pracovní dílna atd.)

3 = neformálním pracovním trhu (pracuji příležitostně, bez formální dohody či smlouvy)

E5 Jaké je Vaše bydlení? Zakroužkujte jen jednu odpověď.

1. byt/dům v osobním vlastnictví

4) u rodičů/příbuzných/přátel

2. byt/dům v družstevním vlastnictví

5) v pobytových službách

3. byt/dům v pronájmu

6) bez stálého domova

E6 S kým žijete ve společné domácnosti?

E7 Máte stanoven stupeň snížené soběstačnosti? Pokud ano, jaký?

Odpovědi: 5 = ne; 1,2,3,4 = stupně snížené soběstačnosti; 7 = nevím

E8 Pokud máte nebo byste měl/a středně těžký stupeň (3) nebo těžký stupeň (4) snížené soběstačnosti, jaké způsoby zajištění péče byste preferoval/a?

Předložte Kartu E3.

Odpovědi: 1 – rozhodně ne; 2 – spíše ne; 3 – nemohu se rozhodnout; 4 – spíše ano; 5 – rozhodně ano.

a) rodina; příbuzní

b) profesionální poskytovatelé (služby);

c) kombinace rodiny a profesionální pomoci;

d) péče doma (dožití v domácím prostředí);

e) péče v soukromém pobytovém zařízení;

f) péče v pobytovém zařízení města nebo kraje

g) péče v neziskovém pobytovém zařízení

h) zájem o ambulantní péči, tj. ochota využívat např. denní centra atd.

Děkujeme vám za spolupráci!