

**MASARYKOVA UNIVERZITA**

**Fakulta sociálních studií**



***SOCIÁLNÍ EXKLUZE PSYCHICKY NEMOCNÝCH A  
MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH***

*Lucie Hníková*  
*Veronika Šuráňová*  
*Jana Válková*

## Koncept sociálního vyloučení

Termín sociální exkluze se ponejprv, a sice v 70. letech minulého století, používal k popisu situace jedinců vypadnuvších ze systému sociálních dávek a sociální péče (Room, 1995). V dalším vývoji byl tento termín vymezen spíše výčtem vyloučených skupin tzv. ztracených existencí, např. mentálně i fyzicky handicapované osoby, stáří invalidní lidé, týrané děti, konzumenti drog, osamělí rodiče s malými dětmi (Silver, 1994). Nyní se konotace tohoto pojmu rozšířily a hovoří se o vyloučení ze *sociálního, ekonomického, politického a kulturního* systému společnosti, kdy tyto jinak zabezpečují integraci jedince do společnosti (Walker, 1997).

Klasifikací jednotlivých dimenzí sociálního vylučování nabízí různí autoři celou škálu. Např. Percy-Smith (2000) uvádí *ekonomickou dimenzi* (dlouhodobá nezaměstnanost, příjmová chudoba, ...), *sociální dimenzi* v úzkém smyslu slova (rozbití tradiční domácnosti, bezdomovectví, kriminalita, nechtěná těhotenství nezletilých,...), *dimenzi politickou* (nízkou účast ve volbách, upírání politických práv, neschopnost participace,...), *dimenzi komunitní* (devastované prostředí a obydlí, nedostupnost služeb, kolaps podpůrných sítí, ...), *dimenzi individuální* (fyzický nebo mentální handicap či nemoc, chybějící vzdělání a kvalifikace, ztráta sebevědomí a sebeúcty, ...), *prostorovou* (koncentrace vyloučených,...) a *skupinovou dimenzi* (koncentrace uvedených charakteristik vyloučení v určitých konkrétních sociálních skupinách) sociálního vyloučení.

Opodstatněnost a společenská závažnost sociální exkluze je reflektována i politickou obcí, kdy byla uzavřena tzv. Amsterdamská smlouva, na jejímž základě je boj proti sociální exkluzi jedním ze šesti hlavních cílů evropské sociální politiky.

Koncept sociální exkluze zohledňuje kromě klasické vertikální nerovnosti rovněž nerovnost horizontální, jejímž výrazem je nedostatečný ekonomický, kulturní a sociální kapitál vyloučených jedinců či skupin. (Giddens, 2001)

Chudoba není sice nutnou podmínkou sociální exkluze, ale ve své extrémní podobě je pro ni podmínkou dostačující a ve většině případů je jak její příčinou, tak jejím důsledkem.

Sociální exkluze však nepostihuje jen materiální deprivaci i přestože velmi úzce koreluje s chudobou.

## Vymezení pojmů

V roce 1980 Světová zdravotnická organizace (WHO) schválila mezinárodní klasifikaci vad, postižení a znevýhodnění (ICIDH). Tato klasifikace byla sestavena, proto, aby sjednotila používání těchto pojmů.

**Vada, porucha (impairment)** – je jakákoli ztráta nebo abnormalita psychické, fyziologické nebo anatomické stavby či funkce.

- jde o vnější projev bez ohledu na skutečný dopad na funkční schopnosti postiženého člověka či jeho začlenění do běžného života.
- dle klasifikace WHO se rozlišují poruchy intelektu, psychiky, řeči, sluchu, zraku, vnitřních orgánů, kostry aj.

**Postižení, disabilita, změněná schopnost (disability)** – je jakékoli omezení nebo ztráta schopnosti vykonávat činnosti způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální.

- termínem „postižení“ je označován profil zachovalých funkčních schopností člověka s postižením, určený na základě funkčních vyšetření tak, aby následná specifikace prostředí umožnila jedinci přizpůsobení se ke schopnostem člověka.
- v klasifikaci WHO se rozlišuje disabilita v chování, v komunikaci, v péči o sebe, v pohybu, v tělesné dispozici, v obratnosti aj.

**Znevýhodnění (Handicap)** – je omezení vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním činitelům) normální.

- handicap je funkcí vztahu mezi zdravotně postiženými lidmi a jejich okolím, stává se viditelným, když dochází ke střetu s kulturními, fyzickými nebo sociálními bariérami, která postiženým brání účastnit se normálního života společnosti na stejné úrovni jako ostatní.
- handicap se nemusí vždy projevit, záleží na společenských a kulturních normách, které dotyčnou osobu obklopují.
- handicap je nesoulad mezi stavem nebo výkonem člověka a tím, co od něj očekává společenství, do něhož patří.  
handicap může vzniknout v orientaci, ve fyzické soběstačnosti, v pohyblivosti, v pracovním uplatnění, v sexuální integraci aj.

## **Sociální exkluze mentálně postižených lidí**

V ČR jsou asi tři procenta lidí s mentálním postižením. Velké procento z nich je umístováno do ústavní péče. Po roce 1948 zaznamenaly ústavy svůj zlatý věk. Za vlády komunismu se na lidi takto znevýhodněné dívalo jako na nositele negativního stigmatu, negativní nálepky. Proto byla snaha budovat ústavy v pohraničí či na samotách.

Dnešní doba se vyrovnává s přežitky socialismu. Současná sociální práce se snaží jít za klientem do jeho prostředí, což je efektivnější, než pro klienta vytvářet umělé ústavní klima. ČR se snaží formou nového zákona o sociálních službách a Standardů kvality sociální péče, které jsou součástí zákona, srovnat krok se standartami zemí EU.

### **Co je mentální postižení?**

Nejprve bylo pojímáno vysvětlení **mentálního postižení** spíše medicínsky a psychologicky, později je vymezení pojmu spjato s kompenzací handicapu, s cílem zařadit člověka do běžné společnosti a života. Je kladen důraz na aspekt interakce mezi prostředím, sociálními procesy i zdravotním stavem jednotlivce.

**Klasifikace mentální retardace** (Švarcová, 2000, str. 27)

- **Lehká mentální retardace, (IQ 50 – 69), (F 70)**
- **Středně těžká mentální retardace, (IQ 35 - 49) (F 71)**
- **Těžká mentální retardace, (IQ 20 – 34), (F 72)**
- **Hluboká mentální retardace (IQ je nižší než 20), (F73)**
- **Jiné mentální retardace (F 78)**
- **Nespecifické mentální retardace (F 79)**

## „Podpora“ versus „péče“

Většina lidí s mentálním postižením je umisťována do ústavní péče. Přestože v současné době se naše zákonodárství snaží o to, aby se srovnaly standardy v oblasti péče o lidi takto znevýhodněné se standardy zemí Evropské unie, praxe je mnohdy stále jiná. Pozůstatek z doby komunismu v mnohých směrech stále přetrvává.

**Podpora** – „pomoc, která přispívá rozvoji uživatele a k udržení jeho nezávislosti a zodpovědnosti všude tam, kde je to možné“

**Péče** – „nadměrná podpora zbytečně nahrazující kroky uživatele, která vede k vyloučení uživatele ze širší společnosti“ (Zavádění standardů kvality sociálních služeb, Průvodce poskytovatele, 2003, str. 46)

Dle toho, zda se v ústavech sociální péče poskytuje spíše potřebná podpora pouze tam, kde je to nutné, nebo péče ve všech oblastech je možné klasifikovat tři modely poskytovaných služeb.

### 1. Model zdravotnický

- důraz je kladen na péči o klienta, jeho bezpečí, udržování ho v čistotě a ve zdraví
- hlavním cílem je zvládnutí zdravotního stavu klienta
- kvalitu péče zajišťuje zdravotnická odbornost a hygienické a jiné zdravotnické normy péče (bílé pláště, striktní režim pro všechny stejný...)
- celá péče je poskytována pouze v prostorách ústavu
- poskytované služby představují „péči“

### 2. Model sociální – výchovný, (sociálně-pedagogický model)

- důraz kladen na nácvik dovedností odtržené od reálného životního kontextu
- cílem je ovlivnění chování uživatele služeb (snaha personálu ho „vychovat“ k tomu, aby žil v čistotě a „nacvičit“ u klienta dovednosti potřebné pro reálný život)
- kvalitu péče zajišťuje individuální plán vypracovaný interdisciplinárním týmem
- poskytované služby překračují standardní ústavní uspořádání (v nabídce je skupinový domov, chráněná dílna, škola...)
- poskytované služby představují „péči“ i „podporu“

### 3. Model podpory nezávislého (samostatného) života

- důraz je kladen na podporu jednotlivce a jeho vztah s okolím
- cílem je změna postojů vůči uživateli služeb (aby se okolí nechovalo diskriminačně, ale ne tím, že uživatele služeb straníme kontaktu s veřejností, naopak)
- kvalita je posuzována dle toho, zda je prožívána uživatelem (k posouzení slouží individuální plán a jeho naplnění či nenaplnění)
- služby jsou individuální – „šité na míru“
- služby jsou poskytovány v bytě uživatele nebo v prostředí neústavním, nácvik dovedností probíhá přímo v praxi, uživatel „netrénuje“ dovednosti ve vykonstruovaném prostředí
- poskytované služby představují „podporu“

Model zdravotnický se dnes již nepoužívá, je zastaralý. V dnešní době se spíše uplatňuje model sociálně-výchovný a model podpory nezávislého života.

## Oblasti vyloučení lidí s mentálním postižením

Z uvedených modelů poskytované péče vyplývá, že pokud dochází k přílišnému poskytování podpory, pak je možná sociální exkluze hned z několika hledisek.

### Vyloučení z oblasti trhu práce

V pracovních možnostech lidí s mentálním postižením je třístupňová hierarchie, kde se tyto lidé mohou uplatnit.

1. **ergoterapie** = pracovní terapie

- jak už je z názvu slyšet, jedná se o terapii. Nejedná se v žádném případě o formu výdělečné činnosti.

2. **chráněná dílna** = firma, která má alespoň 50% zdravotně znevýhodněných zaměstnanců

- co se týče výdělku peněz, tak je to minimum. Chráněná dílna tedy spíše slouží pro pracovní trénink a sociální rehabilitaci. Také záleží na tom, zda ústav za peníze, které si klienti vydělají dá na ústavní fond nebo zda peníze dostane opravdu každý zvlášť. Pokud se jedná o druhou možnost, pak je motivace větší.

- Co se týče legislativy, pak zákon č. 1/1991 Sb., §24, odst.3 o zaměstnávání občanů se ZPS, nařizuje zaměstnavateli s více než 25ti pracovníky povinně zaměstnat 4% občanů se ZPS. V praxi se ale často stává, že si zaměstnavatel raději zaplatí jakési penále za to, že se tímto zákonem neřídil. Je to pro něho méně pracné. Další problém je ale také to, že ne každý klient je zastarale řečeno „svéprávný“, a tedy má možnost uzavřít pracovní smlouvu.

3. **podporované zaměstnání**

- je časově omezenou službou, jejímž cílem je podpora zájemce o práci v tom, aby si našel a udržel místo na otevřeném trhu práce za rovných platových podmínek.

Cíle:

- poskytnout pomoc při hledání běžného, odpovídajícího zaměstnání
- poskytovat podporu přímo v zaměstnání, která by měla umožnit klientovi-zaměstnanci lepší adaptaci v novém prostředí a udržet si získanou práci
- zvyknout si na pracovní režim, pracovní zátěž a odpovědnost
- posílit samostatnost
- naučit se komunikovat s kolegy i nadřízenými
- postupně přejít na běžný režim dne
- prostřednictvím zaměstnání přijít do kontaktu s lidmi a začlenit se do běžného života společnosti.

V praxi se jeví agentury podporovaného zaměstnávání jako velmi dobrá alternativa, která může fungovat. Tento typ zaměstnávání mohou využívat lidé s jakýmkoliv znevýhodněním, nejen mentálním. U lidí s mentálním znevýhodněním, kteří jsou umístěni v ústavech sociální péče je ale častým problémem to, že ústav buď agenturu nekontaktuje, nebo je agentura příliš daleko od ÚSP.

### Vyloučení z oblasti vzdělávání

K tomuto tématu lze říci, že je v dnešní době mnoho lidí s mentálním znevýhodněním, kteří nechodili do školy nebo mají jen několik tříd. Je to dáno přístupem k lidem s nějakým postižením za vlády komunismu. Tito lidé jsou pak vyloučeni z trhu práce apod. Dnes je již

vzdělávání povinné vycházíme z teze, že „každý člověk je vzdělavatelny“ a do 26ti let je tedy vzdělávání pro lidi s mentálním postižením možné.

Existují sítě speciálních škol a následně pak škol praktických, kde si jedinec má osvojit praktické dovednosti pro možné budoucí povolání.

### **Vyloučení z oblasti přístupu ke službám**

Vyloučení z této oblasti souvisí více než jakékoliv jiné právě s ústavní péčí. Pokud se setkáme s modelem ústavní péče, který více inklinuje k onu zmíněnému modelu sociálně-výchovnému, pak jde většinou o to: Ústav je svět pro svět, kde uživatelé služeb prožívají celý svůj sociální život, většinu interakcí... V praxi to znamená, že většina aktivit se odehrává v ústavním prostředí – kadeřník navštěvuje klienty v ÚSP, bazén je v areálu ÚSP, dobrovolníci ÚSP nenavštěvují, obvykle je zamčená branka od ústavní zahrady. „V padesátých letech by vám ředitel ústavu s hrdostí ukazovat bazén a jiné vymoženosti, které pro své svěřence vybudoval. Dnes by vám se stejnou hrdostí ukazoval, kde byl dřív bazén, a chlubil by se tím, že jeho svěřenci chodí plavat do veřejného bazénu, který je ve městě.“ (Matoušek, 1999, str. 35)

Docent Matoušek hovoří o tom, že by nám dnes ředitel ÚSP s hrdostí ukazoval, kde dříve stával bazén a vysvětloval, do kterého městského bazénu se chodí klienti koupat. Vzhledem k tomu, že dnes pomalu dochází k transformaci ústavní péče, tak by tomu tak do budoucna mělo být čím dál víc. Tomu by mělo napomoci i zavádění Standardů kvality sociálních služeb, které jsou součástí zákona o sociálních službách. V současné době ale praxe ukazuje, že je přístup ke službám v ÚSP stále ještě dost omezen. Je to mimo jiné dáno i tím, že v ÚSP pracují často starší a zkušenější pracovníci, ale právě pro ně, je těžké pochopit, že klient má např. právo na riziko.

### **Vyloučení z oblasti bydlení**

Lidé s mentálním znevýhodněním mají v ČR několik možností bydlení. První možností je, že se o ně jejich rodina postará a tím se tedy nedostanou do nějakého typu ústavní péče. Další možností je ona zmíněná ústavní péče. Alternativou mezi těmito dvěma možnostmi je chráněné bydlení.

**Chráněné bydlení** – posláním tohoto programu je poskytovat lidem s mentálním postižením takovou podporu, kterou potřebují k tomu, aby mohli žít v běžných bytech způsobem života srovnatelným se životem svých vrstevníků bez postižení.

Chráněné bydlení nabízí tyto formy:

- Skupinové bydlení
- Individuální bydlení
- Podporované bydlení

Chráněné bydlení by mělo vypadat tak, že jsou v jednotlivých domácnostech poskytovány služby v závislosti na individuálních potřebách klientů. Do některých bytů dle domluvy a potřeby chodí asistent na několik hodin denně a pravidelně pomáhá např. s vařením. U jiných domácností chodí asistent každou noc a někdy jen několikrát týdně. Odvíjí s to od potřeb klientů, které jsou tzv. „šité na míru“. Klienty by chráněné bydlení mělo podpořit v:

- samostatném rozhodování o způsobu a stylu vlastního života
- vytváření a upevňování sociálních návyků potřebných k životu v obci
- využívání svých schopností

- užívání veřejných míst, služeb a zdrojů obce, ve styku s běžnou komunitou
- směřování k podporovanému bydlení
- samostatnosti, právu na přiměřené riziko, rozhodování o vlastním životě, zodpovědnosti za svůj život  
([www.spolecnostduha.cz/spolecnost/chb.htm](http://www.spolecnostduha.cz/spolecnost/chb.htm))

**Ústavy sociální péče** jsou podle vyhlášky č. 182/1992 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, určeny pro občany postižené mentálním postižením těžšího stupně a pro občany postižené vedle mentálního postižení těžšího stupně ještě tělesnou nebo smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. Ústavní péče je poskytována jednak v ústavech pro mládež, kam jsou zařazovány děti od tří let do ukončení povinné školní docházky, eventuálně do ukončení přípravy na povolání, nejvýše však do 26 let, a jednak v ústavech pro dospělé.

- **Ústavy pro mentálně postiženou mládež**
- **Ústavy pro dospělé občany mentálně postižené**

V ústavní péči můžeme rozeznávat tři typy ústavních pobytů:

- **Denní ústavy a stacionáře**
- **Týdenní zařízení**

### **ÚSP s celoročním pobytem**

Pobyty celoroční jsou pro klienty nejrizikovější z hlediska. „Protože se jedná o kolektivní zařízení, jehož funkce závisí na organizačním řádu, je zřejmé, že ústavní klienti nemívají žádoucí prostor pro své soukromí, identitu, pro bezproblémový výkon svých práv. Jejich osobnost bývá poznamenána deprivačními vlivy a také sociální izolace je zřetelná. Velmi záleží na tom, kolik času si najdou pracovníci ústavu na práci s každým klientem, na péči, kterou zaměstnanci věnují hodnotnému programu a podnětnému prostředí v ústavu. Klíčová je i spolupráce mezi rodinou klienta a ústavem, neboť stimulační rodina může významnou měrou kompenzovat negativní působení ústavního prostředí na jedince.“ (Novosad, 2000, str. 45)

### **Sociální vyloučení duševně nemocných lidí**

#### **Definování skupiny „duševně nemocní“**

Světová zdravotnická organizace (WHO) charakterizovala duševní poruchu jako klinicky prokazatelnou změnu duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech.

Do skupiny „osoby s duševním onemocněním“ lze zařadit ty, jejichž potíže mohou být kódovány prostřednictvím diagnostických kritérií MKN 10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, revize 10.) nebo DSM IV. ( Diagnostický a statistický manuál, ed. IV.)

Koncepce oboru psychiatrie z r. 2003 mezi duševní nemoci zařazuje tyto diagnózy:

- F.20-29 schizofrenie, schizofrenické poruchy, poruchy s bludy
- F.30-39 afektivní poruchy( bipolární afektivní porucha, periodická depresivní porucha)
- F.40-49 neurózy

- F.50-59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory- např. poruchy příjmu potravy
- F.60-69 poruchy osobnosti
- F.80-89 poruchy psychického vývoje– specifické vývojové poruchy, pervazivní vývojové poruchy (autismus) atd.
- F.90-98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v adolescenci

Skupina duševně nemocných spadala převážně do resortu Ministerstva zdravotnictví. Duševní onemocnění v širším pojetí znamená, že změna některých psychických procesů projevující se v chování a prožívání člověka, znesnadňuje jeho interakci s jeho sociálním okolím. Duševně nemocní lidé ztrácí nebo nikdy nenabývali sociální dovednosti potřebné k získání a udržení zaměstnání, mezilidských vztahů, bydlení a péči o sebe. Duševní onemocnění způsobuje postiženým **handicap v sociálním fungování**.

Od 80. let je zastánci psychiatrické rehabilitace zdůrazňováno, že duševní nemoc se neprojevuje jen nějakým duševním defektem, ale projevuje se také značnými sociálními limity.

Dopady potíží se objevují zejména v oblasti sociální a společenské: nezaměstnanost, bezdomovectví, sebevražednost, stigmatizace, společenské izolace, marginalizace.

Tuto skupinu nelze vnímat jednoduše, neb problémy jsou heterogenní. Některé potřeby duševně nemocných lidí jsou však stejné. Atributem této skupiny je, že potřebují dlouhodobou, stálou péči a podporu. Výjimkou nejsou tzv. duální diagnózy (např. drogový abúzus v kombinaci s některým typem psychózy) a s tím spojená kumulace problémů.

Díky stigmatizaci pomoc nevyhledávají zvláště u nás ani lidé s lehkými a středně těžkými depresivními fázemi a neurotickými poruchami. Deprese není léčená ve vysokém procentu. V demografické analýze pro město Brno je uvedeno, že neuróza a afektivní poruchy nejvíce zatěžují ambulantní péči. Hned za nimi jsou schizofrenie, psychotické poruchy.

## **Rizika - dimenze sociálního vyloučení**

Vzhledem k heterogenitě duševních onemocnění, jsou jednotlivé dimenze determinovány především mírou schopnosti duševně nemocného člověka sociálně fungovat.

Lidé v ústavní péči nejsou vyloučeni z dimenze institucionální, ale v případě zbavení svéprávnosti jsou legislativně vyloučeni z politické dimenze.

Podobné je to v ekonomické dimenzi. Duševně nemocný člověk, který není v ústavní péči, pakliže nemá pečující rodinné zázemí, nebo nedosahuje-li svým onemocněním na invalidní důchod je ohrožen chudobou spojenou s nezaměstnaností. Jeho pracovní schopnost je často snížena. Vážnou překážkou bývá izolace a neschopnost navazovat vztahy s prostředím. Tyto determinanty bývají častým projevem duševní nemoci. Častým problémem bývá rovněž bezdomovectví.

V kulturní dimenzi jde opět o problematiku a narušenou schopnost duševně nemocného sociálně fungovat, jeho neschopnost používat standardní kódy při komunikaci. V prostorové dimenzi je znatelná izolace zejména při ústavní péči nemocného, který je tak soustředěn pouze na jedno místo.

Z těchto důvodů je naprosto nezbytná podpora takových podmínek, které jsou předpokladem přirozeného navazování sociálních vazeb a kontaktů.



Z expertízy komunitního plánování v Brně vyšly najevo konkrétní oblasti potřebnosti sociální inkluze (integrace) duševně nemocných. Jsou to:

Překonání společenské izolace

Překonání stigmatizace

Získání a rozvíjení užitečných sociálních dovedností a schopností

Práce

Bydlení

Smysluplné trávení volného času

### **Nástroj Integrace duševně nemocných**

Lidem s duševní nemocí nestačí pouze zdravotnická péče, potřebují také sociální služby. Což dokládá i výzkumná studie Thornicroft et col. (2005) kde dochází ke zlepšení sociální sítě u skupiny pacientů, kteří po propuštění navštěvovali komunitní služby oproti těm, kteří setrvali v nemocniční péči. Poukazuje také na preferenci pacientů navštěvovat spíše komunitní služby.

Co se týče sociálních služeb, potřebných pro duševně nemocné vycházím z analýzy potřeb MMB:

#### **Zařízení s pobytem:**

Ústavy sociální péče, Chráněné bydlení, Stacionáře.

#### **Služby podporující život v přirozeném prostředí:**

Osobní asistence

#### **Rehabilitační aktivity:**

Volnočasová rehabilitace, psychologická rehabilitace, chráněné dílny pro lidi s duševním postižením, pracovní rehabilitace, rodinná rehabilitace, vzdělávací rehabilitace, sociální rehabilitace.

U dlouhodobě nemocných (administrativně více jak 1 rok v léčbě), dochází k integraci postupně formou tzv. komunitních služeb. Komunitní péči lze definovat různě. MUDr. P. Hejzlar (2003) uvádí dvě možné definice:

- 1) Jde o organizovanou spolupráci realizátorů péče s rozdělenými zodpovědnostmi. Jejím obsahem je asistovat vulnerabilní části populace v naplňování jejích potřeb a rozvoji jejích potenciálů, aniž by nutně musela být izolována či vyloučena z komunity.
- 2) Komunitní péče je také široké spektrum služeb alternativní podpory, individualizované péče a ochrany ve společnosti. Jejím cílem je ušetřit duševně nemocné utrpení z odmítání a izolace a umožnit jim žít plnohodnotný život.

#### **Mezi nástroje komunitní péče patří:**

- 1) Krizové služby a domácí léčení
- 2) Denní stacionáře a denní centra
- 3) Podpora v oblasti bydlení
- 4) Podpora v práci
- 5) Oblast svépomoci

(Moderní psychiatrie a komunitní služby, 2001).

Na základě sociálně psychiatrického uvažování vyrůstá koncept komunitní péče, který propojuje jak péči nemocniční, tak i mimonemocniční. Historicky sahá až do 30.let 20.století v Holandsku a významně se rozvíjí během 60.let v USA a Velké Británii.

V ČR do roku 1989 existovalo jen několik málo zařízení označitelných jako komunitní služby (přibližně 10 denních stacionářů). Postupně vznikaly další komunitní zařízení, především chráněné dílny a centra denních aktivit. Dosud je však v ČR jen málo míst, kde služby začínají vytvářet ucelený systém schopný pokrýt potřeby uživatelů.

I v místech, kde vývoj komunitního systému péče o duševně nemocné pokročil, některé služby trvale scházejí. Většinou jde o tzv. rezidenční služby (chráněné bydlení či programy podporovaného bydlení), u kterých jsou hlavní překážkou vzniku vysoké pořizovací náklady. Přitom jsou tyto služby jediným účinným řešením otázky dlouhodobých psychiatrických hospitalizací.

### Současná situace

V porovnání s vyspělými evropskými státy je naše péče o osoby s duševními poruchami méně rozvinuta. Preferuje se lůžková péče, nedochází ke zvyšování lůžek v psychiatrických oddělení nemocnic na úkor lůžek v psychiatrických léčebnách. Percentuální podíl finančních výdajů na psychiatrii je u nás nižší než v Evropě.

Od r. 2001 je schválena vědeckou radou Ministerstva zdravotnictví nová Koncepce oboru psychiatrie, která hovoří o transformaci psychiatrické péče.

Bohužel požadovaná transformace vážně: „Sít' poskytovatelů komunitní péče je nedostatečná a jejich provoz naráží na legislativní, koncepční a v neposlední řadě i finanční nepřipravenost celého systému zdravotní a sociální péče. Prakticky zcela chybí terapeutické komunitní služby jako domácí léčba a domácí péče.“(Hejzlar, 2003).

V ČR je téměř 11.700 lůžek pro duševně nemocné. Pouze 1.400 jich je v psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. 10.300 lůžek je v jedenácti psychiatrických léčebnách. Spádová oblast psychiatrické léčebny je přibližně 1.000.000 obyvatel a tak jsou někteří pacienti přijímáni i ze vzdálenosti větší než je 100 km, což často výrazně omezuje možnosti kontaktu nemocných s rodinami a sociálním prostředím a vede k jejich izolaci. Všichni dlouhodobě hospitalizovaní (administrativně déle než 1 rok) jsou umístěni právě v psychiatrických léčebnách. U velké části dlouhodobě hospitalizovaných není důvodem hospitalizace zdravotní stav, který by znemožňoval existenci mimo ústavní podmínky, ale absence jiných možností.

Počet osob s duševním onemocněním je těžko odhadnutelný. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) trpí každý pátý člověk duševním onemocněním (včetně lehkých forem). Odhaduje se tedy, že v každé rodině je někdo, kdo trpí duševními problémy. Na základě expertního dotazování odborníků zabývajících se problematikou duševně nemocných, je v Brně kolem **2 500 dlouhodobě duševně postižených osob**. Tyto osoby trpí především těžkými duševními poruchami, nejčastěji psychózami (schizofrenními a afektivními).

## **Současná situace – proces transformace**

Lidem s duševní nemocí nestačí pouze zdravotnická péče, potřebují také sociální služby. Což dokládá i výzkumná studie Thornicroft et col. (2005) kde dochází ke zlepšení sociální sítě u skupiny pacientů, kteří po propuštění navštěvovali komunitní služby oproti těm, kteří setrvali v nemocniční péči. Poukazuje také na preferenci pacientů navštěvovat spíše komunitní služby.

## **Iniciativy EU**

Akční program Společenství v oblasti veřejného zdraví (2003-2008)

Článek 6.2 Podpora zařazení duševně nemocných nebo lidí s duševním postižením do společnosti a ochrana jejich základních práv a důstojnosti

Stigmatizace - zlepšení podvědomí (u nás program “Změna”)

Deinstitucionalizace služeb - zavedení služeb v rámci primární prevence, komunitních středisek a všeobecných nemocnic, což odpovídá potřebám pacienta a jeho rodiny. Velké psychiatrické léčebny nebo zařízení mohou ke vzniku stigmatu snadno napomoci. V rámci reformy psych. služeb přechází mnohé země ke službám zajišťovaným komunitou. zároveň jsou pacienti, jejich rodiny i zdravotní personál informováni o strategiích aktivní účasti a zmocňování.

Studie pro EU - Included Society (“Zařazení do společnosti”) potvrdila že nahrazení psych. zařízení alternativami zajišťované komunitními službami poskytuje příležitosti pro lepší kvalitu života postižených lidí.

Deklarace o duševním zdraví pro Evropu, Evropská konference ministrů k otázkám duševního zdraví, Helsinky 12.-15. ledna 2005

## **Priority:**

- a) utvrzování vědomí důležitosti duševní pohody
- b) kolektivní řešení stigmatu, diskriminace, nerovnosti, zmocnění, podpora jedinců s psychickými problémy a jejich rodin
- c) navrhování a zavádění komplexních, integrovaných a výkonných systémů duševního zdraví, zahrnujících podporu, prevenci, léčbu, rehabilitaci, péči a zotavení
- d) řešení potřeby kvalifikovaných pracovních sil, které by byli efektivní v této oblasti
- e) uznání zkušeností a znalostí uživatelů služby a opatrovníků jako významné platformy pro plánování a rozvoj psychiatrických služeb.

# Rizikové oblasti pro osoby s duševním onemocněním a mentálním postižením

## Oblast zaměstnanosti

*Stav*

V současné době je z hlediska sociální inkluze občanů s mentálním postižením a duševním onemocněním na trh práce zavedeno několik opatření, mezi něž patří:

### Pracovní rehabilitace

Je určena osobám se zdravotním postižením a zaměřuje se na získání a udržení zaměstnání. Zahrnuje především poradenství spojené s volbou zaměstnání, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání a dále zprostředkování a udržení zaměstnání. S osobou se zdravotním postižením je vypracován individuální plán podle jeho možností a podle situace na trhu práce a charakteristiky volných pracovních míst. Do oblasti pracovní rehabilitace spadá příprava k práci a specializované rekvalifikační kurzy.

*Příprava k práci* může být realizována na pracovištích zaměstnavatelů, v chráněných dílnách a ve vzdělávacích zařízeních státu, občanských sdruženích či církevních organizacích. Příprava k práci trvá nejdéle dva roky a uchazeč o zaměstnání má nárok na podporu v rekvalifikaci. *Specializované rekvalifikační kurzy* probíhají za stejných podmínek jako ostatní rekvalifikace.

### Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna

*Chráněné pracovní místo* je takové místo, které je vytvořeno pro osobu se zdravotním postižením na základě dohody s úřadem práce. Zaměstnavatel může získat na vytvoření takového pracovního místa příspěvek ve až 8 násobku průměrné měsíční mzdy (určené v národním hospodářství za 1.-3.čtvrtletí předchozího roku), jedná-li se o osobu se zdravotním postižením, a až 12 násobek, jde-li o osobu s těžším zdravotním postižením. Pokud vytvoří zaměstnavatel 10 a více takových pracovních míst, příspěvky se mohou zvýšit na 10 násobek u osob se zdravotním postižením, resp. 14 násobek u osob s těžším zdravotním postižením. Taková pracovní místa ovšem nesmějí být po dobu dvou let zrušena.

*Chráněná pracovní dílna* je pracoviště, kde působí více než 60% zaměstnanců se zdravotním postižením. Na vznik takového pracoviště je možné získat příspěvek za podmínky, že chráněná dílna bude následující dva roky fungovat. Příspěvky jsou poskytovány ve stejné výši jako při zřízení chráněného pracovního místa. Chráněná pracovní dílna může ještě získat příspěvek na provoz, který činí 4 násobek průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství na jednoho zaměstnance se zdravotním postižením a na zaměstnance s těžší zdravotním postižením je tento příspěvek na provoz ve výši 6 násobku průměrné měsíční mzdy.

### Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením

Tento příspěvek je určen pro zaměstnavatele, kteří zaměstnávají více než 50% zaměstnanců se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců. Jedná se o měsíční opakovaný příspěvek, který je vyplácen čtvrtletně ve výši 0,66 násobku průměrné měsíční mzdy pro osobu s těžším zdravotním postižením a 0,33 násobek pro osobu se zdravotním postižením.

### Společensky účelná pracovní místa

Podpora vzniku těchto pracovních míst sleduje vyšší zaměstnanost těch uchazečů, kterým nelze jinak zajistit pracovní umístění. Je určen jak pro zaměstnavatele, kteří vytvoří nebo vyhradí pro takovou osobu pracovní místo, tak i pro uchazeče o zaměstnání, kteří se rozhodnou vyvíjet samostatně výdělečnou činnost.

V roce 2003 tvořily osoby se zdravotním postižením 13% registrovaných nezaměstnaných. V chráněných dílnách bylo v témže roce vytvořeno 1185 nových chráněných pracovních míst a bylo zaměstnáno 1221 uchazečů se zdravotním postižením. Zaměstnavatelé čerpající příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením zaměstnávali 8230 osob se zdravotním postižením.

## **NAPSI 2004-2006**

### *Strategie*

Česká republika považuje za jeden z hlavních mechanismů odstraňování sociální exkluze participaci na trhu práce. V dokumentu Postupy a cíle ke snížení nezaměstnanosti je mj. mezi cíli uvedeno:

- „podporovat vznik nových pracovních míst pro občany se zdravotním postižením“
- „podporovat vznik pracovních míst podporovaného zaměstnávání pro dlouhodobě nezaměstnané, obtížně umístitelné uchazeče o zaměstnání a bezdomovce“ (Národní akční plán sociálního začleňování 2004-2006)

Hlavní strategií vedoucí k posílení inkluze osob se zdravotním postižením bylo zvoleno zavedení systému rehabilitace, který integruje léčebnou, sociální, vzdělávací a také pracovní rehabilitaci.

### *Opatření*

Mezi hlavní opatření, o kterých hovoří NAPSI 2004-2006, patří zvýšená péče při zprostředkování zaměstnání, systém motivace zaměstnanců a zaměstnavatelů a podpora chráněných pracovišť. Znamená to tedy podporování již zavedených nástrojů. Novým opatřením je zavedení Individuálních akčních plánů, jejichž vliv na zlepšení situace skupiny duševně nemocných a mentálně postižených lze považovat za zanedbatelný. Současně se chystá uplatňování tranzitního systému (tzv. „school to work transition“), které v praxi znamená „překonání meziresortních bariér mezi školstvím, sociálními službami a zaměstnaností tak, aby byl usnadněn přechod studentů se zdravotním postižením přímo do práce...“ (Národní akční plán sociálního začleňování 2004-2006).

### *Implementace NAPSI 2004-2006 v oblasti zaměstnanosti*

V oblasti zaměstnávání zdravotně postižených osob byly především podporovány již fungující opatření aktivní politiky zaměstnanosti. Došlo ke zvýšení částek na podporu chráněných pracovních míst a chráněných pracovních dílen a také se neustále zvyšoval objem financí vyplacených zaměstnavatelům s více než 50% zaměstnanců se zdravotním postižením (ze 668 mil. Kč v roce 2004 na 737 mil. Kč v roce 2005). Kvótní systém ukládající povinnost zaměstnavatelům zaměstnávat osoby se zdravotním postižením má přísnější sankce při jeho nedodržení, která činí 2,5 násobek průměrné mzdy v národním hospodářství za 1. – 3. čtvrtletí za každého zaměstnance se zdravotním postižením, kterého zaměstnavatel zaměstnat měl a neučinil tak. Opatření Individuálního plánu pracovní rehabilitace není zatím dostatečně využíváno a dobře zavedeno a jeho přínos je diskutabilní. Prostředky vynaložené na realizaci tohoto opatření dosáhly v roce 2005 částky 53 tis. Kč.

## **NAPSI 2006-2008**

V nově vypracovaném akčním plánu na léta 2006-2008 se oblastí zaměstnanosti zabývá Prioritní cíl č. 1 : „Posílení integrace osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením, odstraňování bariér vstupu a udržení se na trhu práce pro tyto osoby.“ (Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2006-2008). Strategie k dosažení tohoto cíle jsou formulovány velmi obecně a zvolená opatření taktéž. Přestože určité skupiny postižené sociálním vyloučením jsou ve formulacích určitých cílů jasně zmiňovány, občané se zdravotním postižením, příp. duševně nemocní a mentálně postižení jako samostatná skupina, která zasluhuje specifická opatření, uvedeni nebyli. K problematice duševně nemocných a mentálně postižených se vztahuje pouze strategie vedoucí k odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělání mj. i u dětí se zdravotním postižením.

Na vypracovávání dokumentů, které slouží jako podklady pro vytváření jednotlivých národních plánů týkajících se problematiky zdravotně postižených, tedy i mentálně postižených a duševně nemocných, se podílí i Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. Tento výbor zpracoval Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením na období 2004-2009. V části zabývající se zaměstnaností, která je obecná a nezaměřuje se zvlášť na opatření pro různě zdravotně postižené (např. mentálně postižené), se mj. uvádí: „*V rámci obecně přijímaných opatření se bude více než v minulosti diferencovaně působit na zaměstnanost jednotlivých skupin občanů se zdravotním postižením z hlediska formy jejich účasti na trhu práce.*“ (Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením). Mezi tyto formy účasti bylo zařazeno: zaměstnání na otevřeném trhu práce, zaměstnání u zaměstnavatele zdravotně postižených, činnost OSVČ a specifické formy zaměstnávání (např. domácí práce), které souvisí především s rozvojem informační společnosti. Pro skupinu duševně nemocných a mentálně postižených má největší relevanci chráněné zaměstnávání. Ve Střednědobé koncepci je doporučeno více podporovat zaměstnávání zdravotně postižených formami opatření, které jsou již zavedeny. Dále koncepce uvádí: „*Zásadním úkolem v této oblasti bude provedení systemizace více typů chráněných dílen dle klasifikace zdravotního postižení a jeho stupně. MPSV stanoví způsoby hodnocení zdravotního postižení (typ, hloubka) pro účely podpory zaměstnavatelů ZP.*“ (Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením). Z dílčích úkolů, které byly v koncepci zmiňovány, se k problematice zaměstnávání mentálně postižených a duševně nemocných váže především:

- systém klasifikace zdravotního postižení, aby bylo možné rozlišit míru schopnosti výdělečné činnosti
- podporované zaměstnávání lépe legislativně a ekonomicky ošetřit a směřovat tento typ zaměstnávání především k uchazečům těžko umístitelným na otevřeném trhu práce (občané s těžším, kombinovaným či mentální postižením)
- formálně i neformálně podporovat zajištění obchodního uplatnění produkce chráněných dílen

V koncepci se dále hovoří o ucelené rehabilitaci, která v sobě zahrnuje i systém diagnostiky hodnocení pracovních schopností jedince s cílem směřovat od ekonomické neaktivity k zaměstnání.

Dále Vládní výbor pro zdravotně postižené občany vypracoval Národní plán podpory a integrace osob se zdravotním postižením na období 2006-2009, který navazuje na střednědobou koncepci. Důraz je kladen na využívání možností tranzitního systému, institutu pracovní rehabilitace, podporování zaměstnavatelů a zvýšenou podporu již zavedených opatření jako jsou chráněné dílny. Národní plán hovoří o možnosti vzniku sociálních družstev a dalších subjektů sociální ekonomie. Je zde zmíněna i možnost usnadnit přístup chráněných dílen k veřejným zakázkám. Problematičnost zaměstnávání osob se zdravotním postižením (především osob s těžším zdravotním postižením a mentálním postižením) se dlouhodobě nedaří řešit i přes uplatňování cílů střednědobé koncepce.

## **Oblast vzdělávání**

### **NAPSI 2004-2006**

#### *Stav*

Mezi vymezené skupiny znevýhodněné v přístupu ke vzdělání jsou řazeny i děti se zdravotním postižením. Dle NAPSI 2004-2006 bylo v roce 2003/2004 v mateřských školách integrováno přes 2 tis. dětí, na stupni základního vzdělání 53,5 tis. dětí a na středních školách

4 tis. dětí (z údajů Národního plánu podpory a integrace osob se zdravotním postižením na období 2006-2009 vyplývají odlišná data a to do hlavního proudu základního vzdělání bylo integrováno v téže roce 4382 dětí a na středních školách se jednalo o 670 studentů). Za hlavní problémy integrace žáků se zdravotním postižením do běžných škol je v NAPSÍ 2004-2006 považováno nedostatek financí na zlepšení přístupu do škol a nedostatek pedagogů s odpovídajícím vzděláním.

#### *Strategie*

Mezi strategické cíle, které byly v NAPSÍ 2004-2006 identifikovány patří rozšiřování činnosti speciálních škol, v nichž by mohly vzniknout centra metodické pomoci pro vzdělávání žáků integrovaných v běžných školách, zlepšení dostupnosti včasné péče o děti se speciálními vzdělávacími potřebami, podporování variantních forem vzdělávání, podporování začlenění žáků se specifickými potřebami do hlavního vzdělávacího proudu a v neposlední řadě podpora vzdělávání pracovníků školských zařízení.

#### *Opatření*

K oblasti odstraňování znevýhodnění dětí se zdravotním postižením se vztahuje mj. Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje výchovně vzdělávací soustavy ČR vypracovaný MŠMT. Hovoří o snaze posilovat ranou péči s cílem včas zasáhnout do procesu rozvoje dětí se specifickými vzdělávacími potřebami. Dále se budou zlepšovat podmínky vzdělávání dětí se specifickými potřebami a bude podporováno vzdělávání pedagogických pracovníků.

#### *Implementace NAPSÍ 2004-2006 v oblasti vzdělávání*

V Implementační zprávě se hovoří o urychlení trendu integrovaného vzdělávání dětí se specifickými potřebami, o posílení jejich postavení a je zmiňována i funkce asistenta. Dále bylo prostřednictvím OP RLZ financováno 10 nových projektů v celkové výši přes 6,5 mil. Kč, z nichž ani jeden není zaměřen na skupinu dětí se specifickými vzdělávacími potřebami.

### **NAPSÍ 2006-2008**

K oblasti snižování exkluze v přístupu ke vzdělání se v NAPSÍ 2006-2008 vztahuje Prioritní cíl č.1 : „*Posílení integrace osob sociálně vyloučených nebo osob ohrožených sociálním vyloučením, odstraňování bariér vstupu a udržení se na trhu práce pro tyto osoby.*“ (Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2006-2008). Mezi cíli bylo stanoveno i odstranění znevýhodnění v přístupu ke vzdělání u dětí se zdravotním postižením. K dosažení tohoto zamýšleného cíle by měly školy pro děti se zdravotním postižením plnit i funkci centra integrované podpory, které bude poskytovat poradenství rodičům, běžným školám, které vzdělávají děti se zdravotním postižením, a bude vytvářet specifické programy pro tyto děti.

Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením na období 2004-2009 se zabývá i problematikou začleňování na poli vzdělávání. Mezi hlavními úkoly vztahujícími se k problematice mentálně postižených identifikuje do budoucna zkvalitnění systému speciálně pedagogické podpory s cíli rozvíjet osobnost dítěte a posilovat soudržnost společnosti (politika rovných příležitostí). Jako dílčí cíle byly zmíněny působení dvou pedagogických pracovníků ve vybraných druzích tříd (dětí s mentálním postižením), zkvalitnění diagnostiky speciálních vzdělávacích potřeb, využívání institutů navržených systémů rané péče a ucelené rehabilitace, řešení dílčích otázek ohledně vzdělávání specifických skupin zdravotně postižených. Také u jedinců se závažným postižením by měla být zachována možnost volby vzdělávacích způsobů (běžný, speciální). Mělo by se dále rozvíjet speciální školství, aby mohla dále probíhat integrace žáků se zdravotním postižením do běžných škol a to také žáků s mentální postižením, pro něž bude využíváno možnosti vzdělávání ve speciálních třídách běžných škol. Dále se bude také

pracovat na vytváření vzdělávacích forem a metod pro specifické skupiny s postižením. Dále by se měla zkvalitňovat výuka cizích jazyků a měla by týkat i žáků s lehčím mentálním postižením. Mezi přístupy k žákům s různými postiženími bylo uvedeno: „*V oblasti vzdělávání dětí, žáků a studentů s mentálním postižením půjde v příštích letech vedle výše uvedených úkolů zejména o řešení otázky jejich dalšího vzdělávání, případně spojeného s rekvalifikací, a vytváření podmínek pro zvyšování kvality života osob s těžkou a hlubokou mentální retardací. Mj. formou zřizování aktivačních center naplňujících potřeby těch občanů s těžkým mentálním postižením pro něž nebude pracovní zařazení (ani v rámci chráněných pracovišť) náplní jejich života.*“ (Střednědobá koncepce státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením).

V Národním plánu podpory a integrace osob se zdravotním postižením na období 2006-2009 je v části o vzdělávání především zdůrazňována integrace žáků s postižením do škol hlavního proudu a to jak z důvodu možnosti volby postiženého (jeho rodičů), tak i z hlediska posilování povědomí majoritní populace. K dosažení toho cíle je definováno několik opatření, nichž se žádné speciálně nevěnuje mentálně postiženým a duševně nemocným dětem. Hovoří se o zavedení center integrované podpory ve speciálních školách, rozšiřování výchovného a vzdělávacího poradenství a o uplatňování alternativních metod vzdělávání dětí s postižením.

## **Oblast přístupu ke službám**

### **NAPSI 2004-2006**

#### *Stav*

##### Dostupnost sociálních služeb

Sociální služby jsou hůře dostupné v oblastech s menším zalidněním, kde jsou i nedostatečné podpůrné služby pro osoby s mentálním postižením. Neziskové organizace, které poskytují sociální služby a přinášejí nové přístupy a metody, jsou z hlediska financování zajištěny hůř než zařízení státní a krajská.

##### Dostupnost bydlení

V oblasti bydlení je největším problémem jeho ekonomická nedostupnost. Pro skupinu mentálně postižených a duševně nemocných je ve srovnání s ústavní péčí rozsah možného chráněného a podporovaného bydlení nižší a nedostačující, přestože se v NAPSI 2004-2006 uvádí, že „*mezi nejvíce ohrožené sociálním vyloučením patří zejména osoby se zdravotním postižením žijící v ústavních zařízeních. V ústavních zařízeních s celoročním pobytem žije přibližně 19 tisíc se zdravotním postižením ( z toho 15 tisíc osob s mentálním nebo kombinovaným postižením).*“ (Národní akční plán sociálního začleňování 2004-2006).

#### *Strategie*

##### Dostupnost sociálních služeb

V oblasti sociálních služeb bylo mezi strategickými cíli identifikována potřeba decentralizovat sociální služby, zvyšovat jejich kvalitu, podporovat služby, které umožňují klientovi život v přirozeném prostředí, a zajistit dostatečnou nabídku všech typů sociálních služeb.

##### Dostupnost bydlení

Hlavním strategickým cílem bylo zvoleno zajištění přístupu ke kvalitnímu a bydlení pro osoby ohrožené sociálním vyloučením. Z definovaných dílčích cílů se k problematice chráněného a podporovaného bydlení vztahuje pouze bod : „*pokračovat v poskytování podpory na výstavbu bytů plnících sociální funkci, pro osoby, které se nemohou finančně podílet na pořízení vlastního bydlení, dále pro osoby, které jsou ohrožené sociálním*



vyložením ... z důvodu zdravotního stavu...“ (Národní akční plán sociálního začleňování 2004-2006).

*Opatření*

#### Dostupnost sociálních služeb

V rámci posílení sociální inkluze vyčleněných osob budou podporovány sociální služby a projekty, které pomáhají integraci a setrvání klienta v jeho přirozeném prostředí. Budou podporovány inovativní projekty a projekty transformací velkých rezidenčních zařízení v integrující typy sociálních služeb. Nabídku sociálních služeb na nejnižších úrovních bude pomáhat formovat komunitní plánování na bázi vyjednávání mezi klienty, organizacemi poskytujícími sociální služby a obcemi kraji.

#### Dostupnost bydlení

Mezi opatření, která směřují k zabezpečení bytů pro všechny, patří také realizace Programu na výstavbu podporovaných bytů. Na financování toho programu byla vyčleněna v letech 2004-2006 částka 590 mil. Kč. V jeho rámci je možné realizovat výstavbu chráněných bytů pro osoby s postižením a nízkou soběstačností.

*Implementace NAPSI 2004-2006 v oblasti dostupnosti služeb a bydlení*

#### Dostupnost sociálních služeb

Důležitým krokem, který podporuje setrvávání osob s postižením v přirozeném prostředí bylo zavedení příspěvku na péči, který slouží k zajištění pomoci při péči o vlastní osobu. Kvalita služeb je zvyšována v rámci programu Kvalita sociálních služeb, který se zaměřuje na systém kvality a kontrolu kvality poskytovaných služeb. Kraje budou dále zpracovávat střednědobé plány rozvoje sociálních služeb a v rámci projektu Zajištění místní a typové dostupnosti sociálních služeb je podporováno komunitní plánování.

#### Dostupnost bydlení

V rámci Programu na výstavbu podporovaných bytů bylo v roce 2004 vystavěno 787 chráněných bytů za využití finančních prostředků ve výši 601 300 tis. Kč. V roce 2005 bylo postaveno 561 chráněných bytů za 381 095 tis. Kč. V porovnání s jinými typy podporovaného bydlení bylo chráněných bytů vystavěno výrazně více.

### **NAPSI 2006-2008**

K problematice dostupnosti sociálních služeb a dostupnosti bydlení se pouze rámcově vztahuje Prioritní cíl 1 NAPSI 2006-2008. Mezi cíli je uvedeno: „posílit dovednosti spojené se starostí o bydlení a domácnost...“, „zvýšit informovanost jednotlivých aktérů sociálních služeb (např. poskytovatelů, uživatelů sociálních služeb), zejména ve vztahu k přijatému zákonu o sociálních službách“ (Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2006-2008). V oblasti sociálních služeb budou podporovány terénní a ambulantní sociální služby poskytované klientům v jejich přirozeném prostředí. Blíže se problematice dostupnosti služeb pro mentálně postižené a duševně nemocné občany NAPSI 2006-2009 nevěnuje.

Národní akční plány i jiné dokumenty vypracované Vládním výborem pro zdravotně postižené občany nehovoří specificky o skupině mentálně postižených a duševně nemocných. Dokumenty jsou koncipovány velmi obecně a velká část z konkrétních opatření, která se chystají zavést, nijak nepřispějí ke zlepšení života této skupiny, protože jsou určena pro tělesně a smyslově postižené. NAPSI se nedostatečně zaměřují na skupinu mentálně postižených duševně nemocných a ve vztahu k této skupině se v nejbližší budoucnosti budou realizovat opatření, která jsou již zavedena. Chybí dostatečné zacílení opatření a inovativnost.

## Literatura:

- Giddens, A. (2001). Třetí cesta. Praha: Mladá fronta.
- Hejzlar, P.(2004): Komunitní péče v psychiatrii a psychosociální rehabilitace, Acta Psychiatria Postgradulia Bohemica 2/2004, Grada in Šupa, J.(2006).Expertíza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“, [http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/expertiza\\_odo.doc](http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/expertiza_odo.doc)
- Cháb, M. Svět bez ústavů. Praha: QUIP, 2004
- Kopřiva, K. Lidský vztah jako součást profese. 4. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-429-X
- Matoušek, O. Ústavní péče. 2. vyd. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85850-76-1
- Metodika hodnocení kvality sociálních služeb pro občany se zdravotním postižením. Praha: MPSV, 2001. 71s (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/589/metodika.doc>.)
- Novosad, L. Základy speciálního poradenství. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5
- MPSV, 2005, 92 s. Národní akční plán sociálního začleňování. Vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2005. ISBN 80-86878-15-5
- Percy-Smith, J. (2000). Introduction: The Contours of Social Exclusion. In: J. Percy-Smith (ed.), Policy Responses to Social Exclusion. Towards Inclusion? 1-21. Buckingham: Open University Press in Nováková T.,(2006). Psychosociální aspekty sociálního vyloučení Romů
- Room, G. (1995). Beyond the Threshold: The Measurement and Analysis of Social Exclusion. Policy Press: Bristol
- Silver, H. (1994). Social Exclusion and Social Solidarity: Three Paradigms. International Labour Review, 133 (5-6), 531-578. . in Nováková T.,(2006). Psychosociální aspekty sociálního vyloučení Romů
- Standardy kvality sociálních služeb. Dotisk 1. vyd. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. 2002. ISBN 80-86552-23-3
- ÚZ Sociální zabezpečení. 1. vyd. Ostrava: Sagit. ISBN 80-7208-357-0
- Švarcová, I. Mentální retardace. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7
- Šupa, J.(2006).Expertíza pro cílovou skupinu „osoby s duševním onemocněním“, [http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/expertiza\\_odo.doc](http://www.domovypotrebnych.cz/main/docs/expertiza_odo.doc)
- Thornicroft, G., Ph.D., Bebbington P., Leff J.(2005): Outcomes for Long-Term Patients One Year After Discharge From a Psychiatric Hospital,dostupné <http://ps.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/56/11/1416?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&author1=thornicroft&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&resourcetype=HWCIT>
- Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál. 1999. ISBN 80-7178-214-9
- Vysokajová, M. Hospodářská, sociální a kulturní práva a zdravotně postižení. 1. vyd. Praha: Nakladatelství Karolinum, 2000. ISBN 80-246-0057-9
- Walker A. (1997). The Strategy of Inequality. In: A. Walker, C.Walker (eds.), Britain Divided: The Growth of Social Exclusion in the 1980s and 1990s. London: Child Poverty Action Group. in Nováková T.,(2006). Psychosociální aspekty sociálního vyloučení Romů

www stránky:

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/naps\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/naps_en.htm)

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_inclusion/objectives\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_inclusion/objectives_en.htm)

<http://www.vlada.cz/dokument6473.html>

<http://www.vlada.cz/scripts/detail.php?id=15720>