

**Náklady na ústavní sociální péči
a služby podporovaného a chráněného bydlení**

Anna Červenková
Daniela Bruthansová

VÚPSV Praha
červen 2004

Obsah

1.	Úvod	3
1.1	Cíl zadání	3
1.2	Použitá metodika	4
2.	Pojem chráněného a podporovaného bydlení	5
2.1	Chráněné a podporované bydlení jako subsystém bydlení sociálního	5
2.2	Definice podle MPSV	5
2.3	Definice podle MMR	6
2.4	Názory nestátních neziskových organizací	6
2.5	Definice pro účely této práce	7
3.	Problematika podporovaného a chráněného bydlení z pohledu poskytovatelů převážně z řad NNO	8
4.	Analýza situace v obcích	14
5.	Porovnání výdajů na 1 klienta v ústavní péči a v chráněném bydlení	24
5.1	Prameny, metodika a popis souboru	24
5.1.1	Ústavní péče	24
5.1.2	Neziskové organizace	26
5.1.3	Zásadní odlišnosti ve financování ÚSP a NNO	26
5.2	Neinvestiční výdaje na jednoho klienta ÚSP a podíl úhrady	27
5.3	ÚSP a tzv. „úspory z rozsahu“	33
5.4	Vztah mezi výdaji a zdravotním stavem klientů v ÚSP	35
5.5	Vztah mezi výdaji a počtem zaměstnanců na 1 klienta v ÚSP	37
5.6	Porovnání výdajů na 1 klienta chráněného bydlení a ÚSP	39
6.	Chráněné a podporované bydlení z pohledu odborného lékaře psychiatra (<i>MUDr. Zdeněk Bašný</i>)	44
7.	Pohled klinického psychologa na podporu v bydlení (<i>PhDr. Václava Probstová, CSc</i>)	48
8.	Systém podpory v bydlení pro osoby s duševním onemocněním ve světle zahraničních zkušeností (<i>MUDr. Jan Pfeiffer</i>)	54
9.	Shrnutí a doporučení	62
	Seznam tabulek a grafů v textu	65
	Literatura	67
	Přílohy	

1. Úvod

Ve většině vyspělých zemí se v současné době prosazují trendy integrovat osoby s různým zdravotním omezením - ať již z důvodu pokročilého stáří či zdravotního handicapu - do společnosti a zamezit tak jejich sociálnímu vyloučení. Konečným cílem je osobám, které jsou alespoň částečně soběstačné, umožnit prožít co možná nejvíce plnohodnotný život, ať již v domácím prostředí, nebo v prostředí co nejvíce se mu podobajícím.

V České republice se zatím nejčastějším východiskem z často těžko řešitelné situace osob, které nejsou zcela samostatné, jeví péče ústavní. Takový stav pochopitelně není ideální. Pobyt v ústavních zařízeních může mít nepříznivý dopad zejména na psychiku jeho obyvatel - bezperspektivnost, nedostatek či absence soukromí, nemožnost navazovat partnerské vztahy atd. Přitom finanční výdaje spojené s pobytem a dalšími službami v ústavních zařízeních nejsou zanedbatelné. Přes finanční spoluúčast klienta výdaje na ústavní péči několikanásobně překračují výdaje na pobyt v rodině nebo v zařízeních rodinného typu.

Navíc osoba, která je schopna žít ve svém či adekvátně přizpůsobeném prostředí a maximálně využívat zbytky svého pracovního potenciálu nejenže není doživotně odkázána výhradně na dávky a služby sociální péče, ale sama může být do jisté míry podle rozsahu svého postižení i daňovým poplatníkem a přispívat k tvorbě hrubého domácího produktu. Je samozřejmé, že o sociálním vyloučení nemůže být ani řeči.

1.1 Cíl zadání

Cílem projektu je porovnat společenskou výhodnost takových sociálních a zdravotních služeb, jejichž poskytování umožní v maximální možné míře samostatný, co nejvíce plnohodnotný život handicapovaným lidem.

Spadá sem především porovnání nových forem typů rezidenčních služeb s výdaji na služby poskytované formou ústavní péče. K tomu by měly sloužit získané údaje o průměrných výdajích na chráněné a podporované bydlení a jejich porovnání s průměrnými výdaji v ústavních zařízeních poskytujících adekvátní služby. Jedná se o zařízení, spadající do resortu MPSV, jejichž zřizovatelem je stát, od 1.1.2003 kraj, obec či jiný nestátní subjekt.

Kromě výše výdajů, které, jak v dalším uvidíme, jsou u chráněného bydlení nižší než u ústavní péče, hraje nezanedbatelnou roli i přínos nemateriální. Větší míra samostatnosti a odpovědnosti se pozitivně odráží i v narůstajícím počtu sociálních kontaktů a nakonec i ve zdravotním stavu osoby, která je klientem chráněného a podporovaného bydlení.

Samotná koncepce chráněného a podporovaného bydlení vznikla a rozvíjela se původně jako „alternativní“ způsob péče o pacienty trpící duševním onemocněním. Od poloviny minulého století dochází ve vyspělých demokratických zemích k univerzálnímu chápání lidských práv a v souvislosti s tím i k hledání nových cest pro pacienty psychiatrických léčen. A to tak, aby se pacient z dosavadní role závislého subjektu téměř bez odpovědnosti a kontaktu s realitou běžného života stal rovnoprávným partnerem zdravotnického zařízení.

Paralelně s vlnou kritiky péče o pacienty s psychiatrickou diagnózou začalo v 60. letech minulého století hledání nových tzv. „alternativních“ cest, kdy by i nadále byla poskytována lidem s duševním onemocněním potřebná pomoc, která by je ale nevytrhávala z běžného života, naopak by přispěla k jejich začlenění do společnosti.

Tento proces, nazývaný reformou psychiatrické péče či procesem deinstitucionalizace nebo tvorbou komunitní psychiatrie, spočívá v hledání nejvhodnějších forem chráněného či podporovaného bydlení v rámci běžné komunity, tj. mimo institucionální rámec psychiatrických zařízení.

Jak již bylo výše řečeno, chráněné a podporované bydlení se netýká pouze osob s psychickým onemocněním, ale okruh možných příjemců je daleko širší. Přesto převážnou

část příjemců této služby tvoří osoby s psychickým onemocněním včetně osob s mentálním handicapem. Proto jsme názory odborníků čerpali právě z této oblasti.

1.2 Použitá metodika

- Vymezení pojmu "chráněné bydlení" - analýza přístupu MPSV, MMR a nestátních neziskových organizací (NNO)
- Terénní sondy u vybraných poskytovatelů chráněného bydlení z řad NNO
- Dotazníkové šetření o názorech obcí
- Propočet výdajů¹ na ústavní péči podle dat MPSV a srovnání s výdaji NNO
- Popis zkušeností chráněného a podporovaného bydlení v zahraničí
- Stanoviska vybraných odborníků
 - a) psychiatra
 - b) psychologa
 - c) sociálního pracovníka

¹ Místo pojmu „náklady“ obsaženého v názvu práce „Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení“ pracujeme v ekonomické části analýzy většinou s pojmem „výdaje“ vzhledem k tomu, že námi použitý základní zdroj informací „Roční výkaz o zařízeních sociální péče Soc.(MPSV) V 1-01“ uvádí jako ekonomický ukazatel činnosti ÚSP výdaje (nikoli náklady). Pojem „náklady“ používáme tam, kde jde o vyjádření nákladové struktury.

2. Pojem chráněného a podporovaného bydlení

Bydlení je do značné míry výrazem sociálního statutu dané osoby (domácnosti). Pořízení bytu jako nákladného statku velmi dlouhodobé spotřeby znamená investici, která je u některých osob (domácností) nad jejich finanční možnosti. Prevencí sociální exkluze podobných nízkopříjmových domácností je institut sociálního bydlení. Necháme-li stranou absurdní situaci bytové politiky v ČR, kdy jako sociální bydlení jsou do jisté míry dotovány i domácnosti se střední i vyšší úrovní příjmů bydlící v bytech ve vlastnictví obcí nebo fyzických či právnických osob, představuje zajištění sociálního bydlení nespornou prioritu vlád evropských i mimoevropských zemí.

2.1 Chráněné a podporované bydlení jako subsystém bydlení sociálního

Pojem chráněného a podporovaného bydlení není v naší současné legislativě definován. Podle názoru odborníků z Evropského výboru pro sociální bydlení (CECODHAS) představuje chráněné a podporované bydlení určitý subsystém bydlení sociálního. Definice sociálního bydlení podle CECODHAS je následující: „Sociální bydlení je bydlení, jehož užívání se řídí pravidly přidělování upřednostňujícími domácnosti, jež mají problémy se získáním přiměřeného bydlení“.

Při stanovení cílových skupin vhodných pro sociální bydlení by podle CECODHAS mělo být přihlíženo k následujícím zranitelným skupinám: osamělí rodiče s dětmi, dlouhodobě nezaměstnaní, osamělé starší osoby, velké nebo mladé rodiny se závislými dětmi, zdravotně postižené osoby, přistěhovalci, uprchlíci, žadatelé o azyl, etnické menšiny, jiné osoby bez domova. Patří sem tedy osoby (domácnosti) handicapované čistě sociálně (např. dlouhodobě nezaměstnaní), handicapované zdravotně či osoby, u nichž se vyskytuje kombinace obou faktorů. Chráněné a podporované bydlení tak představuje určitý subsystém bydlení sociálního.

2.2 Definice podle MPSV

MPSV definuje chráněné bydlení velice široce jako "komplexní ubytovací službu, jejímž cílem je poskytnout lidem takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést samostatný život." Podrobnější vymezení podle MPSV pak obsahuje definice: "chráněné bydlení je komplexní rezidenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života." Do takto široce chápaného pojmu by podle MPSV patřila zejména tato zařízení:

1. domovy - penziony pro důchodce (DPD), jejichž zřizovateli je stát, obce, církve a NNO,
2. domy s pečovatelskou službou (DPS), jejichž zřizovateli jsou převážně obce,
3. azylové domy - zřizovatel stát, obce, církve, NNO,
4. domy na půl cesty - zřizovatel zejména obce a NNO,
5. noclehárny - zřizovatel zejména církve a NNO,
6. terapeutické komunity,
7. podporované bydlení.

Nevýhodou uvedeného přístupu MPSV je určitá „neostrost“ ve vymezení pojmů „podporované“ a „chráněné“ bydlení, které se vzájemně překrývají jak mezi sebou, tak i s dalšími sociálními službami.

Další - doufejme že dočasnou - nevýhodou uvedeného vymezení je fakt, že neodpovídá definicím podle dosud užívaného výkazu MPSV V-1 01, podle něhož samo MPSV sleduje zařízení sociální péče - např. pojem "terapeutická komunita" nebo "podporované bydlení" příslušný výkaz nedefinuje a zahrnuje mezi „ostatní zařízení“.

2.3 Definice podle MMR

Přesnější definici podporovaného bydlení uvádí Ministerstvo pro místní rozvoj (MMR) pro účel programu výstavby podporovaných bytů pro rok 2003: „**podporovaným bytem** je byt postavený se státní dotací podle tohoto programu“. Cílem programu je podpora výstavby nájemních bytů ve vlastnictví obce nebo dobrovolného svazku obcí pro osoby, které jsou znevýhodněny v přístupu k bydlení nejen z důvodů své sociální situace, ale také z dalších důvodů, z nichž vyplývají jejich zvláštní potřeby v této oblasti. Takovými důvody mohou být např. zdravotní stav či věk a z něj plynoucí zdravotní a sociální důsledky, nepříznivé sociální okolnosti, které znemožňují znevýhodněným osobám zajistit si adekvátní bydlení a ohrožují je sociálním vyloučením. „**Chráněným bytem** je podporovaný byt v domě zvláštního určení, který je určený k uspokojování bytových potřeb osob mající zvláštní potřeby v oblasti bydlení z důvodů zdravotních či z důvodu pokročilého věku a který splňuje stavebně technické podmínky upravitelného bytu. „**Bytem na půl cesty** je podporovaný byt určený k uspokojování bytových potřeb osob, které mají zvláštní potřeby v oblasti bydlení z důvodu konfliktního způsobu života nebo rizikového prostředí, ve kterém žijí a které nejsou schopny bez pomoci samostatně řešit svou nepříznivou sociální situaci.“

Jak z výše uvedeného vyplývá, je zmiňovaný projekt MMR určen pro **investiční záměry obcí a dobrovolných svazků obcí**. Podporovaný byt je v tomto pojetí pojmem nadřazeným; může (ale nemusí) být využit jako byt chráněný (zejména pro osoby se zdravotním handicapem) nebo byt na půl cesty (převážně pro osoby handicapované sociálně).

2.4 Názory nestátních neziskových organizací

Nicméně však je třeba zdůraznit, že chráněným bydlením se v nezanedbatelné míře zabývají i další subjekty. Po roce 1989 vznikla v naší republice řada nestátních neziskových organizací (NNO), jejichž předmětem činnosti je kromě jiného i jiná než ústavní péče o handicapované spoluobčany. Klienti jsou většinou duševně nemocné či drogově závislé osoby, ale nejsou výjimkou i NNO zabývající se osobami s kombinovaným postižením či sociálně handicapovanými (např. bývalými obyvateli dětských domovů).

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

Stejně jako pro jiné sociální služby i pro chráněné bydlení platí, že "přetrvávajícím a velmi nešťastným rysem současného stavu je skutečnost, že financování státních a nestátních subjektů poskytujících sociální služby je oddělené a jejich poskytovatelé nemají rovný přístup k finančním prostředkům. Stejně nesprávné je bezesporu financování služeb podle kapacity, nikoli podle potřeby. V současnosti neexistují komplexní data o sociálních službách a nejsou prováděny kvalitativní analýzy." (viz návrh věcného záměru zákona o sociálních službách 2000).

Z pohledu řešitelů žádá z uvedených definic plně nevyhovuje. Samo chráněné bydlení představuje složitý komplex služeb, které jsou poskytovány velice široké a nesourodé skupině klientů. MPSV v současné době pracuje na vyjasnění pojmů z hlediska sociálního. Pohled MMR je naproti tomu pohledem investora. Nejbližší záměru této práce je názor nestátních neziskových organizací (NNO), které definují chráněné bydlení jako *alternativní formu péče o osoby se zdravotním či sociálním handicapem*. Nevýhodou definice NNO je však fakt, že zcela opomíjí stránku ekonomickou.

V oblasti bydlení lze osobě se zdravotním či sociálním handicapem poskytnout podporu, resp. péči dvojím způsobem: buď fyzickou (dočasnou nebo trvalou) přítomností

druhé, pečující osoby (ať již jde o pomoc při vedení domácnosti nebo jinak) anebo peněžním příspěvkem na výdaje spojené s bydlením.

Za pozornost stojí i návrh typologie služeb podpory bydlení pro duševně nemocné od Bc. Jana Palečka uvedený v příloze I.

2.5 Definice pro účely této práce

Pro účely této práce **podporovaným bydlením rozumíme takové bydlení, kde je osobě, která splňuje podmínky pro jeho poskytování, poskytována materiální nebo finanční podpora.**

Z tohoto hlediska do oblasti podporovaného bydlení fakticky spadá i regulované nájemné v ČR. Dochází tak k paradoxní situaci, že sociální dávku (kterou regulované nájemné bezesporu je) pobírá řada osob bez jakéhokoli sociálního důvodu.

Podporované bydlení může nabývat řady forem. Necháme-li stranou regulované nájemné, můžeme do něj zařadit zejména zařízení č. 1. až 4., která uvádí ve svém vymezení MPSV.

Chráněným bydlením rozumíme takový typ bydlení, které se v maximálně možné míře podobá bydlení ve vlastním domácím prostředí klienta, jemuž jsou po část dne nebo celý den poskytovány asistenční služby. Do takto vymezeného pojmu chráněného bydlení však v této práci nezahrnujeme formu asistenčních služeb poskytovaných ve vlastním, původním bytě klienta a v domech s pečovatelskou službou. Ačkoli domy s pečovatelskou službou (DPS) lze podle výše uvedené definice za chráněné bydlení považovat, zjišťování konkrétních srovnatelných údajů z obcí se ukázalo natolik obtížným, že jsme je do analýzy nezařadili.

Bydlení v podporovaném i chráněném bytě může nabývat různých právních forem (např. smlouva o osobním užívání bytu na dobu určitou či neurčitou, smlouva o ubytování atd.). Různá může být i požadovaná výše úhrady - záleží na typu zařízení a jeho provozovateli.

3. Problematika podporovaného a chráněného bydlení z pohledu poskytovatelů převážně z řad NNO

V první polovině roku 2003 jsme oslovili 30 subjektů, z nichž nám odpovědělo 24 (23 nestátních). Tito respondenti jsou z celé ČR. Z hlediska jejich právní formy je 11 z nich občanským sdružením, 6 církevní organizací, 2 obecně prospěšnou společností a zbylých 5 jsou nadace, výrobní družstvo, nezisková organizace, nestátní zdravotnické zařízení a rozpočtová organizace MPSV (ústav sociální péče). Jejich klienty nejsou pouze osoby duševně nemocné, ale i zdravotně postižení (popř. osoby s kombinovanými vadami) dále pak osoby drogově závislé, které se podrobily léčbě, a v neposlední řadě i osoby se sociálním handicapem např. mladí lidé - bývalí obyvatelé dětských domovů.

Respondenti odpovídali na jedenáct následujících otázek:

1. Pojem „chráněné bydlení“ není v současné době ustálen. Jak byste Vy - na základě Vašich zkušeností - tento pojem definovali?
2. Jaký typ chráněného bydlení Vaše organizace poskytuje? Mohou to být např.
 - a) samostatné bytové jednotky pohromadě v jednom domě (typ penzionů pro důchodce)
 - b) jednotlivé byty zvlášť v různých domech v téže obci
 - c) jiné uspořádání
3. Jaký počet klientů považujete za optimální
 - a) pro jeden byt
 - b) pro Vaši organizaci celkem
4. Jsou mezi Vašimi klienty pouze osoby se zdravotním postižením?
 - a) Jaké postižení převládá? (tělesné, mentální, kombinované)
 - b) Pečujete i o osoby bez tělesného a duševního handicapu, ale handicapované sociálně?
5. Mají Vaši klienti uzavřeny s Vámi nájemní smlouvy?
 - a) Jak postupujete v případě, když jde o klienta, který je zbaven způsobilosti k právním úkonům? (např. smlouvu podepisuje opatrovník)
 - b) Jaký je vztah opatrovníků k vedení Vaší organizace?
6. Náklady² na služby chráněného bydlení celkem a na jednoho klienta
 - a) čisté nájemné
 - b) služby spojené s bydlením
 - c) energie
 - d) ostatní
7. Zdroje financování (spoluúčast klientů, příspěvky státu, sponzoring, vlastní prostředky organizace).
8. Personální zajištění (počet pracovníků přepočtených na celé úvazky) celkem a na jednoho klienta
9. Jak se klienti podílejí na financování svého bydlení podle nákladových položek? Nákladové položky: čisté nájemné, služby spojené s bydlením (teplo, vodné a stočné, odpad, úklid společných prostor apod.), energie kromě tepla (spotřeba elektřiny a plynu), televizní poplatky aj.
10. Interní pravidla pro výpočet spoluúčasti klientů.
11. Jaké služby kromě vlastního bydlení (střechy nad hlavou) navíc poskytlujete? (Např. úklid, praní, zajištění rehabilitační péče, práce v chráněných dílnách apod.). Kdo tyto služby poskytlujete?
 - a) Vaše organizace
 - b) jiné organizace

² viz poznámka 1

Otázka č. 1 - Definice chráněného bydlení

Převážná většina respondentů se při stanovení definice chráněného bydlení obsahově ztotožnila s definicí pracovní skupiny při MPSV, že „chráněné bydlení je komplexní rezidenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života.“ Příjemci této sociální služby jsou osoby, které jsou v důsledku nemoci nebo postižení dlouhodobě či trvale znevýhodněny. Někteří klienti definují chráněné bydlení i co do délky jeho trvání, někteří je stanovují jako časově neomezené (popř. doživotní), jiní (ti jsou ve výrazné menšině) je deklarují jako časově omezené. Vysvětlení tohoto rozdílného způsobu časového určení lze spatřovat v různé skladbě klientů jednotlivých subjektů, kterým je tato služba poskytována. Časově omezené chráněné bydlení je realizováno u klientů se sociálním handicapem či osob, které se podrobily léčbě drogově závislých. Zde má tato služba pouze přechodný charakter, kdy při odstranění handicapu je zpravidla možný návrat klienta do normálního života. Časově neomezené poskytování chráněného bydlení se realizuje především u klientů s mentálním či těžkým tělesným postižením (popř. s kombinací obou handicapů). V takovémto případě je cílem chráněného bydlení podpora nároku na svobodný život dospělého člověka s postižením a prohlubování jeho soběstačnosti a integrace do společnosti.

Otázka č. 2 Jaký typ chráněného bydlení Vaše organizace poskytuje?

Z odpovědí respondentů na tuto otázku vyplývá, že provozovaný typ chráněného bydlení ovlivňuje několik faktorů. Především jsou to možnosti zřizovatele, tj. jaké bydlení se mu podařilo získat, a v neposlední řadě i typ poskytované služby v závislosti na okruhu klientů a jejich potřebách.

Samostatné bytové jednotky pohromadě v jednom domě provozuje 9 klientů, (v jednom případě jsou tyto bytové jednotky v areálu ústavu sociální péče). Pouze jeden respondent uvedl, že výhradně provozuje chráněné bydlení v jednotlivých bytech zvlášť v různých domech v téže obci. V tomto případě se navíc jedná o tzv. tréninkové bydlení. Zbytek, a to je nadpoloviční počet respondentů, uvedl, že používá jiné vlastní uspořádání.

Jde např. o společné bydlení v jednom domě, kdy klienti mají vlastní samostatné pokoje a společné sociální zařízení, kuchyň a obývací pokoj (popř. klubovnu) či jeden byt pro několik klientů. Jiní respondenti uvedli, že provozují všechny tři v dotazníku uvedené typy bydlení, další pak provozují zároveň skupinové, individuální i podporované bydlení integrované v běžné zástavbě nebo provozují dům na půl cesty s časově omezeným ubytováním a zároveň provozují i byty v běžné zástavbě pro dlouhodobé užívání. V jednom případě kromě výše uvedených typů bydlení je zároveň provozován jako chráněné bydlení i domov pro zdravotně postižené občany.

Otázka č. 3 Jaký počet klientů považujete za optimální?

a) Počet, optimální pro 1 byt.

Také v odpovědi na tuto otázku nezaujali respondenti zcela shodné stanovisko. V čem se však všichni shodují je to, že poskytované bydlení by mělo být co nejvíce podobné bydlení v běžné realitě. Od toho se odvíjí počet klientů bydlících v jednom bytě. V malometrážních bytech jsou klienti ubytováni zpravidla sami nebo s druhou osobou (ideální je bydlení manželského páru). 6 respondentů ubytovává 2 klienty v jednom bytě. V případě, že poskytovatel ubytování má k dispozici několikapokojové byty, jsou tam ubytováni 3 - 4 klienti (buď po jednom v každém pokoji nebo po dvou se společným obývacím pokojem), v jednom případě s nimi bydlí asistent. Dva respondenti poskytují bydlení i rodinám s dětmi, v tomto případě je handicapován zpravidla jeden člen rodiny. Jeden respondent považuje za

vhodné ubytování ve větším bytě 5 - 7 osobám. V případě ubytování v rodinném domku kolísá počet ubytovaných osob mezi 5 - 9.

b) Optimální počet z hlediska organizace

Odpovědi respondentů odrážely jejich kapacitní a finanční možnosti. Nejčastěji (v 7 případech) byl jako optimální pro subjekt uváděn počet 24 - 45 klientů. V jednom případě dokonce respondent uvedl, že pro ně je optimální 28 - 83 klientů (v tomto případě se však jedná o bydlení rodin, ve kterých pouze někteří její členové jsou handicapovaní). Ostatní pak uvádějí výrazně nižší počet. Pro 4 respondenty je optimální počet klientů 10 - 11. Zbytek respondentů poskytuje tuto službu 2 - 6 klientům. Nicméně většina respondentů je toho názoru, že chráněné bydlení včetně domů na půli cesty nemůže poskytovat bydlení většímu počtu klientů soustředěným na jednom místě. Důvodem je, že takováto forma bydlení by ztratila „rodinnou pohodu“ a přiblížila by se ústavním poměrům, což by bylo v přímém rozporu s účelem této služby.

Otázka č. 4 Jsou mezi Vašimi klienty pouze osoby se zdravotním postižením nebo též osoby handicapované sociálně? Jaké postižení převládá?

Z odpovědí respondentů vyplývá, že okruh osob, kterým poskytují své služby, je značně pestrý. V 8 případech je chráněné bydlení poskytováno klientům s nejrůznějšími typy handicapu, a to jak mentálním, tak tělesným či v kombinaci obou. Mezi klienty jsou i osoby nevidomé, se ztrátou končetin či autisté. Dalších 8 respondentů poskytuje služby výhradně klientům s mentálním postižením. Po jednom z respondentů mají jako klienty osoby léčící se ze závislosti na omamných a psychotronických látkách a invalidní seniory. Zbytek respondentů pak pečuje výhradně o klienty s kombinovanými vadami.

Také na další část otázky jsme obdrželi různé odpovědi. Pouze 2 respondenti poskytují chráněné bydlení klientům, kteří mají výhradně sociální handicap. 6 respondentů sice pečuje o klienty se sociálním handicapem, avšak tito mají v kombinaci ještě další handicap jako (např. psychotici v nepříznivé sociální situaci, osoby léčící se ze závislosti na omamných a psychotropních látkách) jeden respondent poskytuje chráněné bydlení osobám se sociálním handicapem pouze dočasně (po otevření střediska a zajištění rehabilitace se bude orientovat na klienty s kombinovanými vadami), 7 respondentů ve své odpovědi uvedlo, že o klienty se sociálním handicapem nepečuje, dalších 7 se k této otázce nevyjádřilo. Lze důvodně předpokládat i jejich negativní odpověď.

Otázka č. 5 Nájemní smlouvy, vztah organizace a opatrovníků

Samotný institut chráněného bydlení je realizován několika způsoby. Deset respondentů nám sdělilo, že s klienty mají uzavřenu nájemní smlouvu. Z toho jeden respondent přešel k uzavírání nájemních smluv tohoto typu poté, co se mu neosvědčil model, kdy klient uzavíral nájemní smlouvu přímo s realitní společností, která spravovala byty, které jsou ve vlastnictví obce. Důvodem takovéto změny byla především nemožnost pro organizaci zajišťující tuto službu, s bytem disponovat a podle potřeby přeskupovat klienty. Tři klienti zdůraznili, že nájemní smlouvu uzavírají s klienty výhradně na dobu určitou. V těchto případech se zpravidla jedná o klienty s duševním onemocněním, kdy chráněné bydlení má tréninkový charakter. Jeden respondent rovněž uvedl, že nájemní smlouvu je možné opakovaně prodloužit, a to maximálně dvakrát, vždy po 6 měsících.

Ostatní respondenti s klientem nájemní smlouvu neuzavírají a právní vztah mezi ním a poskytovatelem chráněného bydlení řeší jiným způsobem. Dva respondenti uvedli, že s klientem mají uzavřenu smlouvu o poskytování služeb. Zbytek řeší celou věc tak, že například s klientem uzavírají smlouvu o chráněném bydlení, smlouvu o ubytování, smlouvu

o pobytu vymezující podmínky pobytu, smlouvu o podnájmu bytu, jejíž součástí je dohoda o spolupráci včetně individuálního rehabilitačního plánu.

Otázku spoluúčasti klienta, který je zbaven zcela nebo z části způsobilosti k právním úkonům, řeší námi vybraní respondenti s citlivým přístupem k takovému klientovi.

Nepovažují ho za bytost, kterou lze proti její vůli libovolně umístit kamkoliv, ale naopak se jej snaží zapojit do rozhodovacího procesu. Tak například ve třech případech smlouvu vedle opatrovníka podepisuje také klient. Další dva respondenti uvedli, že před podpisem smlouvy opatrovníkem je klient s ní vždy seznámen, nebo přestože smlouvu uzavírá opatrovník, je snaha organizace napřed vše klientovi vysvětlit a ponechat mu právo se rozhodnout, zda chce bydlet v chráněném bydlení.

Vzhledem k rozdílnému spektru klientů dle jejich handicapů, kterým naši respondenti poskytují chráněné bydlení, v deseti případech nám bylo sděleno, že respondenti nemají klienty zbavené způsobilosti k právním úkonům.

V odpovědi na otázku, která se týká vztahů respondentů a opatrovníků osob zbavených způsobilosti k právním úkonům, respondenti vesměs uvedli, že dobré vztahy s opatrovníky jsou pro chod chráněného bydlení a celkovou spokojenost klientů nezbytné. Vztahy mezi respondenty a opatrovníky jsou dobré, v případě rozporu mezi opatrovníkem a osobou zbavenou způsobilosti k právním úkonům se organizace snaží o zprostředkování a urovnání rozporu. Dokonce i v případech, kdy respondenti nemají klienty, kteří jsou zbaveni způsobilosti k právním úkonům, považují za nezbytné spolupracovat s jejich zákonnými zástupci či rodinnými příslušníky. Pouze tři respondenti uvedli, že tuto otázku nedokáží posoudit.

Otázka č. 6 Náklady na služby chráněného bydlení celkem a na jednoho klienta

Náklady i úhrada se u jednotlivých respondentů (poskytovatelů služby) značně liší. Podrobnější rozbor viz bod 5.6, kde jsme pro zajištění srovnatelnosti jednotlivé údaje ještě telefonicky upřesnili podle metodiky výkazu MPSV V1-01.

Otázka č. 7 Zdroje financování

V souladu s očekáváním průzkum ukázal, že všechny subjekty poskytující chráněné bydlení mají vícezdrojové financování. Prakticky ve všech případech se klienti spolupodílejí na financování. Podíl úhrady klientů na neinvestičních výdajích se pohybuje od 1% do 100%; v jednom případě je vykázána úhrada vyšší než výdaje. V tomto případě jde o chráněné bydlení, jehož zřizovatelem je ÚSP pro mládež s mentálním postižením. Úhrada klientů je zde vypočtena v souladu s vyhláškou MPSV č. 82/1993 Sb. a vyhláškou č. 83/1993 Sb., zahrnuje i stravování a je proto z celého souboru zdaleka nejvyšší. Výdaje na jednoho obyvatele jsou zde naopak ve srovnání s průměrnými výdaji na jednoho svěřence v ÚSP pro mentálně postižené neúměrně nízké, takže se lze oprávněně domnívat, že nejsou vykázány zcela přesně.

Šestnáct respondentů uvedlo, že získávají dotace na provoz od státu, resp. od MPSV. Tyto dotace zpravidla kryjí výdaje na chráněné bydlení více než z jedné poloviny. Tři respondenti získávají příspěvky na chráněné bydlení od krajských úřadů, 5 respondentů získává příspěvky od magistrátu a stejný počet od obcí. 4 subjekty získaly grant od MPSV, jeden grant magistrátu.

12 respondentů používá k financování i vlastní prostředky, např. získané z prodeje výrobků a služeb či z výnosů družstva³.

V případě církevních organizací jsou prostředky na chráněné bydlení získávány i z domácích či zahraničních sbírek. Rovněž sponzoring hraje nezanedbatelnou úlohu

³ Jedná se o výrobní družstvo, které svým handicapovaným členům poskytuje kromě práce i bydlení. V tabulce 22 není toto družstvo zahrnuto, neboť se nám nepodařilo získat srovnatelné údaje.

v získávání finančních prostředků. Jako jeden ze zdrojů příjmu jej uvedlo 15 respondentů. V jednom případě sponzoring činí dokonce 47% všech příjmů.

Otázka č. 8 Personální zajištění

Bylo zjištěno, že jak počet zaměstnanců (v přepočtu na plný úvazek) na 1 obyvatele, tak i jejich složení se velmi liší. Respondenti uvádějí, že na provozu se nepodílejí pouze stálí zaměstnanci, ale i dobrovolníci, studenti na praxi, vojáci na civilní službě. V započítávání těchto pracovníků však není jednota. Podrobnější rozbor viz bod 5.6.

Otázka č. 9 Jak se klienti podílejí na financování svého bydlení podle nákladových položek?

V odpovědi na tuto otázku 12 respondentů uvedlo, že jejich klienti mají stanovenou pevnou částku jak za měsíční nájemné, tak za služby spojené s bydlením, zahrnující služby a energie. Kromě toho u některých z těchto respondentů je stanovena měsíční pevná částka za další služby, především na stravování, ať již za odebrání stravy či příspěvek do společného stravovacího fondu nebo poplatky za asistenční službu. Další možností podílení se na nákladech spojených s bydlením je stanovení těchto nákladů klientům stejným způsobem jako v obecních nájemních bytech (nájem plus poplatky za vodu a energie podle skutečné spotřeby). Takovýmto způsobem postupují u svých klientů 4 respondenti. Tři respondenti stanovili výše uvedené poplatky jako v ÚSP, tj. podle příslušné vyhlášky MPSV, v jednom případě i včetně stravy. Zbytek respondentů řeší tuto problematiku jiným způsobem - stanovením měsíční výše úhrady za 1m² podlahové plochy s připočtením příslušného podílu úhrad za energii a služby spojené s bydlením nebo stanovením pevné částky za lůžko/noc zvýšené o příplatek za nadstandard. Jiným řešením je v případě výrobního družstva⁴ stanovení podílu na výdajích za ubytování a služby ve výši 37% (zbytek hradí družstvo), v jednom případě klienti neplatí nájem, pouze pevnou částku zahrnující energie a služby.

Otázka č. 10 Interní pravidla pro výpočet spoluúčasti klientů.

Interní pravidla pro výpočet spoluúčasti klientů má prakticky každý respondent odlišná. Tak např. ve třech případech respondenti postupují podle vyhlášky MPSV č. 82/1993 Sb. a vyhlášky č. 83/1993 Sb., z toho v jednom případě je stravovací jednotka navýšena. Ve dvou případech je částka stanovena tak, aby kryla náklady spojené s ekonomickým provozem bytu. Další dva respondenti uvedli, že při výpočtu postupují stejně jako v případě nájmu obecních bytů s tím, že náklady na energie a služby jsou hrazeny podle aktuálních cen. Dalším způsobem výpočtu spoluúčasti klientů chráněného a podporovaného bydlení je stanovení paušální platby (75 Kč měsíčně za 1 m² obytné plochy plus 500 Kč za úhrady za energie a služby nebo 73 Kč za noc a lůžko, zvýšeno o 30% za nadstandard, popřípadě paušální platba 1500,- Kč měsíčně plus poplatky za rozhlas a televizi). Zbytek respondentů při stanovení interních pravidel vychází z finančního příjmu klienta a zbytek je dotován organizací (popř. družstvem).

Pouze jeden respondent uvedl, že žádná pravidla nemá, pět respondentů se k této otázce ve svých odpovědích nevyjádřilo.

Otázka č. 11 Jaké služby kromě vlastního bydlení navíc poskytujete? Kdo tyto služby poskytuje?

Prakticky každý subjekt poskytující chráněné a podporované bydlení se nespokojuje s pouhým zajištěním střechy nad hlavou pro své klienty. Z povahy věci vyplývá, že klienti jsou osobami nějakým způsobem handicapovanými, a ve vztahu o okolnímu světu proto

⁴ viz poznámka 3

křehčími a zranitelnějšími. Záleží dle typu postižení, jak jsou tyto osoby schopny se o sebe zcela nebo z části postarat vlastními silami a jak jsou schopné řešit „běžné záležitosti“ každodenního života.

Naši respondenti ve svých odpovědích uvedli nejrůznější typy služeb. 16 z nich uvedlo, že hlavní další službou je zvýšení či získání samostatnosti klientů při praktických dovednostech nutných při relativně samostatném životě ve „vlastní domácnosti“, jako je vaření, praní, úklid, nakupování, hospodaření s finančními prostředky, vyřizování záležitostí na úřadech či plánování a trávení volného času či získávání kontaktů se společenským prostředím. To je realizováno nejrůznějšími formami, ať již s pomocí podpory asistentů či zařazení klienta do rehabilitačního plánu nebo denního stacionáře či centra denních služeb. 5 respondentů umožňuje svým klientům se zapojit do nějaké pracovní činnosti, jako je doléčovací program formou individuálních nebo skupinových forem práce, práce ve vlastních chráněných dílnách, terapeutických dílnách či přechodné nebo podporované zaměstnání. Další respondent uvedl, že klientům v bytech na půli cesty poskytuje doprovod při hledání práce a pomoc při adaptaci a orientaci v novém prostředí. Dva respondenti kromě výše uvedených aktivit poskytují i sociálně právní pomoc. Jeden respondent uvedl, že pro závislé osoby má zřízeno konzultační centrum, provozuje resocializační kavárnu a právní a sociální poradnu.

7 respondentů kromě služeb poskytovaných vlastními silami organizace rovněž pomáhá zprostředkovat svým klientům i další služby. Jedná se zejména o práci v chráněných dílnách, o podporované zaměstnání, zprostředkování zaměstnání prostřednictvím jiných subjektů, zprostředkování osobní asistence poskytované např. Českou katolickou charitou, Diakonií, zajištění rehabilitační péče ve zdravotnických zařízeních a pro mladší klienty vzdělávání v pomocné nebo speciální škole.

4. Analýza situace v obcích

Pro zjištění stavu poskytování chráněného bydlení jsme provedli dotazníkové šetření ve všech mimopražských obcích. Situace v hl. m. Praze je totiž natolik specifická, že by vyžadovala zvláštní průzkum. Dotazníky jsme rozeslali na všech 205 obcí s rozšířenou působností a na vybraný vzorek z obcí ostatních. Ačkoli respondenti nebyli motivováni ničím jiným než dobrou vůlí nám pomoci⁵, návratnost byla velmi dobrá: obdrželi jsme 91 odpovědí z obcí s rozšířenou působností a navíc 66 odpovědí z obcí ostatních.

Procentní návratnost jsme vyčíslili pouze u obcí s rozšířenou působností, které jsou ve sledované oblasti nejdůležitější. Přehled návratnosti celkem a podle krajské příslušnosti obcí je v tabulce 2.

V dotazníku obce odpovídaly na následující otázky:

1. Je vám známa možnost chráněného bydlení ?
2. Existuje tato možnost na území Vaší obce (ať už provozovatelem je Vaše obec nebo nestátní subjekt)?
3. Pomáháte provozovatelům chráněného bydlení při získávání vhodných bytů, objektů k adaptaci, pozemků či jinak?
4. Podílíte se na vytipování či umístování vhodných klientů chráněného bydlení?
5. Pokud jste provozovatelem chráněného bydlení, sdělte nám prosím
 - a) zda uživatelé mají uzavřeny nájemní smlouvy na dobu určitou či neurčitou
 - b) jak se uživatelé podílejí na nákladech spojených s užíváním bytu
 - c) jakým způsobem řešíte případnou odměnu asistentů
 - d) kolik klientů žije ve Vámi provozovaném typu chráněného bydlení a jaký je charakter jejich handicapu (tělesný, mentální, kombinovaný, sociální)
 - e) jakou částkou ročně (odhadem) přispíváte na bydlení jednoho klienta
6. Pokud je provozovatelem chráněného bydlení na území Vaší obce jiný subjekt (např. církev nebo jiná nezisková organizace) přispíváte finančně?

Otázka č. 1 Je vám známa možnost chráněného bydlení ?

Při hodnocení vyplněných dotazníků jsme narazili na obdobný problém jako D. Hacaperková, která v citovaném článku uvádí, že některé obecní úřady „neposkytly na jednotlivé otázky jednoznačnou a srozumitelnou odpověď a v řadě případů nebylo možno ani závěr vyvodit z odpovědi na další otázky, popř. odpověď zcela chyběla“.

V odpovědích na první otázku (viz tabulka 1 a 2 a graf 1) se odrazila určitá nejednoznačnost v jejím chápání: některé obce ji chápaly ve smyslu „znáte institut chráněného bydlení“, kdežto jiné jako „poskytujete chráněné bydlení konkrétním klientům“. Jak jsme zjistili při analýze dalších odpovědí, některé obce pod pojem „chráněné bydlení“ zahrnují i domy s pečovatelskou službou, jiné dokonce i obecní byty s bezbariérovou úpravou. Nicméně i tak se v odpovědích na první otázku odrážejí některé zajímavé údaje. Vidíme zde zejména, že znalost problematiky i ochota odpovídat je lepší u obcí s rozšířenou působností: což nepřekvapuje, neboť tyto obce do značné míry převzaly úlohu bývalých okresních úřadů, a tím i určitou odpovědnost za situaci v regionu.

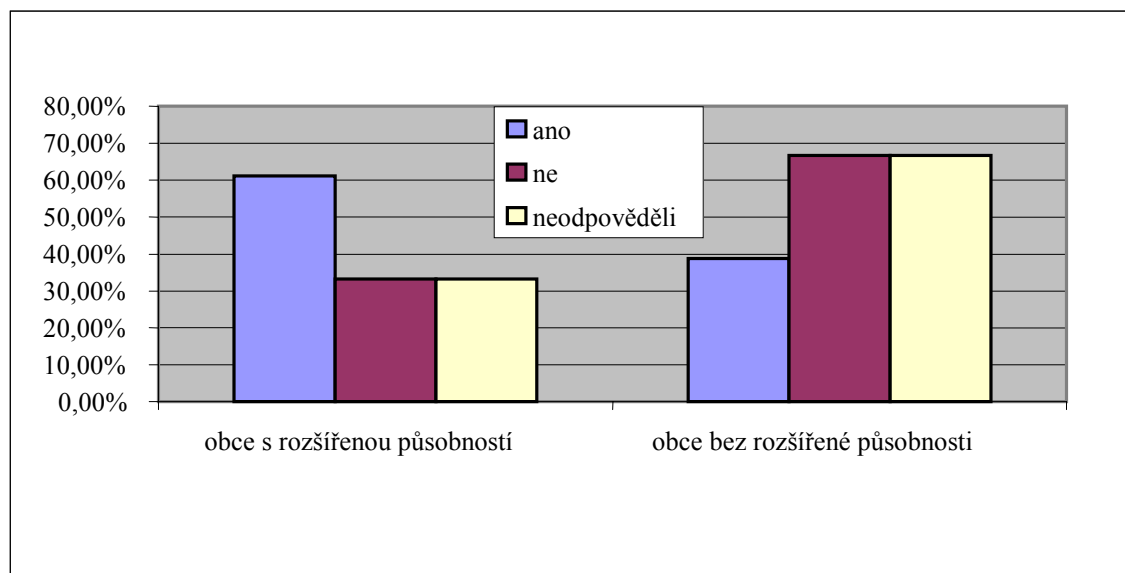
Zajímavé je i sledování četnosti odpovědí podle krajů, které jsme však provedli pouze za obce s rozšířenou působností (tabulka 2).

⁵ na rozdíl od MPSV nemáme jinou možnost - viz HACAPERKOVÁ, D.: K poskytování dávek sociální péče obecními úřady obcí s rozšířenou působností, In: Sociální politika, roč. 29 (2003) č. 9, s. 6 - 7

Tabulka 1 Informovanost: obce s rozšířenou působností a obce ostatní

„Je vám známa možnost chráněného bydlení?“	ano	ne	neodpověděli	celkem
obce s rozšířenou působností	85	4	2	91
obce bez rozšířené působnosti	54	8	4	66
celkem	139	12	6	157
% (z počtu obcí)				
obce s rozšířenou působností	93,4%	4,4%	2,2%	100,0%
obce bez rozšířené působnosti	81,8%	12,1%	6,1%	100,0%
celkem	88,5%	7,6%	3,8%	100,0%
% (z počtu odpovědí)				
obce s rozšířenou působností	61,2%	33,3%	33,3%	58,0%
obce bez rozšířené působnosti	38,8%	66,7%	66,7%	42,0%
celkem	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Graf 1 Informovanost o chráněném bydlení (podíl odpovědí podle typu obcí)



Největší podíl respondentů-obcí s rozšířenou působností byl v kraji pardubickém (73,3 %), z obcí bez rozšířené působnosti v kraji královéhradeckém. Nejnižší podíl respondentů-obcí s rozšířenou působností byl v kraji olomouckém (15,4 %), kde bylo také malé zastoupení obcí bez rozšířené působnosti (celkem z Olomouckého kraje odpověděly pouze čtyři obce).

Tabulka 2 Informovanost: obce s rozšířenou působností podle krajů

kraj	absolutní hodnoty					podíl respondentů (v%)
	ano	ne	neodpověděli	počet respondentů	počet obcí v kraji	
Středočeský	9	-	1	10	26	38,5%
Jihočeský	7	-	1	8	17	47,1%
Plzeňský	6	-	-	6	15	40,0%
Karlovarský	3	-	-	3	7	42,9%
Ústecký	8	-	-	8	16	50,0%
Liberecký	5	-	-	5	10	50,0%
Královéhradecký	6	-	-	6	15	40,0%
Pardubický	10	1	-	11	15	73,3%
Vysočina	5	-	-	5	15	33,3%
Jihomoravský	10	2	-	12	21	57,1%
Olomoucký	2	-	-	2	13	15,4%
Zlínský	7	-	-	7	13	53,8%
Moravskoslezský	7	1	-	8	22	36,4%
celkem	85	4	2	91	205	44,4%

Roztřídíme-li obce podle velikosti, zjistíme - v souladu s očekáváním - že větší obce jsou o možnosti chráněného bydlení informovány o něco lépe než obce menší. Obce nad 10 000 odpověděly vesměs „ano“ - s výjimkou jediné (Příbram), která danou otázku ponechala bez odpovědi.

Tabulka 3 Informovanost: obce podle velikosti

všechny obce podle velikosti	„Je vám známa možnost chráněného bydlení?“				počet obcí
	ano	ne	bez odpovědi	celkem	
do 1 999	80%	20%	0%	100%	5
2 000-4 999	77%	14%	9%	100%	44
5 000-9 999	86%	11%	2%	100%	44
10 000-19 000	100%	0%	0%	100%	33
20 000-49 999	94%	0%	6%	100%	17
50 000-99 999	100%	0%	0%	100%	12
nad 100 000	100%	0%	0%	100%	2
celkem	89%	8%	4%	100%	157

Otázka č. 2 Existuje tato možnost na území vaší obce (ať už provozovatelem je Vaše obec nebo nestátní subjekt)?

V odpovědích na tuto otázku se odráží nevyjasněnost pojmu „chráněné bydlení“, kam některé obce počítají i domy s pečovatelskou službou (DPS), jiné nikoli.

Tabulka 4 Existence chráněného bydlení na území obce

	absolutní údaje			podíl v %		
	rozš.	nerozš.	celkem	rozš.	nerozš.	celkem
ano	24	1	25	26,4%	1,5%	15,9%
ne	33	38	71	36,3%	57,6%	45,2%
zatím ne, připravuje se	5	4	9	5,5%	6,1%	5,7%
jen DPS	26	18	44	28,6%	27,3%	28,0%
neodpověděli	3	5	8	3,3%	7,6%	5,1%
celkem	91	66	157	100,0%	100,0%	100,0%

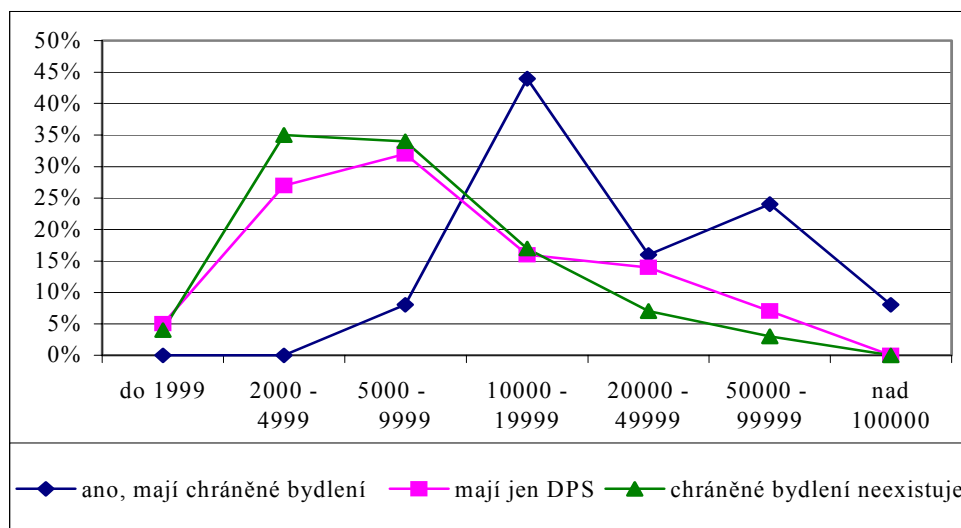
Třetina respondentů z obcí s rozšířenou působností buď chráněné bydlení má anebo připravuje; pozoruhodný v tomto směru je „komunitní plán sociálních služeb“, který jako přílohu dotazníku zaslali z Rychnova nad Kněžnou. Daleko slabší je zastoupení chráněného bydlení v obcích bez rozšířené působnosti. V obou typech obcí jsou však ve stejném poměru zastoupeny domy s pečovatelskou službou (DPS) - je vidět, že i menší obce myslí na své seniory.

Podobný obraz dostaneme i při třídění obcí podle velikosti. Z 25 respondentů, kteří na otázku, zda na území obce existuje možnost chráněného bydlení, odpovědělo „ano“, patřila většina do kategorie obcí střední velikosti. Naproti tomu menší obce většinou odpovídaly, že mají domy s pečovatelskou službou (DPS), ale chráněné bydlení je zde zastoupeno jen nepatrně nebo vůbec - shoda procentního rozložení těchto odpovědí je názorně patrná z grafu 2.

Tabulka 5 Existence chráněného bydlení - obce podle velikosti

	do 1999	2 000 - 4 999	5 000 - 9 999	10 000 - 19 999	20 000 - 49 999	50 000 - 99 999	nad 100 000	celkem
počet odpovědí								
ano, mají chráněné bydlení	0	0	2	11	4	6	2	25
mají jen DPS	2	12	14	7	6	3	0	44
chráněné bydlení neexistuje	3	25	24	12	5	2	0	71
podíly odpovědí podle velikostní kategorie obce								
ano, mají chráněné bydlení	0%	0%	8%	44%	16%	24%	8%	100%
mají jen DPS	5%	27%	32%	16%	14%	7%	0%	100%
chráněné bydlení neexistuje	4%	35%	34%	17%	7%	3%	0%	100%

Graf 2 Existence chráněného bydlení podle velikosti obcí



Otázka č. 3 Pomáháte provozovatelům chráněného bydlení při získávání vhodných bytů, objektů k adaptaci, pozemků či jinak?

Na tuto otázku odpovědělo kladně pouze 14 obcí z 25, které deklarovaly, že u nich chráněné bydlení existuje, 9 obcí odpovědělo záporně. Na druhé straně je zajímavé, že kladné odpovědi na otázku, zda pomáhají provozovatelům chráněného bydlení, zaslaly i ty obce, které na předchozí otázku, zda na jejich území chráněné bydlení existuje, odpověděly záporně - zřejmě měly na mysli domy s pečovatelskou službou. Odpovědi na otázku 3 ve

vztahu k odpovědím na otázku 2 jsou uvedeny v tabulce 6, v procentním vyjádření v tabulce 6a. Z celkového počtu 157 respondentů není do tabulky zařazeno 8 obcí, které na dané otázky neodpověděly, takže rozbor se týká pouze 149 obcí.

Tabulka 6 Odpovědi na otázku „Pomáháte provozovatelům chráněného bydlení při získávání vhodných bytů, objektů k adaptaci, pozemků či jinak?“ v závislosti na deklaraci existence chráněného bydlení

Odpovědi na otázku č. 2: „Existuje možnost chráněného bydlení na území obce?“	ano, pomáháme	ne	celkem obcí
Ano, možnost chráněného bydlení existuje	14	11	25
Ne, možnost chráněného bydlení neexistuje	0	71	71
plán/výstavba	1	8	9
existuje jen DPS	10	34	44
celkem	25	124	149

Tabulka 6a - tab. 6 v procentním vyjádření

Odpovědi na otázku č. 2: „Existuje možnost chráněného bydlení na území obce?“	ano, pomáháme	ne	celkem obcí
Ano, možnost chráněného bydlení existuje	56%	44%	100%
Ne, možnost chráněného bydlení neexistuje	0%	100%	100%
plán/výstavba	11%	89%	100%
jen DPS	23%	77%	100%
celkem	17%	83%	100%

Otázka č. 4 Podílíte se na vytipování či umístování vhodných klientů chráněného bydlení?

Odpovědi na tuto otázku jsou uspořádány ve stejném členění jako odpovědi na otázku 3 (viz tabulky 7, 7a a 7b). Odpovědi rovněž nezahrnují 8 respondentů, kteří na tuto otázku neodpověděli.

Tabulka 7 Odpovědi na otázku „Podílíte se na vytipování či umístování vhodných klientů chráněného bydlení?“ v závislosti na deklaraci existence chráněného bydlení

Odpovědi na otázku č. 2: „Existuje možnost chráněného bydlení na území obce?“	ano, podílíme	ne	celkem
Ano, možnost chráněného bydlení existuje	16	9	25
Ne, možnost chráněného bydlení neexistuje	5	66	71
plán/výstavba	1	8	9
jen DPS	18	26	44
celkem	40	109	149

Z tabulky 7 je zřejmé, že obce se podílejí na vytipování klientů zejména tam, kde možnost chráněného bydlení existuje, a tam, kde mají domy s pečovatelskou službou. Za zmínku stojí 13 % obcí, které uvedly, že se podílejí na vytipování klientů a zároveň deklarovaly neexistenci chráněného bydlení na území obce (viz tab. 7b). Jde zřejmě o případy, kdy obec doporučuje klienty do chráněného bydlení na území jiné obce (z jedné z těchto odpovědí citujeme doslova: „pokud se občan obrátí na město s tímto požadavkem, je mu zprostředkováno chráněné bydlení v jiné obci, případně prostřednictvím charitativní organizace), dále může jít o ztotožnění chráněného bydlení s DPS a konečně o holé nedorozumění („potřebné občany umístujeme v ústavu sociální péče“).

Tabulka 7a - tab. 7 v procentním vyjádření

Odpovědi na otázku č. 2: „Existuje možnost chráněného bydlení na území obce?“	ano, podílíme	ne	celkem
Ano, možnost chráněného bydlení existuje	64%	36%	100%
Ne, možnost chráněného bydlení neexistuje	7%	93%	100%
plán/výstavba	11%	89%	100%
jen DPS	41%	59%	100%
celkem	27%	73%	100%

Tabulka 7 b - tab. 7 v procentním vyjádření

Existence chráněného bydlení na území obce	ano, podílíme	ne	celkem
Ano, možnost chráněného bydlení existuje	40%	8%	17%
Ne, možnost chráněného bydlení neexistuje	13%	61%	48%
plán/výstavba	3%	7%	6%
jen DPS	45%	24%	30%
celkem	100%	100%	100%

Otázky č. 5 a) - 5 e)

V odpovědích na otázky této skupiny konkretizující charakter chráněného bydlení v obciaráží velký počet i podíl (více než dvě třetiny všech obcí), které odpověděly „nevíme, nemáme zkušenosti“ anebo které tento soubor otázek nechaly bez odpovědi. Zajímavé je, že i z obcí, které na otázku 2 odpověděly, že chráněné bydlení u nich existuje, přišlo na jednotlivé součásti otázky 5 poměrně hodně odpovědí „nevíme, nemáme zkušenosti“. Jsou to obce, kde chráněné bydlení provozuje jiný subjekt než obec, většinou nestátní nezisková organizace (NNO). Přehled odpovědí na jednotlivé podotázky tohoto oddílu uvádíme v tabulce.

Tabulka 8 Počet odpovědí na jednotlivé součásti otázky 5

Pokud jste provozovatelem chráněného bydlení, sdělte nám prosím:	odpověděli	neodpověděli	% z počtu respondentů
a) zda uživatelé mají uzavřeny nájemní smlouvy na dobu určitou či neurčitou	133	24	85%
b) jak se uživatelé podílejí na nákladech spojených s užíváním bytu	41	116	26%
c) jakým způsobem řešíte případnou odměnu asistentů	47	110	30%
d) kolik klientů žije ve Vámi provozovaném typu chráněného bydlení	33	124	21%
e) jakou částkou ročně (odhadem) přispíváte na bydlení jednoho klienta	22	135	14%

Ve třetím sloupci tabulky 8 uvádíme podíl obcí, které opověděly na tu kterou otázku, z celkového počtu respondentů, kterých je 157. Z rozboru jednotlivých odpovědí vyplývá, že mnozí respondenti otázky 5 dobře neporozuměli a mnozí z nich, kteří **nejsou** provozovateli chráněného bydlení, na ni přesto odpověděli. Vážíme si jejich ochoty a v dalším proto uvádíme i názory obcí, které chráněné bydlení v užším slova smyslu neprovozují a mají pouze domy s pečovatelskou službou.

Otázka č. 5 a) Mají uživatelé chráněného bydlení uzavřeny nájemní smlouvy na dobu určitou či neurčitou?

Ve stávajícím právním povědomí naší veřejnosti má pojem „nájemní smlouva na dobu určitou“ jisté pejorativní, antisociální zabarvení - jako by majitel nemovitosti chtěl tímto způsobem využívat postavení nájemce. V oblasti sociálního bydlení všeobecně a chráněného bydlení zvláště jsou proto smlouvy na dobu určitou málo využívány, ačkoli by tomu mělo být právě naopak. Chráněný byt by uživateli měl sloužit jen do vyřešení jeho nepříznivé situace a pak by měl bydlet jako kterýkoli jiný občan.

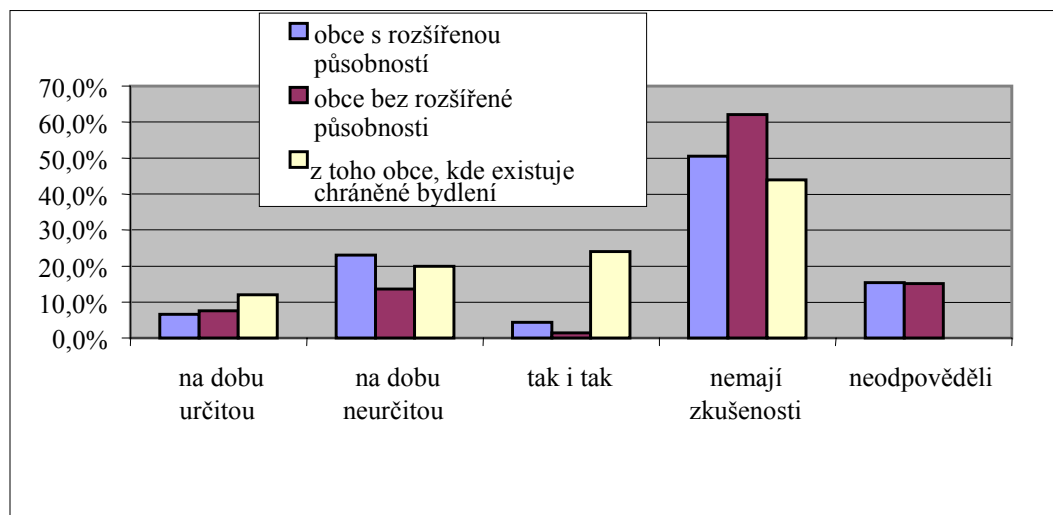
V tabulce 9 a v grafu 3 uvádíme četnost odpovědí na otázku č. 5 a) zjišťující, jaký je charakter nájemní smlouvy. Tabulka 9 uvádí absolutní hodnoty, na grafu je znázorněno procentuální vyjádření (100 % = počet obcí příslušného typu). V odpovědích obcí na otázku charakteru nájemních smluv se odráží nevyjasněnost pojmu „chráněné bydlení“. Pokud obce pod pojem „chráněné bydlení“ zahrnují i domy s pečovatelskou službou (DPS) určené pro seniory a občany se zdravotním postižením, u nichž se zlepšení nepředpokládá a kteří v DPS pravděpodobně dožijí, pak s nimi uzavírají smlouvy na dobu neurčitou. Naproti tomu např. pro pobyt v domech na půl cesty (DPC), který je chápán jako časově omezená komplexní služba klientům v obtížných životních situacích, založená na současném poskytování bydlení a sociálním tréninku, jsou spíše uzavírány smlouvy na dobu určitou. Pouze tři obce uvedly, na jak dlouhou dobu smlouvy uzavírají - bylo to na 1, 2 a 5 let.

Tabulka 9 Charakter smluv uživatelů chráněných bytů (odpovědi na otázku 5a)

	obce s rozšířenou pravomocí	obce bez rozšířené pravomoci	celkem	z toho obce, kde existuje chráněné bydlení
smlouvy na dobu určitou	6	5	11	3
smlouvy na dobu neurčitou	21	9	30	5
tak i tak	4	1	5	6
nemají zkušenosti	46	41	87	11
neodpověděli	14	10	24	0
celkem	91	66	157	25

Z grafu 3 je vidět, že v obcích, kde chráněné bydlení existuje, se poměrně více uzavírají smlouvy na dobu určitou, resp. oba typy smluv podle charakteru postižení. V této skupině však zaráží poměrně vysoký podíl těch obcí, které deklarovaly, že „nemají zkušenosti“ - jsou to obce, kde chráněné bydlení provozuje jiný (většinou nestátní) subjekt. Nicméně tyto obce, kde část bytového fondu slouží pro chráněné bydlení, by se rozhodně měly více zajímat o to, jakým způsobem NNO s nemovitostmi hospodaří. Potěšující je, že všechny obce, kde chráněné bydlení existuje, nenechaly otázku 5a) bez odpovědi.

G r a f 3 Charakter smluv podle typu obcí (v % z celkového počtu odpovědí)



Otázka č. 5b) Jak se uživatelé podílejí na nákladech spojených s užíváním bytu?

Na tuto otázku odpovědělo pouze 41 obcí, které sdělily, že uživatelé platí regulované nájemné a poplatky za služby spojené s užíváním bytu. V jednom případě respondent uvedl, že klienti platí „až trojnásobek regulovaného nájemného“ a v jednom případě uvedl „paušální úhradu“ bez další konkretizace. Z celkového počtu 25 obcí, kde chráněné bydlení existuje, 11 obcí odpovědělo „nemáme zkušenosti“. Zbývající obce odpověděly stejně jako ostatní, tj. že uživatelé platí regulované (věcně usměrňované) nájemné a poplatky za služby.

Otázka č. 5c) Jakým způsobem řešíte případnou odměnu asistentů?

Na tuto otázku odpovědělo pouze 47 obcí. Obce, které sdělily, že chráněné bydlení nemají, pouze mají domy s pečovatelskou službou (viz tabulku.4) vesměs uvedly, že asistenty nemají, pouze pečovatelskou službu. Z celkového počtu 25 obcí, kde chráněné bydlení existuje, 11 obcí odpovědělo „nemáme zkušenosti“ a dalších 5 obcí „nemáme asistenty“. V dalších pěti obcích poskytují asistentskou službu nestátní neziskové organizace, v jedné řeší situaci civilní službou, v jedné pečovatelskou službou a v jedné odpověděli, že jim práci asistenta zajišťuje úřad práce (zřejmě jako veřejně prospěšnou práci).

Otázka č. 5d) Kolik klientů žije ve Vámi provozovaném typu chráněného bydlení a jaký je charakter jejich handicapu (tělesný, mentální, kombinovaný, sociální)?

Na tuto otázku odpovědělo pouze 33 obcí (19 obcí s rozšířenou působností a 14 obcí ostatních). V obou typech obcí shodně téměř čtyři pětiny (79 %) ponechaly uvedenou otázku bez odpovědi.

T a b u l k a 10 Rozdělení obcí podle počtu klientů chráněného bydlení

	absolutní údaje			údaje v %		
	rozš.	nerozš.	celkem	rozš.	nerozš.	celkem
do 5	1	1	2	1%	2%	1%
6 až 50	6	12	18	7%	18%	11%
51 až 100	8	1	9	9%	2%	6%
101 až 200	2	0	2	2%	0%	1%
201 a více	2	0	2	2%	0%	1%
neodpověděli	72	52	124	79%	79%	79%
celkem	91	66	157	100%	100%	100%

Pokud si pod chráněným bydlením představujeme bytovou jednotku rodinného typu, kde pod dohledem či za pomoci asistenta žijí občané s různým typem handicapu, pak do tohoto obrazu nespádají obce, které uvedly, že u nich tento typ bydlení využívá více než sto nebo dokonce 200 obyvatel. K těmto obcím patří např. jedno z měst ve Středočeském kraji, které jako chráněné bydlení v dotazníku uvedlo 250 bezbariérových bytů.

Při návštěvě na sociálním odboru tohoto města jsme zjistili, že problém je v definici. V daném městě jsou pouze 2 byty (každý pro dvě osoby), které mají charakter chráněného bydlení. Tyto byty jsou v majetku města, jejich správa je zajišťována Centrem sociálních služeb, jehož zřizovatelem je krajský úřad Středočeského kraje. V bytech bydlí mladí lidé z dětských domovů, kteří nemají rodinné zázemí. Po dobu pobytu v chráněných bytech dohlíží na jejich život kurátoři ze sociálního odboru.

Kromě toho je zde areál 250 bytů zvláštního určení. Jde o byty bezbariérové, které však z hlediska typologie sociálních služeb nejsou považovány za sociální službu. Tyto byty nespádají do působnosti odboru sociálních věcí a zdravotnictví, ale spravuje je Správa bytového fondu (SBF), s.r.o. Nájemníci hradí (regulované) nájemné a poplatky za služby spojené s užíváním bytu, které jsou poměrně vysoké

Bydlí zde lidé zdraví i lidé s postižením. Handicapovaným obyvatelům areálu poskytuje přes den sociální služby specializovaná obecně prospěšná společnost, večer, v noci a o víkendech občanské sdružení. V roce 2002 podle vyhlášky č. 182/1991 Sb. ve znění pozdějších předpisů obdrželo 154 klientů příspěvek na úhradu bezbariérového bytu a garáže v celkové výši 995 800 Kč, tj. cca 6 460 Kč na jednoho klienta ročně.

Otázka č. 5e) Jakou částkou ročně (odhadem) přispíváte na bydlení jednoho klienta?

Na tuto otázku odpovědělo pouze 22 obcí, z toho 14 obcí, které sdělily, že chráněné bydlení nemají, pouze mají domy s pečovatelskou službou a 8 obcí, které deklarovaly, že u nich chráněné bydlení existuje. Odpovědi na otázky se velmi různí a různí se i konkrétní částky - od necelých 2 tisíc do 35 tisíc Kč. Pouze polovina (11 obcí) uvedla konkrétní údaje.

T a b u l k a 11 Příspěvek na bydlení jednoho klienta

výše nebo druh příspěvku	počet obcí
do 2 tis. Kč	1
5 až 8 tis. Kč	5
8 až 15 tis. Kč	3
kolem 35 tis. Kč	2
jinak: (pouze slovní vyjádření)	
podle vyhlášky 182/91	2
běžná údržba domu	3
dotace na pečovatelskou službu	2
klienti platí pouze regulované nájemné	2
obec doplácí třetinu výdajů	1
investice s příspěvkem státu	1
celkem odpovědělo obcí	22

V odpovědi ze odráží určitá nejednoznačnost otázky, takže některé obce zřejmě do uvedené částky započítávají výdaje investičního charakteru (to se zřejmě týká obou obcí, které sdělily, že přispívají kolem 35 000 Kč; jiná z obcí sice neuvádí konkrétní částku, ale jako příspěvek deklaruje „investice s příspěvkem státu“). Zajímavý a pro naši dnešní situaci na trhu s byty typický je názor dvou obcí, které jako „příspěvek“ uvádějí to, že od klientů nepožadují více než regulované nájemné.

Otázka č. 6 Pokud je provozovatelem chráněného bydlení na území Vaší obce jiný subjekt (např. církev nebo jiná nezisková organizace) přispíváte finančně?

Tabulka 12 Finanční příspěvek NNO v závislosti na existenci chráněného bydlení

	příspěvek NNO		celkem
	ano	ne	
možnost existuje : ano	12	10	22
možnost existuje : ne	1	53	54
plán/výstavba	1	6	7
jen DPS	2	32	34
celkem	16	101	117

Na tuto otázku odpovědělo celkem 117 obcí, 40 obcí ji nechalo bez odpovědi, z nich tři z oněch 25, které uvedly, že u nich existuje možnost chráněného bydlení. Z tabulky 12 vidíme, že ze 117 odpovědí bylo pouze 16 (13,7 %) kladných, zbytek (101 odpovědí, tj. 83,7 %) tvořily odpovědi záporné. Příspěvek pochopitelně poskytují především obce, kde možnost chráněného bydlení existuje (viz tabulku 12) a obce větší velikosti (tabulka 13). Ze 16 obcí, které příspěvek poskytují, je 15 obcí s rozšířenou působností, pouze jedna obec patří k obcím ostatním.

Tabulka 13 Příspěvek NNO v závislosti na velikosti obce

velikostní kategorie obce	příspěvek NNO		celkem
	ano	ne	
do 1 999	-	4	4
od 2 000 do 4 999	-	24	24
od 5 000 do 9 999	-	39	39
od 10 000 do 19 999	8	19	27
od 20 000 do 49 999	2	12	14
od 50 000 do 99 999	4	3	7
nad 100 000	2	0	2
celkem	16	101	117

Analýza situace v obcích ukázala, že jak obce s rozšířenou působností, tak obce ostatní mají o problematiku chráněného bydlení zájem. Dalšímu rozšíření počtu a zlepšení vybavenosti chráněných bytů však brání nedostatek finančních prostředků. Jejich získání by kromě jiných cest mohla napomoci i deregulace nájemného v obecních bytech. Obce by tak přestaly nedobrovolně dotovat bydlení občanů těch příjmových kategorií, které dotaci nepotřebují, a mohly by se zaměřit na řešení bytové situace těch nejpotřebnějších.

5. Porovnání výdajů na jednoho klienta v ústavní péči a v chráněném bydlení

5.1 Prameny, metodika a popis souboru

5.1.1 Ústavní péče

Pro srovnání výdajů na ústavní sociální péči s výdaji na služby podporovaného a chráněného bydlení jsme sledovali pouze výdaje **neinvestiční**. Pro srovnání jsme provedli přepočítání **na jednoho obyvatele (klienta)** a výsledky srovnávali s dalšími charakteristikami. Východiskem byly Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v ČR ve vývojových řadách a grafech, MPSV, Praha, 2003 (v dalším ZU MPSV) a Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí, MPSV, Praha, 2002 (v dalším SR MPSV). Vzhledem k tomu, že oba uvedené prameny neuvádějí potřebná data v dostatečně podrobném členění, bylo nutno pro další rozbor údaje o neinvestičních výdajích čerpat přímo z ročních výkazů Soc.V1-01 MPSV, které vyplňují všechny ústavy sociální péče (v dalším V1-01)⁶. Ze statistického odboru MPSV jsme obdrželi přehled ročních výkazů V1-01 za tyto ukazatele:

1. kapacita zařízení k 31.12.2002 (řádek 21)
2. průměrný počet obyvatel (svěrenců) v roce 2002 celkem (řádek 23)
3. příjmy z úhrad za pobyt (řádek 41)
4. neinvestiční výdaje celkem (řádek 43)
5. průměrný evidenční počet zaměstnanců (přepočtený) (řádek 46)

Údaje nám byly poskytnuty v následujícím členění:

- A1A domov důchodců
- A1B domov - pension pro důchodce
- A1C DD + DPD společné zařízení
- A2 ústav pro TP dospělé občany
- A3 ústav pro TP dospělé občany s přidruženým MP
- A4 ústav pro TP občany s více vadami
- A5 ústav pro SP dospělé občany
- A6 ústav pro MP dospělé občany
- A7 ústav pro chronické alkoholiky a toxikomany
- A8 ústav pro chronické psychotiky a psychopaty
- B1 ústav pro TP mládež
- B2 ústav pro TP mládež s přidruženým MP
- B3 ústav pro TP mládež s více vadami
- B4 ústav pro MP mládež
- C1 zvláštní zařízení pro výkon péčovské péče (vč. vesničky SOS)
- C2 domov pro matky s dětmi
- C3 azylové domy - pro nepřizpůsobené a bezdomovce
- C4 charitní domov pro řeholnice (obdoba DD)
- C5 ostatní zařízení

V rámci tohoto členění dále podle typu zřizovatele zařízení (podle V1-01 jsou to: „1“ státní, „2“ krajské, „3“ obecní, „4“ církevní, „5“ občanská sdružení, „6“ fyzické osoby „7“ ostatní nestátní neziskové organizace). Kromě toho nám statistický odbor MPSV poskytl souhrny podle krajů, které obsahovaly počet obyvatel jednotlivých typů ÚSP celkem a z toho trvale upoutaných na lůžko a mobilních s dopomocí a kapacitu ÚSP (počet lůžek)

⁶ Na rozdíl od předchozí práce L. Průši „Rozbor neinvestičních výdajů v rezidenčních zařízeních v r. 2001“, který spočíval v dotazníkovém šetření, na něž odpověděla cca čtvrtina oslovených domovů důchodců a pětina ústavů sociální péče pro občany s handicapem, byl náš soubor zjištěn vyčerpávajícím šetřením. Proto závěry nejsou zcela totožné.

s vyčleněním lůžek ošetrovatelských. Celkový počet námi sledovaných zařízení a počet obyvatel (klientů) je patrný z tabulky 14.

Tabulka 14 Celkový počet sledovaných zařízení a jejich klientů v roce 2002

zřizovatel ¹	DD a ÚSP	ostatní	celkem	DD a ÚSP	ostatní	celkem
	počet zařízení			počet obyvatel (klientů, svěřenců) ²		
stát	467	50	517	47021	647	47 667
kraje	8	0	8	755	0	755
obce	227	34	261	15756	704	16 460
církyve	45	49	94	1519	1932	3 452
občanská sdružení	13	4	17	383	190	572
ostatní NNO ³	9	9	18	388	318	707
celkem	769	146	915	65822	3791	69 613
<i>celkem podle MPSV</i>	<i>782</i>	<i>309</i>	<i>1091</i>	<i>67306</i>	<i>6937</i>	<i>74243</i>
<i>rozdíl</i>	<i>13</i>	<i>163</i>	<i>176</i>	<i>1484</i>	<i>3146</i>	<i>4630</i>

Prameny: výkazy MPSV V 1-01; Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, MPSV 2003 (v dalším ZU MPSV); Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2002, MPSV, Praha, 2003 (v dalším SR MPSV)

Poznámky: 1. přechodem zřizovatelských kompetencí na kraje lze se domnívat, že rozdělení v roce 2003 bude značně odlišné; 2. započteny jsou celoroční, týdenní i denní pobyty; 3. NNO=nestátní neziskové organizace

Podrobnější členění podle jednotlivých typů zařízení je uvedeno v příloze. Ve sloupci „DD a ÚSP“ jsou zařazeny domovy důchodců (DD), domovy-penziony pro důchodce (DPD) a ústavy sociální péče pro dospělé a mládež s tělesným nebo mentálním postižením (A1 - B4); nejsou zařazena společná zařízení DD+DPD a ústavy pro dospělé se smyslovým postižením. Ve sloupci „ostatní“ jsou zařazeny instituce s kódovým označením C1 až C4 (zařízení pro výkon pěstounské péče, domovy pro matky s dětmi, azylové domy pro nepřizpůsobené a bezdomovce a charitní domovy pro řeholnice). Skupinu „zařízení ostatní a nespecifikovaná“ (kód C5) jsme pro jejich heterogenní povahu vyřadili.

Rozdíly v počtu námi sledovaných zařízení oproti údajům publikace „Základní ukazatele z oblasti práce a sociálního zabezpečení (ZU MPSV)“ - celkem 176 položek - jsou dány tím, že do naší analýzy nebyla zařazena některá zařízení buď pro jejich okrajový význam nebo pro chybějící údaje.

Počet zařízení, která nebyla zařazena do předložené analýzy:

společná zařízení DD a DPD (A1C)	6
ústavy pro smyslově postižené dospělé (A5)	2
zařízení ostatní a nespecifikovaná (C5)	142
zařízení, u nichž byly údaje neúplné	26
celkem	176

Počet klientů sledujeme podle řádku 23 výkazu V1-01, tj. zahrnujeme jak klienty s pobytem celoročním a týdenním, tak klienty s denním pobytem. Jejich podíl na celkovém počtu klientů je ale nepatrný, takže - i když výdaje na denní pobyt mohou být proti výdajům na pobyty celoroční a týdenní nižší - celkové závěry nejsou tímto faktem ovlivněny.

V tabulce 15 uvádíme podíly jednotlivých zřizovatelů na počtu zařízení, počtu klientů a na celkových neinvestičních výdajích. Z tabulky vidíme, že státní zařízení jednoznačně převažují, přičemž jejich podíl na počtu zařízení je nižší než podíl na počtu klientů a na celkových neinvestičních výdajích. Naproti tomu relace u obecních a církevních zařízení jsou přesně opačné. To svědčí o tom, že **státní zařízení jsou v průměru větší a dražší než zařízení obecní a církevní**. Podrobnější údaje jsou v příloze II.

Tabulka 15 Podíly zřizovatelů na počtu zařízení, počtu klientů a na celkových neinvestičních výdajích (rok 2002)

zřizovatel¹	podíl na počtu zařízení (v %)	podíl na počtu klientů (v %)	podíl na celkových výdajích (v %)
stát ¹	57%	68%	74%
kraje ¹	1%	1%	2%
obce	29%	24%	19%
círky	10%	5%	5%
občanská sdružení, fyzické osoby	2%	1%	1%
ostatní nestátní neziskové organizace	2%	1%	1%
celkem	100%	100%	100%

Prameny: výkazy MPSV V 1-01

Poznámka: 1. přechodem zřizovatelských kompetencí na kraje lze se domnívat, že rozdělení v roce 2003 bude značně odlišné

Z tabulky 15 je patrné, že většina zařízení sociální péče, zejména „klasických“ DD, DPD a ÚSP je zřizována státem nebo obcemi. Zájem církví se soustřeďuje spíše na ostatní typy zařízení. Úloha občanských sdružení a ostatních nestátních neziskových organizací je dosud zanedbatelná. (Statisticky je jejich podíl do jisté míry zkreslen i tím, že většina dotazníků, které jsme vyřadili pro neúplnost nebo nekonzistentnost, pocházela právě z oblasti občanských sdružení a ostatních NNO).

5.1.2 Neziskové organizace

Na rozdíl od rozsáhlé databáze týkající se ústavních zařízení, jejichž pramenem je MPSV, je počet organizací, které nám poskytly data za nestátní neziskový sektor (22 NNO a 1 ÚSP), nesrovnatelně skromnější. Z celkového počtu 23 respondentů se nám srovnatelné ekonomické údaje podařilo získat celkem od 19 subjektů. Z toho bylo 9 občanských sdružení, 6 církevních zařízení, 1 obecně prospěšná společnost, 1 ústav sociální péče pro mentálně postiženou mládež, 1 společné zařízení obce a neziskové organizace. Nicméně i tak srovnání je v mnoha směrech přínosné a poučné.

5.1.3 Zásadní odlišnosti ve financování ÚSP a NNO

Při porovnávání výdajů ÚSP a NNO je třeba mít na paměti zásadní odlišnosti v metodice jejich financování. Od ledna 2003 zřizovateli ÚSP - kromě pěti, které jsou přímo řízeny MPSV⁷ - jsou zejména kraje a obce; podíl církví a jiných NNO je nepatrný⁸. Kraje obdrží v rámci celkové dotace ze státního rozpočtu finanční prostředky a tyto prostředky pak samy rozdělují na jednotlivé ústavy, jichž jsou zřizovateli. Obce obdrží ze státního rozpočtu dotaci na financování provozních výdajů specializovaných ústavů sociální péče a domovů důchodců, jejichž jsou zřizovateli; tyto prostředky pak samy rozdělují na jednotlivé ústavy.⁹ Ústavy doplní přidělené prostředky příspěvkem od klientů, jehož výše se řídí příslušnými vyhláškami MPSV a případně i prostředky z jiných zdrojů (příspěvek obce, sponzorské dary apod.). Objem prostředků je tak relativně stálý a ústav z roku na rok ví, jak vysokou částkou může disponovat.

⁷ ÚSP pro dospělé se smyslovým postižením Brno, Chrlické nám., ÚSP pro TP dospělé Hrabyně, ÚSP pro MP mládež Tloskov, ÚSP pro TP mládež Zbůch, ÚSP pro TP mládež Brno-Kociánka

⁸ viz tabulka 15

⁹ Pro alokaci dotací používá ministerstvo financí propočtové ukazatele, kterými jsou počet míst v zařízeních a pevná částka na 1 místo a rok. Např. v roce 2004 je to 77 484,- Kč v ÚSP pro celoroční a týdenní pobyty, pro denní pobyt v ÚSP 41 690,- Kč. U domovů důchodců je na 1 místo a rok použita částka 63 608,- Kč.

Nestátní neziskové organizace (NNO) naproti tomu stálý zaručený příjem nemají, ale každoročně znovu žádají o dotace. Žádost se nepodává za NNO jako celek, ale na jednotlivé projekty. O dotace žádají především na MPSV, dále na Ministerstvu zdravotnictví a na jiných orgánech státní správy (kraje, obce), které každoročně vypisují seznam projektů, na které budou dotace přidělovat. Po zvážení všech kritérií (potřeba dané sociální služby, regionální nebo celostátní působnost organizace, kvalita ekonomické rozvahy, personální zajištění apod.) vyhoví příslušný orgán státní správy podané žádosti a udělí žadateli dotaci, ovšem zpravidla **nikoli v plné výši předpokládaných nákladů projektu, nýbrž tak, aby přidělená dotace kryla pouze určitou, předem stanovenou část výdajů**. Na dotaci ze státního rozpočtu není přítom právní nárok.

Až do roku 2003 kryly dotace většinou 70 % předpokládaných výdajů projektu; zbylých 30 % musela NNO získat jiným způsobem (např. výrobou a prodejem předmětů z chráněných dílen, sponzorskými dary, příspěvky od zákonných zástupců nezletilých klientů apod.).

Od roku 2004 - v souvislosti s přechodem dalších pravomocí na kraje - se podmínky pro přidělování dotací z centrálních zdrojů podle platných metodických pokynů zpřísnují. V případě programu podpory sociálních služeb na místní a regionální úrovni u podprogramu „Podpora aktivit zaměřených zejména na integraci a pomoc seniorům a osobám se zdravotním postižením“ (kam patří většina programů chráněného bydlení) se dotace poskytuje pouze do 50 % rozpočtovaných výdajů na schválený projekt. Kraj může (ale nemusí) ze svého rozpočtu dotaci navýšit.

Přítom nadále platí, že v případě, kdy NNO stanovený podíl výdajů nezíská a celkové výdaje na projekt budou v důsledku toho nižší než výdaje rozpočtované, nesmí použítá dotace přesáhnout maximální procentní podíl, takže výše státní dotace se v takovém případě v konečném vyúčtování snižuje a NNO je povinna příslušnou část dotace vrátit do státního rozpočtu.

Žádosti o dotace na běžný rok se podávají zpravidla počátkem posledního čtvrtletí roku předchozího a rozhodnutí je jednotlivým NNO sděleno až koncem 1. čtvrtletí běžného roku, takže vzniká každoroční finanční vakuum.

Z uvedeného je patrné, že podmínky pro poskytování příspěvků neziskovým organizacím jsou na rozdíl od financování veřejnoprávních subjektů poměrně přísné. Není vyloučeno, že tento postup přispívá k hospodárnosti provozu NNO a k jejich nižším výdajům v přepočtu na jednoho klienta. Vyvstává tak otázka, zda podobný postup vůči veřejnoprávním subjektům by nevedl k jejich větší hospodárnosti.

5.2 Neinvestiční výdaje na jednoho klienta ÚSP a podíl úhrady

Podle SR MPSV (str. 140) činily výdaje neinvestičního charakteru na DD a ÚSP v roce 2002 celkem více než 11,5 miliardy Kč, což je poměrně značná částka. Pro sledování efektivnosti vynakládání těchto nemalých prostředků je klíčovým ukazatelem výše neinvestičních výdajů, a to v přepočtu na jedno místo (lůžko) nebo na jednoho obyvatele (klienta).

Na rozdíl od pramene ZU MPSV, kde se v tabulce 5.2 sledují neinvestiční (NI) výdaje na jedno místo a rok, srovnáváme v této práci vesměs roční neinvestiční výdaje na jednoho klienta, neboť tento ukazatel reflektuje i využití kapacity toho kterého zařízení. Vzhledem k tomu, že využití kapacity je zpravidla velmi vysoké, není však mezi těmito ukazateli podstatný rozdíl (např. u domovů důchodců činí za rok 2002 průměrné neinvestiční výdaje na jedno místo 165 013 Kč, a na jednoho obyvatele 171 759 Kč při využití kapacity zařízení na 96,1 %).

Zajímavý je i vývoj ročních neinvestičních výdajů v časové řadě. Pramen ZUMPSV uvádí v tabulce 6.2 průměrné neinvestiční výdaje¹⁰ na jedno místo (lůžko) v hlavních skupinách ústavů sociální péče v časové řadě od roku 1995.

Z tabulky 16 i grafu 4 je jasně patrný všeobecně známý fakt, že výdaje v domovech důchodců (DD) jsou v přepočtu na jedno místo podstatně vyšší než v domovech-penzionech pro důchodce (DPD). Přitom však DD, jakožto zařízení, které je v zásadě určeno pro osoby bez zdravotního postižení, resp. pro osoby, jejichž zdraví je věku přiměřené¹¹, vykazují nižší výdaje než ústavy sociální péče pro osoby trpící tělesným, smyslovým či mentálním postižením (ÚSP). Přitom jedno místo v ústavech pro mládež je všeobecně dražší než v ústavech pro dospělé.

Tabulka 16 Vývoj průměrných neinvestičních výdajů na jedno místo a rok v letech 1995 – 2002

rok	DD	DPD	ÚSP - dospělí	ÚSP - mládež
1995	91 803	36 560	120 369	127 062
1996	104 735	39 879	144 131	140 288
1997	111 096	36 958	146 244	158 611
1998	120 354	38 696	148 500	153 600
1999	131 693	44 893	145 807	168 558
2000	136 823	45 782	147 464	163 742
2001	152 738	50 533	168 445	183 055
2002	165 013	55 769	195 684	196 922
index 2002/95	180%	153%	163%	155%
index 2002/2001	108%	110%	116%	108%

Pramen: ZUMPSV

Vysvětlivky: DD=domovy důchodců, DPD=domovy-penziony pro důchodce, ÚSP=ústavy sociální péče pro osoby trpící tělesným, smyslovým či mentálním postižením

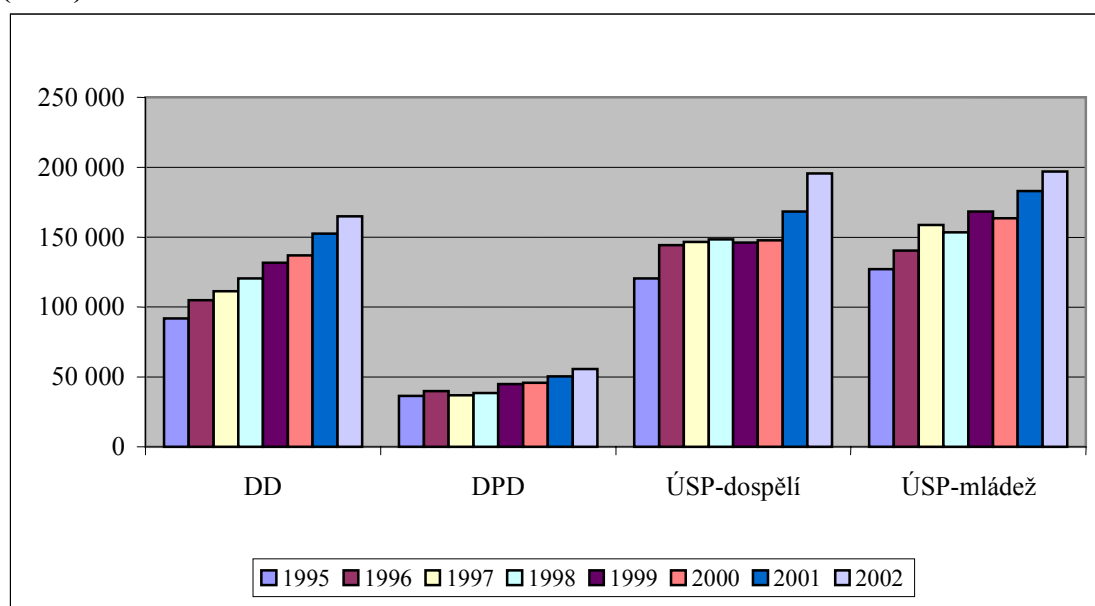
Ve všech typech ústavů průměrné roční neinvestiční výdaje na jedno místo soustavně rostou. Za celé sledované období rostly výdaje nejrychleji v domovech důchodců (o 80 %, tj. ve srovnání s rokem 1995 téměř na dvojnásobek); za rok 2002 byl naproti tomu nejrychlejší růst výdajů (o 16 %) zaznamenán v ústavech sociální péče pro mládež.

V jednotlivých typech ústavů se podílejí klienti na neinvestičních výdajích formou peněžní úhrady. Až do roku 1998 podíl úhrad rostl, poté se stabilizoval zhruba na třetině až dvou pětinách výdajů v ústavech pro dospělé a na zhruba jedné pětině v ústavech pro mládež, kde jsou výdaje na jednoho klienta nejvyšší a kde za mladistvé svěřence připívají rodiče.

¹⁰ tabulka se sice jmenuje „Náklady na ústavní sociální péči a příjmy z úhrad“, ale fakticky jde o výdaje.

¹¹ viz přílohu 7 B odst. 4 vyhlášky MPSV č.182/1991Sb. (v platném znění)

Graf 4 Vývoj průměrných neinvestičních výdajů na 1 místo a rok v letech 1995 - 2002 (v Kč)



Z tabulky 16 a grafu 4 jsou patrné rozdíly mezi jednotlivými typy zařízení. Kromě toho existují i poměrně značné rozdíly ve výši výdajů mezi jednotlivými zřizovateli (tabulka 17), kde vidíme, že obecní zařízení jsou všeobecně levnější než obdobná zařízení státní a krajská.

Tabulka 17 Průměrné roční výdaje na jednoho obyvatele (klienta, svěřence) v roce 2002 podle typu zařízení a podle zřizovatelů

	DD ¹	DPD ¹	TP - dospělí	MP – dospělí ²	TP - mládež	MP - mládež	ostatní
státní	174 994	65 410	251 666	177 125	268 284	210 544	66 650
krajské	0	0	273 357	173 003	164 075	308 525	0
obecní	162 670	55 219	94 723	178 163	139 992	187 295	69 082
církevní	168 203	159 265	333 059	0	164 698	179 242	128 205
občan. sdruž.	173 621	111 681 ³	76 626	116 439	133 541	103 185	62 030
ostat. NNO	164 619	159 851	0	128 644	187 902	0	147 482
celkem	171 759	61 681	252 576	176 021	219 252	210 148	105 038

Pramen: Výpočet podle souboru výkazů MPSV VI-01, viz příloha II.

Poznámky: 1) bez společného zařízení DD + DPD

2) bez zařízení pro alkoholiky, toxikomany, psychotiky a psychopaty

3) jde o 1 DPD s 25 obyvateli, jehož zřizovatelem je fyzická osoba; průměrný příspěvek od obyvatel zde činí cca 124 tisíc Kč na osobu ročně

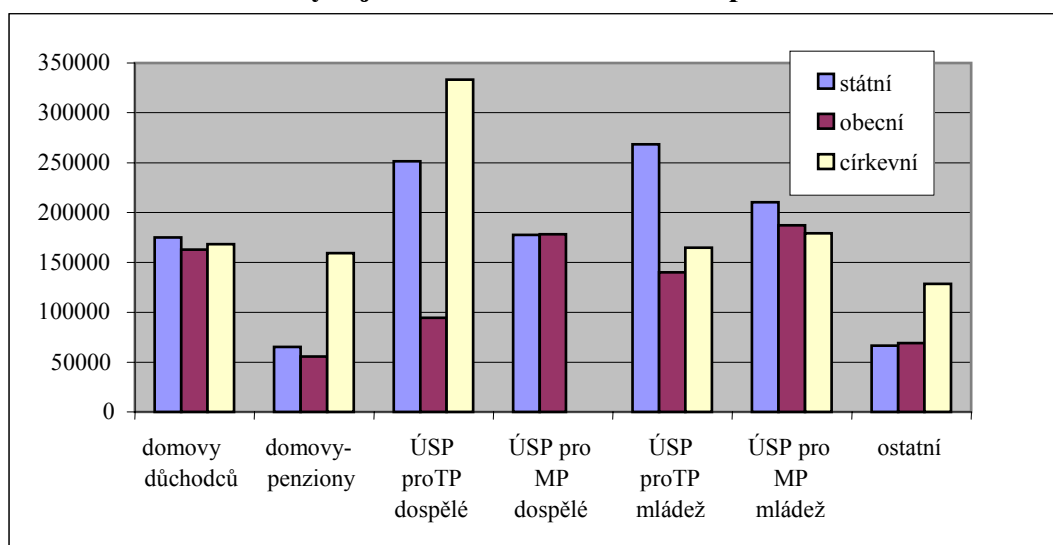
Překvapují však poměrně vysoké průměrné výdaje u domovů-penzionů zřizovaných církvemi, občanskými sdruženími a ostatními NNO, které dosahují dvoj- až trojnásobku výdajů u obdobných zařízení státních a obecních. Jde o osm zcela netypických zařízení; zřizovatelem šesti z nich jsou církve, jednoho fyzická osoba a jednoho nestátní nezisková organizace. Domov-penzion, jehož zřizovatelem je fyzická osoba, i přes poměrně vysoké výdaje pracuje zřejmě s určitým ziskem, neboť vykazované příspěvky klientů jsou vyšší než neinvestiční výdaje.

Výdaje na jednoho obyvatele v církevních domovech - penzionech jsou vcelku srovnatelné i s obdobnými výdaji v církevních domovech důchodců a v charitních domovech pro řeholnice (ty jsou zahrnuty v rubrice „ostatní“ a výdaje tam činí 160 574 Kč na osobu

ročně). Příčinu vykazovaných vyšších výdajů u církevních domovů-penzionů pro důchodce je nutno hledat nejspíše v definiční nevyjasněnosti. Církve zřejmě při vyplňování výkazu V1 - 01 dosti důsledně nerozlišují mezi pojmem „domov důchodců“ a „domov - penzion pro důchodce“.

Výdaje u tří nejvýznamnějších zřizovatelů pak můžeme sledovat na grafu 5, kde zjišťujeme, že výdaje na 1 klienta v obecních zařízeních jsou vesměs stejné nebo nižší než v zařízeních státních. V tom se naše závěry liší od poznatků L. Průši (Průša, 2002), který na základě dotazníkového šetření zjistil, že obecní zařízení za rok 2001 vykazovala vyšší neinvestiční výdaje než zařízení státní, resp. zařízení, jejichž zřizovatelem byly okresní úřady. Na grafu 5 však zvláště názorně vyvstanou vysoké výdaje u státních a církevních ústavů sociální péče pro tělesně postižené.

G r a f 5 Neinvestiční výdaje na 1 klienta za rok 2002 podle zřizovatelů



K tabulce 17 i grafu 5 je nutno poznamenat, že přechodem zřizovatelských kompetencí na kraje bude rozdělení v roce 2003 pravděpodobně poněkud odlišné.

Tabulka 18 Průměrné měsíční výdaje na jednoho obyvatele (klienta, svěřence) v roce 2002 podle typu zařízení a podle zřizovatelů

	DD ¹	DPD ¹	TP - dospělí	MP - dospělí ²	TP - mládež	MP - mládež	ostatní
státní	14 583	5 451	20 972	14 760	22 357	17 545	5 554
krajské	0	0	22 780	14 417	13 673	25 710	0
obecní	13 556	4 602	7 894	14 847	11 666	15 608	5 757
církevní	14 017	13 272	27 755	0	13 725	14 937	10 684
občan. sdruž.	14 468	9 307 ³	6 385	9 703	11 128	8 599	5 169
ostat. NNO	13 718	13 321	0	10 720	15 659	0	12 290
celkem	14 313	5 140	21 048	14 668	18 271	17 512	8 753

Poznámka: 1) bez společného zařízení DD + DPD

2) bez zařízení pro alkoholiky, toxikomany, psychotiky a psychopaty

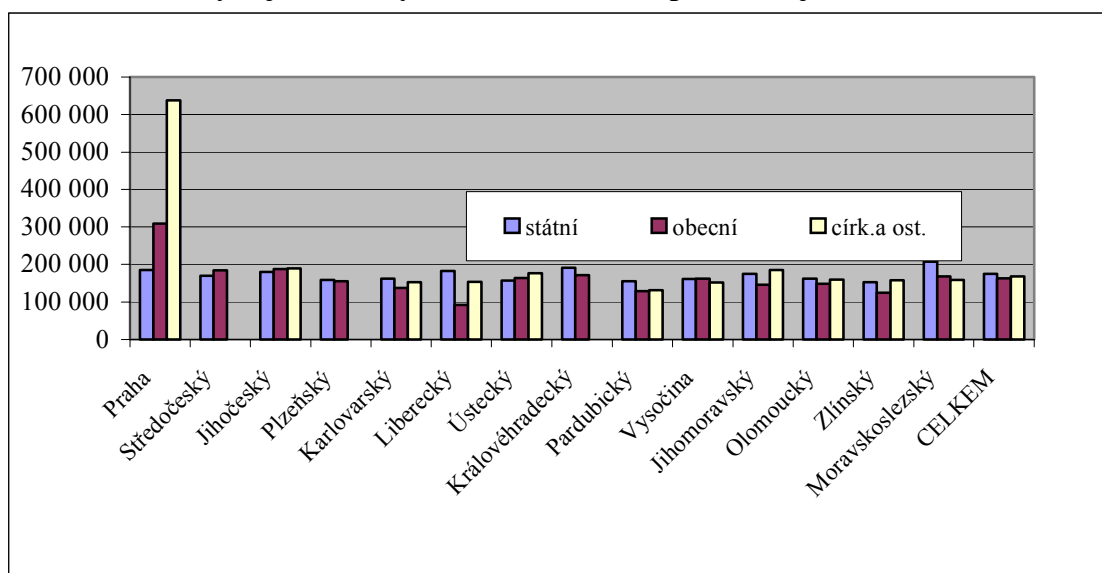
3) jde o 1 DPD, jehož zřizovatelem je fyzická osoba; průměrný měsíční příspěvek zde činí více než 13 000 Kč

Při srovnání s běžnými výdaji domácnosti pak na první pohled zarazí poměrně vysoké výdaje v ústavech pro tělesně a mentálně postižené, což vynikne zvláště v případě, když si údaje tabulky 17 pro názornost přepočteme na měsíční hodnoty (tabulka 18).

Znovu tak vyvstává otázka, zda v širším měřítku neumožnit alternativní způsoby péče o osoby s tělesným a mentálním postižením v domácím prostředí (ať již vytvořením individuálních příspěvků na péči, rozvojem služby asistentů, domácí péče anebo prostě zvýšením příspěvku při péči o osobu blízkou).

Domovy důchodců svým celkovým počtem 354 zařízení a 35 795 klientů tvoří největší část zařízení sociální péče. Proto si zde výše neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele všimneme podrobněji, a to podle krajů a zřizovatelů (graf 6).

G r a f 6 DD - Výdaje na 1 obyvatele za rok 2002 podle krajů a zřizovatelů



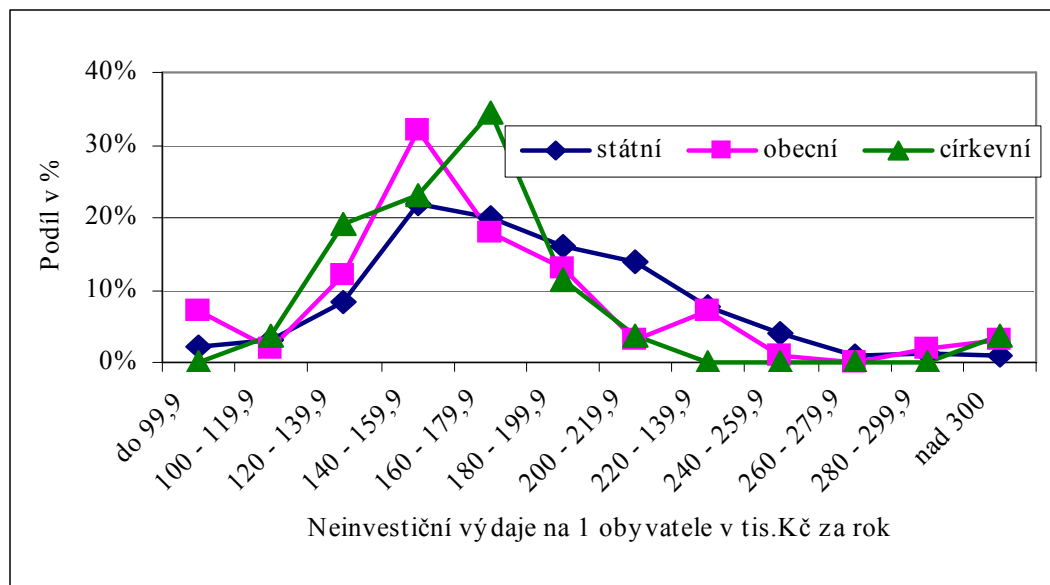
Z grafu 6 vidíme, že proti průměrným neinvestičním výdajům státních DD cca 170 tisíc Kč na osobu a rok nejnižší výdaje na 1 obyvatele vykazují státní domovy důchodců v kraji Pardubickém; nejvyšší jsou naproti tomu v Praze a v kraji Moravskoslezském (více než 190 tisíc za osobu a rok). Z grafu 6 je dále na první pohled patrné, že na území tří krajů (Středočeského, Plzeňského a Královéhradeckého) jsou zřizovateli domovů důchodců výhradně stát a obce; na území ostatních krajů jsou i jiní zřizovatelé, převážně církve. Souhrnné údaje za jednotlivé kraje, seřazené vzestupně podle výše výdajů, jsou na grafu I v příloze.

V grafu 4 jsme viděli, že v **průměru** jsou výdaje na jednoho obyvatele v obecních domovech důchodců nižší než ve státních, což však neplatí pro jednotlivé kraje. Vyšší výdaje obecních a církevních DD vidíme kromě Prahy v kraji Středočeském, Jihočeském a Ústeckém; značně nižší jsou naproti tomu výdaje v obecních DD v kraji Karlovarském a Libereckém, kde výdaje (cca 90 tisíc Kč za osobu a rok) patří vůbec k nejnižším.

Tyto relace by stály za podrobnější rozbor, ovšem je třeba mít na paměti, že průměrné údaje mohou být zavádějící. Všimněme si např. podrobněji situace v hl. městě Praze, kde jsou průměrné výdaje u obecních DD o 67 % vyšší než u státních a u církevních dosahují téměř tři a půl násobku hodnoty výdajů státních DD. Na území hl. města Prahy je však u většiny domovů důchodců zřizovatelem stát (je to 16 DD s více než 2 300 obyvateli) a obecní a církevní DD představují pouze zařízení okrajová. U obecních DD jde pouze o dva domovy, které pečují celkem o stovku obyvatel. Rovněž extrémně vysoké průměrné výdaje církevních DD v Praze (neuvěřitelných 637 849 Kč na osobu ročně) se týkají pouze **jediného** domova s 19 lůžky a s atypickým způsobem financování.

Strukturu souborů jednotlivých zřizovatelů domovů důchodců podle výše výdajů lze ilustrovat i na základě histogramů rozdělení četností (graf 7).

G r a f 7 Relativní četnosti DD podle výše ročních neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele

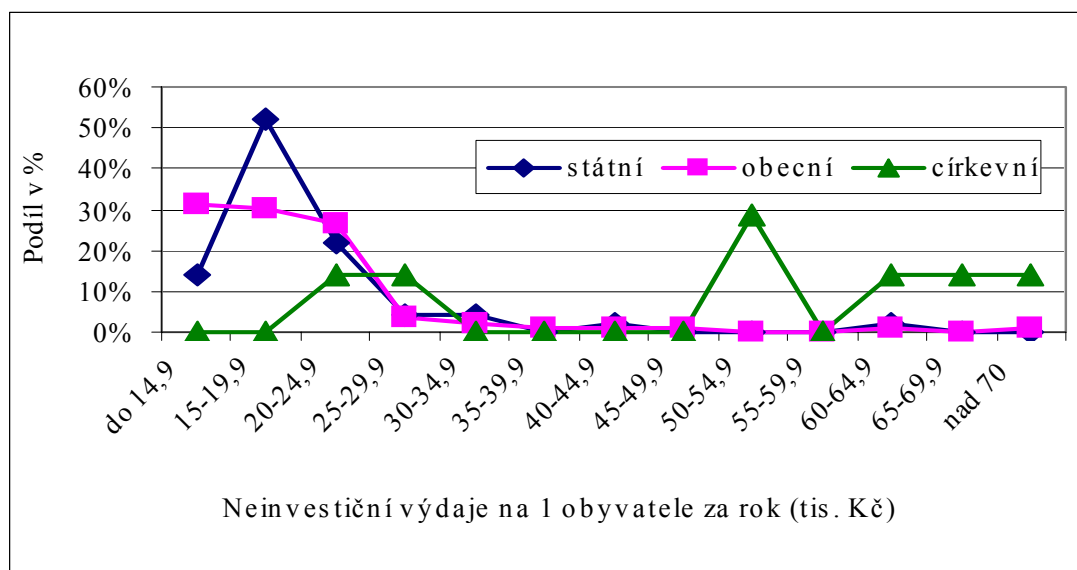


Na grafu 7 vidíme poměrně ploché a souměrné rozdělení u státních DD, kterých je nejvíce, takže se jednotlivé extrémy vyrovnávají. Celkově nižší, ale podobně rozložené jsou i průměrné neinvestiční výdaje u státních a obecních domovů-penzionů pro důchodce (DPD), avšak u církevních se - vzhledem k výše zmíněné terminologické nevyjasněnosti - rozložení podstatně odlišuje (graf 8).

Na grafu 8 vidíme dvě skupiny církevních DPD. Od domovů „standardních“ v levé polovině grafu, kde struktura podle výdajů je zhruba obdobná jako u domovů státních a obecních, se výrazně odlišuje skupina DPD „nadstandardních“ s ročními výdaji v rozmezí 50 - 70 tis. Kč na jednoho obyvatele.

Pokud jde o ostatní ústavy sociální péče, máme pro srovnání k dispozici dostatečně velký soubor pouze u ústavů pro mentálně postižené, přičemž zde jako zřizovatel v naprosté většině převažuje stát (viz grafy II a III v příloze). Výdaje na jednoho svěřence v ústavech pro mládež s mentálním postižením jsou všeobecně vyšší než výdaje v ústavech pro dospělé, takže nepřekvapí, že i co do rozložení se četnosti pohybují ve vyšších pásmech. Zaráží však fakt, že téměř desetina obecních a církevních ústavů pro mentálně postižené vynakládá na jednoho svěřence více než 340 tisíc Kč ročně. Např. v okrese Louny působí obecní zařízení pro MP mládež s 15 lůžky, které vykázalo roční výdaje ve výši 683 tis. Kč na jednoho svěřence. Kapacita tohoto zařízení je využita z necelých 60 %, na jednoho svěřence připadají dva zaměstnanci na plný úvazek a rodiny svěřenců přispívají na provoz tohoto zařízení cca 1 700 Kč za měsíc. Opět se tedy naskytá otázka, zda by nebylo vhodné podobná zařízení raději rušit a finančními prostředky podpořit rodiny, které se o postižené dítě postarají.

G r a f 8 Rozložení četnosti DPD podle výše ročních neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele



5.3 ÚSP a tzv. „úspory z rozsahu“

Nejnovější práce VÚPSV z oblasti minimálních příjmových veličin¹² pomocí vzájemných vztahů mezi domácnostmi jednotlivých velikostních typů prokazují, že „celková vydání rostou značně pomaleji než počet osob. Tato skutečnost odráží jak způsob utváření příjmů..., tak faktory ovlivňující vydání (vícečlenné domácnosti mohou snižovat výdaje společným a vícenásobným využíváním výrobků a služeb)“. Tento průběh počtu členů a vydání se obvykle nazývá „úsporou z množství“. Průběh těchto úspor můžeme vidět v tabulce 19 a názorně na grafu 9.

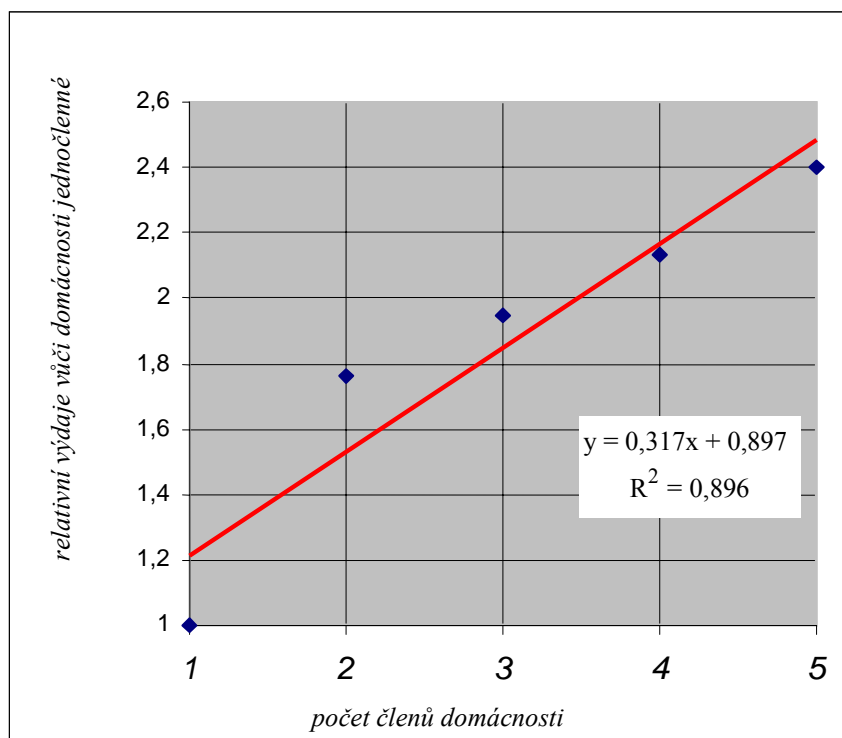
T a b u l k a 19 Úspory z množství ve vydání domácností

Počet členů domácnosti	1	2	3	4	5
Relativní výdaje vůči domácnosti jednočlenné	1	1,76	1,95	2,13	2,4

Závislost růstu výdajů na růstu počtu členů domácnosti lze vyčíst z regresní rovnice. Jestliže by s každým dalším členem domácnosti výdaje stoupaly přímo úměrně s počtem jejích členů (tj. výdaje dvoučlenné domácnosti by byly dvojnásobkem výdajů domácnosti jednočlenné atd.), byl by její tvar $y = x$; a druhá mocnina korelačního koeficientu R^2 by se rovnala 1. Na grafu 9 vidíme, že tomu tak není: výdaje vícečlenných domácností nejsou prostým násobkem výdajů domácnosti jednočlenné, ale jsou relativně nižší: pětičlenná domácnost nevydává pětkrát více než domácnost jednočlenná, ale její výdaje jsou pouze 2,4krát vyšší.

¹² viz BAŠTÝŘ, I. a kol.: Revize věcné náplně a konstrukce životního minima a stanovení minima existenčního. sv. I. Závěrečná zpráva, 41 s.tab. příl. VÚPSV 2003

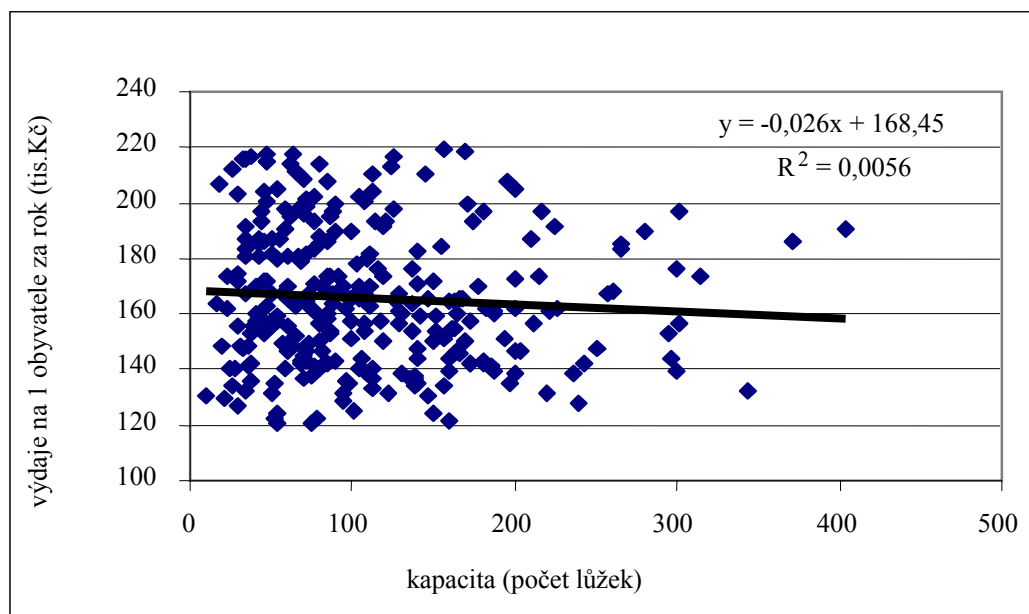
Graf 9 Vztah mezi velikostí domácnosti a relativními výdaji



Podobným způsobem jsme se pokusili zjistit, zda „úspory z množství“ hrají roli také v hospodaření domovů důchodců a jiných typů ústavů sociální péče. Jestliže ano, pak by platila závislost, že zařízení o větší kapacitě jsou relativně levnější, tj. vykazují nižší náklady na jednoho obyvatele (klienta) a naopak menší ústavy jsou relativně dražší. Ukázalo se však, že podobná závislost mezi náklady a velikostí zařízení ani u domovů důchodců ani u ostatních zkoumaných typů ústavů sociální péče neplatí.

Na grafu 10 znázorňujeme závislost mezi výdaji na jednoho obyvatele a kapacitou u souboru domovů důchodců. Znárodnění se týká všech typů DD bez ohledu na zřizovatele. Abychom se vyhnuli případnému zkreslení v důsledku přítomnosti extrémních hodnot, zahrnuli jsme pouze ty DD, kde výše ročních výdajů na jednoho obyvatele ležela mezi 2. až 9. decilem.

G r a f 10 Závislost výdajů na 1 obyvatele na kapacitě zařízení - všechny DD bez krajních decilů



Podobný obraz jsme obdrželi i u dalších typů zařízení. Uvedenou závislost proto znázorňujeme graficky pouze u domovů důchodců; u ostatních zkoumaných typů zařízení uvádíme pouze druhou mocninu korelačního koeficientu R^2 , která je v programu EXCEL uváděna jako „hodnota spolehlivosti“. Nízká hodnota R^2 svědčí o tom, že závislost je téměř nulová, tj. ani u domovů důchodců ani u domovů-penzionů a ÚSP pro mentálně postižené se žádné „úspory z rozsahu“ nevyskytují.

Tabulka 20 Závislost mezi výší neinvestičních výdajů na 1 obyvatele (klienta, svěřence) a kapacitou zařízení

		R^2
DD (bez krajních decilů)	viz graf 10 na str. 34	0,0056
DPD-státní	viz graf VII v příloze III	0,0005
ÚSP pro mentálně postižené dospělé	viz graf VIII v příloze III	0,0026
DPD-obecní	viz graf IX v příloze III	0,0036
ÚSP pro MP mládež (obecní a církevní)	viz graf X v příloze III	0,0065
ÚSP pro MP mládež (státní)	viz graf XI v příloze III	0,0355

5.4 Vztah mezi výdaji a zdravotním stavem klientů v ÚSP

Když se ukázalo, že tzv. „úspory z rozsahu“ nemají na průměrnou výši výdajů na jednoho obyvatele (klienta, svěřence) vliv, pokusili jsme se stanovit, zda a do jaké míry je výše výdajů ovlivněna zdravotním stavem klientů. Vzhledem k tomu, že průměrné výdaje v ÚSP pro klienty s handicapem jsou všeobecně vyšší než výdaje v domovech důchodců, kde žijí v zásadě obyvatelé zdraví, předpokládali jsme, že horší zdravotní stav klientů se zobrazí ve vyšších průměrných výdajích.

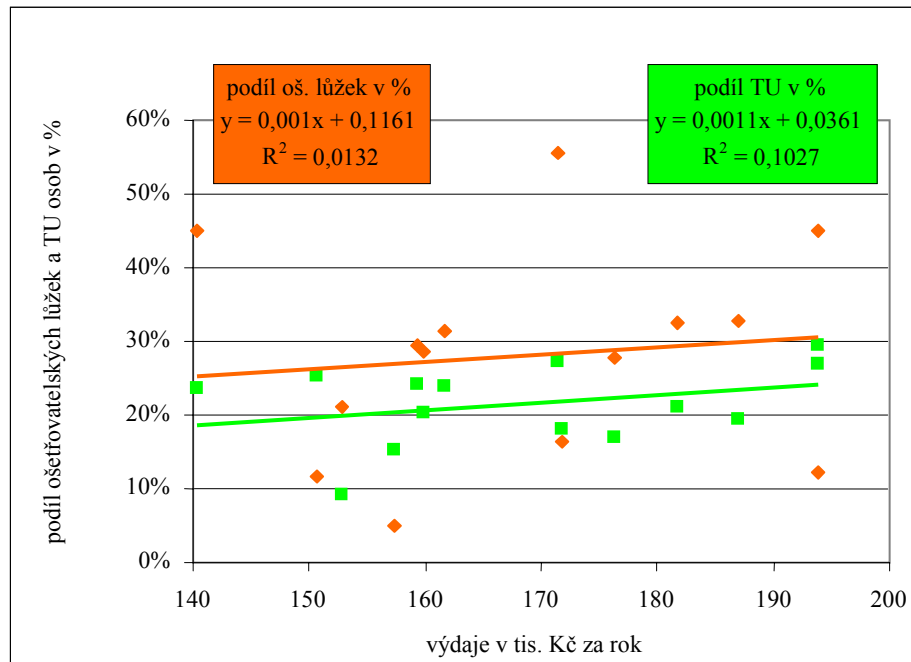
Jako indikátory průměrného zdravotního stavu obyvatel toho kterého ústavu jsme zvolili jednak podíl ošetrovatelských lůžek na celkové lůžkové kapacitě domova, jednak

podíl obyvatel (klientů, svěřenců) trvale upoutaných na lůžko (TU) z celkového počtu obyvatel (klientů, svěřenců)¹³. Vzhledem k tomu, že podíly ošetrovatelských lůžek i podíly TU se nám podařilo zjistit jen jako průměrné hodnoty za celé kraje, porovnávali jsme je s průměrnou výší neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele (klienta, svěřence) za příslušná zařízení v tom kterém kraji.

Tabulka 21 Domovy důchodců - neinvestiční výdaje na 1 obyvatele, podíl lůžek na ošetrovatelských odděleních a podíl obyvatel trvale upoutaných na lůžko

kraj	neinvestiční výdaje na 1 obyvatele ročně (Kč)	podíl lůžek na ošetrovatelských odděleních	podíl obyvatel trvale upoutaných na lůžko
hlavní město Praha	193 810	12%	27%
Středočeský kraj	171 857	16%	18%
Jihočeský kraj	181 875	32%	21%
Plzeňský kraj	157 406	5%	15%
Karlovarský kraj	152 878	21%	9%
Ústecký kraj	161 609	31%	24%
Liberecký kraj	176 492	28%	17%
Královéhradecký kraj	186 971	33%	20%
Pardubický kraj	140 493	45%	24%
Vysočina	159 936	29%	20%
Jihomoravský kraj	171 497	55%	27%
Olomoucký kraj	159 412	30%	24%
Zlínský kraj	150 751	12%	25%
Moravskoslezský kraj	193 951	45%	29%

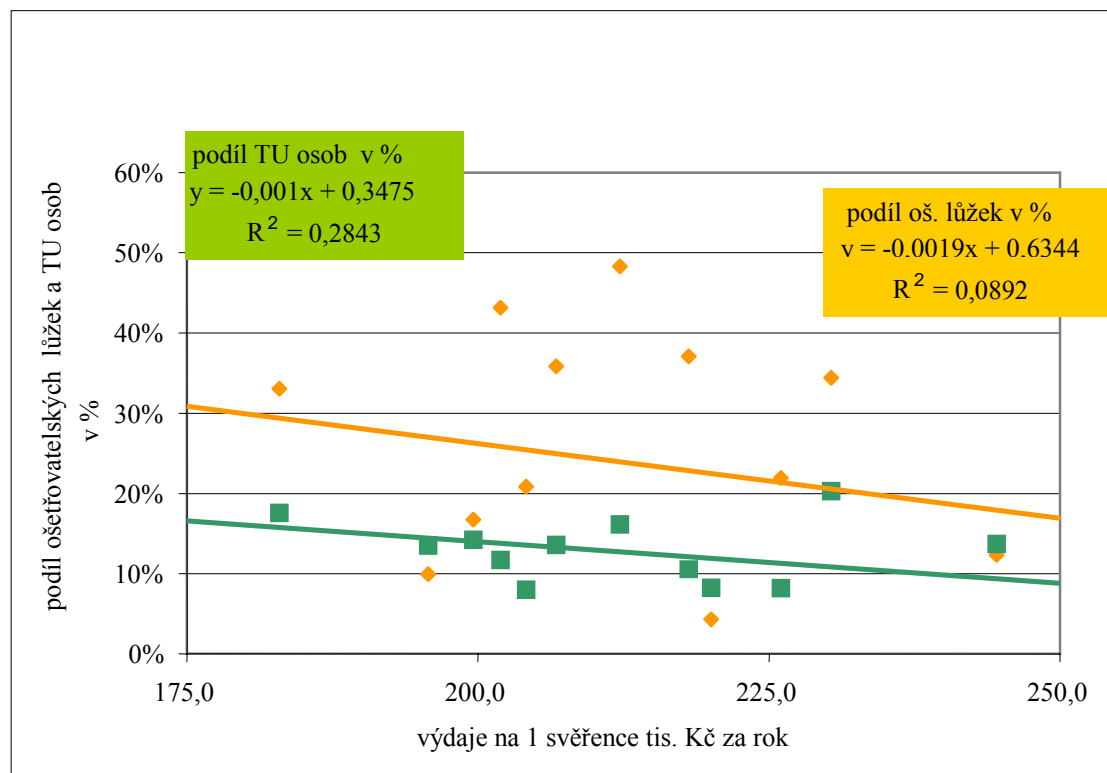
Graf 11 Domovy důchodců - vztah mezi výdaji na 1 obyvatele a zdravotním stavem



¹³Podíly TU a ošetrovatelských lůžek v jednotlivých krajích lze sledovat v příloze III. na grafech XII až XIV. Zajímavé je, že podíl ošetrovatelských lůžek je zpravidla vyšší než podíl klientů, trvale upoutaných na lůžko. Zdálo by se, že jde o jakousi rezervu, kdyby někdo onemocněl, ale proti tomu svědčí fakt téměř plné obsazenosti všech lůžek.

Závislost výdajů na výši podílu ošetrovatelských lůžek z celkové lůžkové kapacity a na výši podílu obyvatel trvale upoutaných na lůžko u domovů důchodců lze vyčíst z tabulky 21 a pak zejména z grafu 11, z něhož je vidět sice slabá, ale přece jen určitá kladná korelace: čím horší je zdravotní stav obyvatel (vyšší podíl ošetrovatelských lůžek a osob trvale upoutaných na lůžko), tím vyšší jsou výdaje na jednoho obyvatele.

G r a f 12 ÚSP pro mládež s mentálním postižením: vztah mezi výdaji na 1 svěřence a zdravotním stavem



Opačná závislost se však jeví u ústavů sociální péče pro mentálně postižené dospělé i pro mládež s mentálním postižením. Na rozdíl od domovů důchodců v ústavech pro mentálně postiženou mládež paradoxně vychází, že čím je zde větší podíl klientů (svěřenců) trvale upoutaných na lůžko, tím nižší výdaje na jednoho klienta zařízení vykazuje (graf 12). Tento paradox nám vysvětlil (nejmenovaný) pracovník jednoho ÚSP těmito slovy: „Ti „ležáci“ dají podstatně méně práce a starostí. Potřebují hlavně jídlo, teplo, čistotu, klid. Naproti tomu pro chodící svěřence musíme neustále vymýšlet nějakou činnost, vodit je na vycházky, organizovat pro ně hry a přitom je hlídat, aby nic nerozbili, kupovat jim sešity, pastelky, modelínu a jiné potřeby a to všechno stojí čas a peníze.“

Stejný obrázek poskytují ústavy sociální péče pro mládež s mentálním postižením. Citlivost průměrných výdajů na podíl osob TU je o něco větší než na podíl lůžek na ošetrovatelských odděleních - zřejmě proto, že tato ošetrovatelská kapacita není využívána jen pro osoby trvale upoutané na lůžko. Podíl ošetrovatelských lůžek je zpravidla vyšší než podíl osob trvale upoutaných na lůžko (údaje za DD viz tabulka 21 a graf XII v příloze III; za ÚSP pro MP grafy XIII a XIV v příloze III.).

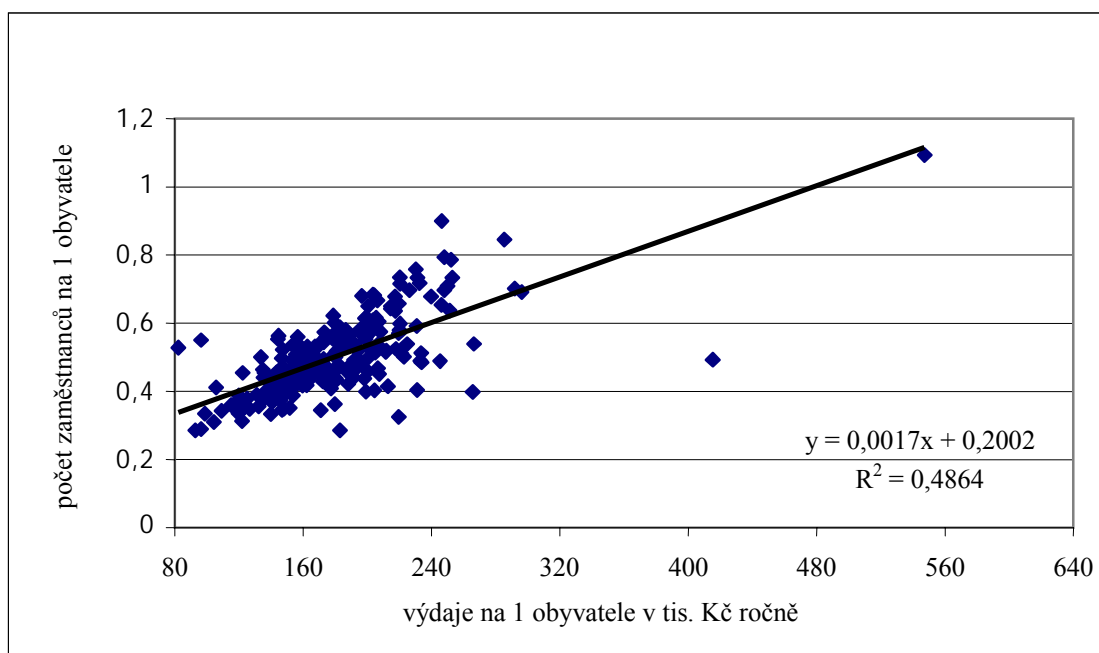
5.5 Vztah mezi výdaji a počtem zaměstnanců na jednoho klienta v ÚSP

Viděli jsme, že neinvestiční výdaje na jednoho obyvatele v domovech důchodců a v ostatních ústavech sociální péče nezávisí ani na velikosti, resp. kapacitě ústavu (neexistují

tzv. „úspory z rozsahu“) ani na zdravotním stavu obyvatel. Poslední proměnnou, kterou bychom mohli sledovat, je počet zaměstnanců na jednoho obyvatele. Zjistili jsme, že **v domovech důchodců výdaje na jednoho obyvatele velmi úzce souvisí s počtem pracovníků**. Zjištění je pro státní DD demonstrováno na grafu 13; pro ostatní typy ÚSP v příloze V. Zajímavé je, že závislost je mnohem těsnější, jestliže sledujeme výdaje a počet zaměstnanců celkem, nikoli v přepočtu na jednoho obyvatele.

U **domovů důchodců** se přepočtený počet zaměstnanců (tj. zaměstnanců na plný úvazek) pohybuje od 0,3 do 0,6 (tj. jeden zaměstnanec na tři, resp. na méně než dva obyvatele, průměr činí 0,5, tj. 1 zaměstnanec obsluhuje 2 obyvatele). Těsná závislost mezi výší výdajů a personálním obsazením DD je zřejmě dána tím, že převážná většina neinvestičních výdajů v domovech důchodců jsou mzdy.

G r a f 13 DD státní: Výdaje a počet zaměstnanců na 1 obyvatele



Podíváme-li se blíže na graf 13, vidíme, že výsledná podoba směrnic křivky je ovlivněna extrémními hodnotami (např. ústav s kódovým číslem 3206002 vykazuje roční výdaje 547 225 Kč a 1,1 pracovníků na 1 obyvatele - příčina je ve velmi nízkém využití kapacity na pouhých 13 %). V grafu XVII (v příloze III) proto sledujeme uvedenou závislost bez posledního decilu. I zde zůstává závislost mezi výdaji a počtem zaměstnanců zachována.

Obdobná je situace i u **obecních domovů důchodců**, které jsou zpravidla menší, ale kde rovněž platí závislost mezi výdaji a počtem zaměstnanců na 1 obyvatele (graf XVIII v příloze III).

Naproti tomu u **církevních domovů důchodců** je sledovaná závislost vyloženě „tažena“ jedním exkluzivním zařízením v Praze 6, které vykazuje výdaje 637 843 Kč a 1,6 pracovníků na 1 obyvatele ročně. Příčina tentokrát není v nízkém využití kapacity, ale tento ústav zřejmě čerpá příspěvky ze zahraničí. Po vyloučení zmíněného zařízení z analýzy zjistíme, že u ostatních církevních DD se závislost mezi výdaji a počtem pracovníků neobjevuje (graf XX v příloze III). K církevním zařízením patří též **charitní domovy pro řeholnice**, což jsou útulky pro řádové sestry, které pro stáří a nemoc nemohou již vykonávat svou službu a naopak samy službu potřebují. Na rozdíl od jiných církevních domovů důchodců je u charitních domovů závislost mezi výdaji počtem pracovníků prokazatelná (graf XXI v příloze III).

Na rozdíl od domovů důchodců, kde lze - s výjimkou domovů církevních - sledovat závislost mezi výdaji a počtem pracovníků na 1 obyvatele, u **domovů-penzionů pro důchodce** (DPD) žádná taková závislost neexistuje (viz graf XXII a XXIII v příloze III). . Neinvestiční výdaje zde zřejmě nemají do té míry charakter nákladů mzdových, neboť DPD nejsou určeny pro poskytování sociálních služeb v takové míře jako domovy důchodců a další ústavy sociální péče.

Velmi silnou závislost mezi výdaji a počtem zaměstnanců můžeme sledovat u ústavů sociální péče (ÚSP), které se věnují klientům s tělesným nebo mentálním postižením. U dospělých tělesně a smyslově postižených se jednotlivé typy ústavů dosti liší, takže jsme do naší analýzy zahrnuli pouze ústavy pro tělesně postiženou (TP) mládež, ÚSP pro mládež s postižením mentálním (MP) a ÚSP pro dospělé osoby s mentálním postižením (MP).

Graf XXIV (v příloze III) zahrnuje všechny typy ústavů pro mládež s tělesným postižením bez rozdílu zřizovatele. Na tomto grafu je vidět velmi těsná závislost, daná mimo jiné vysokým počtem zaměstnanců na jednoho svěřence (0,4 až 1,0), neboť v těchto ústavech se svěřencům dostává nejen péče čistě zdravotní, ale též výchovné a vzdělávací.

Podobný obrázek dávají též grafy XXV až XXVII (v příloze III) za ÚSP pro mládež s mentálním postižením (MP). Vzhledem k tomu, že v obou skupinách ústavů se vyskytly značně odlišné extrémní hodnoty, provedli jsme určitou redukci tím, že u obou skupin jsme eliminovali 1 ústav s nejnižší hodnotou výdajů na 1 klienta a 2 ústavy s hodnotou nejvyšší. Z obou grafů vidíme značný rozptyl jak v hodnotách výdajů, tak v počtu pracovníků na 1 klienta (svěřence).

5.6 Porovnání výdajů na jednoho klienta chráněného bydlení a ÚSP

Dříve než porovnáme výdaje mezi oběma skupinami vcelku, srovnáme jednotlivé poskytovatele chráněného bydlení z našeho souboru respondentů mezi sebou (tabulka 22) a poté provedeme vlastní srovnání (tabulka 23).

Jako počet klientů je uváděn průměrný roční stav, takže v některých případech jde o zlomky, které jsme - vzhledem k přesnosti výpočtů - nezaokrouhlovali. Z tabulky je patrné, že výdaje na 1 klienta se značně liší: pohybují se od cca 25 tisíc do 320 tisíc Kč na 1 klienta za rok, tj. od skromných dvou do téměř 27 tisíc Kč za měsíc. Rovněž výše úhrady a její podíl na výdajích značně kolísá: od zařízení, kde si klienti hradí veškeré výdaje až po zařízení, kde se na výdajích podílejí pouhými dvěma nebo třemi procenty. Tak velké rozdíly mezi jednotlivými ÚSP neexistují (viz bod 5.2).

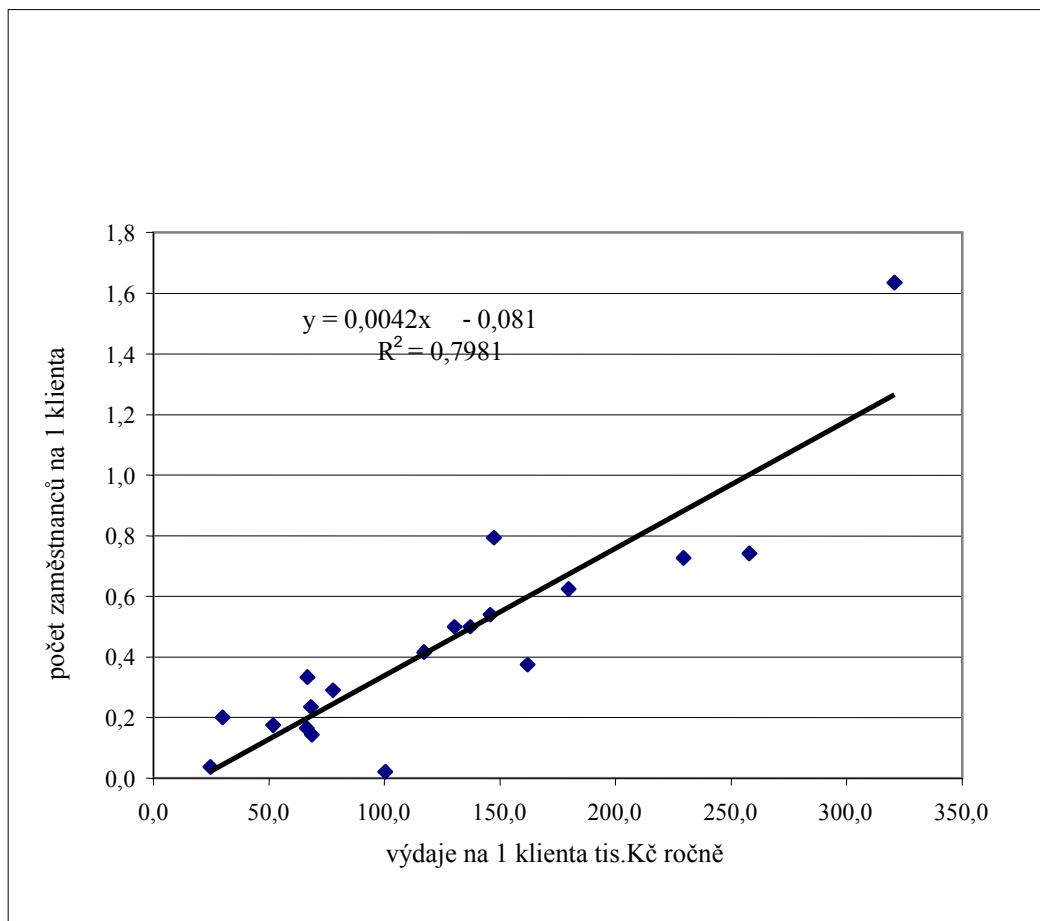
Co se týče závislosti výše výdajů na velikosti zařízení, na zdravotním stavu klientů a na počtu pracovníků (bod 5.3, 5.4 a 5.5) pak - stejně jako u ústavů sociální péče „úspory z rozsahu“ u této skupiny poskytovatelů neexistují. Zdravotní stav klientů nám není znám, takže jeho vztah k výdajům nebylo možno šetřit, avšak stejně jako v ÚSP i zde se projevuje silná závislost mezi počtem pracovníků a průměrnými výdaji na jednoho obyvatele, dokonce výraznější než v ústavech sociální péče (viz subkapitulu 5.5).

Rozdíly ve výdajích na jednoho klienta chráněného bydlení jsou mimo jiné dány i tím, že některé NNO provozují kromě chráněného bydlení i řadu relativně výnosných aktivit (pronájem prostor pro školení, rekreaci, semináře apod. včetně servisu, realizace individuálních zakázek v chráněných dílnách, zabezpečování náhradního plnění pro třetí subjekty (místo plnění povinného podílu zaměstnanců se zdravotním postižením). Takto získané finanční prostředky jim pak umožňují poskytovat nadstandardní péči v oblasti chráněného bydlení. Naproti tomu jiné NNO poskytují chráněné bydlení vyložené „samoobslužným“ způsobem a tedy velmi levně.

Není bez zajímavosti, že k obdobným výsledkům došla i M. Vylítová (2202), která

analyzovala data MPSV za rok 2001¹⁴. Zjistila, že v přepočtu na jednoho klienta za rok 2001 činily celkové neinvestiční výdaje 118 251 Kč; na jednoho klienta připadlo v průměru 0,4 pracovníků (při přepočtu na celé úvazky). „Pokud provedeme přepočet na plné úvazky, pak jsou domovy téměř dvojnásobně náročné na personální obsazení, než je chráněné bydlení,“ uzavírá M. Vylítová.

G r a f 14 Chráněné bydlení: výdaje a počet pracovníků na 1 klienta



Porovnáváme-li výdaje na chráněné bydlení s výdaji za ÚSP, musíme si především uvědomit, že soubor poskytovatelů chráněného bydlení, za který se nám podařilo získat srovnatelná data, je poměrně malý. Zatímco celkem 768 ÚSP pečuje o téměř 66 tisíc klientů, u námi zkoumaných respondentů se stará o celkem 226 klientů (0,3 % počtu klientů ÚSP) pouze 19 subjektů (2,5 % počtu ÚSP). Tento vzorek sice z kvantitativního hlediska nepředstavuje zdaleka rozhodující veličinu, nicméně má značný význam hodný následování, a to jak z hlediska potřeb klientů (o čemž svědčí názory odborníků psychologů a psychiatrů i zahraniční zkušenosti), tak z hlediska možností změn výdajové struktury. Porovnání výdajů na ústavní sociální péči a chráněné bydlení je provedeno v tabulce 23, kde jsou porovnána průměrná data za nestátní poskytovatele chráněného bydlení (údaje čerpány z tabulky 22) s průměrem za jednotlivé typy ÚSP (podle údajů v příloze II)..

Vzhledem k tomu, že klienti chráněného bydlení jsou vesměs osoby plnoleté, srovnáváme s daty v tabulce 22 v další tabulce 23 pouze výdaje v ÚSP pro dospělé.

¹⁴ Vylítová, M. (2002): Náklady na sociální služby poskytované nestátními neziskovými organizacemi, kterým byla v roce 2001 přiznána dotace na činnost z rozpočtu MPSV; Praha, VÚPSV 2002

(Podrobnější data za všechny ÚSP jsou uvedena v příloze II; z těchto dat je patrné, že výdaje v ÚSP pro mládež jsou zpravidla vyšší než v ÚSP pro dospělé).

Tabulka 22 Srovnání dat za respondenty - poskytovatele chráněného bydlení z hlediska neinvestičních výdajů a úhrad

statut organizace	průměrný roční počet obyvatel	výdaje na jednoho obyvatele v Kč		průměrná úhrada od jednoho obyvatele v Kč		zaměstnanci na 1 obyvatele	podíl úhr. na výdajích v %	využití kapacity v %
		ročně	měsíčně	ročně	měsíčně			
obec+NNO	27	24 673	2 056	8 287	691	0,0	34%	96%
občan.sduž.	3	30 000	2 500	30 000	2 500	0,2	100%	100%
ÚSP	23	51 843	4 320	79 818	6652	0,2	154%	96%
občan.sduž.	2	66 457	5 538	16 808	1401	0,2	25%	91%
C	5	66 667	5 556	16 889	1407	0,3	25%	75%
občan.sduž.	6	68 263	5 689	20 225	1685	0,2	30%	100%
C	3,5	68 571	5 714	17 143	1429	0,1	25%	88%
občan.sduž.	11	77 758	6 480	934	78	0,3	1%	100%
C	12	100 379	8 365	40 500	3375	0,0	40%	100%
C	44	117 153	9 763	19 151	1596	0,4	16%	99%
C	15	130 234	10 853	13 547	1129	0,5	10%	75%
občan.sduž.	7	137 143	11 429	27 600	2300	0,5	20%	100%
C	5	145 753	12 146	3 197	266	0,5	2%	71%
OPS	5	147 311	12 276	3 432	286	0,8	2%	100%
občan.sduž.	8	161 970	13 498	22 625	1885	0,4	14%	100%
občan.sduž.	8	179 680	14 973	10 750	896	0,6	6%	80%
OPS	30	229 367	19 114	40 800	3400	0,7	18%	100%
občan.sduž.	7	257 926	21 494	37 891	3158	0,7	15%	96%
občan.sduž.	6	320 741	26 728	9 189	766	1,6	3%	80%
průměr	12	122 691	10 224	26 583	2 215	0,4	21,5%	93,6%

Pramen: anketární šetření

Vysvětlivky: OPS=obecně prospěšná společnost, C=zařízení církevní, NNO=nestátní neziskové organizace bez rozlišení statutu

Z údajů tabulky 23 je především patrné, že - až na domovy-penziony pro důchodce - jsou výdaje na jednoho klienta v ústavech sociální péče podstatně vyšší než je průměr za námi zkoumané chráněné bydlení. Výdaje v penzionech jsou oproti výdajům v chráněném bydlení asi poloviční; poloviční je i počet zaměstnanců na jednoho klienta. V domovech důchodců a v ÚSP pro mentálně postižené jsou výdaje vyšší asi o 40%; v ústavech pro tělesně postižené jsou zhruba dvojnásobné.

Pro porovnání ukazatele průměrných výdajů na jednoho klienta je zajímavá též hodnota jeho průměrné odchylky. Z tabulky 24 vidíme, že domovy důchodců a ÚSP pro mentálně postižené dospělé tvoří z hlediska rozdílů ve výdajích na 1 klienta více homogenní soubory než je náš soubor poskytovatelů chráněného bydlení; zato však rozdíly v hodnotách výdajů na 1 klienta v ÚSP pro tělesně postižené dospělé jsou nesrovnatelně větší.

Tabulka 23 Porovnání výdajů na chráněné bydlení a ústavní sociální péči v roce 2002

	počet zařízení	počet klientů celkem	v přepočtu na 1 klienta a rok				úhrada / výdaje (%)	využití kapacity (%)
			výdaje	chráněné bydlení =100%	úhrada	zaměstnanci		
chráněné bydlení celkem								
	19	226	122 691	100%	26 583	0,4	22%	94%
domovy důchodců								
státní	225	25 854	174 994	143%	63 896	0,5	37%	97%
obecní	102	8 666	162 670	133%	64 023	0,5	39%	94%
církevní	19	876	168 203	137%	63 746	0,6	38%	97%
občanská sdruž.	4	121	173 621	142%	73 425	0,6	42%	98%
ostatní NNO	4	277	164 619	134%	65 945	0,6	40%	97%
DD celkem	354	35 795	171 759	140%	63 971	0,5	37%	96%
domovy-pensiony	148	11 195	61 681	50%	20 926	0,2	34%	90%
ÚSP - tělesně postižení (TP) dospělí								
bez přidruž. post.	7	493	317 572	259%	69 031	0,8	22%	98%
s ment. post.	6	440	200 892	164%	66 010	0,5	33%	100%
s více vadami	3	133	182 649	149%	63 605	0,5	35%	92%
celkem	16	1 065	252 576	206%	67 108	0,7	27%	98%
TP dospělí (bez přidruženého postižení) podle zřizovatele								
státní	3	263	349 491	285%	68 706	0,9	20%	98%
krajské	3	216	273 357	223%	68 545	0,8	25%	97%
církevní	1	13	408 603	333%	83 907	1,6	21%	98%
celkem	7	493	317 572	259%	69 031	0,8	22%	98%
TP dospělí celkem (včetně TP s přidruženým postižením) podle zřizovatele								
státní	9	779	251 666	205%	69 037	0,6	27,4%	99,3%
krajské	3	216	273 357	223%	68 545	0,8	25,1%	97,5%
obecní	1	10	94 723	77%	20 104	0,4	21,2%	48,8%
církevní	2	33	333 059	271%	76 066	1,2	22,8%	98,8%
občanská sdruž.	1	28	76 626	62%	7 631	0,3	10,0%	92,3%
celkem	16	1 065	252 576	206%	67 108	0,7	27%	98%
ÚSP - mentálně postižení podle zřizovatele								
státní	49	4389	177 125	144%	64 137	0,5	36,2%	96,3%
krajské	1	54	173 003	141%	74 454	0,5	43,0%	98,9%
obecní	5	269	178 163	145%	81 963	0,5	46,0%	98,1%
občanská sdruž.	2	56	116 439	95%	18 004	0,5	15,5%	94,1%
ostatní NNO	1	40	128 644	105%	42 846	0,6	33,3%	100,0%
celkem	58	4809	176 021	143%	64 531	0,5	36,7%	96,4%
alkoholici¹	5	160	194 056	158%	51 866	0,5	26,7%	93,9%
psychotici²	5	547	181 826	148%	51 153	0,5	28,1%	97,2%

Poznámky: 1 Alkoholici a toxikomani bez rozlišení podle zřizovatelů

2 Psychotici a psychopati bez rozlišení podle zřizovatelů

Prameny: Výpočet podle ukazatelů ze statistických výkazů MPSV VI-01 a údajů z tabulky 22

V tabulce 23 porovnáváme výdaje na chráněné bydlení s jinými typy rezidenčních sociálních služeb. I když problematika sociálních služeb poskytovaných potřebným osobám v jejich vlastní domácnosti není předmětem této práce, nebude bez zajímavosti porovnat výdaje na ústavní péči a na chráněné bydlení i s průměrnými výdaji domácností důchodců.

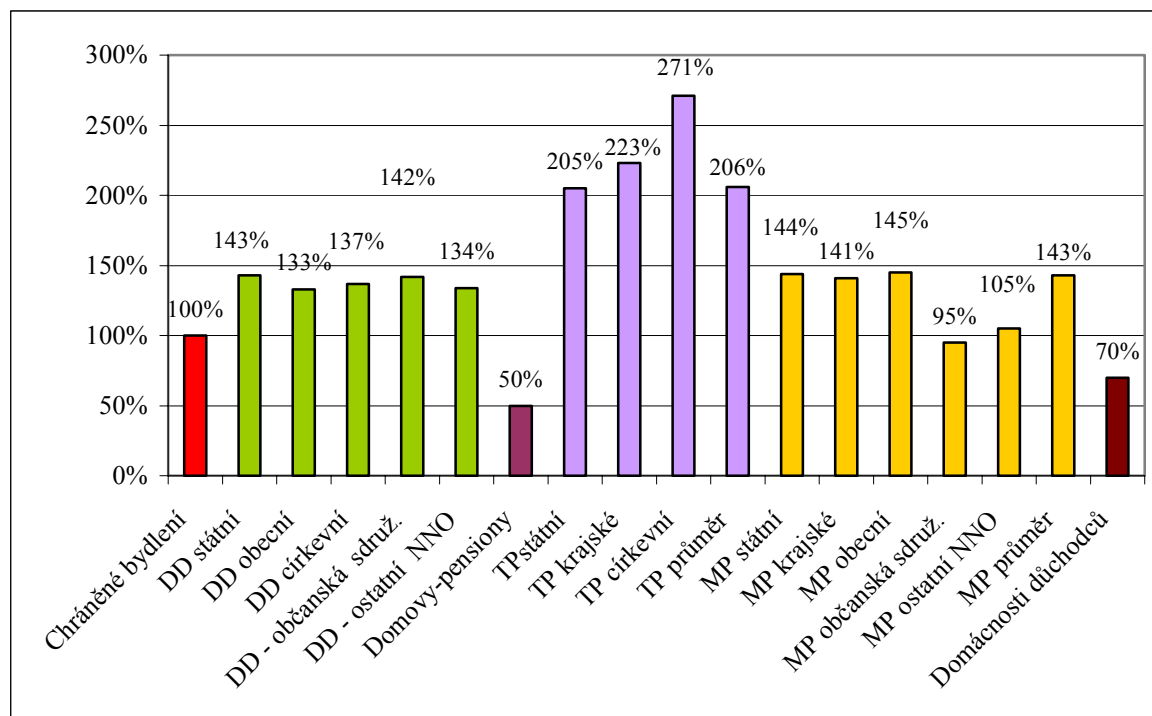
Tabulka 24 Vydání v domácnostech důchodců na osobu ročně (rok 2002)

domácnosti důchodců bez dětí - rok 2002	hrubé peněžní vydání Kč	spotřební výdaje ročně Kč	poměr k průměrným výdajům na chráněné bydlení	
			výdaje hrubé	výdaje spotřební
domácnosti důchodců celkem	85 901	78 461	70%	64%
jednočlenné celkem	89 600	82 471	73%	67%
jednočlenné - muži	94 113	85 653	77%	70%
jednočlenné - ženy	88 298	81 554	72%	66%
dvoučlenné celkem	83 742	76 107	68%	62%

Pramen: Příjmy, výdaje a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů 2002, Praha, ČSÚ 2003

Porovnáním údajů v tabulkách 22, 23 a 24 uvidíme, že roční výdaje domácností důchodců dosahují zhruba dvou třetin výdajů na chráněné bydlení, které je - v porovnání s jinými typy služeb - druhé nejlevnější (nejlevnější je bydlení v domovech - penzionech pro důchodce). Názorně jsou tyto poměry patrné z grafu 15.

Graf 15 Neinvestiční výdaje na jednu osobu ročně (chráněné bydlení = 100)



Pro porovnání ukazatele průměrných výdajů na jednoho klienta je zajímavá též hodnota jeho průměrné odchylky. Z tabulky 25 vidíme, že domovy důchodců a ÚSP pro mentálně postižené dospělé tvoří z hlediska rozdílů ve výdajích na 1 klienta více homogenní soubory než je náš soubor poskytovatelů chráněného bydlení; zato však rozdíly v hodnotách výdajů na 1 klienta v ÚSP pro tělesně postižené dospělé jsou nesrovnatelně větší.

Tabulka 25 Průměrná odchylka ukazatele výdajů na jednoho klienta

chráněné bydlení	domovy důchodců	domovy-penziony pro důchodce	ÚSP pro tělesně postižené dospělé	ÚSP pro mentálně postižené dospělé
61 249	46 895	51 695	114 456	47 201

6. Chráněné a podporované bydlení z pohledu odborného lékaře psychiatra (*MUDr. Zdeněk Bašný*)

Chráněné a podporované bydlení (CHB) patří mezi základní stavební kameny komunitní péče o osoby s psychickým nebo tělesným handicapem, případně handicapem kombinovaným. Jako rezidenční komunitní program je zaměřeno na problematiku akutních pacientů a osob s dlouhodobě trvajícím onemocněním.

V oboru psychiatrie je CHB jedním z rozhodujících nástrojů deinstitucionalizace péče a resocializace osob s přetrvávajícím psychiatrickým handicapem. Aplikace jednotlivých typů CHB musí vycházet z typu duševní poruchy, úrovně handicapu a reálně dosažitelného terapeutického efektu, který souvisí s možností dosažení a udržení sociální stabilizace v prostředí blízkém životu v běžné společnosti. CHB je jedním z příkladů „následné péče“ na rozhraní zdravotně - sociální problematiky, ale ve smyslu dichotomického rezortního rozdělení patří do oblasti sociální. V psychiatrii je dosud chráněné bydlení aplikováno především u osob s dlouhodobým psychiatrickým onemocněním, u kterých dochází ke ztrátě původních sociálních vazeb a dovedností, trvalé potřebě kontinuální nebo intermitentní dopomoci ze strany druhé osoby nebo podporující instituce. Potřeba této dopomoci není ovlivněna pouze úrovní psychického handicapu dané osoby, ale také schopností společnosti umět přijmout odpovídajícím způsobem existenci tohoto typu handicapu a přiměřeně mezi sebou akceptovat jejich nositele. Cílem CHB je omezit potřebu hospitalizační péče a vytvořit podmínky pro možnost seberealizace a širšího uplatnění pro osoby jinak odkázané na ústavní péči. Dosavadní praxe ukázala, že systém CHB umožňuje dostat z ústavní péče dříve z léčebny nepropustitelné pacienty. Úspěšnost je podmíněna spoluprací poskytovatelů psychiatrických služeb mezi sebou, do které musí být vtažen i sám klient.

K přijetí do systému CHB je nutné klienta stabilizovat po stránce zdravotní a vybavit ho základními sociálními dovednostmi. Musí být definována jeho sociální situace a určení nositelé jeho další zdravotnické péče (praktický lékař, ambulantní psychiatr, psychoterapeut, denní stacionář apod.). CHB nemůže být izolovanou aktivitou, ale má navazovat na síť služeb celého komunitního systému dle potřeb klienta. Základní odbornou formou práce s klienty CHB je socioterapie. Pro pobyt v chráněném bydlení je nezbytné klienta motivovat. Motivační proces je často rozhodujícím faktorem pro jeho úspěšnou adaptaci v tomto systému.

Chráněné bydlení má řadu variant, pro jednotlivé typy se dosud nepodařilo vytvořit odborná klasifikační schémata s dohodnutými charakteristikami jejich činnosti. Dle rozsahu dohledu a intenzity dopomoci lze CHB rozdělit na 3 základní typy: 1. chráněné bydlení - komunitní typ, 2. chráněné bydlení - domácí typ, 3. chráněné bydlení - sociální byt.

ad 1) Chráněné bydlení - komunitní typ: Jde o chráněné bydlení komunitního typu, které je určeno pro klienty, jejichž stav je stabilizován do té míry, že nepotřebují ústavní péči, ale pro trvalé projevy duševní poruchy, ztrátu sociálních dovedností, vliv hospitalismu z předchozího dlouhodobého pobytu v lůžkovém zařízení atd. vyžadují kontinuální dopomoc a dostupnost terapeuta. Týká se to především bývalých pacientů psychiatrických léčen. Jde o ubytování hromadného charakteru, kde by počet klientů podle dosavadních zkušeností neměl přesahovat číslo 12. Protože komunitní typ CHB může být dlouhodobě jedinou dosažitelnou alternativou hospitalizace, neměl by zde být pobyt časově limitován.

ad 2) Chráněné bydlení - domácí typ: Jedná se o ubytování v domech s obvyklými byty, z nichž některé jsou vyčleněny pro CHB. Slouží pro ověření a nácvik sociálních dovedností před přechodem do samostatného bydlení. Do těchto bytů dochází terapeut dle dohodnutého terapeutického plánu a v případě (při dekompenzaci stavu pacienta, jiné mimořádné události) potřeby je v krátkém časovém intervalu pro klienta dostupná odborná pomoc. Optimální obsazení bytu je 1 - 2 klienti, počet by neměl přesahovat 3 osoby, protože vyšší počet již modifikuje soužití klientů do formy hromadného ubytování. Tento typ

ubytování má rehabilitačně - resocializační charakter, doba pobytu by měla být omezena na dobu cca 15 měsíců, neměla by přesahovat 24 měsíců, protože to obvykle vede ke změně charakteru bytu v byt sociální.

ad 3) Chráněné bydlení - sociální byt: Určen pro klienty, kteří prokázali schopnost samostatného bydlení, ale v jiném prostředí bez dostupnosti občasně sociální nebo jiné odborné dopomoci selhávají, případně jsou fixováni na existující vazby v CHB a zrušení těchto vazeb vede k dekompenzaci jejich psychického stavu. Tento typ bydlení má indikovaným klientům poskytnout celoživotní zázemí, proto pobyt zde není časově omezen.

Přijetí klienta do chráněného bydlení: Musí být stanovena kritéria indikací a kontraindikací k přijetí do jednotlivých typů CHB. Přijetí klienta má být výsledkem týmové spolupráce v síti psychiatrických služeb. Základem k přijetí je doporučení klienta do CHB. Doporučení má vystavit ošetřující lékař, který je odpovědný za terapii svého pacienta a má doklady o dosavadním průběhu jeho onemocnění. V lékařské zprávě charakterizuje duševní poruchu a odborné důvody pro umístění klienta do CHB. Doporučení má obsahovat také popis sociální situace pacienta včetně jeho ekonomického zajištění. Následně se klient dostává do kontaktu s terapeutem CHB, při kterém jsou dohodnuty podmínky jeho pobytu v CHB. Klient musí být informován o stanovených pravidlech pobytu v CHB a je důležité, aby tato pravidla byla zakotvena v dokumentech podepsaných klientem a zástupcem CHB. Mezi důležité dokumenty patří dohoda o terapeutickém plánu, smlouva o podmínkách ubytování (nájem, podíl na úhradě energií, hrazení služeb atd.), domovní řád, případně další dokumenty důležité pro provoz a pobyt v CHB. Tak jako v jiných smlouvách musí být i zde jasně dohodnuty sankce a opatření při neplnění podmínek jednou ze smluvních stran.

Důležité je personální zajištění programu CHB. Program je založen především na socioterapii a z toho vyplývá, že by kvalifikační podmínkou pro práci v systému CHB mělo být vzdělání v sociální oblasti. Z tohoto pohledu je příznivá skutečnost, že sociální práci lze dnes studovat v rámci vyššího i vysokoškolského studia. Problémem však zůstává praktická připravenost absolventů těchto škol pro socioterapeutickou práci s lidmi trpícími duševní poruchou. V rámci těchto škol jsou pedagogy obvykle preferovány sociální a psychologické teorie vzniku duševních poruch a z toho vyplývající názory na jejich průběh a terapii. Absolventi nemají navíc potřebné základní znalosti z oblasti psychopatologie duševních poruch. To velmi oslabuje schopnost chápat projevy a reakce lidí trpících duševní poruchou a rozpoznání počínající dekompenzace jejich psychického stavu. Proto je důležité, aby práci v chráněném bydlení předcházela praxe v psychiatrickém zařízení, kde je možné se seznámit s příznaky duševních poruch, jejich léčbou a zabývat se problematikou lidí dlouhodobě léčených pro duševní onemocnění.

Možnosti a limity aplikace chráněného a podporovaného bydlení u jednotlivých duševních poruch dle Mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

U organických duševních poruch se CHB neaplikuje, protože se ve většině případů jedná o pacienty se syndromem demence s předpokládanou, organicky podmíněnou progresí onemocnění a potřebou stále rozsáhlejší dopomoci. Rehabilitace je zaměřena na podporu uchovaných funkcí, bez možnosti významnějšího efektu resocializačních aktivit

F10-F19 Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané užíváním psychoaktivních látek

Tato skupina sdružuje duševní poruchy vyvolané alkoholem a nealkoholovými návykovými látkami. Jsou zde zařazeny i osoby závislé na alkoholu a nealkoholových drogách. V této skupině je v rámci následné péče tradičně aplikováno modifikované (chráněné) bydlení hromadného typu v komunitách. Terapie je zde zaměřena na podporu

abstinence od drog, dominuje psychoterapie a režimová léčba, motivační aktivity ke změně předchozího stylu života. Při dodržování abstinence klienti nemívají problémy s resocializací, aplikace chráněného bydlení tak má pouze sociální důvod. Tito klienti bývají, na základě předchozích zkušeností, kontraindikováni pro pobyt v CHB typu 2 a 3 pro vysokou pravděpodobnost porušování abstinence a nerespektování stanovených pravidel.

F20-F29 Schizofrenie, schizotypní porucha a porucha s bludy

Onemocnění ze schizofrenního okruhu je charakterizováno vážnými poruchami myšlení a vnímání, v průběhu času vzniká kognitivní deficit. Je to onemocnění vznikající v mladistvém věku a vede k trvalé invalidizaci, které předchází opakované hospitalizace na psychiatrii. Onemocnění bývá doprovázeno ztrátou sociálních vazeb a dovedností. Nepříznivé průběhové formy vedou k tzv. postpsychotickému defektu osobnosti. Laická veřejnost se této diagnózy a osob s ní spojenými obává především pro její tajemnost a bizarnost projevů. Osoby trpící schizofrenií si přesto zachovávají intelektuální kapacitu a při dopomoci schopnost vracet se i se svým handicapem zpět do života. Čím časnější je léčba a rehabilitace, tím větší je pravděpodobnost udržení pozitivních sociálních vazeb a návyků. S léčbou a rehabilitací je nutné jako v jiných oborech začít bezprostředně. Pacienty hospitalizované pro schizofrenii je možné z hlediska potřeb rehabilitace a resocializace rozdělit do 3. skupin.

V 1. skupině jsou akutní pacienti, jejichž hospitalizace se pohybuje v rozmezí 40 - 50 dnů. U těchto pacientů probíhá intenzivní farmakoterapie a psychoterapie se snahou udržet původní sociální vztahy s rodinou, případně pracovištěm, rehabilitačně- resocializační aktivity jsou v pozadí.

Do 2. skupiny řadíme pacienty, jejichž hospitalizace přesáhla 50 dnů. Jde o nemocné, u kterých již dochází ke ztrátě předchozích sociálních vazeb a dovedností u náročnějších profesí začínají ztrácet svoji způsobilost pro jejich vykonávání. Často se pro ně uzavírá rodinné prostředí z obavy ze společného soužití. Zde je důležitá intenzivní rehabilitace sociálních dovedností, spojená s častou nutností rekvalifikace pracovního zařazení. Při získávání dovedností k samostatnému životu a jejich ověřování se v plném rozsahu a obvykle úspěšně uplatňuje program chráněného bydlení, který umožňuje zkrácení hospitalizace a zabraňuje tak rozvíjejícímu se hospitalismu.

Do 3. skupiny řadíme pacienty hospitalizované déle než jeden rok, často řadu let, kteří se adaptovali na život v lůžkovém zařízení, tento život jim nevyhovuje, ale změny se obávají. Zde je nejdůležitější najít cestu k motivaci změnit omezený životní styl, učít je základní péči o svoji osobu a životu v menším kolektivu a po zvládnutí dalších dílčích kroků vyzkoušet jejich připravenost k opuštění ústavní péče přes chráněné bydlení komunitního typu.

Pacienti se schizofrenií jsou pro svoji jasnou indikovanost dominující klientelou systémů chráněných bydlení. Mělo by to vést ke snížení potřeb psychiatrických lůžek především v oblasti následné péče.

F30-39 Poruchy nálady (afektivní poruchy)

V této skupině nebývají pacienti s indikací pro umístění v CHB

F40-49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

V této skupině duševních poruch se vyskytují osoby, které mají samy tendenci vyhledávat „bezpečí“ CHB pro pocit možnosti kdykoliv si zavolat pomoc nebo osobu, která vyslechne jejich obavy a obtíže. Tito klienti potřebují jiný typ péče oproti programu CHB.

F50-59 Behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

Duševní poruchy bez indikace do programu CHB.

F60-69 Poruchy osobnosti a chování dospělých

Problematika této skupiny duševních poruch ve vztahu jejich indikace k chráněnému bydlení bývá kontroverzním tématem odborných diskuzí. Jsou zde zastoupeny i osoby s narušenými sociálními vazbami a sociálním citěním. Jejich terapeutická ovlivnitelnost je diskutabilní a ověření léčebných výsledků zaměřených na bezkonfliktní soužití ve společnosti programem chráněného bydlení má logické zdůvodnění. Výsledky jsou však obdobné jako u klientů s problematikou závislosti na alkoholu nebo jiných drogách - nejsou schopni dodržovat terapeutický plán a pravidla vymezená pro pobyt v CHB.

Problémy ovlivňující realizaci programů chráněného a podporovaného bydlení vyplývají z řady faktorů. Není aplikována a finančně zabezpečena koncepce oboru psychiatrie zaměřená na komunitní péči. Chráněná bydlení jsou na pomezí zdravotně - sociální péče a není definována odpovědnost za jejich financování. Budování chráněných bytů je finančně náročné a obtížně se dokladuje jejich ekonomický význam v celospolečenském měřítku. Ambulantní psychiatrii většinou neprojevují odpovídající zájem o tyto programy. Chráněná bydlení nemají potřebnou návaznost na chráněná pracoviště, patientské kluby a další zájmové aktivity zaměřené na vyplnění volného času psychiatrických pacientů po propuštění z ústavní péče. Současný systém sociálního zabezpečení často demotivuje pacienty léčeben k přechodu do chráněného bydlení, kde se musí podílet na nákladech svého ubytování a stravování.

Přes existující problémy dosavadní výsledky projektů chráněného a podporovaného bydlení jednoznačně dokladují nezastupitelnost CHB v systému komunitní psychiatrické péče. Dokazuje, že u významné skupiny psychiatrických pacientů zkracuje délku hospitalizace, omezuje pobyty ze sociálních důvodů a významně zlepšuje kvalitu života lidí s psychiatrickým handicapem.

7. Pohled klinického psychologa na podporu v bydlení

(PhDr. Václava Probstová, CSc.)

V péči o bydlení pro duševně nemocné došlo ve světě ke dvěma změnám paradigmat: první změnou byla deinstitucionalizace, přechod ze života ve velkých léčebnách do obce (paradigma lineárního kontinua - vrchol zhruba v 70. a 80. letech). Devadesátá léta jsou ve znamení přechodu od paradigmatu lineárního kontinua k paradigmatu podporovaného bydlení (Ridgway, Zippel, 1990, Lehman, Newman in Breakey, 1996).

Profesionálové uvažující pod vlivem lineárního paradigmatu chtěli budovat kontinuum chráněného bydlení s různou mírou podpory a restrikce, kterým by klienti postupně procházeli na cestě k větší samostatnosti. Vznikaly domy na půl cesty (ale také na čtvrt, tři čtvrtě ...), skupinová chráněná bydlení, chráněné byty, internáty či pečovatelské domy, venkovská bydlení poskytující i práci. Tato zařízení se mezi sebou lišila délkou pobytu, mírou přítomnosti personálu (od 24 hodin denně do ohlášených návštěv), intenzitou léčebných a rehabilitačních aktivit (akreditace byla zdravotnická, sociální či kombinace obojího), počtem klientů. Objevila se ale řada výtek: mnohá chráněná bydlení představují další „miniinstituci“, kde žijí terminálně závislí pacienti, lidé ve skupinovém bydlení se učí dovednostem, které nejsou vždy přenosné do jejich budoucích domácích podmínek (ať již díky kognitivním potížím nebo jiným podmínkám, např. život ve skupině cizích lidí), lidé se tu necítí doma, ale jako figurky na šachovnici, kterou jsou posunováni.

Odpovědí bylo paradigma podporovaného bydlení, kde se za optimální považuje bydlení klienta co nejvíce dle jeho volby. V praxi je to podpora pracovníka (asistenta) klientovi v místě jeho bydliště či dlouhodobého pobytu dle jeho potřeb (včetně pomoci při získávání finančního zabezpečení). Ve výše uvedených zařízeních tak dochází k některým změnám: klienti zůstávají dlouhodobě v jednom bydlení (a to i v případě, že v něm žijí lidé s různou mírou funkční kapacity), snaha je v rámci možností dávat šanci výběru a respektovat předchozí místo bydliště, způsob života, přiblížit klienty co nejběžnějším podmínkám, nácvik dovedností „in vivo“, navazování vztahů v rámci přirozené sociální sítě.

V České republice situace zůstává v období před deinstitucionalizací: duševně nemocní žili a žijí dlouhodobě na dvou místech: v domácím prostředí a v léčebně. V menšině jsou to pak ulice a zařízení sociálních služeb (specializované domovy důchodců pro psychiatrickou klientelu, domovy důchodců a ústavy sociální péče). Existuje jen velmi malý počet specializovaných zařízení či služeb poskytujících bydlení s podporou.

V rámci příspěvku klinického psychologa se zde zaměřím hlavně na jednotlivce, jeho potřeby a jejich dynamiku.

1. Model duševního onemocnění jako výchozí bod při organizaci podpory bydlení

Jak příčiny, tak okolnosti ovlivňující průběh a vyústění duševního onemocnění jsou chápány jako komplex bio-psycho-sociálních faktorů. Jednotlivé modely onemocnění pak kladou důraz více či méně na jednotlivé faktory.

Medicínský model je nejčastěji spojován s důrazem na biologické aspekty onemocnění (biologické paradigma). Jedinec je tu v roli pacienta, kterému je odborníkem poskytována léčba (a to jak na jeho žádost, tak i v některých případech bez jeho souhlasu). Medicínský model pracuje s léčbou jako odpovědí na jednotlivé ataky, fáze. V mezidobí se u dlouhodobě duševně nemocných hovoří např. o udržovací léčbě, tedy o jakési terciální prevenci těchto atak a fází, či o tom, jak nemoc „změnila osobnost“ (např. termín „postpsychotický defekt“).

Psychosociální model (dynamický, ale i další psychoterapeutické směry) se snaží o pochopení a odpověď na psychologické faktory onemocnění, tedy na dynamiku vnitřních (intrapsychických) sil a vlivů interpersonálních. Člověka vidí v jeho kontinuu, akutní vyostření potíží jako výsledek dlouhodobých problémů a jejich odeznění znamená často

teprve prohloubení psychologické práce (např. po odeznění hluboké deprese pacient začíná soustavněji pracovat na pochopení a změně svých vnitřních konfliktů a tendencí). Jedinec je tedy opět v roli pacienta, jeho role v procesu léčby je ale více aktivní, vyžaduje se určité pracovní společenství. Významným nástrojem při práci v rámci psychosociálního modelu je vztah terapeut x pacient.

Systémový model vnímá výrazně roli systému (rodiny, ale také širšího sociálního prostředí jako faktoru spolupodílejícího se jak na vzniku onemocnění, ale především na jeho rozvoji či úzdavě. Jedinec je vnímán jako součást tohoto systému (např. sociální sítě), akcent práce je tedy na práci s celou touto sítí (rodinná terapie, psychoedukace, podpora rodiny, práce s okolím, komunitou).

Rehabilitační model vychází ze současného funkčního stavu jedince, jeho potřeb, v potaz bere také možnosti jeho okolí jako zdroje podpory. Cílem psychiatrické rehabilitace je úspěšná adaptace klienta v jeho prostředí (což může být dosaženo i adaptací, přizpůsobením jeho prostředí). V rehabilitačním modelu není tedy tolik důležitá kauzalita onemocnění, nýbrž aktuální stav jedince, jeho potenciál, ale také jeho omezení. Psychiatrická (psychosociální) rehabilitace je metoda, která využívá nástroje, jako je rehabilitační šetření, rehabilitační plán, hodnocení rehabilitačního plánu. S jedincem je tu pracováno jako s partnerem, výsledně se jeho role nejvíce blíží roli spolupracovníka na svém „případu“. Profesionál je nezbytný jako nositel znalosti „nástrojů psychiatrické rehabilitace“ a jejich použití“.

Jako velmi užitečné se ukázaly přístupy, které se snaží o spojení jednotlivých modelů (např. třífázový model schizofrenie Ciompi, 1986) při chápání příčin onemocnění, ale také při organizaci systému intervencí. Duševně nemocní potřebují intervence v rámci modelu, který aktuálně odpovídá na jejich potřeby. Nejčastější chybou je univerzální odpověď v rámci medicínského modelu, opomíjení dlouhodobosti onemocnění, a tedy i vlivu např. sociálních faktorů (a tedy odpověď v rámci systémového či rehabilitačního modelu) na průběh onemocnění. Např. pacient se díky svým špatným sociálním dovednostem, dlouhodobé hospitalizaci, následné ztrátě podpůrné sociální sítě, izoluje, nevychází ven, jeho nálada i aktivita jsou výrazně sniženy. Odpověď v rámci medicínského modelu je např. pouze zvýšení antidepressivní medikace. Bez intervence na úrovni modelu rehabilitačního (návuk sociálních dovedností, hledání podpory okolí), systémového (práce s prostředím, lidmi kolem, pomoc při vytváření nových kontaktů) se efekt medikace může plně ztratit.

Podpora v bydlení (chráněné bydlení a bydlení s podporou), které je poskytováno profesionálně, pracuje se všemi modely (medicínským, psychosociálním - dynamickým, systémovým, rehabilitačním). Důraz a nejčastější využití je u modelu rehabilitačního, systémového, ale pochopení dynamiky vztahů, využití psychosociálního modelu pro výběr intervencí, odpověď např. v akutní fázi, fázi krize, na úrovni medicínského modelu patří k důležitým aspektům péče.

Podpora v bydlení je nedílnou součástí systému péče o duševně nemocné (komunitní přístup), který se na úrovni jedince děje prostřednictvím multidisciplinárního týmu (např. psychiatr, psycholog, sociální pracovník, asistent v bydlení). V rámci multidisciplinárního týmu se prolínají přístupy v rámci jednotlivých modelů, zároveň se mění a obohacují. Např. medicínský model v rámci komunitní péče pracuje s pacientem jako s partnerem (self management medikace), rehabilitační model je více ovlivňován modelem systémovým (práce s rodinou, sociální sítí).

Podpora v bydlení (chráněné bydlení, bydlení s podporou) je tudíž součástí zdravotně - sociálních služeb, neboť využívá jak model medicínský, psychosociální v rámci zdravotní péče, systémový v rámci péče sociální a model rehabilitační, který je na pomezí péče zdravotní a sociální. Podpora v bydlení je zabezpečována s pomocí multidisciplinárního týmu a je součástí širšího systému komunitní péče.

2. Specifika cílové skupiny (duševně nemocní)

Duševně nemocní představují poměrně různorodou skupinu, ve které přesto najdeme některá specifika oproti jiným skupinám, ať již nemocných či zdravotně postižených.

Duševní nemoc se odvíjí často jakoby po spirále: nemocní dosahují úrovně fungování, v krizi se často vrací jakoby zpátky. V případě psychoterapeutické či rehabilitační práce lze věřit, že dosažená úroveň je jakýmsi základem, ke kterému se nemocný může, ale nemusí vrátit. Pro poskytovatele služeb je tak důležitá flexibilita, stav klienta a jeho potřeby se mohou měnit, intervence jim musí odpovídat (např. tutéž situaci bude řešit v závislosti na klientově stavu různě s různou mírou podpory).

Duševně nemocní jsou často lidé s výrazně nerovnoměrnými schopnostmi a dovednostmi, což často vede k jejich podceňování (hyperprotektivita) či naopak přeceňování jejich kapacity (přetěžování).

Vzhledem k různorodému fungování integračních a obranných mechanismů je pojem zátěže velmi individuální.

Řada tzv. symptomů (projevů) dlouhodobého onemocnění je spíše důsledkem sociálních aspektů onemocnění, kombinací onemocnění a vlivu instituce (hospitalismus), ale také obranných mechanismů (např. izolace, stažení se jako odklon zátěže sociálního prostředí, omnipotentní fantazie jako obrana před znehodnocením).

S duševním onemocněním jsou často spojeny potíže, které popisujeme jako problémy se „základní důvěrou“, blízkostí, závislostí, obtížemi někoho potřebovat, neschopností unést ztrátu. Tyto potíže, které se především týkají mezilidských vztahů, kladou velké nároky na poskytovatele služeb, kteří pracují nejen s očekáváními klientů, ale i se sebou (jak být zúčastněný, respektující a přirozený, ale zároveň rozumějící a vnímající problémy, který klient a jeho okolí prožívají). Asistent v podpoře bydlení patří mezi profese nejméně náročné na „profesionalitu“ vztahu (práce v „domácím prostředí“).

Stálost, předpověditelnost, spolehlivost prostředí (sem patří i chování lidí kolem), jeho jasná struktura a hranice jsou důležitými aspekty uspořádání služeb podpory v bydlení.

Existuje skupina duševně nemocných, kteří mají v důsledku poruch soustředění, kognitivních funkcí a oslabení integračních funkcí „já,“ problémy s učením, „přenosem“ zkušeností a dovedností.

Duševně nemocní jsou nejen objektem stigmatizace okolí, ale sami toto stigma zvnitřňují. Jejich problémy je limitují, během života se často musejí vzdát (i opakovaně) svých představ a plánů.

Ze specifíků cílové skupiny (duševně nemocní) vyplývají i specifické trendy v podpoře bydlení. I když cílová skupina duševně nemocných je velice různorodá, platí zde i některá obecná pravidla: nutná je stálost, návaznost podpory, jejíž míra se liší v závislosti na aktuálním stavu klienta

Dlouhodobost znamená poskytovat podporu v bydlení co nejdéle v jednom prostředí (např. v rámci jednoho chráněného bydlení spíše diferencovat míru podpory než „posouvat“ klienta z jednoho bydlení do druhého).

Přednost dostává podpora bydlení v „přirozených podmínkách“ stálého bydlení domácího typu, aby mohl klient zvyšovat nejen míru svých dovedností, ale také pocit bezpečí ve svém zázemí.

3. Definice specifických potřeb duševně nemocných v podpoře bydlení

Duševně nemocní, kteří potřebují podporu v bydlení (chráněné bydlení, bydlení s podporou) nejsou homogenní skupinou. Liší se prostředím, zázemím, hodnotami a cíli, které měli a mají, charakteristikami osobnosti, dovednostmi, zkušenostmi, diagnózou (zjednodušeně řečeno typem zdravotních problémů, které zasahují do jejich života), ale také typem profesionální pomoci a podpory, které se jim dostalo.

1. Mladí klienti, do jejichž života vstoupila nemoc jsou v období „startu do života“ - ať již je to studium, práce, hledání životního partnera, s tím související oddělení se od rodiny, získávání dovedností potřebných k samostatnému fungování, budování vlastní sociální sítě (přátelé, partner, kolegové atd.), hledání svých cílů a zaměření. V tomto období je komplexní péče, a to včetně podpory v bydlení, rozhodujícím momentem pro jejich budoucnost. V některých případech může být rychlá možnost podpory v bydlení nezbytná pro změnu nevyhovujícího domácího prostředí (hostilní, hyperprotektivní nebo afektivně nestabilní prostředí, která představují nezvladatelnou zátěž).

Skupinové bydlení (chráněné bydlení, skupinový byt) může odpovídat i typu bydlení, který běžně mladí v této době vyhledávají. Důležitá je práce s rodinou, osvojení si praktických a sociálních dovedností (podpora v bydlení jako prostředí pro nácvik dovedností). Velmi efektivní je přístup, který spojuje model dynamický (psychoterapeutický) a rehabilitační (např. léčebné komunity pro mladé lidi s psychotickým onemocněním), který zatím v ČR úplně chybí.

2. Klienti žijící doma: jsou to jednak lidé, kteří prošli léčením, nemoc ovlivnila již výrazněji jejich funkční kapacitu včetně pracovního potenciálu (mohou být v invalidním důchodu), mohou se cítit izolováni, vyřazení ze společnosti. Podpora v bydlení, kterou potřebují, je zaměřena na nácvik a obnovení sociálních dovedností, na jejich osamocenost- podporu sociální sítě, dovednosti a podporu okolí potřebnou k zvládnutí zátěžových a krizových situací, sociální zabezpečení a tvoří součást komplexní zdravotně-sociální péče.

Další skupinu mohou tvořit lidé, kteří zvládají s menšími problémy běžné životní situace, jejich fungování v běžném životě není výrazněji omezeno - často pracují na plný úvazek či pobírají jen částečný důchod. Snížená úroveň jejich adaptace se projevuje např. zúžením škály životních situací, kterými procházejí, či naopak jistou mírou nestálosti či závislosti, mohou např. nevyhledávat změny, obtížně zvládat ztráty (blízké osoby, důležitých věcí). Nejčastěji využívají služeb jednoho specialisty - např. psychiatra, eventuálně psychologa. Tito lidé v zátěžových situacích (úmrť člena rodiny, změna podmínek bydlení, nepříznivá domácí situace) mohou postrádat kapacitu pro jejich zvládnutí, adaptaci se na nové podmínky. Velmi rychle se bez intenzivnější pomoci a podpory asistentů v bydlení mohou dostat do bludného kruhu „otáčivých dveří“ (domov x nemocnice, léčebna) či být dlouhodobě institucionalizováni. Přitom pomoc, kterou potřebují od asistentů v bydlení, může být často časově omezena po dobu zvládnutí zátěže.

3. Dlouhodobí klienti institucí často ze „sociálních důvodů“ či ti, kteří ztratili díky potížím zázemí („otáčivé dveře“), nebo ti, jejichž domácí situace a prostředí je nevyhovující.

Tito lidé potřebují vybudovat nové zázemí, mohou mít problémy se sebeobstaráním se, ztratili nebo pro dlouhodobý pobyt v instituci nikdy nenabyli nové dovednosti potřebné k samostatnému fungování, chybí jim sociální dovednosti, vlivem hospitalismu (kombinace vlivu onemocnění a prostředí instituce) je u nich prohloubena závislost na zdravotně-sociálním systému.

Tito lidé potřebují intenzivní podporu, může být pro ně vhodné chráněné skupinové bydlení, ale rozhodně neplatí přímá úměra závažnost stavu, vysoká míra zdravotně-sociálních potřeb - nutné je skupinové bydlení. Pro některé klienty (častěji s paranoidní symptomatikou, výrazně uzavřené, senzitivní) může být skupinové bydlení nevhodné a potřebují spíše intenzivní podporu ať již v chráněném bytě nebo v jiné formě individuálního bydlení (např. by to mohl být dům s pečovatelskou službou). Podpora v bydlení musí být dlouhodobá, časové limity pro pobyt, které jsou v některých zařízeních (vesměs z kapacitních důvodů) běžné, jsou pro tyto klienty nevyhovující, protože „potřebují svůj čas“.

Odpověď na potřeby podpory v bydlení duševně nemocných lidí musí být v co největší míře individualizována. Potřeby a následný okruh intervencí lze rozdělit do okruhů, které nejsou definovány diagnózami, spíše životní etapou, funkční kapacitou a potenciálem klienta. Tomu odpovídají i jednotlivé typy podpory v bydlení.

4. Úloha klinického psychologa v systému podpory bydlení: klinický psycholog jako součást multidisciplinárního týmu pracuje nejčastěji s klientem v rámci psychosociálního modelu (dynamického či jiného psychoterapeutického přístupu).

V systému podpory bydlení v ČR psychologové pracují jako vedoucí programů podpory v bydlení, častěji ale jako supervizoři týmů pracovníků-asistentů podpory v bydlení (tuto roli mohou zastávat i jiné profese-nejčastěji psychiatři, zkušení sociální pracovníci). Jako supervizoři pracují zejména na vztahových problémech, a to nejen na úrovni klient x asistent, ale také na problematice dynamiky skupinových vztahů ve skupinových chráněných bydleních. Někdy může jít i o tzv. supervizi projektu, kdy se věnují zejména aplikaci modelů (rehabilitačního, systémového) v práci týmu podpory v bydlení. Psychologové pro tuto práci mají speciální výcvik (v supervizi), ekvivalentem může být dlouhodobá zkušenost práce supervizora ve zdravotně-sociálních službách.

Psychologové mají také kvalifikaci pro práci v oblasti výzkumu a šetření potřeb duševně nemocných, jejich spokojeností se službami, rozvíjejí nástroje na měření efektivity služeb: metody měření kvality života, sociální integrace. V ČR zatím existuje jen málo těchto nástrojů, jen v omezené míře jsou adaptovány a standardizovány široce používané nástroje ze zahraničí (SQUALA, CAN). Postupně by ale pro zadavatele, ale i pro samotné poskytovatele služeb, mělo být měření efektivity práce a její zkvalitnění na základě dosažených výsledků běžnou součástí projektu. Výsledky šetření umožňují definovat kritéria dobré praxe.

Shepherd (2002) uvádí některé výsledky šetření dobré péče: duševně nemocní dávají přednost podpoře v bydlení-komunitnímu bydlení (rezidenční, mobilní typ) oproti ústavnímu pro větší míru soukromí, větší možnost volby a rozhodování, menší míru omezení. Podpora v bydlení vykazuje lepší výsledky v oblasti sociální adaptace a je finančně více efektivní. Potřeba je celé škály možností bydlení (ať již co do umístění, ale i času pobytu). Velmi dobré výsledky vykazují malá zařízení domácího typu pro nejvíce postižené. U projektů podpory bydlení pro duševně nemocné je důležité vyvážení „samoty“ versus zátěže „skupinového bydlení“.

Supervize je nedílnou součástí práce asistentů v bydlení, jedním z ukazatelů kvality práce pro zadavatele (MZ, MPSV, úřady místní správy).

Důležitá je podpora projektů na adaptaci nových kvalitativních i kvantitativních nástrojů měření kvality a efektivity služeb, které by se staly běžnou součástí hodnocení kvality práce projektů chráněného bydlení.

1. V rámci podpory v bydlení se využívají různé modely duševního onemocnění. Nejčastěji je to model rehabilitační - základní nástroje psychiatrické rehabilitace jsou nezbytnou součástí profesionálních dovedností asistentů v bydlení.
2. Neexistuje jeden typ podpory v bydlení vhodný pro všechny jedince s duševním onemocněním. Nutná je diferenciací dle potřeb, které se u jednotlivých skupin mohou lišit, tedy celá škála typů podpory bydlení (chráněná individuální a skupinová bydlení, podporované bydlení v domácích podmínkách s různou mírou podpory) lišící se velikostí, přítomností a dostupností personálu (asistentů).
3. Přání klienta se nerovná jeho potřebě, potřeba zdravotně - sociální péče je průsečíkem přání a reality (nejen vnější, ale také reality vnitřního stavu klienta).

4. Podpora v bydlení je častou potřebou pacientů se závažným a dlouhodobým duševním onemocněním. Závažnost stavu by ale neměla být podmínkou podpory. Možnost bydlení a podpory může být důležitou intervencí v rámci sekundární prevence (mladí klienti).
5. Nezbytné je, aby podpora bydlení byla součástí celého systému komunitní péče orientované na pacienta, klienta. Pokud se tak neděje, asistenti v bydlení jsou zahlceni dalšími potřebami klientů a hrozí vznik dalších miniinstitucí.
6. Nezbytnou součástí budování systému podpory v bydlení je práce s veřejností („destigmatizace“), důležitá je také systematická příprava a vzdělání asistentů bydlení.

8. Systém podpory v bydlení pro osoby s duševním onemocněním ve světle zahraničních zkušeností (MUDr. Jan Pfeiffer)

Běžnou a můžeme říci jednou ze základních potřeb každého člověka je mít svůj domov, respektive mít kde bydlet. Máme na mysli místo, kde mohu spát, provozovat v něm základní aktivity i jistý čas mimo spánek a mít je jako své základní zázemí. V našich kulturních podmínkách je běžné, že takovéto místo hraje často důležitou roli v sociálním životě, domů si zveme návštěvy, budujeme v něm naše intimní vztahy.

Osoby, které trpí vážnějším duševním onemocněním, často o naplnění této základní potřeby přicházejí, a to v důsledku způsobu, jak je současná společnost navyklá se k nim vztahovat, starat se o ně, respektive „pomáhat“ jim.

Tak jako ve všech průmyslově vyspělých státech, tak i na území dnešní ČR během industriální revoluce v průběhu 19. století a počátkem století 20. řada osob, které se z důvodů různých postižení nebyly schopny zařadit do stále více výkonově orientovaného způsobu života, byly vyčleňovány mimo běžný život do speciálně pro ně budovaných prostředí, zařízení. V případě osob s duševním onemocněním se těmto zařízením začalo říkat ústavy choromyslných, později psychiatrické nemocnice či psychiatrické léčebny. V některých případech honosněji psychiatrická sanatoria. Tato zařízení byla často budována v přírodě, na okraji velkých měst. Na počátku jejich vzniku stálo mimo jiné přesvědčení, že pro tyto lidi je běžný život přespříliš náročný, zraňující a klidné prostředí parků a zahrad je tím nejlepším místem na „léčení nervů“. Ať už přímo či nepřímo však v tomto prvotním záměru bylo obsaženo i to, že tito lidé s duševním onemocněním jsou nějakým způsobem rušiví pro běžnou, čím dál tím více konzumně se orientující společnost. Tedy v záměru budování psychiatrických léčeben byla obsažen dvojí ochrana: ochrana duševně nemocných před „zlým“ světem, ale taktéž ochrana světa před „zlými“ duševně nemocnými.

Původní vybavení i programy řady psychiatrických léčeben byly často velice velkorysé. Tak tomu bylo i na území dnešní ČR. Psychiatrické léčebny byly budovány jako poměrně samostatné, nezávislé socio-ekonomické jednotky. Měly své vodárny, statky se značnými polnostmi a velkou produkcí potravin, vlastní pekárnu a další provozy nezbytné k běžnému chodu života.

Velmi často však původní „úroveň“ postupně upadala, řada provozů se redukovala, počet pacientů narůstal a nezdědky přesáhl dvojnásobný počet oproti původní kapacitě, pro kterou bylo zařízení stavěno. Azylový charakter a charakter instituce, jejímž posláním je izolovat „nepohodlné“ od zbytku společnosti byl stále zřetelnější.

Po druhé světové válce, po šoku z ne-humanity, do které se Evropa i jiné části světa během války propadly, začala v zemích, které nebyly zaklety v prostoru „železné“ opony, vlna nové humanity. Začal se propracovávat koncept lidských práv jako universálního principu platícího pro všechny lidské bytosti včetně těch, u kterých je mysl a jejich chování díky nemoci nějak pozměněno. V demokraticky vyspělých zemích začala vlna kritiky psychiatrických institucí.

Hlavní argument kritiky spočíval v tom, že tyto instituce sice nějakým způsobem pokrývají potřeby duševně nemocných, ale tento způsob je nedůstojný. Nepomáhá navrácení do normálního života, ale naopak jenom často prohlubuje handicapy vzniklé nemocí. Psychiatrické léčebny sice poskytují osobám s duševním onemocněním „střechu nad hlavou“, ale mají charakter internátu, kde je pacient vtiskáván do pasivní, dětské, závislé role. Jeho zodpovědnosti jsou redukovány. Jeho kontakt s realitou běžného světa je institucí značně limitován a kontrolován.

Paralelně s vlnou kritiky začalo v 60. letech minulého století hledání a experimentování nových, původně nazývaných „alternativních“ cest. Tedy šlo o to, jak poskytovat pomoc lidem s duševním onemocněním tak, aby nezůstávali bez podpory, na

druhou stranu aby je „pomoc“ nevytrhávala z běžného života. Tento proces je nazýván reformou psychiatrické péče či procesem deinstitucionalizace nebo tvorbou komunitní psychiatrie. Hledání vhodné formy a obsahu pomoci v oblasti bydlení osob s vážnějším duševním onemocněním je jednou z důležitých kapitol transformace celého systému péče o osoby s duševním onemocněním. Za bezmála již půl století, co je tato oblast v zemích s pokročilou reformou psychiatrické péče rozvíjena, testována, popisována je neshromážděno dosti zkušeností. Ne všechny jsou do našich podmínek přenositelné. Některými fázemi vývoje je pravděpodobně nutné si projít i kdyby racionálním bylo „vskočit“ rovnou do fází vyvrážděných forem. S dobrou znalostí vývoje v zemích, které začaly v polovině minulého století proces reformy péče o duševně nemocné, proces, který u nás teprve nyní začíná, je však možné se opakování některých chyb vyvarovat.

Historie chráněného bydlení v zahraničí

Prvními mimonemocničními službami orientovanými na zajištění potřeb bydlení byla zařízení nazývaná „dům na půl cesty“ /half way house/. Začala vznikat v polovině minulého století v USA, Velké Británii a postupně dalších demokraticky a ekonomicky vyspělých zemích. Název a původní idea tohoto prvního typu chráněného bydlení byla, že klient z vysoce izolovaného a chráněného typu služby - z psychiatrické nemocnice - přejde do zařízení se stále ještě intenzivní podporou a případně i dozorem, ale toto zařízení bude v běžné zástavbě. Předpokladem bylo, že po určité době, po adaptaci v běžnějším životě a po natrénování jisté úrovně samostatnosti bude klient schopen přejít do dalšího méně chráněného typu bydlení. Tedy mělo se jednat o službu „na půl cesty“ mezi léčebnou a běžným životem. Klient putoval od služby k službě, dle aktuální úrovně svých potřeb, respektive schopností a dovedností. Následným typem služby byly skupinové byty, dále pak samostatné byty.

Tento systém byl zaveden a fungoval několik desetiletí. Při jeho hodnocení a paralelně s proměnou či rozvojem konceptu komunitní péče o duševně nemocné se objevovaly kritické pohledy. Dají se shrnout do následujících, vzájemně souvisejících bodů:

- Přesun dlouhodobě duševně nemocných z psychiatrických léčeben často znamená i přesun personálu s léčeben do „nových“ služeb. Samotná změna místa však neznamená proměnu stylu práce profesionálů, změnu podmínek pro duševně nemocné. Skupinová chráněná bydlení (domy na půl cesty) tak často byla jen zmenšená a na jiné místo přenesená oddělení psychiatrických léčeben.
- Chráněné či podporované bydlení bylo někdy budováno jako izolovaná, jediná služba. Klienti pak mohou být nadále, tak jako v psychiatrické léčebně, odkázáni na monopolního poskytovatele. To nadále vytváří závislost.
- Projekty bydlení často neuměly využívat zdroje komunity, neznaly technologie, jak motivovat klienty k začleňování do komunity. Často pak klienti sice byli v prostoru mimo léčebnu, ale žili nadále izolováni, v kontaktu jen se svými spolubydlícími klienty či profesionály.
- Pokud nebyly jasně stanoveny priority, pro které typy klientů mají nově vznikající služby pro podporu bydlení sloužit, byly do těchto služeb často přijímáni méně složití, někdy méně potřební klienti. Více potřební klienti pak buď zůstávali nadále v psychiatrických léčebnách či se tam opakovaně vraceli. V horším případě rozšiřovali řady bezdomovců.

Na základě zkušeností několika desetiletí provozování skupinových chráněných bydlení se postupně prosazovala tendence neorganizovat služby tak, aby klient chodil za službou, ale aby služba chodila za klientem. Aby služba flexibilně reagovala na stav, úroveň potřeb klienta. Aby tak klient mohl od začátku zůstat ve svém přirozeném prostředí či se do něj co nejdříve navrátit. Praxe ukázala, že každý stupeň intenzity chráněnosti může být - při dostatečných znalostech a dovednostech personálu a při odpovídající koordinovanosti postupu - nahrazen formou méně chráněnou. Psychiatrické léčebny mohou být nahrazeny chráněným

bydlením. Chráněné bydlení může být nahrazeno službou flexibilního profesního týmu podporujícího klienta v jeho vlastním bytě. Tým podpory v bydlení může být nahrazen rodinou či okolím. Tým pak nepodporuje přímo klienta, ale jeho přirozené okolí.

V současné době je možno v zemích s dlouhou zkušeností najít nerůznější typy a varianty služeb podpory v bydlení.

Celkově možno konstatovat, že postupně sílícím trendem je již výše zmíněné: klient nechodí za službou, služba chodí za klientem. Jedná se tedy o tendenci vytvářet multiprofesní týmy podporující klienta v ideálním případě v jeho vlastním bytě. Podpora se flexibilně mění dle toho na jakém stupni „samostatnosti“ klient je, i dle toho, jak dalece okolní přirozené prostředí je schopno suplovat služby profesionálů. Spíše než o chráněném bydlení pak hovoříme o podpoře v bydlení.

Jedním z faktorů ovlivňujících změnu směru z chráněných typů bydlení na typ podporovaného bydlení byla i změna očekávání klientů. Keck (1990) prokazuje, že generace, která přecházela z psychiatrických nemocnic do komunity byla spokojena se zařízeními, která měla poloinstitucionální charakter se stále poměrně vysokou kontrolou personálu nad jejich životem. Generace současných klientů, kteří již za sebou nemají dlouhodobé pobyty v psychiatrických nemocnicích, dávají přednost méně stigmatizujícímu prostředí s dostatečným soukromým personálem, který je flexibilně k dispozici dle jejich aktuálních potřeb, než personálem, který sám určuje, kdy je a není k dispozici v „úředních“ hodinách.

Posunem od systému chráněného bydlení k systému podpory v bydlení se problematika bydlení osob s dlouhodobým duševním onemocněním dostává do nové polohy. V systému chráněného bydlení skupinového typu byla otázka profesní podpory a otázka fyzického místa pro bydlení řešena zároveň: spolu s profesní podporou klient dostával i fyzické místo k bydlení. Vlastníkem či provozovatelem jak služeb, tak bydlení je povětšinou jedna organizace.

V systému podpory v bydlení se problém přirozeně dělí na dvě oblasti či otázky. První je jak zajistit sociálně slabší skupině, do které osoby s duševním onemocněním často spadají, dostupnost důstojného „normálního“ bydlení. Druhým problémem pak je, jak v tomto bydlení podpořit klienta v různých fázích vývoje nemoci-postižení tak, aby byl schopen se ve svém prostředí udržet. Fyzický prostor bydlení poskytuje organizace či subjekt, který poskytuje bydlení i dalším sociálně slabším skupinám obyvatel. Podporu poskytuje profesní organizace.

Systém chráněného bydlení, tedy poskytování jak fyzického prostoru, tak profesní podpory, může suplovat nedostatek dostupného bydlení pro sociálně slabší jedince. Tedy může se jednat o vyplňování slepého místa špatné sociální politiky toho kterého státu.

Výše popsaný vývoj je možno výstižně dokumentovat popisem historie bydlení ve Velké Británii.

Ve Velké Británii bylo v roce 1955 155 000 lůžek ve velkých psychiatrických zařízeních. V roce 1998 v těchto zařízeních zbylo již jen 36 000 lůžek. Tento proces masivní redukce lůžek v psychiatrických institucích znamenal, mimo jiné rozvoj systému podpory v bydlení.

V roce 1962 byl vytvořen Národní zdravotní službou (NHS) plán, který měl zajistit redukci lůžek v psychiatrických nemocnicích na polovinu původního množství v době 10 let, tedy do roku 1972. Paralelně s procesem redukce lůžek měly vznikat psychiatrická oddělení ve všeobecných nemocnicích. Ta měla sloužit pouze pro akutní, krátkodobou léčbu. Pro dlouhodobě duševně nemocné měl vznikat systém podpory v bydlení, a to v různých typech zařízení, provozovaných různými organizacemi. V roce 1981 vznikl další plán s názvem „Péče v komunitě“. V této vyhlášce se zodpovědnost za zřizování chráněného bydlení přesouvala z vyšších územních celků (Regional Health authorities) na nižší (local authorities).

Díky tomuto plánu či nařízení se do provozování chráněného bydlení začaly zapojovat další subjekty, nejen státní zdravotní služba. Ještě v roce 1983 většina chráněného bydlení (91%) byla provozována, poskytována NZS. V roce 1996 to bylo již jen 43%. Tedy 57% chráněného bydlení bylo poskytováno nestátními a privátními organizacemi. Systém se stal příliš fragmentovaný. Vznikla nutnost hledat další cestu, která by zachovala variabilitu nabídky včetně různých typů poskytovatelů, ale zároveň zajistila dostatečnou koordinovanost a potřebnou spolupráci. V roce 1998 vydalo MZ dokument s názvem „Partnerství v Akci (Partnership in Action)“. V tomto dokumentu je definován vznik místních komisí pro koordinaci služeb a systém řízení napříč sektory či službami. V dokumentu je popisována nutnost společného, koordinovaného rozpočtování této služby. Dalším krokem bylo dotváření či vytváření standardů. V roce 2 000 vešel v platnost Care Standards Act.

V poslední době se stále více prosazuje tendence vytvářet podmínky pro co možná nejsamostatnější bydlení. Program „Transitional Housing Benefit“ z dubna 2003 a Grantový systém Ministerstva zdravotnictví a sociální péče s názvem „Supporting People“ mají podporovat nezávislé bydlení s podporou v běžné komunitě. Vládní politika Velké Británie je zaměřena i na přetváření či nahrazování zařízení „klasického“ chráněného bydlení skupinového typu na zařízení s větší nezávislostí klientů. Jak ukazuje praxe, není vždy jednoduché najít jasné hranice mezi jednotlivými typy či kategoriemi bydlení, najít jasnou hranici mezi chráněným typem bydlení a bydlením podporovaným. Vzhledem k tomu, že podporované bydlení má nyní speciální způsob financování, je však toto odlišení zapotřebí. Za tímto účelem zařazování jednotlivých konkrétních typů bydlení do patřičných kategorií je zřízena Národní komise pro standardy (National Care Standards Commission). Tento systém se netýká jen lidí s duševním onemocněním, ale i dalších kategorií nějak handicapovaných osob.

Hodnocení systému chráněného či podporovaného bydlení

Je opakovaně zjištěno, že oproti průměru „běžné populace“ mají osoby s vážným duševním onemocněním daleko menší okruh lidí, s kterými se nějakým způsobem stýkají. Tento okruh lidí se převážně skládá z blízkých rodinných příslušníků a popřípadě profesionálů psychiatrických služeb. Je prokázáno, že množství sociálních kontaktů a charakter sociálního prostředí má přímý vztah k riziku relapsu akutní fáze choroby, respektive k množství rehospitalizací. Čím méně lidí má nemocný ve své „sociální síti“ a čím více je toto prostředí k němu kritické, tím horší je prognóza nemoci (Albert a kol. 1998). Je opakovaně prokázáno, že programy chráněného či podporovaného bydlení zvyšují množství kontaktů, které má klient kolem sebe, a tím také pozitivně ovlivňují průběh onemocnění.

Skupina 700 klientů, přesunutých v rámci experimentu z Frien and Claybury nemocnice v severním Londýně do chráněných bytů v komunitě, byla po dobu pěti let porovnávána se skupinou, která v psychiatrické nemocnici zůstala. Byly malé rozdíly v oblasti pozitivních symptomů, ale skupina v komunitě prokazovala snížení negativních symptomů. Výrazně se zvýšilo sociální fungování, částečně se rozšířil okruh lidí, s kterými se klienti kontaktovali, zlepšila se schopnost v oblasti zvládání nároků každodenního života (provoz domácnosti atd.). U experimentální skupiny nebyl větší výskyt sebevraždy či kriminálních přestupků. Pocit spokojenosti byl o mnoho větší u skupiny experimentální než u skupiny kontrolní.

Ze sledování skupiny nově dlouhodobě nemocných převáděných z psychiatrické léčebny do komunitního zařízení prováděné Shepherdem (1995) vyplývá, že oproti kontrolnímu vzorku z nemocnice u 40% klientů této skupiny došlo během 2-3 let k zlepšení jejich sociálního fungování, zvýšil se počet jejich sociálních kontaktů a jejich životní spokojenost byla vyšší než u kontrolního vzorku.

Méně povzbudivé je naopak jiné zjištění sledující skupinu 40 klientů, kteří přecházeli z dlouhodobého pobytu v psychiatrické léčebně do podmínek chráněného bydlení. Během pobytu v chráněném bydlení se okruh lidí, s kterými měli tyto klienti bližší vztahy, rozšířil v průměru na 12 osob, což je počet podobný obvyklému průměru. Tyto osoby byly však povětšinou profesionálové a další klienti.

Náklady

Při rozvaze o nákladech se z hlediska politického rozhodování otvírá otázka jaké jsou náklady na podporované bydlení v porovnání se stávajícím řešením, tedy umístováním klientů na dlouhodobé, někdy i celoživotní pobyty v psychiatrických institucích či sociálních ústavech. Dle výzkumu realizovaném v souvislosti s procesem redukce lůžek v psychiatrických nemocnicích v severním Londýně se prokázalo, že náklady na péči v systému chráněného či podporovaného bydlení byly o něco málo nižší nežli na klasickou nemocniční péči (Beecham 1977). Řada dalších studií tyto výsledky prokazuje. Je však důležité mít na zřeteli, pro jak náročnou skupinu klientů je chráněné bydlení zřizováno. Čím obtížnější je skupina vyžadující intenzivnější podporu a dohled, tím jsou náklady vyšší. Shepherd (1995) sledoval efektivitu programu pro „nově dlouhodobě hospitalizované“ pacienty. Jednalo se o zařízení, které je nazýváno „oddělení v domě“ (ward-in a house). Jedná se tedy o zařízení s intenzivní podporou, vysokým počtem personálu. Náklady na takovéto zařízení jsou nižší, než náklady na akutní psychiatrické lůžko, jsou však vyšší než náklady na lůžko v klasické psychiatrické nemocnici- léčebně.

Porovnání nákladů v psychiatrických nemocnicích či léčebnách a nákladů mimonemocničních taktéž závisí na stavu, úrovni péče v nemocnici, respektive na úrovni financování nemocniční péče. Pokud je tato nedostatečně financována, tedy s nedostatkem personálu, v nevyhovujících hygienických podmínkách, při nedodržování práv pacientů atd., pak taková péče je relativně levná.

Nově dlouhodobě duševně nemocní

V zemích s rozvinutým procesem deinstitucionalizace není již tolik problém jak vytvořit chráněné bydlení pro původní pacienty psychiatrických nemocnic, ale jak zajistit služby pro „nově“ dlouhodobě nemocné (new long stay). Charakteristika této skupiny je následující:

- duální diagnóza: psychiatrická nemoc kombinovaná s nadužíváním alkoholu či drog,
- historie nebezpečnosti, případně kontakt s policií,
- ne - spolupráce se službami.

Je poměrně jednoduché zrušit lůžka. Složitým je vytvořit služby, které jsou adresovány potřebným. Velmi často se stává, že do nově otevřených služeb vstupují noví klienti. Ti, pro které by služby měly být, tedy ti, kteří byli před tím v psychiatrických nemocnicích, z nových služeb vypadávají, protože pro ně nejsou „dostupné“, nejsou schopné pokrýt jejich potřeby. Nezávislý, tedy nestátní sektor má tendenci nestarat se o tyto pacienty a ze skupiny dlouhodobě duševně nemocných vybírat méně komplikované.

Řešením je dobrá koordinace při plánování a financování. Jasně stanovení prioritních skupin. Systém monitorování a systém hodnocení efektivity intervencí.

Negativní reakce veřejnosti

Stále i v rozvinutých zemích převládá mezi širokou veřejností představa o zvýšené nebezpečnosti duševně nemocných. To bývá jednou z překážek v integraci duševně nemocných do běžného života.

Řešením tohoto problému je cílená práce se širokou veřejností, zvláště pak práce s bezprostředním okolím, kde chráněné bydlení existuje či má vzniknout. TAPS hodnotila efektivitu vzdělávacích programů pro veřejnost. Jednalo se o informační letáky, video, veřejná setkání s odpovídáním na otázky. Program byl zaměřen na stereotypní představu o

nebezpečnosti osob s duševním onemocněním. V programu taktéž bylo vysvětleno, že klienti bydlení nebudou ponecháni bez profesní pomoci. Skupina 150 lidí zařazených do vzdělávacího programu byla porovnávána s kontrolní skupinou. Experimentální skupina oproti kontrolní skupině neprokázala větší znalosti o duševních onemocněních, ale výrazně se u ní snížila obava a strach z duševně nemocných. Lidé z experimentální skupiny byli v daleko větší míře ochotni nabídnout případnou pomoc svým sousedům – pacientům, a to v 28% oproti kontrolní skupině, kde nějak pomoci bylo ochotno jen 8%.

Personál zařízení

V souvislosti s masivním rozvojem zařízení podpory v bydlení vzniká potřeba nových zaměstnanců. V některých případech přecházejí zaměstnanci z klasických nemocničních zařízení do zařízení komunitních. V řadě případů se však jedná o zaměstnance, kteří nemají předešlou zkušenost s psychiatrickými službami. Tento trend má pozitivní stránku, nově příchozí si nepřinášejí předešlou zkušenost institucionálních postojů a návyků. Vyvstává pak otázka, jak zaměstnance vybírat, jaké znalosti a dovednosti jsou zapotřebí. TAPS výzkum ukázal, že čtvrtina osob zaměstnaných v chráněném bydlení nemá žádný, ani základní výcvik v oblasti péče o duševně nemocné, a to dokonce ani v tak základních oblastech, jako je zacházení s agitovaným pacientem. Tak stejně jako při práci s veřejností, i u zaměstnanců je potřeba odstranit zaseté předsudky.

Stále je otázkou, jaké vlastnosti, schopnosti a dovednosti jsou pro zaměstnance v podpoře v bydlení vskutku potřebné. Ball (1992) prokazuje, že pro úspěšnost v práci v podmínkách chráněného bydlení je zapotřebí dobrých komunikačních schopností, schopnost pozitivně formulovat problém a být schopen podporovat „dospělou“ část psychických funkcí klienta. Nevhodným je vysoká kritičnost či vysoká míra protektivity. Tento poznatek se velice blíží poznatkům o rodinném klimatu pacientů. Klient žijící v rodině s vysoce vyjadřujícími negativními emocemi či vysokou protektivitou (používá se termín „vyjádřené emoce - Expressed Emotions-EE“) má výrazně vyšší pravděpodobnost výskytu akutních stavů nemoci a následných hospitalizací než klient žijící v rodině, kde negativní emoce a hyperprotektivita nejsou.

Dále jako důležitou se ukázala schopnost vedení, zejména důležitá je role vedoucího projektu. Způsob či styl řízení se ukázal jako faktor, který nejvíce ovlivňuje atmosféru v zařízení. Ale jak identifikovat dobré vedoucí pro oblast chráněného bydlení není zatím dobře metodologicky zpracováno.

Zahraniční zkušenosti je možno shrnout do následujících bodů:

Efektivita

Systém podpory v bydlení je oproti umístování osob s duševním onemocněním do ústavů zdravotní či sociální povahy přinejmenším stejně nákladný, či do určité míry levnější. Systém podpory v bydlení však oproti ústavnímu systému prokazuje pozitivní efekt na průběh onemocnění a je klienty jasně preferován. Efektivita podporovaného bydlení však také závisí na propojení s dalšími službami v komunitě

Typy podpory v bydlení

Existuje poměrně široká škála různých typů bydlení. Variabilita typů bydlení je důležitá pro možnost naplnění specifických potřeb specifických skupin klientů. Není vždy jednoduché přesně určit hranice mezi jednotlivými typy. Jejich odlišnost v zásadě spočívá v intenzitě podpory personálem a v charakteru „nájemní smlouvy“. Tedy jestli se jedná o permanentní (vlastní-dekretované) bydlení klienta či jestli se jedná o nějaký typ internátního bydlení. Dle tohoto dělení v zásadě existují dva hlavní typy:

- rezidenční chráněné bydlení skupinového typu,
- podporované bydlení v samostatné bytové jednotce.

V prvním typu je profesní tým interního charakteru, tedy plně vázán na zařízení. V druhém typu je profesní podpora externí. Profesní tým může být různého charakteru. Může se jednat o tým specializovaný pouze na podporu v bydlení, může se jednat o tak zvaný asertivní terénní tým (Assertive Outreach Team – AOT), může se jednat o tým případového vedení (Case Management Team).

Obecně je možno vysledovat tendenci přechodu od více chráněných polo-institucionálních forem chráněného bydlení k více nezávislým, samostatným formám bydlení s flexibilní podporou profesních týmů.

Plánování

K procesu transformace institucí v neinstitucionální formy podpory je zapotřebí jasného procesu plánování. Plánovat oblast podpory v bydlení není zcela jednoduché. Mimo jiné je to dáno tím, že jednotlivé typy bydlení jsou do značné míry vzájemně nahraditelné. Čím více je proces rozvoje komunitní péče zaběhnut, tím více je možné přecházet z více chráněných forem k formám méně chráněným, respektive flexibilnějším. Prvním krokem v plánování v daném regionu je zapotřebí učinit přehled o tom, kdo z občanů s duševním onemocněním má a nemá své vlastní bydlení. Dalším krokem je odhad míry podpory, kterou tito lidé potřebují. Je důležité nezapomenout na pacienty s potřebou velké podpory. I ti jsou schopni existovat mimo instituce, avšak potřebují dosti specializovanou pomoc a podporu. V procesu plánování a vytváření sítě služeb bydlení musí být zahrnuto pravidelné hodnocení stavu a dle zjištění úprava plánu.

Financování podpory v bydlení je značně variabilní. V některých případech se jedná o financování z jednoho zdroje a z jednoho resortu, a to dle charakteru klientely, intenzity potřebné podpory. V případě potřeby značně intenzivní podpory (nově dlouhodobě hospitalizovaní) se může jednat o čistě zdravotnické zařízení, tedy finance jdou ze zdrojů zdravotních (pojištění či státního rozpočtu). V případě méně intenzivní potřeby podpory se spíše jedná o zařízení financované ze zdrojů na sociální péči. Velmi častá je kombinovaná platba. Častým modelem je, že vlastní bydlení je hrazeno (subvencováno) klientovi z dávek sociální podpory. Práce profesního týmu je pak hrazena velmi často jak ze zdravotních, tak sociálních zdrojů. Časté jsou specializované vládní programy na rozvoj určitých typů bydlení.

Řízení

Řízení a kompetence byly v řadě zemí nejasné, roztříštěné. Je zřetelná tendence k určování jasné zodpovědnosti jednoho orgánu za plánování a „nakupování“ služeb podpory bydlení. Samotní klienti mají čím dál tím větší možnost sami rozhodovat, jaký typ služeb budou konzumovat. Vznikají mechanismy (včetně legislativních) zajišťující regionální koordinaci a spolupráci napříč různými typy služeb, ať už v oblasti podpory v bydlení či dalších služeb k podpoře osob duševně nemocných v komunitě potřebných.

Kvalita péče je regulována standardy, existují nástroje na kontrolu jejich naplňování.

Provozování zařízení

Zařízení mohou být provozována různými subjekty. Může se jednat o státní, nestátní, soukromý subjekt. Tedy, kdo provozuje bydlení, se ukazuje jako podružné. Důležité je, aby existoval proces akreditace pro provozování služby. Musí taktéž existovat systém kontroly kvality.

Zahraniční zkušenosti a další rozvoj mimoústavní péče o duševně nemocné v ČR

Reforma péče o duševně nemocné má v ČR za sebou cca 13 let. V jistém směru začínáme řešit problémy, které byly v zemích s kontinuálním demokratickým vývojem řešeny před padesáti lety. Prozatím jsme v oblasti reformy péče o duševně nemocné procházeli fází, kde iniciativa přicházela převážně „zdola“. Skupiny motivovaných lidí hledaly možnosti, jak v daných podmínkách reformovat systém včetně tvorby systému

podpory v bydlení. Statutární orgány doposud spíše retroaktivně reagovaly na tento tlak zdola. Zdá se, že tento prostor či způsob reformy systému péče o osoby s duševním onemocněním se již vyčerpал.

V psychiatrických léčebnách je okolo 5 000 klientů potřebujících nějaký typ podpory v bydlení. Další značné počty osob s duševním onemocněním jsou umístěny v ústavech sociální péče. Odhadem se tedy bude jednat nejméně o 10 000 potřebných osob. Tak, jak ukazují zahraniční zkušenosti, jasná politika, jasné zodpovědnosti a jasná struktura je nutná. Je zapotřebí vytvořit pravidla pro mezisektorovou spolupráci. Bez splnění těchto podmínek není další proces restrukturalizace péče o duševně nemocné pravděpodobný.

9. Shrnutí a doporučení

Chráněné a podporované bydlení patří mezi základní stavební kameny komunitní péče o osoby s psychickým, tělesným nebo sociálním handicapem, případně handicapem kombinovaným. Jedná se o poměrně významný typ sociální služby, která však ke škodě věci je dosud málo rozvinuta.

Neexistuje jeden typ podpory v bydlení vhodný pro všechny klienty. Nutná je diferenciací dle potřeb, které se u jednotlivých skupin mohou lišit - tedy celá škála typů podpory bydlení (chráněná individuální a skupinová bydlení, podporované bydlení v domácích podmínkách s různou mírou podpory) lišící se velikostí, přítomností a dostupností personálu (asistentů).

Jedním z faktorů, které brání rozvoji této sociální služby, je **neexistence právní definice tohoto institutu**. Jak již bylo uvedeno v úvodu, existující definice chráněného a podporovaného bydlení v pojetí příslušných orgánů státní správy i nestátního sektoru je značně odlišná a v důsledku toho v celkovém chápání problematiky není jednota. Ze získaných poznatků jsme vytvořili následující definice těchto institutů:

***Chráněným bydlením** rozumíme takový typ bydlení, které se v maximálně možné míře podobá bydlení ve vlastním domácím prostředí klienta, jemuž jsou po část dne nebo celý den poskytovány asistenční služby. Do takto vymezeného pojmu chráněného bydlení však v této práci nezahrnujeme formu asistenčních služeb poskytovaných ve vlastním, původním bytě klienta.*

***Podporovaným bydlením** rozumíme takové bydlení, kde je osobě, která splňuje podmínky pro jeho poskytování, poskytována materiální nebo finanční podpora.*

Nevyjasněnost definice chráněného a podporovaného bydlení je jednou z příčin rozdílného přístupu obcí k této problematice.

Přítom chráněné a podporované bydlení jakožto rezidenční komunitní program je těsně spjato se sociální politikou obcí. Z tohoto důvodu bylo provedeno i šetření v obcích formou dotazníku. Dotazníky jsme rozeslali na všech 205 obcích s rozšířenou působností a na vybraný vzorek z obcí ostatních. Návratnost byla velmi dobrá: obdrželi jsme 91 odpovědí z obcí s rozšířenou působností a navíc 66 odpovědí z obcí ostatních. Při zpracování dotazníků jsme narazili na rozdílný přístup jednotlivých obcí. Zejména nevyjasněnou se jevila otázka, zda do pojmu chráněného a podporovaného bydlení zařazovat i domy s pečovatelskou službou (DPS). Přitom *většina obcí staví domy s pečovatelskou službou (DPS) na první místo v systému municipálních sociálních služeb. Většimu rozvoji této služby jim brání nedostatek finančních prostředků.*

Nicméně nelze pominout ani stránku ekonomickou. Na základě rozboru konkrétního statistického materiálu bylo zjištěno, že *služby, poskytované zřizovateli chráněného a podporovaného bydlení z řad nestátních neziskových organizací (NNO) jsou v zásadě levnější než v ústavech sociální péče (ÚSP)*. Obdobně je tomu i ve vyspělých evropských zemích - např. ve Velké Británii.

Při uvedeném srovnání ekonomických ukazatelů bylo zjištěno, že údaje za ÚSP a NNO jsou leckdy obtížně porovnatelné. Rozdílný způsob financování a neexistence přesné definice chráněného a podporovaného bydlení vede k tomu, že v evidenci výdajů ÚSP i NNO není dostatečná důslednost a jednota.

Výdaje v ÚSP byly porovnávány nejen z hlediska jejich absolutní výše, ale i z hlediska závislosti na kapacitě zařízení, na zdravotním stavu klientů a na počtu zaměstnanců připadajících na jednoho klienta. Ukázalo se, že výše výdajů na jednoho klienta nezávisí ani na kapacitě zařízení a ani na zdravotním stavu klientů (naopak: zjistili jsme paradoxní jev, že výdaje v ÚSP pro mentálně postižené s vyšším počtem klientů trvale upoutaných na lůžko

jsou nižší než v ÚSP s mobilnějšími klienty). *Výše výdajů je však velmi těsně závislá na počtu zaměstnanců na jednoho klienta.*

Význam chráněného a podporovaného bydlení pro klienty nelze chápat pouze z hlediska ekonomického. Jeho nesporným a nezpochybnitelným přínosem je stránka sociální rehabilitace, opětné začlenění do společnosti, předcházení sociální exkluzi. Nezbytné je, aby podpora bydlení byla součástí celého systému komunitní péče orientované na pacienta klienta. Pokud se tak neděje, asistenti v bydlení jsou zahlceni dalšími potřebami klientů a jinými prioritami institucí (ať již zřizovatele nebo orgánů státní správy). Rovněž nezbytnou součástí budování systému podpory v bydlení je práce s veřejností, kam patří porozumění pro specifické potřeby handicapovaných spoluobčanů (např. „destigmatizace“ osob trpících duševním onemocněním). Důležitá je také systematická příprava a vzdělání asistentů bydlení.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem má chráněné a podporované bydlení své nezastupitelné místo v systému sociálních služeb.

Závěrem doporučujeme následující opatření :

- Institut chráněného a podporovaného bydlení definovat v připravovaném zákoně o sociálních službách tak, aby definice vyhovovala jak pro tvorbu investičních záměrů, tak pro kontrolu a sledování neinvestičních výdajů.
- Zlepšit informovanost obcí o významu chráněného a podporovaného bydlení.
- Zlepšit úroveň výkaznictví MPSV, zejména důslednější kontrolou úplnosti a konsekventnosti vyplněných údajů. (Např. formou metodického pokynu a školení zlepšit informovanost pracovníků všech zpravodajských jednotek tak, aby nedocházelo k elementárním chybám ve vyplňování statistických výkazů MPSV).
- Sjednotit výkaznictví neziskových organizací o čerpání dotací s ostatními statistickými výkazy MPSV.
- Sjednotit kritéria pro poskytování finančních prostředků pro veřejnoprávní (státní, krajské a obecní) subjekty a pro zařízení v nestátním neziskovém sektoru.
- Podporu bydlení zakotvit jako součást celého systému komunitní péče orientované na pacienta/klienta.
- Vybudovat systematické vzdělávání asistentů- specialistů pro chráněné bydlení

Seznam tabulek a grafů v textu

- Tabulka 1 Informovanost: obce s rozšířenou působností a obce ostatní
- Tabulka 2 Informovanost: obce s rozšířenou působností podle krajů
- Tabulka 3 Informovanost: Obce podle velikosti
- Tabulka 4 Existence chráněného bydlení na území obce
- Tabulka 5 Existence chráněného bydlení - obce podle velikosti
- Tabulka 6 Odpovědi na otázku „Pomáháte provozovatelům chráněného bydlení při získávání vhodných bytů, objektů k adaptaci, pozemků či jinak?“ v závislosti na deklaraci existence chráněného bydlení
- Tabulka 6 a - tab. 6 v procentním vyjádření
- Tabulka 7 Odpovědi na otázku „Podílíte se na vytipování či umístování vhodných klientů chráněného bydlení?“ v závislosti na deklaraci existence chráněného bydlení
- Tabulka 7 a,b - tab. 7 v procentním vyjádření
- Tabulka 8 Počet obcí, které odpověděly či neodpověděly na jednotlivé součásti otázky 5
- Tabulka 9 Charakter smluv uživatelů chráněných bytů (odpovědi na otázku 5a)
- Tabulka 10 Rozdělení obcí podle počtu klientů chráněného bydlení
- Tabulka 11 Příspěvek na bydlení jednoho klienta
- Tabulka 12 Finanční příspěvek NNO v závislosti na existenci chráněného bydlení
- Tabulka 13 Příspěvek NNO v závislosti na velikosti obce
- Tabulka 14 Celkový počet sledovaných zařízení a jejich klientů v roce 2002
- Tabulka 15 Podíly zřizovatelů na počtu zařízení, počtu klientů a na celkových neinvestičních nákladech (rok 2002)
- Tabulka 16 Vývoj průměrných neinvestičních výdajů na jedno místo a rok v letech 1995 - 2002
- Tabulka 17 Průměrné roční výdaje na jednoho obyvatele (klienta, svěřence) v roce 2002 podle typu zařízení a podle zřizovatelů
- Tabulka 18 Průměrné měsíční výdaje na jednoho obyvatele (klienta, svěřence) v roce 2002 podle typu zařízení a podle zřizovatelů
- Tabulka 19 Úspory z množství ve vydání domácností
- Tabulka 20 Závislost mezi výší neinvestičních výdajů na 1 obyvatele (klienta, svěřence) a kapacitou zařízení
- Tabulka 21 Domovy důchodců - neinvestiční výdaje na 1 obyvatele, podíl lůžek na ošetřovatelských odděleních a podíl obyvatel trvale upoutaných na lůžko
- Tabulka 22 Srovnání dat za respondenty - poskytovatele chráněného bydlení z hlediska neinvestičních výdajů a úhrad
- Tabulka 23 Porovnání výdajů na chráněné bydlení a ústavní sociální péči v roce 2002
- Tabulka 24 Vydání v domácnostech důchodců na osobu ročně (rok 2002)
- Tabulka 25 Průměrná odchylka ukazatele výdajů na jednoho klienta

- Graf 1 Informovanost o chráněném bydlení (podíl odpovědí podle typu obcí)
- Graf 2 Existence chráněného bydlení podle velikosti obcí
- Graf 3 Charakter smluv podle typu obcí (v % z celkového počtu odpovědí)
- Graf 4 Vývoj průměrných neinvestičních výdajů na jedno místo a rok 1995-2002 (v Kč)
- Graf 5 Neinvestiční výdaje na 1 klienta za rok 2002 podle zřizovatelů
- Graf 6 DD - Výdaje na jednoho obyvatele 2002 podle krajů a zřizovatelů
- Graf 7 Relativní četnosti DD podle výše ročních neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele
- Graf 8 Rozložení četnosti DPD podle výše roč. neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele
- Graf 9 Vztah mezi velikostí domácnosti a relativními výdaji
- Graf 10 Závislost výdajů na 1 obyvatele na kapacitě zařízení - všechny DD bez krajních decilů
- Graf 11 DD - vztah mezi výdaji na jednoho obyvatele a zdravotním stavem
- Graf 12 ÚSP pro mládež s mentálním postižením - vztah mezi výdaji na jednoho svěřence a zdravotním stavem
- Graf 13 DD státní: výdaje a počet zaměstnanců na 1 obyvatele
- Graf 14 Chráněné bydlení: výdaje a počet pracovníků na jednoho klienta
- Graf 15 Neinvestiční výdaje na jednu osobu ročně (chráněné bydlení = 100%)

Literatura

- Albert, M., Becker, T., McCrone, P., Thornicroft, G. / 1998/ Social networks and mental health service utilisation- a literature review. *International Journal of Social Psychiatry*, 44, 248-266.
- Anthony, W.A., Farkas, M.D. (1989): *Psychiatric Rehabilitation Programs - Putting Theory in Practice*. Baltimore, London: The John Hopkins University Press
- Anthony, A., Cohen, M., Farkas, M. (1990): *Psychiatric Rehabilitation*. Centre for Psychiatric Rehabilitation. Boston University
- Atkinson, J.M., Coia, D.A. (1995): *Families coping with schizophrenia*. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley and sons
- Atkinson, P., Silverman, D. (1998): Kunderova Nesmrtelnost: Interview society a vynalézání Já. *Biograf*, č.13, str.1-25
- Ball, R.A., Moore, E., Kuipers, L. /1992/ Expressed emotion in community care staff. A comparison of patient outcomes in a nine month follow-up of two hostels. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 35-39
- Baštýř, I. a kol.: Revize věcné náplně a konstrukce životního minima a stanovení minima existenčního, sv. I. Závěrečná zpráva, 41 s. tab. příl. VÚPSV 2003
- Beecham, J., Hallam, A., Knapp, M., Banies, B., Fenyo, A., Asbury, M. / 1977/ Costing care in hospital and in community. In: Leff, J., *Care in the Community: Illusion or Reality?* London: Wiley, str. 93-108.
- Breakey, W. R. (1996): Developmental Milestones for Community Psychiatry. In: Breakey, W. R., editor: *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. New York, Oxford: Oxford University Press. Str. 29-42
- Breakey, W.R. (1996): *Integrated Mental Health Services. Modern Community Psychiatry*. Oxford University Press.
- Carling, P.J. (1995): *Return to Community. Building Support System for People with Psychiatric Disability*. New York, London: Guilford Press.
- Deegan, P.E. (1992). The independent living movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, (3), str. 3-19.
- Department of Health UK. *Guidance on Regulation: Supported Housing and Care Homes*.
- Dörner, K., Plog, U. (1999): *Blázniti je lidské*. Grada
- Duke, J., Nowicki, S. (1986): *Abnormal Psychology: A New Look*. Holt, Rinehart and Winston
- Foucault, M. (1996): O jiných prostorech. In: Foucault, M.: *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrman a synové. Str. 71- 86
- Hacaperková, D.: K poskytování dávek sociální péče obecními úřady obcí s rozšířenou působností, In: *Sociální politika*, roč. 29 (2003) č. 9, s. 6 - 7
- Henkelman, L. (1993): Rehabilitation: Helping people grow from homogenous treatment targets to individual needs. In: Wolf, J., van Weeghel, J., editors: *Changing community psychiatry*. Utrecht: Netherlands centrum Geestelijke volksgezondheid. Str. 105-115
- Hume C., Pullen I. (1994): *Rehabilitation for Mental Problems -An Introductory Handbook*, Churchill Livingstone

ICIDH-2 International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Dimensions of Disablement and Functioning (1997) Geneva: World Health Organization. Pracovní verze překladu Pfeiffer, J. sen.

Keck, J. /1990/ Responding to consumer housing preferences: the Toledo experience. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13,51-58

Law, J. (2000): Political Philosophy and Disabled Specificities. Published by Science Studies, Lancaster, and the Department of Sociology, Lancaster University at: <http://www.comp.lancaster.ac.uk/sociology/soc026jl.html> (accessed 30.4.2001)

Libra, J., Stuchlík, J. (1999): Case Management. Příručka ke kurzu. Praha: Fokus Praha

Moser, I., Law, J. (1998): Přechody snadné, přechody nesnadné. O heterogenní ekonomii lidské subjektivity. Biograf, č. 15-16, str. 5-28

Mosher, L., Burti, L. (1994): Community Mental Health: a practical guide. New York, London: W.W.Norton

NÁVRH věcného záměru zákona o sociálních službách 2000 - MPSV čj. 22-4213/2000

Průša, L. (2002): [Rozbor neinvestičních výdajů v rezidenčních zařízeních v r. 2001](#). Praha, VÚPSV 2002, 16s. lit. obr. tab .

Průša, L. (2001): [Rozbor ekonomických aspektů ovlivňujících stávající a nově navrhovaný systém sociálních služeb](#). Praha, VÚPSV 2001, 22s. obr. tab. lit.

Příjmy, výdaje a spotřeba domácností statistiky rodinných účtů 2002, Praha, ČSÚ 2003

Rahn, E., Mahnkopf, A. (2000): Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi. Grada

Ridgway, P., & A.M. Zippel (1990). The paradigm shift in residential services: From the linear continuum to supported housing approaches. *Psychological Rehabilitation Journal*, č. 13, (4), str. 11-13.

Roder, V., Brenner, H.D., Kienzle, N., Hodel, B. (1993): Integrovaný psychoterapeutický program pro schizofrenní pacienty (IPT). Triton

SBORNÍK z mezinárodního semináře o sociálním bydlení, EHK-OSN a MMR, Praha 2003

Shepherd, G. (1995) The ward-in- a house---residential care for the severely disabled. *Journal of Mental Health*, 31, 53-69.

Shepherd, G., Muijen, M., Dean, R., Cooney, M. (1996) Residential care in hospital and in the community – quality of care and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 1968, 448-456.

Shepherd, G. (2002): Effective Community Services. Materiál kursu Comprehensive Psychosocial T, Therapy for Psychosis, Praha

STATISTICKÁ ROČENKA z oblasti práce a sociálních věcí, MPSV, Praha, 2003

Stuchlík, J. (2002): Asertivní komunitní léčba a case management. Fokus

Szmukler, G., Thornicroft, G. (2001): Textbook of Community Psychiatry, Oxford

Thornicroft, G., Szmukler, G., /2001/ *Textbook of Community Psychiatry*. Oxford University Press, str. 309- 320.

Tošnerovi, T. a J. (1997): Mapování profesionální role v neziskové organizaci. Pracovní sešit pro účastníky specializačního kurzu Řízení neziskových organizací. Praha: Hestia

Vylítová, M. (2002): Náklady na sociální služby poskytované nestátními neziskovými organizacemi, kterým byla v roce 2001 přiznána dotace na činnost z rozpočtu MPSV, Praha, VÚPSV 2002

Weeghel, J. (2002): Community Care and Psychiatric Rehabilitation, GIP, Hilversum

Wolf, J. (1993): Care innovation in the Netherlands. In: Wolf, J., van Weeghel, J., editors: Changing community psychiatry. Utrecht: Netherlands centrum Geestelijke volksgezondheid. Str. 13-24

Wykes, T., Tarrier, N., Lewis, S. (1998): Outcome and Innovation in Psychological Treatment in Schizophrenia. Chichester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley and sons

ZÁKLADNÍ UKAZATELE z oblasti práce a sociálního zabezpečení v České republice ve vývojových řadách a grafech, MPSV Praha 2003

Příloha I

Praxe podpory bydlení: jak asistovat samostatnost.

(Bc. Jan Paleček)

1. Rezidenční a mobilní služby

V 90. letech s rozvojem mimonemocniční rehabilitační péče o duševně nemocné začaly vznikat i služby podpory bydlení. Rozvily se dvě formy této podpory: *rezidenční a mobilní*.

Rezidenční služby vznikaly v České republice od první poloviny 90. let. Jde buď o domy či větší byty, v nichž žije pohromadě více osob, nebo o samostatné byty. Rezidenční služba je vždy spojena s poskytnutím ubytování - s domem či bytem, jehož provozovatelem je rovněž poskytovatel služby. Klient nemá k místu svého bydliště normální nájemní vztah: možnost bydlet v zařízení je vázána na poskytování sociální služby, klient je tam doma jen po tu dobu, během níž je třeba mu poskytovat podporu či pomoc. Klient zároveň se vstupem do zařízení musí přijmout režim kontaktů s asistentem (v bytě většinou alespoň jednou za 14 dní, spíše však častěji) nebo v případě většího skupinového zařízení přistupuje automaticky klient na režim služeb asistentů (pohybuje se od každodenní několikahodinové přítomnosti až po neustálý dohled).

Je třeba chápat všechny tyto „nenormální“ rysy rezidenčních služeb pouze jako jeden z funkčních prvků na cestě klienta k nezávislosti a ne jako kýžený stav podpory bydlení. Problém je, že pokud organizace takovým zařízením disponují, determinuje to do značné míry uvažování jejich pracovníků - ti pak neuvažují v rozměrech obce (zapojení klienta do komunity, práce s komunitou a s klientovým okolím), nýbrž v rozměrech svého specifického zařízení. Neuvažují, jak asistovat klientově nezávislosti, ať už má být nezávislý život veden kdekoli. Přemýšlejí, jak s ním budou pracovat ve „svém“ zařízení.

Jinými slovy: *rezidenční služby jsou sice krokem do komunity, ale zároveň mohou vytvářet příležitost k nové stigmatizaci.*

Mobilní služby vznikaly v České republice rovněž od první poloviny 90. let jako tzv. domácí péče, podporované bydlení, terénní služby. Služba mobilní není vázána na konkrétní zařízení, je poskytována klientovi doma. Směřuje ke klientovi, do jeho prostředí. Klient má místo, kde je doma, a to nezávisle na poskytování podpory. Případně si takové místo s pomocí asistenta hledá a tvoří. To znamená, že konec poskytování služby neznamena zároveň ztrátu bytu, jako je tomu v případě rezidenční služby. Pracovníci tak nevystupují ve vztahu k bytu v mocenské pozici, nerozhodují o tom, jak má klientovo bydlení vypadat, a jsou více nuceni vycházet z cílů klienta.

Od převahy ústavní péče (doplněné péči v ambulantních ordinacích) jsme postoupili až ke stavu, kdy rezidenční služby umístěné mimo zdi léčeben jsou srozumitelným pojmem a začínají být i relativně běžným prvkem sítě komunitních služeb (byť počet míst v těchto zařízeních v celé zemi je asi jen 130). To mimo jiné znamená, že se zvyšuje naše citlivost k dopadům velkých institucí a snažíme se směřovat péči o duševně nemocné do komunity.

Na druhou stranu se z orientace na rezidenční služby může v jistém smyslu stát past, pokud budeme považovat rezidenční služby za nezbytné a standardní bez ohledu na místní podmínky, potřeby klientů, historické souvislosti. A pokud budeme rezidenčním službám dávat automaticky přednost před službami mobilními nebo budeme-li plýtvat energií a penězi na budování rezidenčních služeb v regionu, kde by stačilo umožnit duševně nemocným získat běžné nájemní byty a posílit a lépe propojit s dalšími službami již existující mobilní tým.

2. Klíčový pracovník

Pojem „klíčový pracovník“ je možná jedním ze základních pojmů pro porozumění pohybu, který se v posledních třinácti letech u nás odehrává v oblasti péče o duševní zdraví i ve sféře sociální práce obecně.¹ Termíny „case manager, ergoterapeut, patron“ nemají sice identický obsah, ale společný rys: vždy jde o člověka, který je v přímém kontaktu s klientem, je přímým vykonavatelem podpory, již klientovi nabízí sociální služba. Klíčový pracovník je ten, kdo v jedné nebo více oblastech klientova života realizuje spolu s uživatelem pro něj nesnadné „přechody“² tak, aby se staly snadnými nebo alespoň možnými. Zároveň - a to je nejdůležitější - chápeme často tyto role v kontextu jakési autenticity osobního vztahu, postavené do protikladu k neosobnímu chladu institucí.

Důvodem vzniku neziskových organizací na poli sociální práce po roce 1989 byla mimo jiné snaha poskytnout handicapovaným lidem podporu založenou na jejich potřebách a nikoli podřizovat tyto potřeby cílům institucí. To obnášelo krok od masovosti k individualizaci, od větších poskytovatelů k menším, od ústavů k běžnému prostředí. Cílem není, aby klient chodil či byl odsunut do jakýchsi „jiných prostorů“ (Foucault 1996) za plot ústavu, mimo běžné osídlení, do velké komunity lidí, u nichž se předpokládá, že trpí stejnými problémy a že jsou proto v podobné situaci. Péče či podpora je směřována ke klientovi, do běžné komunity, do jeho prostředí, k němu domů tak, aby uživatel mohl v co největší míře podle své volby využívat zdroje komunity stejně jako kdokoli jiný. Role klíčového pracovníka je součástí tohoto posunu - osobní kontakt klíčového pracovníka s klientem má nahradit institucionální hry, které se hrají v prostředí ústavů.

Zde se však skrývá jedno velké riziko plynoucí právě z toho, že často stavíme do zásadního protikladu institucionální a takzvaně lidský přístup. To, že poskytovatelské organizace jsou zaměřeny na práci v komunitě, že jsou relativně malé, že v nich probíhá práce s klienty postavená na individuálním kontaktu pracovníků s uživateli, totiž vůbec ještě neznamená, že přestává jít o instituce. Nelze očekávat, že osobní a na klienta zaměřený přístup při práci s uživateli sociálních služeb bude nějak sám o sobě zbaven institucionálních vzorců.³

Deinstitucionalizace psychiatrie v 60. letech nevedla automaticky ke zlepšení péče o duševně nemocné. Hovoří se o trans-institucionalizaci: *instituce nevytizely, pouze byly (na rozdíl od očekávání) jedny nahrazeny druhými*. Ve Spojených státech byly leckde podmínky v domech s ošetrovatelskou službou, kam bylo mnoho lidí z nemocnic jednoduše přeloženo, spíše horší než v psychiatrických léčebnách (Libra, Stuchlík 1999).

Na to, že se za explicitním cílem poskytované komunitní služby skrývají nevyslovené institucionální cíle, upozorňuje ve svém hodnocení nizozemského procesu inovace psychiatrické péče Judith Wolf (1993). Navzdory tomu, že služby proklamují jako východisko svého působení potřeby klienta, děje se často jiná věc. Zájem o uživatele a jejich potřebu podpory a integrace do komunity je zatlačován do pozadí na úkor „kombinační hry“ zaangażovaných poskytovatelských agentur, pro něž se stává prohlubování vzájemné spolupráce cílem o sobě.

¹ Při psaní tohoto a částečně i následujícího oddílu jsem vycházel ze svojí závěrečné práce pro kurz Řízení neziskových organizací (Agentura neziskového sektoru Agnes). Závěrečná práce se jmenovala „Role klíčového pracovníka v neziskové organizaci (Klíčový pracovník jako instituce)“ a byla napsána a obhájena v roce 2000.

² Nesnadným přechodem zde míním situaci, která je pro většinu lidí víceméně neproblematická, avšak pro člověka s nějakým postižením se stává těžkou a mnohdy neprůchodnou. (Ať už jde o to, dostat se s kolečkovým křeslem přes dva schody nebo - v psychiatrické oblasti - komunikovat se sousedem, když zároveň sluchově nebo vizuálně halucinují.) Slovo přechody jsem si vypůjčil z překladu článku Ingunn Moser a Johna Law (1998).

³ Dokonce naše vlastní biografie lze nahlédnout jako institucionalizované, nejsou tak úplně a beze zbytku pouze naše: odehrávají se podle scénářů formovaných mimo naši kontrolu (historicky, kulturně). Osobní vyprávění „není o nic autentičtější nebo čistší reflexí Já než jakýkoli sociálně organizovaný soubor praktik.“ (Atkinson, Silverman 1998)

Lourens Henkelman (1993: 110) píše: „*V praxi se často mluví o klientovi - běžně dokonce při konzultacích s lidmi z různých oborů - spíše než aby se mluvilo s ním*“ a naznačuje řešení: ptát se klienta, ne pouze o něm mluvit s kolegy a představiteli dalších služeb. Klade důraz na osobní kontakt s klientem, na to, že především jeho je třeba se ptát na to, jak má být plánována péče.

K tomu se však, dodávám, potřebujeme zabývat vzorci a schémata, v jejichž rámci se náš osobní kontakt s klientem odehrává, protože ty mají vliv na to, *jak* s klientem o jeho cílech jednáme. Riziko je, že budeme-li očekávat od komunitního přístupu realizovaného prostřednictvím osobních vztahů ze své podstaty neinstitucionalizovanou, „lidsky hřejivou“ podporu lidem, kteří jsou v nějakém ohledu handicapovaní, vystavujeme sebe a lidi, s nimiž pracujeme, nebezpečí, že přehlédneme nezamýšlené důsledky vlastního jednání.

Role klíčového pracovníka sama o sobě nezajišťuje kvalitu podpory ve smyslu umožnění „přechodů“ handicapovaným lidem tam, kde jiní lidé mohou bez problémů projít.

*Klíčový pracovník je také instituce.*⁴ A kvalitu podpůrného vztahu určuje rovněž to, zda si tento fakt klíčový pracovník uvědomuje a jak s ním zachází. To, o co jde, není zbavit se institucí, nýbrž snažit se neustále - a donekonečna - dostávat pod kontrolu vzorce chování, které produkují (resp. kterými jsou). Aby to nebylo jenom tak, že ony kontrolují nás. Že jednáme, aniž bychom o nich věděli, a tedy bez možnosti vzorce svého chování měnit.

3. Zkušenosti z domu na půl cesty

Pro ilustraci toho, jak v rámci činnosti sociálních pracovníků v podpoře bydlení mimovolně působí institucionální scénáře, použiji příklad domu na půl cesty pro duševně nemocné, kde jsem několik let pracoval.

Zmíněný dům byl otevřen v roce 1995 jako součást větší organizace (poskytující i další zdravotně sociální služby duševně nemocným). V té době šlo o jediný existující dům na půl cesty pro duševně nemocné v České republice, celkově to byl třetí pokus o službu tohoto typu u nás - první dva se realizovaly v první polovině devadesátých let.⁵

V době svého otevření dům poskytoval místo k bydlení a k nácviu sociálních dovedností, jak jsme říkali, 8 klientům na dobu 2 let. Byl koncipován jako tréninkové a rehabilitační místo, odkud budou klienti odcházet do vlastního bytu. Pracovalo v něm 5 asistentů (celkem 4,5 úvazku), kteří pokrývali 24hodinové služby. V domě byly kromě velké společenské místnosti s kuchyní původně 3 pokoje, kde bydleli klienti po třech a v jednom případě po dvou. V roce 1998 se díky stavebním úpravám počet pokojů zvýšil na 5.

Od roku 1999 je činnost týmu asistentů/klíčových pracovníků rozšířena i na byty na půl cesty (rozmístěné v různých částech města) a podporu v domácnostech klientů. Systém služeb v domě se změnil: 24hodinová každodenní přítomnost asistentů se redukovala na 8hodinovou službu ve všedních dnech. Mimo jiné proto, že jsme nechtěli být neustále a bezprostředně dosažitelní a tak chtěli nechtě stále kontrolovat situaci.

⁴ Slovo „instituce“ používám v textu ve dvou významech, jež spolu ale souvisejí. Jednak tak označuji zařízení nebo organizace. Ty jsou velmi často, zvláště v případě větších institucí, reprezentovány budovou. Budova ztělesňuje vždy nějaký řád a schémata. A tak to s institucemi bývá: představují na lidské vůli do jisté míry nezávislé způsoby, jakými lidé provádějí určité činnosti. To je druhý význam, v němž výraz „instituce“ užívám. Když píšou, že klíčový pracovník je instituce, mám tím na mysli právě toto. Chci ukázat, že nejen ony „velké budovy“ jsou architekturou, která se nelehko přestavuje a mění a která nás nutí chodit po stále stejných chodbách, ale že totéž se může odehrávat i na úrovni osobního vztahu.

⁵ Pro srovnání: první tzv. dům na půl cesty byl otevřen roku 1954 v Bostonu v USA (Breakey 1996).

V roce 2000 jsme realizovali jednoduchou reflexi naší činnosti. Položil jsem kolegům tři otázky, které v období 6 týdnů každý den, vždy po ukončení služby v domě, písemně zodpovídali. Šlo o následující dotazy: ⁶

- Čeho jsem si všimnul/a prvních 10 minut po příchodu do práce?
- V jakých případech jsem dnes měl/a pocit, že se beze mne klienti neobešli?
- V jakých případech jsem dnes měl/a pocit, že se beze mne klienti zcela obešli?

Odpovědi nebyly nijak předem kategorizované, takže se lišily ve formě a nabývaly různých obsahů.

Analýza odpovědí ukazuje, že mimoděk uplatňovaný koncept „neasistované samostatnosti“ je v rozporu s tím, co profesionálové v domě skutečně dělají. Ukazuje, že cíle intervencí se nenápadně přesunovaly od deklarované podpory samostatnosti klientů k cíli udržet dům v dobrém stavu. ⁷

3.1 Intervence a/nebo samostatnost

Odpovědi na otázku „V jakých případech jsem dnes měl/a pocit, že se beze mne klienti neobešli?“ vyjadřují (celkem samozřejmě) porozumění problému: klient se bez asistenta neobejde, když potřebuje pomoc - ať už potřebu pomoci vidí sám klient nebo jenom asistent (anebo oba dva, byť každý jinak). Pomoc pak znamená asistentovu aktivitu. Toto obsahovaly všechny odpovědi na danou otázku: klient se neobejde bez asistenta tehdy, když je ve hře nějaká asistentova aktivita reagující na nějakou klientovu pasivitu a/nebo nedostatečnost:

„Učila jsem klientku vařit nové jídlo, dalo dost úsilí ji udržet v tempu, aby stačila vnímat postup a přitom práci vykonávat, aby se dílo podařilo.“

„Vladka - doplňování léků - dělali jsme to společně.“

Odpovědi na otázku „V jakých případech jsem dnes měl/a pocit, že se beze mne klienti obešli?“ však toto porozumění věci poněkud komplikují. Nejde v nich totiž o prostý opak: že obejít se bez asistenta by mělo znamenat dělat všechno *absolutně* sám. Tedy, někdy tomu tak je:

„Igor (se beze mne obešel) při vaření → zcela sám, Lucka úklid společenské . místnosti → zcela sama.“

„Samostatná byla Lucka ve vývozu popelnice, zalití květin. Vladka v úklidu. Romana s Tomášem, v úklidu neúplně, po připomínkách, což ovšem nebylo příliš samostatné.“

Být samostatný zde znamená dělat něco bez pomoci. Aktivita asistenta tu dokazuje nesamostatnost klienta.

Ale může to být i jinak. Někdy je klient z pohledu asistenta samostatný i v případě, že je vzhledem k němu asistent aktivní:

*„Romana si sama uvařila cibulačku a pak jsme **spolu** (zvýraznil JP) uklízely ten velký nepořádek. Byla dobrá, povídaly jsme si při tom o všem možném.“*

Jak je vidět, sociální pracovníci v domě na půl cesty považují klienty za samostatné tehdy, když ti jednají sami, bez potřeby pomoci, ale zároveň připouštějí, že samostatnost neznamená vždy nečinnost asistenta. Kritériem je to, zda nacházejí zdroj aktivity v klientovi. Jestliže sám sebe jeden z asistentů považuje za iniciátora akce, kterou by podle něj měl iniciovat klient, pak jedním dechem říká, že klient se bez něj neobejde, že je tudíž nesamostatný. Je to hodně příkré rozdělení - samostatnost buď je nebo není. Samostatnost

⁶ Inspiroval jsem se příručkou Mapování profesionální role v neziskové organizaci T. a J. Tošnerových (1997), která obsahuje nejrůznější způsoby mapování implicitních a neuvědomovaných pravidel při práci s klienty.

⁷ V roce 2000 jsme také diskutovali moje závěry z analýzy odpovědí na dvou týmových poradách. Analýza, kterou uvádím nyní, ovšem není totožná s tehdejší, byť z některých jejích závěrů vycházím.

v tomto pojetí může být pouze neasistovaná. V této „buď-anebo logice“ je pomoc při samostatném rozhodnutí k akci protimluvem.

Avšak hranice mezi samostatností a nesamostatností v praxi vůbec není tak jednoznačná a nevede po linii mezi pomocí a ne-pomocí. Dvě srovnatelné situace rozhovoru může asistent vnímat rozdílně - jednu jako situaci potřeby pomoci (klient se beze mne neobešel) a druhou jako stav, kdy klient asistenta nepotřebuje (klient se beze mne obešel), přestože v obou situacích je asistent zaangażován:

/Klient se bez asistenta neobešel:/ „Pavel si potřeboval popovídat. Od včerejška, kdy mu Vítek sdělil, že je na něho podezření z krádeže peněz, stále na to myslí, není mu to lhostejné. Hovořili jsme o tom, to neznámá, že když má o něco více peněz, že krade. Dostal již zapláceno z práce tento měsíc, někdo mu vrátil dluh atd. (...) Říkal, že ho to vůbec nenapadlo, jednu trpkou zkušenost již má. Jeho povídání se mně zdálo věrohodné.“

/Klient se bez asistenta obešel:/ „Pavel. Již při mém příchodu bylo jeho chování normální, rovněž pak pohovor s ním při kávě. Mluvili jsme spolu o různých věcech a situacích, rovněž i o intimních otázkách, které mu nejsou lhostejné. V určený čas věděl, že je nutné odejít do práce, kde je to nyní již náročnější, má větší zodpovědnost, ale zvládá to. Přišel večer v pohodě, popovídal se všemi, večerel. Pak se šel dívat na TV, nepotřeboval mě.“

Z toho plyne, že velmi záleží na setkání toho, co podniká nebo nepodniká klient a toho, jakým způsobem je aktivní asistent. Pro konečné rozlišení záleží na souvislostech. V prvním případě měl rozhovor pro klienta tíživé téma, asistentovo naslouchání se tu ocitlo v sousedství klientových obav z obvinění, které spíš otevíraly problém: asistent zřejmě chápal svoje naslouchání jako činnost napomáhající úlevě a tím částečně i vyřešení problému. Ve druhém případě byla možná situace vlecčems podobná: klient chtěl mluvit o svých vztahových problémech, které pro něj nebyly jednoduché. A přece byla ta událost jiná: klient v ní vystupoval nejen jako „ten, který trpí“, ale také jako partner (nabídl kávu), jako zodpovědný člověk (sám věděl, kdy je čas odejít). Tyto prvky změnily situaci pomoci na situaci obyčejného dialogu, kde se sice mluví o tíživých věcech, ale (jak nejspíš předpokládal asistent) klient v nich není ztracen a v zásadě by se bez pomoci obešel.

Někdy, aby byl klient samostatný, neobejde se bez asistence. Samostatnost je něco, co sociální pracovník pomáhá klientovi utvářet. Samostatnost se aktivně dělá. To, že někdo něco dělá sám, z vnitřního popudu a s využitím vlastních schopností (tedy že je aktivní a ne pouze reaktivní), je až výsledek. Třeba dlouhého procesu socializace nebo výchovy. Anebo toho, že teď a tady se mu dostane příslušné pomoci a asistence.⁸

3.2 Kdo je tady zodpovědný?

Odbočím nyní k otázce, čeho si asistenti všimli při vstupu do domu, abych se pak vrátil k problému samostatnosti.

V téměř 3/4 odpovědí na otázku „Čeho jsem si všimnul/a prvních 10 minut po příchodu do práce?“ byl první dojem při vstupu do domu zaměřen kontrolně. Asistenti si všimli především toho, zda je stav věcí takový, jaký by měl podle jejich představy být.

Byli velmi vnímaví ke stavu domu a k tomu, jak ho klienti udržují, resp. neudržují, i jak je postaráno o zahradu:

„Nedbá se tu o bydlení, tzn. úklid (kuřárna, terasa), jako kdyby tu byli na rekreaci. (...)“

„Zanedbaná terasa i přes upozornění (několikáté), službu mají všichni - tedy nikdo.“

„Docela klid, jen trochu nepořádek, a přesto se sedělo na kuřárně.“

„Byly vypleté záhony, které plela v neděli Jarka s Luckou (...)“

⁸ „Při podporovaném bydlení je koncept nezávislosti pozměněn a za úspěch se považuje ‚podporovaná‘ či ‚asistovaná‘ nezávislost,“ píší Ridgway a Zipple (1990).

Zajištění bezpečnosti:

„Dveře byly zamčené a okna zavřena.“

„Všude byla přes noc otevřená okna.“

Všimli si toho, zda se někde zbytečně nesvítil:

„V koupelně svítilo světlo (...).“

„Svítilo se na záchodě.“

Když jsme později na týmové poradě diskutovali o tom, co nám odpovědi ukazují, a o tom, proč jsme tak citliví v záležitostech pořádku a bezpečnosti domu, shodli jsme se na tom, že za provoz domu cítíme zodpovědnost, protože je provozován organizací, jejímiž jsme zaměstnanci a asistenti jsou automaticky jejím nástrojem. Čili do kontrolní role nás stavěl fakt, že naše organizace zároveň s poskytnutím naší služby klientům jim také pronajímá byt, do kterého investovala nemalé prostředky. Vnímali jsme prostory v domě především jako prostory organizace - více než jako prostory klientů. (To koneckonců odpovídá realitě služby, neboť ta je určena jako tréninková a dočasná, nejde o domov.)

Jeden ze zápisů ukazuje zásadní moment:

(Všimla jsem si) „velkého nepořádku, počínaje kuřárnou přes společenskou místnost (zbytky po oslavách a sešlosti), jak na zemi, tak na stole a konče kuchyní. Od oslav až do soboty nikdo na zem ani nesáhl!!! **Všude hrůza - je nutný dohled terapeuta** (zvýraznil JP).“⁹

Poznámka asistenta patřila ostatním členům týmu: vy se snažte, aby tu byl pořádek, je to na vás, na asistentech, spíš než na klientech ... vy musíte být zdrojem iniciativy, oni aktivní nejsou. Zásadní je tento moment proto, že z něj existují různá východiska. S různými důsledky. Ano - asistenti nesou zodpovědnost. Otázkou ale je, k čemu má zodpovědnost a dohled terapeuta vést. K tomu, aby byl pořádek? Nebo k tomu, aby klienti byli ve věci pořádku samostatně aktivní?

3.3 Zodpovědnost za co?

V odpovědích na otázku „V jakých případech jsem dnes měl/a pocit, že se beze mne klienti neobešli?“ se objevují například tyto popisy:

„Tomáš, Pavel → úklid po včerejší slavnosti, kdybych jim to nepřipomněl, tak by to asi neuklidili.“

„Nikdo mne tu nepotřeboval, kromě připomínek k úklidu ohledně Tomáše a Romany (...).“

„Co se týče všímání si pořádku /neobešli se beze mne/ všichni.“

Asistent tu propůjčuje klientům „oči norem“. Skrze něj si klienti všímají nepořádku... skrze jeho oči ho teprve mohou uvidět... sami by si toho nevšimli. Dělal to s tím, že pomůže učinit klienty aktivními a samostatnými? Nebo šlo primárně o to, aby bylo uklizeno? Jinými slovy: snažil se budovat samostatnost (vlastní aktivitu) klientů nebo se snažil přimět a priori nesamostatné klienty k aktivitě, protože „je to potřeba“? Zpětně to již nelze rozhodnout, nicméně další (již citovaný) záznam ukazuje, jak byla jedna ze situací, kdy asistent klienty upomínal na nepořádek a na nutnost uklízet, rozvržena: „(...) Romana s Tomášem /se beze mne obešli/ neúplně, po připomínkách, v úklidu, což ovšem nebylo příliš samostatné.“

Klienti jsou nesamostatní, protože sami nic neudělají. Tak je pobídnu, aby něco udělali. Ale tím jen znovu potvrdím, že jsou nesamostatní... Jenže to je tautologie. Toto uvažování je ovšem zcela běžnou součástí nejen toho, jak přemýšlíme o svých klientech, ale i toho, jak přemýšlíme o sobě.¹⁰

⁹ Asistenti si také říkají terapeuti nebo socioterapeuti; nejde tedy o psychoterapeuta nebo někoho zvenku, je míněn asistent z domu na půl cesty.

¹⁰ V liberálních demokraciích vládne homogenní a homogenizující předpoklad o charakteru kompetentního subjektu. Tento předpoklad říká, že kompetentní - schopné - subjekty jsou anebo by měly být „centrované; kognitivně nebo (přesněji) textuálně/verbálně orientované; že jsou ve vztahu ke svému okolí autonomní; a že jim

Východ z tohoto kruhového bludiště se ukáže, když si uvědomíme, že upomínání a vlastní intervence je sice tak trochu dokladem nesamostatnosti, ale současně je to k ní i **cesta**. Jakmile máme toto na mysli, snažíme se, aby to byla cesta schůdná: naše intervence například musí mít spojení s nějakým klientovým prospěchem, co nejviditelnějším, ne nějak složitě zprostředkovaným a vzdáleným. Musí být taková, aby nechávala možnost volby: příkaz sice „udělá“, že je dotyčný aktivní, ale není pak ani v nejmenším samostatný, zdroj aktivity je příliš zjevně mimo něj.

Tlak na pořádek v domě z důvodu potřeb organizace byl zároveň tlakem na to, aby se zkrátila právě tato práce na motivaci a na vyjednávání. Ale právě prostor vyjednávání (který třeba v podporovaném bydlení, v bytě klienta, by se takto automaticky přeskakoval jen velmi těžko) je jedním z prostorů, kde se dělá samostatnost. Kde se posiluje status uživatele jako toho, kdo činí autonomní rozhodnutí, kdo má kontrolu nad děním.¹¹

„Souhrnným cílem psychiatrické rehabilitace je pomoci lidem s psychiatrickou nezpůsobilostí zvýšit jejich schopnost fungovat, aby byli úspěšnější a spokojenější v prostředí podle své volby, které si zvolili, a to s co nejmenší mírou průběžné profesionální intervence.“ (Anthony, Farkas 1989:3) Řeč je o pomoci k samostatnosti... to není rozpor. To je spíš podmínka dobré péče. Zásadní a prvotní odpovědností asistentů ve službě podpory bydlení je **samostatnost klientů**. Všechny ostatní zodpovědnosti, včetně té za pořádek v domě, by tomu měly být podřízené.

A zásadní otázkou asistence samozřejmě je, **jak** samostatnost dělat.

Návrh typologie služeb podpory bydlení pro duševně nemocné

	rezidenční služby		mobilní služby
	bydlení na půli cesty	chráněné bydlení	podporované bydlení
organizace zajišťuje:	ubytování i podporu	ubytování i podporu	pouze podporu v klientově domácím prostředí
časové omezení:	od 6 měsíců do zhruba 3 let	není časově omezeno	jak v které organizaci

dostupné příležitosti jsou zhruba stejné jako příležitosti dosažitelné pro kohokoli jiného.“ (Law 2000) Problém je, že tomuto předpokladu vlastně nedostojí nikdo, vezmeme-li v úvahu, že se člověk stále vyvíjí a stále čerpá vnější podněty, které různými způsoby zvnitřňuje. Autonomie spočívá v mnoha neviditelných závislostech.

¹¹ Patricia Deegan (1992) upozorňuje, když cituje Charlese Carra, že základem nezávislosti je kontrola nad vlastním životem, nikoli míra pomoci od ostatních lidí.

Príloha II

Porovnání výdaju v zařízeních sociální péče podle zřizovatele v roce 2002

Pocet zařízení

pocet zařízení	domovy duchodcu	domovy-penziony pro duchodce	ÚSP pro telesne postižené dospělé	ÚSP pro mentálne postižené dospělé	alkoholici a toxikomani	psychotici a psychopati	ÚSP pro telesne postiženou mládež	ÚSP pro mentálne postiženou mládež	celkem ÚSP	podíl v % (ÚSP celkem)
kód MPSV	A1A	A1B	A2+A3+A4	A6	A7	A8	B1+B2+B3	B6		
státní	225	52	9	49	3	4	11	113	466	61%
krajské	0	0	3	1	0	0	1	3	8	1%
obecní	102	88	1	5	1	0	5	25	227	30%
církevní	19	6	2	0	0	1	9	8	45	6%
obc. sdruž.	4	1	1	2	0	0	5	0	13	2%
ost. NNO	4	1	0	1	1	0	1	1	9	1%
celkem	354	148	16	58	5	5	32	150	768	100%

pocet zařízení	pestouni	matky	bezdomovci	reholnice	ostatní celkem	podíl v % (ostatní celkem)	celkem pocet ÚSP + ostatní	podíl ÚSP + ostatní
kód MPSV	C1	C2	C3d	C4	C5			
státní	28	8	14	0	50	34%	516	56%
krajské	0	0	0	0	0	0%	8	1%
obecní	2	12	20	0	34	23%	261	29%
církevní	1	14	15	19	49	34%	94	10%
obc. sdruž.	0	0	4	0	4	3%	17	2%
ost. NNO	0	3	6	0	9	6%	18	2%
celkem	31	37	59	19	146	100%	914	100%

Pocet obyvatel (klientu, sverencu) v zařízeních sociální péče v roce 2002

pocet obyvatel	domovy duchodcu	domovy-penziony pro duchodce	ÚSP pro telesne postižené dospělé	ÚSP pro mentálne postižené dospělé	alkoholici a toxikomani	psychotici a psychopati	ÚSP pro telesne postiženou mládež	ÚSP pro mentálne postiženou mládež	celkem ÚSP	podíl v % (ÚSP celkem)
státní	25 854	5 240	779	4 389	136	528	993	9 102	47 021	71%
krajské	0	0	216	54	0	0	228	256	755	1%
obecní	8 666	5 762	10	269	18	0	118	914	15 756	24%
církevní	876	131	33	0	0	19	262	198	1 519	2%
obc. sdruž.	121	25	28	56	0	0	135	17	383	1%
ost. NNO	277	37	0	40	6	0	28	0	388	1%
celkem	35 795	11 195	1 065	4 809	160	547	1 765	10 487	65 822	100%

pocet obyvatel	pestouni	matky	bezdomovci	reholnice	ostatní celkem	podíl v % (ostatní celkem)	celkem pocet ÚSP + ostatní	podíl ÚSP + ostatní
státní	158	105	384	0	647	17%	47 667	68%
krajské	0	0	0	0	0	0%	755	1%
obecní	15	204	485	0	704	19%	16 460	24%
církevní	16	246	636	1 035	1 932	51%	3 452	5%
obc. sdruž.	0	0	190	0	190	5%	572	1%
ost. NNO	0	14	305	0	318	8%	707	1%
celkem	189	568	1 999	1 035	3 791	100%	69 613	100%

Neinvestiční výdaje celkem v Kč za rok

výdaje celkem	domovy duchodcu	domovy-penziony pro duchodce	ÚSP pro telesne postižené dospělé	ÚSP pro mentálně postižené dospělé	alkoholici a toxikomani	psychotici a psychopati	ÚSP pro telesne postiženou mládež	ÚSP pro mentálně postiženou mládež	celkem ÚSP	podíl v % (ÚSP celkem)
státní	4 524 315 563	342 746 506	195 959 633	777 446 483	27 362 328	98 146 822	266 478 584	1 916 276 217	8 148 732 136	76%
krajské	0	0	59 162 726	9 406 157	0	0	37 409 207	79 099 727	185 077 817	2%
obecní	1 409 711 889	318 164 712	923 548	47 890 133	2 471 900	0	16 513 503	171 110 879	1 966 786 564	18%
církevní	147 313 997	20 911 515	10 857 736	0	0	1 359 480	43 164 111	35 540 059	259 146 898	2%
obc. sdruž.	21 065 439	2 792 017	2 122 531	6 575 306	0	0	18 068 080	1 754 150	52 377 523	0%
ost. NNO	45 658 832	5 914 505	0	5 145 775	1 156 438	0	5 261 268	0	63 136 818	1%
celkem	6 148 065 720	690 529 255	269 026 174	846 463 854	30 990 666	99 506 302	386 894 753	2 203 781 032	10 675 257 756	100%

výdaje celkem	pestouni	matky	bezdomovci	reholnice	ostatní celkem	podíl v % (ostatní celkem)	celkem počet ÚSP + ostatní	podíl ÚSP + ostatní
státní	8 727 603	10 143 236	24 235 537	0	43 106 376	11%	8 191 838 512	74%
krajské	0	0	0	0	0	0%	185 077 817	2%
obecní	454 389	20 837 902	27 332 140	0	48 624 431	12%	2 015 410 995	18%
církevní	790 450	27 029 480	53 811 740	166 123 698	247 755 368	62%	506 902 266	5%
obc. sdruž.	0	0	11 754 660	0	11 754 660	3%	64 132 183	1%
ost. NNO	0	2 400 839	44 566 290	0	46 967 129	12%	110 103 947	1%
celkem	9 972 631	60 411 457	161 700 367	166 123 698	398 208 153	100%	11 073 465 909	100%

Náklady na jednoho obyvatele (klienta, sverence) v Kč za rok

	domovy duchodcu	domovy-penziony pro duchodce	ÚSP pro telesne postižené dospělé	ÚSP pro mentálně postižené dospělé	alkoholici a toxikomani	psychotici a psychopati	ÚSP pro telesne postiženou mládež	ÚSP pro mentálně postiženou mládež	celkem ÚSP
státní	174 994	65 410	251 666	177 125	201 194	185 884	268 284	210 544	173 301
krajské	0	0	273 357	173 003	0	0	164 075	308 525	245 078
obecní	162 670	55 219	94 723	178 163	137 328	0	139 992	187 295	124 827
církevní	168 203	159 265	333 059	0	0	71 552	164 698	179 242	170 596
obc. sdruž.	173 621	111 681	76 626	116 439	0	0	133 541	103 185	136 827
ost. NNO	164 619	159 851	0	128 644	192 740	0	187 902	0	162 573
celkem	171 759	61 681	252 576	176 021	193 692	181 913	219 252	210 148	162 183

	pestouni	matky	bezdomovci	reholnice	ostatní
státní	55 238	96 630	63 148	0	66 650
krajské	0	0	0	0	0
obecní	30 293	102 357	56 321	0	69 082
církevní	49 403	110 019	84 635	160 506	128 205
obc. sdruž.	0	0	62 030	0	62 030
ost. NNO	0	177 053	146 167	0	147 482
celkem	52 765	106 398	80 879	160 506	105 038

Zamestnanci celkem

	domovy duchodcu	domovy-penziony pro duchodce	ÚSP pro telesne postizené dospelé	ÚSP pro mentálne postizené dospelé	alkoholici a toxikomani	psychotici a psychopati	ÚSP pro telesne postizenou mládež	ÚSP pro mentálne postizenou mládež	celkem ÚSP
státní	12 518	896	491	2 181	79	268	883	5 739	23055
krajské	0	0	167	27	0	0	122	224	540
obecní	4 030	867	4	146	4	0	58	551	5660
církevní	488	72	38	0	0	5	149	118	871
obc. sdruž.	74	10	8	26	0	0	66	8	192
ost. NNO	160	15	0	24	3	0	18	0	219
celkem	17 270	1 860	708	2 404	86	273	1 297	6 639	30537

Zamestnanci na 1 klienta

	domovy duchodcu	domovy-penziony pro duchodce	ÚSP pro telesne postizené dospelé	ÚSP pro mentálne postizené dospelé	alkoholici a toxikomani	psychotici a psychopati	ÚSP pro telesne postizenou mládež	ÚSP pro mentálne postizenou mládež	celkem ÚSP
státní	0,5	0,2	0,6	0,5	0,6	0,5	0,9	0,6	0,5
krajské	0,0	0,0	0,8	0,5	0,0	0,0	0,5	0,9	0,7
obecní	0,5	0,2	0,4	0,5	0,2	0,0	0,5	0,6	0,4
církevní	0,6	0,5	1,2	0,0	0,0	0,3	0,6	0,6	0,6
obc. sdruž.	0,6	0,4	0,3	0,5	0,0	0,0	0,5	0,4	0,5
ost. NNO	0,6	0,4	0,0	0,6	0,5	0,0	0,6	0,0	0,6
celkem	0,5	0,2	0,7	0,5	0,5	0,5	0,7	0,6	0,5

Příloha III

Grafy ke kapitole 5 nezařazené do textu

Z technických důvodů jsme nemohli do textu zařadit všechny grafy, které ilustrují kapitolu 5. Uvádíme je proto v příloze s odkazem na příslušnou pasáž v textu. **Pro snazší orientaci uvádíme seznam všech grafů** ke kapitole 5, zařazených jak v textu, tak v příloze. Grafy, zařazené v textu, jsou číslovány arabskými číslicemi, zařazené v příloze jsou číslovány římskými číslicemi. Pro porovnání uvádíme u grafů, vyjadřujících závislost, hodnotu spolehlivosti R^2 .

Použité zkratky:

DD - domovy důchodců

DPD - domovy-penziony pro důchodce

ÚSP - ústav sociální péče

MP - osoby s mentálním postižením

TP - osoby s tělesným postižením

NiV - neinvestiční výdaje

TU - osoby, trvale upoutané na lůžko

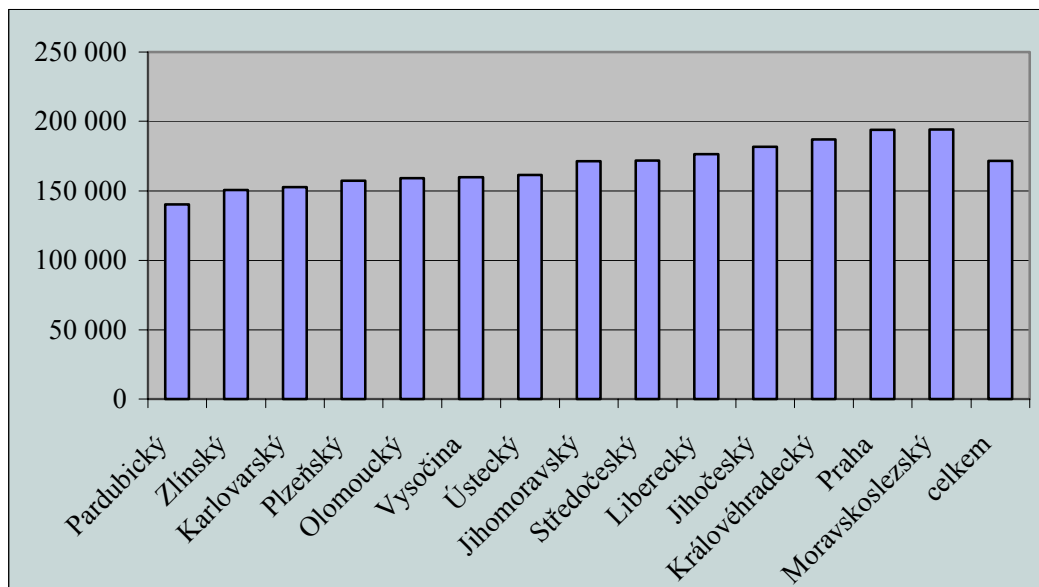
		R^2
5.2	Neinvestiční výdaje na 1 klienta ÚSP a podíl úhrady	
4	Vývoj průměrných neinvestičních výdajů na 1 místo a rok 1995 - 2002	x
5	Neinvestiční výdaje na 1 klienta za rok 2002 podle zřizovatelů	x
6	DD- Výdaje na 1 obyvatele za r. 2002 podle krajů a zřizovatelů	x
I	DD- Výdaje na 1 obyvatele v roce 2002 podle krajů	x
II	Rozložení DD podle výše NiV na 1 obyvatele (absolutní hodnoty)	x
7	Relativní četnosti DD podle výše ročních NiV na 1 obyvatele (v %)	x
8	Rozložení četností DPD podle výše NiV na 1 obyvatele (v %)	x
III	DD podle výše NiV na 1 obyvatele a podle zřizovatelů (abs. hodnoty)	x
IV	Rozložení státních DD a ÚSP pro dospělé MP podle výše NiV na 1 obyv.(v %)	x
V	Rozložení ÚSP pro MP podle výše ročních NiV na 1 klienta (v %)	x
VI	Rozložení ÚSP pro MP podle výše NiV - dospělí a mládež (absol. hodnoty)	x
5.3	ÚSP a tzv. "úspory z rozsahu" - vztah mezi kapacitou a výdaji	
9	Vztah mezi velikostí domácnosti a relativními výdaji	0,896
10	DD (bez krajních decilů)	0,062
VII	DPD-státní- vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 obyvatele	0,0005
VIII	ÚSP pro MP dospělé - vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 klienta	0,0026
IX	DPD-obecní - vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 obyvatele	0,0036
	ÚSP pro MP mládež (obecní a církevní) - vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 klienta	0,0065
X		
XI	ÚSP pro MP mládež (státní) - vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 klienta	0,0355
	Podíl ošetřovatelských lůžek z celkové lůžkové kapacity a podíl klientů trvale upoutaných na lůžko (TU) z celkového počtu klientů	
5.4	Vztah mezi zdravotním stavem a výdaji na 1 klienta	
11	Domovy důchodců-ošetř. lůžka	0,0134
	Domovy důchodců-TU	0,1025
12	ÚSP pro mládež - ošetř. lůžka	0,892
	ÚSP pro mládež - TU	0,2843
XII	Domovy důchodců – podíl ošetřovatelských lůžek a klientů trvale upoutaných na lůžko (TU)	x

XIII	ÚSP pro mentálně postižené dospělé - podíl ošetrovatelských lůžek a klientů trvale upoutaných na lůžko (TU)	x
XIV	ÚSP pro MP mládež - podíl ošetrovatelských lůžek a klientů trvale upoutaných na lůžko (TU)	x
XV	MP dospělí – souvislost mezi výdaji na 1 klienta a zdravotním stavem	0,0006
	MP dospělí - TU	0,2256
5.5	Vztah mezi výdaji a počtem zaměstnanců na 1 klienta v ÚSP	
13	DD státní: výdaje a počet zaměstnanců na 1 obyvatele	0,4597
XVI	DD státní: NiV. výdaje a počet zaměstnanců celkem	0,9242
XVII	DD státní: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele (bez horního decilu)	0,3999
XVIII	DD obecní: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele	0,5738
XIX	DD církevní: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele (všechna zařízení)	0,7467
XX	DD církevní: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele (bez extrému)	0,0344
XXI	Charitní domovy pro řeholnice: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatelku	0,5497
XXII	Domovy-penziony pro důchodce státní – vztah mezi výdaji a počtem zaměstnanců na 1 obyvatele	0,0058
XXIII	Domovy-penziony pro důchodce obecní - vztah mezi výdaji a počtem zaměstnanců na 1 obyvatele	0,0002
XXIV	ÚSP pro mládež s TP: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele (svěřence)	0,9736
XXV	ÚSP pro mládež s MP – státní: výdaje a zaměstnanci na 1 klienta (svěřence)	0,7604
XXVI	ÚSP pro mládež s MP - obecní a církevní – výdaje a zaměstnanci na 1 klienta (svěřence)	0,8749
XXVII	ÚSP pro mládež s MP - obecní a církevní – výdaje a zaměstnanci na 1 klienta (svěřence) bez extrémních hodnot	0,745
5.6	Porovnání výdajů na 1 klienta chráněného bydlení a ÚSP	
14	Chráněné bydlení - výdaje a počet pracovníků na 1 klienta	0,7981
15	Neinvestiční výdaje na jednu osobu ročně (chráněné bydlení = 100)	

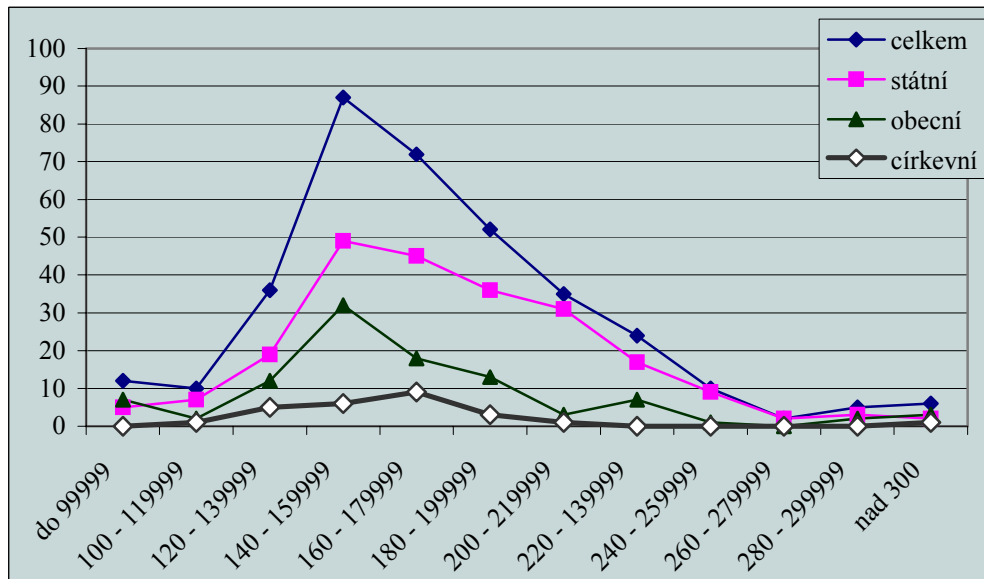
5.2 Neinvestiční výdaje na jednoho klienta

Ke grafu 6, který je zařazen v textu na str. 31 uvádíme i souhrnný graf I, kde jsou uvedeny výdaje za kraje celkem (bez rozčlenění podle zřizovatelů) a jsou seřazeny podle jejich výše v Kč.

G r a f I DD - výdaje na 1 obyvatele v roce 2002 podle krajů

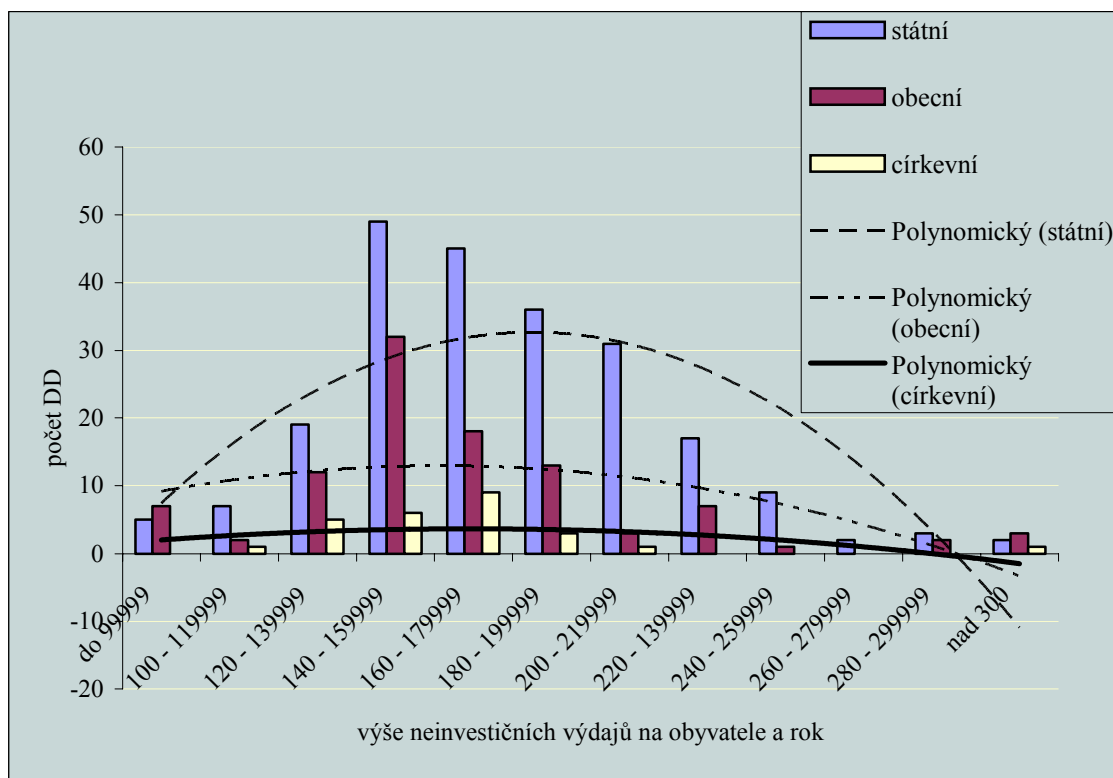


G r a f II Rozložení DD podle výše neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele (počet DD - absolutní hodnoty)



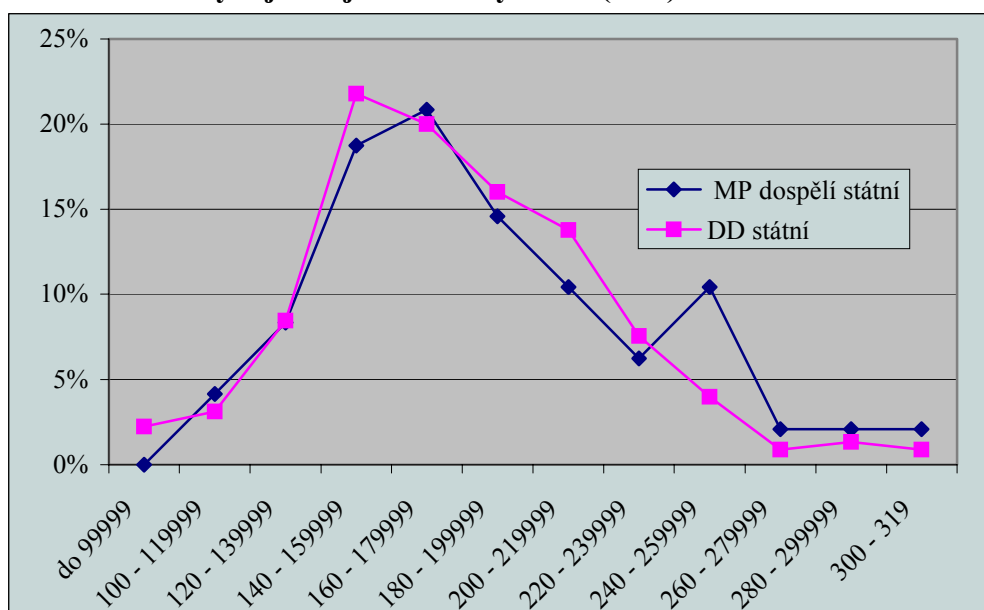
V grafech č. 7 a 8 na str. 32 a 33 jsme sledovali rozložení domovů důchodců a domovů-penzionů pro důchodce podle výše ročních neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele (v %). Na grafu II porovnáváme absolutní hodnoty, z nichž je - oproti vyjádření v procentech - názorně vidět váha jednotlivých zřizovatelů v souboru DD. Z grafu je patrné, že v roce 2002 převažovaly DD státní. Na grafu III a VI jsou pak patrné i polynomické křivky.

G r a f III Domovy důchodců podle výše neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele a podle zřizovatelů (abs. hodnoty)

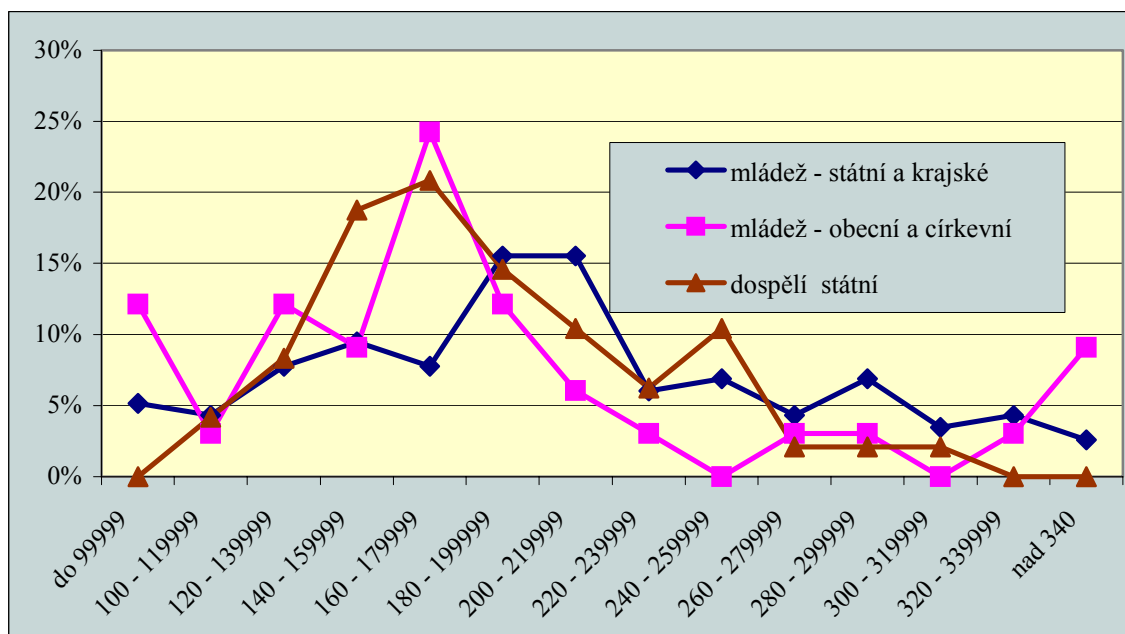


Zajímavé je i porovnání státních domovů důchodců a ústavů sociální péče pro dospělé občany s mentálním postižením na grafu IV, z něhož vidíme, že rozložení u obou typů rezidenčních služeb je obdobné. Naproti tomu výrazné rozdíly jsou patrné mezi ústavami pro dospělé a mládež s MP (graf V). Z grafu V je patrné, že péče o mladistvé s mentálním postižením je vesměs dražší než péče o takto postižené osoby v dospělém věku. V grafu V uvádíme z ústavů pro dospělé pouze ústavy státní, neboť na rozdíl od MP mládeže je u dospělých zastoupení jiných zřizovatelů zanedbatelné (viz příloha II).

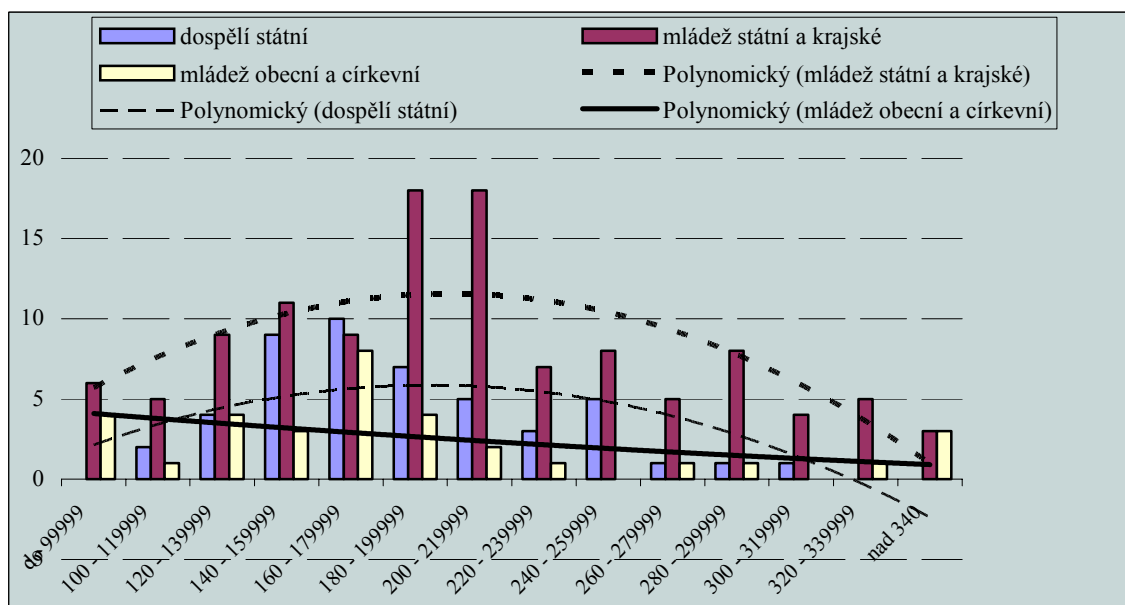
G r a f IV Rozložení státních domovů důchodců a ÚSP pro dospělé MP podle výše neinvestičních výdajů na jednoho obyvatele (v %)



G r a f V Rozložení ÚSP pro osoby s mentálním postižením podle výše ročních neinvestičních výdajů na 1 klienta (v %)



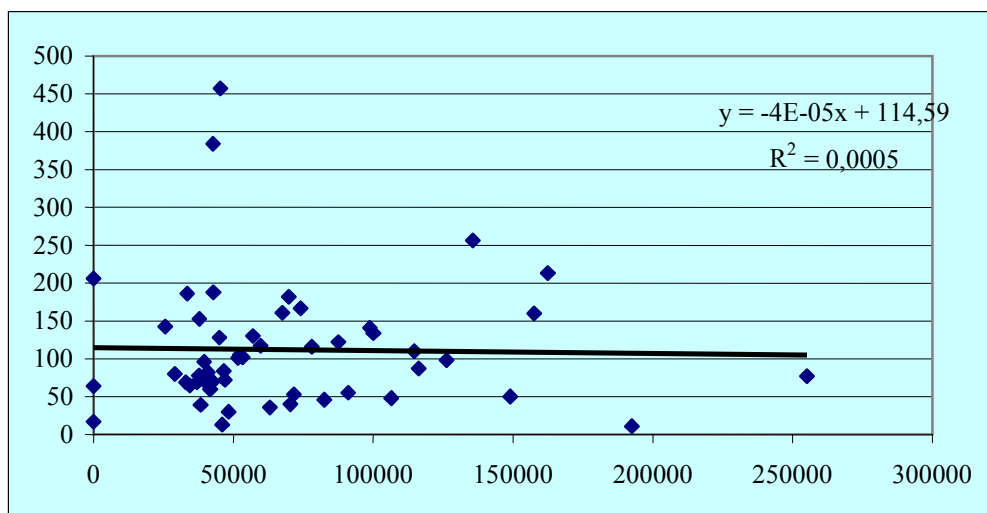
G r a f VI Rozložení ÚSP pro mentálně postižené podle výše NiV - dospělí a mládež (abs. hodnoty)



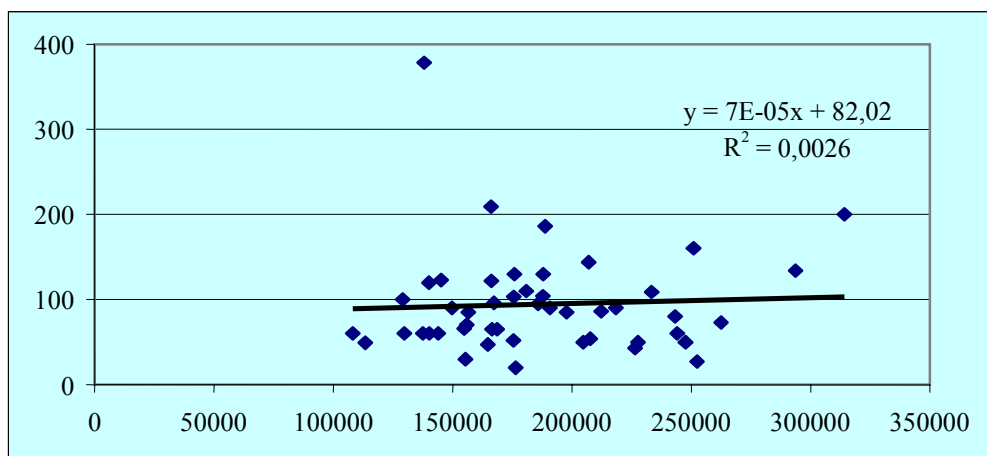
5.3 ÚSP a tzv. „úspory z rozsahu“

V subkapitole 5.3 jsme sledovali tzv. „úspory z rozsahu“, tj. nejprve na grafu 9 na str. 34 závislost mezi průměrnými výdaji na jednoho člena domácnosti a velikostí domácnosti a poté v grafu 10 na str. 35 byla uvedena závislost mezi výdaji a 1 obyvatele a kapacitou zařízení. Data za domovy důchodců (bez krajních decilů) však žádnou podobnou souvislost neukazovala. Stejně jako Průša (2002) jsme zjistili, že ani u dalších rezidenčních zařízení podobná závislost neexistuje nebo je velmi slabá (viz tabulka 20 na str. 35). Grafy VII až XI jsou seřazeny podle výše hodnoty spolehlivosti (R^2) od nejmenší k největší, ale i zde je závislost velmi slabá.

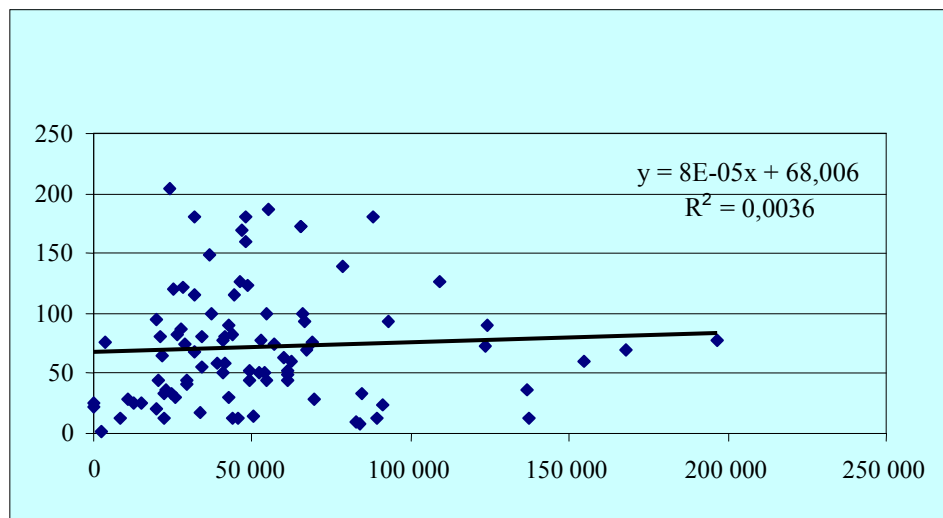
G r a f VII Domovy-penziony pro důchodce státní - vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 obyvatele



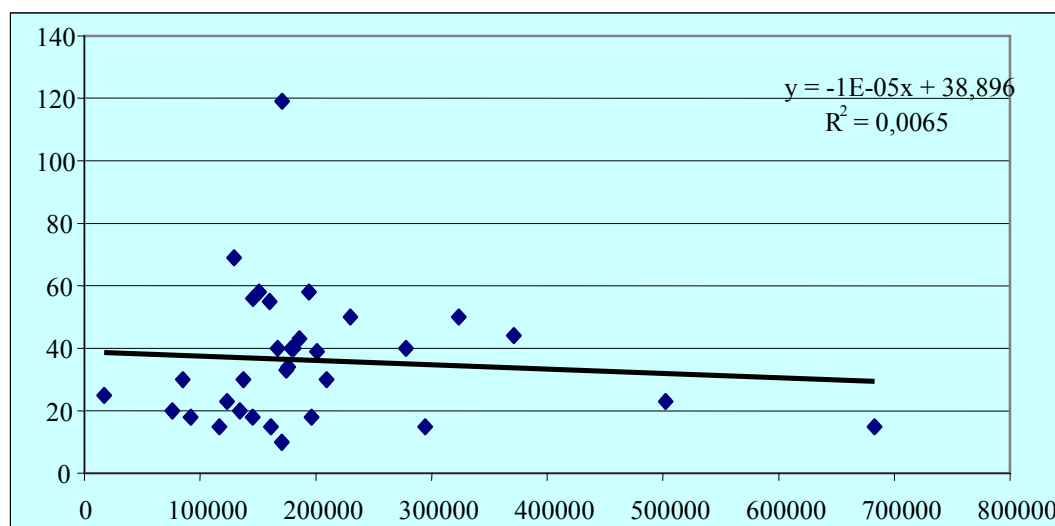
G r a f VIII ÚSP pro MP dospělé - vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 klienta



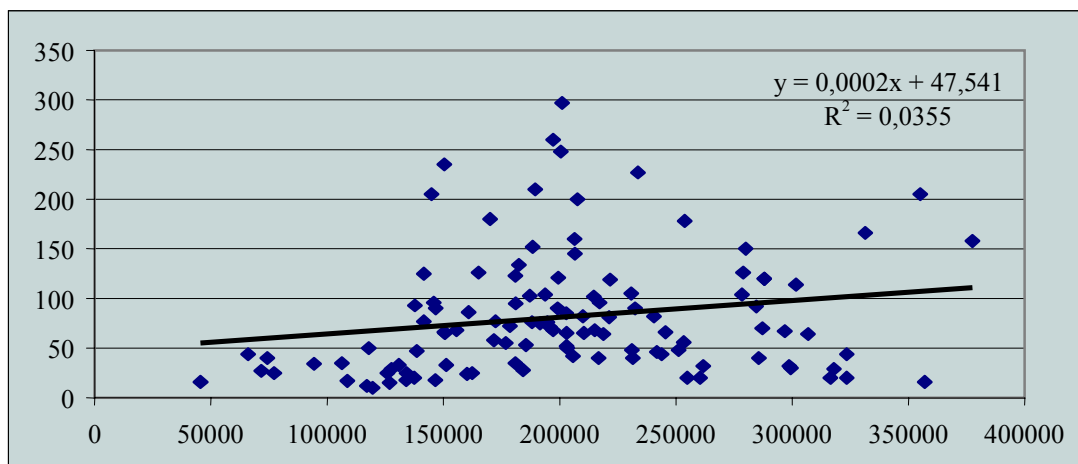
G r a f IX Domovy-penziony pro důchodce obecní - vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 obyvatele



G r a f X ÚSP pro MP mládež (obecní a církevní) - vztah mezi kapacitou a výdaji na 1 klienta



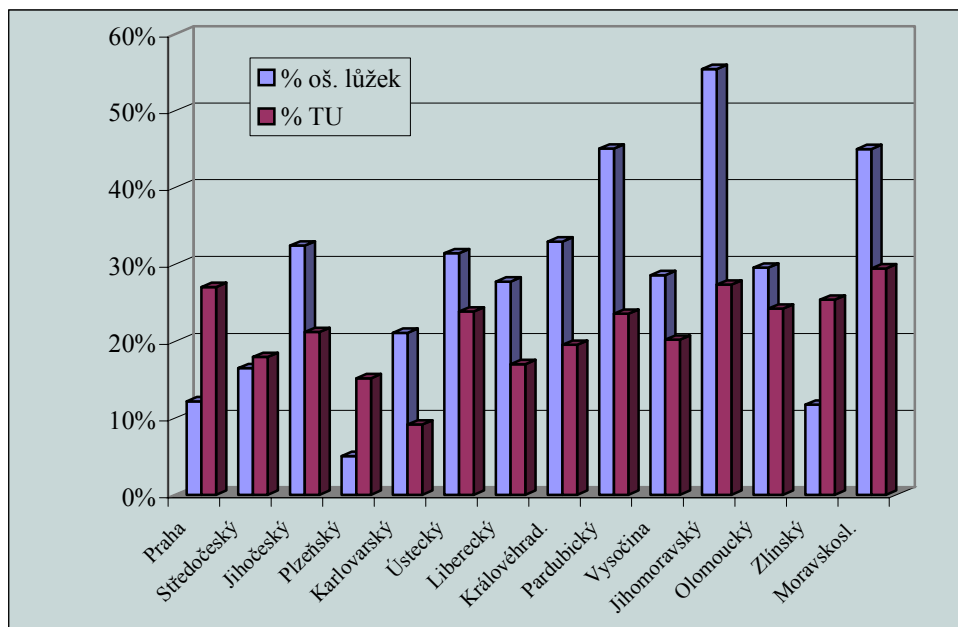
G r a f XI ÚSP pro MP mládež (státní) - vztah mezi kapacitou zařízení a výdaji na 1 klienta



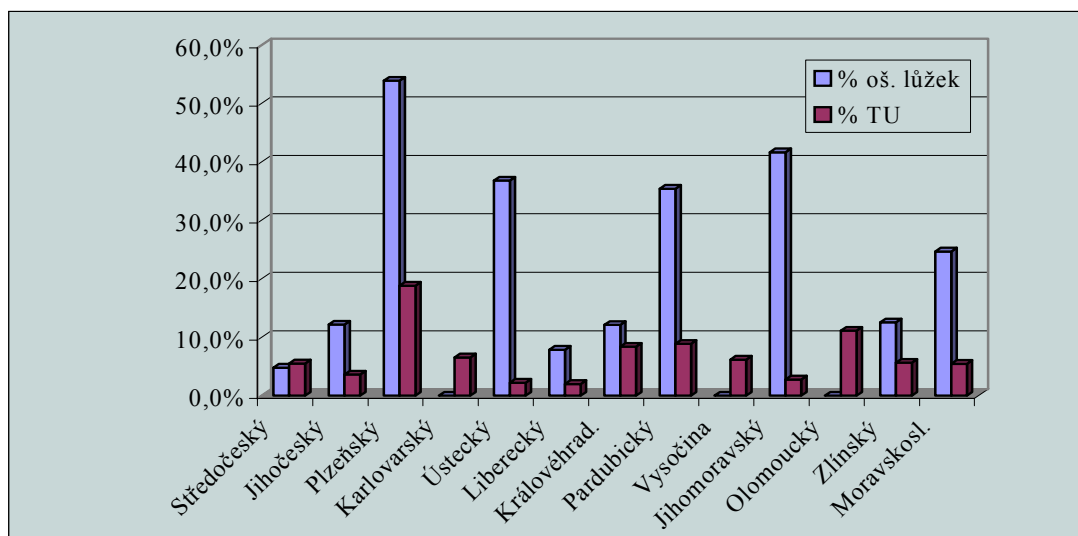
5.4 Vztah mezi výdaji a zdravotním stavem klientů v ÚSP

Ukazatelem zdravotního stavu klientů je podíl osob trvale upoutaných na lůžko (TU) z celkového počtu klientů. Kromě toho lze zjistit podíl ošetrovatelských lůžek z celkové lůžkové kapacity. Zajímavé je, že podíl ošetrovatelských lůžek je zpravidla vyšší než podíl klientů trvale upoutaných na lůžko. Zdálo by se, že jde o jakousi rezervu, kdyby někdo onemocněl, ale proti tomu svědčí fakt téměř plné obsazenosti všech lůžek. Podíly TU a ošetrovatelských lůžek v jednotlivých krajích lze sledovat v příloze III na grafech XII až XIV.

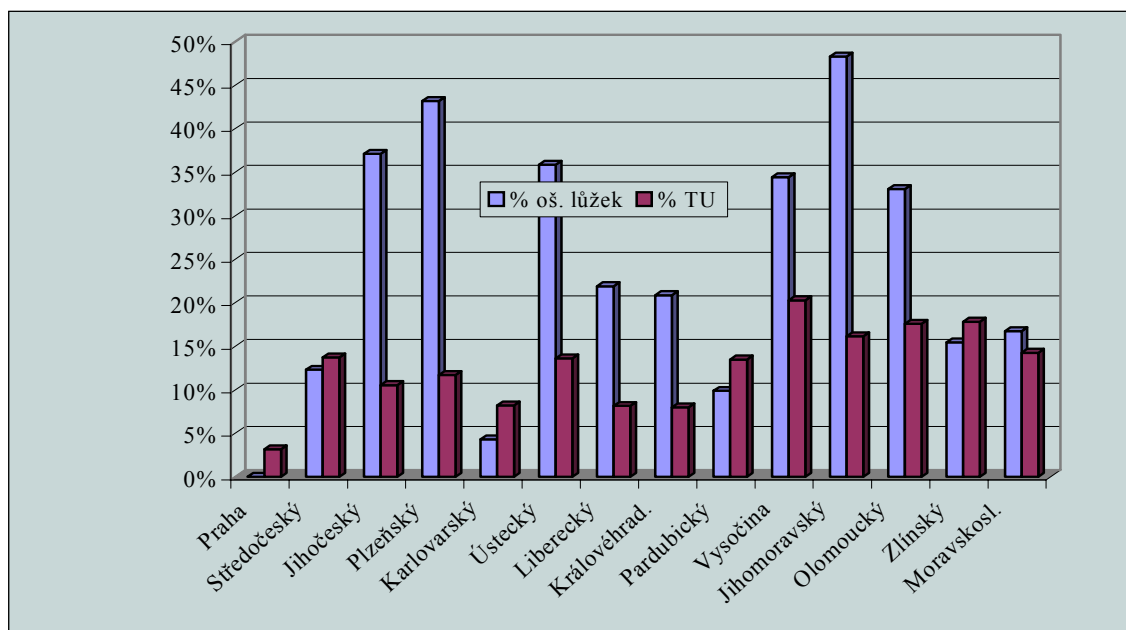
G r a f XII Domovy důchodců - podíl ošetrovatelských lůžek a klientů trvale upoutaných na lůžko (TU)



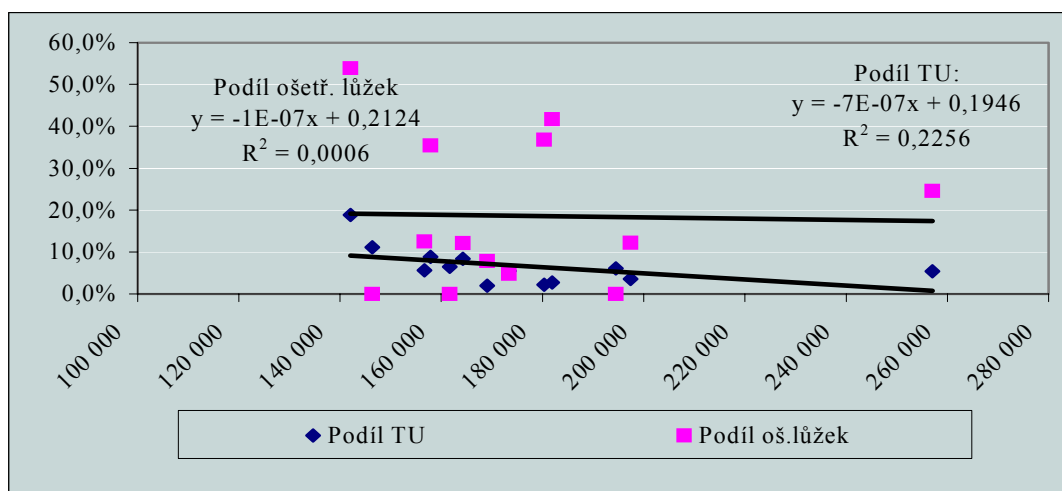
G r a f XIII ÚSP pro MP dospělé - podíl ošetrovatelských lůžek a klientů trvale upoutaných na lůžko (TU)



G r a f XIV ÚSP pro MP mládež - podíl ošetrovatelských lůžek a klientů trvale upoutaných na lůžko (TU)



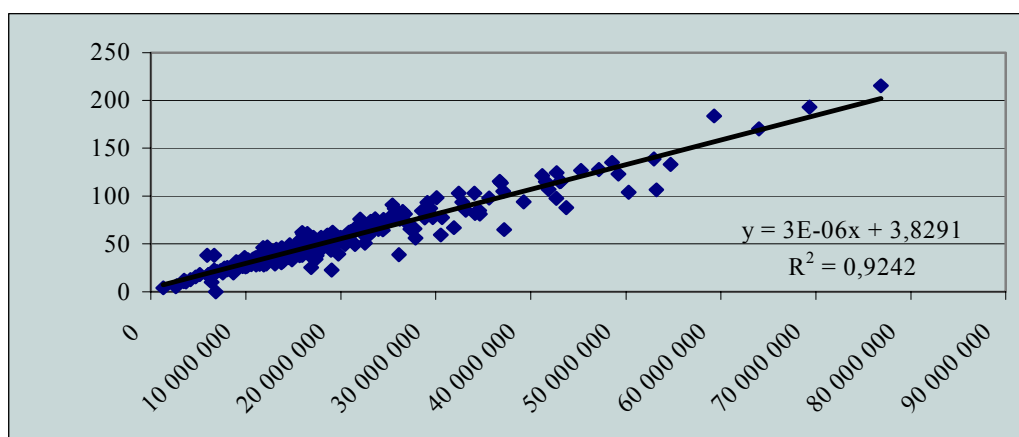
G r a f X V MP dospělí - souvislost mezi výdaji na 1 klienta a zdravotním stavem



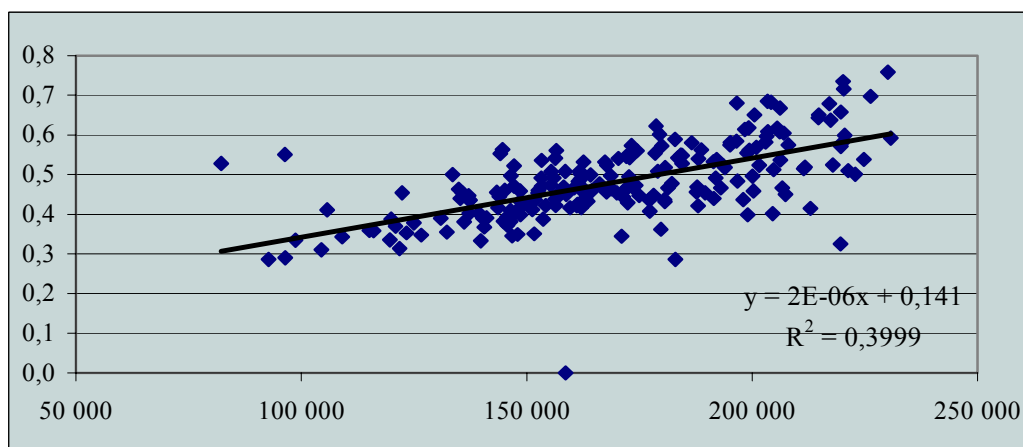
5.5 Vztah mezi výdaji a počtem zaměstnanců na 1 klienta v ÚSP

Odvětví sociálních služeb patří mezi odvětví pracovně velmi náročné; hlavní součástí neinvestičních výdajů tvoří mzdy a odvody z mezd. O tom svědčí i téměř přímá úměrnost mezi celkovými výdaji a celkovým počtem zaměstnanců ve státních domovech důchodců.

G r a f X V I DD státní: neinvestiční výdaje a počet zaměstnanců celkem

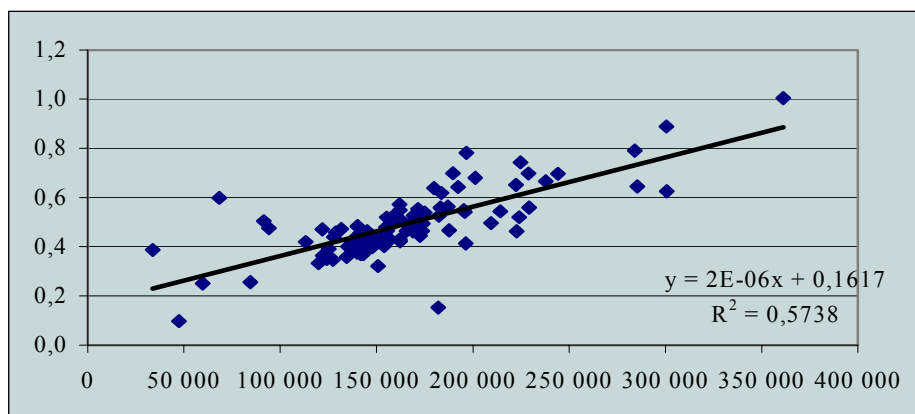


G r a f X V I I DD státní: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele (bez horního decilu)



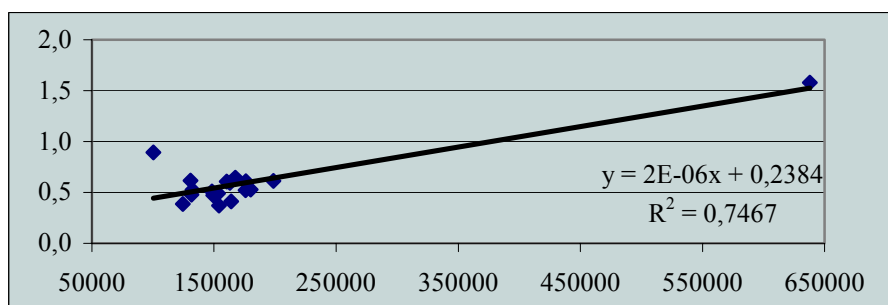
Závislost mezi výdaji a počtem zaměstnanců v přepočtu na jednoho obyvatele je sice slabší, ale přesto výrazná (graf 13 v textu). Křivka na grafu 13 je ovlivněna extrémními hodnotami a proto na grafu XVII uvádíme data bez posledního decilu. Podobný obrázek poskytuje graf XVIII, kde jsou uvedeny údaje za obecní domovy důchodců.

G r a f XVIII DD obecní: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele

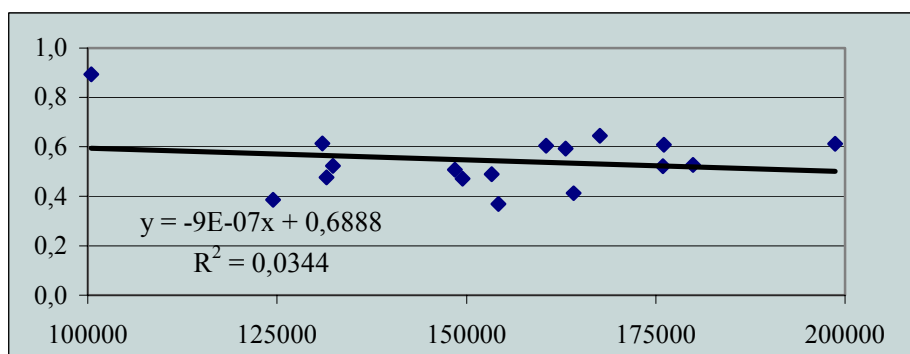


Situace u církevních DD znázorněná na grafech XIX až XXI, je komentována v textu na str. 38.

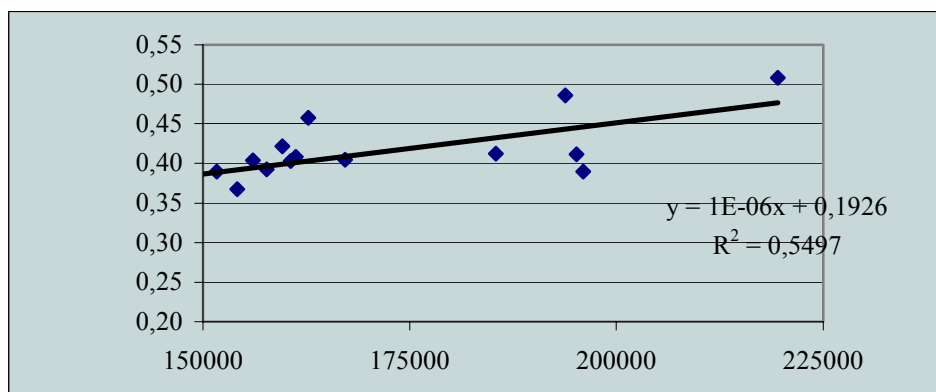
G r a f XIX DD církevní: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele (všechna zařízení)



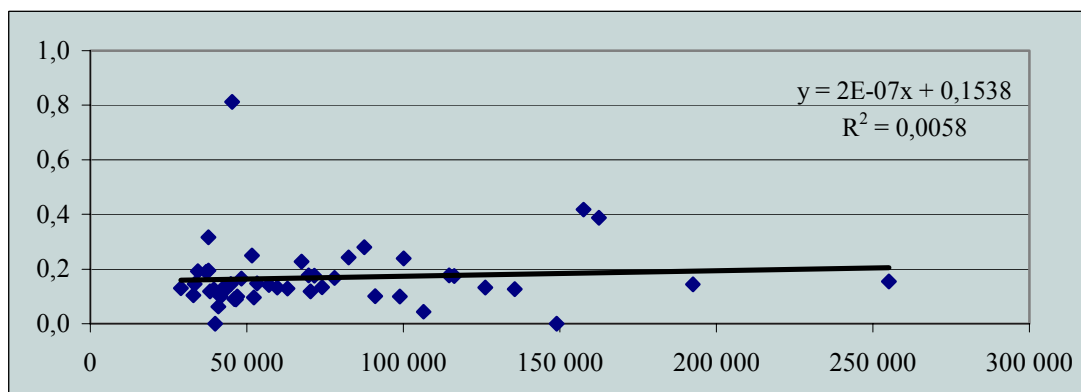
G r a f XX DD církevní: výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatele - bez extrémní hodnoty



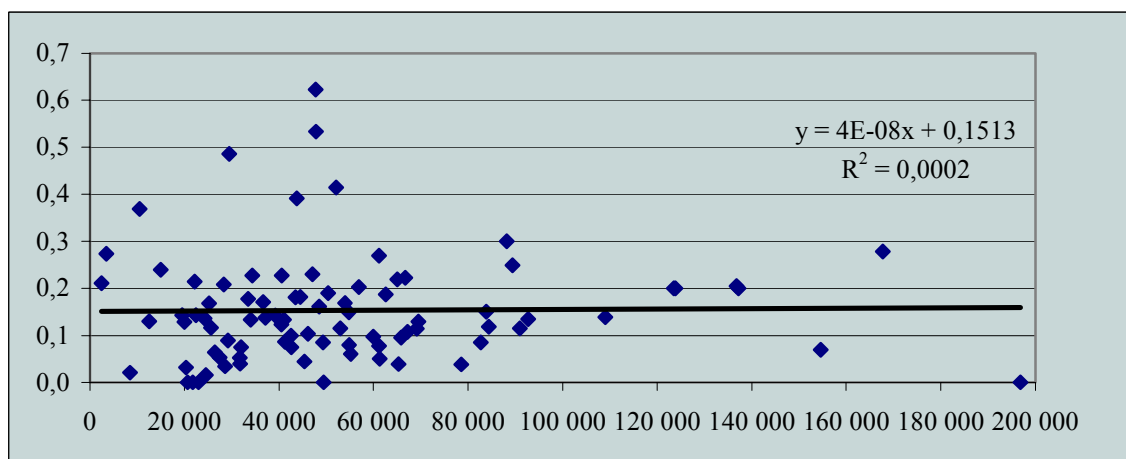
G r a f XXI Charitní domovy pro řeholnice - výdaje a zaměstnanci na 1 obyvatelku



G r a f XXII DPD státní - vztah mezi výdaji a počtem zaměstnanců na jednoho obyvatele

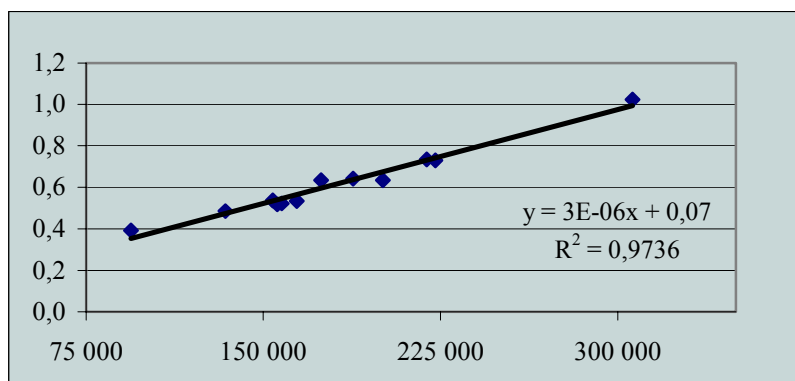


G r a f XXIII DPD obecní - vztah mezi výdaji a počtem zaměstnanců na 1 obyvatele

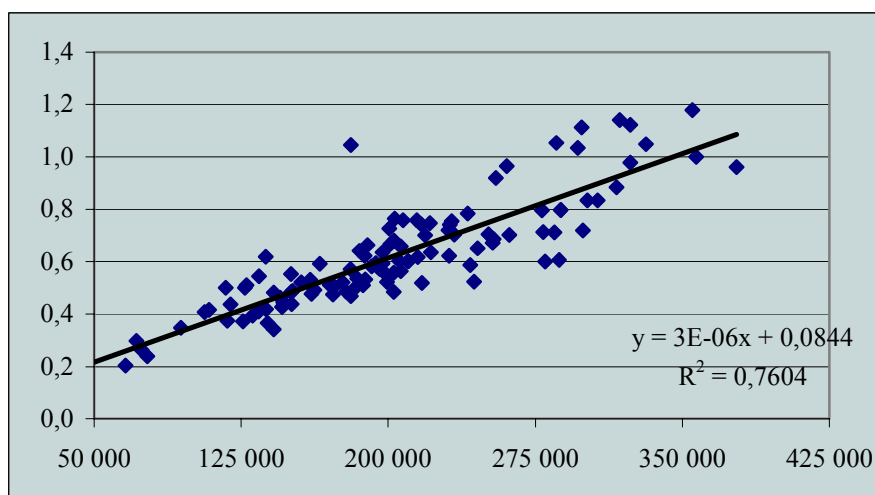


Velmi těsná závislost mezi výdaji a počtem zaměstnanců na 1 klienta (svěřence) je patrná u ústavů sociální péče pro mládež s handicapem tělesným nebo mentálním.

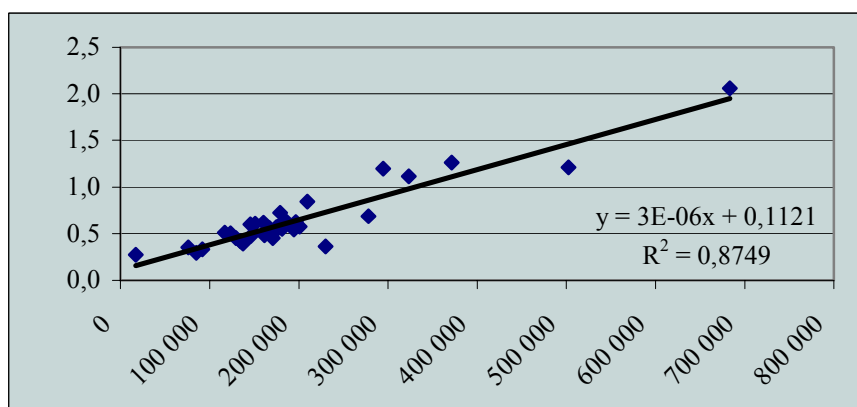
G r a f XXIV ÚSP pro mládež s TP: výdaje a zaměstnanci na 1 klienta (svěřence)



G r a f XXV ÚSP pro mládež s MP státní: výdaje a zaměstnanci na jednoho klienta (svěřence)



G r a f XXVI ÚSP pro mládež s MP obecní a církevní: výdaje a zaměstnanci na 1 klienta (svěřence)



Na grafu XXVI jsou patrné dvě extrémní hodnoty výdajů na 1 klienta (ve výši 502 326 a 683 080 Kč za rok). V grafu XXVIII uvádíme proto závislost bez uvedených extrémních hodnot.

G r a f XXVII ÚSP pro mládež s MP obecní a církevní: výdaje a zaměstnanci na 1 klienta (svěřence) bez extrémních hodnot

