

UNIVERZITA KARLOVA  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

# BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

2023

Alžběta Vaclíková, DiS.

UNIVERZITA KARLOVA  
EVANGELICKÁ TEOLOGICKÁ FAKULTA

Bakalářská práce

**Hranice sociálních služeb v oblasti  
sociálně-zdravotního pomezí –  
chráněné bydlení pro osoby  
s mentálním postižením**

Alžběta Vaclíková, DiS.

Katedra pastorační a sociální práce  
Vedoucí práce: Mgr. Ing. Olga Angelovská, Ph.D.  
Studijní program: Sociální a pastorační práce, B0923P240004  
Studijní obor: Pastorační a sociální práce

Praha 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci s názvem „Hranice sociálních služeb v oblasti sociálně-zdravotního pomezí – chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením“ napsala samostatně a výhradně s použitím uvedených pramenů.

V Praze dne 25. dubna 2023

Alžběta Vaclíková

## **Bibliografická citace**

VACLÍKOVÁ, Alžběta. *Hranice sociálních služeb v oblasti sociálně-zdravotního pomezí – chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením*. Praha, 2023. Bakalářská práce. Univerzita Karlova, Evangelická teologická fakulta, Sociální a pastorační práce. Katedra pastorační a sociální práce. Vedoucí bakalářské práce Mgr. Ing. Olga Angelovská, Ph.D.

## **Anotace**

Práce se věnuje integraci sociálních a zdravotních služeb. Cílem je identifikovat hranice sociální služby chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením v oblasti sociálně-zdravotního pomezí. Práce vymezuje sociální služby především podle zákona č. 108/2006. Pro přiblížení klientů chráněného bydlení práce vymezuje pojem mentální postižení, především v období dospělosti. Část práce je věnována chráněnému bydlení a pracovníkům chráněného bydlení i metodám a technikám práce v této sociální službě. Práce se také věnuje mezioborové perspektivě sociální práce s lidmi s mentálním postižením a zároveň popisuje vybrané odbornosti a služby na sociálně-zdravotním pomezí. Jedna z kapitol se věnuje systemickému přístupu. Analytická část práce obsahuje metodologii výzkumného šetření, jehož předmětem je konkrétní chráněné bydlení. Cílem výzkumu je identifikovat hranice sociální služby chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením. Část práce obsahuje analyzovaná data výzkumu zpracovaných z informací získaných rozhovory s pracovníky tohoto chráněného bydlení. Součástí práce je diskuze k celému tématu bakalářské práce, jež propojuje teoretickou část s výsledky výzkumného šetření a dalšími odbornými texty.

## **Klíčová slova**

Sociální služba, chráněné bydlení, mentální postižení, systemický přístup, sociálně-zdravotní pomezí

## **Annotation**

The thesis is devoted to the integration of social and health services. The aim is to identify the boundaries of the social service of sheltered housing for people with intellectual disabilities in the area of the social-health interface. In this thesis social services are defined primarily according to Act No. 108/2006. In order to provide more detailed description of the clients of sheltered housing, the thesis defines the concept of intellectual disability, especially in adulthood. It focuses on sheltered housing and sheltered housing workers as well as methods and techniques of work in this social service. The thesis also deals with the interdisciplinary perspective of social work with people with intellectual disabilities while it also describes selected expertise and services in the social-health interface. One of the chapters is dedicated to the systemic approach. The analytical part of the thesis contains the methodology of the research, the subject of which is specific sheltered housing. The aim of the research is to identify the boundaries of the social service of sheltered housing for people with intellectual disabilities. Part of the thesis includes analyzed research data processed from information obtained through interviews with the workers of this sheltered housing. Part of the thesis is a discussion on the whole topic of the thesis, which connects the theoretical part with the results of the research, and other literature.

## **Keywords**

Social service, sheltered housing, intellectual disability, systemic approach, social-health interface

## **Title**

The boundaries of social services in the area of the social-health interface – sheltered housing for people with intellectual disabilities

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří pro mě byli oporou při tvorbě této bakalářské práce. Chtěla bych poděkovat především vedoucí práce, kterou je Mgr. Ing. Olga Angelovská, Ph.D. Dále bych ráda poděkovala všem pracovníkům chráněného bydlení, kteří mi věnovali svůj čas, aby odpověděli na otázky v rozhovorech, jež jsou podkladem výzkumného šetření této práce.

# Obsah

Úvod .....	1
1 Sociální služby .....	3
1.1 Vymezení sociálních služeb .....	3
1.2 Kvalita sociálních služeb .....	5
2 Mentální postižení .....	6
2.1 Vymezení pojmu .....	6
2.2 Ochrana práv osob s mentálním postižením .....	8
3 Chráněné bydlení – vymezení sociální služby .....	11
4 Pracovníci chráněného bydlení a metody práce .....	14
4.1 Pracovníci chráněného bydlení .....	14
4.2 Metody a techniky práce s lidmi s mentálním postižením v chráněném bydlení .....	16
5 Mezioborová sociální práce na sociálně-zdravotním pomezí .....	20
5.1 Mezioborová sociální práce při práci s lidmi s mentálním postižením .....	20
5.2 Vybrané odbornosti a služby na sociálně-zdravotním pomezí .....	21
6 Systemický přístup .....	25
6.1 Systemický přístup – vymezení teoretického rámce .....	25
6.2 Systemický přístup v sociální práci .....	26
6.3 Kontrola a pomoc v systemickém přístupu .....	27
6.4 Pozice a reflexe (sociálního) pracovníka v pomoci a kontrole .....	30
7 Metody a zdroje dat .....	32
8 Výzkumné šetření .....	36
8.1 Struktura chráněného bydlení .....	36
8.2 Vybrané služby a odbornosti na sociálně-zdravotním pomezí .....	36
8.3 Zajišťování služeb a odborností .....	37
8.4 Současný stav návaznosti .....	38
8.5 Mapování služeb a odborností .....	39
8.6 Příprava pracovníků organizací poskytující chráněné bydlení .....	42
8.7 Klienti v procesu mapování a vyhledávání služeb .....	44
8.8 Bariéry sociální služby v oblasti sociálně-zdravotního pomezí .....	46
8.9 Návrhy pracovníků .....	49
9 Diskuze .....	51
Závěr .....	58
Použité zdroje .....	61
Seznam příloh .....	65



# Úvod

Práce si klade si za cíl identifikovat hranice sociální služby chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

V bakalářské práci rozvíjím problematiku hranic v oblasti sociálně-zdravotního pomezí a jejím zpracováním chci poukázat na aktuálnost tématu se zaměřením na konkrétní chráněné bydlení. Aktuálnost problematiky lze dokázat například obsahem Programového prohlášení vlády ČR z 6. ledna 2022, které bylo v upravené podobě schváleno kabinetem na jednání 1. března 2023. V tomto prohlášení se píše o „provedení systémových změn k integraci a provázání sociálních a zdravotních služeb dlouhodobé péče.“<sup>1</sup> Hovoří se také o legislativním ukotvení sociálně-zdravotní péče. Přestože je zmíněná problematika aktuální, domnívám se, že není dostatečně viditelná a chybí dostupné zdroje se zaměřením na sociální služby. Téma práce bylo zvoleno na základě přesvědčení o potřebnosti zviditelnění problematiky integrace zdravotních a sociálních služeb, jež bylo získáno osobní zkušeností v rámci vykonávání pracovní činnosti v chráněném bydlení. Tématu chráněného bydlení jsem se věnovala také ve své absolventské práci, kde jsem se zaměřila na komunitní chráněné bydlení.

Bakalářská práce se věnuje zakotvení a definování sociálních služeb. Dále vymezuje mentálního postižení. Je zde popsáno chráněné bydlení jako jedno ze zařízení sociálních služeb. Následně práce představuje pracovníky chráněného bydlení i metody a techniky práce v chráněném bydlení. Mezioborovost sociální práce a sociálně-zdravotní pomezí jsou uvedeny v souvislosti s lidmi s mentálním postižením a celkovým pojetím sociální práce v mezioborové perspektivě. Vybraným teoretickým konceptem této práce je systemický přístup.

Cílem analytické části práce je identifikovat hranice v oblasti sociálně-zdravotního pomezí v konkrétním chráněném bydlení pro osoby s mentálním

---

<sup>1</sup> Programové prohlášení vlády, 2023

postižením. Zároveň bych tímto chtěla poukázat na aktuálnost problematiky sociálně-zdravotního pomezí v sociálních službách na tomto konkrétním příkladu.

# 1 Sociální služby

Kapitola se věnuje vymezení sociálních služeb a tématem kvality sociálních služeb. Odkazuje na přílohy této práce, jež podrobněji popisují zakotvení sociálních služeb v systému sociální správy a představují prameny práva, které se k tématu vztahují.

## 1.1 Vymezení sociálních služeb

Sociální služby spadají do soustavy a systémů sociální správy, jež vznikají za účelem naplňování sociálně politických strategií. Spadají do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV), které je ústředním orgánem státní správy pro oblast sociální politiky.<sup>2</sup> Zakotvení sociálních služeb v systému sociální správy podrobněji popisuje příloha č. 1. Sociální služby jsou v ČR nástrojem sociální politiky, který je realizován pomocí sociální práce a dalších pomáhajících profesí<sup>3</sup> a jejich vymezení je legislativně zakotveno. Právní dokumenty, jež se k sociálním službám vztahují, jsou rovněž obsahem přílohy č. 1. V této práci je nejvíce zmiňován zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách a příslušná vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Sociální služby jsou na základě zákona č. 108/2006 rozděleny do tří druhů: sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Sociální poradenství zahrnuje poradenství základní a odborné. Základní sociální poradenství poskytuje potřebné informace, kterými osobám v nepříznivé situaci přispívá k jejímu řešení. Zajištění základního poradenství je povinnou součástí každé sociální služby.<sup>4</sup> Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin.<sup>5</sup> Další druh – služby sociální péče – definuje zákon takto: „Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře

---

<sup>2</sup> VOJTÍŠEK, URBAN, 2021, 96

<sup>3</sup> VOJTÍŠEK, PRŮŠA, 2021, 309

<sup>4</sup> Zákon č. 108/2006, §37

<sup>5</sup> Tamtéž, §38.

zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.“<sup>6</sup> Služby sociální péče jsou vypsány ve výše uvedeném zákoně č. 108/2006. Patří sem například denní i týdenní stacionáře, domov pro osoby se zdravotním postižením či chráněné bydlení (dále také CHB).<sup>7</sup> Sociální služba CHB je vzhledem k zaměření práce blíže popsána v následujících kapitolách. Ve slovníku sociální práce<sup>8</sup> je ke službám sociální péče napsáno, že jsou povinně zpoplatněny a výše jejich úhrady se řídí legislativou.<sup>9</sup> Někteří klienti těchto služeb mohou být ve stavu, kdy zapojení do života společnosti není možné, v tom případě by služby sociální péče měly zajistit důstojné prostředí i zacházení.

Poslední ze tří druhů sociálních služeb jsou služby sociální prevence, které svými činnostmi napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení. Jejich cílem je napomáhat osobám v překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.<sup>10</sup>

Sociální služby jsou poskytovány ve třech formách. Jedná se o formu pobytovou, ambulantní a terénní. Zákon 108/2006 je definuje takto: „Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování. Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí.“<sup>11</sup>

Matoušek popisuje sociální služby jako „všechny služby, krátkodobé i dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení

---

<sup>6</sup> Zákon č. 108/2006, §38

<sup>7</sup> Zákon č. 108/2006

<sup>8</sup> MATOUŠEK, 2008, 190

<sup>9</sup> ŠÁMALOVÁ, VOJTÍŠEK, 2021, 89

<sup>10</sup> Zákon č. 108/2006, §53

<sup>11</sup> Tamtéž, §33

kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti.“<sup>12</sup> Sociální služby může v ČR podle Šámalové a Vojtíška<sup>13</sup> poskytovat pouze registrovaný poskytovatel, který musí plnit zákonné podmínky.<sup>14</sup> Mezi aktéry sociálních služeb patří stát, regionální veřejnoprávní korporace, nestátní neziskové organizace a církevní právnické osoby nebo komerční subjekty.<sup>15</sup>

## 1.2 Kvalita sociálních služeb

Kvalita sociálních služeb je podle Michalíka<sup>16</sup> jednou z charakteristik, kterou mají tyto služby splňovat. Dalšími charakteristikami jsou dostupnost, efektivita, bezpečnost a hospodárnost.<sup>17</sup>

Kvalita sociálních služeb má vycházet ze současného poznání a možností společnosti, zároveň má mít zásady, které jsou jejím měřítkem. Jedná se o zásadu ochrany lidských práv uživatele, zásadu individualizace služby, zásadu odbornosti a zásadu pracovního zabezpečení.<sup>18</sup> Všechny tyto zásady a jim odpovídající formy sociálních služeb podle Michalíka<sup>19</sup> vycházejí z úmyslu zákonodárce a představují tzv. interpretační a hodnotící kritérium. Kvalita sociálních služeb je zajišťována registrací sociální služby, kvalifikací a vzděláváním pracovníků a dále inspekcí kvality poskytování sociální služby.<sup>20</sup> S naplňováním zásad a kvalitou služeb jsou spjaty tzv. standardy kvality sociálních služeb, které jsou blíže uvedeny v příloze č. 2.

---

<sup>12</sup> MATOUŠEK, 2008, 203

<sup>13</sup> ŠÁMALOVÁ, VOJTÍŠEK, 2021, 89

<sup>14</sup> Tamtéž

<sup>15</sup> VOJTÍŠEK, PRŮŠA, 2021, 310

<sup>16</sup> MICHALÍK, 2018, 132

<sup>17</sup> Tamtéž

<sup>18</sup> Tamtéž

<sup>19</sup> Tamtéž

<sup>20</sup> Zákon č. 108/2006

## 2 Mentální postižení

Kapitola věnující se mentálnímu postižení (dále také MP) a vymezení samotného pojmu je zde zařazena z důvodu zaměření práce na sociální službu CHB pro osoby s mentálním postižením.

### 2.1 Vymezení pojmu

Mentální postižení definuje Vágnerová<sup>21</sup> jako „souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.“<sup>22</sup> Je důsledkem perinatálního poškození centrální nervové soustavy nebo geneticky podmíněné poruchy.<sup>23</sup> Dále uvádí, že osoba s MP není schopna dosáhnout přiměřeného stupně intelektového vývoje, přestože byla dostatečně stimulována. MP je vrozené a trvalé. V závislosti na příčině a kvalitě stimulace je však možné určité zlepšení. Hranice dosaženého rozvoje je dána závažností postižení a přiměřeností výchovných, výukových a terapeutických vlivů.<sup>24</sup>

Pojem mentální postižení je někdy nahrazován termínem „mentální retardace“, který je používán v odborné literatuře nebo v Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN). Podle řazení desáté revize mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) spadá mentální retardace do duševních poruch a poruch chování. MKN 10 vymezuje mentální retardaci jako: „Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“<sup>25</sup>

---

<sup>21</sup> VÁGNEROVÁ, 2014, 273

<sup>22</sup> Tamtéž

<sup>23</sup> Tamtéž, 287

<sup>24</sup> Tamtéž, 273

<sup>25</sup> MKN-10, 2023, F70-F79

Pro zhodnocení MP je kritériem míra deficitu poznávacích funkcí.<sup>26</sup> MKN 10 dále uvádí, že stupně mentální retardace jsou obvykle měřeny standardizovanými testy inteligence (kvantitativní hodnocení MP). Mentální retardace se podle hodnoty inteligenčního kvocientu (IQ) a dalších charakteristik dělí do čtyř stupňů: lehká mentální retardace, střední mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace. MKN 10 také uvádí pojmy „jiná mentální retardace“ a „neurčená mentální retardace“.<sup>27</sup> U posuzování struktury rozumových schopností osob s MP Vágnerová<sup>28</sup> upozorňuje na nezbytnost kvalitativní analýzy tzn. dílčích schopností, předností a nedostatků. Kvalitativní hodnocení by podle ní mělo zahrnovat posouzení míry využitelnosti zachované inteligence. Uvádí mimointelektové faktory, které mají svůj význam. Jedná se například o emoční stabilitu, adaptabilitu, úroveň pozornosti či osobní tempo a motivaci. Pro zhodnocení využitelnosti zachovalých schopností u osob s MP se v rámci kvalitativní analýzy v úvahu bere převažující přístup k problémům i preferovaný způsob jejich řešení, dále také úroveň aktivity, osobní tempo i kvalita pozornosti a paměti, míra unavitelnosti či tolerance k zátěži.<sup>29</sup>

MP způsobuje v průběhu života osob určité důsledky, na které upozorňuje např. Tomeš.<sup>30</sup> Důsledky podprůměrného intelektu se podle něj projevují jako oslabená schopnost koncentrace, poruchy v oblasti krátkodobé paměti, problémy s učením, s chápáním abstraktních myšlenek nebo s porozuměním širších myšlenkových komplexů. Tomeš uvádí, že: „Snížená schopnost adaptability se všeobecně projevuje jako neschopnost přizpůsobení se některým, případně i všem normám společnosti.“<sup>31</sup> MP na základě svého stupně podle Tomeše také narušuje nebo omezuje schopnost komunikace, soběstačnost, sociální kontakt, praktické zručnosti, schopnost číst a psát nebo počítat či pracovat. Píše: „Chybí zde všeobecná schopnost a iniciativa

---

<sup>26</sup> VÁGNEROVÁ, 2014, 284

<sup>27</sup> MKN-10, 2023, F70-F79

<sup>28</sup> VÁGNEROVÁ, 2014, 286

<sup>29</sup> Tamtéž

<sup>30</sup> TOMEŠ, 2015, 219

<sup>31</sup> Tamtéž

využívat možnosti a žít nezávislý život.“<sup>32</sup> Dodává, že u konkrétního člověka s MP se nemusejí projevovat všechny problémy a v různých oblastech může mít některé schopnosti vysoce vyvinuté.

Vzhledem k zaměření práce je nutné poukázat na období dospělosti lidí s MP. Vágnerová uvádí, že v období dospělosti je u lidí s MP zralá spíše biologická než psychologická složka. To následně způsobuje, že je role dospělosti u většiny osob s mentálním postižením nedostupná nebo dosažená pouze v přiměřené míře, a to s podporou a pomocí.<sup>33</sup> Vágnerová také píše o rolích, jež člověk v dospělosti získává a uvádí roli profesní, partnerskou a rodičovskou.<sup>34</sup> Pipeková k těmto rolím přidává administrativní a právní faktory či přispívání svou rolí v životě společnosti.<sup>35</sup> V důsledku MP je v uvedených oblastech často nutná podpora. S podporou lidí s MP v dospělosti souvisí například CHB, které je blíže specifikováno v následujících částech práce.

Problematickou oblastí týkající se období dospělosti u lidí s MP je i rozhodování o sobě. Lidé s postižením často bývají sociálně izolováni a v rodinách může docházet k zafixování rolí a z nich vyplývajících vztahů, kdy dospělí lidé s MP bývají často v roli dítěte. Nesamostatné rozhodování lidí s MP může být překážkou v dosahování rolí spojených s dospělostí.<sup>36</sup>

## **2.2 Ochrana práv osob s mentálním postižením**

Práva osob s MP se stala součástí mezinárodního práva i norem stojící mimo jeho rámec. Představují souhrn deklarácí, cílů a idejí, jež jsou vyjádřeny v různých závazných či doporučujících stanoviscích mezinárodních organizací.<sup>37</sup> Sobek<sup>38</sup> zdůrazňuje, že lidé s MP jsou z hlediska možného porušování práv extrémně rizikovou skupinou, což je dáno povahou jejich

---

<sup>32</sup> TOMEŠ, 2015, 219

<sup>33</sup> VÁGNEROVÁ, 2014, 86

<sup>34</sup> Tamtéž, 298

<sup>35</sup> PIPEKOVÁ, 2006, 290

<sup>36</sup> VÁGNEROVÁ, 2014, 29

<sup>37</sup> MICHALÍK, 2018, 73

<sup>38</sup> SOBEK, 2010, 13



postižení. Jako odůvodnění zmiňuje například často nedostatečnou schopnost vyhodnocení situace a případnou obrana s ní spojených druhů porušování práv. Uvádí, že lidé s MP jsou často zvyklí se podřizovat a nemají dovednosti hájit své zájmy, ke zneužití mohou přispívat také problémy v oblasti komunikace. Za rizikový faktor považuje i vysokou míru závislosti na poskytovateli sociálních služeb a značnou délku poskytování služby.

Na mezinárodní úrovni o právech osob s postižením hovoří např. Simcock a Castle,<sup>39</sup> podle nich je postižení kategorií lidské rozmanitosti, a tak by to mělo být chápáno. V důsledku toho by lidé se zdravotním postižením měli být považováni za osoby se stejnými právy jako zbytek populace. Ochranu práv osob se zdravotním postižením lze vysledovat i na evropské úrovni. Příklady obecně závazných i právně nezávazných dokumentů, které se týkají ochrany práv osob se zdravotním postižením, jsou uvedené v příloze č. 3. Podle Michalíka<sup>40</sup> nebyl přijat žádný závazný dokument, který by byl přímo zaměřen pouze na osoby s MP. Práva osob s MP jsou však obsahem různých mezinárodních deklarácí jako je například Deklarace práv mentálně postižených osob či Madridská deklarace. Sobek<sup>41</sup> uvádí, že tyto deklarace často předjímají trendy, které se postupně obvykle promítnou do legislativy jednotlivých zemí.

Lidé s MP mají v ČR garantována svá základní práva a svobody jako běžní občané bez postižení.<sup>42</sup> Taktéž mají řadu dalších práv. Jedná se například o právo na službu úřadu práce, právo na poskytnutí zdravotní péče, právo na sociální službu aj. Sobek<sup>43</sup> uvádí, že pokud je člověk s MP uživatelem sociální služby, vztahují se na něj další práva, která mu zaručuje výše zmíněný zákon č. 108/2006. Při poskytování zdravotních služeb mají lidé s MP také stejná práva jako ostatní občané. Ve vztahu k lidem s MP se ve zdravotní oblasti

---

<sup>39</sup> SIMCOCK, CASTLE, 2016, 91-103

<sup>40</sup> MICHALÍK, 2018, 77

<sup>41</sup> SOBEK, 2010, 13

<sup>42</sup> Tamtéž

<sup>43</sup> Tamtéž

diskutují zejména otázky souhlasu, které jsou nezbytné pro poskytnutí zdravotní péče a specifická problematika nedobrovolné hospitalizace (léčby).<sup>44</sup>

Způsobilost k právním úkonům a omezení svéprávnosti je blíže rozepsaná v příloze č. 4, která blíže popisuje institut svéprávnosti a náhradní možnosti, které jsou součástí právní úpravy, jež uvádí méně omezujících opatření, která musejí být použita vždy přednostně před případným rozhodnutím o omezení svéprávnosti. Jedná se o předběžné prohlášení, nápomoc v rozhodování a zastoupení členem domácnosti,<sup>45</sup> také je přibližuje příslušná příloha. S omezením svéprávnosti souvisí pojmy opatrovnictví a opatrovník, jež jsou upravovány zákonem a jsou přiblíženy v příloze č. 5.

---

<sup>44</sup> MICHALÍK, 2018, 113

<sup>45</sup> Tamtéž, 80

### 3 Chráněné bydlení – vymezení sociální služby

Chráněné bydlení je jedním ze zařízení sociálních služeb, které vymezuje zákon č. 108/2006.<sup>46</sup> V ČR se tato služba začala rozvíjet po roce 1989.<sup>47</sup> Zákon CHB definuje takto: „Chráněné bydlení je pobytová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení.“<sup>48</sup>

Arnoldová<sup>49</sup> popisuje CHB jako pobytovou službu, která má víceméně podobu běžného bytu. Osoby, které tuto pobytovou službu využívají, jsou schopny z velké části žít samostatně, ale potřebují poradit při některých životních úkonech. CHB je službou, jež mohou využívat například lidé, kteří jsou v důsledku nemoci nebo postižení dlouhodobě či trvale znevýhodněni. Uživatelé sociální služby CHB jsou podle Matouška<sup>50</sup> také často lidé s MP. Služba má svým uživatelům poskytnout podporu podle jejich individuálních potřeb, tak aby mohli v maximální možné míře vést běžný způsob života.<sup>51</sup> Matoušek<sup>52</sup> poukazuje na CHB jako na službu poskytující bydlení dospělým lidem s MP, kteří již nežijí s rodiči. CHB poskytuje svým uživatelům domy či byty a asistenci, přičemž rozsah asistence je závislý na potřebách konkrétního klienta služby.<sup>53</sup> Ve Slovníku sociální práce<sup>54</sup> dále píše, že tyto byty či domy jsou ideálně v běžné zástavbě a patří poskytovateli sociální služby. Bydlí zde jeden nebo více klientů podílejících se na vedení domácnosti a dle svých individuálních potřeb jsou jim poskytovány služby

---

<sup>46</sup> Zákon č. 108/2006, §51

<sup>47</sup> MATOUŠEK, 2008, 74

<sup>48</sup> Zákon č. 108/2006, §51

<sup>49</sup> ARNOLDOVÁ, 2011, 282-284

<sup>50</sup> MATOUŠEK, 2008, 74

<sup>51</sup> ARNOLDOVÁ, 2011, 283

<sup>52</sup> MATOUŠEK, 2010, 124

<sup>53</sup> Tamtéž

<sup>54</sup> Tamtéž, 74

sociálním pracovníkem, pečovatelem či asistentem.<sup>55</sup> Byty CHB jsou často z kapacitních důvodů sdílené více klienty. Spolubydlícího si klienti převážně nevybírají sami, ale o výběru rozhoduje příslušná organizace.<sup>56</sup>

CHB podle výše uvedeného zákona 108/2006<sup>57</sup> obsahuje základní činnosti, kterými jsou: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, dále výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutickou činností a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Uvedené činnosti podrobněji vymezuje vyhláška č. 505/2006.<sup>58</sup> Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy obsahuje pomoc s přípravou stravy a zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel. Poskytnutí ubytování se vztahuje na ubytování, které má znaky bydlení v domácnosti a v případě potřeby na praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení či žehlení. Pomoc při zajištění chodu domácnosti je zaměřena na pomoc při běžném úklidu a běžné údržbě domácnosti, pomoc při údržbě domácích spotřebičů a dále podporu v hospodaření s penězi včetně pomoci s nákupy a běžnými pomůckami.

Do činností výchovných, vzdělávacích a aktivizačních v chráněném bydlení patří pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím, dále nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání, podporu v oblasti partnerských vztahů a také podporu při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu.

---

<sup>55</sup> MATOUŠEK, 2008, 74

<sup>56</sup> MATOUŠEK, 2010, 124

<sup>57</sup> Zákon č. 108/2006, §51

<sup>58</sup> Vyhláška č. 505/2006, §17

Zprostředkováním kontaktu se společenským prostředím se podle příslušné vyhlášky rozumí doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři na zájmové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět, dále podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů a pomoc při obnovení či upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, které službu CHB využívají. Sociálně terapeutické činnosti jsou zaměřené na rozvoj a udržení osobních i sociálních schopností a dovedností, které podporují sociální začleňování. V rámci pomoci při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí je pomoc zaměřena na komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů a dále na pomoc při vyřizování běžných záležitostí. Oblast osobní hygieny a poskytnutí potřebných podmínek zahrnuje pomoc při úkonech osobní hygieny, pomoc při péči o vlasy a nehty a pomoc při použití WC. Vyhláška dále uvádí maximální výše úhrady za poskytnutí CHB.<sup>59</sup>

Pracovníci v CHB vykonávanými činnostmi podporují klienty v jejich samostatnosti. Může se jednat o hospodaření s penězi, nakupování oblečení či pomoc s osobní hygienou, upozornění na to, co je potřeba udělat apod. Klienti si pak mohou zvolit vlastní postup, nebo přijmout postup navržený pracovníkem. Pracovníci s klienty společně mohou připravovat různé pomůcky, které jsou pro klienty podporou (nákupní seznam, rozpis služeb asistentů apod.). Tyto pomůcky klientům dopomáhají v orientaci a v lepším zvládnutí situací, se kterými se ve chráněném bydlení setkávají.<sup>60</sup>

---

<sup>59</sup> Vyhláška č. 505/2006, §17

<sup>60</sup> MATOUŠEK, 2010, 124

## **4 Pracovníci chráněného bydlení a metody práce**

Kapitola uvádí pracovníky CHB, jejich vymezení podle zákona i odborné literatury. Věnuje se vybraným metodám práce v CHB s dospělými lidmi s MP.

### **4.1 Pracovníci chráněného bydlení**

Podle zákona č. 108/2006<sup>61</sup> v sociálních službách vykonávají odbornou činnost sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby. Odbornou činnost pracovníci mohou vykonávat pouze na základě zákona č. 108/2006 a jím vymezených činností jednotlivých zařízení sociálních služeb. CHB dle vymezení zákona neobsahuje činnosti umožňující pracovníkům vykonávat zdravotnické úkony. V CHB působí především sociální pracovník a pracovníci v sociálních službách (osobní asistenti), následující text se věnuje vymezení těchto dvou profesí.

#### **4.1.1 Sociální pracovník**

Sociální pracovník a jeho výkon činnosti je vymezen v zákoně č. 108/2006.<sup>62</sup> Zde je mimo jiné zmíněno, že zabezpečuje sociální agendy a řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytující sociální péči. Do těchto zařízení spadá také CHB. Dále podle zákona sociální pracovník v sociální oblasti vykonává analytickou, metodickou a koncepční činnost, poskytuje krizovou pomoc a sociální poradenství. Může zajišťovat potřeby obyvatel obce a kraje, popřípadě koordinovat poskytování sociálních služeb. Zákon vymezuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka. Předpokladem je plná svéprávnost, bezúhonnost a zdravotní způsobilost.

---

<sup>61</sup> Zákon č. 108/2006, §115

<sup>62</sup> Tamtéž, §109-§110

K získání odborné způsobilosti sociálního pracovníka je nutné příslušné vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání, které blíže specifikuje zákon. Podrobnější vymezení zákonem je obsahem přílohy č. 6.

V oblasti sociální práce s klienty s MP by se měl sociální pracovník v rámci své profese snažit o získávání poznatků a relevantních faktů pro zlepšování jejich života. Podle Tomeše<sup>63</sup> může být zdrojem těchto faktů cokoliv, ale pouze za předpokladu dodržování příslušných právních norem a šetření soukromí klientů.

Matoušek<sup>64</sup> uvádí tzv. soustavu základních kompetencí, která zahrnuje schopnosti a dovednosti, které by měl sociální pracovník mít. Jedná se o rozvíjení účinné komunikace, orientaci a plánování postupu, podpora a pomoc k soběstačnosti, zasahování a poskytování služby, přispívání k práci organizace a odborný růst.<sup>65</sup> Podle Matouška<sup>66</sup> sociální pracovník svou odborností přispívá znalostmi o skupinové dynamice, schopností vést rozhovor, znalostmi z oblasti legislativy a také schopností pracovat s klientem v kontextu vazeb na lidi a instituce.

#### **4.1.2 Pracovník v sociálních službách**

Pracovník v sociálních službách a vymezení jeho činnosti je také ukotveno v zákoně č. 108/2006. Jedná se o pracovníka, který vykonává přímou obslužnou péči, která spočívá v nácvičku jednoduchých denních činností.<sup>67</sup> V případě pracovníka v sociální službě CHB se jedná o činnosti vymezené výše v textu na základě vyhlášky č. 505/2006. Řadí se sem například oblast osobní hygieny, podpory soběstačnosti a péči o domácnost, vytváření základních sociálních kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb. Patří sem také základní výchovná nepedagogická činnost, kam spadá manuální zručnost, pracovní

---

<sup>63</sup> TOMEŠ, 2015, 220-221

<sup>64</sup> MATOUŠEK, 2013, 16

<sup>65</sup> Tamtéž

<sup>66</sup> MATOUŠEK, 2010, 120-121

<sup>67</sup> Zákon č. 108/2006

i volnočasové aktivity apod. Pracovník v sociálních službách vykonává některé činnosti pod dohledem sociálního pracovníka.

Podmínky výkonu pracovníka v sociálních službách upravuje zákon 108/2006<sup>68</sup> a stejně jako u sociálního pracovníka je podmínkou plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Odbornost tohoto pracovníka je také upravena v zákoně. Podmínkou pro výkon této služby je obvykle absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu, který je společnou podmínkou i při získání různých kombinací základního a středního vzdělání, středního vzdělání s výučním listem a středního vzdělání s maturitou nebo vyššího odborného vzdělání. Zákon stanovuje výjimky, kdy absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu není nutné, jedná se například o získané vzdělání, které umožňuje výkon pracovníka v sociálních službách.

Pracovník (zaměstnanec) musí splnit podmínku absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu do 18 měsíců od nástupu do zaměstnání a do doby splnění kurzu je jeho činnost pod dohledem odborně způsobilého pracovníka v sociálních službách. Kvalifikační kurz pracovník v sociálních službách je podrobněji rozepsán v příloze č. 6.

## **4.2 Metody a techniky práce s lidmi s mentálním postižením v chráněném bydlení**

Metody práce s lidmi s MP uvádí například Tomeš<sup>69</sup> nebo Matoušek.<sup>70</sup> Oba autoři do těchto metod práce řadí asistenci, individuální a skupinovou sociálně-terapeutickou práci, pracovní a uměleckou terapii, komunitní podporu a péči. Vzhledem k zaměření práce jsou níže v textu uváděné vybrané metody a techniky, které se vztahují k sociální práci v CHB pro lidi s mentálním postižením, další metody jsou uvedené v příloze č. 7.

---

<sup>68</sup> Zákon č. 108/2006, §116.

<sup>69</sup> TOMEŠ, 2015, 222-223

<sup>70</sup> MATOUŠEK, 2010, 116-120



Práce s klienty v chráněném bydlení se odvíjí od jejich individuálních potřeb. Tomeš<sup>71</sup> píše o přístupu v práci s dospělými lidmi s MP. Je nutné s nimi jednat jako s dospělými lidmi a respektovat jejich soukromí, individualitu i jedinečnost, chápat je jako partnery a brát jejich rozhodnutí vážně. Komunikace má probíhat pro klienta srozumitelnou formou a být doplňována otázkami k ověření klientova pochopení sdělení. Domnívá se, že díky tomuto přístupu a na základě srozumitelných informací lze dosáhnout potřebného stavu, v němž je klient schopen učinit tzv. informovanou volbu. Důležitým aspektem pro rozhodování klienta s mentálním postižením je škála možností, mezi kterými může volit.

#### 4.2.1 Asistence

Asistence je podle Matouška<sup>72</sup> jednou z hlavních metod práce s lidmi s MP. Tato metoda kompenzuje chybějící dovednosti a zároveň umožňuje osobní rozvoj klientů. Jedná se o pomoc člověku s MP s činnostmi, které lidé bez postižení dělají sami. V případě asistence pracovník (asistent) dopomáhá a nahrazuje činnosti, schopnosti či dovednosti, které klient sám nezvládne. Asistenci lze využívat například v oblasti práce či právě bydlení. Asistence je zaměřená na jednotlivce tzn. na individuální potřeby klienta (CHB).<sup>73</sup> Asistent klientovi dopomáhá s rozvojem a případně kompenzuje jeho dovednosti. Asistence se může týkat oblasti konkrétní praktické činnosti, organizování různých aktivit, chápání souvislostí či uvědomování případných rizik a informování o situaci, v níž se klient nalézá. Pokud se klient postupem času při využití asistence zdokonaluje, může docházet ke snižování této podpory s cílem postupného osamostatňování klienta. Důležité je zmínit, že asistent za klienta nerozhoduje, pouze poskytuje potřebné informace a vysvětluje mu kontext rozhodování i jeho situaci. Poskytnutím potřebných informací asistent dopomáhá k rozhodnutí klienta.<sup>74</sup>

---

<sup>71</sup> TOMEŠ, 2015, 222

<sup>72</sup> MATOUŠEK, 2010, 116-117

<sup>73</sup> Tamtéž

<sup>74</sup> Tamtéž, 116

Asistence v CHB je individuálním potřebám uzpůsobena i z časového hlediska. Může trvat pouze několik hodin denně, nebo být nepřetržitá (24 hodin denně), zároveň ale podléhá personálním kapacitám dané organizace.<sup>75</sup>

#### 4.2.2 Individuální práce

Individuální práce s lidmi s mentálním postižením se podle Matouška<sup>76</sup> částečně překrývá s asistencí. Individuální práci definuje takto: „Individuální práce cíleně usiluje o dosažení určitých změn v životě uživatele. Směřuje k tomu, aby si klient osvojil specifické dovednosti, jež – podle jeho možností a přání – zvýší míru jeho samostatnosti.“<sup>77</sup>

Individuální práce je založena na konkrétním individuálním plánování. Vychází z potřeby klienta osvojit si nějakou konkrétní činnost, schopnost či dovednost. Lidé s mentálním postižením často nejsou v dostatečné míře schopni učit se činností pouhým pozorováním. V prostředí, kde vyrůstají a žijí, nemusejí mít dostatečný prostor pro vnímání, vykonávání a nacvičování různých činností spojených s běžným životem (praní, nakupování aj.). V dospělosti tento prostor mohou získat a činnosti nacvičovat. Může se jednat např. o péči o vlastní osobu, hospodaření v domácnosti, schůzky se známými či navštěvování restaurací.<sup>78</sup>

Individuální plánování se zaměřuje na konkrétní cíl klienta. Pro potřebu individuálního plánování bývá sepisován tzv. individuální plán. Tento plán sestavuje klient s pracovníkem, případně s jeho blízkými (rodina apod.). Plán má konkrétní dlouhodobý cíl, ke kterému klient směřuje. Součástí plánu jsou i další dílčí cíle, které dopomohou klientovy v osvojování dané činnosti a naplnění cíle dlouhodobého.<sup>79</sup> Plán obsahuje jednotlivé kroky a způsob, jímž bude realizován. Dále je určena doba, za kterou dojde k hodnocení plánu, popř. k jeho přehodnocení a dílčím změnám.<sup>80</sup> Při realizaci plánu a jeho dílčích

---

<sup>75</sup> MATOUŠEK, 2010, 124

<sup>76</sup> Tamtéž, 117

<sup>77</sup> Tamtéž

<sup>78</sup> Tamtéž, 117-118

<sup>79</sup> Tamtéž

<sup>80</sup> Tamtéž

kroků získává klient s mentálním postižením vše potřebné pro osamostatnění v dané činnosti. Příkladem dlouhodobého cíle individuálního plánu může být zvládnutí cesty do zaměstnání, samostatné nakupování nebo samostatná komunikace v restauraci.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> MATOUŠEK, 2010, 117-118

## 5 Mezioborová sociální práce na sociálně-zdravotním pomezí

Mezioborovost sociální práce je dána sociální prací jakožto nehomogenním oborem. Sociální práce je vykonávána v mnoha rezortech. Na úrovni ministerstev se odehrává v prostředí MPSV, dále také na ministerstvu zdravotnictví (MZ), školství i spravedlnosti, konkrétněji pak probíhá na úrovni krajů a obcí.<sup>82</sup> Mezioborová sociální práce může probíhat například v prostředí multidisciplinárních týmu. Kodymová<sup>83</sup> považuje multidisciplinární týmy v praxi sociální práce za významné a cenné při dosahování pozitivních výsledků intervencí ve prospěch klientů ve složitých a obtížných sociálních situacích, především pokud se jejich řešení nachází na pomezí působení více resortů či institucí. Multidisciplinární přístup definuje Kodymová takto: „Multidisciplinární přístup vyžaduje spoluúčast naprosto odlišných disciplín. Jde o společné prostředí, v němž jsou zkoumány zcela odlišné fenomény přímo vyžadující spoluúčast naprosto odlišných disciplín.“<sup>84</sup> V mezioborové perspektivě má každá profese přínos podle svého zaměření a odbornosti.

### 5.1 Mezioborová sociální práce při práci s lidmi s mentálním postižením

Mezioborovost sociální práce s lidmi s MP souvisí s mezioborovou sociální prací jako takovou. Lidem s MP se v oblasti péče, podpory i pomoci věnují profese s různou kvalifikací. Podle Matouška<sup>85</sup> je to nejčastěji speciální pedagog, sociální pracovník a psycholog. V sociální službě CHB se jedná především o sociálního pracovníka a pracovníky v sociálních službách, jak je podrobněji rozepsáno výše. V literatuře jsou uváděni také zdravotničtí pracovníci (lékaři a zdravotní sestry), kteří mohou přinášet informace týkající se tělesného stavu, smyslových a dalších omezení lidí s MP. Zdravotní hledisko

---

<sup>82</sup> PĚNKAVA, 2023, 21-22

<sup>83</sup> KODYMOVÁ, 2015

<sup>84</sup> Tamtéž, 5

<sup>85</sup> MATOUŠEK, 2010, 120-121

se týká především ústavů sociální péče, kde je zahrnuto také ošetřovatelství.<sup>86</sup> Tomeš uvádí, že: „odborníci, kteří se v různé míře podílejí na pomoci klientům s mentálním postižením, mohou dosahovat lepších výsledků vhodnou koordinací svých profesionálních aktivit, než jak by tomu bylo při izolovaném poskytování služeb.“<sup>87</sup>

Přestože multidisciplinární týmy obsahují principy a hodnoty různých profesionálů jejich společným cílem by mělo být propojování a vzájemná spolupráce s využitím silných stránek jejich přístupů za účelem podpory klienta a kvality jeho života.<sup>88</sup> Důležité je zde vhodné propojení a spolupráce více pomáhajících profesí. Tomeš<sup>89</sup> se domnívá, že při uplatňování takové formy pomoci je nutná vzájemná důvěra odborníků, koordinační a komunikační předpoklady. Obdobně také Holub,<sup>90</sup> dle něhož práce v týmu složeném z různých pomáhajících profesionálů může pomoci při řešení složitých situací, jelikož každý přináší různé zkušenosti, motivace, osobní přístup a vzhled své profese. Holub píše o individuálním plánování v multidisciplinárním týmu, který tvoří klient a jeho klíčový pracovník a také ostatní asistenti, sociální pracovníci, popř. další osoby jako jsou např. rodinní příslušníci klienta, známí nebo ostatní klienti. Pro práci takového multidisciplinárního týmu je důležité pravidelné setkávání, kdy je prostor se věnovat plánování zaměřeném na klienta. Multidisciplinární tým v sociální službě poskytuje bezpečný prostor pro získávání nových zkušeností.<sup>91</sup>

## **5.2 Vybrané odbornosti a služby na sociálně-zdravotním pomezí**

Odbornosti a služby, které působí na sociálně-zdravotním pomezí, jsou v odborné literatuře uváděny především v kontextu tzv. neformální péče a převážně v domácím prostředí, popř. v kontextu ústavních pobytových

---

<sup>86</sup> MATOUŠEK, 2010, 120-121

<sup>87</sup> TOMEŠ, 2015, 221

<sup>88</sup> ZAJACOVÁ, 2021, 417

<sup>89</sup> TOMEŠ, 2015, 221

<sup>90</sup> HOLUB, 2015, 15-19

<sup>91</sup> Tamtéž

služeb. Kalvach<sup>92</sup> se ve svých publikacích mimo jiné věnuje právě této problematice. Vybrané odbornosti a služby jsou v této práci uváděny s ohledem na CHB jako sociální službu pro klienty s MP. Přestože CHB není poskytováno rodinnými příslušníky, je pro klienty často jejich domácím prostředím, a z toho důvodu jsou níže uváděny odbornosti a služby podobně, jako by byly uváděny v kontextu domácí péče a domácího prostředí.

Mezi vybranými odbornostmi je v literatuře uváděn všeobecný praktický lékař, který je klíčovou postavou zdravotní podpory. Je schopen zhodnotit změny zdravotního i funkčního stavu a je oprávněn měnit farmakoterapii, indikovat odborné zásahy, vystavovat poukazy na domácí ošetrovatelská péči (tzv. home care) či na zdravotní pomůcky. Dále může hodnotit zdravotní stav pro účely příspěvku na péči. Také by měl poskytovat informace o všech možnostech zdravotně-sociální péče.<sup>93</sup> Kalvach dále uvádí ošetřujícího lékaře,<sup>94</sup> který se zabývá příslušným onemocněním (způsobujícím obtíže) a je schopen poradit v záležitostech onemocnění (př. poskytnutí pomůcek, kontaktu na specializovaná centra či patientské organizace). Dále je zmiňován jiný než ošetřující lékař v daném oboru,<sup>95</sup> jehož je v závažném případě možno požádat o kontrolní názor. Rehabilitační pracovníci (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti)<sup>96</sup> jsou způsobilí k poskytnutí instrukcí (jak v domácím prostředí stimulovat a rozvíjet ochrnuté končetiny, pracovat se zatuhlými klouby, mobilizovat dlouhodobě ležící pacienty, redukovat a rehabilitovat chůzi či používat opěrné pomůcky, či upravovat bezbariérové prostředí, nacvičovat stabilitu a předcházet pádům).

Služby, které dopomáhají lidem, aby mohli zůstat v domácím prostředí co nejdéle, jsou domácí ošetrovatelská péče (tzv. home care), pečovatelská služba, osobní asistence a tísňová péče.<sup>97</sup> Kalvach se domnívá, že jde o čtyři nezastupitelné terénní služby, které v této oblasti působí.

---

<sup>92</sup> KALVACH, 2017, 9-10

<sup>93</sup> KALVACH, 2014, 32

<sup>94</sup> KALVACH, 2017, 9-10

<sup>95</sup> Tamtéž

<sup>96</sup> Tamtéž

<sup>97</sup> KALVACH, 2014, 35

Domácí ošetrovatelská péče a agentury, jež tuto domácí péči poskytují, jsou jedinou ze čtyř uvedených služeb zdravotní službou (ostatní tři jsou služby sociální). Všeobecné zdravotní sestry těchto agentur provádějí výkony a poskytují pomoc s radami a nácvikem základních dovedností v ošetrovatelských záležitostech (např. polohování a přemísťování obtížně pohyblivého pacienta, převlékání nespolupracujícího pacienta a přestýlání jeho lůžka, péče o pokožku, používání hygienických a absorpčních pomůcek při inkontinenci, péče o oči, zajištění příjmu tekutin, základní nácvik postavování, chůze a doprovázení špatně pohyblivého pacienta). Pečovatelská služba je sociální služba, která je podrobněji vymezena v zákoně 108/2006.<sup>98</sup> Pracovníci pečovatelské služby provádějí např. základní osobní hygienu, mohou pomoci se zajištěním nákupů, s přípravou a donáškou obědů aj. Se základními činnostmi mohou pomoci agentury osobní asistence, jež jsou registrovány jako sociální služba osobní asistence, také vymezené v zákoně o sociálních službách.<sup>99</sup> Tísňová péče je terénní distanční sociální službou, vymezená v zákoně č. 108/2006. Poskytuje nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s osobami, které jsou vystavené stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života.<sup>100</sup>

V kontextu sociálně-zdravotního pomezí jsou uváděni i výše definovaní sociální pracovníci.<sup>101</sup> V případě sociálně-zdravotního pomezí mohou poskytovat informace o návazných sociálních službách či sociálních dávkách. Zajacová uvádí,<sup>102</sup> že v multidisciplinárních týmech bývá role sociálního pracovníka zaměřená nejen ve vztahu k identifikaci potřeb klienta, ale i k individuální spolupráci či poradenství. V týmech na pomezí sociálních a zdravotních věcí jde často o roli case managera, koordinátora, analytika či metodika a koncepčního pracovníka. Působení sociálního pracovníka zde přesahuje do komunity, spolupráce s rodinou a blízkými klienta,

---

<sup>98</sup> KALVACH, 2014, 36-37

<sup>99</sup> Tamtéž, 39

<sup>100</sup> Tamtéž, 35

<sup>101</sup> KALVACH, 2017, 9-10

<sup>102</sup> ZJACOVÁ, 2021, 417

dále mobilizuje sociální zdroje za účelem změny v prostředí a vytvoření podmínek pro běžný život klienta.

Psychoterapeutická pomoc může pomoci v případě potřeby krizové intervence, při závažných psychických problémech a pomoci pečujícím.<sup>103</sup> Psychoterapie lidí s MP má nejčastěji charakter kognitivně-behaviorální terapie, jejímž cílem je eliminace nežádoucích projevů a rozvoj potřebných dovedností a návyků. V případě lidí s lehkým MP lze použít skupinovou terapii zaměřenou na korekci sociálního chování, resp. emočních problémů, které jsou vyvolány negativním postojem okolí (často vyvolaným nápadnostmi na jejich chování).<sup>104</sup> K psychoterapeutické péči osob s mentálním postižením se v odborném článku vyjadřují Tulcová a Vančura.<sup>105</sup> Domnívají se, že v českém prostředí (stejně jako v zahraničí), se vyskytuje menší míra podpory i nedostatečný přístup v odborné pomoci. Chybí zde odborná literatura a není snadné nalézt odborníka, který má s péčí o duševní zdraví osob s mentálním postižením zkušenost.

V případě potřeby je možné využít také půjčoven zdravotních pomůcek. Kromě zapůjčení mohou půjčovny poskytovat vyzkoušení nákladné pomůcky, což může zamezit neúčelným výdajům.<sup>106</sup>

---

<sup>103</sup> KALVACH, 2017, 9-10

<sup>104</sup> VÁGNEROVÁ, 2014, 300

<sup>105</sup> TULCOVÁ, VANČURA, 2010, 15

<sup>106</sup> KALVACH, 2017, 9-10



## 6 Systemický přístup

Systemický přístup je v tomto textu pojímán především z hlediska sociální práce. Je zde uveden jako konkrétní možnost přístupu pracovníků ke klientům sociální služby CHB pro osoby s mentálním postižením.

### 6.1 Systemický přístup – vymezení teoretického rámce

Systemický přístup vymezuje Macek<sup>107</sup> jako jeden z hlavních trendů v humanitních vědách, do kterých se řadí také sociální práce. Je vědecky podloženou variantou pohledu na člověka a společnost, jež nabízí nové možnosti v oblasti zacházení se sociálními a psychosociálními jevy. Formoval se ve druhé polovině 20. století jako výsledek postupující změny paradigmatu v přírodních i společenských vědách.<sup>108</sup>

Filozofové postmoderny (do níž se systemický přístup řadí) podle Macka<sup>109</sup> uvádějí, že vědění má pluralitní charakter lidského poznání. Také tvrdí, že neexistuje žádná objektivně správná, na pozorovateli nezávislá verze skutečnosti. Dále se domnívají, že dalším základním atributem je rozhodující úloha jazyka jako domény, ve které si člověk konstruuje své vlastní verze světa.<sup>110</sup> Filozofové postmoderny poukazují na etické důsledky pojetí konverzační reality jako sociálního prostředí, které si lidé vytvářejí opakovaným pozorováním a sladováním svých individuálních realit. Macek je uvádí takto:

- a. „Každý člověk je plně zodpovědný za to, jaký svět vytváří a nabízí ostatním lidem (přátelům, známým, klientům) ke sdílení.
- b. Každý člověk potřebuje ostatní lidi (a jejich světy) pro upevnění svého vlastního světa.

---

<sup>107</sup> MACEK, 2012, 222

<sup>108</sup> Tamtéž

<sup>109</sup> Tamtéž

<sup>110</sup> Tamtéž

- c. Nelze-li se již opřít o objektivní realitu jako o zdroj jistoty a toho, co nás vede k správnému výkladu událostí a jevů, objevuje se naléhavá potřeba přísné a přesné reflexe našeho vlastního jednání.“<sup>111</sup>

Systemický přístup vychází z filozofického stanoviska, které lze podle Kopřivy<sup>112</sup> pojmut tak, že každý člověk má svůj vnitřní svět, a tyto světy se nemohou potkat. Kopřiva píše: „Mohou se sice domlouvat, ale bez jistoty, že slova znamenají zhruba totéž. Jen každý sám může vědět, co je pro něj dobré, a druhý, pomáhající, si o tom nemůže vytvářet ani hypotézy. Tyto hypotézy by sloužily zájmům pomáhajícího, nutně by měly svou funkci pouze v jeho vnitřním světě a ve vztahu ke klientovi by znamenaly pokus o manipulaci (kontrolu). Z tohoto filozofického pojetí mimo jiné vyplývá, že neexistuje možnost přesvědčit se o obecné platnosti pravdy, krásy a dobra.“<sup>113</sup>

## 6.2 Systemický přístup v sociální práci

Systemický přístup podle Kopřivy<sup>114</sup> pro sociální práci znamená velký praktický přínos. A to zejména díky tomu, že řeší systémové myšlení a vypracoval účinnou techniku kladení otázek.<sup>115</sup> Macek<sup>116</sup> se domnívá, že systemický přístup přináší do sociální práce tendenci krátkodobosti a efektivity. Krátkodobost podle něj určuje zaměření cíle, který umožňuje zkrátit čas potřebný k nápravě obtížné situace či vyřešení problému, zároveň omezuje psychickou zátěž kladenou na klienty i pracovníky a pomáhá při prevenci syndromu vyhoření. Efektivita je dosahována v podobě cílené reflexe používaných metod a postupů v daném kontextu.<sup>117</sup>

V oblasti sociální práce se pracovníci často ocitají v roli zprostředkovatele „dohody“ mezi různými představami klientů v obtížné situaci. V rámci systemického přístupu je důležité pracovníkovo posouzení dané situace

---

<sup>111</sup> MACEK, 2012, 223

<sup>112</sup> KOPŘIVA, 2011, 46

<sup>113</sup> Tamtéž

<sup>114</sup> Tamtéž

<sup>115</sup> Tamtéž

<sup>116</sup> MACEK, 2012, 226

<sup>117</sup> Tamtéž

zejména s ohledem na určité charakteristiky.<sup>118</sup> Macek<sup>119</sup> mezi tyto charakteristiky řadí míru angažovanosti a vstupní pozice pracovníka vůči jednotlivým klientům (očekávání klientů od pracovníka), kontext (širší souvislosti případu) a rozlišení, kdo je zadavatelem zakázky (tzn. posuzovatelem kvality vykonané práce, a kdo je tzv. cílovou osobou neboli příjemcem služeb).

Pracovník na základě čtyř uvedených rovin posuzuje výchozí situaci a vůči jednotlivým klientům se ocitá v různých pozicích. Podle systemického přístupu se pracovník ocitá v pozici pomoci, nebo v pozici kontroly. Tyto pozice jsou vymezeny níže v textu.

### 6.3 Kontrola a pomoc v systemickém přístupu

V rámci sociální práce nastávají situace, kdy se pracovník ocitá vůči jednomu klientovi v pozici pomoci, kdy dochází k dosahování kontraktu, který vůči druhému klientovi navozuje situaci přebírání kontroly.<sup>120</sup> Kopriva<sup>121</sup> uvádí Úlehlův text, kde píše: „...nelze pomoc „udělat“, aniž by byla odpovědí na klientovo výslovné přání. Jinak řečeno, pracovníkovo jednání, které není odpovědí na klientovu objednávku, není pomocí, ale kontrolou.“<sup>122</sup> Z hlediska pracovníka je rozlišení pomoci a kontroly zásadní tím, že nelze obojí dělat současně.<sup>123</sup> Úlehla se také domnívá, že rozhodnutí o volbě pomoci či kontroly vždy vychází ze strany pracovníka.<sup>124</sup>

V systemickém přístupu se podle Zatloukala a Tkadlíčkové<sup>125</sup> za pomoc či pomáhání považuje pouze práce na tom, co si pracovník s klientem dojednali. Oproti tomu kontrolou se podle nich rozumí realizace toho, co s klientem dojednáno není a co vychází z přání někoho jiného než klienta.<sup>126</sup>

---

<sup>118</sup> MACEK, 2012, 223-224

<sup>119</sup> Tamtéž

<sup>120</sup> Tamtéž, 225

<sup>121</sup> KOPŘIVA, 2011, 46

<sup>122</sup> Tamtéž

<sup>123</sup> ÚLEHLA, 2005, 23

<sup>124</sup> Tamtéž

<sup>125</sup> ZATLOUKAL, TKADLČÍKOVÁ, 2018, 43

<sup>126</sup> Tamtéž

V průběhu určitého případu lze podle Macka<sup>127</sup> nalézt přechod od jednoho postupu k druhému, a naopak. Píše, že u určující situace přebírání kontroly s klientem lze objevit místo pro nabízení pomoci. To umožňuje pracovníkovi zvolit nejefektivnější cestu k dosažení určitých cílů. Přejít od kontroly k pomoci či naopak, může dopomoci k efektivnímu řešení, například pokud klient nemá přístup k potřebným informacím.<sup>128</sup> Úlehla<sup>129</sup> považuje obě roviny za potřebné a užívané způsoby interakce. Pracovník podle něj musí umět využívat obě tyto roviny. Podmínkou je jeho schopnost reflektování a rozlišení jedné či druhé varianty, jelikož se nachází v profesionální situaci, v níž musí zacházet s velmi jemnými rozdíly.<sup>130</sup>

V časopise Sociální práce autoři<sup>131</sup> odborného článku píší o pomoci a kontrole v kontextu tzv. přístupu zaměřeném na řešení, který má základ v systemickém přístupu. Píší: „Souhrnně lze říci, že rozlišení mezi pomocí a kontrolou je teoretický model pomáhající pracovníkovi v reflexi spolupráce s klienty.“<sup>132</sup>

### 6.3.1 Kontrola

Kontrola je postoj pracovníka vůči klientovi, který podle Macka<sup>133</sup> charakterizuje výrok: „Podle názoru určité osoby (mého, kolegy, soudce, tvé matky atd) potřebuješ to a to změnit. Můžeme na tom pracovat?“. Je postavena více na zájmech jiných lidí než klienta samotného, o kterého je přebíráním kontroly postaráno. Podle Úlehly<sup>134</sup> je kontrola nevyhnutelná, účelná a potřebná a může být znakem profesionality, pokud sociální pracovník přistupuje ke klientům tak, aby mohli tuto péči přijmout.

---

<sup>127</sup> MACEK, 2012, 225-226.

<sup>128</sup> Tamtéž

<sup>129</sup> ÚLEHLA, 2005, 21

<sup>130</sup> Tamtéž, 21-23

<sup>131</sup> ZATLOUKAL, TKADLČÍKOVÁ, 2018, 44

<sup>132</sup> Tamtéž

<sup>133</sup> MACEK, 2012, 225

<sup>134</sup> ÚLEHLA, 2005, 20

V přebírání kontroly je prvním a rozhodujícím krokem, krok toho, kdo rozhodl postarat se na základě své domněnky, že druhý právě toto potřebuje. To znamená sledovat „jiné zájmy“ než výslovnou a rozhovorem otevřenou klientovu objednávku, jelikož pracovník jedná dle svého uvážení.<sup>135</sup> Kontrola je rychlejší než dojednávání pomoci, což může být důvodem pro její volbu. Nedostatek času je však také nejčastější výmluvou pro její zneužití.<sup>136</sup>

Kontrola dává klientovi dvě možnosti: přijmout či odmítnout. Odmítnutí většinou vede k zesílené aktivitě těch, kteří chtějí u klienta vidět změnu. Přijetí naopak otevírá možnost přejít v budoucnu od přebírání kontroly k nabízení pomoci spolu. Systemická kritéria přebírání kontroly jsou: reflexe vlastní volby mezi nabízením pomoci a přebíráním kontroly, dále transparentnost a užitek.<sup>137</sup>

### 6.3.2 Pomoc

Pomoc pracovníka klientovi je v systemickém přístupu chápána jako vzájemná interakce splňující určitá kritéria. Jedná se o postoj sociálního pracovníka, který podle Macka charakterizuje věta: „Řekni mi, v čem ti mohu být prospěšný.“<sup>138</sup> Tento postoj otevírá klientovi i pracovníkovi možnost spolupráce na vytvoření pracovního kontraktu, jež obsahuje cíle, kterých má být dosaženo, kroky, které je nutno udělat k dosažení cílů, a kritéria, která umožní posoudit, je-li cílů dosahováno. Dojednání pomoci může být velmi dlouhé a podle Úlehly<sup>139</sup> nemůže k pomoci dojít bez jejího předchozího dojednání, zároveň musí být odpovědí na klientovo výslovné přání.

Podle Úlehly<sup>140</sup> je prvním krokem klientova objednávka (přání) a druhým krokem je pracovníkova nabídka. Nabídkou si pracovník otevírá příležitost nabídnout pomoc. Je odpovědí na objednávku. Nabídka pomoci vychází vstříc hledání pomoci. První a druhý krok se opakují ve sledu, který Úlehla nazývá

---

<sup>135</sup> ÚLEHLA, 2005, 21

<sup>136</sup> Tamtéž, 22

<sup>137</sup> MACEK, 2012, 225

<sup>138</sup> Tamtéž

<sup>139</sup> ÚLEHLA, 2005, 22

<sup>140</sup> Tamtéž, 21

dojednávání či nabízení pomoci. Výsledkem nabízení pomoci je dohoda o pomoci zahrnující její cíle (tj. zakázka či kontrakt). Jedná se o vyřešení otázky, co spolu klient a pracovník budou dělat, aby pracovník naplnil svou touhu pomáhat a klient svou touhu po pomoci, a je dojednaným způsobem společné práce.<sup>141</sup> Pracovníkovo jednání, které není odpovědí na klientovu objednávku, není pomocí, ale kontrolou.<sup>142</sup>

## **6.4 Pozice a reflexe (sociálního) pracovníka v pomoci a kontrole**

Pozici pracovníka při systemicky pojaté sociální práci s klientem určuje jeho sebedefinice. Sebedefinice pracovníka vede podle Zatloukala a Tkadlíčkové<sup>143</sup> k různému pohledu na utváření pomoci a kontroly při práci s klienty. Jedná se o neustálý proces vytváření v jazyce a vnějším prostředí, spíše než o pevně dané vnitřní charakteristiky pracovníků.<sup>144</sup>

Pro pracovníka je užitečné mezi nabízením pomoci a přebírání kontroly rozlišovat.<sup>145</sup> Schopnost reflexe pracovníka je podle Zatloukala a Tkadlíčkové<sup>146</sup> možná ve dvou rovinách. Označují ji jako „technickou racionalitu“ a „reflektující praxi“. V rámci technické racionality reflektování přichází až po skončení činnosti či intervence (tzv. reflexe po jednání). Podle uvedených autorů je při technické racionalitě vyšší pravděpodobnost, že pracovník bude uplatňovat expertní pozici standardizované intervence a bude mít větší prostor pro rozvíjení kontroly při práci s klienty. V rámci reflektující praxe probíhá reflektování průběžně při práci s klientem. Díky flexibilitě a tvořivosti reflektující praxe může pracovník otevřít více možností pro spolupráci s klientem a pro rozvíjení pomoci i v situacích, kde by standardizovaný postup vedl ke střetu a kontrole.<sup>147</sup>

---

<sup>141</sup> ÚLEHLA, 2005, 21

<sup>142</sup> Tamtéž, 22

<sup>143</sup> ZATLOUKAL, TKADLČÍKOVÁ, 2018, 49

<sup>144</sup> Tamtéž

<sup>145</sup> ÚLEHLA, 2005, 20

<sup>146</sup> ZATLOUKAL, TKADLČÍKOVÁ, 2018, 49-50

<sup>147</sup> Tamtéž

Autoři odborného článku dále uvádějí, že pomoc i kontrolu lze vnímat jako doplňující se formy interakce a obojí lze rozvíjet profesionálně. Uvádějí také způsoby kontrolní profesionální práce, druhy profesionální pomoci, které jsou obsahem přílohy č. 8.

## 7 Metody a zdroje dat

Pro dosažení cíle této bakalářské práce bylo zrealizováno výzkumné šetření. Výzkumné šetření má kvalitativní výzkumný design. Pro potřeby práce byl uskutečněn polostandardizovaný rozhovor s pracovníky vybraného CHB.

**Hlavní cíl výzkumu:** Identifikovat hranice sociální služby chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

### Dílčí cíle výzkumu

**Dílčí cíl 1:** Zjistit, jak pracovníci sociální služby CHB pro osoby s MP vnímají hranice této služby ve vztahu k sociálně-zdravotnímu pomezí.

**Dílčí cíl 2:** Zjistit, jak se projevuje návaznost mezi sociální službou CHB pro osoby s MP a službami v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

**Dílčí cíl 3:** Zjistit, jakým způsobem probíhá v sociální službě CHB pro osoby s MP mapování návazných služeb v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

**Dílčí cíl 4:** Zjistit, jak způsob mapování návazných služeb v sociální službě CHB pro osoby s MP ovlivňuje orientaci a osamostatnění klientů v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

**Dílčí cíl 5:** Zjistit, jakým způsobem se v sociální službě CHB pro osoby s MP odráží systemický přístup.

Dílčí cíle výzkumu se zaměřují na témata hranic, návaznosti, mapování a systemického přístupu. Vycházejí z nich výzkumné otázky, na které jsou navázány tazatelské otázky, kladené během rozhovorů s pracovníky CHB.



## **Výzkumné otázky**

**Výzkumná otázka č. 1:** Jak pracovníci sociální služby CHB pro osoby s MP vnímají hranice této služby ve vztahu k sociálně-zdravotnímu pomezí?

**Výzkumná otázka č. 2:** Jak se projevuje návaznost mezi sociální službou CHB pro osoby s MP a službami v oblasti sociálně-zdravotního pomezí?

**Výzkumná otázka č. 3:** Jakým způsobem v sociální službě CHB pro osoby s MP probíhá mapování návazných služeb v oblasti sociálně-zdravotního pomezí?

**Výzkumná otázka č. 4:** Jak způsob mapování návazných služeb v sociální službě CHB pro osoby s MP ovlivňuje orientaci a osamostatnění klientů v oblasti sociálně-zdravotního pomezí?

**Výzkumná otázka č. 5:** Jakým způsobem se v sociální službě CHB pro osoby s MP odráží systemický přístup?

Výzkumné otázky jsou součástí přílohy č. 9, ve které je znázorněna osnova polostandardizovaného rozhovoru. Zároveň tato příloha poukazuje na propojení výzkumných otázek a témat dílčích cílů s tazatelskými otázkami.

Rozhovory byly provedeny s informovaným souhlasem informantů s důrazem na anonymizaci všech získaných dat. Informanti výzkumného šetření jsou pracovníci sociální služby CHB pro osoby s MP ve městě nad 90 000 obyvatel. Přehled informantů představuje níže uvedená tabulka č. 2, která obsahuje označení informantů, pracovní pozici, délku vykonávané pracovní činnosti v CHB, dále vzdělání v oblasti sociální práce, nejvyšší dosažené vzdělání a také věk. V rámci výzkumného šetření bylo provedeno celkem 8 rozhovorů. Přehled rozhovorů představuje tabulka č. 1, která uvádí označení rozhovoru (označení rozhovorů v tabulce č. 1 jsou shodná s označením informantů v tabulce č. 2 a váží se ke stejnému pracovníkovi), způsob provedení rozhovoru a jeho délku u jednotlivých informantů.

Rozhovory byly přepisovány a pro analýzu získaných dat byl využit program QDA Miner Lite.

Pro uvedení výzkumného šetření je důležitá také pozice výzkumníka (autorka bakalářské práce), jelikož se s informanty osobně zná z prostředí, které je zkoumáno.

**Tabulka č. 1 – Přehled rozhovorů s informanty**

Označení informanta	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8
Způsob provedení rozhovoru	online	online	online	osobně	osobně	online	online	online
Délka rozhovoru (min)	33:23	27:09	21:10	19:53	35:44	27:24	23:45	21:55

(Zdroj: autorka práce)

**Tabulka č. 2 – Přehled informantů**

Označení informanta	Pracovní pozice	Délka vykonávání pracovní činnosti	Nejvyšší dosažené vzdělání	Vzdělání v oblasti sociální práce	Věk
P1	Sociální pracovnice	1 rok a 3 měsíce	Bakalářské (Sociální pedagogika)	Bakalářské (Sociální pedagogika)	29
P2	Asistentka CHB Koordinátorka Metodička	3 roky (na každé z pozic 1 rok)	Magisterské (Psychologie)	Kurz pracovník v sociálních službách	27
P3	Asistentka na doprovody Asistentka CHB Koordinátorka	6 let	Středoškolské s maturitou (Hotelnictví a cestovní ruch)	Kurz pracovník v sociálních službách	29
P4	Asistentka CHB Koordinátorka	8 let	Magisterské (Chemie)	Kurz pracovník v sociálních službách	40
P5	Asistentka CHB	2 roky a 3 měsíce	Gymnázium s maturitou	Kurz pracovník v sociálních službách (nedokončená VŠ, obor Sociální pedagogika)	25
P6	Asistent CHB	1 rok a 5 měsíců	Bakalářské (Sociální a pastorační práce)	Bakalářské (Sociální a pastorační práce)	36
P7	Asistentka CHB	1 rok	Gymnázium s maturitou	(aktuálně studuje VŠ, obor Speciální pedagogika)	22
P8	Asistent CHB	8 měsíců	Středoškolské s maturitou (Aktuálně studuje VŠ, obor Psychologie)	Kurz pracovník v sociálních službách	26

(Zdroj: autorka práce)

## 8 Výzkumné šetření

### 8.1 Struktura chráněného bydlení

Pro potřebu práce je zde nastíněna podoba konkrétního CHB pro osoby s mentálním postižením ve městě nad 90 000 obyvatel, na které jsem se v rámci výzkumu zaměřovala. V chráněném bydlení působí vedoucí CHB, metodik, sociální pracovnice, koordinátoři a asistenti. Každý z koordinátorů vede jeden tým asistentů, ti docházejí za klienty. Klienti CHB žijí v chráněných bytech, které jsou rozmístěny různě po městě. Každý z klientů má svého klíčového osobního asistenta, na něhož se především obrací v potřebných záležitostech. Zároveň klíčový osobní asistent pomáhá s individuálním plánováním klienta, případně je v kontaktu s opatrovníkem a rodinou klienta.

### 8.2 Vybrané služby a odbornosti na sociálně-zdravotním pomezí

V rámci rozhovorů byly informantům předloženy vybrané služby a odbornosti (dále také jen služby), které se vztahují k sociálně-zdravotnímu pomezí. Jedná se o služby a odbornosti, které jsou blíže uváděny v kapitolách teoretické části práce. Konkrétně se jednalo o všeobecného praktického lékaře, ošetřujícího lékaře s potřebnou specializací, rehabilitační pracovníky (lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti), domácí ošetrovatelská péče (home care), pečovatelskou službu, tíšňovou péči, psychoterapeutickou pomoc a půjčovny zdravotních pomůcek.

Podle informací, které pracovníci poskytli, klienti využívají či v minulosti využívali všechny z uvedených služeb. „Všechno. Ne jako plošně, ale určitě se to vyskytuje všechno.“ (P2) Z odpovědí informantů také vyplynulo, že uvedené služby nejsou přímo navázané na dané CHB. „Ne, většinou ne. Myslím, že ne.“ (P3) Spolupráce je s nimi navazována individuálně dle potřeb jednotlivých klientů. Výjimkou byla psychoterapeutická pomoc. „Chtěla jsem říct rovnou ne. Ale zrovna myslím, že u tý psychoterapeutický pomoci bysme mohli říct, že jako jo. Sice to není, že by to ta organizace zprostředkovala, ale myslím, že zrovna u tý psychoterapeutický jsme tam měli takový výsadní

místo. A to, že nám vycházel ten terapeut vstříc, souviselo s tím, že je to takhle konkrétní organizace.“ (P2) Smluvní navázání zde ovšem také není podobně jako u ostatních služeb.

### **8.3 Zajišťování služeb a odbornosti**

Na zajišťování potřebných služeb na sociálně-zdravotním pomezí se podílí především osobní asistenti. „To bude určitě ten asistent a dejme tomu koordinátor.“ (P6) Většina informantů se shoduje na tom, že potřeba zajištění nejčastěji přichází z přímé práce s klienty (tzn. z pozice asistentů). Na zajišťování se podílí také koordinátoři, na které se v případě potřeby asistenti obracují, dále i celý tým asistentů, který může být v případném zajištění oporou klienta i asistenta. V případě složitějších záležitostí se zapojuje také sociální pracovnice nebo i vedoucí CHB. „Když to bylo složitější, tak jsme to probírali třeba až s vedoucí chráněného bydlení, která se do toho nějak zapojovala.“ (P2) Zajišťování služeb a odborností na sociálně-zdravotním pomezí je realizováno na všech úrovních CHB. Informanti po dalším dotazování ohledně klienta a jeho rodiny také posoudili, že v některých případech se zapojuje i rodina. „Jako samozřejmě, pokud ji má a pokud chtějí, tak ano.“ (P5) Klienti se na případném zajišťování podílí na základě svých schopností a dovedností, často je v této oblasti nutná podpora.

Důvody zajištění služeb se vztahují především ke zdravotní oblasti klientů. Zajištění služeb a odborností se v konkrétním CHB vztahuje velmi často k zajišťování všeobecného praktického lékaře a případně dalších specializovaných lékařů dle individuálních potřeb klientů (např. neurolog). Zajišťování se v tomto ohledu vztahuje především k vyhledání daného lékaře, doprovodům klientů asistenty k lékařům apod., popř. dopomoc s komunikací. Informanti také uváděli potřebu klienta aplikace injekce zdravotní sestrou. „Otýkala mu tenkrát noha a v nemocnici dostal injekci na ředění krve a bylo to zrovna přes víkend, takže se nedalo zařídit home care a nic. A on chtěl, aby se homecare zařídil, nebo aby mu to píchl někdo z asistentů. A já jsem mu řekla, že mu to asistenti píchat nemůžou. Zvládl to sám, ale nechtěl si to píchat

pořád sám, takže jsme zařídili home care, aby mu injekci chodili píchat každý den.“ (P3)

Informanti dále mluvili o zajištění fyzioterapie, podávání léků klientům, odebrání vzorků (např. moči, krve) i zařizování dopravy klientům do zdravotnických zařízení. Dále zmiňovali vyhledávání léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) pro klienta po úrazu či potřebu klientů využívat zdravotní pomůcku (např. chodítko). „Když se vrátila klientka po dlouhodobém pobytu v nemocnici a bohužel byla... ne nechodící, ale prostě ji přivezli a posadili na postel a ona nebyla sama schopná vstát a dojít třeba na toaletu a nějak se o sebe základně postarat. Tak jsme museli kontaktovat půjčovnu zdravotních pomůcek, zajistit jí vlastně pomůcky. Zajistili jsme praktickou lékařku a nějaký kontroly, fyzioterapii a tak.“ (P4)

Potřebnost další péče nad rámec činností CHB uváděli informanti u ošetřování a převazů u chronického onemocnění kůže některých klientů. V odpovědích pracovníků se také často objevovalo téma starších klientů, kteří potřebují další služby vztahující se k jejich bezpečnosti, zde uváděli například tísňové tlačítko (P1, P3, P5).

#### **8.4 Současný stav návaznosti**

Návaznost a to, jak se projevuje, pracovníci částečně uváděli v samotné pozici chráněného bydlení jako sociální služby. V úvodu rozhovorů byla informantům položena otázka, jaká je podle nich pozice CHB v oblasti poskytování služeb na sociálně-zdravotním pomezí. Někteří pracovníci na otázku nedokázali odpovědět a přemýšleli nad pojmem sociálně-zdravotního pomezí. Následně mluvili např. o zhoršeném zdravotním stavu některých klientů. Popisovali zakotvení CHB jako pobytové sociální služby a upozorňovali na fakt, že CHB není zdravotní službou, a tudíž nemá žádné zdravotní pracovníky. „Chráněné bydlení s těma službama spolupracuje skoro dennodenně u některých klientů.“ (P3, k potřebné spolupráci s návaznými službami se zdravotním zaměřením) Také zaznělo, že současná pozice není ideální, v této oblasti je velký prostor pro zlepšení.

Z rozhovorů vyplývá, že návaznost mezi sociální službou CHB a službami na sociálně-zdravotním pomezí příliš nevnímají. Výjimkou bylo uvedení příručky poskytnuté organizací zabývající se psychoterapeutickou pomocí. Tato příručka má být pomocí pro klienty i pracovníky.

Současné nastavení propojenosti CHB s dalšími službami a odbornostmi má podle pracovníků spíše negativa než pozitiva. Přesto někteří pracovníci usuzují, že současné nastavení má i pozitivní aspekty. „Pozitivní je, že to nějak funguje. Jakože to funguje velmi neutrálním způsobem, funguje to stejně, jako kdyby to sociální služba nebyla... klienti nejsou diskvalifikovaný v účasti na těch službách, že jim to poskytnou bez ohledu na to, že prostě to je člověk se znevýhodněním.“ (P6 k současnému nastavení CHB v oblasti sociálně-zdravotního pomezí) Jedna z pracovníků uvedla, že díky současnému nastavení je klientům potřebná péče poskytována externě a klienti tak déle mohou déle zůstat ve svém domácím prostředí (v chráněných bytech).

Jelikož nejsou služby přímo navázané na CHB, je zde větší prostor pro volnost při výběru různých služeb. Potřebná služba může být díky tomu zvolena s ohledem na individuální potřeby klienta (místo pobytu, jeho osobní preference atp.). „Myslím, že i tím, že to není vlastně smluvně vázaný, tak se ta služba může přizpůsobit tomu klientovi.“ (P7) Nenavázání konkrétních služeb umožňuje změnu dané služby v případě nespokojenosti klientů. Současně ale pracovníci zmínili, že velké množství služeb a volnost při výběru může být zároveň negativem.

## **8.5 Mapování služeb a odborností**

Z odpovědí pracovníků vyplynulo, že mapování služeb i odborností realizuje sociální pracovníce, koordinátoři a asistenti, v případě potřeby se do něj zapojuje také vedoucí CHB. Mapování návazných služeb je podle odpovědí části informantů úlohou sociálního pracovníka a měl by mít o těchto službách přehled. „Měl by to dělat ten sociální pracovník, to je jeho úloha, měl by o tom mít ten přehled.“ (P1, sociální pracovníce k mapování) Seznamy návazných služeb přebírá po předchozích sociálních pracovnících,

měl by je doplňovat a aktualizovat. Podle odpovědí některých informantů, kteří pracují, popř. pracovali na pozici sociálního pracovníka, koordinátora či metodika, je tento seznam k dispozici všem pracovníkům. Další informace jsou částečně obsaženy ve vnitřních dokumentech organizace (v metodice). Přestože je podle uvedených informantů seznam služeb k dispozici všem pracovníkům, někteří (především asistenti) o seznamu neví a uvádějí, že v případě potřeby nemají k dispozici informace obsažené v metodikách a zmíněném seznamu služeb. „Ono by to taky třeba bylo vhodné, aby o tom i věděli ti asistenti i koordinátoři, že něco takového má, že nějaký takový šanon má, že se na to můžou kdykoliv obrátit, když je to jakoby potřeba.“ (P1, sociální pracovnice k tématu mapování)

Sociální pracovnice se o potřebě vyhledání návazné služby dozvídá především na poradách týmu chráněného bydlení s koordinátory a vedoucím. „Tak třeba o tom se dozvíme třeba na poradě, kdy máme poradu sociální pracovnice a koordinátoři jednotlivých týmů a vedoucí. A koordinátoři tam přinesou to téma, že někomu se třeba zhoršil stav a z toho třeba vyplyne, že by bylo potřeba najít tomu člověku nějakou návaznou službu.“ (P1) Dále uvedla, že pokud klient danou službu či odbornost zná, může se do mapování zapojit také, ale odvíjí se to od klientových schopností a dovedností. Většinou jsou z jejího pohledu klientovi pouze předneseny možnosti.

Asistenti a potažmo koordinátoři týmů, tzn. pracovníci přímé práce s klienty, uvedli, že mapování realizují především koordinátoři a asistenti (nejčastěji klíčový osobní asistenti daného klienta). „Praxe je taková, že to dělají hodně asistenti s koordinátorem. Teď si myslím, že se začne víc zapojovat sociální pracovnice, která by to dělat měla.“ (P3) Podle výpovědí pracovníků se ale spíše než o mapování služeb jedná o vzájemné doporučování osvědčených kontaktů. Důvodem tohoto doporučování a potažmo nesytematického mapování může být častá naléhavost řešení nastalé zdravotní situace klienta. V případě dlouhodobějších problémů je pro mapování prostor a sociální pracovnice se také zapojuje. „Třeba vím,



že když jsme měli nějaký návazný rehabilitace nebo nějaký dlouhodobý pobyt, že to nespěchalo, tak tam se potom zapojovali i sociální pracovníci.“ (P2)

### **Příklady mapování**

Pro ilustraci mapování a jeho průběhu byli pracovníci v rámci rozhovorů požádáni o popis situace, kdy toto mapování probíhalo. Pracovníci (především asistenti) ve spojitosti se zdravotní oblastí klientů zmiňovali zodpovědnost, kterou v tomto ohledu pociťují. „Pokud ten tým nefunguje dobře a není dobře rozdělaná ta práce, na toho jednoho asistenta, to může být velká zodpovědnost a vlastně velké tlak. Protože když ten daný klient má hodně zdravotních potíží, tak to musí všechno ten asistent řešit sám.“ (P5)

„Hodně špatně o ní mluvili a chovali se k ní ošklivě a celý to tam i vypadalo, že jako jestli nebudou náhodou končit, že tam mají malovat nebo co a bylo to zmatené. A v tu chvíli já jsem psala mail jako vedení různě – sociální pracovníci a vedoucí – na doporučení koordinátorky. Vlastně přesně nevím, proč to bylo, ale to mi bylo doporučeno, ať se ozvu takhle vedení. A nakonec to dopadlo tak, že mám vlastně plnou podporu, abych já našla nějakou lepší LDNku. A ten seznam, co jsem ve finále měla, co jsem projížděla, jsem měla od sociální pracovníce té LDNky. Takhle vlastně vůbec ne od nás. Různě jsem prostě vyhledávala a koukala jsem na recenze a zkušenosti a vzdálenosti od opatrovníka a tak. A vlastně jsme to nakonec... pak jsem teda zapojila i koordinátorku a vlastně jsme to vybraly my takhle.“ (P2, příklad vyhledání LDN z pozice klíčové asistentky)

„Tak jsme... ano... ji objevili v bytě, neschopnou se o sebe základně postarat. Takže jsem volala vlastně vedoucí chráněného bydlení, zkontaktovala jsem sociální pracovníci. Sociální pracovníce mi hned jako pomáhala a našla mi jakoby seznam nějakých půjčoven zdravotních pomůcek a vlastně našla i kontakt a obvolala je. Takže mi to hodně usnadnilo, že jsem si to tam rovnou domluvila a šla jsem vyzvednout ty pomůcky.“ (P4, k situaci po návratu z dlouhodobého pobytu klientky v nemocnici z pozice koordinátorky)

„Neměl jsem ani informace, k jakému očnímu chodil, tak jsem sedl na internet, našel jsem nějakého očního lékaře v blízkosti pobytu klienta.“ (P8, zjišťování preventivní prohlídky)

„Tak asistent rovnou hledá odborníka podle místa bydliště třeba a poté se může odkázat na radu koordinátora toho týmu a vlastně by tam asi měl... No sociální pracovnice by asi měla mít informace o těchto službách.“ (P5 k otázce mapování) Domnívá se, že je zde malá spolupráce. Dále se domnívá, že pokud by byla dobrá spolupráce v týmu, mohou se společně podporovat, případně se koordinátor může obrátit na vedení a lze snadněji vybrat co nejlepší možnost.

Informanti v rozhovorech často poukazovali na vyhledávání návazných služeb přes internet, či na doporučení osvědčené služby některého z kolegů. Někteří pracovníci také více spolupracovali na mapování a vyhledávání se sociální pracovníci. Další pracovníci mají zkušenost pouze s novou sociální pracovnící, která v CHB působí přes rok. „Myslím, že třeba bývalá sociální pracovnice s tím pomáhala víc, teď si myslím, že to třeba bude u naší sociální pracovnice lepší, už je jako zajatá, protože je nová, takže tam bude lepší spolupráce.“ (P3) Z rozhovorů i uvedených příkladů vyplývá jistá nesystematičnost v rámci mapování a vyhledávání potřebných služeb a odborností. V rozhovorech také zaznělo, že by bylo vhodné, aby byl asistentům předem předkládán postup.

## **8.6 Příprava pracovníků organizací poskytující chráněné bydlení**

Tématem rozhovorů byla v rámci zajišťování návazných služeb také příprava pracovníků na zajišťování služeb a odborností klientům. Otázka se vztahovala k organizaci a tomu, jakým způsobem své pracovníky na toto zajišťování připravuje. Většina informantů se shoduje na tom, že organizace je na zajišťování potřebných služeb nepřipravuje vůbec. Přesto se domnívají, že by tato příprava byla potřebná, jelikož se často setkávají s praktickými lékaři klientů a dalšími navazujícími službami i odbornostmi, což je pro ně náročné,

ale zároveň nemají informace, jak postupovat. Pracovníci k otázce vztahující se k přípravě organizace například uváděli:

„No... to si myslím, že nepřipravuje organizace jako taková, že by šlo něco od ní ve smyslu nějakých školení.“ (P2)

„Mám pocit, že jako nic takovýho jsme nikdy jako neměli k tomu. Nikdo nám nic neřekne vlastně. A potom nastane nějaký zdravotní problém nebo psychickéj problém... Nevybavuju si, že by tam bylo nějaký školení nebo tak.“ (P7)

„Myslím, že to bylo vždycky hodně spíš individuální... ale co se týká nějakých školení, tak to ne.“ (P3)

„No, nepřipravuje vlastně, no. Pořád jsou jenom ty pokyny k tomu, že... nebo upozornění na to, že bysme my tam nějak neměli zasahovat do té zdravotní péče, že musíme vždycky využít ty odborníky. Ale vlastně nemám pocit, že bysme na to byli nějak zvlášť připravovaný.“ (P4)

„Tady dokud nebyla ta potřeba, tak jsem vlastně neslyšela, teda pokud se člověk neptal.“ (P5)

Výjimkou bylo uvedení metodiky věnující se tématu seniorů a jejich případným potřebám (P1) a dále také zmínění školení k tématu epilepsie (P2), či k tématu seniorů (P8), které se ale příliš nevztahují k zajišťování služeb. S tématem se pracovníci částečně mohou seznámit již při přijímacím pohovoru. „Když mě koordinátorka přijímala, tak říkala, jaký máme klienty, že spousta z nich má zdravotní obtíže, že to je součást řešení nebo jako práce s těma klientama... Já jsem od koordinátorky vždycky věděl tak nějak, že se na ní můžu obrátit. A když se mi prostě něco nezdálo ve zdravotním stavu klienta, tak jsem to konzultoval s ní.“ (P6)

## 8.7 Klienti v procesu mapování a vyhledávání služeb

Klienti na základě svého rozhodnutí a přesvědčení mohou sami říci, že nějakou ze služeb potřebují, vzhledem k MP klientů jsou ale v tomto ohledu rozhodující jejich schopnosti a dovednosti.

Každý klient má v rámci individuálních plánování vytvořen svůj plán na zdravotní oblast. V tomto zdravotním plánu jsou popsány potřeby klientů ve zdravotní oblasti. R4 uvedla, že se jedná se o zmapování současného stavu klienta. Dále zde může být uveden např. soupis navštěvovaných lékařů, či užívaných léků.

Dlouhodobější hledisko a plánování do budoucna není podle výpovědí pracovníků v individuálních plánech příliš zakotvené. Metodička (P2) sdělila, že teoreticky by všechny návazné služby, které klienti využívají, měly být v individuálních plánech, ale domnívá se, že v praxi to tak příliš není. Lékaři, které klienti navštěvují ve zdravotním plánu, sice jsou, ale podle metodičky tam často chybí zapsaná např. domácí ošetrovatelská služba. „Když spolupracuje tady s home care, tak proč to není v tom plánu.“ (P2) Domnívá se, že v případě nezakotvení těchto služeb v plánech, způsobuje zhoršení při navazování spolupráce klienta a dané služby. Uvedla příklad, kdy klient s danou službou spolupráci naváže, pak ji již nepotřebuje, ale po čase nastane situace, kdy by tuto službu potřeboval a chtěl by se ke spolupráci vrátit. Pokud není služba zapsána v individuálních plánech, nemůže se na ni navázat, jelikož klient si ji nemusí pamatovat a asistenti se mohou v průběhu času vyměnit. Pracovník (P8) uvedl problematiku stárnutí klientů, domnívá se, že někteří tito klienti si uvědomují, že stárnou a že budou potřeby změny v délce asistencí, nebo že za nimi bude chodit zdravotní sestra, „... jiní si to ale vůbec neuvědomují, a potom je to obtížné.“ (P8) Také P5 zmínila, že přestože nějaké plány do budoucna, například, jak chtějí klienti strávit stáří, se v plánech objevuje, ale usoudila, že by se na tom mělo více začít pracovat. V této souvislosti P5 uvedla, že by klienti měli více znát svou situaci a chápat, co asistenti v CHB ze své pozice mohou a nemohou dělat.

V rámci současného nastavení návaznosti a mapování k osamostatnění klientů v této oblasti příliš nedochází. Mapování návazných služeb je oblast závislá na schopnostech, dovednostech a vědomostech klientů, které mohou být vzhledem k MP omezené. Pokud je toho klient schopen, může si vše zařídit sám. „Třeba klient XY rád jezdí tou dopravou a umí si jí objednávat sám, takže tam ta kontrola je menší.“ (P3) Někteří klienti sami v případě obtíží chodí k praktickému lékaři nebo se také sami objednávají na psychoterapie a samostatně tam docházejí. Většina klientů podle informací pracovníků vůbec nemá tušení o existenci některých služeb a odborností. Proto vzhledem ke schopnostem klientů mapování aktivně provádí především asistent, který zároveň jedná ve spolupráci s klientem (P4). V případě, že by například asistent našel více služeb, které se potřebné problematice věnují, klient si vybírá dle svých preferencí. Jedna z pracovníků (P5) zmínila, že by si klient např. při vyhledání lékaře měl v ideálním případě minimálně zvolit, jestli chce jít k ženě nebo k muži, zda je místo prověřené atd. Asistent by pak klienta do vyhledávání mohl zapojit například skrze společné pročítání internetových stránek ordinací. „Od toho klienta jde vlastně nějaká poptávka, kterou ten asistent splní.“ (P3)

V rámci řešení situací klientů v oblasti sociálně-zdravotního pomezí se často jedná o krizové situace, které je nutné řešit poměrně rychle. „Vlastně si moc neumím představit, že by se s tím pracovalo tím stylem, že bychom se ptali, co ho k tomu napadá, jakou službu by využil nebo tak.“ (P2) Pracovnice dále se samozřejmostí sdělila, že se vždy pracuje se souhlasem klienta a tím, jestli je mu v dané situaci komfortně a postup je směřován s ohledem na jeho důstojnost a individuální potřeby. Myslí si, že pracovníci v daných situacích často usoudili, že se jedná o řešení, které je mimo schopnosti a dovednosti klienta a tím pádem ze strany pracovníků dochází k většímu přebírání kontroly. Zde vidí souvislost s tím, že klient se následně zapojí méně.

## 8.8 Bariéry sociální služby v oblasti sociálně-zdravotního pomezí

Pracovníci bariéry vnímají v oblasti omezení zákonem o sociálních službách a tím také nastavením CHB jako sociální služby i úkonů, které zde mohou být vykonávány. Chybí zde odborný zdravotní personál a asistenti žádné zdravotní úkony vykonávat nemohou. „Nesmíme poskytnout žádnou službu, anebo jako zdravotní úkon, nebo jako asistent tomu člověku, což je velmi nešikovný, protože to je vlastně nereálný a v praktickém životě to nelze.“ (P4) V souvislosti s tím pracovníci také vnímají omezení ve vzdělání nejen ve zdravotní oblasti. (V oblasti sociální práce mají většinou nejvyšší dosažené vzdělání v rámci akreditovaného kurzu pracovníka v sociálních službách). Zároveň se domnívají, že je na ně kladena velká zodpovědnost. „Když třeba nemá klient rodinu, tak se vlastně musí spolehnout jenom na tu službu na asistenty, jestli ho objednájí nebo neobjednájí, nebo jak to vlastně zváží, takže to je za mě třeba velká zodpovědnost pro celý ten tým.“ (P5) „Potom ta volba z těch možností visí na jednotlivcích a většinou jako není jasně daný, na kterých jednotlivcích. Takže to hodně spoléhá na dobrou úmysl a dobrou schopnost něco vyhledat a tak dále... takže ty negativa jako hlavně v tom, že v tom nejsme vzdělaný a všechno to visí na tom, jestli ten člověk, co to vyhledává, bude dost svědomitý, informovaný. Důvěřuje se mu, že to nějak prostě udělá dobře. Tak to je obrovský riziko, že jo, protože i s dobrým úmyslem to dobře nemusí dopadnout, natož, když ten úmysl zas tak dobrý není.“ (P2)

Velmi problematicky pracovníci vnímají nepropojenost CHB s dalšími službami. Z rozhovorů vyplývá, že propojenost služeb pracovníci nevidí téměř žádnou a řešení situací je pro ně náročné. „Musíme se obracet na plno míst a odborníků... nemáme odborníky a ve všem se musíme nějak orientovat a doptávat a dovolávat a komunikovat.“ (P4) Souvislost může být i se samotným vnímáním pozice CHB v oblasti sociálně-zdravotního pomezí, které je nastíněno výše.

V rozhovorech pracovníci dále uváděli nedostatečnou finanční situaci klientů pro zaplacení potřebné návazné služby. Objevují se i názory, které

poukazují na pravidla určitých návazných služeb i odborností, které nevyhovují potřebám klientů a komplikují případnou spolupráci služeb. Fakt, že služby nejsou přímo navázané na CHB, může být pro klienty výhodou, jelikož si mohou vybrat jakoukoliv službu, která bude vyhovovat jejich individuálním potřebám. Zároveň je množství možností vnímáno jako negativum, jelikož je pak volba dané služby komplikovaným procesem. Komplikací může být i dlouhý čekací pořádek do dané služby.

Pracovníci nevnímají příliš velkou podporu ze strany organizace poskytující sociální službu CHB. Domnívají se, že je organizace na případné potřebné zajišťování služeb dostatečně nepřipravuje. Z rozhovorů vyplývá, že mapování služeb a odborností je neorganizované, nejsou jasné stanové postupy, které by pracovníkům v procesu vyhledávání mohli dopomoci. „Myslím, že je to přesně něco, co by se nemělo řešit na poslední chvíli, ale měla by být domluvená spolupráce a třeba i ty kontakty.“ (P5) „I mi přijde, že i některý kolegové naráželi na to, že to není zmapovaný a přijde mi, že by bylo fajn si mapovat ty dobré zkušenosti a mít to někde napsané, a i nějaký postup.“ (P7) Pracovníci také zmiňovali nepřipravenost samotné organizace např. na stárnutí klientů. „Přijde mi, že tam není ta velká zkušenost s těma stárnoucíma klientama, takže možná i nějaká nezkušenost s tou větší potřebou zdravotní péče. Že i pro organizaci je to něco nového.“ (P7) K tématu stárnoucích klientů zazněla také nedostatečná bezbariérovost bytů a prostor CHB.

Jako bariéra je některými pracovníky vnímáno pojetí systemického přístupu organizací. „No... oficiálně se s tím pracuje, oficiálně na tom stojí celý organizace, ale organizace se k tomu velmi aktivně hlásí... ale moc tomu myslím nikdo moc nerozumí.“ (P2 k systemickému přístupu) Část pracovníků o systemickém přístupu nikdy neslyšela, někteří o něm vědí, ale tolik s ním nepracují.

Jako problémový faktor také pracovníci vnímají personální kapacity organizace. „Někdy to už prostě není v silách těch asistentů, třeba zajistit jako kdyby péči o toho klienta, když jsou tam třeba další dva klienti.“ (P1)

Od organizace by pracovníci očekávali větší zapojení a podporu například v oblasti dopravy do zdravotnických zařízení a služeb, která je pro klienty finančně náročná. „Já myslím, že tady máme spoustu možností, ale nikdo to nechce zařizovat.“ (P3) Zmíněna byla i nedostatečná psychohygiena. Supervize, často probíhají až po dlouhé době, což není ideální.

V různých ohledech je problematicky vnímána také specifická cílová skupina lidí s MP. V zajišťovaných službách se jim nedostává individuálního přístupu, který by zohledňoval např. jejich komunikační schopnosti. Zmíněny byly také přidružené psychické problémy klientů, které mohou být komplikací, jelikož organizace se na ně nespécifikuje a nedokáže v tomto ohledu dostatečně podporovat klienty ani asistenty. Souvislost se schopnostmi klientů má také přístup organizace, ke němuž se vztahuje jeden z níže uvedených příkladů. Organizace chce nechat klientům volnost, ale z pohledu P2 si neuvědomuje potřebnost kontroly v oblasti zdravotních otázek klientů, kteří tuto podporu vzhledem ke svým schopnostem potřebují.

## **Příklady**

„To byly ale asi jako extrém, když covid začínal. Teď klient nemohl jít na injekci, a tak se nám prostě i stalo, že nám lékařka psychiatrická hodila injekce, ať je klientovi podáme. Nebo třeba přišla klientka z nemocnice s cévkou a my jsme tam volali a oni nám řekli, ať jako odstraníme cévku. Takže jsme jako hodně takhle naráželi. Teď vlastně se to jako dělat nemůže vůbec. No a něco jsme ani nevěděli, že jsme i měli strach... třeba tu cévku, to jsme je i jako uprosili, aby přišli.“ (P4)

„I když měl třeba ten katetr jako ten jeden klient. A tam vlastně se jenom vypouštěl pytlík s močí. A tam jenom jak to byl obrovský problém. Asistenti to nechtěli dělat a jako se báli a nikdo nevěděl co a jak.“ (P4)

„Třeba když paní doktorka vypsala klientce třeba 15 žádanek a jako já jsem jí musela říkat, že my opravdu jako nemůžeme rozhodnout, který vyšetření je vhodný nebo není. A ona škrtnla datum a řekla, že prostě podle potřeby.“



A to přesně je přístup, kterej jako nejde. Teď my na to ani nemáme vzdělání!“ (P5)

„Lékaři v komunikaci s těmi našimi klienty působí trošku familiárně, infantilně a všechny zdravotní komplikace, které mají ty klienti, neberou úplně vážně a snaží se je co nejrychleji z ordinace dostat pryč. Inkontinenci považují za špatnou hygienu a tak dále.“ (P8)

„Ty otázky, kdy právě jdeme do toho zdravotnictví a že jako... že snažit se pořád tvrdit, že to není kontrola a že teda si klient všechno má vybrat sám a tak dále. Může prostě sklouznout k tomu, že mu prostě nebudeme úplně pomáhat. A abych byla konkrétní, že to došlo až k tomu: no tak mu to nehledejte, on si to najde sám. Ale prostě jsou případy, kdy to tak jako není, kdy jako člověk musí opravdu tu kontrolu převzít. A tak tam mi přijde, že se občas to chráněný bydlení může samo vlastně jako utápět v týhlečtý jako volnosti, že na jednu stranu jí samozřejmě chceme a je skvělá a tak... ale prostě pořád musíme umět zacházet i s tou kontrolou, hlavně když se to týká právě těch zdravotních otázek.“ (P2, k systemickému přístupu)

## **8.9 Návrhy pracovníků**

V rámci rozhovorů se vyskytovaly různé návrhy pracovníků pro zefektivnění práce v oblasti sociálně-zdravotního pomezí. Přestože návrhy pracovníků nebyly plánovanou součástí výzkumného šetření, jsou zde zařazeny. Jedná se o návrhy, které by dle názoru pracovníků v rámci současného stavu umožnili lepší spolupráci CHB se službami a odbornostmi na sociálně-zdravotním pomezí i efektivnější mapování těchto služeb a odborností. Pracovníci uváděli např. služby, které by byly zaměřené přímo na cílovou skupinu lidí s MP či domluvu s návaznými službami. Dalo by se tak předcházet problémům, které při vyhledávání a spolupráci vznikají. Dále byly zmíněny multidisciplinární týmy, které by zajišťovali a vyhodnocovali potřeby klienta na sociálně zdravotním pomezí (praktický lékař, osobní asistent, rodina, klient, další specialisté atp.). Pro zefektivnění v této oblasti by pracovníci ocenili lepší připravenost organizace poskytující

CHB. Zmíněna byla také potřebná spolupráci mezi organizací a nějakým psychoterapeutem, který by mohl být oporou pro klienty i asistenty. (P2)

Jedna z pracovníků také uvedla příklad práce v CHB, se kterým se setkala v zahraničí, kde pracovníci CHB procházeli školením ve zdravotní oblasti. Na základě tohoto školení mohli provádět některé zdravotnické úkony. „Když jsem byla v Austrálii, tak tam jsme prostě na to měli několikadenní školení a že když byl člověk, jakože pracoval jako asistent v sociálních službách, tak byl proškolenější, a mohli jsme jako podat lék, mohli jsme kápnout třeba kapky do očí. Byli jsme na to proškolení, měli jsme školení a byli jsme odzkoušeni a byli jsme na to kvalifikovaní a prostě to bylo jako jednoduchý. Přišlo mi to takový rozumný, že jsme tyhle základní úkony jako kápnout přesně něco, nějakou kapku do ucha, do oka, podat třeba lék... Léky, které předepíše jako ten lékař, které... my jsme nemohli nic jako samovolně podávat, ale po domluvě s lékařem a po potvrzení jsme mohli tyhle věci dělat a bylo to takový jako šikovný. A bylo to vlastně i evidovanější ten systém. Člověk byl zkontrolovanější, jestli rozumí těm základním úkonům, pojmům.“ (P4, k zahraniční zkušenosti)

## 9 Diskuze

Diskuze propojuje výsledky výzkumného šetření s poznatky teoretické části práce a dalšími odbornými texty. V závěru diskuze je popsáno možné využití systemického přístupu a teoretického modelu pomoci a kontroly v praxi CHB.

**Dílčí cíl 1:** Zjistit, jak pracovníci sociální služby CHB pro osoby s MP vnímají hranice této služby ve vztahu k sociálně-zdravotnímu pomezí.

Pracovníci vnímají omezení zákonem o sociálních službách a nastavení CHB jako sociální služby u úkonů, které zde mohou být vykonávány, jelikož na žádné z pozic nemohou vykonávat úkony zdravotní. To vyplývá ze zákona č. 108/2006<sup>148</sup> a příslušné vyhlášky č. 505/2006<sup>149</sup> jasně vymezujících činnosti, které CHB obsahuje, jak je popsáno výše v kapitole zaměřené na vymezení CHB. Michalík<sup>150</sup> na tuto problematiku upozorňuje v souvislosti s kvalitou sociálních služeb. Domnívá se, že standardy nereagují na odlišné potřeby uživatelů v jednotlivých stupních závislosti na péči. Zmiňuje i potřebnou zdravotní péči a omezení ve způsobilosti jejího zajištění, na něž upozorňovali také pracovníci v rámci výzkumného šetření.

Vzdělání pracovníků zkoumaného CHB je také vnímáno jako oblast, která je omezující. V oblasti sociální práce mají většinou nejvyšší dosažení vzdělání v rámci akreditovaného kurzu pracovníka v sociálních službách. Pracovníci v sociálních službách nemohou provádět zdravotní výkony, jelikož nejsou zdravotními pracovníky podle zákona č. 69/2004 Sb. Pracovníci v sociálních službách i poskytovatel služby by v případě poškození zdraví klienta riskovali trestní odpovědnost, jak uvádí výstup z kulatého stolu v rámci projektu „Ke kvalitě v Charitě II“.<sup>151</sup>

---

<sup>148</sup> Zákon č. 108/2006, §51

<sup>149</sup> Vyhláška č. 505/2006, §17

<sup>150</sup> MICHALÍK, 2018, 144-145

<sup>151</sup> KUCHYŇKOVÁ, KLUSÁKOVÁ SLEĐOVÁ, VEVRKOVÁ, 2019

Dle výzkumného šetření pracovníci zároveň vnímají, že je na ně kladena velká zodpovědnost při zajišťování služeb a odborností na sociálně-zdravotním pomezí, které klienti z různých důvodů potřebují.

Pro pracovníky je hranicí i nepropojenost CHB se službami a odbornostmi na sociálně-zdravotním pomezí, případně také pravidla některých služeb a odborností, které nevyhovují individuálním potřebám klientů (např. časové možnosti a pravidla služeb, komunikační bariéry klientů). V oblasti propojenosti sociálních a zdravotních služeb upozorňuje Kalvach<sup>152</sup> na neefektivní spolupráci resortů MPSV a MZ.

Pracovníci zároveň jako problém vnímají nedostatečnou podporu ze strany organizace (poskytující CHB) v otázkách mapování a orientace v potencionálních návazných službách i odbornostech. Organizace pracovníky na tuto problematiku nepřipravuje a nejsou jasně a transparentně stanovené postupy a způsoby mapování, které by jim dopomáhaly. Problémově jsou vnímány i personální kapacity organizace.

**Dílčí cíl 2:** Zjistit, jak se projevuje návaznost mezi sociální službou CHB pro osoby s MP a službami v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

Návaznost vybraných služeb a odborností v oblasti sociálně-zdravotního pomezí se podle pracovníků příliš nevyskytuje. Služby i odbornosti jsou sice klienty využívány, nejsou však přímo navázané na konkrétní CHB. Z toho vyplývá, že návaznost služeb se v CHB neprojevuje. Navázání na služby je neorganizované a roztržité. Obdobně je tomu v odborné literatuře. Kalvach<sup>153</sup> se domnívá, že služby jsou roztržité a přetrvává nepropojenost sociálních a zdravotních služeb, upozorňuje na neinformovanost o dostupných službách. Zde si lze povšimnout souvislosti s mapováním návazných služeb, které je tématem následujícího dílčího cíle.

---

<sup>152</sup> KALVACH, 2014, 58-59

<sup>153</sup> Tamtéž

Nenavázání konkrétních služeb umožňuje větší volnost klienta zvolit službu podle jeho individuálních potřeb a přání. Navazování se službami a odbornostmi funguje v CHB stejným způsobem, jako kdyby sociální službou nebylo. To poukazuje na charakteristiku CHB, které má podle Arnoldové<sup>154</sup> poskytnout podporu podle individuálních potřeb klientů, tak aby mohli v maximální možné míře vést běžný způsob života.

**Dílčí cíl 3:** Zjistit, jakým způsobem probíhá v sociální službě CHB pro osoby s MP mapování návazných služeb v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

Mapování úzce souvisí s navazováním spolupráce s vybranými službami a odbornostmi. Mapování služeb i odborností realizuje sociální pracovníce, koordinátoři a asistenti, v případě potřeby také vedoucí CHB. Přestože by mapování mělo být úlohou sociálního pracovníka, nejčastěji jej aktivně provádějí koordinátoři a klíčový osobní asistenti daného klienta. Iniciativa k vyhledávání služby převážně přichází z přímé práce s klienty a jejich aktuálních potřeb, ostatní pracovníci se o potřebách klienta dozvídají na poradách. Z výzkumného šetření vyplývá, že spíše než o mapování služeb, se jedná o vzájemné doporučování osvědčených kontaktů, které je spojeno s častou naléhavou zdravotní situací klienta. Přestože jsou v organizaci k dispozici seznamy služeb případně metodika CHB (vnitřní dokumenty), pracovníci v případě potřeby nemají k dispozici potřebné informace. Domnívám se, že zde může být i souvislost s výše zmiňovanou nedostatečnou podporou organizace pro pracovníky.

V odborné literatuře je zmiňována nedostatečná spolupráce mezi poskytovateli služeb. Kalvach<sup>155</sup> upozorňuje na nízkou dostupnost specializované lékařské péče a nedostatečnou spolupráci praktických lékařů a poskytovatelů sociálních služeb. Mezi sociálními a zdravotními službami

---

<sup>154</sup> ARNOLDOVÁ, 2011, 283

<sup>155</sup> KALVACH, 2014, 58-59

nedochází k týmové spolupráci. Také Holub<sup>156</sup> se domnívá, že systém sociálních služeb a návazné péče není dobře propojen, sociální práce podle něj probíhá izolovaně na úrovních jednotlivých služeb.

**Dílčí cíl 4:** Zjistit, jak způsob mapování návazných služeb v sociální službě CHB pro osoby s MP ovlivňuje orientaci a osamostatnění klientů v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

Osamostatnění klientů a jejich orientace v oblasti sociálně-zdravotního pomezí nejsou mapováním v CHB příliš ovlivněny. Přestože klienti na základě svého přesvědčení mohou sami rozhodnout, že nějakou ze služeb potřebují, jsou v tomto ohledu rozhodující jejich schopnosti a dovednosti často ovlivněné MP. Podle textů teoretické části práce je s MP spojeno omezení a znevýhodnění v různých oblastech života lidí s MP. Domnívám se, že tato omezení mohou mít vliv na schopnosti klientů a znevýhodnění v oblasti rozhodování, vyhledávání a samostatné zajišťování potřebných služeb ve zdravotní oblasti.

Mapování a návaznost služeb nejsou z dlouhodobějšího hlediska příliš zakotvené v individuálních plánech klientů. Zároveň mapování, vyhledávání a navázání spolupráce s určitou službou, popř. odborností, často přichází v krizových situacích, kdy je rozhodující vyhledat řešení co nejefektivněji v krátkém čase. Pracovníci v takových případech posuzují schopnosti jednotlivých klientů, ale právě vzhledem ke schopnostem a dovednostem většinou dochází k přebírání kontroly pracovníkem. V těchto situacích stále pracovníci spolupracují s klientem, berou v úvahu klientova individuální přání i potřeby. Pokud situace není krizová a je dostatečný prostor pro navázání spolupráce s danou službou, pracovníci se mohou více zaměřit na orientaci klientů v dané oblasti a lépe vyhovět jejich přáním. Tomeš<sup>157</sup> tvrdí, že klientovi

---

<sup>156</sup> HOLUB, 2015, 15-19

<sup>157</sup> TOMEŠ, 2015, 221

lze poskytovat podporu jeho rozvoje jen do takové míry, do jaké je ochoten se na tomto procesu sám podílet.

Přestože jsou klienti díky svým schopnostem a dovednostem spojeným s MP znevýhodněni a jejich aktivní zapojení je v této oblasti minimální, pracovníci plní jejich poptávku, kterou je dopomoc ve zdravotní oblasti. Tomeš<sup>158</sup> uvádí, že pokud klient ztratí zájem na aktivní participaci nebo jí není schopen, mělo by dojít ke změně cíle.

**Dílčí cíl 5:** Zjistit, jakým způsobem se systemický přístup odráží v sociální službě CHB pro osoby s MP.

Systemický přístup a teoretický model pomoci a kontroly se v práci pracovníků odráží pouze okrajově. V této práci jsou pomoc a kontrola chápány z pohledu systemického přístupu jako teoretický model, který pomáhá pracovníkovi v reflexi spolupráce s klienty, jak je popsáno výše. Z výzkumného šetření vyplývá, že přestože se organizace k systemickému přístupu hlásí, někteří pracovníci o systemickém přístupu nikdy neslyšeli. Organizace poskytující CHB neumí s pomocí a kontrolou dostatečně dobře zacházet. Podle jedné z pracovnic organizace namísto reflektovaného přebírání kontroly preferuje klientovu volnost, která z různých důvodů nemusí být vždy vhodným řešením, především ve zdravotní oblasti. Přesto se domnívám, že se zde koncept pomoci a kontroly objevuje, ale pouze částečně, jelikož pracovníci často svou zvolenou pozici (pomoc nebo kontrolu) nereflektují a spíše jednájí intuitivně. K přebírání kontroly často dochází v krizových situacích, jak je zmíněno výše. Tímto asistenti plní poptávku klientů po pomoci a podporu ve zdravotní oblasti, přebírají za ně kontrolu, která je ale zmíněnou poptávkou klientů předem dohodnuta. Myslím, že tato skutečnost může být alespoň částečným projevem systemického přístupu v CHB.

---

<sup>158</sup> TOMEŠ, 2015, 221

## **Využití systemického přístupu v praxi chráněného bydlení**

Systemický přístup je teorií, která do sociální práce v CHB s klienty s MP může v oblasti sociálně-zdravotního pomezí přinášet praktický přínos, efektivitu a být pro pracovníky oporou. Určením a zaměřením cílů, zkracuje čas potřebný k nápravě obtížné situace klienta a zároveň omezuje psychickou zátěž pracovníků. Podmínkou je reflexe pracovníků a pochopení způsobu využívání přístupu. Myslím, že v chráněném bydlení pro osoby s mentálním postižením v oblasti sociálně-zdravotního pomezí, a především v situacích, kdy má klient zdravotní problém, má být tento model využíván.

Na úplném začátku možné efektivní práce při využití systemického přístupu musí dle mého názoru být klient jeho důstojnost, individuální potřeby a vzhledem k mentálnímu postižení i zhodnocení jeho schopností a dovedností.

Zároveň by měla být zachována také důstojnost pracovníka a mezi všemi aktéry by měl ideálně fungovat partnerský, ale profesní vztah se zachováním lidskosti. Komunikací s klientem lze vyvodit dohodu, jakým způsobem budou pracovníci v případě potřeby postupovat. Kvalitně zpracované postupy ukotvené v individuálních plánech klientů usnadňují orientaci klientů i pracovníků.

U klientů, kteří jsou toho schopni, mají být efektivním nabízením pomoci vytvářeny zakázky v rovině klient – pracovník. Zároveň lze takto rozvíjet klientovu schopnost orientace a osamostatňování ve zdravotní oblasti například skrze zmíněné dlouhodobé individuální plánování. Jelikož je nabízení pomoci dlouhodobým procesem, lze tento způsob využít především v nenaléhavých situacích klientů.

Způsob přebírání kontroly je dle mého názoru velice užitečnou volbou především v krizových situacích, jejichž řešení je časově omezeno. Podmínkou je reflexe, která musí následně proběhnout. Kontrolu lze využít u klientů, kteří mají schopnosti rozvinuté méně, v případě, že k nim pracovník přistupuje



tak, aby tuto podporu mohli přijmout. Efektivním vedením dlouhodobých individuálních plánů lze profesionálním způsobem přebírání kontroly postupně využít také způsob nabízení pomoci i u klientů s méně rozvinutými schopnostmi.

Nastalé zdravotní situace klientů nemají být prvním impulzem k vytváření příruček, individuálních plánů, metodik a mapování dostupných služeb a systémových změn. Domnívám se, že využívání modelu pomoci a kontroly umožňuje dlouhodobou práci na orientaci klientů a alespoň částečné osamostatňování v oblasti sociálně-zdravotního pomezí, které má být ukotveno v dlouhodobých individuálních plánech klientů. Jsem toho názoru, že velký význam v oblasti sociálně-zdravotního pomezí má uvědomění pracovníků, že pomoc není vždy nejvhodnější formou podpory klienta, jelikož volnost, kterou umožňuje, může mít i svá úskalí. Kvalitní a reflektované přebírání kontroly je velmi vhodnou možností efektivního řešení možné podpory klientů ve zdravotní oblasti především v krizových situacích.

## Závěr

Přestože integrace zdravotních a sociálních služeb je tématem velice aktuálním, jak je zmíněno v úvodu této práce, problematika hranic pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením není příliš mapována. Přínosem a přidanou hodnotou této bakalářské práce je upozornění na zmíněnou nezmapovanou problematiku hranic v sociální službě, jež je dokázána na příkladu konkrétního chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. Zároveň jsou zde představeny možnosti zefektivnění práce v oblasti sociálně-zdravotního pomezí.

Práce se věnovala problematice integrace zdravotních a sociálních služeb a zaměřila se na sociální službu chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením. Cílem práce bylo identifikovat hranice sociální služby chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením v oblasti sociálně-zdravotního pomezí. Uvedeného cíle bylo dosahováno skrze výzkumné šetření, jehož podkladem byly informace obsažené v teoretické části práce, a především analýzou rozhovorů s pracovníky chráněného bydlení.

Dílčí cíle výzkumu se zaměřily na témata hranic, návaznosti, mapování, osamostatnění a orientaci klientů v oblasti sociálně-zdravotního pomezí a systemického přístupu z pohledu pracovníků konkrétního chráněného bydlení. Pracovníci jako hranici vnímají legislativní nastavení, jelikož pracovníkům neumožňuje vykonávat zdravotní úkony ani v chráněném bydlení zaměstnávat zdravotní personál (např. zdravotní sestru), který by tyto úkony vykonávat mohl. Jako omezující dále vnímají dosažené vzdělání v oblasti sociální práce, které je u většiny pracovníků získáváno kurzem pracovníka v sociálních službách, jež je pracovníky vnímáno nedostatečně. Vnímají také nedostatečnou podporu ze strany organizace poskytující chráněné bydlení. Zároveň je na ně kladena velká zodpovědnost při zajišťování služeb a odborností klientům, které nejsou s chráněným bydlením provázané. Návaznost chráněného bydlení a služeb a odborností v oblasti sociálně-zdravotního pomezí se příliš nevyskytuje. Služby a odbornosti nejsou přímo navázané na chráněné bydlení, jsou roztržštěné a navazování probíhá

neorganizovaně. Mapování služeb i odborností probíhá na všech úrovních chráněného bydlení, přestože by jej měl vykonávat především sociální pracovník, který k tomu má potřebné vzdělání i dostupnější informace z vnitřních zdrojů organizace, provádí jej ale především pracovníci v přímé práci s klienty (asistenti a koordinátoři). Spíše než o mapování se jedná o doporučování osvědčených kontaktů, které je obvykle spjata s naléhavou situací klientů. Osamostatnění klientů a jejich orientace v oblasti sociálně-zdravotního pomezí nejsou mapováním v chráněném bydlení příliš ovlivněny. Velký vliv na to mají především schopnosti a dovednosti klientů ovlivněné mentálním postižením a také nezakotvení sociálně-zdravotního pomezí v individuálních plánech klientů (z dlouhodobého hlediska). Systemický přístup se v práci pracovníků odráží pouze okrajově. Přestože se organizace k systemickému přístupu hlásí, někteří pracovníci o něm nikdy neslyšeli a organizace neumí dostatečně dobře zacházet s teoretickým modelem pomoci a kontroly.

Ze zpracování celého tématu práce dle mého názoru vyplývá, že hranice chráněného bydlení a možnosti pracovníků v současně nastaveném systému jsou podmíněny legislativou, nepropojeností jednotlivých služeb a potažmo neefektivním mapováním. Domnívám se, že by legislativa měla být lépe přizpůsobena jednotlivým sociálním službám a měla by být umožněna prostupnost sociálních a zdravotních služeb. Chráněné bydlení by mělo mít zastoupení zdravotních odborníků jako členů mezioborových týmů. Legislativa by měla pracovníkům chráněného bydlení (především pracovníkům v přímé práci s klienty) umožňovat výkon drobných zdravotních činností, které by bylo možné využít pro praxi chráněného bydlení (podobně, jak je uváděno výše v textu na příkladu chráněného bydlení v Austrálii). Zároveň by výkon těchto činností byl podmíněn vzděláním pracovníků v sociálních službách (např. kurzem) a ověřením jejich dovedností.

V současném systémovém a legislativním nastavení má pro zefektivnění práce s klienty v chráněném bydlení v oblasti sociálně-zdravotního pomezí být reflektované a profesionální využívání systemického přístupu a jeho výše

uvedených způsobů. Mapování služeb a odborností by mělo být především včasné a strukturované. S tím je spojena také nutná vnitřní připravenost organizace a rozšiřování povědomí pracovníků minimálně z dostupných vnitřních zdrojů organizace. Následnou podporou pracovníků i klientů by podpořilo zavedení dlouhodobého individuálního plánování klientů ve zdravotní (popř. sociálně-zdravotní) oblasti, komunikace a aktivizace v oblasti možností klientů. Dlouhodobé individuální plánování by mělo stavět na systemickém přístupu, kvalitním a včasném mapováním služeb i organizací připravených pracovníků.

## Použité zdroje

ARNOLDOVÁ, Anna. *Vybrané kapitoly ze sociálního zabezpečení*. 3., přeprac. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1852-4.

BARTOŇOVÁ, Miroslava. BAZALOVÁ, Barbora. PIPEKOVÁ, Jarmila. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-161-4.

HOLUB, Martin. Přínos sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního dialogu. *Sešit sociální práce* [online]. 2015, (3), 14-15 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z:  
<https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>

KAHOUN, Vilém. *Sociální zabezpečení: vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-346-2.

KALVACH, Zdeněk. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb*. [Praha]: Diakonie ČCE, 2014. ISBN 978-80-87953-07-5.

KALVACH, Zdeněk. *Rady lékařské*. Vydání druhé. [Praha]: Diakonie ČCE, 2017. Rady pro pečující. ISBN 978-80-87953-21-1.

KODYMOVÁ, Pavla. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. *Sešit sociální práce* [online]. 2015, (3), 7-13 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z:  
<https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. 6., V Portálu 5. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-922-4.

KUCHYŇKOVÁ, Iva, Jana KLUSÁKOVÁ SLEĐOVÁ a Martina VEVERKOVÁ.

Zdravotně-sociální pomezí v sociálních službách: Výstup z kulatého stolu pořádaného v rámci projektu Ke kvalitě v Charitě II. In: *Charita Česká republika: Ke Kvalitě v Charitě II* [online]. 2019, 25. 2. 2019 [cit. 2023-03-05]. Dostupné z:

<https://www.charita.cz/res/archive/015/001815.pdf?seek=1579881697>

MACEK Z., Systemický přístup, In MATOUŠEK, O. et al. *Základy sociální práce*.

Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd.

Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál, 2008.

ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN

978-80-262-0211-0.

MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. *Sociální*

*práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha:

Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10: F70-F79 – Mentální retardace.

In: *ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistik ČR* [online]. 2023, platnost od 1. 1. 2023 [cit. 2023-03-17]. Dostupné z:

<https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F70-F79>

PĚNKAVA P., Specifikum a podstata sociální práce ve vztahu k životnímu

problému člověka, In KRÍŽOVÁ E., *Sociální práce v mezioborové perspektivě*.

Praha: Nakladatelství Karolinum, 2023, s. 21-22, ISBN 978-80-246-5076-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac.

vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

- SIMCOCK, Peter, CASTLE, Rhoda. *Social work and disability*. Cambridge: Polity, 2016. Social work in theory and practice series. ISBN 978-0-7456-7020-1.
- SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením*. Praha: Portus, 2010. ISBN 978-80-254-8696-2.
- ŠÁMALOVÁ, Kateřina a Petr VOJTÍŠEK, ed. *Sociální správa: organizace a řízení sociálních systémů*. Praha: Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2195-3.
- TOMEŠ, Igor. *Sociální právo České republiky*. 2., přepracované vydání. Praha: Wolters Kluwer, 2015. ISBN 978-80-7478-941-0
- TULCOVÁ, VANČURA. *Péče o duševní zdraví u osob s mentálním postižením: vývoj praxe a perspektiva klientů*. Článek, Psychologie, Elektronický časopis ČMPS. 2010. s. 15.
- ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.
- VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH a kol. *Mentální postižení*. Praha: 2018. Grada. ISBN 978-80-271-0378-2.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- Programové prohlášení vlády. In: *Vláda České republiky* [online]. Praha, 2023, 1. 3. 2023 [cit. 2023-04-10]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/programove-prohlaseni-vlady-193547/>
- ZAJACOVÁ M., Význam a role sociální práce v činnostech sociální správy, In ŠÁMALOVÁ, Kateřina. VOJTÍŠEK, Petr ed. *Sociální správa: organizace a řízení sociálních systémů*. Praha: Grada, 2021. s. 399-421, ISBN 978-80-271-2195-3.

ZATLOUKAL, Leoš. TKADLČÍKOVÁ, Lenka. „Pomoc“ a „kontrola“ v poradenské praxi sociálních pracovníků z pohledu přístupu zaměřeného na řešení. *Sociální práce*. 2018, 18(2), 39-62. ISSN 1213-6204.

ZATLOUKAL, Leoš. VÍTEK, Pavel. *Koučování zaměřené na řešení: 50 klíčů pro společné otevírání nových možností*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1011-5.

Zákon č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník. *Platnost*: 22. 3. 2012. *Účinnost*: 1. 1. 2014.

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. *Platnost*: 14. 3. 2006. *Účinnost*: 1. 1. 2007.

Vyhláška č. 505/2006 Sb. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Platnost*: 29. 11. 2006. *Účinnost*: 1. 1. 2007.



## **Seznam příloh**

**Příloha č. 1** – Zakotvení sociálních služeb v systému sociální správy ČR a prameny práva

**Příloha č. 2** – Standardy kvality sociálních služeb

**Příloha č. 3** – Příklady dokumentů k ochraně práv osob se zdravotním postižením

**Příloha č. 4** – Způsobilost k právním úkonům osob s mentálním postižením

**Příloha č. 5** – Opatrovnictví osob s mentálním postižením

**Příloha č. 6** – Vzdělávání pracovníků sociálních služeb

**Příloha č. 7** – Metody práce s lidmi s mentálním postižením

**Přílohy č. 8** – Kontrolní profesionální práce a profesionální pomoc

**Příloha č. 9** – Polostandardizovaný rozhovor

## **Příloha č. 1 – Zakotvení sociálních služeb v systému sociální správy ČR a prameny práva**

Sociální služby spadají do soustavy a systémů sociální správy, které vznikají za účelem naplňování sociálně politických strategií, jež jsou výsledkem demokraticky dosaženého konsenzu. Spadají do kompetence Ministerstva práce a sociálních věcí, které je ústředním orgánem státní správy pro oblast sociální politiky.<sup>159</sup> Šámalová a Vojtíšek píše, že výsledek zmíněného konsenzu je o tom, „co má být ve prospěch občanů a jejich sociálních práv, resp. uznaných sociálních potřeb, realizováno.“<sup>160</sup> Sociální služby jsou soustavou, která je založená na konání ve prospěch potřebných osob, a hlavním kritériem pro jejich poskytnutí je tzv. nepříznivá sociální situace.<sup>161</sup> Důraz je kladen na aktivizační a stimulační působení na občana, na jeho kapacity, zdroje a schopnosti zvládnout nepříznivé důsledky nepříznivých situací, jako je například vliv zdravotního (mentálního) postižení.<sup>162</sup>

Sociální služby jakožto součást nástrojů sociální správy jsou jedním z nástrojů sociálního systému, skrze který jsou řešeny právě nepříznivé životní situace. Nepříznivé životní situace řeší sociální zabezpečení, jež lidem poskytuje pomoc. K základním cílům sociálního zabezpečení patří mimo jiné prosazování a ochrana sociálních práv (obsažených především v článcích 22 a 25 Všeobecné deklarace lidských práv).<sup>163</sup> Kahoun píše: „Sociální zabezpečení je plodem sociální politiky státu, kterou lze definovat jako soustavné a cílevědomé úsilí o změnu nebo o udržení a fungování svého sociálního systému.“<sup>164</sup> Sociální služby jsou nástrojem sociálního zabezpečení a skrze ně stát poskytuje sociální péči (pomoc) osobám, jejichž soběstačnost a schopnost postarat se o sebe a svou domácnost je podstatně snížena nebo zcela eliminována.<sup>165</sup>

---

<sup>159</sup> VOJTÍŠEK, URBAN, 2021, 96

<sup>160</sup> ŠÁMALOVÁ, VOJTÍŠEK, 2021, 76

<sup>161</sup> Tamtéž, 89

<sup>162</sup> Tamtéž, 76

<sup>163</sup> KAHOUN, 2009, 26-27

<sup>164</sup> Tamtéž, 25

<sup>165</sup> Tamtéž, 29

Pramen práva sociálního zabezpečení v České republice, do kterého sociální služby spadají, může mít pouze psanou formu v podobě tzv. normativního právního aktu nebo tzv. normativní smlouvy.<sup>166</sup> Normativní právní akty jsou stěžejním pramenem práva sociálního zabezpečení. Jedná se o ústavní zákony, zákony a podzákonné předpisy. Ústavní zákony jsou z hlediska práva České republiky nejzávažnější a ostatní předpisy s nimi musí být v souladu. Zákony jsou základním pramenem práva sociálního zabezpečení. Podzákonné předpisy podrobněji rozvíjejí obecná ustanovení zákonů. Mezi podzákonné předpisy patří vyhlášky a nařízení. Normativní smlouvy jsou smlouvy mezinárodní a ústavní zákony je podrobněji rozlišují a zpravidla jsou výsledkem činnosti mezinárodních organizací.<sup>167</sup>

Sociální služby jsou jednou ze dvou základních forem poskytování sociální péče (pomoci), druhou formou jsou dávky sociální péče, přičemž právní úprava umožňuje kombinaci obou těchto forem.<sup>168</sup> Pro oblast sociální péče, jsou důležité určující právní dokumenty. Na mezinárodní úrovni se jedná zejména o Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech a dále Evropskou sociální chartu. Vnitrostátními prameny jsou ústavní normy, zákony a podzákonné předpisy. Ústavní základ systému vychází z Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Podle Listiny základních práv a svobod článku 30 odstavce 2 má každý, kdo se ocitne v hmotné nouzi, právo na takovou pomoc, která je nezbytná k zajištění základních životních podmínek.<sup>169</sup>

Mezi hlavní prameny platné právní úpravy sociální péče, související se sociálními službami, jako jedné z forem poskytování sociální péče, patří tyto uvedené zákony a vyhlášky v platném znění:

- zákon č.100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení,

---

<sup>166</sup> KAHOUN, 2009, 32

<sup>167</sup> Tamtéž, 32-34

<sup>168</sup> Tamtéž, 321

<sup>169</sup> Tamtéž, 317

- vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, a zákon ČNR o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení,
- zákon ČNR č. 114/1988 Sb. o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení,
- zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách,
- vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách,
- zákon č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu,
- zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi,
- vyhláška č. 504/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o pomoci v hmotné nouzi,
- zákon ČNR č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení.<sup>170</sup>

---

<sup>170</sup> KAHOUN, 2009, 317

## **Příloha č. 2 – Standardy kvality sociálních služeb**

Standardy kvality sociálních služeb jsou podle zákona č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách „souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytovatelů sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami.“<sup>171</sup> Standardy kvality jsou stanoveny v příloze č. 2 ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. Tato vyhláška stanovuje patnáct standardů,<sup>172</sup> jsou jimi:

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
2. Ochrana práv osob
3. Jednání se zájemcem o sociální službu
4. Smlouva o poskytování sociální služby
5. Individuální plánování průběhu služby
6. Dokumentace o poskytování sociální služby
7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování služby
8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
9. Personální a organizační zajištění sociální služby
10. Profesionální rozvoj zaměstnanců
11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby
12. Informovanost o poskytované sociální službě
13. Prostředí a podmínky
14. Nouzové a havarijní situace
15. Zvyšování kvality sociálních služeb

Uvedené standardy kvality se váží ke třem oblastem. Jedná se o oblast procesní, která se zaměřuje na vztah mezi uživatelem služby a jejím poskytovatelem (standardy 1 až 8), personální oblast (standardy 9 a 10), oblast provozní (standardy 11 až 15). Všechny standardy podléhají kritériím,

---

<sup>171</sup> Zákon č. 108/2006, §99

<sup>172</sup> Vyhláška č. 505/2006

kteřá jsou závazným či doporučeným postupem služby. Nesplnění kritérií může mít za následek odebrání registrace k poskytování sociální služby.<sup>173</sup>

Standardy kvality v sociálních službách představují podle Michalíka pokrok, jelikož je díky nim možné objektivně hodnotit aspekty spojené s poskytováním sociálních služeb.<sup>174</sup> V souvislosti s kvalitou sociálních služeb a výše uvedenými standardy Michalík<sup>175</sup> poukazuje na jisté skutečnosti, které jsou v souvislosti se standardy v sociálních službách stále nedostačující i přes přijetí výše zmíněného zákona o sociálních službách a s ním spojených změn v oblasti jejich kvality. Domnívá se, že standardy nereagují na odlišné potřeby uživatelů v jednotlivých stupních závislosti na péči. Do těchto potřeb zahrnuje například nároky uživatelů a jejich očekávání v různých druzích služeb a v různých regionálních oblastech ČR. Také zmiňuje neřešení normování minimálních standardů poskytovatele v personální oblasti, které je překážkou kvalitních služeb. Dále píše o omezení ve způsobilosti zajištění zdravotní péče: „Stávající model standardů rezignoval na možnou unifikaci stavebně-technických podmínek poskytování služby, způsobilost a možnosti poskytovatelů zajistit potřebnou zdravotní péči apod.“<sup>176</sup> Domnívá se, že právní předpisy ostatních odvětví tak mají přímý dopad na kvalitu péče poskytované v sociálních službách. Zmiňuje odlišné technické a prostorové podmínky obsahově stejných služeb.

---

<sup>173</sup> MICHALÍK, 2018, 144

<sup>174</sup> Tamtéž, 143

<sup>175</sup> Tamtéž, 144-145

<sup>176</sup> Tamtéž, 145

### **Příloha č. 3 – Příklady dokumentů k ochraně práv osob se zdravotním postižením**

#### **Obecně závazné dokumenty<sup>177</sup>**

- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod (evropská, 1953),
- Evropská úmluva o lidských právech a biomedicíně (1999, pro ČR vstoupila v platnost 1. 10. 2001),
- Evropská sociální charta, Rady Evropy 1961 (č. 14/2000 Sb. m. s. se kterou Česká republika ratifikovala s výhradami, tzn., některá ustanovení nejsou pro ČR platná),
- Evropský zákoník sociálního zabezpečení (sdělení MZV č. 90/2001 Sb.),
- Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení, 1987 (sdělení MZV č. 9/1996 Sb.).

#### **Právě nezávazné dokumenty<sup>178</sup>**

- Doporučení Rady Evropy Akční plán na podporu práv a plného zapojení osob se zdravotním postižením do společnosti: zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením v Evropě 2006-2015
- Doporučení Rady Evropy o zásadách právní ochrany dospělých nezpůsobilých osob

---

<sup>177</sup> MICHALÍK, 2018, 77

<sup>178</sup> Tamtéž

## **Příloha č. 4 – Způsobilost k právním úkonům osob s mentálním postižením**

Základní práva a svobody mají i lidé, kteří jsou ve způsobilosti omezení k právním úkonům,<sup>179</sup> to stanovuje Listina základních práv a svobod. Právní způsobilost osob s mentálním postižením a její úpravy jsou podle Tomeše velkým zájem lidí s mentálním postižením a zároveň se váže k úspěšnému začleňování těchto lidí do společnosti. Tomeš uvádí, že bránění klientům v rozvoji jejich dovedností, získávání zkušeností a soběstačnosti, prohlubuje jejich závislost na druhých osobách, což podle něj znemožňuje dosáhnout cíle sociální pomoci. Mezi úpravou právní způsobilosti a sociální pomocí vidí velkou spojitost. Dále se domnívá, že poskytovatelé sociálních služeb mají svým klientům pomáhat v otázkách omezení způsobilosti klientů k právním úkonům.<sup>180</sup>

Svéprávnost (institut svéprávnosti) je podle Michalíka<sup>181</sup> velmi diskutovaným problémem postavení občanů s mentálním postižením, jelikož omezení svéprávnosti do určité míry komplikuje dané osobě život a limituje možnosti zařazení do běžného života včetně pracovního uplatnění, a přitom rozsah omezení často neodpovídá jejich skutečným schopnostem. Institut svéprávnosti podle Michalíka: „představuje termín pro tradiční právní reflexi obecně lidských skutečností (medicínských, psychologických, speciálněpedagogických), v jejichž rámci existuje v každé společnosti určité procento osob, které ve stupni svého rozumového vývoje, Má obtíže vstupovat (nejen) do právních vztahů.“<sup>182</sup> Důsledky postižení a s ním omezení kognitivních funkcí může přinášet riziko poškození lidských práv osob s mentálním postižením. Dále uvádí, že to je důvod, proč různé společnosti různými formami přistupují k omezení jejich způsobilosti samostatně (právně) jednat.<sup>183</sup> Hlavním smyslem omezení způsobilosti k právním úkonům je podle

---

<sup>179</sup> SOBEK, 2010, 13

<sup>180</sup> TOMEŠ, 2015

<sup>181</sup> MICHALÍK, 2018, 78

<sup>182</sup> Tamtéž, 79

<sup>183</sup> Tamtéž



Sobka<sup>184</sup> ochrana samotné omezované osoby, přesto s sebou přináší velký zásah do osobního stavu a do základních práv. Cílem a záměrem omezení je ochrana osob s mentálním postižením před případnými důsledky takového jednání, které nejsou, vzhledem ke stupni rozumové vyspělosti, schopni plně chápat a domýšlet do případných důsledků.<sup>185</sup>

V literatuře je uváděna nová právní úprava, která podle Michalíka „obecně stojí na stanovisku co nejmenšího zásahu do svéprávnosti člověka. Vedle povinnosti zvážit mírnější možnost podpory jednání člověka, o jehož svéprávnost jde, stanoví právní úprava i platnost právního jednání člověka s omezenou svéprávností. ... Rozsah omezení svéprávnosti musí být soudem určen, ve všech ostatních úkonech platí, že je k nim člověk způsobilý.“<sup>186</sup> Konkrétní úpravu pojmu svéprávnost a souvisejících institutů, ke kterým se nová úprava váže, stanovuje občanský zákoník.<sup>187</sup> Upravuje pojem právní osobnost/právní subjektivita (tj. způsobilost mít v mezích právního řádu práva a povinnosti)<sup>188</sup> a pojem svéprávnost (tj. způsobilost nabývat pro sebe vlastním jednáním práva a zavazovat se k povinnostem, tzn. právně jednat).<sup>189</sup> Uvádí možnost omezení svéprávnosti i její případné vrácení.<sup>190</sup> Zásadní změnou v konceptu nové právní úpravy je uvedení méně omezujících opatření, která musejí být použita vždy přednostně před případným rozhodnutím o omezení svéprávnosti. Jedná se o předběžné prohlášení, nápomoc v rozhodování a zastoupení členem domácnosti.<sup>191</sup>

### **Přeběžné prohlášení**

Přeběžné prohlášení popisuje zákon 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník.<sup>192</sup> Přeběžným prohlášením se člověk může připravit v případě

---

<sup>184</sup> SOBEK, 2010, 21

<sup>185</sup> MICHALÍK, 2018, 78

<sup>186</sup> Tamtéž, 87

<sup>187</sup> Zákon č. 89/2021

<sup>188</sup> Tamtéž

<sup>189</sup> Tamtéž

<sup>190</sup> MICHALÍK, 2018, 79

<sup>191</sup> Tamtéž, 80

<sup>192</sup> Zákon č. 89/2012, §38-§44

očekávání vlastní nezpůsobilosti. Jedná se o úpravu, jíž člověk může projevit svou vůli, aby byly jeho záležitosti spravovány určitým způsobem, aby je spravovala určitá osoba, nebo aby se určitá osoba stala jeho opatrovníkem.<sup>193</sup>

V případě ochrany osob s mentálním postižením bude podle Valenty v praxi způsob předběžného prohlášení zvolen spíše v případě možného nástupu demence než v případě mentálního postižení od dětství.<sup>194</sup>

### **Nápomoc při rozhodování**

Nápomoc při rozhodování je popsána v zákoně 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník.<sup>195</sup> Nápomoc při rozhodování je možností podpory, pro osobu, které v rozhodování působí obtíže duševní porucha (mentální postižení). V případě nápomoci při rozhodování nemusí být člověk s mentálním postižením omezen ve svéprávnosti, ale může si s tzv. podpůrcem (popřípadě s více podpůrci) ujednat poskytování podpory. Smlouvou o nápomoci se podpůrce zavazuje podporovanému, že bude s jeho souhlasem přítomen při právních jednáních, že mu zajistí potřebné údaje a sdělení a bude mu nápomocen radami. Podpůrce nesmí ohrozit zájmy osoby s mentálním postižením nevhodným ovlivňováním, ani se na úkor podporovaného bezdůvodně obohatit. Podpůrce je možné odvolat na návrh podporovaného i podpůrce, odvolání soud uskuteční i v případě, že podpůrce závažně poruší své povinnosti.<sup>196</sup>

Tomeš zmiňuje, že: „myšlenkou úpravy je, aby byl podpůrce se souhlasem podporovaného přítomen při jeho právních jednáních, zajišťoval mu potřebné údaje a sdělení, a i jinak mu napomáhal svými radami.“<sup>197</sup> Podporovaný jedná samostatně a podpůrce postupuje při plnění svých povinností v souladu s rozhodnutím podporovaného.<sup>198</sup>

---

<sup>193</sup> Zákon č. 89/2012, §38-§44

<sup>194</sup> MICHALÍK, 2018, 81

<sup>195</sup> Zákon č. 89/2012, §45-§48

<sup>196</sup> Tamtéž

<sup>197</sup> TOMEŠ, 2015, 217

<sup>198</sup> Tamtéž

Nápomoc při rozhodování je v praxi možné využít např. osobou s mentálním postižením, jež má s podporovatelem (podporovatel) důvěryhodný vztah a existují mezi nimi blízké kontakty. Tento způsob institutu lze využít osobami s mentálním postižením, které žijí v rodinách i mimo ně, například pokud využívají pobytovou sociální službu chráněné bydlení.<sup>199</sup>

### **Zastoupení členem domácnosti**

Zastoupení členem domácnosti popisuje také zákon č. 89/2012.<sup>200</sup> Jedná se o úpravu, která umožňuje zastoupení zletilé osoby v právním jednání v případě, že této osobě v právním jednání brání duševní porucha (mentální postižení). Zastupovat může potomek, předek, sourozenec, manžel nebo partner, nebo osoba, která se danou osobou žila před vznikem zastoupení ve společné domácnosti alespoň tři roky. Zástupce dává zastoupenému srozumitelnou formou vědět, že jej bude zastupovat a vysvětlí mu povahu i následky zastoupení. K odmítnutí zastoupení postačí schopnost projevit přání osobou, která nechce být zastoupena.

Zastoupení je nutné schválit soudem. Zároveň soud musí před rozhodnutím vyvinout potřebné úsilí k zjištění názoru zastoupené osoby. Zástupce musí dbát o ochranu zájmů zastoupeného a naplňování jeho práv, tak aby způsob jeho života nebyl v rozporu s jeho schopnostmi a aby, nelze-li tomu rozumově odporovat, odpovídal i zvláštním představám a přáním zastoupeného. Zastoupení se vztahuje na obvyklé záležitosti vzhledem k životním poměrům zastoupené osoby. Zástupce ale není oprávněn udělit souhlas k zásahu do duševní nebo tělesné integrity osoby s trvalými následky. Zástupce také může nakládat s příjmy zastoupené osoby, ovšem pouze v rozsahu potřební pro obstarání obvyklých záležitostí. S peněžními prostředky na účtu může nakládat pouze v omezeném rozsahu.

Zastoupení zaniká, pokud se ho zástupce vzdá, nebo v případě, že zastoupená osoba odmítne další zastupování, zaniknutí zastoupení je také

---

<sup>199</sup> MICHALÍK, 2018, 82

<sup>200</sup> Zákon č. 89/2012, §49-§54

možné v případě, že soud zastoupené osobě jmenuje opatrovníka. Zastoupení dále zaniká v případě, že zastoupená osoba uzavře s jinou osobou smlouvu o nápomoci při rozhodování v rozsahu, v jakém je zastoupená osoba způsobilá právně jednat.<sup>201</sup>

---

<sup>201</sup> Zákon č. 89/2012 §49-§54

## **Příloha č. 5 – Opatrovnictví osob s mentálním postižením**

Opatrovnictví sleduje ochranu zájmů zastoupeného člověka a naplňování jeho práv. Opatrovníka jmenuje soud a určí rozsah jeho opatrovnických práv a povinností. Soud jmenuje opatrovníka člověku, pokud je to potřeba k ochraně jeho zájmů. Soud jmenuje opatrovníka zejména tomu, koho omezil na svéprávnosti. Podle občanského zákoníku jmenuje soud opatrovníka mimo jiné člověku, jehož zdravotní stav mu působí obtíže při správě jmění a hájení práv. Opatrovník by měl mít s tzv. opatrovancem vhodným způsobem a potřebným rozsahem pravidelné spojení a projevovat skutečný zájem, dbát o jeho zdravotní stav a starat se o naplnění práv a chránění jeho zájmů. Záležitosti, o kterých opatrovník rozhoduje, musí opatrovanci srozumitelně vysvětlit, jejich povahu i následky. Dále dbá názorů opatrovance a jedná zpravidla společně s opatrovancem nebo na základě jeho vůle, pokud nelze zjistit vůli opatrovance, rozhoduje na návrh opatrovníka soud. Soud rozhoduje o jmenování opatrovníka až po přihlédnutí k zájmům člověka (s mentálním postižením) a zjistit, zda tomu nebrání nepřekonatelná překážka. Také musí zjistit stanovisko daného člověka a vycházet z něho.<sup>202</sup>

Úkolem opatrovníka je činit za svého opatrovance právní úkoly, ke kterým není opatrovanec způsobilý. Sobek zdůrazňuje,<sup>203</sup> že opatrovnictví neznamená převzetí odpovědnosti za život či zdraví nebo jednání zastoupeného člověka. Dále zmiňuje, že v rámci poskytování sociálních služeb osob s mentálním postižením je úlohou poskytovatele, aby citlivě prosazoval práva uživatelů služby.

---

<sup>202</sup> Zákon č. 89/2012, §457-§484

<sup>203</sup> SOBEK, 2010, 25

## Příloha č. 6 – Vzdělávání pracovníků sociálních služeb

### Sociální pracovník

Zákon uvádí: „vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního předpisu v oborech vzdělávání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitní práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost.“<sup>204</sup> Zákon pro výkon sociálního pracovníka dále vymezuje „vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního předpisu.“<sup>205</sup> Specifický je výkon sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, ke kterému má podle zákona 108/2006 odbornou způsobilost také „sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu.“<sup>206</sup> Další možností je uznání odborné kvalifikace nebo jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie – i v tomto případě se postupuje podle zvláštního právního předpisu.<sup>207</sup>

Sociální pracovník musí během výkonu svého povolání absolvovat další vzdělávání v rozsahu nejméně 24 hodin za kalendářní rok, které zajišťuje zaměstnavatel. Tímto průběžným vzděláváním sociální pracovník obnovuje, upevňuje a doplňuje svou kvalifikaci. Formou dalšího vzdělávání může být například specializační vzdělávání, které je zajišťováno vysokými a vyššími odbornými školami, odbornou stáží nebo účastí v kurzech s akreditovaným programem či na konferencích a školních akcích.<sup>208</sup>

---

<sup>204</sup> Zákon č. 108/2006, §110

<sup>205</sup> Tamtéž

<sup>206</sup> Tamtéž

<sup>207</sup> Tamtéž, §109-110

<sup>208</sup> Zákon č. 108/2006, §111

## **Kurz pracovníka v sociálních službách**

Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách podrobněji vymezuje vyhláška č. 505/2006 Sb., jež se skládá z obecné a zvláštní části. Obecná část obsahuje tematické okruhy zabývající se problematikou kvality v sociálních službách a standardy kvality sociálních služeb, základy komunikace, rozvoj komunikačních dovedností, asertivitou a metodami alternativní komunikace, dále úvodem do psychologie, psychopatologie a somatologie. Obsahuje základy ochrany zdraví, etiku výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost. Zabývá se základy prevence vzniku závislosti osob na sociální službě, sociálně právním minimem a metodami sociální práce. Zvláštní část kurzu se zaměřuje na základy péče o nemocné, základy hygieny a úvodem do problematiky psychosociálních aspektů chronických infekčních onemocnění. Dále se věnuje tématu aktivizační, vzdělávací a výchovné techniky a základní pedagogiky volného času. Obsahuje prevenci týrání a zneužívání osob, kterým jsou poskytovány sociální služby a také základy výuky péče o domácnost. Součástí tematických okruhů je odborná praxe, krizová intervence a úvod do problematiky zdravotního postižení. Jako poslední je uváděno téma zvládání jednání osoby, které je poskytována sociální služba, jestliže toto jednání ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob, včetně pravidel šetrné sebeobrany.<sup>209</sup>

Vyhláška také určuje minimální rozsah kurzu a uvádí, že počet výukových hodin jednotlivých tematických okruhů se stanovuje podle odborného zaměření vztahujícímu se k pracovnímu zařazení a druhu sociální služby.<sup>210</sup> Dále ve své příloze zmiňuje obory středoškolského vzdělání, které dovolují jejich absolventům vykonávat pozici pracovníka v sociálních službách bez absolvování kvalifikačního kurzu.<sup>211</sup>

---

<sup>209</sup> Vyhláška č. 505/2006, §37

<sup>210</sup> Tamtéž

<sup>211</sup> Tamtéž, příloha č. 4.

## **Příloha č. 7 – Metody práce s lidmi s mentálním postižením**

### **Skupinová sociálně-terapeutická práce**

Skupinová sociálně-terapeutická práce je formou rozvíjení potřebných dovedností pomocí setkávání skupin lidí s postižením. Klienti se zde s pomocí pracovníka učí komunikovat, vnímat a respektovat ostatní, být ohleduplní a vzájemně si naslouchat či projevit vlastní názor. Zdokonalují se tak v sociálních dovednostech, mohou navazovat přátelství i partnerské vztahy. Dále má skupina aspekt společného trávení volného času a vzájemné pomoci při řešení problémů s jeho využitím. Klienti zde mohou sdílet své zkušenosti a poradit si nebo se vzájemně motivovat. V rámci skupinové práce lze využít trénování formou modelových situací.<sup>212</sup>

### **Péče**

Péče souvisí s pozicí pečovatele, jenž je zmíněn výše v textu. Matoušek<sup>213</sup> jej uvádí jako jednu z profesí působící v chráněném bydlení. Z jeho textu v knize Sociální práce v praxi<sup>214</sup> však vyplývá, že péče jako model v rámci metod a technik sociální práce je spíše starším pojetím služeb. Totéž uvádí také Tomeš<sup>215</sup>. Péče se zaměřuje na uspokojení primárních potřeb klientů a jejím hlavním rysem je zajištění základních potřeb lidí – v případě zaměření této bakalářské práce jde o zajištění potřeb klientů chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením. V případě péče se po klientech nevyžaduje aktivní účast ani snaha o ni. Na rozdíl od asistence (popř. také individuálního plánování), kde je aktivní účast klientů velmi důležitou a podstatnou.<sup>216</sup> Podle Tomeše je jedním z cílů práce s lidmi s postižením „směřování k postupnému zmenšování podpory, tedy k tomu, aby stále více pro sebe dělal klient sám.“<sup>217</sup> Domnívá se, že tento cíl lze uplatňovat bez ohledu na míru

---

<sup>212</sup> MATOUŠEK, 2010, 118-119

<sup>213</sup> MATOUŠEK, 2008, 74

<sup>214</sup> MATOUŠEK, 2010, 120

<sup>215</sup> TOMEŠ, 2015, 223

<sup>216</sup> Tamtéž

<sup>217</sup> Tamtéž, 220



postižení, jelikož každý člověk je podle něj schopen zlepšení v některých činnostech, které pak zvládne částečně či úplně sám.<sup>218</sup>

Matoušek<sup>219</sup> uvádí, že pečovatelský model zahrnuje jednoduché aktivity (kreslení, uklízení). Tyto aktivity sice mohou připomínat asistenci, či individuální sociální práci, ale u péče jsou spíše naplněním volného času a jejich primárním cílem není rozvíjení dovedností klientů s mentálním postižením. Z toho vyplývá, že u modelu péče nedochází k rozvíjení dovedností cíleně, ale spontánně a neřízeně. Vzhledem k tomu, že péče jako metoda sociální práce na rozdíl od jiných metod, jako je například asistence, nevyžaduje klientovu spoluúčast, může být překážkou k dosahování cíle postupného zmenšování podpory.

Na péči se zaměřuje například pečovatelská služba vymezená v zákoně č. 108/2006<sup>220</sup> v § 40. Na rozdíl do chráněného bydlení má pečovatelská služba menší rozsah činností, které jsou v rámci služby vykonávané. Jedná se například o výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti. Z toho vyplývá, že péče a pečovatelská služba nemá za primární cíl rozvíjení dovedností svých klientů.

---

<sup>218</sup> TOMEŠ, 2015, 220

<sup>219</sup> MATOUŠEK, 2010, 120

<sup>220</sup> Zákon č. 108/2006

## **Přílohy č. 8 – Kontrolní profesionální práce a profesionální pomoc**

### **Způsoby kontrolní profesní práce**

Kontrolními způsoby profesionální práce jsou vyjasňování, přesvědčování, dozor a opatrování. V rámci vyjasňování pracovník vytváří klientovi prostor pro vyjádření tzv. objednávky a objasňuje svou pozici a své možnosti. Iniciativa klienta by se dala pomyslně v procentech vyjádřit kolem 90 %. U přesvědčování si pracovník bere na starost klientovu motivaci, hodnoty či postoje a snaží se je měnit. Při pomyslném vyjádření v procentech jde asi o 75% iniciativy klienta. Dalším uváděným způsobem je dozor, v rámci toho pracovník definuje pravidla i postupy a kontroluje, jak klient tato pravidla dodržuje. Přitom klientovi ponechává 50% iniciativy. Při opatrování pracovník přebírá starost o klienta v úplnosti, včetně zodpovědnosti za tyto opatrované záležitosti, jde o nejvyšší možnou míru kontroly, která neponechává klientově iniciativě skoro žádný prostor. Intenzita kontroly v uvedených způsobech práce narůstá. Všechny uvedené způsoby mohou být profesionální a užitečné, pokud jsou zvolené vhodně a s ohledem na kontext spolupráce, a jsou realizovány transparentně.<sup>221</sup>

### **Druhy profesionální pomoci**

Jako druhy profesionální pomoci autoři<sup>222</sup> uvádějí nabízení doporučení rad, inspirování, aktivizování a (partnerské) spoluvytváření. Během nabízení doporučení rad vychází pracovník z přání klienta a dojednává s ním zakázku. Součástí této zakázky může být i nabízení podnětů ve formě rad a doporučení, která má poradce již k dispozici. Míra spolupráce je velmi nízká (poradce využil již vytvořené a nabídl to klientovi). U inspirování pracovník klientovi nabízí různé alternativy a doptává se ho, v čem ho inspirují a jak s nimi bude dál pracovat. Míra spoluvytváření je u inspirování cca 50 %. Klient na podnětech staví a hledá vlastní cestu, jak je využít. Při aktivizování zdrojů klienta

---

<sup>221</sup> ZATLOUKAL, TKADLČÍKOVÁ, 2018, 52-53

<sup>222</sup> Tamtéž, 54

pracovník z hlediska obsahu nenabízí minimum, ale nabízí procesní prvky (otázky, metafory, komentáře), které aktivizují klientovi zdroje a hledání jeho vlastních pohledů a řešení. Procesními prvky (otázky, komentáře) jsou poradcem předem připravené a proces utváří poradce sám. Míra spoluvytváření je cca 75 %. Spoluvytváření (partnerské) obsahuje rovnocenné zapojení klienta pracovníka do společného vytváření obsahu i procesu společné práce. Poradce zve klienta do společného vytváření tématu i do způsobu, jak s ním pracovat<sup>223</sup>

---

<sup>223</sup> ZATLOUKAL, VÍTEK, 2016, 54



<p><b>Mapování</b></p> <p><b>(Systemický přístup)</b></p>	<p>Jakým způsobem v sociální službě chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením probíhá mapování návazných služeb v oblasti sociálně-zdravotního pomezí?</p> <p>Jak způsob mapování návazných služeb v sociální službě chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením ovlivňuje orientaci a osamostatnění klientů v oblasti sociálně-zdravotního pomezí?</p>	<p>8. Kdo v chráněném bydlení provádí mapování sociálně-zdravotních služeb?</p> <p>9. Jakým způsobem probíhá mapování návazných sociálně-zdravotních služeb?</p> <p>10. Jakým způsobem vás organizace připravuje na případné potřebné zajištění návazných služeb klientům?</p> <p>11. Kdo realizuje/iniciuje vyhledání návazné služby na sociálně-zdravotním pomezí v případě možné potřeby klienta?</p> <p>12. Mohl/a byste ilustrativně popsat situaci, mapování návazných služeb v sociálně-zdravotní oblasti?</p>
<p><b>Pozitiva X Negativa</b></p> <p><b>(Návaznost)</b></p>		<p>13. Jaká vidíte pozitiva sociální služby chráněného bydlení v současném stavu návaznosti služeb na sociálně-zdravotním pomezí?</p> <p>14. Jaká vnímáte (omezení) negativa sociální služby chráněné bydlení v současném stavu návaznosti služeb na sociálně-zdravotním pomezí?</p>
<p><b>Systemický přístup</b></p>	<p>Jakým způsobem se v sociální službě chráněné bydlení pro osoby s mentálním postižením odráží systemický přístup?</p>	<p>Operacionalizace – pomoc a kontrola: Pomoc a kontrola jsou z pohledu systemického přístupu teoretickým modelem pomáhající pracovníkovi v reflexi spolupráce s klienty. Za pomoc je zde považována pouze práce na tom, co si pracovník s klientem dojednali. Kontrolou se rozumí realizace toho, co s klientem dojednáno není a co vychází z přání někoho jiného než klienta. Zároveň je pro užití pomoci, či kontroly dána podmínka reflektování a rozlišení jedné či druhé varianty pracovníkem.</p> <p>➤ Pracujete ve své praxi s konceptem systemického přístupu pomoci a kontroly? (pokud ano -&gt;) Jak ve své praxi pracujete s konceptem pomoci a kontroly vycházející ze systemického přístupu? (otázka č. 19)</p> <p>Popř. Ponechat bez otázek, pouze hledat, zda se koncept pomoci a kontroly v odpovědích objevuje.</p>
<p><b>Závěr</b></p>		<p>15. Kolik Vám je let?</p> <p>16. Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání v oblasti sociální práce?</p>

		<p>➤ Co vnímáte jako největší bariéru CHB v oblasti sociálně-zdravotního pomezí? (otázka č. 17)</p>
<p><b>Doplňující otázky</b></p> <p><b>(Hranice)</b></p> <p><b>(Mapování)</b></p> <p><b>(Návaznost)</b></p> <p><b>(Systemický přístup)</b></p>		<p>17. Co vnímáte jako největší bariéru CHB v oblasti sociálně-zdravotního pomezí?</p> <p>18. Je návaznost a mapování služeb v oblasti sociálně-zdravotního pomezí zakotvena v individuálních plánech klientů? -&gt; Jak je návaznost a mapování služeb v oblasti sociálně-zdravotního pomezí zakotvena v individuálních plánech klientů?</p> <p>19. Pracujete ve své praxi s konceptem systemického přístupu pomoci a kontroly? -&gt; Jak ve své praxi pracujete s konceptem pomoci a kontroly vycházející ze systemického přístupu?</p>