

Přístupnost sociálních služeb azylové domy a noclehárny pro lidi s postižením

Výzkum veřejného ochránce práv 2020



Obsah

Přístupnost sociálních služeb azylové domy a noclehárny pro lidi s postižením	1
Obsah.....	2
Poslání ochránce.....	4
Slovník užitých pojmů.....	5
Seznam použitých zkratk	7
Úvodní slovo	8
Shrnutí	10
1. Hlavní zjištění z analýzy Registru poskytovatelů sociálních služeb	11
2. Hlavní zjištění z dotazníkového šetření u obcí s rozšířenou působností.....	12
3. Hlavní zjištění z dotazníkového šetření u azylových domů.....	12
4. Hlavní zjištění z dotazníkového šetření u nocleháren.....	14
Právní úprava.....	16
5. Poskytování sociálních služeb podle zákona o sociálních službách	16
5.1 Role obce při zajištění sociálních služeb	16
5.2 Role obecního úřadu s rozšířenou působností při zajištění sociálních služeb...	17
5.3 Role kraje při zajištění sociálních služeb.....	18
5.4 Role krajského úřadu při zajištění sociálních služeb.....	18
5.5 Spolupráce s poskytovateli zdravotních služeb	18
6. Azylové domy a noclehárny v systému sociálních služeb	19
6.1 Systém sociálních služeb.....	19
6.2 Překážky v poskytování sociální služby.....	20
6.3 Noclehárny.....	21
6.4 Azylové domy.....	22
6.5 Přístupnost sociálních služeb a materiálně technický standard	22
7. Přiměřená opatření pro lidi s postižením.....	23
8. Nezbytnost zajistit odpovídající sociální službu pohledem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením	23
9. Bezdomovectví	25
Výzkumná část.....	26
1. Analýza údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb.....	26
1.1 Přehled azylových domů a nocleháren.....	26
1.2 Cílové skupiny	27
1.3 Bariérovost.....	28



1.4	Postižení a další překážky využívání služeb	29
1.5	Potvrzení od lékaře a využívání azylového domu.....	32
1.6	Shrnutí.....	33
2.	Dotazníkové šetření u obcí s rozšířenou působností	34
2.1	Lidé s postižením obracející se na obce.....	34
2.2	Modelové situace	37
2.3	Dostupnost azylových domů a nocleháren dle ORP ve vazbě na postižení	44
2.4	Další zjištění	46
2.5	Shrnutí.....	49
3.	Dotazníkové šetření u azylových domů	50
3.1	Azylové domy.....	51
3.2	Modelové situace	57
3.3	Přístupnost azylových domů.....	63
3.4	Další zjištění	71
3.5	Shrnutí.....	72
4.	Dotazníkové šetření u nocleháren	74
4.1	Noclehárny.....	74
4.2	Modelové situace	77
4.3	Přístupnost nocleháren.....	82
4.4	Další zjištění	86
4.5	Shrnutí.....	89



Poslání ochránce

Již od roku 2001 ochránce chrání osoby před nezákonným či jinak nesprávným jednáním nebo nečinností správních úřadů a dalších institucí. Tehdy má právo nahlížet do úředních či soudních spisů, žádat úřady o vysvětlení a může bez ohlášení provádět místní šetření. Shledá-li pochybení úřadu a nepodaří se mu dosáhnout nápravy, může informovat nadřízený úřad či veřejnost.

Od roku 2006 ochránce plní úkoly národního preventivního mechanismu podle Opčního protokolu k Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Systematicky navštěvuje zařízení, v nichž se nacházejí osoby omezené na svobodě, a to jak z moci úřední, tak v důsledku závislosti na poskytované péči. Cílem návštěv je posílit ochranu před špatným zacházením. Svá zjištění a doporučení ochránce zobecňuje v souhrnných zprávách z návštěv a na jejich základě formuluje standardy zacházení. Návrhy na zlepšení zjištěného stavu a odstranění případného špatného zacházení ochránce směřuje jak k samotným zařízením a jejich zřizovatelům, tak k ústředním orgánům státní správy.

V roce 2009 byl ochránce pověřen rolí národního orgánu pro rovné zacházení a ochrany před diskriminací (equality body). Přispívá tedy k prosazování práva na rovné zacházení se všemi osobami bez ohledu na jejich rasu nebo etnický původ, národnost, pohlaví, sexuální orientaci, věk, zdravotní postižení, náboženské vyznání, víru nebo světový názor. Za tím účelem poskytuje pomoc obětem diskriminace, provádí výzkum, zveřejňuje zprávy a vydává doporučení k otázkám

souvisejícím s diskriminací a zajišťuje výměnu dostupných informací s příslušnými evropskými subjekty.

Od roku 2011 ochránce rovněž sleduje zajištění cizinců a výkon správního vyhoštění.

Počínaje lednem 2018 zastává ochránce také funkci monitorovacího orgánu pro naplňování práv zakotvených Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením a pomáhá také cizincům-občanům Evropské unie, kteří žijí nebo pracují v České republice. Poskytuje jim informace o jejich právech a pomoc při podezření na diskriminaci z důvodu státní příslušnosti.

Ke zvláštním oprávněním ochránce patří právo podávat Ústavnímu soudu návrhy na zrušení podzákonných právních předpisů, právo vedlejšího účastenství před Ústavním soudem v řízení o zrušení zákona či jeho části, právo podat správní žalobu k ochraně veřejného zájmu či návrh na zahájení kárného řízení s předsedou či místopředsedou soudu. Ochránce také může příslušnému úřadu doporučit vydání, změnu či zrušení právního nebo vnitřního předpisu. Doporučení ke změně zákona podává vládě.

Ochránce je nezávislý a nestranný, z výkonu své funkce je odpovědný Poslanecké sněmovně, která ho zvolila. Má jednoho voleného zástupce, kterého může pověřit výkonem části své působnosti. Se svými poznatky ochránce průběžně seznamuje veřejnost prostřednictvím médií, internetu, sociálních sítí, odborných seminářů, kulatých stolů a konferencí. Nejdůležitější zjištění a doporučení shrnuje zpráva o činnosti veřejného ochránce práv předkládaná každoročně Poslanecké sněmovně.



Slovník užitých pojmů

Ambulantní sociální služby – služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování.

Cílová skupina poskytování sociální služby – okruh osob, pro které je sociální služba určena, popřípadě jejich věková hranice nebo druh zdravotního postižení.¹

Nepříznivá sociální situace – oslabení nebo ztráta schopnosti situaci vyřešit, pramení z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, z krizové sociální situace, životních návyků a způsobu života vedoucích ke konfliktu se společností, ze sociálně znevýhodňujícího prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů.²

Pobytové sociální služby – služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb.

Poskytovatelé sociálních služeb – subjekty vymezené zákonem o sociálních službách (územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu nebo státní příspěvkové organizace, které jsou právnickými osobami), pokud splňují podmínky stanovené tímto zákonem, zejména získaly oprávnění k poskytování sociálních služeb.³

Služby sociální péče – napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře 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.

Služby sociální prevence – napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat lidem k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Sociální vyloučení – proces, během kterého jsou jednotlivci či celé skupiny vytěšňovány na okraj společnosti a je jim ztížen či omezen přístup ke zdrojům a příležitostem, které jsou dostupné ostatním členům společnosti.

Terénní sociální služby – služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Zájemce o sociální službu – zákon o sociálních službách pro tento termín nemá speciální definici, ale v této souvislosti uvádí, že poskytovatel sociální služby je povinen zájemce o sociální službu informovat o všech povinnostech, které by pro něho vyplývaly ze smlouvy

1 Ustanovení § 79 odst. 5 písm. d) bod 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

2 Ustanovení § 3 písm. b) zákona o sociálních službách.

3 Ustanovení § 6 zákona o sociálních službách.



o poskytování sociálních služeb, o způsobu poskytování sociálních služeb a o úhradách za tyto služby, a to způsobem pro něj srozumitelným.

Zřizovatelé sociálních služeb – subjekty (Ministerstvo práce a sociálních věcí, územní samosprávné celky, další právnické a fyzické osoby), které zřizují poskytovatele sociálních služeb; zřizovatel sociální služby nemusí být totožný s poskytovatelem sociální služby.



Seznam použitých zkratek

AD – azylový dům

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

ORP – obec s rozšířenou působností

RPSS – registr poskytovatelů sociálních služeb

SAS – sociálně aktivizační služba



Úvodní slovo

V souladu s Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením⁴ veřejný ochránce práv dohlíží na to, aby všichni lidé bez ohledu na své postižení mohli žít důstojně, samostatně či s podporou mohli rozhodovat o svém životě a aby byli respektováni jako plnohodnotní členové společnosti. Úmluva také předpokládá, že státy, které jsou její smluvní stranou, uznávají právo lidí s postižením na sociální ochranu a podniknou odpovídající kroky vedoucí k zajištění přístupu lidí s postižením k programům sociálního bydlení.⁵

Bydlení lze považovat za jednu ze základních životních potřeb. A je třeba zdůraznit, že bez dostupného a důstojného bydlení mají lidé mnohem horší přístup také k jiným základním potřebám, jako je zdravotní péče, vzdělání nebo práce. Česká republika doposud nemá ucelený systém sociálního bydlení zakotven ve svém právním řádu. Tomuto tématu se blíže věnovala také tehdejší veřejná ochránkyně práv Mgr. Anna Šabatová, Ph.D., ve výzkumu, který se týkal obecního bydlení z pohledu práva na rovné zacházení a role obcí při řešení bytové nouze, přičemž v něm byla zahrnuta i problematika práv lidí s postižením a jejich přístupu k obecnímu bydlení.⁶

Ačkoliv azylové domy nebo noclehárny nelze považovat za přímou součást koncepce sociálního bydlení, jako sociální služby tvoří důležitou záchrannou síť pro lidi v bytové nouzi. Jedním z hlavních cílů tohoto výzkumu tedy bylo zjistit, nakolik jsou azylové domy a noclehárny, samozřejmě v kontextu zákona o sociálních službách, přístupné lidem s postižením. Je nám zřejmé, že azylový dům i noclehárna jsou rozdílné typy sociálních služeb. Za pojící prvek jsme však považovali to, že jejich hlavním smyslem je pomoci lidem v bytové nouzi, a proto jsme se rozhodli do výzkumu zahrnout obě tyto sociální služby.

Součástí přípravné fáze bylo jednak studium dostupných dat a analýz z oblasti sociálního bydlení a sociálních služeb. Dále také proběhla pilotáž připravených dotazníků, které se za účelem ověření teoretických poznatků a jejich návaznost na praxi zúčastnili zástupci z řad poskytovatelů dotčených sociálních služeb a obcí.

V teoretické části výzkumu je popsána související právní úprava, tedy zejména vybraná ustanovení zákona o sociálních službách a povinnosti dotčených subjektů. Zmíněny jsou také související články Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

Výzkumná část se skládá ze čtyř kapitol. První kapitola se věnuje zpracování údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb, následující tři představují závěry z dotazníkového šetření u obcí s rozšířenou působností, azylových domů a nocleháren. V rámci dotazníkových šetření jsme oslovili všechny obce s rozšířenou působností, azylové domy a noclehárny a zjišťovali jsme, jaké jsou jejich zkušenosti s poskytováním služeb lidem s postižením, kteří jsou zároveň v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení nebo bez přístřeší.

4 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, sjednaná v New Yorku dne 13. prosince 2006, vyhlášená ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb. m. s.

5 Čl. 28 Úmluvy o ochraně práv osob se zdravotním postižením.

6 Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/69-2019-DIS-JMK-vyzkum_obecni_bydleni.pdf.



Dotazníková šetření probíhala v období březen až srpen 2019. Součástí výzkumné části jsou vybrané citace z odpovědí respondentů, které jsme ponechali v původním znění (vyjma gramatických a stylistických úprav), a to i pokud jde o užitou terminologii ve vztahu k lidem s postižením. Důvodem minimalizace zásahů je fakt, že přímé citace odpovědí respondentů slouží v rámci výzkumné zprávy jako důkaz, ilustrace nebo vysvětlení, takže není žádoucí, aby byly měněny (jakákoliv změna může posunout jejich význam). Kromě toho, respondenti touto cestou dostávají prostor pro popsání vlastní perspektivy vlastními slovy a editace by tuto autenticitu nutně narušila.

Je mi zřejmé, že v případě obou sociálních služeb se jedná o přechodný způsob ubytování, a stejně tak jsem si vědoma toho, že pohledem zákona o sociálních službách se jedná o služby sociální, které mají poskytnout okamžitou pomoc ve chvíli bytové nouze, a nikoliv služby sloužící primárně k zajištění trvalého bydlení. Přesto se domnívám, že i lidé s postižením se mohou ocitnout v nepříznivé sociální situaci, kdy právě služby azylového domu nebo noclehárny pro ně představují jedinou možnost, jak předejít prohlubujícímu se sociálnímu vyloučení.

Výzkum a zprávu o něm předkládám k další diskusi. Konkrétní doporučení bych však ráda formulovala až po následné diskusi s odborníky z řad poskytovatelů sociálních služeb i dotčených orgánů státní správy. Impulzem k výzkumu byla potřeba zmapovat oblast v rámci dlouhodobé monitorovací činnosti, doufám však, že popis některých problémových aspektů, a především další diskuse nad tématem či realizace doporučení, která budou následovat, přispějí ke zlepšení postavení lidí s postižením v této oblasti.

Mgr. Monika Šimůnková
zástupkyně veřejného ochránce práv



Shrnutí

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením předpokládá, že státy, které jsou její smluvní stranou, **uznávají právo lidí s postižením na sociální ochranu a podniknou odpovídající kroky vedoucí k zajištění přístupu lidí s postižením k programům sociálního bydlení. To vše při zachování jejich práva na nezávislý život, který mohou vést samostatně či s potřebnou podporou.**

V našich podmínkách lze jistě za jeden z pilířů takové podpory považovat sociální služby, mezi něž patří i služby azylový dům a noclehárna. Ačkoliv se ze své podstaty liší v tom, že jedna je poskytována jako pobytová a druhá jako ambulantní, za pojící prvek lze považovat možnost ubytování a s tím související předpokládané bariéry ve vztahu k lidem s postižením. Tyto služby pak také můžeme vnímat jako záchrannou síť, pokud jiné prvky sociální ochrany z různých důvodů selhaly.

Výsledky výzkumu poukázaly na **mnohé překážky, a to ať už jde o materiálně technické zázemí a vybavení, nebo také přístup k lidem s postižením jako takový.** Ve vyjádření poskytovatelů sociálních služeb velmi často zaznívalo, že nejsou službami péče, ale službami prevence. Není tedy v jejich popisu práce a ani možnostech lidem s postižením poskytovat pomoc, kterou v mnoha případech opravdu potřebují. Právě proto poskytovatelé často kladou velký důraz na soběstačnost zájemců o tyto služby. **Lidé s postižením tedy v mnoha případech nemohou využít záchranné sítě dotčených sociálních služeb, která jinak lidem bez postižení přístupná je.** To, že má člověk postižení, však nemusí vždy nutně znamenat, že potřebuje služby sociální nebo zdravotní péče. Za předpokladu, že by prostředí sociální služby bylo přiměřeně přizpůsobené a bez bariér a kvalifikovaný personál by dokázal poskytnout potřebnou podporu, popřípadě by fungovala spolupráce s externími službami, mohli by stávajícího systému služeb využívat i lidé s postižením.

Za nejdůležitější zjištění plynoucí z provedeného výzkumu lze považovat následující:

- Ačkoliv nejsou lidé s postižením primární cílovou skupinou sociálních služeb azylový dům a noclehárna, zjistili jsme, že o tyto služby mají zájem (u azylových domů představují 17 % (470) klientů, noclehárny pak uvedly, že jejich službu využilo během roku (2018) 2 302 klientů s postižením⁷).
- Azylové domy a noclehárny jsou lidem s postižením těžko přístupny, a to zejména lidem s těžším tělesným postižením a celkově pak lidem, kteří nejsou soběstační (ať už se jedná o nutnost překonat vnější překážky, nebo o potřebu dopomoci při sebeobsluze).
- Člověk s postižením je některými obcemi s rozšířenou působností nebo poskytovateli stále vnímán v kontextu zdravotního modelu postižení a není podporován nezávislý způsob života s využitím zejména terénních a ambulantních služeb.
- Ukázalo se, že v mnoha případech je nedostatkem také nefungující spolupráce mezi poskytovateli zdravotních služeb, sociálních služeb a obcemi.

7 U nocleháren jsme vzhledem k velké fluktuaci klientů nesledovali celkový počet klientů za rok (2018).



- Výsledky výzkumu nepřímo potvrzují také to, že v České republice stále chybí koncepční řešení sociálního bydlení.

Mnoho poskytovatelů i zástupců obcí s rozšířenou působností navrhovalo zavedení nového typu specializované sociální služby, která by v sobě spojovala prevenci spočívající v poskytnutí dočasného ubytování a sociální nebo zdravotní péči.⁸ Potřebu nového typu služby, konkrétně ve vztahu k závislostem, zmiňuje i Strategie sociálního začleňování 2021 – 2030.⁹ Takové řešení je samozřejmě možné. Za současných podmínek je však nezbytné, aby se stávající systém služeb lépe přizpůsobil lidem s postižením, aniž by docházelo k jejich segregaci.

Je zřejmé, že odstranění výše popsaných bariér je vysoce finančně náročnou záležitostí, a to ať už jde například o zpřístupnění budov a jejich vybavení, nebo zajištění potřebné péče. Je na dotčených subjektech, včetně Ministerstva práce a sociálních věcí a popřípadě i Ministerstva zdravotnictví, zajistit systémová řešení.

Ta by měla zahrnovat zejména:

- Postupné odstranění bariér, které by mělo zahrnovat povinnost přijímat přiměřená opatření, což by zajistilo širší přístupnost služeb lidem s postižením.
- Podporovat a zajišťovat využití nezbytných (externích) služeb péče v azylových domech a noclehárnách (například osobní asistence, pečovatelská služba).
- Systémové řešení sociálního bydlení.
- Koordinovanou spolupráci sociálních služeb a sociální práce na obcích.

1. Hlavní zjištění z analýzy Registru poskytovatelů sociálních služeb

- Více než třetina 38 % azylových domů **výslovně uvádí, že jejich zařízení není bezbariérové** (případně to vyplývá z popisu). Naopak pouze u 15 % (34) azylových domů z popisu v Registru poskytovatelů sociálních služeb (dále též jen „RPSS“) vyplývá, že je mohou využívat lidé, kteří ke svému pohybu využívají vozík. U nocleháren je v RPSS popsána jako bariérová třetina 33 %. Pouze více než desetina 13 % (10) nocleháren uvádí bezbariérovost.
- Nejfrekventovanějším požadavkem na zájemce o službu byla soběstačnost, v RPSS ji výslovně uvádí více než třetina azylových domů 34 %, nocleháren pak 40 %. Pokud jde o určení okruhu lidí, kterým je sociální služba určena, tak přímé zacílení na postižení nebo zdravotní znevýhodnění je velmi ojedinělé, konkrétně to uvádí pouze čtyři

8 Respondenti zmiňovali specifické skupiny lidí s postižením, jako jsou matky s psychosociálním postižením nebo lidé s různými typy závislostí či stárnoucí lidé s chronickými zdravotními obtížemi ve spojení se ztrátou základních sociálních návyků.

9 Ministerstvo práce a sociálních věcí, odbor pro sociální začleňování Úřadu vlády ČR. Strategie sociálního začleňování 2021 – 2030. [online] Praha. [1. 12. 2020] Dostupné z <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Strategie+soci%C3%A1ln%C3%ADho+za%C4%8Dle%C5%88ov%C3%A1n%C3%AD+2021-2030.pdf/fdf1647d-ebf7-efe3-e797-efcf865cb171>.



azylové domy. Omezení svéprávnosti uvedlo jako překážku poskytnutí služeb 4 % azylových domů, u nocleháren se tato překážka objevila v jednom případě.

2. Hlavní zjištění z dotazníkového šetření u obcí s rozšířenou působností

- Na obce s rozšířenou působností se obrátilo v roce 2018 se žádostí o pomoc při zajištění bydlení 2 789 lidí s postižením (průměrně 13 lidí na jednu obec). **Jako řešení obtížné situace byl zprostředkován v 454 (16 %) případech azylový dům, noclehárna pak byla zprostředkována 401 (14 %) lidem.** Mezi jiná řešení, která obce nejčastěji uvedly (vedle zprostředkování azylového domu či noclehárny), patří ubytování na ubytovně (uvedlo 50 % obcí), přijetí do léčebny dlouhodobě nemocných (uvedlo 31 % obcí) a ubytování u příbuzných (uvedlo 29 % obcí).
- Součástí dotazníku byly tři modelové situace lidí s postižením žádajících o pomoc v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení nebo bez přístřeší. V první modelové situaci se jednalo o člověka s tělesným postižením, ve druhé s duševním onemocněním a ve třetí se smyslovým postižením. Z odpovědí vyplývá, že způsob řešení představují z pohledu obcí s rozšířenou působností spíše služby péče (domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení) a popřípadě je navrhováno využití sociálního bytu. Je zjevná snaha vyřešit situaci spíše prostřednictvím postižení člověka než skrze službu, která se soustředí na pomoc spojenou se ztrátou bydlení.
- Z vyjádření obcí vyplývá, že **předpokládají možnost zprostředkovat dotčenou sociální službu spíše lidem s lehčím postižením.** Jako velmi problematické naopak vidí zprostředkování služby pro lidi závislé na alkoholu se stavy narušujícími soužití, s těžším mentálním postižením či pro lidi, kteří se pohybují na vozíku a potřebují pomoc při sebeobsluze.
- Některé obce upozorňovaly, že je třeba hledat dlouhodobá řešení a popisovaly současnou praxi, kdy pro lidi se závažnějším postižením či se zdravotními komplikacemi a s nízkým příjmem v podstatě neexistuje vhodné řešení. Tito lidé pak putují mezi službami zdravotnickými, sociálními a komerčními či přímo pobytem na ulici.

3. Hlavní zjištění z dotazníkového šetření u azylových domů

- Celkově je maximální možná kapacita služeb, které se zúčastnily dotazníkového šetření, 3 638 míst. Aktuální počet klientů využívajících služby v době sběru dat byl 2 707 (využitá kapacita 74 %). **Mezi těmito klienty pak bylo 17 % (470) lidí s postižením,** nejčastěji se jednalo o duševní onemocnění, následovalo postižení tělesné, spíše výjimečné bylo pak kombinované a smyslové postižení.
- **Více než tři čtvrtiny (78 %) respondentů uvedly, že ve své práci vnímají nějaké překážky, které brání lidem se zdravotním postižením využívat jejich sociální službu.** Pro tělesné postižení byla nejčastější překážka to, že služba není bezbariérová a není schopna poskytovat pečovatelskou péči. Pro smyslové postižení služby nejčastěji zmiňovaly jako překážku nemožnost zajištění orientace a komunikace. U duševních



onemocnění respondenti jako překážku zmiňovali kvalifikaci personálu, uváděli, že je problémem, pokud je zájemce o službu nesoběstačný či narušuje soužití.

- Na základě vyjádření respondentů k jednotlivým modelovým situacím lze shrnout, že u tělesného postižení představují největší překážku faktické bariéry a nutné poskytnutí dopomoci. Zájemci s duševním onemocněním by služba mohla být poskytnuta ve větší míře, avšak zde panuje obava z možného narušování kolektivního soužití a nutného poskytnutí dopomoci. U modelové situace člověka se sluchovým postižením respondenti překážku viděli zejména v nemožnosti zajištění komunikace.
- **Azylové domy nejsou po materiálně technické stránce dobře přístupné**, 77 % z nich uvedlo, že člověk pohybující se na vozíku by nemohl využívat jejich hlavní budovu (vedlejší budovu pak 76 %), 12 % uvedlo, že by ji mohl využívat částečně a **pouze 10 % uvedlo, že by ji mohl využít plnohodnotně**.
- Pro lidi s postižením nebo zdravotním omezením jsou nejlépe přístupné azylové domy spíše v případě, že jde o lehčí mentální postižení nebo duševní onemocnění, které nenarušuje kolektivní soužití. Naopak nejméně azylových domů může službu poskytnout zájemci pohybujícímu se na vozíku, který potřebuje dopomoc se sebeobslouhou, a dále zájemci s těžkým mentálním postižením. **Poskytovatelé zdůrazňovali, že často není rozhodující konkrétní postižení, ale faktická samostatnost člověka.** Nejčastější zmiňovanou překážkou je to, že azylový dům neposkytuje asistenci, dále bariérovost budovy a absence zdravotnického personálu.
- U dětí jsou omezení pro využívání azylového domu menší, protože je zde rodič, který se o dítě může postarat. Pouze 37 % azylových domů, které uvedly, že jejich cílovou skupinou jsou i děti, uvedlo, že poskytují podporu rodičům s mentálním postižením či duševním onemocněním.
- **Možnost využívat jinou sociální službu v prostorách azylového domu umožňuje 83 % respondentů.** Problém však může být to, že klienti nemají na úhradu služby finance nebo služba není dostupná. Za poslední tři roky se s využitím pečovatelské služby setkalo 25 % respondentů a s využíváním osobní asistence se setkalo 16 % respondentů.
- Mezi úpravy, které by bylo nutné provést, aby byl azylový dům lépe přístupný lidem s postižením, uvedlo 74 % respondentů stavební úpravy, 66 % zvyšování kvalifikace personálu, 61 % nové prostory a 59 % navýšení personálních kapacit. Pouze 5 % respondentů uvedlo, že je jejich služba dostatečně přístupná.
- Často se opakovala věcná námitka, že azylové domy nejsou službou péče, ale službou prevence. Respondenti tak upozorňovali na to, že poskytováním péče klientům s postižením by porušovali podmínky registrace podle zákona o sociálních službách a bude třeba přistoupit spíše k nějakému systémovému řešení. Respondenti také uváděli, že jsou v situaci, kdy lidé s potřebou dopomoci či péče nejsou jejich cílovou skupinou, nicméně čelí faktu, že pro takovéto lidi není dostupná vhodná služba.



4. Hlavní zjištění z dotazníkového šetření u nocleháren

- **V roce 2018 využilo noclehárny, které se zúčastnily dotazníkového šetření, 2 302 lidí s postižením,** nejčastěji se jednalo o tělesné postižení, následovalo duševní onemocnění, spíše výjimečné pak bylo kombinované a smyslové postižení.
- **Více než dvě třetiny (67 %) respondentů uvedly, že ve své práci vnímají nějaké překážky, které brání lidem s postižením využívat jejich noclehárnu.** Pro tělesné postižení byla nejčastější překážka to, že služba není bezbariérová, dále pak fakt, že noclehárny neposkytují asistenci lidem, kteří potřebují pomoc někoho jiného. Pro smyslové postižení služby nejčastěji zmiňovaly jako překážku to, že nemají tlumočníka do znakového jazyka a jejich služba není uzpůsobena lidem se sníženou orientací. U lidí s duševním onemocněním byl nejčastější překážkou pro vstup do služby nekompenzovaný stav, kdy člověk narušoval soužití v noclehárně.
- Na základě vyjádření respondentům k jednotlivým modelovým situacím lze shrnout, že u tělesného postižení představují největší překážku faktické bariéry a nutné poskytnutí pomoci. Naopak u duševního onemocnění by člověk nemohl využít pouze jednu noclehárnu, která svou negativní odpověď zdůvodnila obavou, že chování člověka by mohlo narušovat kolektivní soužití. U člověka se sluchovým postižením respondenti překážku viděli zejména v nemožnosti zajištění komunikace.
- **Noclehárny nejsou po materiálně technické stránce dobře přístupné, 70 % z nich uvedlo, že člověk pohybující se na vozíku by nemohl využívat jejich hlavní budovu (vedlejší budovu pak 67 %).**
- Pro lidi s postižením nebo zdravotním omezením jsou nejlépe přístupné noclehárny v případě, že jde o lehčí mentální postižení nebo duševní onemocnění, které nenarušuje kolektivní soužití. Naopak nejméně nocleháren může službu poskytnout zájemci pohybujícímu se na vozíku, který potřebuje pomoc se sebeobslouhou, a dále zájemci s těžkým mentálním postižením. **Poskytovatelé zdůrazňovali, že často není rozhodující míra postižení, ale samostatnost člověka či fakt, že nebude narušovat chod služby.**
- **Možnost využívat jinou sociální službu v prostorách noclehárny vyloučilo 51 %.** Využívání externích služeb komplikuje fakt, že se jedná o noční provoz a noclehárny nemají adekvátní prostory, kde by mohly být tyto služby poskytnuty. Za poslední tři roky se s využitím pečovatelské služby klienty setkala 14 % respondentů a s využíváním osobní asistence 12 %.
- Mezi úpravy, které by byly nutno provést, aby byla noclehárna lépe přístupna lidem s postižením, uvedlo 67 % respondentů stavební úpravy, 49 % zvyšování kvalifikace personálu, 47 % nové prostory a 42 % navýšení personálních kapacit. Pouze 7 % respondentů uvedlo, že je jejich služba dostatečně přístupná.¹⁰

¹⁰ Respondenti měli možnost navrhnout více druhů úprav.



- Také u respondentů z řad nocleháren se opakovaly námitky, že nejsou sociální službou péče, ale prevence. Pro lidi, kteří jsou v bytové nouzi a jejichž stav nevyžaduje léčbu, ale spíše péči a zároveň se jedná o lidi nemajetné, kteří si nemohou zaplatit adekvátní sociální službu, v podstatě neexistuje vhodné zařízení. Opakovaly se připomínky k jednání zařízení zdravotních služeb, která při propuštění lidí s postižením ze zdravotní péče nerespektují doporučené postupy a lidi se zdravotními problémy předávají bez předchozí domluvy přímo do zařízení sociální prevence.



Právní úprava

5. Poskytování sociálních služeb podle zákona o sociálních službách

Poskytování sociálních služeb upravuje zákon o sociálních službách¹¹ a jeho prováděcí vyhláška.¹² Tento zákon upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. Stanoví také povinnosti obcím, obecním úřadům obcí s rozšířenou působností, krajům a krajským úřadům.

Pokud jde o principy, na nichž poskytování sociálních služeb stojí, tak zákon o sociálních službách¹³ zdůrazňuje, že: „Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“

Tato obecná zásada plně koresponduje s požadavky Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.¹⁴ **K naplnění těchto principů by měly směřovat veškeré postupy a činnosti všech subjektů, které se podílejí na plánování, zajišťování, financování a poskytování sociálních služeb.**

5.1 Role obce při zajištění sociálních služeb

Role obcí při zajištění sociálních služeb je upravena v ustanovení § 94 zákona o sociálních službách. Hlavním úkolem obce je **zjišťovat potřeby osob na svém území a zajišťovat dostupnost informací o sociálních službách na svém území**. K povinnostem obce patří také **spolupráce** s dalšími obcemi, krajem a poskytovateli sociálních služeb při **zprostředkování pomoci nebo kontaktu mezi konkrétní sociální službou a potenciálním klientem**.

Obce sehrávají důležitou roli při přípravě střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje.¹⁵ Obce mají sdělovat kraji informace o tom, které sociální služby na svém území potřebují rozšířit či nově zřídit, anebo naopak, u kterých sociálních služeb poptávka klesá.

11 Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

12 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

13 Ustanovení § 2 zákona o sociálních službách.

14 Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, sjednaná v New Yorku dne 13. prosince 2006, vyhlášená ve Sbírce mezinárodních smluv pod č. 10/2010 Sb. m. s.

15 Náležitosti střednědobého plánu stanoví vyhláška č. 505/2006 Sb.



Proto, aby tuto povinnost mohly plnit, musí mít o poptávce a nabídce konkrétních služeb přehled.

K tomu, aby sociální služby byly pro občany obcí dostupné, je nutná spolupráce všech. Tedy obcí, poskytovatelů sociálních služeb a také zástupců z řad klientů, jejich rodin či nevládních organizací, které se v této oblasti angažují.

Z výše uvedeného vyplývá, že obce mají v systému plánování zajištění dostupnosti sociálních služeb významnou a v mnohém nezastupitelnou roli. Měly by znát aktuální potřeby svých občanů a měly by být jako první schopny identifikovat potřebu konkrétní služby s ohledem na poptávku po této službě na svém území.

5.2 Role obecního úřadu s rozšířenou působností při zajištění sociálních služeb

V ustanovení § 92 zákona o sociálních službách je dále specifikována role obecního úřadu obce s rozšířenou působností při zajištění sociálních služeb. Obecní úřad obce s rozšířenou působností má **povinnost zajistit okamžitou pomoc osobě, které aktuálně není poskytována sociální služba a její absence ji ohrožuje na životě a zdraví**. Pomocí se rozumí zajištění sociální služby nebo jiné formy pomoci v nezbytném rozsahu. Tato povinnost se však váže k **výjimečným** situacím, kdy je zpravidla pomoc zabezpečena na přechodnou dobu, než se podaří najít dlouhodobé řešení nepříznivé situace člověka.

Pro mapování potřeb lidí, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci, je stěžejní povinnost obecního úřadu **realizovat sociální práci¹⁶ směřující k řešení této situace.¹⁷** Pokud zákon o sociálních službách hovoří o pomoci při sociálním začlenění, je to právě sociální práce, která zde sehrává zásadní roli. **Lidé s postižením** mohou být v důsledku svého postižení v různé míře ohroženi sociálním vyloučením, **proto je nezbytné, aby se jim dostalo pomoci a podpory prostřednictvím sociální práce, která je komplexní a cílená. Současně lze vyvozovat, že sociální práce na obci by měla být doplněna o podporu člověka prostřednictvím některé ze služeb sociální prevence.**

V neposlední řadě je vhodné uvést, že další důležitou povinností obecního úřadu obce s rozšířenou působností je také zastoupení člověka, který nemá zákonného zástupce nebo opatrovníka a sám za sebe není schopen jednat při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby.¹⁸

16 K výkonu sociální práce vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí metodický pokyn. Doporučený postup č. 1/2018 k realizaci činnosti sociální práce na pověřených obecních úřadech, obecních úřadech obce s rozšířenou působností a krajských úřadech. [online] Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2018 [cit. 2020-2-10]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/DP_1_2018.pdf/bcc5621b-b0de-2103-99b9-8667d30a3546.

Veřejný ochránce práv k výkonu sociální práce vydal Desatero dobré praxe sociální práce při řešení nepříznivé sociální situace. Dostupné z https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/Ochrance_letak_Desatero_dobre_praxe.pdf.

17 Nepříznivou sociální situací se pro účely zákona o sociálních službách rozumí „oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“. Viz ustanovení § 3 písm. b) zákona o sociálních službách.

18 Ustanovení § 91 odst. 6 zákona o sociálních službách.



5.3 Role kraje při zajištění sociálních služeb

Povinnosti kraje jsou v mnohém podobné povinnostem obce.¹⁹ Úkolem kraje je zjišťovat, které služby a v jaké kapacitě potřebuje na svém území. Důvodem je to, že má povinnost zajistit dostupnost sociálních služeb. Pro splnění této povinnosti potřebuje informace o tom, které služby chybí úplně, kde nestačí kapacita apod. Proto by měl při vytváření střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb, který musí zpracovat, spolupracovat s obcemi, poskytovateli a také s lidmi, jimž mají služby sloužit.

Kraj má také informovat Ministerstvo práce a sociálních věcí o tom, jak plní své plány.

5.4 Role krajského úřadu při zajištění sociálních služeb

Krajský úřad **koordinuje** ve svém správním obvodu **poskytování sociálních služeb, a stejně tak koordinuje výkon sociální práce** vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob.²⁰

5.5 Spolupráce s poskytovateli zdravotních služeb

Je zřejmé, že s ohledem na cílové skupiny lidí, s nimiž je realizována sociální práce, je nezbytná spolupráce obcí či sociálních služeb také s poskytovateli zdravotních služeb. Hranici mezi tím, kdy je člověk adresátem výhradně zdravotních a kdy výhradně sociálních služeb, není v některých případech snadné určit.

Mnoho lidí v bytové nouzi žije na pomezí obou systémů. Často se tak stává, že azylové domy nahrazují služby léčeben dlouhodobě nemocných, a jindy naopak nemocnice zastupuje azylový dům nebo jinou pobytovou sociální službu.

Zákon o zdravotních službách²¹ uvádí, že „pokud není pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby, může být propuštěn z jednodenní nebo lůžkové péče až po předchozím včasném vyrozumění osoby, která tuto péči zajistí. Má-li být propuštěn pacient, u něhož není zajištěna další péče, poskytovatel (zdravotních služeb) o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle adresy místa trvalého pobytu pacienta.“ Zákon tedy pamatuje na to, že hlavním cílem je společné zajištění následné péče a z uvedeného lze dovodit povinnost spolupráce obecního úřadu obce s rozšířenou působností s poskytovateli zdravotních služeb.

Na druhou stranu má pak obecní úřad obce s rozšířenou působností povinnost na základě oznámení poskytovatele zdravotních služeb zjistit, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče, a zprostředkovat možnost jejich poskytnutí.²² Pokud nelze tyto služby poskytnout, sděluje neprodleně tuto skutečnost

19 Ustanovení § 95 zákona o sociálních službách.

20 Ustanovení § 93 písm. c) zákona o sociálních službách.

21 Ustanovení § 47 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále též jen zákon o zdravotních službách).

22 Ustanovení § 92 písm. c) zákona o sociálních službách.



dotčenému poskytovateli zdravotních služeb. V rámci spolupráce se poté sociální pracovník obecního úřadu obce s rozšířenou působností snaží najít možná řešení vzniklé situace.²³

Pro úplnost lze také uvést, že poskytovatelé zdravotních služeb mají možnost ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče také poskytovat sociální služby.²⁴

6. Azylové domy a noclehárny v systému sociálních služeb

6.1 Systém sociálních služeb

Sociální služby podle zákona o sociálních službách zahrnují **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence** a poskytují se jako **ambulantní, pobytové nebo terénní** v různých kombinacích.²⁵

Smyslem sociálního poradenství je poskytovat základní informace, a přispět tak k řešení nepříznivé sociální situace. Služby sociální péče pomáhají lidem zajistit soběstačnost, tedy zvládání úkonů péče o vlastní osobu. Jako úhradu za poskytování těchto služeb lze použít příspěvek na péči. Služby sociální prevence se zaměřují na jevy a situace, které mohou vést k sociálnímu vyloučení osob, a nejsou způsobeny neschopností pečovat o sebe z důvodu věku či zdravotního stavu. Zaměřují se na oblast sociálně negativních jevů, jako je například kriminalita, bezdomovectví, zneužívání návykových látek, krize v rodině apod.²⁶

Pro poskytování pobytových a ambulantních sociálních služeb jsou zřizována zařízení sociálních služeb. Terénní služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí člověka.

Důležité je, že **kombinace různých druhů služeb a jejich souběh nejsou zákonem nijak omezovány**. Člověk sám rozhoduje, které z jednotlivých služeb bude využívat, popřípadě jak je vzájemně propojí.

Azylové domy, a stejně tak i noclehárny, patří k zařízením sociálních služeb, které poskytují služby **sociální prevence**.²⁷ **Azylové domy pobytovou formou a noclehárny formou ambulantní.** Jejich hlavním cílem je zabránit sociálnímu vyloučení lidí, kteří jsou tímto ohroženi. Ohrožení může pramenit z krizové sociální situace, ze životních návyků a způsobu života vedoucího ke konfliktu se společností. Také ze sociálně znevýhodňujícího prostředí nebo z ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby.

Služby sociální prevence mají napomáhat k překonání nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Vyjma nepříznivé

23 Doporučený postup č. 1/2018 k realizaci činnosti sociální práce na pověřených obecních úřadech, obecních úřadech obce s rozšířenou působností a krajských úřadech.

24 Ustanovení § 52 zákona o sociálních službách. Více k poskytování sociálních služeb ve zdravotnickém zařízení také viz Metodický pokyn pro zdravotnická zařízení k aplikaci zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online] Ministerstvo zdravotnictví [cit. 2020-2-10]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/metodicky-pokyn-k-aplikaci-zakona-c-108-2006-sb/>.

25 Ustanovení § 32 a násl. zákona o sociálních službách.

26 Stručné vymezení sociálních služeb dostupné také z http://socialni.praha.eu/jnp/cz/nejcasteji_kladene_otazky/socialni_sluzby/index.html.

27 Ustanovení § 53 zákona o sociálních službách.



sociální situace není cílová skupina služby azylový dům nebo noclehárna v zákoně ve vztahu ke zdravotnímu postižení definována jiným způsobem. **Teoreticky by tyto služby měly být, až na výjimky stanovené zákonem potažmo prováděcí vyhláškou, poskytovány všem potenciálním zájemcům o službu.**²⁸ Poskytovatel si však **může vymezit okruh osob, pro které je sociální služba určena**, popřípadě jejich věkovou hranici nebo **druh zdravotního postižení**.²⁹ Je ale otázkou, nakolik by omezení přístupu lidí s postižením k určité službě obstálo z pohledu rovného zacházení, tedy zda by takové omezení bylo přípustné,³⁰ nebo by přijetí přiměřených opatření (odstranění bariér) představovalo pro poskytovatele, potažmo zřizovatele nepřiměřené zatížení.³¹

V souvislosti s výše uvedeným je třeba také upozornit na to, že za zajištění dostupnosti sociálních služeb pro všechny, tedy i pro lidi s postižením, odpovídá kraj. Tuto skutečnost by měl zohledňovat při vytváření střednědobých, akčních a komunitních plánů a tvorbě minimální sítě sociálních služeb na svém území a následného nastavování dotační politiky. Česká republika by pak v souladu s Úmluvou na ochranu práv lidí s postižením měla nést odpovědnost za nastavení podmínek pro poskytování sociálních služeb v celém jejich širokém spektru tak, aby byly přístupné i lidem s postižením.³²

Je zřejmé, že zmíněné sociální služby (azylový dům, noclehárna) nejsou nastaveny jako služby sociální péče (oproti domovům pro osoby se zdravotním postižením nebo chráněnému bydlení). Avšak za předpokladu, že by služby naplňovaly podmínky univerzálního designu tak, jak předpokládá Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, popřípadě učinily přiměřená opatření, která nejsou nepřiměřeně náročná, staly by se služby přístupnější, aniž by lidé s postižením potřebovali pomoc. A jak již bylo uvedeno výše, souběh jednotlivých služeb není zákonem vyloučen, takže za předpokladu, že by člověk s postižením potřeboval péči, může ji čerpat od jiného poskytovatele (pečovatelská služba, osobní asistence) či fyzické osoby (osoba blízká nebo asistent sociální péče³³).

6.2 Překážky v poskytování sociální služby

Poskytovatel sociální služby může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze ze zákonem stanovených důvodů. A to, mimo jiné, pokud **neposkytuje sociální službu**, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb, nebo **nemá dostatečnou kapacitu** k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá, nebo **zdravotní stav osoby**, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby.³⁴ Takový zdravotní stav pak blíže

28 Ustanovení § 91 odstavec 3 zákona o sociálních službách a také ustanovení § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

29 Ustanovení § 79 odst. 5 písm. d) bod 3 zákona o sociálních službách.

30 Ustanovení § 7 odstavec 1 zákona č. 198/2009 Sb., zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

31 Blíže také viz kapitola 7. Přiměřená opatření pro lidi s postižením.

32 Například podmínek pro registraci sociální služby.

33 Viz ustanovení § 83 zákona o sociálních službách. Asistent sociální péče je jinou fyzickou osobou než osobou blízkou, která může poskytovat péči osobě závislé na péči jiné fyzické osoby.

34 Ustanovení § 91 odstavec 3 zákona o sociálních službách.



(nikoliv však zcela konkrétně) specifikuje prováděcí vyhláška.³⁵ Služby v azylových domech by tedy nemohly být poskytnuty zájemci o službu v případě, že jeho **zdravotní stav vyžaduje zajištění ústavní péče ve zdravotnickém zařízení, nebo má akutní infekční onemocnění či jeho chování z důvodu duševní nemoci závažným způsobem narušuje kolektivní soužití**.

Vymezení okruhu osob, kterým nemůže být služba poskytnuta tak **explicitně nevylučuje osoby se sníženou soběstačností**. Je zřejmé, že v případě sociálních služeb azylové domy a noclehárny se nejedná o služby péče. Není tedy v popisu práce personálu těchto služeb klientům pomáhat například při hygieně, péči o zevnějšek, při oblékání či s konzumací jídla. Na druhou stranu však nic nebrání tomu, aby člověk, který není zcela soběstačný, měl péči zajištěnu jiným způsobem, nemohl využít některé z terénních sociálních služeb péče nebo asistenta sociální péče, kterým může být někdo z ostatních klientů nebo dobrovolníků. Situace, kdy by měl jeden z klientů sociální služby prevence poskytovat pomoc jinému z klientů, rozhodně není ideální. Ale za současného nastavení podmínek se jedná o dílčí řešení, které by mohlo potřebnou službu zpřístupnit člověku s postižením.

Podle jedné z definic soběstačnosti ovlivňuje soběstačnost **jednak funkční zdatnost organismu, a jednak náročnost prostředí, ve které se daný jedinec nachází**.³⁶ Za předpokladu, že by zařízení sociální služby mělo například bezbariérový vchod nebo zařízení koupelen a toalet, anebo by personál uměl komunikovat pomocí českého znakového jazyka, nebylo by tělesné nebo smyslové postižení zájemce o službu překážkou.

Požadavek soběstačnosti klienta by tedy měl být vždy pečlivě zvažován v kontextu všech ostatních okolností.

Na tomto místě je nutno také uvést, že samotná skutečnost, že je zájemce o **službu omezen ve svéprávnosti (má opatrovníka), ho nesmí vyloučit z možnosti využití pobytové sociální služby**. Opatrovníka má vždy člověk, jehož soud omezil ve svéprávnosti, ale mohou ho mít i lidé, kteří se sami nemohou nebo neovládou postarat o své právní záležitosti.³⁷ K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, kterého se to týká. Soud může navíc omezit svéprávnost člověka jen v rozsahu, v jakém dotčený není pro své psychosociální postižení schopen jednat, a vymezí rozsah, v jakém způsobilost člověka samostatně právně jednat omezil. Omezení svéprávnosti tedy nemusí automaticky znamenat, že člověk není schopen uzavřít smlouvu o poskytování sociální služby (sám nebo s podporou opatrovníka) nebo není schopen kolektivního soužití v pobytové sociální službě.³⁸

6.3 Noclehárny

Noclehárny představují jedno ze zařízení sociálních služeb, kde jsou poskytovány ambulantní služby lidem bez přístřeší. V noclehárně jsou klientům poskytovány dvě základní činnosti,³⁹

³⁵ Ustanovení § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

³⁶ KALVACH Zdeněk. Geriatrické syndromy a geriatrický pacient. Vydání 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.

³⁷ Ustanovení § 55 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., nový občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

³⁸ I v případě, kdy je člověk omezen ve svéprávnosti pro oblast uzavření smlouvy o sociální službě a smlouvu uzavře, tak smlouva, pokud mu není na škodu, je platná. Blíže viz ustanovení § 65 nového občanského zákoníku.

³⁹ Ustanovení § 63 odst. 2 zákona o sociálních službách.



a to pomoc při osobní hygieně a poskytnutí přenocování.⁴⁰ Služby poskytované v noclehárnách jsou službami hrazenými, kdy výši úhrady v konkrétním případě stanoví poskytovatel služby.⁴¹

6.4 Azylové domy

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu lidem, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Základními činnostmi, které jsou klientům v azylových domech zajištěny, jsou: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. Služby azylových domů jsou službami placenými, kdy výši úhrady stanoví vyhláška k provedení zákona o sociálních službách formou maximální výše úhrad za poskytnutí stravy a dále také za poskytnutí ubytování.⁴²

6.5 Přístupnost sociálních služeb a materiálně technický standard

Na základě registrační podmínky, které stanoví zákon o sociálních službách, je **poskytovatel sociální služby povinen zajistit klientům materiální a technické podmínky odpovídající druhu poskytované služby⁴³** a současně jim **poskytovat službu v co nejméně omezujícím prostředí**. Jako základní kritérium toho, jak musí poskytovatel služby poskytovat, slouží standardy kvality sociálních služeb.

V tomto případě se jedná o standard kvality sociálních služeb č. 13, jenž je přílohou č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., a který se týká prostředí a podmínek poskytované služby. Dle uvedeného standardu poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob. Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá individuálním potřebám klientů.

Žádné další konkrétní informace pro služby azylový dům a noclehárna zákon o sociálních službách či prováděcí předpisy neposkytují. Podle stavebních předpisů jsou bezbariérové stavby takové, které umožňují bezbariérové užívání a které splňují obecné technické požadavky na užívání staveb lidmi s tělesným, mentálním, smyslovým (zrakovým, sluchovým, duálním) či kombinovaným postižením, lidmi pokročilého věku, těhotnými ženami, lidmi doprovázejícími dítě v kočárku, dítě do tří let, popřípadě lidmi s omezenou schopností pohybu nebo orientace, stanovené prováděcím právním předpisem.⁴⁴

40 Ustanovení § 28 vyhlášky č. 505/2006 Sb.

41 Ustanovení § 76 odst. 2 zákona o sociálních službách.

42 Limity úhrad jsou vymezeny následovně. Za celodenní stravu v rozsahu minimálně tří jídel denně hradí klienti max. 170 Kč za den, za oběd je pak limit stanoven na 75 Kč. Za ubytování platí klienti maximálně 130 Kč denně, pokud je služba poskytována rodině, kde jsou nezletilé děti, platí dospělí 100 Kč denně a děti 70 Kč denně. Úhrady jsou stanoveny včetně provozních nákladů.

43 Viz ustanovení § 79 a násl. zákona o sociálních službách.

44 Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecně technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb, ve znění pozdějších předpisů.



Jak bylo uvedeno výše,⁴⁵ přes vymezení okruhu osob, pro které je služba určena, by teoreticky tyto služby měly být poskytovány všem zájemcům o službu.⁴⁶ Nadto Úmluva o právech osob se zdravotním postižením předpokládá, že služby určené veřejnosti by měly být bez překážek a bariér bránících přístupnosti.⁴⁷ Je zřejmé, že současné zázemí mnohých azylových domů a nocleháren tomuto neodpovídá, což potvrzují i data získaná z výzkumu.

7. Přiměřená opatření pro lidi s postižením

Antidiskriminační zákon⁴⁸ v ustanovení § 3 odst. 2 až 4 upravuje speciální formu nepřímé diskriminace, která se týká lidí s postižením a spočívá v odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření v oblasti pracovní a v oblasti služeb určených veřejnosti. Poskytovatelům služeb je tím stanovena aktivní povinnost vyjít lidem s postižením přiměřeným způsobem vstříc, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.⁴⁹ Právní úprava zde vychází z tzv. sociálního modelu postižení, tedy z konceptu, podle kterého povaha stávajícího společenského systému vytváří bariéry pro plné uplatnění práv lidí s postižením. Jde o přístup, podle něhož jsou bariéry zabraňující rovnému přístupu k zaměstnání či službám výsledkem nikoliv člověka s postižením se přizpůsobit, ale neschopnosti okolí přizpůsobit se těmto lidem.⁵⁰

Ve vztahu k sociálním službám azylový dům a noclehárna si pod takovým přiměřeným opatřením lze představit například bezbariérový vstup, vybavení sociálního zařízení nebo také zvýšení kvalifikace personálu (například v komunikaci s člověkem se sluchovým postižením nebo mentálním postižením) a také jeho další edukace v přístupu k lidem s postižením.

8. Nezbytnost zajistit odpovídající sociální službu pohledem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (dále také „Úmluva“) je založena na principu rovnoprávnosti a zaručuje všem lidem s postižením plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti.

Jedním z hlavních pilířů Úmluvy a jí garantovaných práv je článek 19. Ten zahrnuje dva základní koncepty, a to **právo na nezávislý život lidí s postižením a také právo být**

45 Viz kapitola 6.1 Systém sociálních služeb.

46 Až na výjimky stanovené zákonem o sociálních službách potažmo prováděcí vyhláškou. Poskytovatel si také může vymezit okruh osob, pro které je sociální služba určena, popřípadě jejich věkovou hranici nebo druh zdravotního postižení.

47 Viz kapitola 8. Nezbytnost zajistit odpovídající sociální službu očima Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

48 Zákon č. 198/2009 Sb., zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), ve znění pozdějších předpisů.

49 ŠABATOVÁ, Anna, KVASNICOVÁ, Jana, NEHUDKOVÁ, Eva, POLÁK, Petr. Diskriminace. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv ve spolupráci se společností Wolters Kluwer, a. s., 296 stran. Stanoviska (Kancelář veřejného ochránce práv). ISBN 978-80-7631-008-7.

50 BOUČKOVÁ, Pavla a kol. Antidiskriminační zákon. Komentář. 2. vydání. Praha: C. H. Beck, 2016, s. 107-115. ISBN 978-80-7400-618-0.



začleněn do komunity. Mimo jiné článek 19 stanoví, že státy, které jsou její smluvní stranou, zajistí, „aby osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci“.

Pro úplnost a pochopení souvislostí je nezbytné uvést, že Úmluva dále ve svém článku 9, který se týká přístupnosti, uvádí, že **s cílem umožnit osobám se zdravotním postižením žít nezávisle a plně se zapojit do všech oblastí života společnosti, přijmou státy příslušná opatření k zajištění přístupu osob se zdravotním postižením k hmotným životním podmínkám, dopravě, informacím a komunikaci a k dalším zařízením a službám dostupným nebo poskytovaným veřejnosti.** Tato opatření, která budou zahrnovat identifikaci a odstraňování překážek a bariér bránících přístupnosti, se budou týkat, mimo jiné **budov.**

Dle článku 28 Úmluvy pak státy uznávají právo osob se zdravotním postižením na přiměřenou životní úroveň pro ně a jejich rodiny, zahrnující v to dostatečnou výživu, ošacení a bydlení, a na neustálé zlepšování životních podmínek. **Státy dále uznávají právo osob se zdravotním postižením na sociální ochranu a na užívání tohoto práva bez diskriminace na základě zdravotního postižení a podniknou odpovídající kroky, aby zabezpečily a podpořily realizaci tohoto práva včetně opatření na zajištění přístupu k programům sociální ochrany a snížení chudoby a na zajištění přístupu k programům sociálního bydlení.**

Pohledem Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením můžeme služby azylový dům i noclehárna vnímat jako formu sociální ochrany, jejíž fungování by měl stát lidem s postižením zajistit (čl. 28). V rámci registračního procesu (procesu získávání oprávnění k poskytování sociálních služeb) mají poskytovatelé možnost definovat cílovou skupinu, které chtějí službu poskytovat. Vedle toho je to právě kraj, kdo registraci uděluje, a má tedy i možnost aktivně ovlivňovat nastavení poskytovaných sociálních služeb. Kraj by měl proto přicházet s poptávkou konkrétních sociálních služeb a tu naplňovat mimo jiné i v rámci nastavení procesu registrace.⁵¹ Azylové domy a noclehárny by také měly být bez překážek a bariér bránících přístupnosti (čl. 9), čímž by se plně využil jejich potenciál. Protože v případě potřeby mohou ve spolupráci s terénními poskytovateli služeb péče lépe přispívat k nezávislému životu lidí s postižením (čl. 19), aniž by tato cílová skupina byla automaticky směřována do služeb ústavního typu.

51 Poptávku by měl kraj zjišťovat multidisciplinárním způsobem, tedy jak od poskytovatelů, tak samozřejmě od uživatelů.



9. Bezdomovectví

Bezdomovectví je chápáno jako extrémní sociální vyloučení⁵² **znemožňující přístup osob k dalším zdrojům,⁵³ jemuž je chudoba jak příčinou, tak důsledkem.** Lidé s postižením patří mezi skupinu, která je **ohrožena chudobou ve vyšší míře.** Platí u ní zvýšené riziko diskriminace či stereotypizace ze strany společnosti, a v této souvislosti také i riziko **problematického přístupu k oblastem jako je zaměstnání nebo bydlení.⁵⁴** Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení (ETHOS)⁵⁵ bezdomovectví definuje ve velmi širokém slova smyslu jako souhrnné označení pro heterogenní populační skupinu zahrnující jak **viditelné bezdomovce,** tj. osoby, které spí venku (bez střechy), tak **osoby, které v důsledku nemožnosti zajistit si jiné bydlení žijí v ubytovacích zařízeních pro bezdomovce,** dále **osoby, jejichž bydlení je nejisté,** a také **osoby, které žijí v podmínkách, které neodpovídají minimálním standardům bydlení v daném kulturním a sociálním prostředí.**

V kontextu výše uvedeného lze za bezdomovce považovat i lidi, kteří využívají služeb azylového domu nebo noclehárny, protože se rozhodně nejedná o standardní a stabilní bydlení. Současný systém práce s lidmi v bytové nouzi je založen především na důsledné aplikaci zákona o sociálních službách. Fakticky však není v rámci dotčených sociálních služeb (jedná se zejména o sociální službu azylový dům) zajištěna návaznost na možnost standardního bydlení. V České republice přitom stále neexistuje komplexní právní úprava upravující pravidla pro zajištění ochrany a podpory v oblasti přístupu k bydlení.⁵⁶

52 Sociální vyloučení je proces, během kterého jsou jednotlivci či celé skupiny vytěšňovány na okraj společnosti a je jim ztížen či omezen přístup ke zdrojům a příležitostem, které jsou dostupné ostatním členům společnosti.

53 HRADECKÁ, Vlastimila, HRADECKÝ Ilja. *Bezdomovství - extrémní vyloučení*. Praha: Naděje, 1996. ISBN 80-902-2920-4.

54 Strategie pro sociální začleňování 2021-2030 MPSV, str. 19.

55 Evropská typologie bezdomovectví a vyloučení z bydlení (ETHOS) byla vytvořena Evropskou federací národních sdružení pracujících s bezdomovci (FEANTSA) a v našich podmínkách je přizpůsobenou na prostředí České republiky. Jako součást Koncepce a prevence řešení problematiky bezdomovectví v ČR do roku 2020 byla přijata usnesením vlády ČR č. 666 již v roce 2013. <https://www.vlada.cz/assets/media-centrum/aktualne/Koncepce-prevence-a-reseni-problematiky-bezdomovectvi-v-CR-do-roku-2020.pdf>.

56 Obecní bydlení z pohledu práva na rovné zacházení a role obcí při řešení bytové nouze: výzkum veřejné ochránkyně práv. Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ESO/69-2019-DIS-JMK-vyzkum-obecni-bydleni.pdf.



Výzkumná část

Výzkumná část se skládá ze čtyř kapitol. První kapitola se věnuje zpracování údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb, následující tři představují závěry z dotazníkového šetření u obcí s rozšířenou působností, azylových domů a nocleháren.

1. Analýza údajů z Registru poskytovatelů sociálních služeb

Nejprve jsme provedli analýzu Registru poskytovatelů sociálních služeb. V registru služby uvádí informace ohledně jejich poskytování a v některých případech upřesňují i možnosti poskytování sociální služby pro lidi s postižením či se zdravotními komplikacemi. Právě tyto informace nás zajímaly především, zaměřili jsme se však také na zpracování přehledových informací, jako je poskytovatel sociálních služeb, název a adresa zařízení, cílová skupina a kapacita. Tato analýza byla prováděna v období červenec a srpen 2019. K tomuto období bylo registrováno 220 azylových domů a 78 nocleháren.

1.1 Přehled azylových domů a nocleháren

Registrovaných azylových domů bylo v období zpracování 220, nocleháren 78, pokryty byly všechny kraje (jejich rozmístění dle jednotlivých krajů je v tabulce 1). Nejvíce azylových domů i nocleháren se nachází v Moravskoslezském kraji. Nejméně azylových domů je v Karlovarském kraji a nejméně nocleháren v Kraji Vysočina.

Tabulka 1 Přehled počtu azylových domů a nocleháren dle krajů

	azylové domy		noclehárny	
Hlavní město Praha	26	12 %	5	6 %
Jihočeský kraj	13	6 %	5	6 %
Jihomoravský kraj	24	11 %	7	9 %
Karlovarský kraj	5	2 %	3	4 %
Kraj Vysočina	8	4 %	1	1 %
Královéhradecký kraj	6	3 %	3	4 %
Liberecký kraj	7	3 %	2	3 %
Moravskoslezský kraj	33	15 %	15	19 %
Olomoucký kraj	21	10 %	8	10 %
Pardubický kraj	9	4 %	3	4 %
Plzeňský kraj	10	5 %	3	4 %
Středočeský kraj	17	8 %	6	8 %
Ústecký kraj	28	13 %	11	14 %
Zlínský kraj	13	6 %	6	8 %
Celkem	220	100 %	78	100 %
Průměr	16	7 %	6	7 %

Azylové domy v souhrnu uvádí svou kapacitu 7 372 míst,⁵⁷ noclehárny pak 1 640 míst.

57 U některých azylových domů nelze z RPSS jednoznačně určit maximální možnou kapacitu, jedná se především o služby pro rodiny s dětmi, kde počet míst závisí od věku dětí a velikosti konkrétních ubytovaných rodin. Pro získání celkové kapacity azylových domů v České republice byly použity údaje z RPSS, které představovaly nejvyšší možnou uvedenou kapacitu.



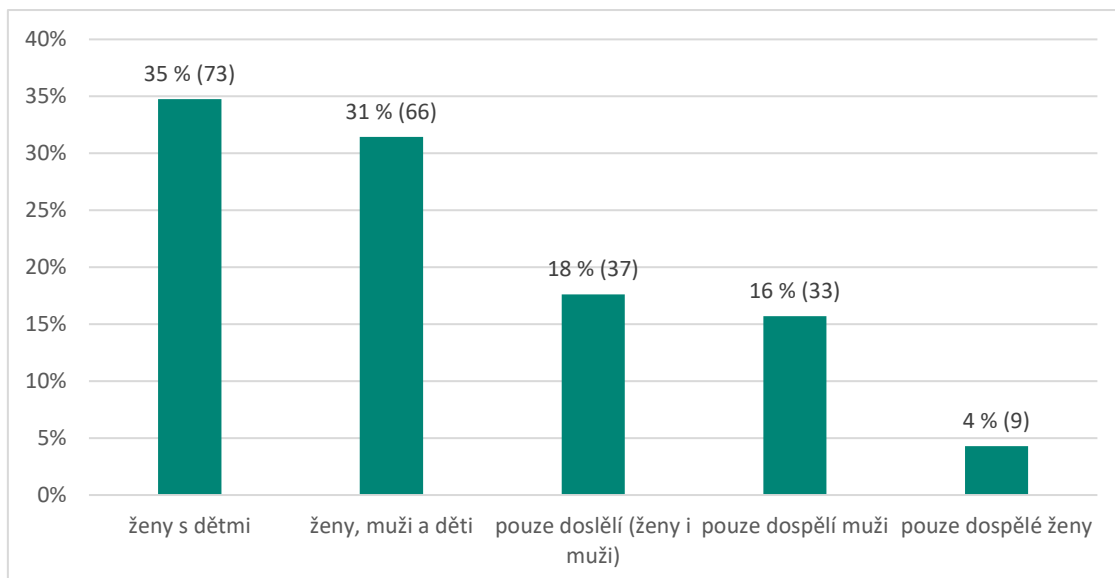
1.2 Cílové skupiny

Cílovou skupinu by poskytovatel sociálních služeb měl definovat podle skutečných možností. Cílové skupiny si azylové domy v RPSS vytýčují různým způsobem. Vedle věku a pohlaví hrají roli také další okolnosti. Některé služby jsou určeny výhradně matkám s dětmi, případně těhotným, jiné se zaměřují na oběti domácího násilí. Mezi cílovými skupinami se objevují také např. „zvláště zranitelné a marginalizované skupiny cizinců“ („osamělé ženy“, „ženy s dětmi“, „traumatizované osoby“, „cizinky, které se staly oběťmi obchodu se ženami, imigranti, azylanti“), „oběti obchodu s lidmi či trestné činnosti“.

Pro analýzu cílových skupin jsme zvolili kategorie pohlaví a věk (omezen na dichotomii dospělý/dítě). Z celkového analyzovaného počtu 218 azylových domů (dva cílovou skupinu v RPSS neuvedly a v současné době je jejich činnost ukončena) je 36 % (79) zaměřeno pouze na dospělé klienty a 64 % (139) cílí také na děti (graf 1). Azylové domy pro děti jsou v 35 % (73) určeny pouze ženám s dětmi, 31 % (66) umožňuje pobyt s dětmi ženám i mužům⁵⁸ (některé z nich však přítomnost mužů akceptují pouze v mimořádných případech). Služby pro dospělé bez doprovodu dětí jsou pak v 18 % (37) určeny ženám i mužům, 16 % (33) cílí pouze na muže a 4 % (9) je určeno pouze ženám.

Čtyři azylové domy u své cílové skupiny uvádí zacílení na osoby se zdravotním znevýhodněním, například osoby, „které jsou HIV pozitivní nebo AIDS nemocné“, „osoby se zhoršeným či nepříznivým zdravotním stavem“, „osoby se zdravotním znevýhodněním“ nebo „osoby, u kterých může dojít k ohrožení na zdraví a životě“.

Graf 1 Cílové skupiny azylových domů (N=218)



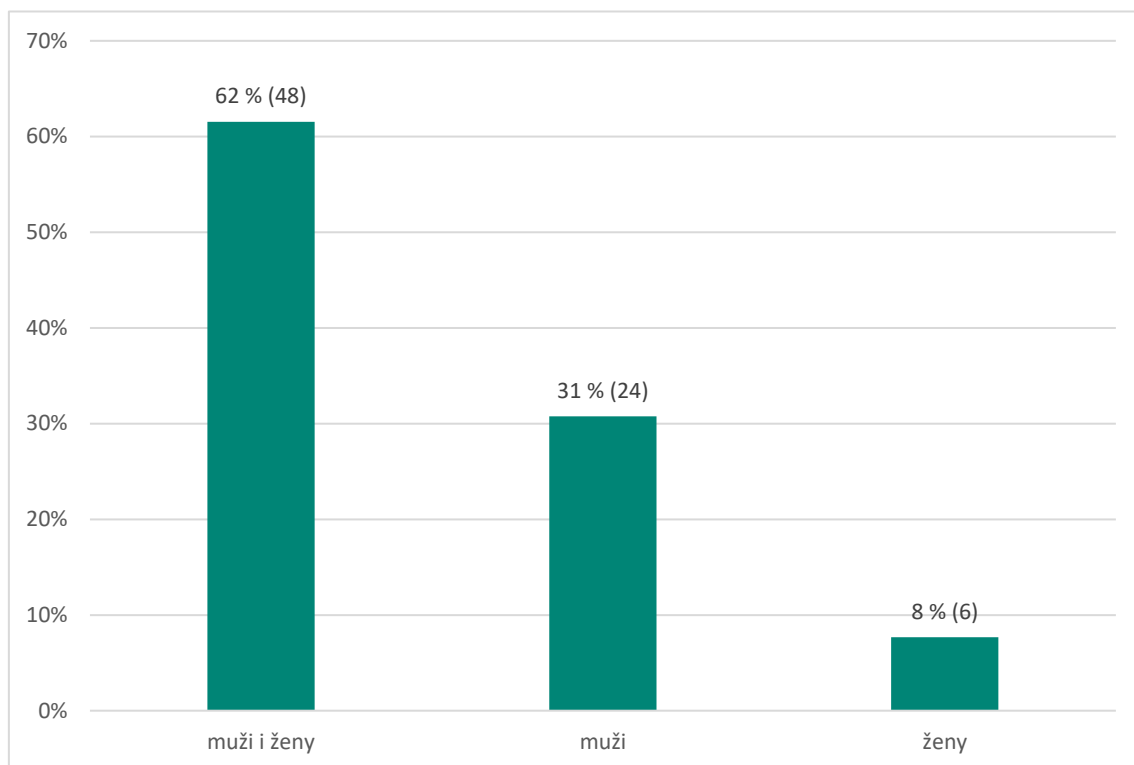
Noclehárny jsou zpravidla určeny dospělým klientům. Pouze jedna noclehárna deklarovala možnost přespání také pro rodiče s dětmi. V grafu 2 vidíme, že převládají noclehárny, které

⁵⁸ K uvedenému zjištění považujeme za nutné doplnit, že z prošetřování případů týkajících se výkonu sociálně-právní ochrany dětí máme naopak poznatky o tom, že přes deklarovanou třetinovou dostupnost azylových domů pro celé rodiny je skutečnost jiná a služby jsou fakticky nedostupné.



poskytují služby všem dospělým 62 % (48), 31 % (24) je určeno výhradně mužům a 8 % (6) výhradně ženám.

Graf 2 Cílové skupiny nocleháren (N=78)



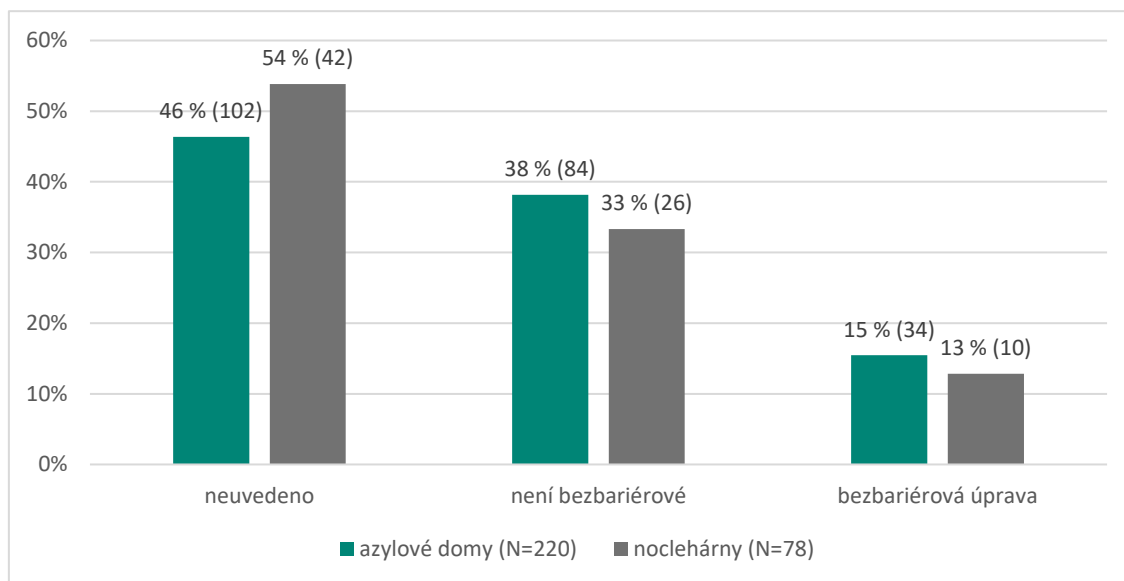
1.3 Bariérovost

Některé sociální služby v RPSS uvádí informace o své materiálně technické bezbariérovosti. V grafu 3 však vidíme, že převládají služby, které tuto informaci neuvádí. Následují služby, které upozorňují, že jejich zařízení není bezbariérové, jen menšina služeb avizuje, že jsou bezbariérové.

Více než třetina 38 % (84) azylových domů výslovně uvádí, že zařízení není bezbariérové (případně to vyplývá z popisu). Několik azylových domů upozornilo, že vstup do zařízení je sice bezbariérový, celá budova však nikoliv. Pouze u 15 % (34) azylových domů z popisu v RPSS vyplývá, že je mohou využívat lidé, kteří ke svému pohybu využívají vozík.

U nocleháren je v RPSS popsána jako bariérová třetina 33 % (26). Ve většině případů je uvedeno přímo, že se nejedná o bezbariérové zařízení, objevuje se však také opačný popis, kdy je podmínkou pro využití služby mobilita klientů. Pouze něco přes desetinu 13 % (10) nocleháren uvádí bezbariérovost. Ve většině těchto případů je však uvedena pouze částečná bezbariérovost, případně není uvedeno, že by zařízení bylo zcela bezbariérové. Zpravidla se jedná o popis „bezbariérové toalety a sprchy“, „uzpůsobeného pokoje“ či „bezbariérový přístup“, popř. vyjádření „bezbariérová úprava“.

Graf 3 Míra bariérovosti azylových domů a nocleháren



1.4 Postižení a další překážky využívání služeb

Některé sociální služby uvádějí v RPSS i překážky pro jejich využívání, které souvisí s postižením. Z analýzy vyplynulo několik hlavních oblastí, které služby zmiňují. Významná část služeb požaduje po klientech „*samostatnost*“, dále se jako překážky pro poskytování služby vyskytují konkrétní typy postižení (duševní, smyslové, kombinované). Mezi hodnocené kategorie jsme zařadili také jazykovou bariéru, protože v případě, že služba avizuje své poskytování pouze v českém jazyce, vylučuje z ní lidi, kteří užívají jiný komunikační systém a čeština jim může být nesrozumitelná (v některých případech lidé se sluchovým postižením). S postižením také souvisí překážky „*zdravotní péče*“ a omezená svéprávnost, které služby také uváděly. V následujícím textu se věnujeme jednotlivým kategoriím blíže, přehled je pak uveden v grafu 4.

Více než třetina 34 % (75) azylových domů v RPSS uvádí požadavek na **soběstačnost** zájemců o službu. Podmínka byla vyjádřena buď přímo, klienty se mohou stát pouze lidé „*soběstační*“, „*fyzicky soběstační*“, případně pomocí charakteristik zájemců, které jsou v rozporu se vstupem do služby: „*nesoběstačný v základní sebeobsluze*“, „*závislý na pomoci jiné fyzické osoby*“, „*zcela imobilní*“, „*vyžadující asistenci*“, popř. „*nepřetržitou ošetrovatelskou péči*“, „*není dostatečně soběstačný v základních úkonech péče o vlastní osobu*“. V několika případech služby blíže upřesňují, kdo konkrétně posuzuje míru soběstačnosti zájemce, zda lékař, či pracovník služby.

U nocleháren pak „*soběstačnost*“ popř. „*fyzická soběstačnost*“ či „*schopnost sebeobsluhy*“, patřila k nejfrekventovanějším požadavkům, vyskytla se u 40 % (31) služeb.

Devět (4 %) azylových domů dále upozorňovalo, že neposkytují službu lidem, kteří vyžadují „*trvalou*“, „*nepřetržitou*“ nebo „*intenzivní*“ **zdravotní péči**. U nocleháren se tato informace téměř nevyskytovala, pouze jedna uvedla, že není schopna zajistit péči o osobu, jejíž stav „*vyžaduje odbornou zdravotnickou péči*“.



Duševní onemocnění uvádí jako překážku 12 % (26) azylových domů. Ve většině případů se jedná o poměrně nekonkrétní popis, například vybranými diagnózami či jednotlivými projevy bez bližší specifikace míry či závažnosti. Jedná se např. o lidi „s duševním onemocněním“, „s poruchou chování, s agresivními projevy a psychiatrickou diagnózou“, „kteří jsou postiženi psychickými poruchami, které vylučují bydlení v AD“, „mentálně postižení muži, muži s diagnostikovanou psychickou poruchou chování nebo muži s těžkým zdravotním postižením“. Některé služby upřesňují, že zájemce o službu se nemůže nacházet v „dekompenzovaném stavu“ či „akutní fázi nemoci“, případně se „nepodrobovat léčbě“ či služba není poskytována lidem, u kterých „existuje objektivní obava, že by mohlo dojít k ohrožení života a zdraví jeho samotného a dalších osob“. Několik služeb v RPSS upozorňuje, že problémem pro přijetí klienta je intoxikace či závislost na návykových látkách. Značná část služeb v RPSS uváděla citaci či parafrázi ustanovení § 36 vyhlášky č. 505/2006 Sb., k provedení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, že poskytování sociální služby se vylučuje, jestliže chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití. Tyto případy jsme nezapočítávali, jelikož je tato výjimka ze zákona platná pro všechny služby.⁵⁹

Na rozdíl od azylových domů, které tematizovaly duševní onemocnění poměrně často, u nocleháren nebylo téma duševního stavu zmíněno ani v jednom případě.

Mentální postižení bylo jako bariéra při vstupu do azylového domu zmíněno v 5 % (10) případů. Některé služby zmiňují pouze „mentální postižení“, několik upřesňuje „těžké mentální postižení“, popř. upozorňují, že služba není určena těm, kteří „pobyt v ní nezvládnou pro své mentální postižení“. U nocleháren se jednalo o 4 % (3).

Dva azylové domy a jedna noclehárna uvedly jako kontraindikaci k jejich využívání také **kombinované postižení**.

Smyslové postižení jako bariéru přijetí popisuje 6 % (14) azylových domů. Některé uvádí pouze „smyslové postižení“, jiné služby specifikují míru a charakter postižení „nevidomí“, „neslyšící“, „s úplným sluchovým postižením“, „s úplným zrakovým postižením“, „se smyslovým postižením (nemožnost běžné komunikace)“, popř. „jsou nevidomé, neslyšící a/nebo nejsou soběstačné v základních životních úkonech“ či s „těžkou sluchovou vadou, osobám nevidomým, které by vyžadovaly specializovanou asistenci při komunikaci“. Jeden z azylových domů dále upřesnil, že nemožnost poskytnutí služby lidem s postižením se netýká dětí v případě, že péči o ně zajistí matka.

U nocleháren je smyslové postižení jako bariéra pro využití noclehárny zmíněno v 8 % (6). V některých případech je přiblíženo, že bariéru představuje „těžké“ či „úplné sluchové/zrakové postižení“, stav, kdy je zájemce o službu bez doprovodu, popř. „vyžaduje speciální potřeby“.

Se smyslovým postižením souvisí také další kategorie – **jazyková bariéra** uvedená u 8 % (18) azylových domů. Na tomto místě je uvedena proto, že lidé se sluchovým postižením (případně s jiným smyslovým postižením) užívají jiný komunikační systém a čeština jim může být nesrozumitelná. Azylové domy v RPSS uvádí, že službu neposkytují, například pokud

⁵⁹ Kromě domovů se zvláštním režimem.



zájemci o službu „nehovoří česky“, „nejsou schopni se dorozumět i porozumět slovu v českém jazyce“, „nejsou schopni komunikovat slovem i písmem v českém jazyce“, „nejsou schopni komunikovat v úředním jazyce“, „jejich pobyt by vyžadoval přítomnost tlumočníka“ či „vyžadují stálou přítomnost tlumočníka“ a „nejsou schopni se dorozumět z důvodu zdravotního postižení nebo jazykové bariéry“. Některé služby přímo zmiňují znakový jazyk, či alternativní způsoby komunikace, např. „nejsou schopni komunikace a další spolupráce s pracovníky, jedná se např. o cizince, kteří nemluví česky, osoby používající znakový jazyk“ nebo „vyžadují speciální alternativní způsob komunikace“. Další služby přibližují konkrétněji podobu komunikace, kterou vyžadují a vylučují například zájemce, „s nimiž není z důvodu jazykové bariéry možná základní komunikace“, ty, kteří „nejsou schopni komunikovat běžným způsobem (cizinec, který se nedorozumí česky, slovensky, polsky, nebo z důvodu mentální retardace)“, nebo ty, kteří „nejsou schopni porozumět rozhovoru s pracovníkem, nemluví česky a nejsou schopni si zajistit tlumočníka“.

V jednom případě azylový dům upřesňuje postup, pokud má zájemce sluchové postižení: „V případě je-li zájemce neslyšící, je přizván tlumočník do znakové řeči, který zájemci vysvětlí podmínky pro zařazení do služby.“

U nocleháren nebyla jazyková bariéra jako překážka uvedena ani v jednom případě.

Omezení svéprávnosti uvedlo jako překážku poskytnutí služeb 4 % (8) azylových domů. Azylové domy vyžadují po klientech „svéprávnost“, „způsobilost k právním úkonům“, popř. uvádějí, že službu neposkytují lidem, kteří jsou „plně zbaveni svéprávnosti“, „lidem zbaveným svéprávnosti k právním úkonům“ a „nesvéprávným“, či pokud „má osoba omezenou svéprávnost“. Vyskytl se i rozšířený popis „ženy s dětmi, které jsou omezené ve svéprávnosti a nejsou schopny péče o dítě a svoji osobu i přes podporu pracovníků“. V uvedených výrocích vidíme, že je užívána zastaralá terminologie, která nemá oporu ve stávající právní úpravě, dle které lze člověka na svéprávnosti pouze omezit, nikoli svéprávnosti zbavit.⁶⁰ Nadto omezení ve svéprávnosti by bez dalšího nemělo být překážkou pro vstup do služby.⁶¹

Existují služby, pro které omezení ve svéprávnosti není překážkou a v RPSS pouze upřesňují, jak v takovém případě postupují: „během jednání je přítomen opatrovník“, „v případě, že žadatel nemůže smlouvu vlastnoručně podepsat (například z důvodů zbavení svéprávnosti, či fyzického postižení) podepisuje za žadatele smlouvu pověřená osoba“ či „u nesvéprávných osob je nutné doložení veřejné listiny“.

U nocleháren se nutnost svéprávnosti vyskytla v jednom případě.

Pět (6 %) nocleháren v RPSS výslovně uvádí, že neposkytují službu lidem **s infekčními chorobami či parazitárním onemocněním**. Uvádí například, že klientem se nemůže stát člověk, který „je zdravotně nezpůsobilý k pobytu v noclehárně (není soběstačný, prokazatelně trpí parazitárním onemocněním)“ případně, že klientem se mohou stát pouze lidé „u nichž není riziko šíření závažných infekčních onemocnění – TBC, Hepatitida,

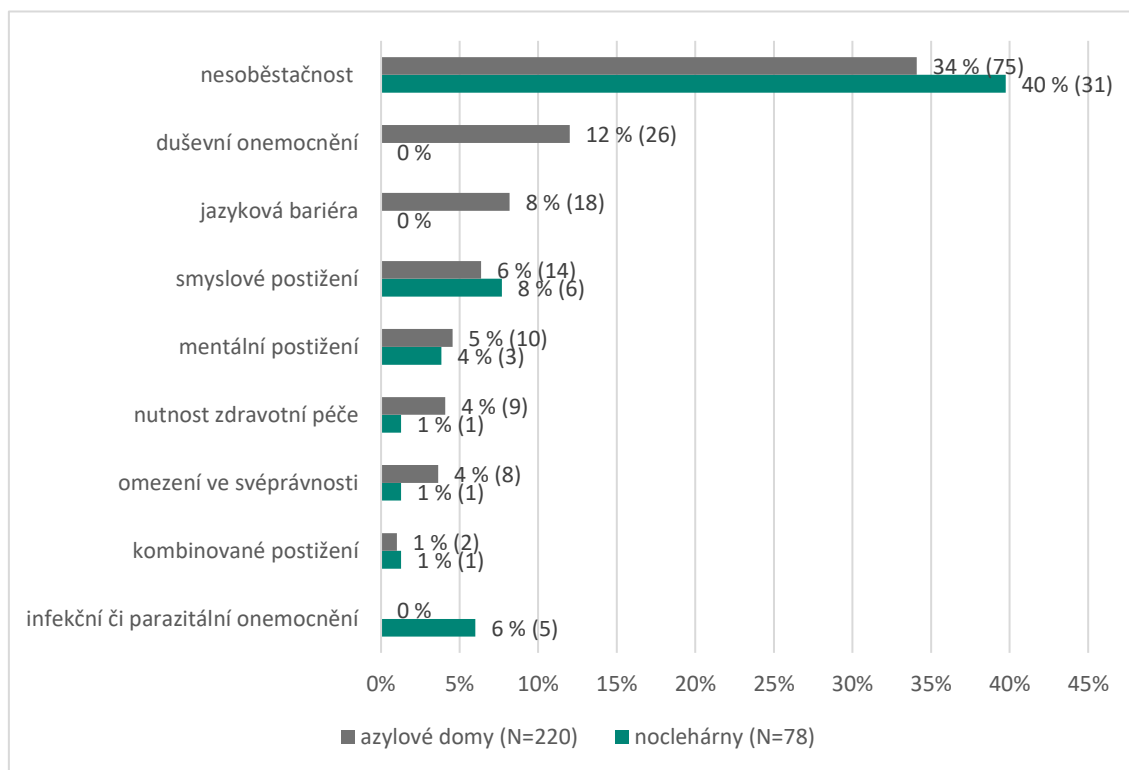
60 Viz ustanovení § 55 a následující občanského zákoníku.

61 Podrobnosti viz kapitola Právní úprava.



salmonelóza (vizuální kontrola), jsou soběstační a schopni sebeobsluhy“. U azylových domů se tento požadavek nevyskytoval.

Graf 4 Překážky pro poskytování sociálních služeb uvedené v RPSS



1.5 Potvrzení od lékaře a využívání azylového domu

Podle zákona o sociálních službách je uvedeno, že osoba, která žádá o pobytovou službu, je povinná před uzavřením smlouvy předložit poskytovateli sociálních služeb posudek od registrovaného poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecného praktického lékařství.⁶² V RPSS výslovně uvádí 43 % (94) azylových domů nějaké požadavky, které se týkají zjištění zdravotního stavu (graf 5). Nejčastěji je vyžadováno potvrzení či posudek od lékaře, a to především „o zdravotním stavu“, „o zdravotní způsobilosti“, „že netrpí akutním infekčním onemocněním“, „je po zdravotní stránce schopen pobytu v zařízení“. Několik služeb uvádí, že pracují i přímo s doporučením lékaře.

Služby pro rodiče s dětmi mají v některých případech specifické požadavky. Některé služby vyžadují lékařské potvrzení o zdravotním stavu dítěte, některým stačí prohlášení o bezinfekčnosti. Jedna služba zmiňuje, že „v případě těhotné zájemkyně je potřebné, aby měla vystaven těhotenský průkaz“, přičemž takový požadavek nemá oporu v platné právní úpravě

Některé služby také popisují, jak postupují v případě, že je pro zájemce o službu získání lékařského potvrzení problematické. Jedná se například o možnost vyšetření u lékařky,

⁶² Ustanovení § 91 odstavce 4 zákona o sociálních službách.



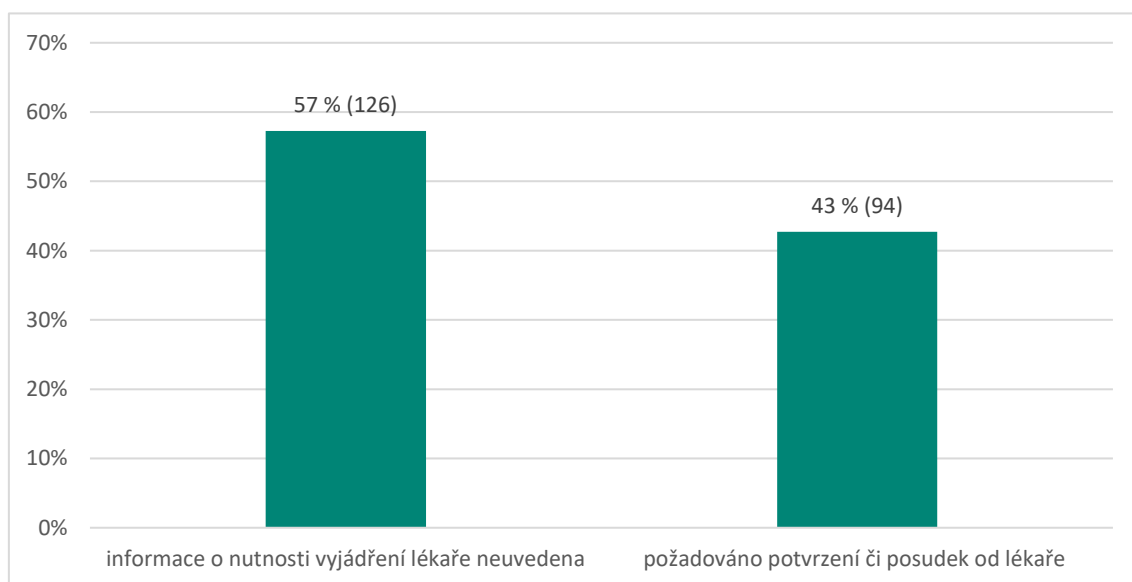
se kterou má azylový dům navázanou spoluprací, odložení lékařské prohlídky či využití noclehárny namísto azylového domu do doby, než proběhne lékařská prohlídka.

Ne všechny služby prezentují, že vyžadují lékařské potvrzení od všech zájemců, a popisují pouze specifické okolnosti, mezi které patří například „pokud už při jednání se zájemcem o službu máme závažné podezření, že: stav žadatele vyžaduje ústavní péči ve zdravotnickém zařízení; žadatel není schopen pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci či chování žadatele by mohlo závažným způsobem narušovat kolektivní soužití z důvodu duševní poruchy“.

Tři služby požadují také vyšetření plicního lékaře (prevence tuberkulózy), dvě lékaře kožního.

Noclehárny požadavky na lékařské potvrzení o zdravotním stavu zájemce o službu dle údajů v RPSS nevyžadují.⁶³

Graf 5 Nutnost vyjádření lékaře při vstupu do azylového domu (N=220)



1.6 Shrnutí

V první části výzkumu jsme se soustředili na to, **zda a jakým způsobem poskytovatelé v registru poskytovatelů sociálních služeb popisují službu (azylový dům, noclehárna) ve vztahu k lidem s postižením**. Zajímalo nás, jaké informace dostane člověk, který hledá tento typ službu podle RPSS.

Analýzou dat z RPSS jsme zjistili, které zdravotní stavy a komplikace zde azylové domy tematizují. Pokud jde o určení okruhu osob, kterým je sociální služba určena, tak přímé zacílení na postižení nebo zdravotní znevýhodnění je velmi ojedinělé, konkrétně to uvádí pouze čtyři azylové domy.

Pokud jde o informace související s možnou bezbariérovostí, tak zhruba polovina dotčených služeb takové informace neudává. Třetina azylových domů i nocleháren pak výslovně uvádí,

⁶³ Posudek od registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství je podle zákona o sociálních službách vyžadován pouze od poskytovatele pobytových sociálních služeb, a nikoliv ambulantních.



že zařízení není bezbariérové. **Pouze u 15 % (34) azylových domů z popisu v RPSS vyplývá, že je mohou využívat lidé, kteří se pohybují na vozíku.** U nocleháren je v RPSS popsána jako bariérová třetina 33 % (26). Ve většině případů je uvedeno přímo, že se nejedná o bezbariérové zařízení. **Pouze něco přes desetinu 13 % (10) nocleháren uvádí bezbariérovost.** Ve většině těchto případů je však uvedena jako částečná.

Některé sociální služby vymezují v RPSS i překážky pro jejich využívání, které souvisí s postižením. Více než třetina azylových domů (34 %) a nocleháren (40 %) výslovně uvádí požadavek soběstačnosti zájemců o službu. Některé služby byly konkrétnější a požadavky na klienta blíže specifikovaly. Nejednalo se však o vysoké počty. Kromě toho 4 % z azylových domů uvedlo jako překážku vstupu do služby také omezení svéprávnosti.

2. Dotazníkové šetření u obcí s rozšířenou působností

V rámci dotazníkového šetření byly osloveny všechny obce s rozšířenou působností v České republice (jedná se o 206 obcí). Celkově se průzkumu zúčastnilo 218 respondentů; jejich počet je vyšší než počet oslovených obcí, a to kvůli tomu, že dvě obce si v rámci ORP vyplňování dotazníku rozdělily. V jednom případě vyplnily dotazník samostatně všechny obce na území ORP (7), v druhém se jednalo o městské části statutárního města (celkem 15). Otázky v dotazníku nebyly povinné, proto je v některých grafech možnost „bez odpovědi“.

V úvodní části (2.1) jsme zjišťovali počet lidí s postižením, kteří se obrátili na obec se žádostí o pomoc se zajištěním bydlení, a zkoumali, jaká pomoc byla těmto lidem zprostředkována. V následující části jsme se věnovali modelovým situacím (2.2). Respondentům jsme představili tři různé lidi žádající o pomoc v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení nebo bez přístřeší. Cílem bylo zjistit, jak by jednotlivé ORP postupovaly při řešení dané situace a zda mají možnost využít azylového domu či noclehárny. Dále jsme se zaměřili na to, zda jsou podle respondentů azylové domy a noclehárny na území jejich ORP či těch sousedních dostupné pro lidi s různými typy postižení (2.3). V závěrečné části dotazníku (2.4) byli respondenti vyzváni, aby popsali situace, kdy se na ně obrátil člověk s postižením v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení nebo bez přístřeší a byl zde problém s nalezením vhodné sociální služby z důvodu jeho postižení.

2.1 Lidé s postižením obracející se na obce

V úvodu dotazníkového šetření jsme **zjišťovali počet lidí s postižením, kteří se v roce 2018 obrátili na obec se žádostí o pomoc se zajištěním bydlení, a zkoumali jsme, jaká pomoc byla těmto lidem zprostředkována.**

Obcí jsme se zeptali, jaký byl počet lidí s postižením v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení nebo bez přístřeší, kteří se na obec obrátili se žádostí o pomoc za rok 2018, a to jak přímo, tak v zastoupení (protože s obcí mohou jednat také sociální pracovníci sociálních služeb, rodina apod.). Vzhledem k tomu, že obce nemusí tyto počty sledovat, byli respondenti vyzváni, aby v případě nedostatku dat tento počet odhadli (uvedli kvalifikovaný odhad). V následující tabulce 2 je přehled počtu lidí, kteří žádali pomoc a počet lidí, kterým obce zprostředkovaly přijetí do azylového domu nebo noclehárny. Z uvedených údajů vyplývá, že obce zprostředkovaly azylový dům či noclehárnu téměř třetině 30 % (855)



lidí poptávajících pomoc. Mírně častěji byl zprostředkován azylový dům 16 % (454) než noclehárna 14 % (401).

Tabulka 2 Počet lidí s postižením, kteří žádali pomoc a kterým bylo zprostředkováno přijetí do sociální služby (azylový dům, noclehárna)

	počet lidí žádajících pomoc	počet lidí, kterým byla zprostředkována pomoc tak, že byli přijati do azylového domu		počet lidí, kterým byla zprostředkována pomoc tak, že byli přijati do noclehárny	
Jihočeský kraj	291	43	15 %	22	8 %
Jihomoravský kraj	313	66	21 %	60	19 %
Karlovarský kraj	62	21	34 %	34	55 %
Kraj Vysočina	120	13	11 %	7	6 %
Královéhradecký kraj	178	34	19 %	47	26 %
Liberecký kraj	78	14	18 %	9	12 %
Moravskoslezský kraj	205	53	26 %	52	25 %
Olomoucký kraj	159	42	26 %	37	23 %
Pardubický kraj	198	16	8 %	13	7 %
Plzeňský kraj	352	45	13 %	18	5 %
Středočeský kraj	534	25	5 %	47	9 %
Ústecký kraj	189	43	23 %	19	10 %
Zlínský kraj	110	39	35 %	36	33 %
Celá ČR	2789	454	16 %	401	14 %

Ne vždy obce řeší uvedenou situaci zprostředkováním azylového domu či noclehárny. Toto řešení nebylo realizováno u více než dvou třetin poptávajících 70 % (1 934). V grafu 6 je přehled dalších možných vyústění situace, které jednotlivé obce uvedly. Vidíme, že nejfrekventovanější jiné řešení než azylový dům a noclehárna je ubytování na ubytovně, ač soukromé ubytovny rozhodně nejsou vhodným prostředím⁶⁴ pro lidi s postižením. Tuto možnost uvedla polovina respondentů (109). Následuje přijetí do léčebny dlouhodobě nemocných, kterou uvedla téměř třetina respondentů 31 % (67) – z dotazníku se nedozvíme, jak vážný byl stav těchto lidí, zda by v jejich případě nebyla vhodnější sociální služba, či by péči o sebe nezvládli sami v případě, že by měli k dispozici byt. Nicméně na tomto místě je vhodné upozornit, že zdravotnická zařízení by neměla suplovat sociální služby či pokrývat nedostatek volných bytů pro lidi v nouzi. Jen o něco méně respondentů zvolilo možnost, že člověk odešel k příbuzným 29 % (63). Zde je nutné poukázat na to, že pobyt u příbuzných neřeší bytovou tíseň, dle ETHOS⁶⁵ se jedná o koncepční kategorii *Nejisté bydlení*. Více než čtvrtina 27 % (59) respondentů uvedla, že člověk poptávající řešení bytové nouze byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici. I v tomto případě platí upozornění, že zdravotnická zařízení by neměla sloužit pro ubytování lidí, kteří by s dostupnou podporou mohli vést samostatný život (v sociální službě či přímo ve vlastním bytě). Domov se zvláštním

64 Z výpovědí respondentů nelze zjistit, jaký charakter konkrétní ubytovny mají (jaký poskytují ubytovací standard, zda se jedná o ubytovny soukromé či obecní), nicméně obecně by ubytovny neměly nahrazovat sociální služby ani standardní bydlení. Ubytovny jsou určeny pro krátkodobé ubytování (např. turistické ubytovny, ubytovny pracovníků), dnes však mnohdy slouží i k dlouhodobému ubytování lidí v sociální nouzi (lidé bez domova, vícečetné rodiny s dětmi, lidé s nízkými příjmy). Využívání ubytoven se pojí s celou řadou problémů, které negativně ovlivňují život ubytovaných lidí, dopad na lidi s postižením či rodiny, které mají v péči dítě s postižením je o to závažnější.

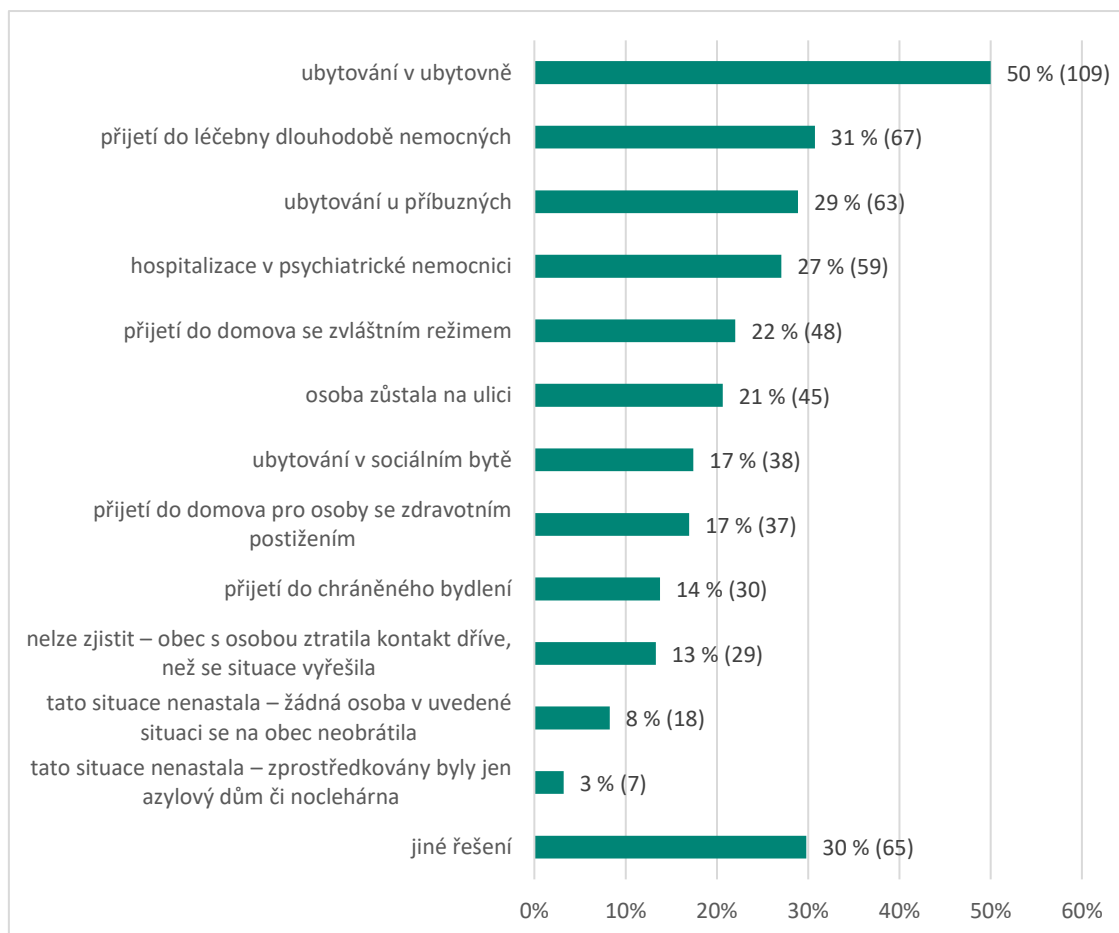
65 Evropská typologie bezdomovství a vyloučení z bydlení. Blíže viz kapitola Právní úprava.



režimem zvolilo 22 % (48) respondentů.⁶⁶ Více než pětina respondentů 21 % (45) se také setkala se situací, kdy člověk zůstal na ulici, sociální byt získali lidé v bytové nouzi u více než šestiny respondentů 17 % (38). Přijetí do domova pro osoby se zdravotním postižením uvedlo 17 % (37) respondentů, do chráněného bydlení 14 % (30). 13 % (29) respondentů také uvedlo, že než se situace vyřešila, ztratili s dotýčnou osobou kontakt, 8 % (18) s žádnou osobou v uvedené situaci nejednalo. V 7 (3 %) případech zástupci obcí zprostředkovali pouze azylový dům či noclehárnu, z ostatních možností tedy nevybrali žádnou.

Možnost jiné řešení uvedla téměř třetina obcí 30 % (65). Nejčastěji se vyskytovalo využití domu s pečovatelskou službou 11 % (23), následovalo poskytnutí bytu (obecní byt, nájemní byt, byt zvláštního určení, bezbariérový, popř. pomoc s udržením stávajícího bytu) 7 % (15). Dále se vyskytovalo ubytování u známého 3 % (6), jiná pobytová sociální služba, např. domov pro seniory 2 % (5), sociální lůžko 1 % (3) a neregistrovaná sociální služba 1 % (2). Ve 2 % (4) případech člověk zemřel dříve, než se situace vyřešila.

Graf 6 Přehled jiných řešení situace lidí žádajících pomoc, než zprostředkování azylového domu či noclehárny (N=218)



⁶⁶ Jedná se o sociální službu, která je určena lidem se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách a lidem s demencí, kteří mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.



2.2 Modelové situace

Dotazník obsahoval také modelové situace tří různých lidí žádajících o pomoc v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení nebo bez přístřeší. Cílem bylo zjistit, jak by jednotlivá ORP postupovala při řešení dané situace, případně zda mají možnost využít azylového domu či noclehárny.

První modelová situace byla představena následovně:

Člověk s ochrnutou polovinou těla (hemiplegie), jeho pravá ruka a noha jsou nepohyblivé, pohybuje se na vozíku. Doposud žil v opuštěné chatce v zahrádkářské kolonii spolu s partnerkou, která mu dopomáhala. V současné době partnerka není přítomna. Žít bez dopomoci nezvládá, proto se rozhodl požádat o pomoc. Je ve své sebeobsluze poměrně samostatný, potřebuje však bezbariérový přístup a sociální zařízení (sprchu, toaletu) upravenou tak, aby ji mohl využívat.

Druhá modelová situace byla představena následovně:

Člověk hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici s diagnózou schizofrenie, kterého nyní budou propouštět. V souvislosti s onemocněním přišel o bydlení a měsíc žil na ulici. Ve spolupráci s rodinou se rozhodl pro léčbu a byl hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici. Jeho stav je nyní kompenzovaný.

Třetí modelová situace byla představena následovně:

Jedná se o člověka se sluchovým postižením, který komunikuje znakovým jazykem. Mluvenému slovu nerozumí a psaný text je pro něj také nesrozumitelný.

Obcí jsme se na úvod zeptali, **jak by se snažily řešit jednotlivé modelové situace**. Přehled odpovědí shrnuje graf 7.

U první modelové situace, tedy u **člověka s hemiplegií**, zvolilo více než polovina 63 % (137) respondentů zprostředkování domova pro osoby se zdravotním postižením, 43 % (93) zajištění sociálního bytu a 42 % (91) zprostředkování chráněného bydlení. Azylový dům by zvolilo 22 % (48) respondentů a noclehárnu 7 % (16).

Téměř polovina 48 % (105) respondentů zvolila také odpověď jiné řešení. Nejčastěji se zde objevoval dům s pečovatelskou službou 22 % (47), terénní pečovatelská či jiná terénní služba 18 % (40). Nějakou formu bytu – obecní byt, byt zvláštního určení či komerční byt uvedlo 17 % (36) dotazovaných. Jiný typ pobytové sociální služby, než bylo v nabízených možnostech, uvedlo 7 % (15), nejčastěji se jednalo o domov pro seniory. Na rodinu by se obrátilo 5 % (10) respondentů. Mezi odpověďmi se vyskytovala také řešení, která kombinovala několik přístupů, nejčastěji se jednalo o poskytnutí bytu a terénní služby, někteří by volili alespoň pro začátek terénní službu, která by za člověkem docházela do chatky. Respondenti také upozorňovali na potřebu sociálního poradenství, pomoc se zajištěním sociálních dávek a příspěvků. Mnozí akcentovali, že je třeba postupovat ve shodě s názory a přáními dotyčného člověka a blíže se seznámit s jeho zdravotním stavem a potřebami. Několik respondentů uvedlo, že podobná situace by pro obec byla jen komplikovaně řešitelná.



Akutní potřeba péče by se řešila terénní sociální službou a terénní ošetřovatelskou službou. Akutní zhoršení zdravotního stavu hospitalizací. Nabídla bych možnosti řešení dané osobě, zmapovali bychom společně možnosti její vlastní, revidovali bychom uplatnění zákonných nároků v rámci sociálního zabezpečení, aktualizovali bychom zprávy o zdravotním stavu, včetně prognózy jeho vývoje. Po vyhodnocení, bychom podali žádosti do odpovídajících podporu poskytujících zařízení, umožňoval-li by to zdravotní stav – přidělením bytu a terénními sociálními službami.

Pokud by paní byla senior, můžeme uvažovat o domu s pečovatelskou službou, nebo domovu pro seniory. Pokud by paní nebyla senior a byla invalidní důchodce, můžeme uvažovat o domu s pečovatelskou službou. Pokud paní nebude senior a nemá invalidní důchod je situace neřešitelná. V oblasti nemáme bezbariérovou ubytovnu ani bezbariérový azylový dům, ani bezbariérovou noclehárnu. Muselo by se hledat nájemní bezbariérové bydlení. Nebo hledat pobytové zařízení mimo náš region.

U druhé modelové situace, tedy u člověka s duševním onemocněním, zvolilo více než dvě třetiny 72 % (156) respondentů zprostředkování chráněného bydlení, téměř polovina 48 % (104) by volilo azylový dům. 46 % (100) by dotyčného odkázalo na ubytovnu, 45 % (98) by zajistilo sociální byt.

Téměř třetina 33 % (73) respondentů zvolila také odpověď jiné řešení. V části případů se jednalo o doplnění předchozích možností – další terénní sociální služby, navázání spolupráce se sociálními službami zaměřujícími se na cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním, sociální poradenství, podpora samostatného bydlení, pomoc se získáním chráněného pracovního místa. Respondenti dále vyzdvihovali potřebu individuálního posouzení potřeb a představ dotyčného. K frekventovaným odpovědím patřila také spolupráce s rodinou, respondenti předpokládali možnost alespoň dočasného ubytování. Několik respondentů zmiňovalo konkrétní organizace, které se zabývají podporou lidí s duševním onemocněním, nejčastěji Focus, z. ú. 1 % (3). Překvapivé je, že ani jedna obec nezmínila spolupráci s Centry duševního zdraví, pouze v jednom případě respondent uvedl spolupráci s multidisciplinárním týmem, kterou však konkrétněji nepřiblížil. Respondenti také poukazovali na problematičnost řešení způsobenou nedostatkem odpovídajících sociálních služeb pro lidi s duševním onemocněním.

Azylový dům, noclehárnu a chráněné bydlení bychom se snažili zprostředkovat, ale v dosahu našeho ORP není tento druh služby dostupný. Budeme tudíž tuto službu hledat v jiném regionu a jiném kraji.

K této modelové situaci bychom chtěli uvést, že z 80 % takové osoby nemají rodinné příslušníky (počítáno také s těmi, co mají, ale nechťejí se o příbuzného starat, raději tuto povinnost „přehodí na úřad“). Troufáme si říct, že je de facto nemožné takovéto osoby umístit do zařízení sociálních služeb (samozřejmě, pokud to situace vyžaduje) a u osob pod 50 let je také minimum sociálních zařízení (máme klienta, který má 48 let, má roztroušenou sklerózu a nemáme ho



kde umístit, přes rok čeká na jedinou službu, u které splňuje podmínky = nemá rodinné příslušníky).

Pro osoby se schizofrenií není dostatek zařízení sociálních služeb.

V průběhu hospitalizace podáme žádost o přidělení bytu a poté tam klienta nastěhujeme. Ubytovna není vhodná, dochází k návratu do hospitalizace.

U třetí modelové situace, tedy u člověka se sluchovým postižením, by více než polovina 55 % (119) respondentů zvolila zprostředkování chráněného bydlení, polovina 50 % (108) zajištění sociálního bytu nebo zprostředkování domova pro osoby se zdravotním postižením 46 % (101). Uvedená čísla ukazují, že člověku s postižením je často nabízena sociální služba ústavního typu a nehledá se méně omezující řešení, a to ani tehdy, pokud závislost na péči jiné osoby není velká, nebo je jen minimální.

Jiné řešení, než nabízely možnosti v dotazníku, by zvolilo 42 % (91) respondentů. Většina doplnila, že prioritou by bylo zajištění tlumočnické služby, aby se s člověkem domluvili a zjistili, jaká je jeho situace a potřeby. Respondenti zmiňovali Tichý svět, Tichou linku a další organizace věnující se neslyšícím lidem. Dále upozorňovali, že pro člověka se sluchovým postižením připadá v úvahu celá řada možností, jejich vhodnost se odvíjí od konkrétní situace člověka spíše než od faktu, že má sluchové postižení.

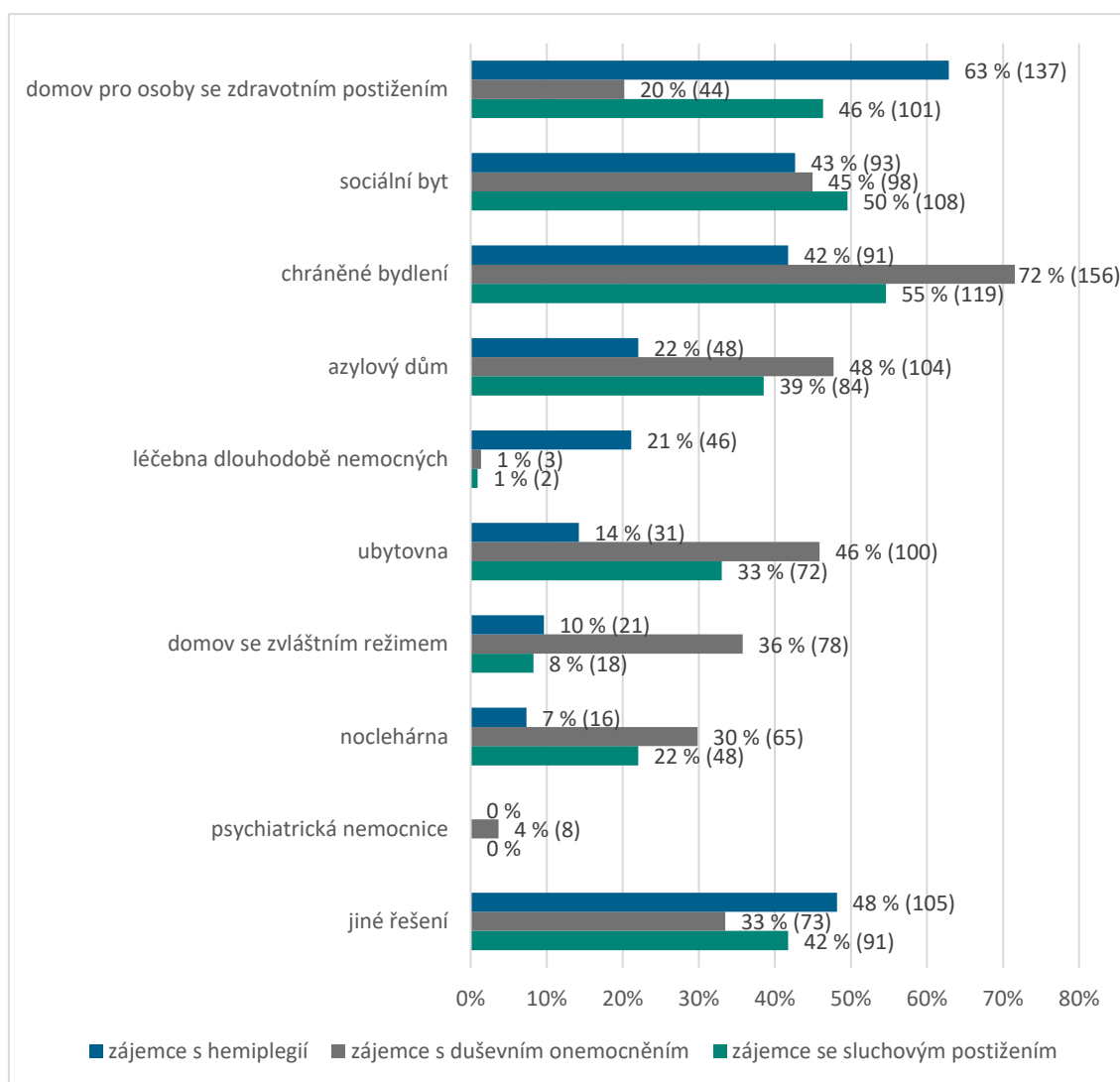
V akutním případě dorozumívání prostřednictvím piktogramů, akutní nocleh na faře, dále řešit tlumočnickou a umístění do sociální služby.

Sociální pracovnice našeho oddělení dokáže komunikovat znakovým jazykem, klienta by doprovodila, případně při řešení složitějších situací zprostředkovala on-line tlumočení do znakového jazyka (Tichá linka).

Vzhledem na minimální množství sociálních bytů v okolí, pokus o zajištění nájemního bytu.

V případě, že bude osoba bez příjmů pomoc při vyřízení dávek pojistného a nepojistného systému. V akutní potřebě zajištění azylového domu, ubytovny. Kontakt na rodinu, součinnost.

Graf 7 Způsoby řešení jednotlivých modelových situací (N=218)



Využití azylového domu

Respondenti měli dále rozhodnout, zda by lidem v modelových situacích zkusili zprostředkovat azylový dům. Přehled odpovědí pro jednotlivé modelové situace je uveden v grafu 8.

U první modelové situace (člověk s hemiplegií) by azylový dům zkusila zprostředkovat pouze necelá čtvrtina respondentů 24 % (52). Ostatní by to nezkoušeli, a to v 39 % (86) protože mají informaci, že místní azylový dům neposkytuje služby lidem s uvedeným zdravotním postižením, 14 % (30) protože se v okolí žádný azylový dům nenachází a 22 % (49) uvedlo jiný důvod.

Mezi jinými důvody, proč by respondenti nezprostředkovali azylový dům, se nejčastěji objevovalo, že v okolí není žádný bezbariérový azylový dům. Respondenti dále uváděli, že azylový dům nepovažují za vhodnou variantu pro dotčeného člověka a volili by jej spíše jako dočasné řešení.



AD není pro klientku vhodný, spadá do jiné cílové skupiny a potřebuje asistentku.

Město disponuje bezbariérovými byty zvláštního určení, lze zavést pečovatelskou službu.

Nejedná se o řešení, kterým bychom v nabídce začínali, opět by záleželo na společném projednání nepříznivé situace přímo s klienty, doporučována by byla předchozí řešení, pokud by nebyla dostupná a bylo by třeba hledat jiná řešení, není vyloučeno, že bychom po dohodě s klientem a azylovým domem (s možností bezbariérovosti) krátkodobě takto situaci řešili – v některých případech již bylo k tomu řešení i přistoupeno ve snaze zajistit osobě přístřeší a podporu registrované služby.

U druhé modelové situace (člověk s duševním onemocněním) by azylový dům zkusily zprostředkovat téměř dvě třetiny respondentů 60 % (131). Ostatní by to nezkoušeli, a to v 17 % (36) protože mají informaci, že místní azylový dům neposkytuje služby osobám s uvedeným postižením, 10 % (22) protože se v okolí žádný azylový dům nenachází a 12 % (27) uvedlo jiný důvod.

Mezi jinými důvody, proč by respondenti nezprostředkovali azylový dům, se nejčastěji objevovalo, že nepovažují azylový dům za vhodné řešení, případně že uvedená diagnóza je kontraindikací pro poskytování služby místního azylového domu.

Pro klienta trpícího schizofrenií bych hledala službu, kde by měl větší soukromí a klid. Uvedená osoba není ve většině případů cílovou skupinou.

U třetí modelové situace (člověk se sluchovým postižením) by azylový dům zkusila zprostředkovat více než polovina respondentů 51 % (111). Ostatní respondenti volili v 22 % (47) případů možnost ne, protože mají informaci, že místní azylový dům neposkytuje službu lidem s uvedeným zdravotním postižením a v 11 % (23) protože se v okolí žádný azylový dům nenachází.

Možnost jiné řešení zvolilo 14 % (30) respondentů. Zpravidla uváděli, že by člověk se sluchovým postižením měl problém s komunikací, a to jak s personálem, tak s ostatními klienty.

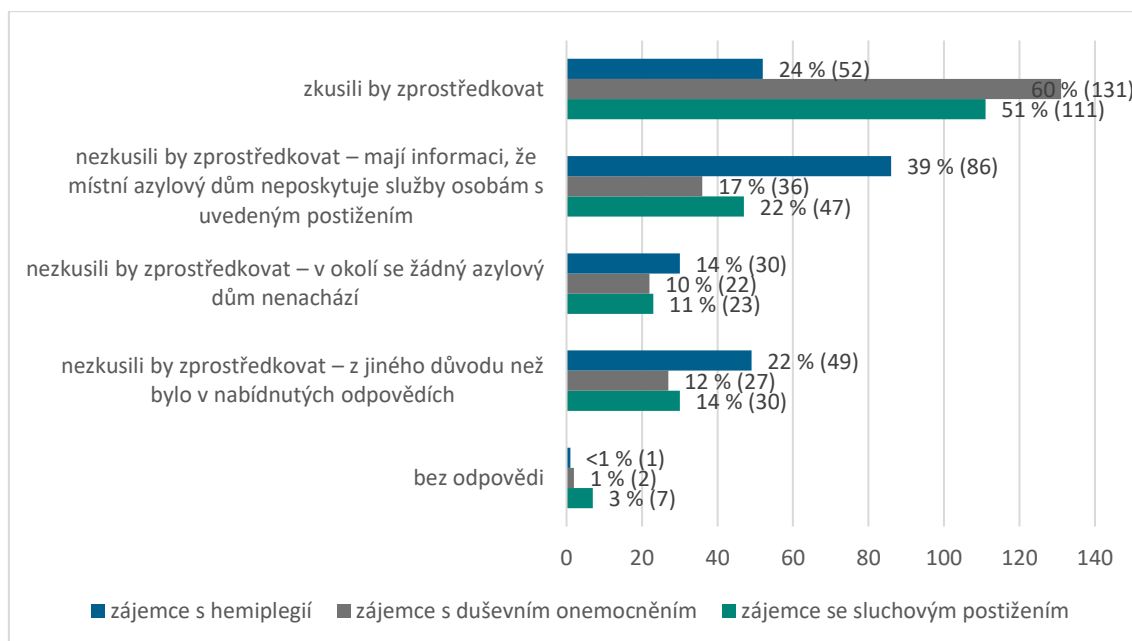
K jednání zveme tlumočníka ve znakové řeči a je přihlíženo ke zdravotnímu stavu, jeho individuálním schopnostem, případně jeho přání. Domlouváme se se zařízením, kde je hospitalizován, pokud jiné zařízení – ubytování neseženeme, klient může počkat na sociálních lůžkách, které mají nemocnice k dispozici.

Ne, tato osoba by měla pobírat invalidní důchod, a měla být tedy schopna uhradit nájem nebo pobytovou službu.

Nezdá se nám to jako vhodné řešení. Ze zkušenosti s jedním naším klientem, který tam bydlel, víme, že měl pocit, že slyšící se mu vysmívají a stále před ním mají tajnosti. Celkově neměl dobrý pocit.

Obávám se, že by měla osoba výrazné problémy při komunikaci s okolím, proto bych se raději snažila odkázat na dostupné služby pro neslyšící, byť mimo region, pokud by bylo nutné.

Graf 8 Zprostředkování azylového domu lidem v modelových situacích (N=218)



Využití noclehárny

Podobně jako u azylových domů měli respondenti rozhodnout, zda by člověku uvedenému v modelových situacích zkusili zprostředkovat noclehárnu (graf 9).

U první modelové situace (člověk s hemiplegií) by noclehárnu zkusila zprostředkovat necelá pětina respondentů 17 % (36). Ostatní 33 % (72) by to nezkoušeli, protože mají informaci, že místní noclehárna neposkytuje služby lidem s uvedeným zdravotním postižením, 21 % (45) protože se v okolí žádná noclehárna nenachází. Téměř třetina 30 % (65) uvedlo jiný důvod.

Mezi jinými důvody, proč by respondenti nezprostředkovali noclehárnu, se objevovalo zdůvodnění, že místní noclehárna není bezbariérová, anebo není určena pro lidi s postižením. Respondenti také upozorňovali na fakt, že se jedná o ambulantní službu, člověk by zde mohl jen přespávat, přes den by byl bezprizorní. Několik respondentů připustilo možnost noclehárny jako přechodné řešení.

Noclehárna není pro uvedenou osobu vyhovující, potřebuje celodenní ubytování.

Noclehárnu bych zprostředkoval jenom v případě, že osoba to již ve svém přirozeném prostředí nezvládá, potřebuje ihned přemístit blíže místu, kde mu bude poskytnuta adekvátní péče.

Je to pouze dočasné řešení, většinou nejsou bezbariérové.

U druhé modelové situace (člověk s duševním onemocněním) by noclehárnu zkusila zprostředkovat téměř polovina respondentů 46 % (101). Ostatní 13 % (29) by to nezkoušeli, a to protože mají informaci, že místní noclehárna neposkytuje služby lidem s uvedeným postižením, 20 % (44) protože se v okolí žádná noclehárna nenachází. Pětina 20 % (43) uvedla jiný důvod.



Mezi jinými důvody, proč by respondenti nezprostředkovali noclehárnu, uváděli, že noclehárnu nepovažují za vhodné řešení, a pokud by s noclehárnou spolupracovali, tak pouze jako s přechodným řešením. Upozorňovali, že noclehárna nesplňuje podmínky stabilního zázemí, které osoby s duševním onemocněním zpravidla potřebují.

Jen v případě, že by jiná možnost nebyla. S ohledem na charakter noclehárny nepovažujeme pro osobu se schizofrenií variantu jako vhodnou, mohlo by rychle dojít k zhoršení onemocnění.

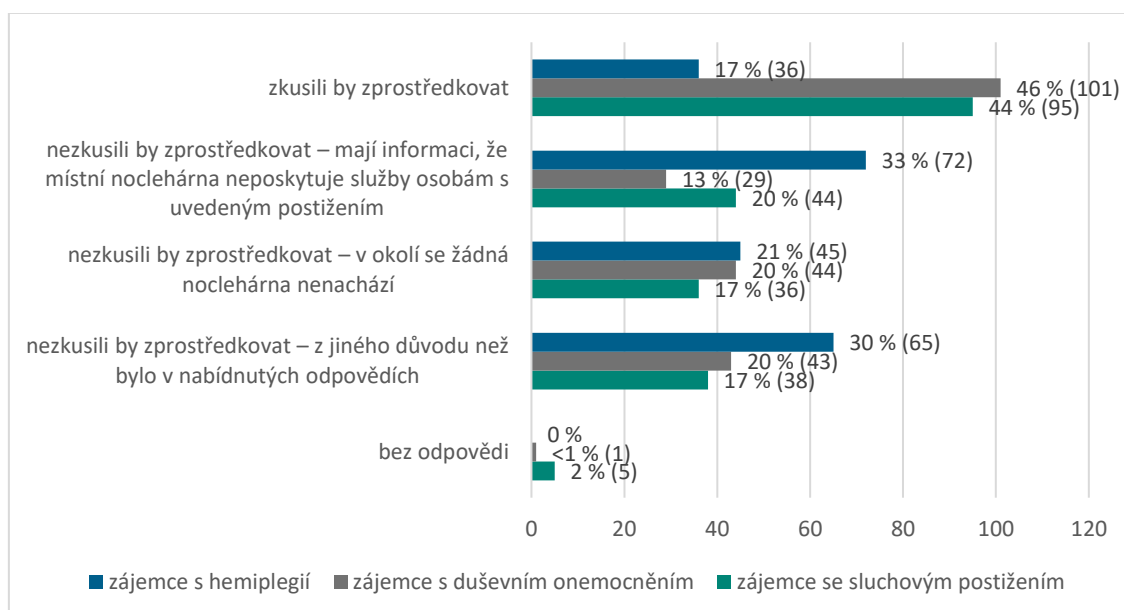
Myslím, že takto postižený člověk na noclehárnu nepatří, najdeme jiné náhradní řešení. Většinou se telefonicky či písemně domlouváme se sociální pracovníci v zařízení, kde je osoba hospitalizovaná, a přechod do jiného zařízení je plynulý. AD jsou většinou plné, je tam čekací doba.

U třetí modelové situace (člověk se sluchovým postižením) by noclehárnu zkusila zprostředkovat téměř polovina respondentů 44 % (95). Ostatní 20 % (44) by to nezkoušeli, a to protože mají informaci, že místní noclehárna neposkytuje služby lidem s uvedeným postižením, 17 % (36) protože se v okolí žádná noclehárna nenachází. Téměř pětina 17 % (38) uvedla jiný důvod.

Mezi jinými důvody, proč by respondenti nezprostředkovali noclehárnu, se nejčastěji objevovaly obavy ohledně komunikace s personálem i ostatními klienty. Respondenti zdůrazňovali, že pokud by k této možnosti přistoupili, tak pouze jako k dočasnému krizovému řešení.

Pravděpodobně bych klienta směřovala spíše do zařízení specializujícího se na osoby s jeho druhem postižení. Pokud by však měl o noclehárnu či AD zájem, zprostředkovala bych mu i ty, ale upozornila bych jej na to, že personál neumí komunikovat znakovým jazykem. V dnešní době však lze použít služeb online tlumočení, proto by teoreticky mohl být klient umístěn i v zařízení, kde personál znakovým jazykem nekomunikuje.

Graf 9 Zprostředkování noclehárny lidem v modelových situacích (N=218)





2.3 Dostupnost azylových domů a nocleháren dle ORP ve vazbě na postižení

Od zástupců ORP jsme dále zjišťovali, **zda jsou podle nich azylové domy a noclehárny na území jejich ORP či sousedních dostupné pro lidi s různými typy postižení.** V dotazníku byly uvedeny tabulky s popisy lidí, kterým mohou některé azylové domy nebo noclehárny odmítat poskytovat sociální službu. U každého člověka pak měli rozhodnout, zda si myslí, že by mu alespoň nějaký azylový dům nebo noclehárna na území jejich či sousední ORP poskytl sociální službu. Nutno upozornit, že **jde o zachycení zkušeností, názorů a předpokladů zástupců ORP, a ne o faktické ověření reálné dostupnosti daných sociálních služeb pro lidi s postižením.**

Přehled odpovědí, jak respondenti odpovídali u jednotlivých lidí, je v tabulce 3. Z odpovědí vyplývá, že nejlepší dostupnost obce předpokládají u azylových domů i nocleháren pro lidi s lehkým mentálním postižením. Více než 60 % respondentů dále uvedlo, že považuje obě tyto služby jako dostupné pro lidi s depresivními projevy (nevyžadující hospitalizaci), lidi se sluchovým postižením, kteří se s obtížemi se dorozumí (odezírání, jednoduchý text, těžko srozumitelná řeč) a lidi omezené ve svéprávnosti.

Naopak nejnižší dostupnost, kdy nemožnost využití služby azylového domu i noclehárny předpokládalo více než 60 % respondentů, byla pro lidi závislé na alkoholu – stavy opilosti narušující soužití, lidi s těžkým mentálním postižením a lidi na vozíku, kteří potřebují dopomoc se sebeobslouhou. Více než polovina obcí se dále vyjádřila negativně alespoň u jedné služby u následujících lidí: na vozíku bez schopnosti chůze, ale schopný sebeobslouhy, s těžkým zrakovým postižením, nevidomý a závislý na návykových látkách (jiných než alkohol).

Největší nejistotu, zda by služby mohly být poskytnuty, vyvolávali lidé HIV pozitivní, dále si více než 30 % respondentů nebylo jistých u lidí se středně těžkým mentálním postižením, lidí se sluchovým postižením, kteří se dorozumívají pouze znakovým jazykem, a lidí s těžkým zrakovým postižením, nevidomých.

Vidíme, že se hodnocení dostupnosti sociálních služeb poměrně shoduje, tedy pokud většina obcí uvedla kladnou odpověď u azylových domů, podobně hodnotili i možnost využití noclehárny.

Tabulka 3 Přehled hodnocení dostupnosti azylových domů a nocleháren na území ORP či v sousední ORP respondenty (N=218)

Člověk	člověku by poskytl službu alespoň nějaký azylový dům na území ORP či v sousední ORP				člověku by poskytla službu alespoň nějaká noclehárna na území ORP či v sousední ORP			
	ano	ne	neví	bez odpovědi	ano	ne	neví	bez odpovědi
s lehkým mentálním postižením	78 %	9 %	11 %	2 %	75 %	9 %	12 %	4 %
s depresivními projevy (nevyžadující hospitalizaci)	67 %	12 %	19 %	2 %	68 %	10 %	18 %	4 %



omezený ve svéprávnosti	67 %	11 %	20 %	2 %	64 %	11 %	21 %	5 %
se sluchovým postižením – s obtížemi se dorozumí (odezírání, jednoduchý text, těžko srozumitelná řeč)	66 %	11 %	21 %	2 %	68 %	6 %	21 %	5 %
závislý na alkoholu – potřebuje malé dávky alkoholu, neopíjí se, nenarušuje soužití	55 %	29 %	14 %	1 %	55 %	26 %	15 %	4 %
se schizofrenií (mírnější forma onemocnění – je samotářský, velmi podezřívavý, emoce jsou oploštělé)	54 %	20 %	24 %	2 %	66 %	12 %	17 %	5 %
zneužívající návykové látky (jiné než alkohol) v omezeném množství, nenarušující soužití	48 %	31 %	19 %	2 %	55 %	22 %	19 %	4 %
na vozíku, schopný udělat několik kroků a schopný sebeobsluhy	38 %	42 %	19 %	1 %	41 %	35 %	20 %	4 %
HIV pozitivní	31 %	14 %	54 %	1 %	34 %	11 %	50 %	6 %
se sluchovým postižením – dorozumívá se pouze znakovým jazykem	28 %	28 %	42 %	3 %	34 %	21 %	40 %	5 %
na vozíku, bez schopnosti chůze, ale schopný sebeobsluhy	25 %	55 %	18 %	1 %	28 %	45 %	22 %	5 %
závislý na návykových látkách (jiných než alkohol)	23 %	55 %	21 %	1 %	28 %	44 %	23 %	4 %
se schizofrenií (těžší forma onemocnění; nevyžadující však hospitalizaci – jeho řeč bývá často nesouvislá, míra motivace je snižena, nedbá příliš na hygienu a oblékání)	21 %	49 %	29 %	1 %	38 %	31 %	27 %	4 %
se středně těžkým mentálním postižením	12 %	50 %	36 %	1 %	22 %	39 %	35 %	5 %
s těžkým zrakovým postižením, nevidomý	10 %	54 %	35 %	2 %	20 %	40 %	35 %	4 %
na vozíku, bez schopnosti chůze a potřebuje dopomoc se sebeobsluhou	5 %	80 %	14 %	1 %	5 %	72 %	19 %	4 %
závislý na alkoholu – stavy opilosti narušující soužití	5 %	86 %	7 %	2 %	6 %	78 %	11 %	5 %
s těžkým mentálním postižením	3 %	81 %	13 %	2 %	7 %	65 %	22 %	5 %

V následující tabulce 4 je souhrn, kde je srovnáno, jak celkově respondenti zhodnotili přístupnost azylových domů a nocleháren. Jedná se o součet všech odpovědí, ze kterých jsou následně vypočítány podíly patřící jednotlivým typům odpovědí. Respondenti častěji předpokládali dostupnost noclehárny (40 %) než azylového domu (35 %). U nocleháren však také mírně převažovaly nerozhodné odpovědi (volba možnosti nevím či nezodpovězení).



Tabulka 4 Celkový přehled odpovědí při hodnocení dostupnosti azylových domů a nocleháren na území ORP či v sousední ORP (N=3 924)

	ano	ne	nevím	bez odpovědi
Člověku by poskytl službu alespoň nějaký azylový dům na území ORP či v sousední ORP	35 %	40 %	23 %	2 %
Člověku by poskytla službu alespoň nějaká noclehárna na území ORP či v sousední ORP	40 %	32 %	24 %	4 %

2.4 Další zjištění

V závěrečné části dotazníku byli respondenti vyzváni, aby **popsali situace, kdy se na ně obrátil člověk s postižením v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení nebo bez přístřeší a byl zde problém s nalezením vhodné sociální služby z důvodu jeho postižení**. Polovina obcí (108) využila tento prostor, aby popsala problémy, se kterými se setkává (šlo o konkrétní případy, ale i o obecnější popis zkušeností). Obce **popsaly, že nejhůře se hledá sociální služba pro lidi s kombinovaným postižením, závislé na drogách či alkoholu a s duševním onemocněním**. Bezproblémové není ale ani umístění lidí s fyzickým postižením bez kombinace. Co se týče smyslového postižení, zmíněni byli lidé se zrakovým postižením.

Často se jedná polymorbiditu – např. kombinace těžké poruchy osobnosti narušující kolektivní soužití a paraparézy způsobené roztroušenou sklerózou (pohyb pouze na invalidním vozíku) u tohoto klienta pobytem na ulici muselo dojít až k závažné sepsi, při které byl ohrožen na životě, až tehdy se nám ho podařilo protlačit do nějakého systému pomoci – zdravotnického a dodnes se nám nepodařilo najít žádnou vhodnou službu, která by ho přijala – osloveny jich byly a stále oslovovány jsou desítky. Či kombinace zdravotní postižení a abusů alkoholu a návykových látek v anamnéze nebo aktuální závislost – téměř neřešitelné. Největší překážkou je však invalidní důchodce bez nároku na výplatu důchodu na dávkách hmotné nouze – takové osoby mají pobytové služby na „chvostech“ pořadníků, najdou si vždy zástupný důvod, proč klienta nepřijmout (např. naplněná kapacita). Tito klienti setrvávají u nás na nízkoprahovém denním centru – to se začíná stávat zařízením pro nesoběstačné seniory, což má zase negativní dopad na jeho fungování – není možné v něm zavést z povahy služby ošetrovatelskou péči, a tak se nejvíce potřebným nedostává potřebné péče a sociální pracovníci suplují činnost pečovatelek – dlouhodobě neudržitelná situace.

Osoba po hospitalizaci, pohybové problémy, nutné pravidelné převazy bércových vředů, osoba bez přístřeší. AD odmítl její ubytování z důvodů, že potřebuje pravidelné ošetření, přestože nebyl problém se zajištěním domácí zdravotní péče. Dále byl problém v bariérách – schody a patrové postele. Vyřešeno – nízkoprahové zařízení během dne, v noci na ulici (letní měsíce). Po určité době následovala hospitalizace v LDN.

Sociální služby dle zkušeností některých obcí nejčastěji **odmítají člověka přijmout z důvodu plné kapacity či proto, že nespadá do cílové skupiny**. Vedle diagnózy je kontraindikací také



věk. Respondenti uváděli, že pokud je člověk mladší 65 let, je jeho umístění složitější. Respondenti také poukazovali obecně **na absenci vhodných služeb, na které by se mohli obrátit a zprostředkovat službu lidem s postižením**. Souvisejícím problémem dle vyjádření respondentů je, že se v mnohých případech jedná o **nízkopříjmové osoby, které si nemohou pobytovou sociální službu péče zaplatit**.⁶⁷

Z části odpovědí vyplývá, že mnohdy jsou krizové situace zapříčiněny špatnou komunikací mezi subjekty péče – několik respondentů popsalo situaci, kdy zdravotnická služba člověka s postižením přivezla před obecní úřad a zanechala ho tam, případně sociální služba takto odvezla a ponechala člověka před jinou sociální službou (azylový dům, noclehárna). Jiní respondenti uváděli, že i přes spolupráci nebylo umístění ve vhodném zařízení možné. Respondenti popisovali situace, kdy se jedná o lidi, kteří jsou imobilní, a azylový dům je odmítne přijmout, protože je bariérový. Tito lidé končí na komerčních ubytovnách, které však také nejsou bezbariérové.

Osoba s onemocněním vnitřních orgánů, téměř nechodící, ale bez invalidního vozíku, inkontinentní, závislá na alkoholu, obézní – situaci bylo nutno řešit okamžitě. Osobu dovezla sanitka z nemocnice, bez předchozího uvědomění odboru sociálních věcí, že se nemá osoba kam vrátit a není jí zajištěna navazující služba. Osobu pracovník sanitky vysadil před úřadem, osoba nebyla s to bez výrazné pomoci ze sanitky ani vylézt a byla usazena na lavičce před úřadem. Odtud se osoba/klient nebyl schopen sám ani zvednout, natožpak někam dojít. Sociální pracovnice obvolaly všechna možná zařízení v blízkém i dalekém okolí a nebyli jsme schopni zajistit přístřeší. Nakonec se klienta ujala cizí soukromá fyzická osoba, která to považuje za svou křesťanskou povinnost starat se o takovéto lidi. I přes apelování na zdravotnické zařízení, že se jedná o osobu, které není zajištěna další péče, tito odmítli vzít klienta znovu do zdravotnického zařízení s tím, že nemá žádné zdravotní problémy, které by odůvodňovaly hospitalizaci.

Chybí specializované sociální služby dlouhodobého charakteru, jako je to v zahraničí, např. zařízení pro chronické alkoholiky, pro osoby s duálními diagnózami. Nedostatek bezbariérových azylových zařízení, nedostatek vhodných bytů.

Lidé, kteří nejsou ve své sebeobsluze samostatní, případně potřebují ošetrovatelskou péči (ne však lékařskou) a nepodaří se pro ně najít vhodnou sociální službu, jsou mnohdy umístěni do léčebny dlouhodobě nemocných či na sociální lůžko. Vyskytly se i situace, kdy se o člověka, pro kterého se nedařilo najít zařízení, rozhodla postarat cizí osoba, nebo se člověk přestěhoval k rodině (např. 90 let staré matce). Jedná se o vyústění situace, které

67 K této praxi se již dříve vyjadřoval veřejný ochránce práv ve výzkumu, který se týkal přístupu k sociální službě domov pro seniory. Zájemce o službu smí být odmítnut pouze ze zákonem přesně stanovených důvodů, mezi něž nepatří výše příjmu. Nízký příjem zájemce proto není důvodem k nepřijetí.

Přístup k sociální službě domov pro seniory: výzkum veřejného ochránce práv. Veřejný ochránce práv – ombudsman [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv [cit. 1. 12. 2020]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/ZARIZENI/Socialni_sluzby/Vyzkum-2013_pristup-k-socialni-sluzbe_web.pdf.



nelze považovat za ideální. Problematický je také moment, kdy je klientovi ukončeno poskytování služby – vypovězení smlouvy o poskytování služeb u některých poskytovatelů.

Několik takových situací jsem řešil. Jednalo se většinou o špatnou mobilitu klienta, kdy je potíží ta, že azylové domy přijímají pouze klienty, kteří jsou soběstační. Pro osoby se zdravotním postižením je velmi těžké až nereálné najít sociální službu. Nouzovým řešením se tak stává pobyt v LDN (zde může být max. 3 měsíce a pak přejít zase jinam), než se např. uvolní kapacita v domově pro osoby se zdravotním postižením (otázka měsíců až let). Pokud se jedná současně o osobu s nízkým příjmem či závislostí na alkoholu, je situace neřešitelná a klientovi nelze kromě LDN žádnou pobytovou službu zprostředkovat. Velký problém jsou i kapacity služeb pro osoby se zdravotním postižením.

V poslední volné otázce byli respondenti vyzváni, aby vypsali své komentáře, **připomínky nebo návrhy k problematice poskytování služeb azylových domů a nocleháren lidem s postižením**. Obce především tematizovaly obecně nedostatečnou kapacitu a dostupnost (vedle místní a kapacitní také finanční) možných služeb pomoci. Vedle sociálních služeb se mezi odpověďmi vyskytl také popis nedostatku obecních a nízkonákladových bytů, absence zákona o sociálním bydlení. U azylových domů a nocleháren vnímají někteří respondenti jako problém jejich nedostatečnou kapacitu a úzce vymezenou cílovou skupinu (kromě postižení a věku se jedná taky o pohlaví – pro ženy je obtížnější najít azylový dům). Problematická je také návaznost zdravotnických a sociálních služeb, toto téma se objevovalo především u hospitalizací v psychiatrických nemocnicích, ale také obecně při potřebě rekonvalescence. Mezi postřehy směrem k azylovým domům se objevila jejich častá lokalizace do sociálně vyloučených oblastí. Pro mnohé potenciální klienty je problém, že si nemohou vzít do sociální služby také zvíře, na kterém jsou mnohdy citově fixováni. Některé obce vyzdvihovaly spolupráci s místními azylovými domy, kterou považovaly za dobrou a přínosnou, jejich služby popisovaly jako kvalitní. Pokud obce mají k dispozici azylový dům, který poskytuje sociální službu také lidem s postižením, vnímají pozitivní přínos.

Mezi návrhy obcí se dále objevovalo rozšíření služeb azylových domů a nocleháren tak, aby je mohli využívat také klienti s postižením či potřebou ošetrovatelské služby, případně zavést nový typ služby, která by poskytovala tento typ péče. Přitom obce zdůrazňovaly, že je nutné, aby tyto služby byly dostupné i nízkopříjmovým osobám.

Některé obce upozorňovaly, že je třeba hledat dlouhodobá řešení a popisovaly současnou praxi, kdy pro lidi se zdravotními komplikacemi a s nízkým příjmem v podstatě neexistuje vhodné řešení. Tito lidé pak putují mezi službami zdravotnickými, sociálními a komerčními či přímo pobytem na ulici. Upozorňují, že situaci některých by mohlo řešit sociální bydlení a dostupná pečovatelská služba, centra duševního zdraví či adekvátní sociální služba. Obce také navrhuji intenzivnější sociální práci ve zdravotnických zařízeních (především psychiatrických nemocnicích).

V naší ORP přibývá počet cílové skupiny osob se zdravotním postižením bez nároku na výplatu invalidního důchodu na dávkách hmotné nouze – do pobytových sociálních služeb nemají šanci se dostat [...]. Několikrát denně



pak jezdí sanitka mezi naším nízkoprahovým denním centrem, noclehárnou a nemocnicí – pokud se klient zhorší, zavolají z nízkoprahového denního centra sanitku, na urgentu mu nechají vykapat infúzi a vezou ho zpět na nízkoprahové denní centrum (popř. vysadí před) a toto se opakuje stále dokola. Taktéž posílí terénní kapacity lékařů – zejm. psychiatrů, terénních služeb pro osoby s psychiatrickým onemocněním tak, aby byli schopní za těmito klienty i do terénu – tito klienti jsou často bez léčby, nemají lékaře, kvůli absenci léčby dochází k dalšímu zhoršování celkového stavu.

Azylové domy a noclehárny jsou pouze přechodné řešení situace osoby bez domova. Měl by být zákon o sociálním bydlení. V psychiatrických nemocnicích systematictější sociální práce, neměly by být propouštěny osoby bez zajištění stabilního bydlení. Centra duševního zdraví jsou preferována, ale zatím nejsou, nedostatek míst po propuštění z hospitalizací.

2.5 Shrnutí

Shrme-li výše uvedené, obce s rozšířenou působností jako velmi **těžko řešitelné vnímají situace lidí s postižením v kombinaci s nějakým typem závislosti a bez finančních prostředků**. Na základě svých praktických poznatků a zkušeností **uvádí, že zprostředkovat takovému člověku nějakou dlouhodobou a stabilní pomoc je takřka nemožné**. Jako problém v některých specifických případech také **vidí špatně nastavenou, popřípadě nefungující spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb**.

Pokud se na zjištěné informace podíváme podrobněji, tak z dostupných čísel vyplývá, že v případě kumulace sociálních událostí, tedy ohrožení ztrátou bydlení a postižení či nepříznivého zdravotního stavu, se sociální pracovníci obcí s rozšířenou působností snaží využít jiných typů ubytování, než jsou sociální služby azylový dům nebo noclehárna. **Z celkového počtu lidí, kteří se dle vlastních poznatků obcí s rozšířenou působností na ně obrátili se žádostí o pomoc v případě ztráty nebo ohrožení ztrátou bydlení, obce zprostředkovaly sociální službu azylový dům pouze v 16 % případů a noclehárnu pouze v 14 % případů**. Naopak nejčastější odpovědí (50 %) bylo zprostředkování ubytování na ubytovně, následovalo přijetí do léčebny dlouhodobě nemocných (31 %), ubytování u příbuzných (29 %) a hospitalizace v psychiatrické nemocnici (27 %), teprve za těmito možnostmi se objevily sociální služby.

Je zřejmé, že vedle sociálních služeb se zde vyskytují i **jiné alternativy, které nelze plně považovat za systémové řešení**. Je zde velké zastoupení obcí, **kteří bytovou nouzi řeší ubytováním na ubytovně, přitom ubytovny často jeví známky sociálního vyloučení a pro člověka s postižením mohou být naprosto nevyhovující**. Ubytování u příbuzných také nepředstavuje ideální řešení, zvláště pokud příbuzní nedisponují dostatečným zázemím, a tato možnost také může představovat bariéru ve snaze o nezávislý život. Hospitalizace člověka v psychiatrické nemocnici je poněkud nejednoznačná možnost. Jedná-li se o člověka v dekompenzovaném stavu, je hospitalizace namístě, nemělo by se však jednat o hospitalizaci pouze z důvodu, že člověk nemá ubytování. Jen malá část obcí volila také možnost sociálního bytu, přitom právě sociální byt by jistě byl v mnohých případech ideální řešení. Pravděpodobnou příčinou je také **nedostatek sociálních bytů**, které mají obce k dispozici.



U konkrétních **modelových situací** měli respondenti **posoudit, jakou pomoc by v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení nabídli člověku s postižením**. Z odpovědí vyplývá, že **způsob řešení představují spíše služby péče** (domovy pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení) a popřípadě je navrhováno využití sociálního bytu. Je zjevná snaha vyřešit situaci spíše prostřednictvím postižení člověka než skrze službu, která se soustředí na pomoc spojenou se ztrátou bydlení. Nesmíme však opomenout, že velkou roli zde hraje také otázka finančního zajištění a časová a místní dostupnost jednotlivých sociálních služeb. Za předpokladu, že by člověk nebyl finančně zajištěn, a to ať už příjmem ze zaměstnání, invalidním důchodem, nebo sociálními dávkami, stávají se i sociální služby péče hůře dostupnými.

Na upřesňující dotaz, zda by v popsanych modelových situacích obce zkusily zprostředkovat azylový dům nebo noclehárnu, respondenti kladně odpovídali spíše u duševního onemocnění a smyslového postižení. **Je zjevné, že omezení pohybu spojené s tělesným postižením představuje při zprostředkování pomoci větší prvotní bariéry.**

Z vyjádření ORP⁶⁸ také vyplývá, že předpokládají možnost zprostředkovat dotčenou sociální službu spíše lidem s lehčím postižením. **Jako velmi problematické naopak vidí zprostředkování služby pro lidi závislé na alkoholu se stavy narušujícími soužití, s těžším mentálním postižením či pro lidi pohybující se na vozíku s potřebou pomoci při sebeobsluze.** Pokud jde o hodnocení dostupnosti azylových domů a nocleháren na území obce s rozšířenou působností či v jejím sousedství pro lidi s postižením, tak procento respondentů, kteří uvádí, že v jejich blízkosti jsou azylové domy či noclehárny, které by mohly poskytnout službu člověku s postižením, není nijak vysoké (35 % v případě azylového domu a 40 % v případě noclehárny). Toto koresponduje také s výše uvedeným zjištěním, kdy se ORP pro lidi s postižením, kteří se ocitli v bytové nouzi, snaží primárně najít jiné řešení jejich situace, než je využití dotčených sociálních služeb.

3. Dotazníkové šetření u azylových domů

V rámci dotazníkového šetření byly osloveny všechny azylové domy v České republice (jednalo se o 220 zařízení). Celkově se průzkumu zúčastnilo 102 respondentů, návratnost tedy byla 46 %. Dotazníkové šetření probíhalo v rozmezí března až srpna 2019. Otázky v dotazníku nebyly povinné, proto je v některých grafech možnost „bez odpovědi“.

V úvodní části (3.1) jsme se **zaměřili na cílovou skupinu**, zda je nutný pro vstup do služby lékařský posudek či potvrzení, jaká je maximální kapacita, aktuální počet klientů a kolik je mezi klienty klientů s postižením. Dále nás zajímalo, zda respondenti vnímají ve své práci nějaké překážky, které brání lidem se zdravotním postižením využívat jejich azylový dům, a průměrná čekací doba.

V následující části (3.2) jsme se věnovali **modelovým situacím**. Zjišťovali jsme, zda by mohla služba být poskytnuta lidem v nich popsanych, jaké jsou bariéry pro jejich využití a jaké by

68 Zjištění této podkapitoly vychází z praktických zkušeností obcí s rozšířenou působností, nejedná se tedy o faktické ověření reálného stavu.



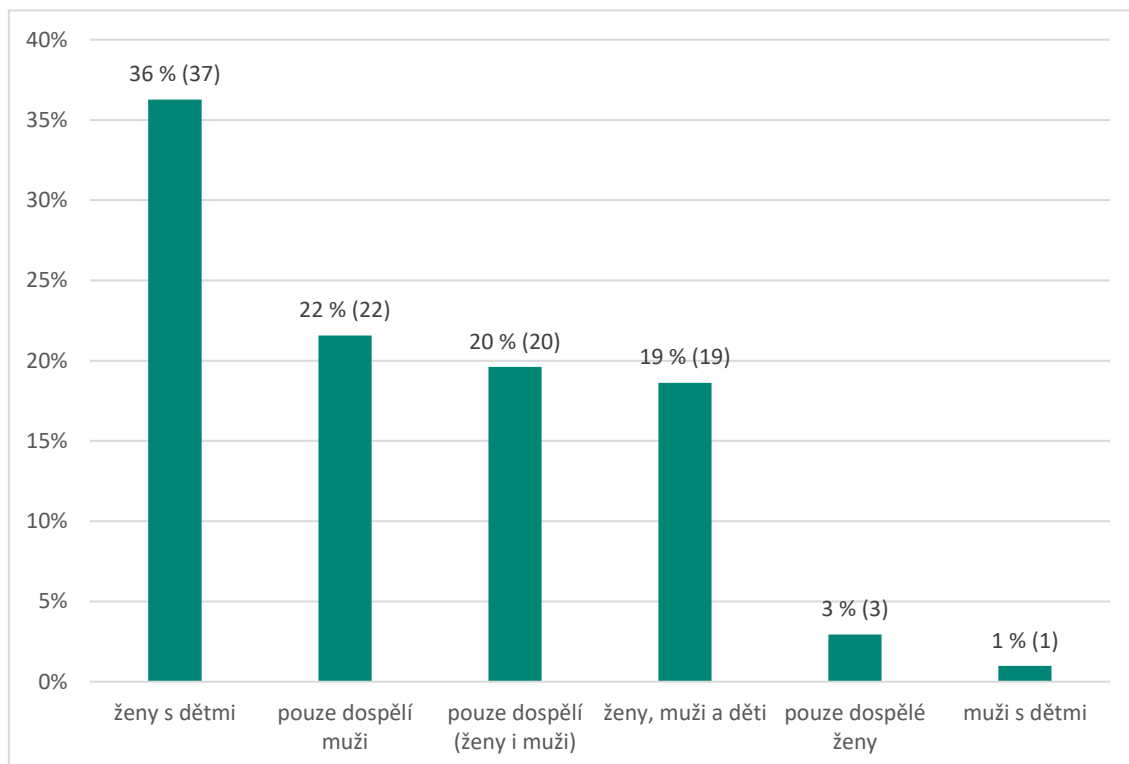
bylo třeba přizpůsobení, aby byla služba lépe přístupná. Pokud služba uvedla, že by takového zájemce nemohli přijmout, tak nás také zajímalo, jaké jiné zařízení by zájemci doporučili.

Poslední část (3.3) jsme věnovali **faktické přístupnosti** azylových domů. Zajímalo nás, zda azylový dům mohou využívat lidé na vozíku a zda je počet těchto lidí omezen. Dále jsme respondentům představili řadu omezení, která mohou zájemci mít, a zjišťovali jsme, zda by jim mohla být služba poskytnuta. Služeb, které mají ve své cílové skupině rodiče s dětmi, jsme se zeptali, zda poskytují podporu rodičům s mentálním postižením či duševním onemocněním. Dále nás zajímalo, zda je možné, aby klienti využívali v azylovém domě externích služeb, a jak často se respondenti za poslední tři roky setkali s tím, že by klienti využívali v prostorách služby osobní asistenci či pečovatelskou službu. Služby jsme také vyzvali, aby popsaly situace, kdy nějakému člověku nemohla být poskytnuta služba z důvodu jeho zdravotního postižení a jaké úpravy by v jejich azylovém domě bylo nutné provést, aby byl lépe přístupný lidem se zdravotním postižením. Na závěr (3.4) byli zástupci azylových domů vyzváni, aby uvedli, zda mají k problematice poskytování jejich služeb lidem se zdravotním postižením další připomínky, návrhy či komentáře.

3.1 Azylové domy

Azylové domy, které se zúčastnily šetření, uváděly nejčastěji, že jejich **cílovou skupinou** jsou ženy a děti 36 % (37), následovaly cílové skupiny pouze dospělí muži 22 % (22), pouze dospělé ženy i muži 20 % (20) a ženy, muži a děti 19 % (19). Naopak pouze dospělým ženám jsou určena 3 % (3) azylových domů a mužům s dětmi 1 % (1) (graf 10).

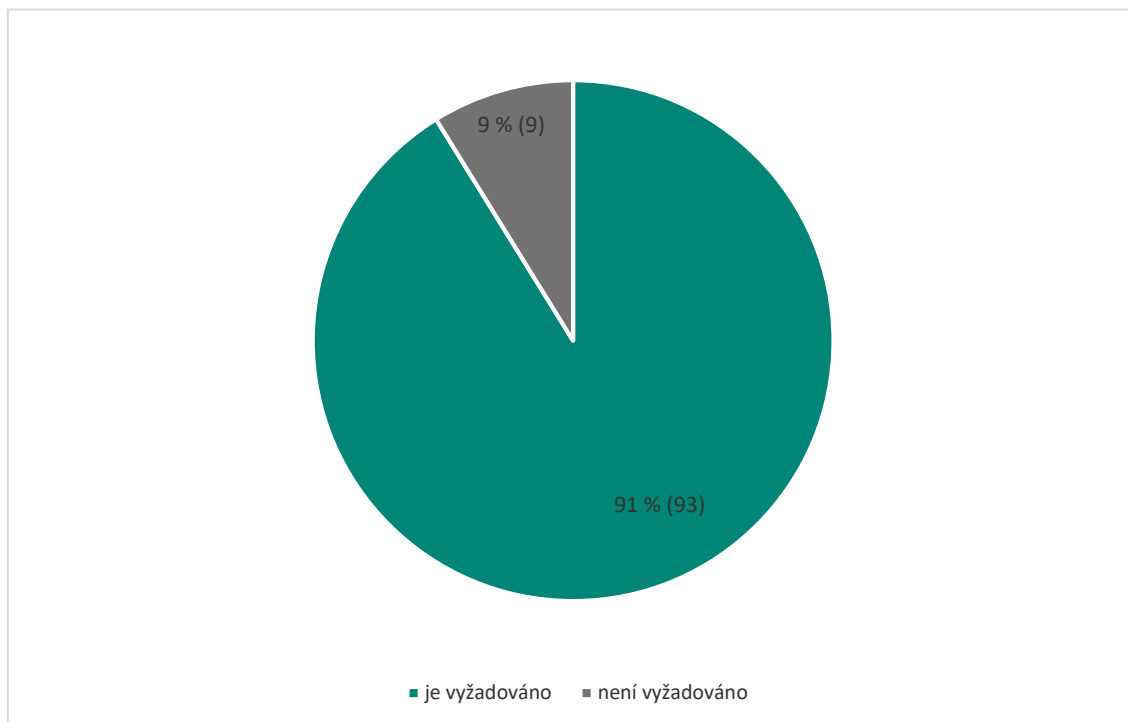
Graf 10 Cílové skupiny azylových domů (N=102)





Převážná většina dotazovaných azylových domů uvedla, že požaduje při vstupu do služby **potvrzení či lékařský posudek**.⁶⁹ Jedná se o 91 % (93) respondentů (graf 11).

Graf 11 Potvrzení či posudek od lékaře při vstupu do služby azylový dům (N=102)



V rámci tohoto lékařského posouzení sledují téměř tři čtvrtiny 74 % (75) azylových domů pouze kritéria vyhlášky č. 505/2006 Sb.⁷⁰ (graf 12)

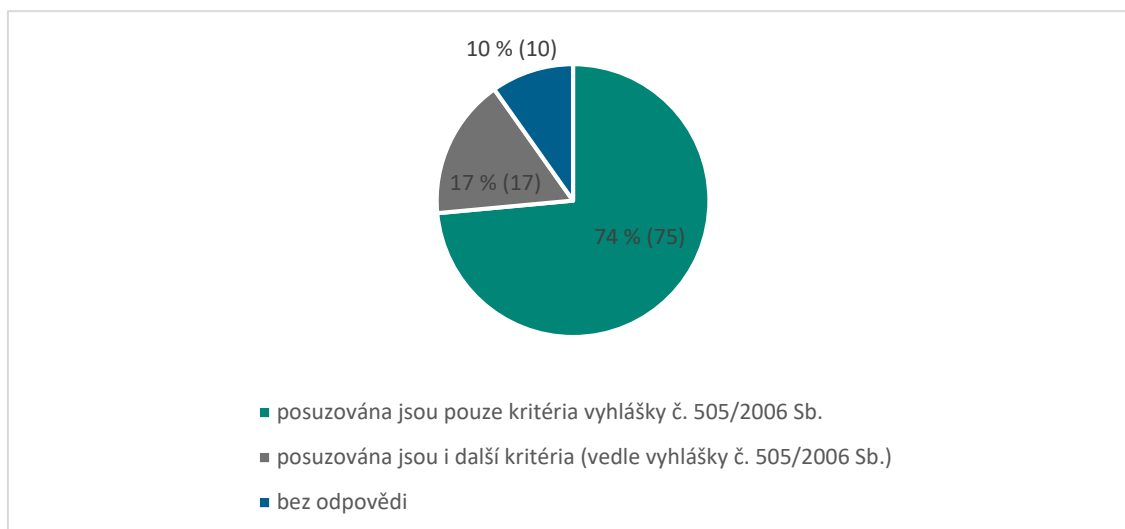
Služby, které uvedly, že sledují i jiná kritéria 17 % (17), zmiňovaly především schopnost pohybu v bariérovém prostředí, samostatnost při sebeobsluze, schopnost komunikace. Dále se vyskytla nutnost posudku psychiatra, pokud je zájemce o službu v jeho péči. Respondenti také konkrétně popisovali „*schopnost zametení a vytření podlahy, schopnost povlečení postele a lůžkovin, schopnost hygieny ve vaně (vše zmíněné nemusí být vykonáno perfektně a na čas, hlavní je zvládnutí těchto úkonů alespoň na minimální úrovni bez ohledu na čas)*“ a „*potvrzení o současném zdravotním stavu a doporučené léčbě (př. angína – klid na lůžku a antibiotika)*“.

69 Podle ustanovení § 91 odst. 4 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je zájemce o poskytnutí pobytové služby povinen předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře.

70 Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, uvádí, že poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže

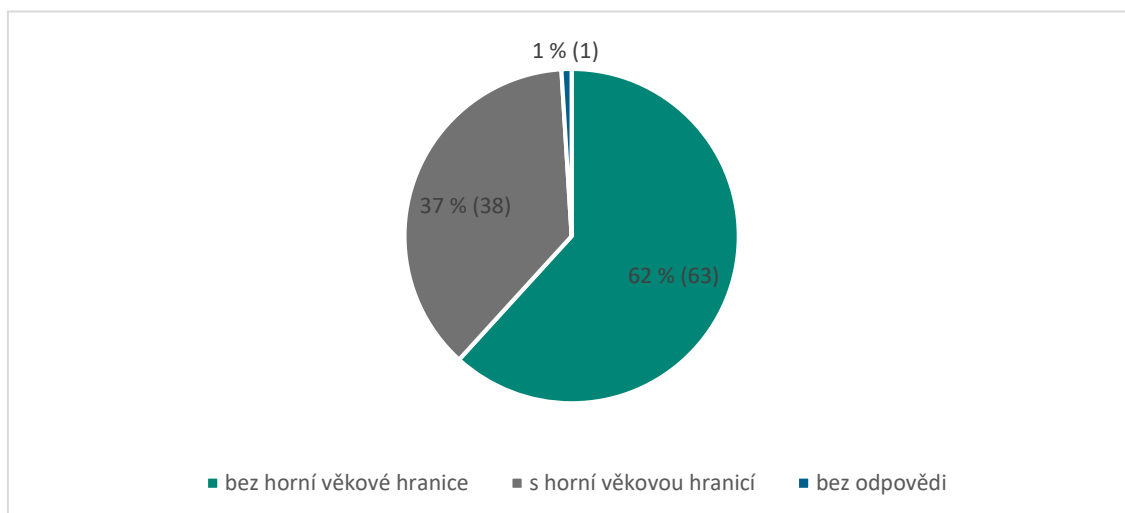
- a) zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení,
- b) osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo
- c) chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem.

Graf 12 Kritéria sledovaná v lékařském posouzení u azylových domů (N=102)



Mezi možnými bariérami pro vstup do služby může být také věk. Vzhledem k tomu, že senioři patří ke skupině, která je ohrožena ztrátou bydlení,⁷¹ podívali jsme se také na to, zda nejsou vyloučeni z možnosti využití azylových domů na základě věku. Z grafu 13 je patrné, že více než tři pětiny 62 % (63) respondentů uvedlo, že horní věkovou hranici pro využití služby nemá. Něco přes jednu třetinu 37 % (38) respondentů pak uvedlo, že horní věkovou hranici má a ta se pohybovala v rozmezí 64 až 85 let, přičemž průměr byl 70 let.

Graf 13 Horní věková hranice pro využívání azylových domů (N=102)



⁷¹ Zpráva o vyloučení z bydlení za rok 2018 uvádí, že počet domácností osob nad 65 let, kterým byl vyplacen doplatek na bydlení na ubytovnu mezi roky 2015 a 2018, stoupl skoro o 70 % (z 352 v roce 2015 na 598 v roce 2018) a upozorňuje, že posláním státu je vytvářet stabilní prostředí posilující osobní odpovědnost a podporovat motivaci občanů k zajištění základních potřeb vlastními silami, zároveň vytvářet vhodné podmínky a nástroje pomoci těm, kteří si své bydlení z objektivních důvodů nejsou schopni zajistit sami, například právě lidé po skončení profesní kariéry. Zpráva o vyloučení z bydlení za rok 2018, Platforma pro sociální bydlení a LUMOS, dostupná z: <https://socialnibydeni.org/wp-content/uploads/2019/04/Zpr%C3%A1va-o-vylou%C4%8Den%C3%AD-z-bydlen%C3%AD-za-rok-2018.pdf>.



Zástupců sociálních služeb jsme se také zeptali, jaká je jejich **maximální možná kapacita**, jaký je **aktuální počet klientů** a **kolik je mezi nimi klientů s postižením**. Celkově je maximální možná kapacita služeb zapojených do šetření 3 638 míst a využívá je 2 707 klientů, kapacita je tedy využita ze 74 %. Následující tabulka 5 ukazuje počet klientů s postižením a jejich procentuální vyjádření z celkového počtu klientů. **Vidíme, že celkově je mezi klienty 17 % (470) lidí s postižením**. Nejčastěji se jedná o duševní onemocnění 9 % (237), následuje postižení tělesné 6 % (152), spíše výjimečné je pak postižení kombinované 2 % (47) a smyslové 1 % (34).

Tabulka 5 Počet klientů s postižením v azylových domech

	počet klientů s postižením	procento z celkového počtu klientů
Duševní onemocnění	237	9 %
Tělesné postižení	152	6 %
Kombinované postižení	47	2 %
Smyslové postižení	34	1 %
Celkem	470	17 %

Vedle počtu klientů s postižením, kteří azylové domy využívají, jsme zjišťovali také počet zájemců o tuto službu, kteří byli z důvodu zdravotního postižení odmítnuti. V tabulce 6 vidíme, že tyto počty nejsou příliš vysoké. Při jejím hodnocení musíme mít však na paměti, že je možné, že lidé s postižením ví, že je azylový dům nepřijme, proto službu ani nepoptávají (případně to vědí pracovníci obcí, kteří osoby v bytové nouzi na tyto služby neodkazují). Nejčastěji byli odmítáni lidé s tělesným postižením, následovali lidé s duševním onemocněním. Lidé se smyslovým a kombinovaným postižením byli odmítáni pouze v řádu jednotek. Jedna služba nevyplnila počty, ale doplnila následující slovní komentář: „*Zpravidla neodmítáme kvůli zdravotnímu postižení, v roce 2018 se jednalo pouze o jednotky. V drtivé většině jsme odmítali z důvodu plné kapacity.*“

Tabulka 6 Počet zájemců, kteří byli v roce 2018 azylovými domy odmítnuti z důvodu zdravotního postižení

	počet klientů
Tělesné postižení	79
Duševní onemocnění	36
Smyslové postižení	6
Kombinované postižení	3
Celkem	124

Více než tři čtvrtiny 78 % (80) respondentů uvedly, že ve své práci vnímají nějaké překážky, které brání lidem se zdravotním postižením využívat jejich sociální službu (graf 14). Respondenty jsme vyzvali, **aby popsali nejčastější překážky, které brání vstupu do služby lidem s různými typy postižení** (časový horizont jsme upřesnili na poslední tři roky).

Pro tělesné postižení byla nejčastější překážka to, že služba není bezbariérová (některé služby přibližovaly, že jim chybí výtah, jsou zde schody, spí se na palandách), objevovalo se také, že služba není schopna poskytovat pečovatelskou péči (nedostatečná kvalifikace personálu, málo pracovníků na směnách, ale i přesvědčení, že „azylový dům, jako služba



*prevence, nemá pečovatelský charakter ani nenahrazuje chráněné bydlení aj. služby“).*⁷² Několik služeb uvedlo, že překážkou byla „nesoběstačnost“ zájemců, objevila se i odpověď, že se mezi zájemci o službu člověk s tělesným postižením neobjevil.

Pro smyslové postižení služby nejčastěji zmiňovaly jako překážku nemožnost zajištění orientace (služby popisovaly nepřehledné prostory) a komunikace (absentující tlumočník). Některé služby zde však také uváděly, že klienti se smyslovým postižením službu využívat mohou, případně, že se služba se zájemcem o službu se smyslovým postižením nesetkala.

U duševních onemocnění respondenti jako překážku zmiňovali kvalifikaci personálu („nemůžeme poskytnout odbornou pomoc – nejsme psychologové ani psychiatři, ani psychoterapeuti“, „absence zdravotnického personálu a z toho vyplývající nemožnost podávání léků“). Některé služby popisovaly, že záleží na závažnosti onemocnění a že problém s využíváním služby je u lidí, kteří se nachází v dekompenzovaném stavu, nepodrobují se léčbě.

Překážkou může být, pokud nedochází k odbornému lékaři, neužívá léky a není schopen soužití s ostatními uživateli služby. Jestliže k lékaři dochází, popř. užívá léky a jeho nemoc je pod kontrolou, může naši službu využívat.

Dále služby uváděly, že je problémem pokud je zájemce nesoběstačný či narušuje soužití. Jedna služba například upozorňovala, že problém mohou představovat velkokapacitní pokoje (až 10 lůžek), kde jsou nároky na schopnost soužití s ostatními klienty vyšší. Další služba přiblížila, jak přistupuje k lidem se závislostí a upozorňuje, že v těchto případech hrozí nebezpečí bažení⁷³ ostatních klientů.

U lidí s akutní závislostí na alkoholu nebo jiných látkách trváme minimálně na absolvování detoxu a následné ambulantní léčbě. Důvodem je z naší zkušenosti velmi vysoké riziko, že klient bude vyvolávat konflikty se spolubydlícími, navíc jim bude spouštět craving, pokud oni sami v minulosti měli problém se závislostí, a rovněž zvýšené riziko nerespektování ubytovacího řádu aj. pravidel služby ze strany závislého klienta.

U klientů **s kombinovaným postižením** respondenti popisovali podobné překážky, jako u typů postižení popsaných výše. Jednalo se především o to, že služba není bezbariérová, nezajišťuje pečovatelskou službu, službu osobní asistence či zajištění úkonů osobní péče a vyžaduje samostatnost klientů. Dále to byla absence vhodného personálu, nedostatečné personální kapacity a problémy s komunikací v případě smyslového postižení.

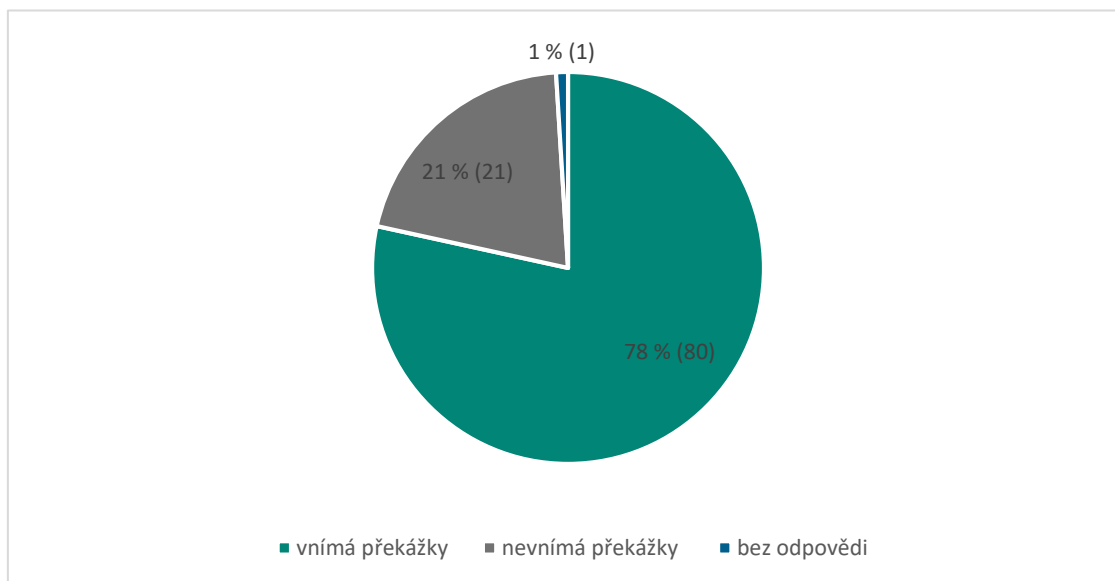
Nejsme bezbariéroví, nemáme pečovatelský ani zdravotnický personál, nejsme prostorově a technicky disponováni k péči o takové osoby.

⁷² Azylové domy jsou sociální službou prevence a sociální služby péče podle zákona o sociálních službách neposkytují. Kombinace různých druhů služeb (například právě prevence a péče) a jejich souběh nejsou zákonem nijak omezovány a není vyloučeno, aby v azylovém domě byla služba péče poskytována. Ne od personálu, ale od jiného poskytovatele sociálních služeb, osoby blízké nebo asistenta sociálních služeb. Faktickou překážkou v takovém postupu může být nedostatek finančních prostředků na nákup péče nebo nedostupnost požadované služby péče. Blíže viz kapitola Právní úprava.

⁷³ Bažení (označováno také jako dychtění či craving) je dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) popisováno jako touha nebo pocit puzení užívat látku a označeno za jeden ze základních znaků závislosti.

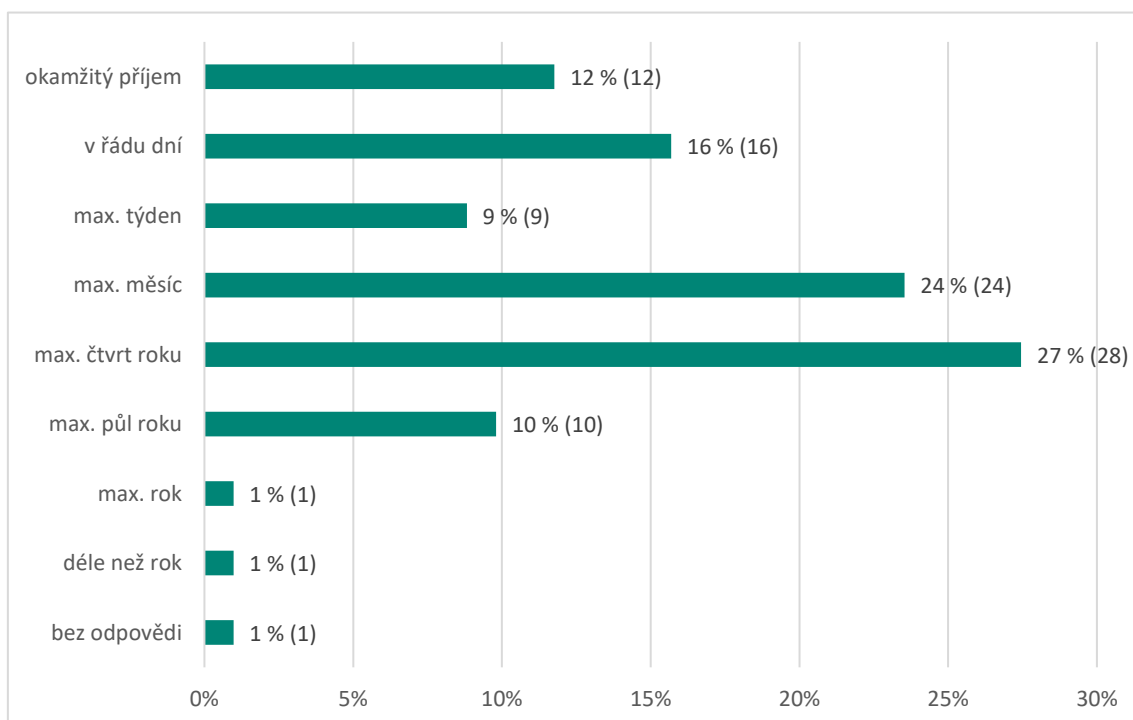


Graf 14 Počet respondentů vnímajících ve své práci nějaké překážky, které brání lidem se zdravotním postižením využívat jejich azylový dům (N=102)



Respondenty jsme vyzvali, aby uvedli průměrnou **čekací dobu** v roce 2018. Přehled čekacích lhůt je uveden v grafu 15, vidíme, že nejčastěji respondenti uváděli, že zájemci čekají více než měsíc, ale maximálně čtvrt roku 27 % (28). Pokud se člověk ocitne v bytové nouzi, jsou tři měsíce k přijetí do sociální služby poměrně dlouhá doba a toto dílčí zjištění může značit nedostatečnou kapacitu služby.

Graf 15 Průměrná čekací doba pro azylový dům v roce 2018 (N=102)





3.2 Modelové situace

Dotazník pro azylové domy obsahoval, podobně jako dotazník pro ORP, modelové situace tří různých lidí. Od zástupců služeb jsme chtěli posouzení, zda by mohla být jejich služba poskytnuta člověku v dané situaci, jaké jsou případné překážky pro její poskytnutí a jak by bylo možné tyto překážky vyřešit.

Modelové situace jsou totožné jako u dotazníku pro ORP.

První modelová situace byla představena následovně:

Člověk s ochrnutou polovinou těla (hemiplegie), jeho pravá ruka a noha jsou nepohyblivé, pohybuje se na vozíku. Doposud žil v opuštěné chatce v zahrádkářské kolonii spolu s partnerkou, která mu dopomáhala. V současné době partnerka není přítomna. Žít bez dopomoci nezvládá, proto se rozhodl požádat o pomoc. Je ve své sebeobsluze poměrně samostatný, potřebuje však bezbariérový přístup a sociální zařízení (sprchu, toaletu) upravenou tak, aby ji mohl využívat.

Druhá modelová situace byla představena následovně:

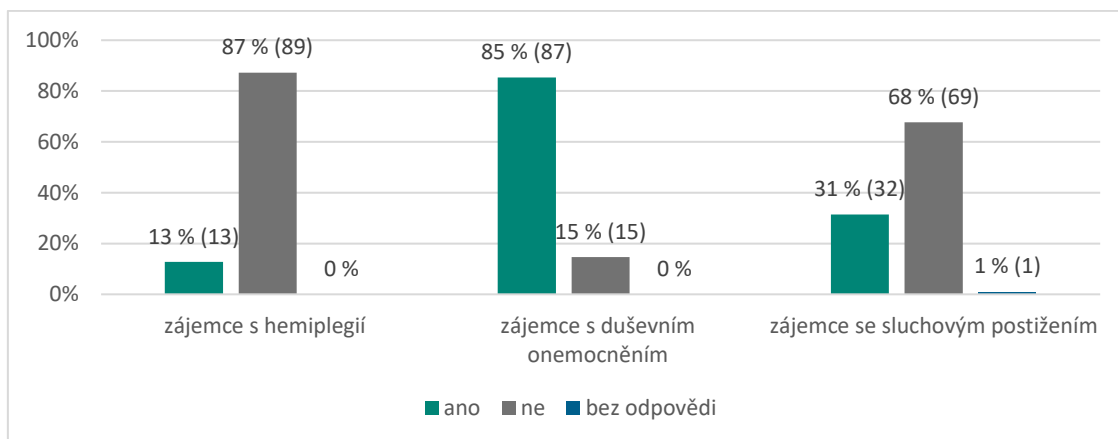
Člověk hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici s diagnózou schizofrenie, kterého nyní budou propouštět. V souvislosti s onemocněním přišel o bydlení a měsíc žil na ulici. Ve spolupráci s rodinou se rozhodl pro léčbu a byl hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici. Jeho stav je nyní kompenzovaný.

Třetí modelová situace byla představena následovně:

Jedná se o člověka se sluchovým postižením, který komunikuje znakovým jazykem. Mluvenému slovu nerozumí a psaný text je pro něj také nesrozumitelný.

Respondentů jsme se na úvod zeptali, zda by **člověk, popsáný v modelové situaci, mohl využívat jejich azylový dům** (graf 16). Nejvíce respondentů se vyjádřilo negativně k využívání služby člověkem s hemiplegií, tomu by v téměř devíti desetinách 87 % (89) služba poskytnuta nebyla. Více než dvě třetiny 68 % (69) azylových domů by službu neposkytlo člověku se sluchovým postižením. Zájemce s duševním onemocněním by neuspěl pouze u 15 % (15) respondentů.

Graf 16 Dostupnost azylového domu v modelových situacích (N=102)

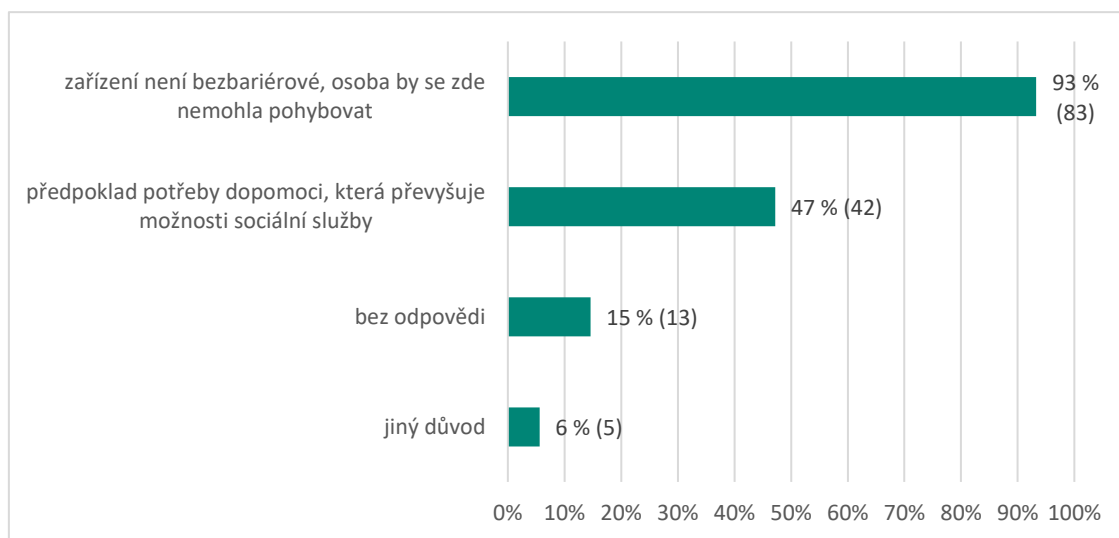




Azylových domů, které u daných situací uvedly negativní odpověď, jsme se zeptali, z jakého důvodu by nebylo možné lidem v modelové situaci službu poskytnout.

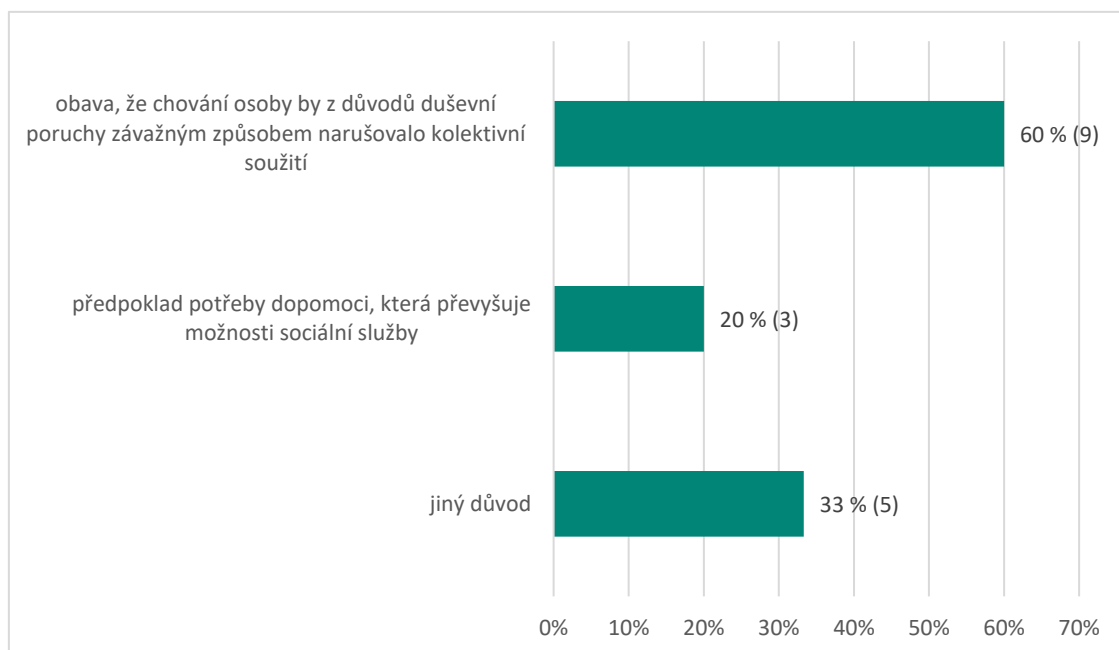
U první modelové situace (člověka s hemiplegií) dominuje 93 % (83) zdůvodnění, že zařízení není bezbariérové, téměř polovina respondentů 47 % (42) u člověka také předpokládá potřebu dopomoci, která převyšuje možnosti služby (graf 17).

Graf 17 Bariéry využití azylového domu pro člověka s hemiplegií (N=89)



U druhé modelové situace (člověka s duševním onemocněním) byla nejčastěji uváděnou příčinou nepřijetí do služby obava, že chování člověka by z důvodů duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití 60 % (9) a pětina respondentů 20 % (3) u člověka předpokládala potřebu dopomoci, která převyšuje možnosti služby (graf 18).

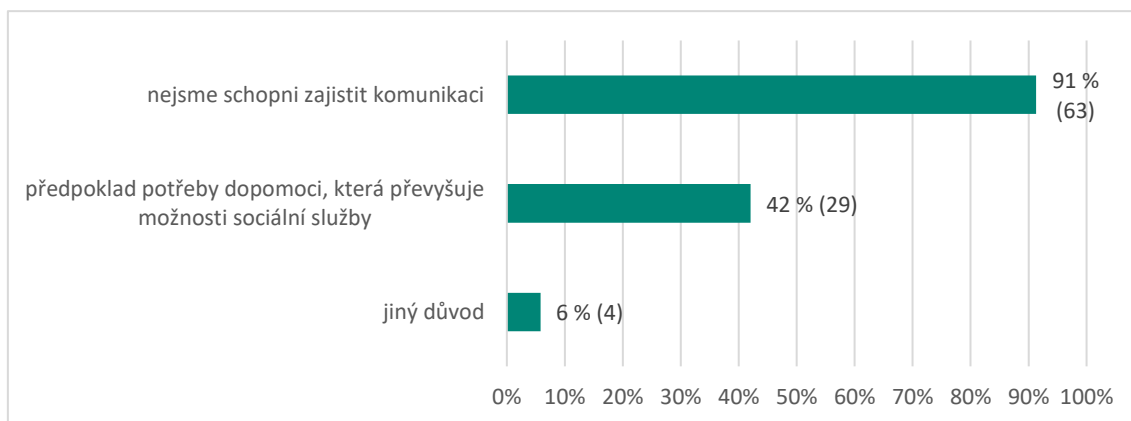
Graf 18 Bariéry využití azylového domu pro člověka s duševním onemocněním (N=15)





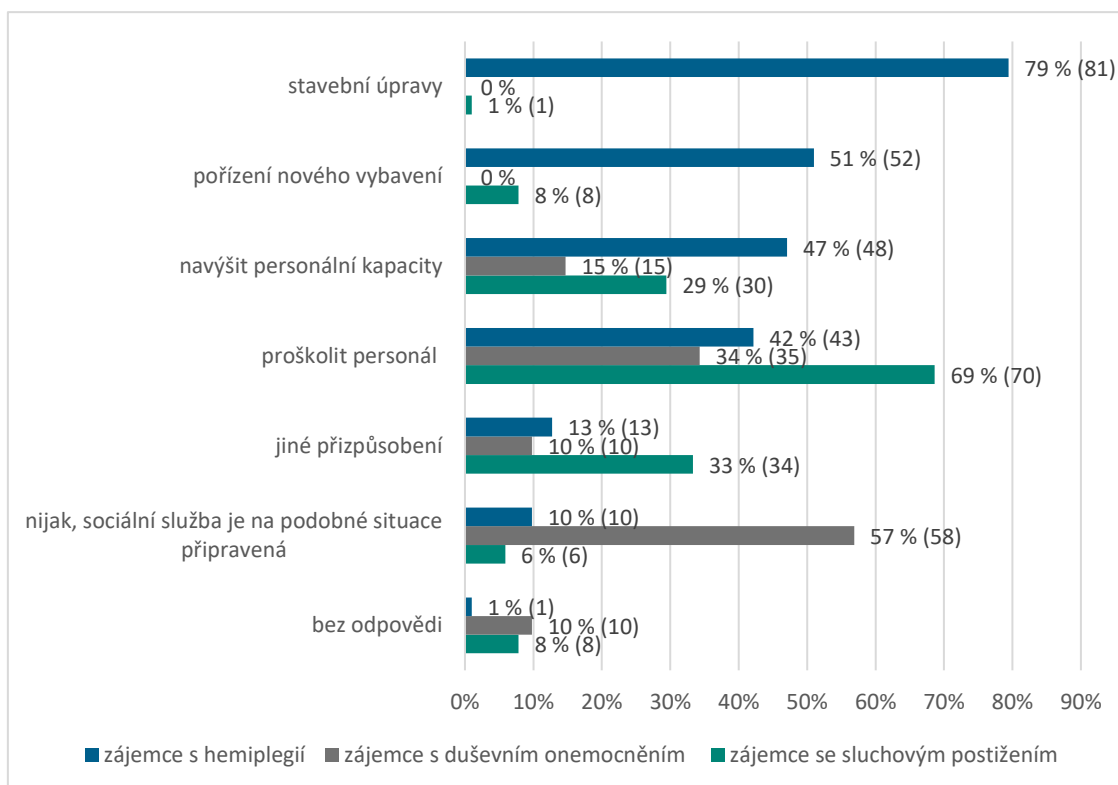
U třetí modelové situace (člověka se sluchovým postižením) byla nejčastější uváděná příčina nepřijetí do služby 91 % (63) nemožnost zajištění komunikace. Téměř polovina respondentů 42 % (29) u člověka také předpokládá potřebu dopomoci, která převyšuje možnosti služby (graf 19).

Graf 19 Bariéry využití azylového domu pro člověka se sluchovým postižením (N=69)



Všech respondentů jsme se také zeptali, **jak by bylo nutné jejich službu přizpůsobit, aby ji mohli zájemci z modelových situací využít.** V grafu 20 vidíme, že nutná opatření se vesměs velmi liší dle typu postižení, některá jsou však vhodná pro více typů postižení (proškolení personálu a navýšení personálních kapacit).

Graf 20 Přizpůsobení, která by byla nutná pro to, aby azylový dům mohli využít žadatelé z modelových situací (N=102)





Mezi návrhy respondentů na to, jaké **jiné přizpůsobení** by bylo nutné využít u **první modelové situace (člověka s tělesným postižením)**, byla nejčastěji zmíněna problematika zacílení služby a z ní vycházející registrace. Služby upozorňovaly, že jsou službou prevence, nikoli péče, jedna dokonce zmiňovala hrozící možný postih.⁷⁴

Legislativní změny – dopomoc v sebeobsluze nepatří dle zákona 108/2006, o soc. službách, mezi základní činnosti AD – není možné zde vykonávat.

Kombinace se službami sociální péče – je diskutabilní, zdali takový zájemce spadá do cílové skupiny prevence (AD je sice služba pobytová, ale spadající do sociální prevence, nikoliv péče – viz zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

K citovaným odpovědím je třeba zopakovat, že pokud by služby prevence byly díky odstranění bariér přístupnější, popřípadě by se lépe nastavila spolupráce s terénními službami péče, nebyla by změna registrace nutná. Potřeba péče by člověka také neměla automaticky směřovat do sociální služby ústavního typu. Vždy je důležité podporovat co nejvíce samostatný způsob života se všemi jeho možnostmi a odlišnostmi, a naplňovat tak čl. 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, který se týká nezávislého života.

Mezi možnými přizpůsobeními se objevil také návrh na spolupráci se sociálně aktivizační službou nebo pečovatelskou službou při pomoci s péčí o dítě. Jedna služba dále vysvětlila, že provozuje azylové byty, které jsou nájemní, a proto nemají možnost stavebních úprav na bezbariérové. V tomto případě se navíc jedná o byty s utajenou adresou, není proto „z důvodu bezpečnosti možné, aby se střídali externí osobní asistenti“. K tomuto je třeba podotknout, že i obětí domácího násilí, pro které je takový typ sociální služby určen, by mohl být člověk s postižením.

V kategorii **jiné přizpůsobení respondenti u druhé modelové situace (člověk s duševním onemocněním)** opět navrhovali úpravu registračních podmínek služby. Zde služby upozorňovaly, že jejich pracovníci nesmí klientům podávat léky, dále byly zmíněny možné spolupráce s jinými organizacemi (OSPOD, SAS, organizací PRÁH). Služby také navrhovaly, že by bylo vhodné mít k dispozici samostatné pokoje se samostatným zázemím (toaleta, koupelna). Bylo by tak dle jejich názoru možné předcházet konfliktům, které se s využíváním společných prostor a nedostatkem soukromí mohou pojit.

Z důvodu ochrany práv uživatelů služby nemůže personál služby kontrolovat podávání léků, natož léky uživatelce služby podávat. Byla by nutná legislativní změna.

Klientovi bychom pravděpodobně navrhovali otevřenou trojstrannou spolupráci s jeho ošetřujícím psychiatrem, případně s komunitní službou pro lidi s duševním onemocněním, pokud by takovou chtěl využívat. A to

⁷⁴ Podle zákona o sociálních službách jsou azylové domy službami prevence. Uvedení druhu poskytovaných služeb je jednou z podmínek k registraci sociální služby. Kontrolu naplňování registračních podmínek provádí inspekce sociálních služeb a postupuje podle zákona o sociálních službách a také podle zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole. Při nesplnění navržených opatření lze poskytovateli udělit pokutu.



za účelem včasné informovanosti a možnosti navýšení podpory v případě dekompenzace klienta. Nicméně pokud by klient s návrhem nesouhlasil, nebyl by to důvod, abychom ho odmítli.

Klienti mají společné zázemí, kuchyně, sprchy [...] u klientů s duševní poruchou dochází s ostatními častěji ke konfliktům. Řešením by bylo mít pokoje se zázemím (WC aj.).

U třetí modelové situace (člověk se sluchovým postižením) respondenti nejčastěji hledali řešení, jak se vypořádat s jazykovou bariérou. Objevovala se asistence tlumočníka či propojení s organizací, která pomáhá s překlady, respondenti však upozorňovali, že služby tlumočnicků by znamenaly vyšší finanční náklady. Některé služby navrhovaly kurzy znakového jazyka pro personál, jedna služba uvedla, že jejich sociální pracovnice má základy znakového jazyka.

V našem zařízení jsme poskytli sociální službu matce, která byla neslyšící, avšak rozuměla mluvenému slovu a byla možnost s ní komunikovat i v rámci psaného textu. V dané situaci, kdy matka nerozumí mluvenému slovu i psaný text je pro ni nesrozumitelný, by bylo nutné proškolit personál formou kurzů znakové řeči.

Provozujeme azylové byty bez stálé služby pracovníka v sociálních službách, proto potřebujeme, aby ubytovaní klienti byli schopní komunikovat s námi po telefonu v případě mimořádných událostí a v případě krizových událostí, aby byli schopní sami zavolat hasiče, záchranku či policii. Kromě toho bychom s největší pravděpodobností neměli dostatek financí na tlumočení v potřebném rozsahu.

Respondentů, kteří uvedli, že by jejich **sociální služba nemohla být poskytnuta lidem popsaným v jednotlivých modelových příkladech, jsme se zeptali, jaké jiné zařízení by jim doporučili.** Z grafu 21 je patrné, že se doporučení lišila v závislosti na situaci zájemce o službu, nicméně u některých možností se respondenti poměrně shodovali, jedná se například o možnosti chráněné bydlení a sociální byt.

Respondentům jsme nabídli také možnost jiné. **U první modelové situace (člověk s tělesným postižením)** respondenti nejčastěji přibližovali, že by doporučili dům s pečovatelskou službou, domov pro seniory, případně nějakou formu bytu (sociální či klasický byt, byt zvláštního určení) doplněnou o terénní pečovatelskou službu. Dále by spolupracovali se sociálním odborem města, doporučili pobytovou formu sociální rehabilitace a sociálně aktivizační službu či dotyčného odkázali na Ligu vozíčkářů. **Mezi odpověďmi se také objevila kritika skutečnosti, že zde neexistují zařízení, která by se zaměřovala na poskytování služeb specifické cílové skupině, jako jsou rodiče s postižením, kteří se ocitnou v bytové nouzi.** V této souvislosti je také zmíněn fakt, že pro podporu lidí s postižením, kteří jsou ohroženi ztrátou bydlení je zákonem vymezená možnost čerpat službu po délku jednoho roku krátká a nevyhovující.

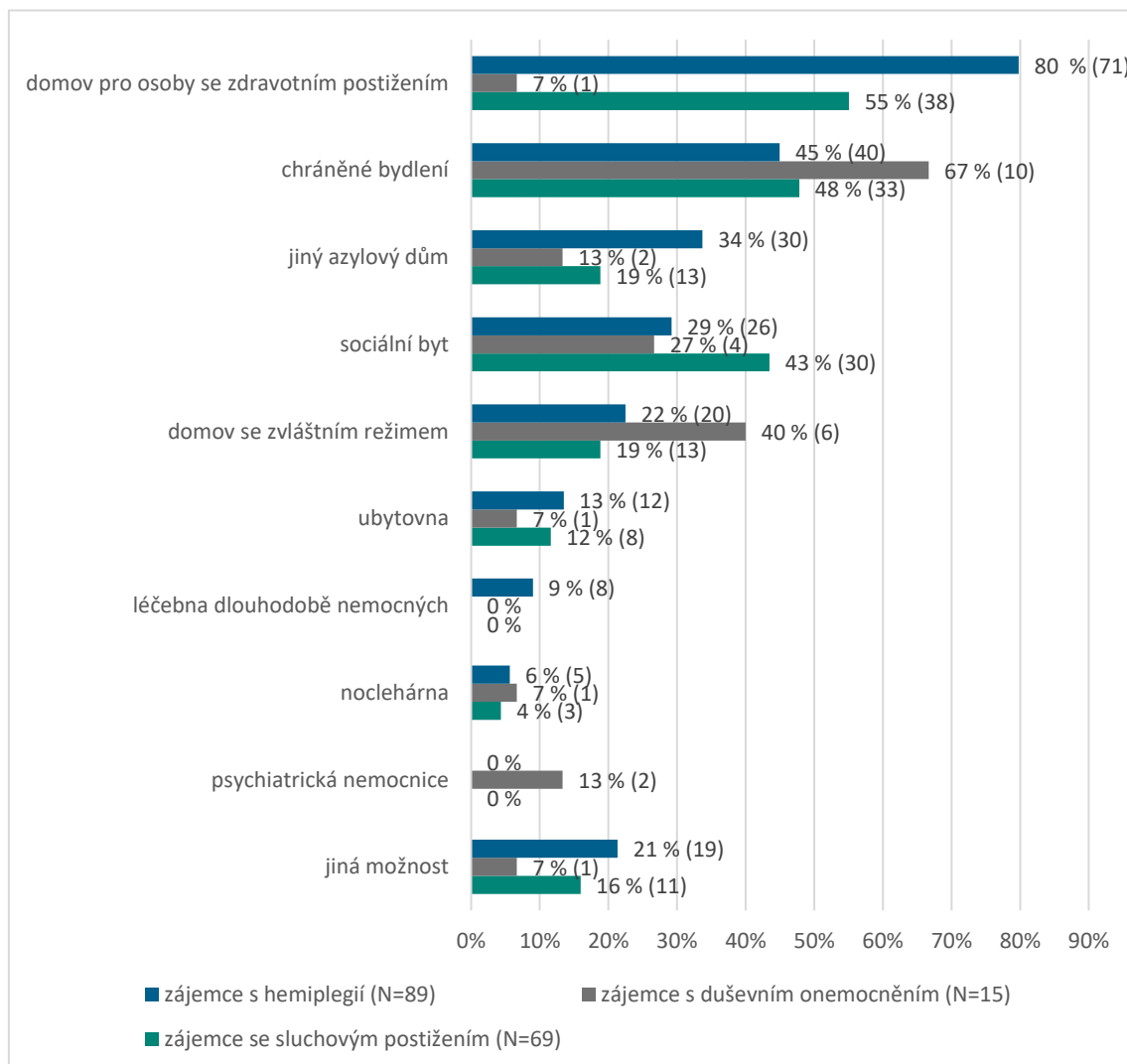


Problém spočívá v tom, že osoba – u nás matka s dítětem, dětmi – navíc pečuje o své dítě. V současném systému sociálních služeb vůbec neexistuje chráněné bydlení pro matku s dětmi. Pouze pro jednotlivce, bez dítěte. Vidíme velkou mezeru v tomto a zároveň velkou potřebu změny, či doplnění této neexistující služby. Snažili jsme se v tomto intervenovat na MPSV [...] Měli jsme i slíbenou návštěvu, zatím k ní nedošlo. Přejde nám, že jsou velké nedostatky v sociálních službách právě pro handicapované matky a jejich děti. Systém počítá pouze s běžným azylovým domem a není nijak zohledněna skutečnost specifčnosti azylového domu pro matky s handicapem. V podstatě tato služba neexistuje, k této službě jsme se rozhodli sami, právě z důvodu, že jsme po zkušenostech viděli, jak jsou mnohem více tyto maminky zranitelné a snadno zneužitelné. Nikdo ale nezohlední větší náročnost této služby, větší nároky na personál a jeho profesionální a odborné vybavení. Toto vše supluje z pomoci sponzorů. Dále se vůbec nepočítá s tím, že doba pobytu v azylovém domě u matky s handicapem musí být mnohem delší než v běžném azylovém domě, že je tuto dobu potřebné přizpůsobit každé jednotlivé matce individuálně. Také i to, že pomoc nemůže končit odchodem matky s dětmi z azylového domu, že je nutné, aby byla mnohem komplexnější, než jak je nyní. Že je nutné zajistit i následnou podporu a pomoc v různém stupni, podle druhu handicapu. Je toho ještě mnohem víc. Ale ze zkušenosti víme, že se to vyplatí a že je to cesta k lidskému pozvednutí jak matky, tak především dětí.

U druhé modelové situace (člověk s duševním onemocněním) uvedl návrh pouze jeden respondent a to „snížit kapacitu zařízení a vytvořit samostatnou bytovou jednotku pro tuto osobu a její děti“.

U třetí modelové situace (člověk se sluchovým postižením) respondenti navrhovali řešení, která vesměs souvisela s překonáváním jazykové bariéry, např. „odkázání na sociální služby, které spolupracují s neslyšícími“, „jakékoliv bydlení – s tlumočníkem k dispozici“ či některou sociální službu „v kombinaci s ambulantními službami pro neslyšící – tlumočnické služby, odborné sociální poradenství, sociální rehabilitace apod.“, objevovalo se však také „běžné bydlení“ nebo odpovědi, ze kterých byla patrná bezradnost – především pro matky s postižením je problematické najít vhodnou službu.

Graf 21 Zařízení, která by respondenti doporučili odmítnutým žadatelům z modelových situací

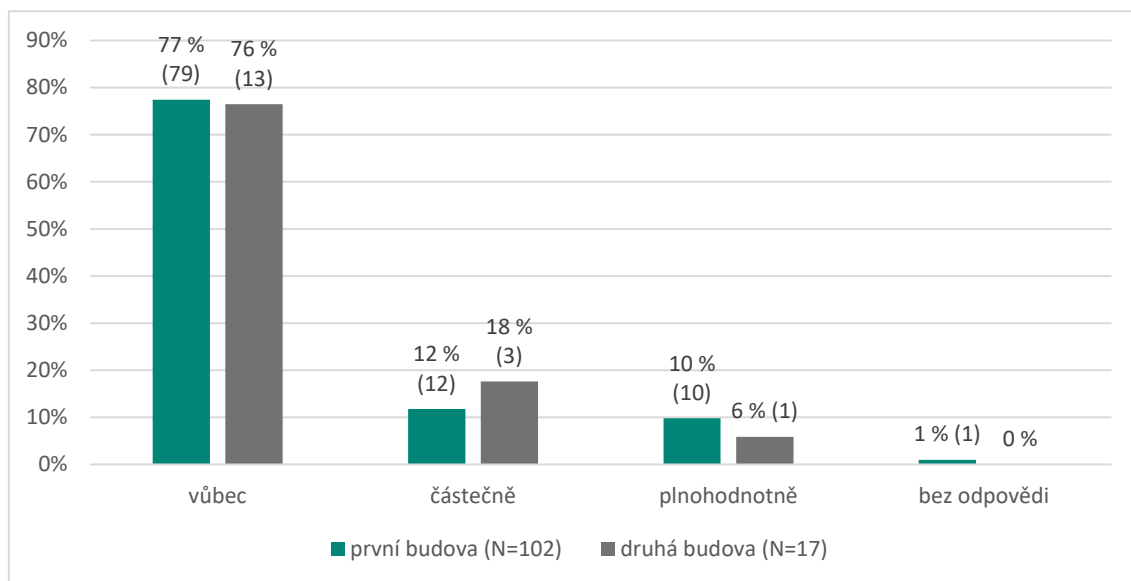


3.3 Přístupnost azylových domů

Součástí dotazníku bylo také zjištění, **do jaké míry jsou azylové domy bezbariérové po materiálně technické stránce**. Respondenti měli rozhodnout, zda by jejich zařízení mohli využívat člověk pohybující se na vozíku u jednotlivých budov, kterými disponují (graf 22). **U první (hlavní) budovy uvedlo téměř osm desetin 77 % (79) respondentů, že by jejich azylový dům člověk pohybující se na vozíku nemohl využívat vůbec, částečně⁷⁵ by takový klient mohl využívat 12 % (12) zařízení a plnohodnotně pouze 10 % (10)**. Část respondentů uvedla, že mají druhou budovu 17 % (17). I u nich převládají také ty, které nejsou bezbariérové. Další budovy uvedlo pouze minimum azylových domů (třetí a čtvrtou pouze jeden) a všechny uvedly, že tyto nejsou dostupné vůbec.

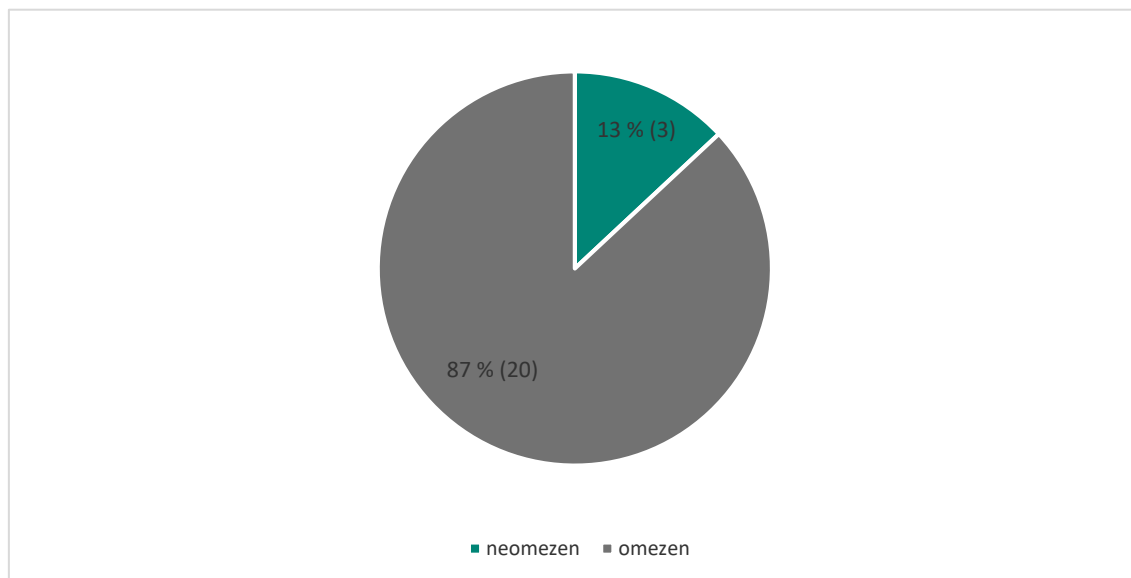
⁷⁵ Částečné využívání bylo v dotazníku definováno: zajištěny jsou potřeby pro ubytování: sociální zařízení, pokoj; klient ale nemůže využít všechny prostory, např. druhé patro, společenskou místnost. Plnohodnotné využívání bylo definováno: klient se dostane do všech místností určených klientům.

Graf 22 Jak mohou být azylové domy využívány lidmi pohybujícími se na vozíku



Respondentů, kteří uvedli alespoň částečnou bezbariérovost, jsme se dále zeptali, zda je počet lidí pohybujících se na vozíku, kterým může být služba poskytována, početně omezen. Alespoň jednu dostupnou budovu uvedlo 23 % (23) respondentů (graf 23). Téměř devět desetin 87 % (20) respondentů uvedlo, že je počet těchto klientů omezen. Průměrně se jednalo o tři klienty, nejvyšší počet byl 9 klientů.

Graf 23 Omezení počtu klientů pohybujících se na vozíku v azylových domech (N=23)



Zajímalo nás i to, **jaké konkrétní diagnózy a omezení mohou bránit člověku ve vstupu do služby**. Respondentům jsme představili řadu možných omezení a nechali je rozhodnout, zda by jejich nositel mohl využívat jejich službu (tabulka 7). Azylových domů, které mají v cílové skupině děti, jsme se zeptali také na děti a lidi, kteří doprovází dítě (tabulka 8).

Pro dospělé lidi, kteří nemají děti, jsou nejlépe dostupné azylové domy v případě, že jde o zájemce s depresivními projevy (nevyžadující hospitalizaci) 88 %, s lehkým mentálním



postižením 87 % či člověka se schizofrenií (mírnější forma onemocnění, samotářský, velmi podezřívavý, s oploštělými emocemi) 80 %. Naopak nejméně azylových domů může službu poskytnout zájemci pohybujícímu se na vozíku, který potřebuje dopomoc se sebeobsluhou 5 %, dále zájemci s těžkým mentálním postižením 6 % a zájemci pohybujícímu se na vozíku (avšak schopnému sebeobsluhy) 17 %.

Tabulka 7 Možnost využití azylového domu dle omezení u dospělých klientů (N=102)

Člověk	ano	ne	bez odpovědi
s depresivními projevy (nevyžadující hospitalizaci)	88 %	5 %	7 %
s lehkým mentálním postižením	87 %	6 %	7 %
se schizofrenií (mírnější forma onemocnění – je samotářský, velmi podezřívavý, jeho emoce jsou oploštělé)	80 %	13 %	7 %
se sluchovým postižením – s obtížemi se dorozumí (odezírání, jednoduchý text, těžko srozumitelná řeč)	75 %	19 %	7 %
omezený ve svéprávnosti	75 %	16 %	10 %
HIV pozitivní	69 %	24 %	8 %
závislý na alkoholu – potřebuje malé dávky alkoholu, neopíjí se, nenarušuje soužití	67 %	26 %	7 %
zneužívající návykové látky (jiné než alkohol) v omezeném množství, nenarušující soužití	60 %	32 %	8 %
se schizofrenií (těžší forma onemocnění; nevyžadující však hospitalizaci – jeho řeč bývá často nesouvislá, míra motivace je snižena, nedbá příliš na hygienu a oblékání)	55 %	37 %	8 %
závislý na návykových látkách (jiných než alkohol)	34 %	58 %	8 %
na vozíku, schopný udělat několik kroků a schopný sebeobsluhy	33 %	59 %	8 %
s těžkým zrakovým postižením, nevidomý	32 %	57 %	11 %
se středně těžkým mentálním postižením	28 %	64 %	8 %
se sluchovým postižením – dorozumívá se pouze znakovým jazykem	25 %	65 %	10 %
závislý na alkoholu – stavy opilosti narušující soužití	23 %	69 %	9 %
na vozíku, neschopný chůze, ale schopný sebeobsluhy	17 %	75 %	8 %
s těžkým mentálním postižením	6 %	86 %	8 %
na vozíku, neschopný chůze a potřebuje dopomoc se sebeobsluhou	5 %	87 %	8 %

V prostoru pro **komentáře respondenti popisovali zkušenosti s klienty s různými typy znevýhodnění**. Zdůrazňovali, že často není rozhodující konkrétní postižení, ale faktická samostatnost člověka. Nejčastější zmiňovanou překážkou je to, že azylový dům neposkytuje asistenci, dále bariérovost budovy a absence zdravotnického personálu. Respondenti také uváděli, že vhodnost služby pro zájemce posuzují dle vyjádření lékaře.

Žadatelka je ještě před nástupem obeznámena s tím, že AD není bezbariérová budova a je nutno, aby sama posoudila, zda jsou pro ni prostory vyhovující.

Osoba závislá na alkoholu/návykových látkách – při příjmu nevíme, zda je osoba závislá, ale pokud poruší vnitřní pravidla, co se týče požití alkoholických nápojů/návykových látek, dostává napomenutí a možnost jít se léčit, pokud toto trvá následně výpověď smlouvy.



Osoba omezená ve svéprávnosti – měli jsme jednou ve velice specifickém případě. Jinak nebereme.

Pokud je osoba na invalidním vozíku a má někoho k sobě, kdo by jí pomáhal, není to problém. Nejsme bezbariéroví, prostory tomu nejsou uzpůsobené, ale pokud je klient alespoň trochu soběstačný či má někoho na pomoc, je možné ho ubytovat.

Pro lidi, kteří doprovází děti, jsou uvedené překážky častějším důvodem k odmítnutí (tabulka 8). Služby evidentně kladou na tyto lidi větší nároky na zdravotní stav a další omezení. Tři nejčastější a nejméně časté překážky vstupu do služby jsou stejné jako u dospělých osob bez dětí.

V komentářích se vyskytují podobné překážky jako u dospělé osoby bez dítěte. Respondenti zde však upozorňovali, že zde na rozdíl od předchozí otázky neposuzují pouze schopnost sebeobsluhy, ale také schopnost starat se o dítě. Respondenti také uváděli, že posuzují přísněji závislosti. Naopak u člověka se sluchovým postižením zmiňovali, že přítomnost dítěte, pokud je schopno tlumočit, představuje výhodu, která umožňuje poskytnutí služby.

Máme matky s psychiatrickým onemocněním, také matky, které mají za sebou drogovou minulost, alkoholismus – občas dojde i k relapsu. Není to důvodem k propuštění, pokud je zde alespoň malá snaha o léčbu. Zajišťujeme ve spolupráci s poradnami pro závislosti, psychiatrem, psychologem. Pokud je matka infikována (Lues, žloutenka typu C atd.) – spolupracujeme s infekčním oddělením. Máme i maminky, které jsou omezeny ve způsobilosti k právním úkonům, ale mají ponechánu rodičovskou odpovědnost.

Pokud se jedná o matku se zrakovým postižením – máme v péči maminku s ročním dítětem, ale má alespoň na jednom oku 8 % viditelnosti, i když se jedná o téměř úplnou slepotu.

U dětí jsou omezení pro využívání azylového domu menší, protože je zde rodič, který se o dítě může postarat. Největší překážkou jsou závislosti, pouze 4 % azylových domů by službu poskytlo dětem závislým na alkoholu – stavy opilosti narušující soužití, 19 % závislým na návykových látkách a 37 % zneužívající návykové látky (jiné než alkohol) v omezeném množství, nenarušující soužití.

Naopak nejlepší dostupnost je pro děti se sluchovým postižením – s obtížemi se porozumí (odezírání, jednoduchý text, těžko srozumitelná řeč) 91 %, s lehkým mentálním postižením 89 % a depresivními projevy (nevyžadující hospitalizaci) 89 %.

V komentářích respondenti rozvíjí, že využívání služby dítětem s postižením souvisí do vysoké míry se schopností rodiče se o toto dítě postarat, případně zajistit pomoc jiné služby, důležité je taky posouzení lékaře a to, zda pobyt dítěte nebude narušovat soužití s ostatními klienty. Zvýšenou pozornost vyvolávaly závislosti dětí, respondenti uváděli, že vždy záleží na konkrétním případě, někdy je možné situaci řešit (ve spolupráci s dalšími odborníky), ale vždy je třeba brát v patrnost ostatní klienty a jejich možné ovlivnění (riziko relapsu, traumatické zážitky z minulosti apod.).



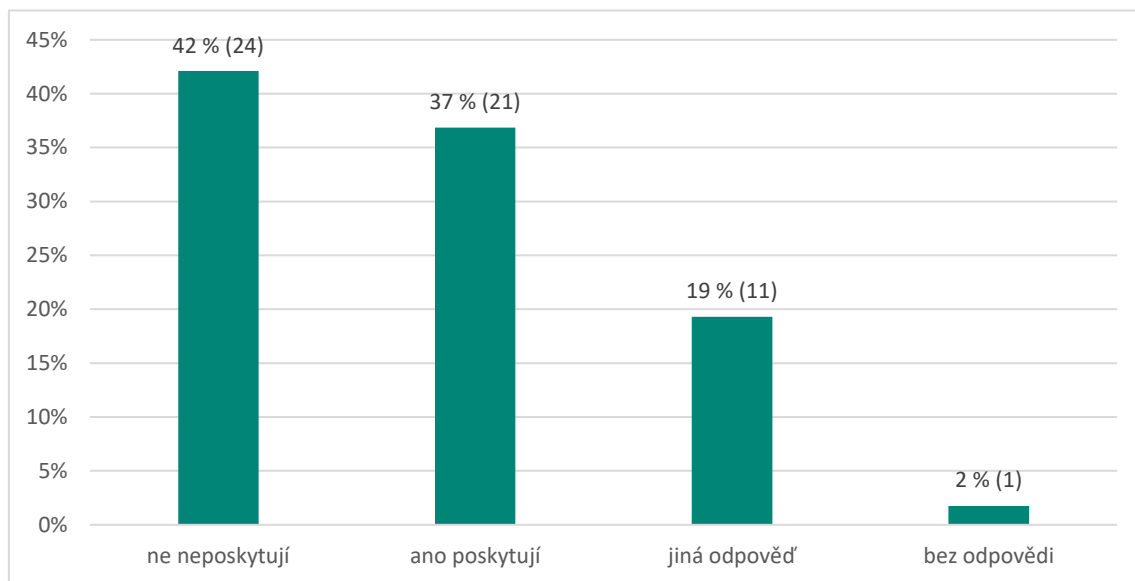
Tabulka 8 Možnost využití azylového domu dle omezení u dospělých klientů, kteří doprovází dítě, a dětí (N=57)

Člověk	dospělý, který doprovází dítě (N=57)			dítě (N=57)		
	ano	ne	bez odpovědi	ano	ne	bez odpovědi
s depresivními projevy (nevyžadující hospitalizaci)	88 %	9 %	4 %	89 %	4 %	7 %
s lehkým mentálním postižením	88 %	9 %	4 %	89 %	4 %	7 %
se schizofrenií (mírnější forma onemocnění – je samotářský, velmi podezřívavý, jeho emoce jsou oploštělé)	79 %	16 %	5 %	86 %	5 %	9 %
se sluchovým postižením – s obtížemi se dorozumí (odezírání, jednoduchý text, těžko srozumitelná řeč)	72 %	25 %	4 %	91 %	2 %	7 %
omezený ve svéprávnosti	67 %	26 %	7 %			
HIV pozitivní	53 %	44 %	4 %	53 %	39 %	9 %
závislý na alkoholu – potřebuje malé dávky alkoholu, neopíjí se, nenarušuje soužití	51 %	46 %	4 %	39 %	53 %	9 %
zneužívající návykové látky (jiné než alkohol) v omezeném množství, nenarušující soužití	49 %	47 %	4 %	37 %	54 %	9 %
se schizofrenií (těžší forma onemocnění; nevyžadující však hospitalizaci – jeho řeč bývá často nesouvislá, míra motivace je snižena, nedbá příliš na hygienu a oblékání)	37 %	58 %	5 %	72 %	19 %	9 %
na vozíku, schopný udělat několik kroků a schopný sebeobsluhy	28 %	68 %	4 %	56 %	35 %	9 %
s těžkým zrakovým postižením, nevidomý	26 %	67 %	7 %	77 %	16 %	7 %
se sluchovým postižením – dorozumívá se pouze znakovým jazykem	25 %	70 %	5 %	86 %	7 %	7 %
se středně těžkým postižením	18 %	79 %	4 %	67 %	26 %	7 %
na vozíku, neschopný chůze, ale schopný sebeobsluhy	16 %	81 %	4 %	42 %	49 %	9 %
závislý na návykových látkách (jiných než alkohol)	14 %	82 %	4 %	19 %	72 %	9 %
závislý na alkoholu – stavy opilosti narušující soužití	5 %	89 %	5 %	4 %	88 %	9 %
na vozíku, neschopný chůze a potřebuje dopomoc se sebeobsluhou	2 %	93 %	5 %	40 %	49 %	11 %
s těžkým mentálním postižením	2 %	93 %	5 %	54 %	39 %	7 %

Azylových domů (které uvedly, že jejich cílovou skupinou jsou i děti) jsme se zeptali, zda poskytují podporu rodičům s mentálním postižením či duševním onemocněním (graf 24). Jen něco přes jednu třetinu 37 % (21) odpovědělo kladně. Dalších 19 % (11) uvedlo možnost jiná odpověď, ve které většina uváděla, že se nejedná o jejich specializaci, ale zkušenosti v této oblasti mají nebo v případě potřeby nezbytnou podporu poskytnou.



Graf 24 Azylové domy (pro rodiče s dětmi) poskytující podporu rodičům s mentálním postižením či duševním onemocněním (N=57)



Lidé s postižením mohou potřebovat různé služby, které si hradí sami. Zajímalo nás, **zda je možné, aby tyto služby využívali v prostorách azylového domu** (např. osobní asistence). Tuto možnost vyloučila pouze necelá desetina služeb 8 % (8), jinou odpověď pak uvedlo 9 % (9) viz (graf 25). Zde respondenti uváděli, že by posuzovali individuálně s ohledem na typ externí služby, nemají zatím zkušenosti či poukazovali na prostorové limity jejich zařízení. Dále uváděli, že pro klienty azylových domů je mnohdy problematické získat příspěvek na péči (vyskytl se popis praxe, kdy je za pečující osobu označen jiný klient) a tyto služby si hradit, případně že jiné sociální služby nechtějí službu v azylovém domě poskytovat.

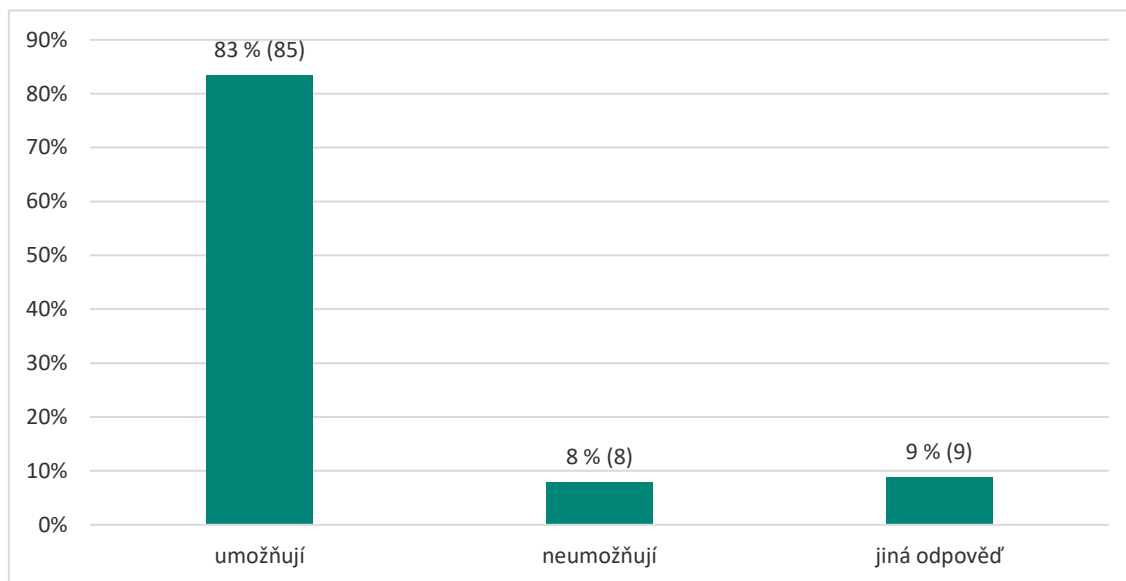
Ano, avšak máme zkušenost, že jiné sociální služby, např. pečovatelská služba nechce poskytovat služby, protože je azylový dům určen pro soběstačné klienty.

Možné to „technicky“ je, avšak získat příspěvek na péči je mnohdy obtížné – jednak kvůli získání pečující osoby (azylový dům je služba sociální prevence, ne péče, lze se však domluvit se spolubydlícím „na oko“, ale ne vždy je někdo ochotný a ne vždy má daný člověk nějaký dobrý vztah s jiným spolubydlícím), jednak kvůli dlouhému procesu přiznání příspěvku na péči – pro některé je obtížné hradit si úkony pečovatelské služby z nízkého příjmu, než je přiznán příspěvek na péči.

Z příspěvku na péči lze hradit péči poskytovateli sociálních služeb, osobě blízké, která o člověka pečuje a dále také asistentovi sociální péče. **Pomoc od jiného klienta, který by člověku s postižením pomáhal s úkony péče o vlastní osobu (například hygienou), není vyloučena.** Překážkou však skutečně může být délka řízení po podání žádosti. Klíčovou roli by v takovém případě mohl mít **výkon sociální práce**, a to ať už ze strany sociálního pracovníka služby nebo sociálního pracovníka obce s rozšířenou působností, který by klientovi s vyřízením příspěvku na péči pomohl.

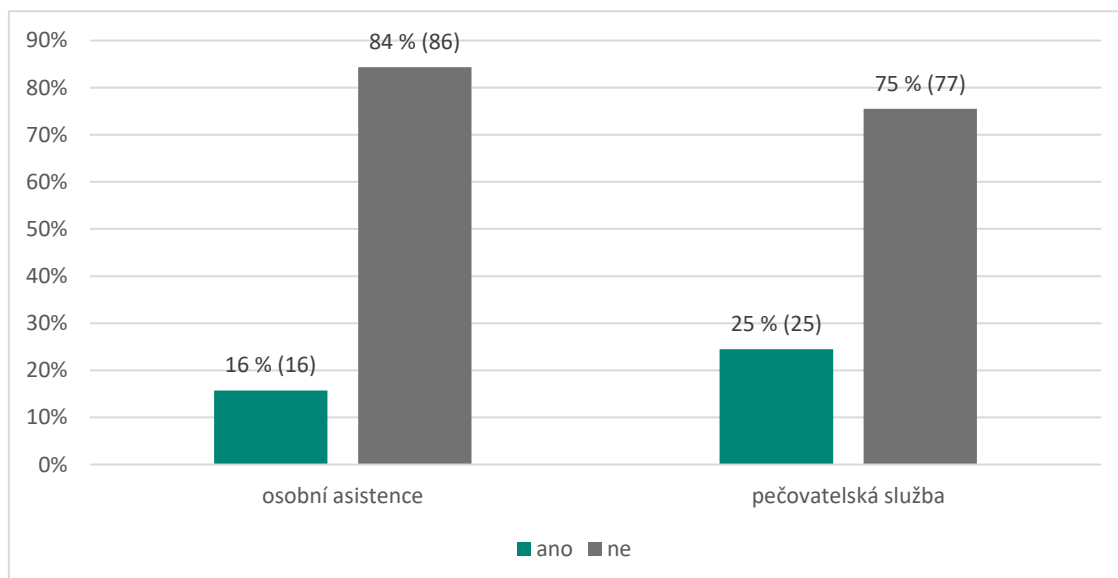


Graf 25 Azylové domy, které ve svých prostorách umožňují využívání externích služeb (N=102)



V souvislosti s využíváním externích služeb jsme se zaměřili blíže na dvě konkrétní: pečovatelskou službu a osobní asistenci. Zajímalo nás, zda se azylové domy za poslední tři roky setkaly s jejich využíváním. Čtvrtina (25) uvedla, že klienti využívali pečovatelskou službu a 16 % (16) se setkalo s využíváním osobní asistence (graf 26).

Graf 26 Využívání externích služeb v azylových domech za poslední tři roky (N=102)



V dotazníku jsme respondentům také dali prostor, aby **popsali situace, kdy nějaký člověk nemohl využít sociální službu azylový dům z důvodu svého postižení**. Některé služby uváděly typické případy, jiné konkrétní. Respondenti uváděli, že se setkávají se situacemi, kdy zájemci potřebují bezbariérové prostory, popř. jsou zcela imobilní, mají duševní onemocnění, která závažně narušují soužití ve službě, mají sníženou orientaci a možnosti komunikace, vyžadují ošetřovatelskou péči či nejsou soběstační v sebeobsluze. Několik služeb popsalo situaci, kdy byli postaveni před volbu, zda přijmout člověka z LDN



do tzv. „domácího ošetřování“. Jednalo se o osoby se závažnými onemocněními či potřebou intenzivní péče (terminální stadium rakoviny, nesoběstační po mozkové mrtvici, ležící). V jiném případě se jednalo o člověka s duševním onemocněním, který potřeboval potvrzení o nepřijetí, aby vůbec mohl žádat sociální byt. Několik azylových domů pro matky s dětmi popsalo situaci, kdy museli odmítnout matku s postižením, protože jí nebyli schopni poskytnout dostatečnou podporu (např. mentální postižení, duševní onemocnění, fyzické postižení).

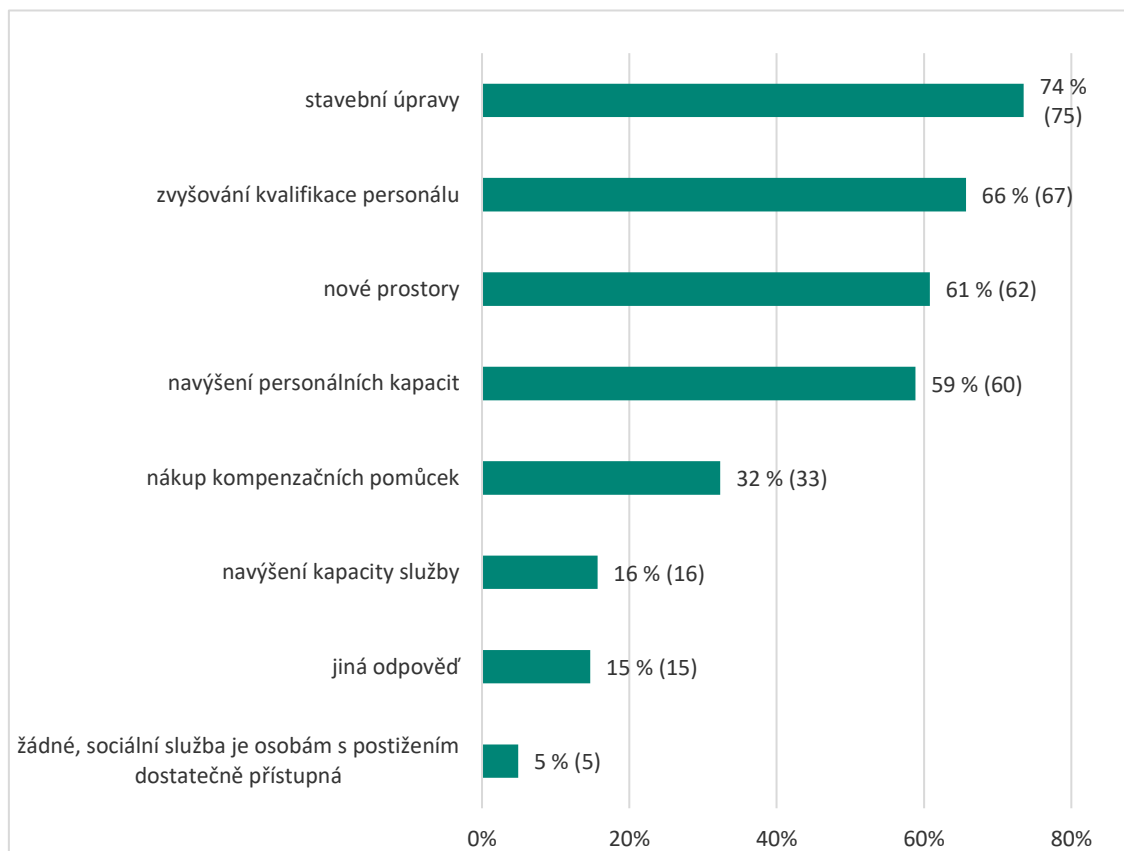
Důvodem bylo fyzické či duševní onemocnění, které vyžadovalo, aby matka sama musela mít zajištěnu takovou péči, že by nebyla schopna pečovat o sebe a o své dítě. Jednalo se o maminku na vozíčku odkázanou na péči další osoby. Matka pak zůstala v péči své rodiny. Překážkou je také to, že nemáme bezbariérové prostory. Také nemáme na tuto službu ani dostatečnou kapacitu pracovníků, často už i nyní cítíme nedostatek pracovníků. Při náročnosti naší služby[...]Problémem je to, že fakticky neexistuje „azylový dům pro matky s handicapem“ tak, že by to bylo bráno jako specifická zaregistrovaná služba, kde by byl brán i ohled na vyšší počet a odborný personál, tedy i s výší dotace. Zatím je to jen naše rozhodnutí se věnovat pomoci matkám s handicapem. Ale jsme vedeni jen jako běžný azylový dům. Nebráníme se vůbec spolupráci třeba s asistentem či pečovatelskou službou, ale zatím toto nebylo využíváno ani u matek, které pobírají příspěvek na péči. Zatím se nám nepodařilo takového asistenta někde nalézt.

Setkali jsme se zájemkyní o službu, která měla handicapované dítě na invalidním vozíku. Po prohlídce prostor AD se rozhodla naši službu nevyužít. Musela by dceru po schodech vynášet na rukou a vzhledem k tomu, že dcera byla ve věku 12 let, byla manipulace po schodech pro matku velmi fyzicky náročná.

Respondentů jsme se dále zeptali, **jaké úpravy by v jejich azylovém domě bylo nutné provést, aby byl lépe přístupný lidem se zdravotním postižením** (graf 27). Téměř tři čtvrtiny 74 % (75) respondentů uvedly stavební úpravy, dvě třetiny 66 % (67) zvyšování kvalifikace personálu, více než polovina dále uvedla také nové prostory 61 % (62) a navýšení personálních kapacit 59 % (60). Pouze 5 % (5) respondentů uvedlo, že je jejich služba dostatečně přístupná.

Respondenti mohli navrhnout také **jiné potřebné úpravy**. Často uváděli, že nemohou poskytovat služby péče, a proto by bylo vhodné toto nějak systémově upravit. Přístupnost pro lidi s postižením by dle jejich názoru také zvýšila přítomnost lékaře, zdravotnického personálu či terapeuta. Azylové domy uváděly, že jsou v situaci, kdy lidé s potřebou dopomoci či péče nejsou jejich cílovou skupinou, nicméně čelí faktu, že pro takovéto lidi není dostupná vhodná služba.

Graf 27 Nutné úpravy pro to, aby byl azylový dům lépe dostupný lidem s postižením (N=102)



3.4 Další zjištění

V závěrečné fázi dotazníku byli zástupci azylových domů vyzváni, aby uvedli, zda mají k problematice poskytování jejich služeb lidem se zdravotním postižením **další připomínky, návrhy, komentáře**.

Vážné zdravotní omezení v prostředí azylových domů představuje takřka neřešitelný problém [...] Zajištění odpovídající sociální služby pro osoby bez přístřeší a s nízkým příjmem (pokud by měl uživatel dostatek finančních prostředků, zaplatí si jinou sociální službu, která odpovídá jeho potřebám) by vyžadovalo zřízení zcela nové sociální služby (případně zcela zásadní změnu té stávající), kde by byl zastoupen také zdravotnický personál. Problematika lidí bez domova není ve společnosti příliš populární, a tak je otázkou, zda by se pro zřízení podobné, finančně nákladné služby, našla vůbec politická vůle.

Přijde mi, že je třeba založit novou službu (postavit zařízení v různých krajích) kvůli dostupnosti pro lidi s postižením, chce to jiné zaměření, řádně proškolený personál i ze zdravotního hlediska. Určitě vyšší personální opatření. Vidím nedostatečné řešení v AD na maminkách s dětmi, kdy maminka má (duševní, či mentální onemocnění), potřebovala by sama pomoc, psychoterapie, léčení, dítě nijak nerozvíjí, protože sama nemůže, osobní asistence je nasmulovaná pouze na určitou dobu, ne na každý den. V takových případech



by se hodila služba, kde mají prostor se více zaměřit na takové klienty a je s nimi pracováno dle individuálních potřeb.

Domníváme se, že není dobré dělat z azylových domů univerzální zařízení, které pojme osoby bez přístřeší se všemi druhy postižení. Je velmi obtížné poskytovat službu lidem s různými druhy závislostí a s různými druhy duševních onemocnění. Snažíme se nenechávat tyto osoby na ulici, ale vzhledem ke špatnému dispozičnímu řešení budovy a k absenci odborného personálu se stále častěji setkáváme s vyhořením stávajícího personálu, který pro práci, zejména s klienty s kombinovaným duševním onemocněním, nemá potřebné vzdělání.

Nejintenzivněji zazníval názor, že azylové domy nejsou vhodné pro lidi se závažnějším postižením a neměly by suplovat služby péče. Jedná se o službu prevence, která je dočasná (využívání omezené na rok) a není propojena se sektorem zdravotnictví (chybí zdravotnický personál). Zároveň však někteří respondenti upozorňovali, že zde chybí typ služby, který by byl určen pro lidi s postižením či dlouhodobě nemocné, kteří si nemohou zaplatit odpovídající služby. Také chybí návazné služby, ve smyslu prostupného bydlení, kam by lidé mohli přejít poté, co ukončí pobyt v azylovém domě.

Dále někteří respondenti uváděli, že téměř zcela chybí služby pro matky (a otce) s dětmi, pokud rodiče potřebují zvýšenou míru podpory (z důvodu mentálního či fyzického postižení, duševního onemocnění). Některé služby také zmínily, že pro to, aby se mohly věnovat tomuto typu klientů, potřebovaly by navýšení personálních kapacit a změnu organizace práce. Popřípadě navrhovaly zřizování spíše menších a specializovaných typů azylových domů místo velkokapacitních zařízení.

3.5 Shrnutí

Jak je nejen ze zjištěných informací, ale také z citovaných vyjádření poskytovatelů zřejmé, **existuje zde skupina lidí s postižením, kteří jsou ohroženi ztrátou bydlení a nemají dostatek finančních prostředků a kvůli kumulaci těchto faktorů propadají systémem nastavené podpory.**

Cestou, jak těmto lidem pomoci, by mohlo být **jednak zpřístupnění azylových domů odstraněním bariér, zvýšení kvalifikace personálu a dále také nastavení podmínek pro lepší možnost zajištění (externích) služeb péče.**

Překážky v poskytování sociální služby lidem s postižením vnímá 78 % dotazovaných azylových domů. U tělesného postižení hraje roli bariérové prostředí, popřípadě nemožnost poskytnout klientům službu péče. U smyslového postižení a duševního onemocnění pak respondenti upozorňují, že personálu v těchto případech chybí užší odborná specializace pro komunikaci a práci s takovými klienty.

Čísla dále ukazují, že **celkově je mezi klienty 17 % lidí s postižením, což už je poměrně velké číslo, které by mohlo definovat potřebu takové cílové skupiny.** Ačkoliv počty lidí, kteří byli odmítnuti z důvodu zdravotního postižení, nejsou příliš vysoké (124 zájemců), je třeba vzít v úvahu i informace, které jsme se dozvěděli z RPSS, kde je člověk seznámen s prvotními informacemi o bariérách a překážkách pro získání služby. A dále i vyjádření ORP, ze kterého



je zjevné, že zprostředkování služby azylový dům předchází z jejich strany jiná řešení. Je tedy pravděpodobné, že je zde další skupina potenciálních klientů, kteří jsou v bytové nouzi, ale s ohledem na nastavené bariéry využívají jiná řešení, která však například v podobě komerčních ubytoven nejsou ideální.

Na základě **vyjádření respondentů k jednotlivým modelovým situacím lze také shrnout**, že u tělesného postižení představují největší překážku faktické bariéry a nutné poskytnutí dopomoci. Zájemci s duševním onemocněním by služba mohla být poskytnuta ve větší míře, avšak i zde panuje obava z možného narušování kolektivního soužití a nutného poskytnutí dopomoci. U modelové situace člověka se sluchovým postižením respondenti překážku viděli zejména v komunikaci. Mezi návrhy, jak by sociální služba mohla být uzpůsobena tomu, aby ji mohli lidé s postižením z modelových situací využít, se nejčastěji objevovaly **stavební úpravy, dále také nové materiální bezbariérové vybavení nebo proškolení personálu a navýšení jeho kapacity**.

Často se opakovala **věcná námitka, že azylové domy nejsou službou péče, ale službou prevence**. Respondenti tak upozorňovali na to, že poskytováním péče klientům s postižením by porušovali podmínky registrace podle zákona o sociálních službách a bude třeba přistoupit spíše k nějakému systémovému řešení.

Úvodem kapitoly týkající se faktické přístupnosti azylových domů jsme zjišťovali, **zda jsou budovy zařízení přístupné lidem na vozíku**. Jak se ukázalo, **plnohodnotně by člověk na vozíku mohl využívat pouhých 10 % budov**.

Pro lepší představu o faktických bariérách bránících lidem s postižením vstupu do služby jsme dále zjišťovali, jaké konkrétní diagnózy a omezení mohou člověku bránit vstupu do služby. **Nejméně azylových domů může poskytnout službu člověku, který se pohybuje na vozíku a potřebuje pomoci se sebeobsluhou. Nejlépe jsou pak dostupné lidem s lehčím mentálním postižením nebo duševním onemocněním, které nenarušuje kolektivní soužití**. Zjištění tak do jisté míry korespondují s tím, jak přístupnost azylových domů ve stejných případech hodnotily obce s rozšířenou působností. **Respondenti velmi často zdůrazňovali, že rozhodující není typ postižení, ale faktická soběstačnost člověka**. U dětí jsou omezení pro využívání azylového domu menší, protože je zde rodič, který se o dítě může postarat. Podporu rodičům s mentálním postižením či duševním onemocněním poskytuje pouze třetina respondentů z řad azylových domů pro rodiče s dětmi.

Sami poskytovatelé nevyloučili využití jiných typů (terénních) sociálních služeb, které by právě lidem se sníženou soběstačností mohly pomoci. Čtvrtina respondentů uvedla, že klienti využívali pečovatelskou službu a 16 % se setkalo s využíváním osobní asistence. Problém však může být v úhradě těchto služeb, protože klienti často nemají dostatek finančních prostředků a vyřízení příspěvku na péči může být zdlouhavé. Z odpovědí je však zřejmé, že poskytovatelé často čelí situacím, kdy ačkoliv lidé s potřebou dopomoci či péče nejsou jejich cílovou skupinou, tak s vědomím toho, že pro takové lidi není dostupná jiná vhodná služba, se musí s takovou situací vyrovnat, protože jiným řešením by bylo poslat člověka na ulici. Zde by měla do hry vždy vstoupit obec s rozšířenou působností, jejíž povinností je zajistit okamžitou pomoc osobě, které aktuálně není poskytována sociální služba a její absence ji ohrožuje na životě a zdraví. V případě, že je potřebná sociální služba nedostupná, by o tomto měl být informován také kraj.



4. Dotazníkové šetření u nocleháren

V rámci dotazníkového šetření byly osloveny všechny noclehárny v České republice (jednalo se o 78). Celkově se průzkumu zúčastnilo 43 respondentů, návratnost tedy byla 55 %. Dotazníkové šetření probíhalo v rozmezí března až srpna 2019. Otázky v dotazníku nebyly povinné, proto je v některých grafech možnost „bez odpovědi“.

V následující kapitole představujeme výsledky dotazníkového šetření mezi zástupci nocleháren. V úvodní části (4.1) jsme se zaměřili na cílovou skupinu, zda je nutný pro vstup do služby lékařský posudek či potvrzení, jaká je maximální okamžitá kapacita, počet klientů s postižením a počet zájemců o službu, kteří byli odmítnuti z důvodu zdravotního postižení. Dále nás zajímalo, zda respondenti vnímají ve své práci nějaké překážky, které brání lidem se zdravotním postižením využívat jejich noclehárnu, a průměrná čekací doba.

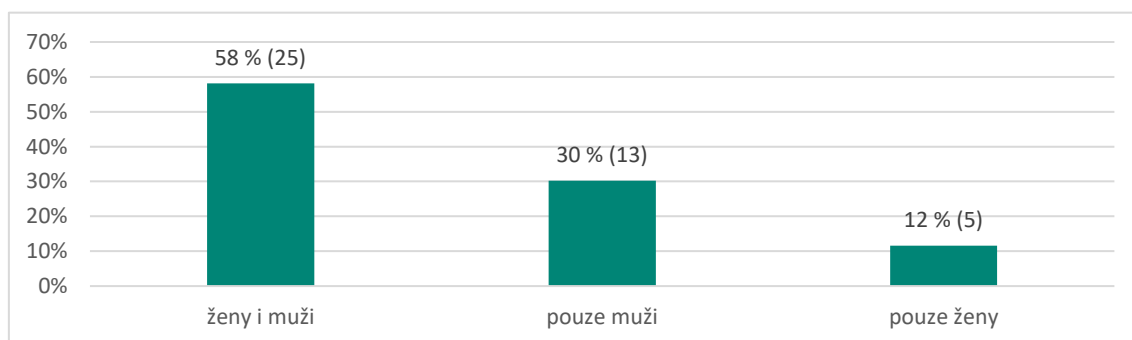
V následující části (4.2) jsme se věnovali modelovým situacím. Zjišťovali jsme, zda by mohla služba být poskytnuta lidem v nich popsaným, jaké jsou bariéry pro jejich využití a jaké by bylo třeba přizpůsobení, aby byla služba lépe přístupná. Pokud služba uvedla, že by takového zájemce nemohli přijmout, tak nás také zajímalo, jaké jiné zařízení by zájemci doporučili.

Část (4.3) jsme věnovali přístupnosti nocleháren. Zajímalo nás, zda noclehárnu mohou využívat lidé na vozíku a zda je počet těchto lidí omezen. Dále jsme respondentům představili řadu omezení, která mohou zájemci mít, a zjišťovali jsme, zda by jim mohla být služba poskytnuta. Dále nás zajímalo, zda je možné, aby klienti využívali v noclehárně externích služeb, a jak často se respondenti za poslední tři roky setkali s tím, že by klienti využívali v prostorách služby osobní asistenci či pečovatelskou službu. Služby jsme také vyzvali, aby popsaly situace, kdy nějakému člověku nemohla být poskytnuta služba z důvodu jeho zdravotního postižení, a jaké úpravy by v jejich azylovém domě bylo nutné provést, aby byl lépe přístupný lidem s postižením (4.4). Na závěr byli zástupci nocleháren vyzváni, aby uvedli, zda mají k problematice poskytování jejich služeb lidem s postižením další připomínky, návrhy či komentáře.

4.1 Noclehárny

Noclehárny, které se zúčastnily šetření, měly jako **cílovou skupinu** ve více než polovině 58 % (25) ženy i muže, téměř třetina 30 % (13) uvedla, že je určena pouze pro muže. Pouze ženám je pak určena více než desetina z nich 12 % (5), graf 28.

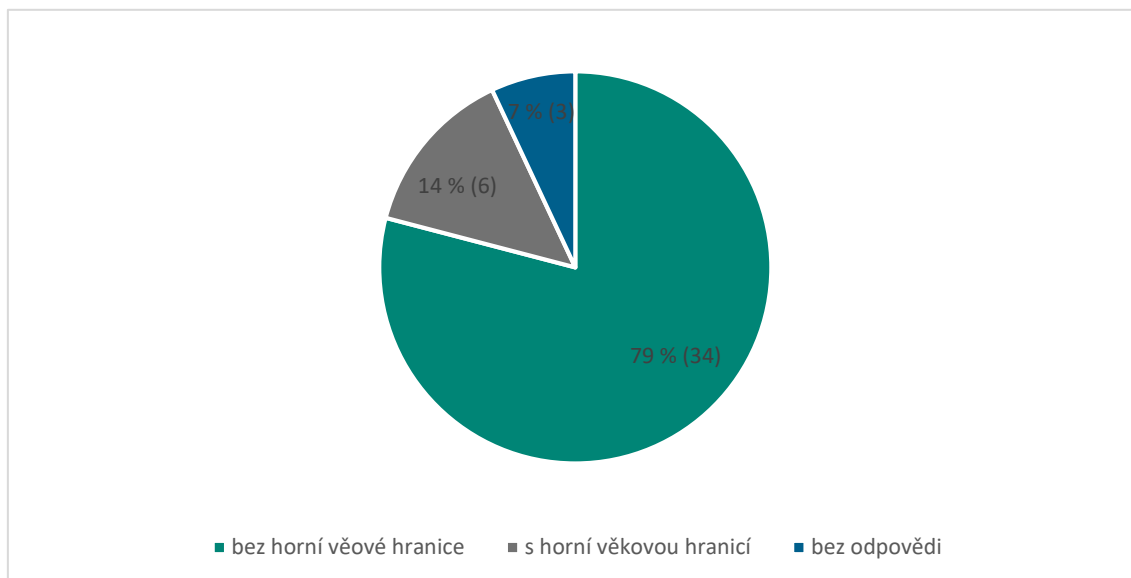
Graf 28 Cílová skupina nocleháren (N=43)





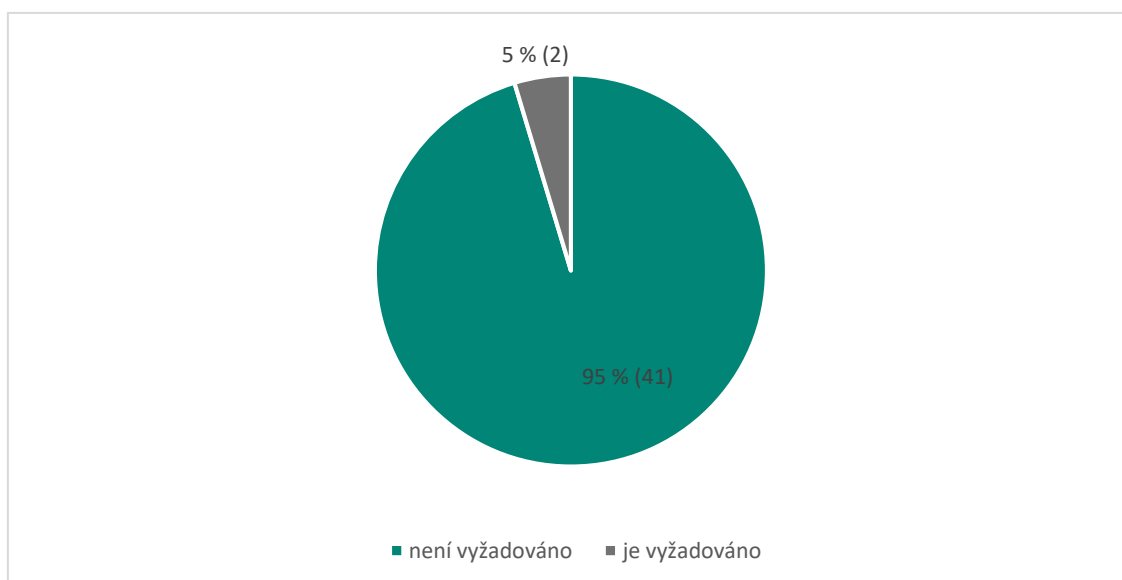
Většina respondentů uvedla, že pro využití noclehárny není stanovena horní věková hranice 79 % (34), graf 29. Horní věkovou hranici uvedlo 14 % (6) respondentů. Upřesnili také, o jaké konkrétní stáří se jedná. V jednom případě šlo o věk 64 let, u dalších pěti pak o 80 let.

Graf 29 Horní věková hranice pro využívání nocleháren (N=43)



Převážná většina dotazovaných nocleháren nepožaduje při vstupu do služby **potvrzení či posudek od lékaře**.⁷⁶ Jedná se o 95 % (41) respondentů, graf 30.

Graf 30 Potvrzení či posudek od lékaře při vstupu do noclehárny (N=43)



⁷⁶ Podle ustanovení § 91 odst. 4 zákona o sociálních službách je zájemce o poskytnutí pobytové služby povinen předložit poskytovateli sociálních služeb posudek registrujícího praktického lékaře. Noclehárny jsou s ohledem na svůj charakter považovány za služby ambulantní (nikoliv pobytové), a proto takové potvrzení není nutné.



Zástupců nocleháren jsme se zeptali, jaká je **maximální okamžitá kapacita služby**. Počty se velmi lišily, nejméně se jednalo o čtyři klienty, nejvyšší kapacita byla klientů 250 (takto velká služba je výjimkou, nad 50 osob uvedly kapacitu už jen dvě další služby, jednalo se o kapacitu 80 a 56 osob). Celkově dosahovala kapacita 1 012 míst, přičemž mediánová hodnota kapacity je 15, průměrná 24.

Respondentů jsme se také zeptali na **počet klientů s postižením**, kteří využívali noclehárnu v roce 2018, tabulka 9. Nejčastěji se jednalo o klienty s tělesným postižením (1 173), následovali klienti s duševním onemocněním (1 019), výrazně méně bylo klientů s kombinovaným postižením (59) a postižením smyslovým (51).

Tabulka 9 Počet klientů s postižením, kteří v roce 2018 využívali noclehárnu

Tělesné postižení	1 173
Duševní onemocnění	1 019
Kombinované postižení	59
Smyslovým postižení	51
Celkem	2 302

Zástupců nocleháren jsme se zeptali na počet zájemců o službu, kteří byli v roce 2018 odmítnuti z důvodu zdravotního postižení. V tabulce 10 vidíme, že tyto počty, obdobně jako u azylových domů, nejsou příliš vysoké. Při jejím hodnocení musíme mít však na paměti, že je možné, že lidé s postižením ví, že je noclehárna nepřijme, proto službu ani nepoptávají (případně to vědí pracovníci obcí, kteří tedy lidi řešící bytovou nouzi na tyto služby neodkazují). Nejčastěji se jednalo o klienty s tělesným postižením (37), následovali klienti s duševním onemocněním (13), jeden klient byl odmítnut pro postižení smyslové a pro kombinované postižení nebyl odmítnut nikdo.

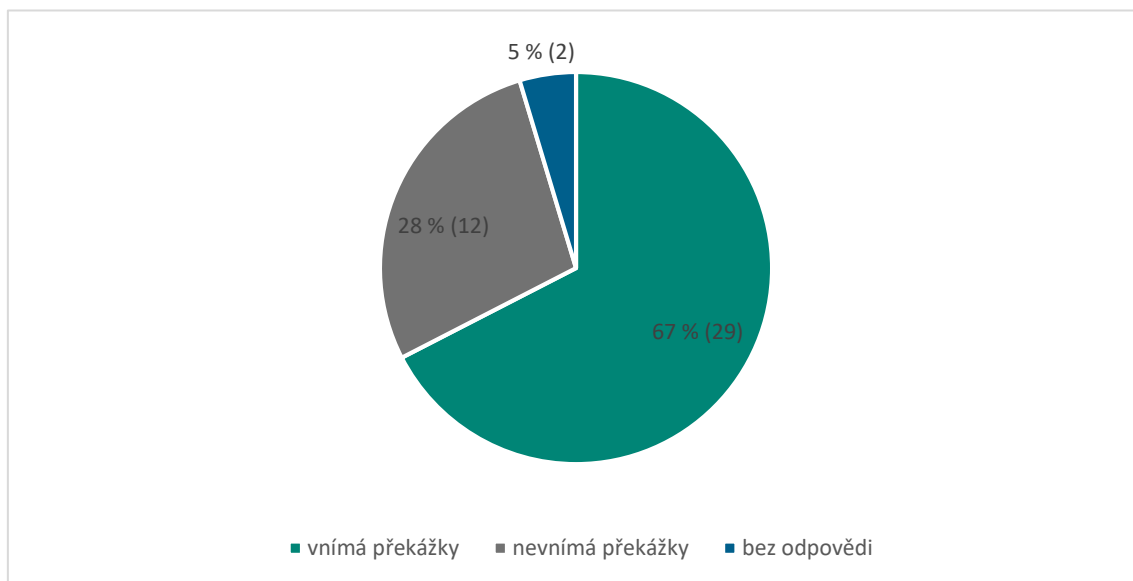
Tabulka 10 Počet zájemců, kteří byli v roce 2018 noclehárnami odmítnuti z důvodu postižení

Tělesné postižení	37
Duševní onemocnění	13
Smyslovým postižení	1
Kombinované postižení	0
Celkem	51

Více než dvě třetiny 67 % (29) respondentů uvedly, že ve své práci vnímají nějaké překážky, které brání lidem s postižením využívat jejich noclehárnu, graf 31.



Graf 31 Počet respondentů vnímajících ve své práci nějaké překážky, které brání lidem s postižením využívat jejich noclehárnu (N=43)



Respondenty jsme vyzvali, aby popsali **nejčastější překážky, se kterými se setkávají a které brání vstupu do služby lidem s různými typy postižení** (horizont jsme upřesnili na poslední tři roky).

U tělesného postižení uváděli respondenti jako nejčastější překážku to, že služba není bezbariérová (schody, bariérové toalety, spaní na palandách). Dále uváděli, že neposkytují asistenci osobám, které potřebují pomoc jiné osoby, a upozorňovali, že noclehárna je službou prevence a ne péče, která je navíc poskytována omezenou dobu ambulantní formou (pouze přes noc).

Co se týče **smyslového postižení**, respondenti nejčastěji uváděli, že nedisponují tlumočnickem znakového jazyka a jejich služba není uzpůsobena lidem se sníženou orientací (bariérovost). Několik služeb uvedlo, že v případě, že je člověk s tímto postižením samostatný, službu využívat může.

Nejčastější překážkou pro vstup do služby byl **u lidí s duševním onemocněním** nekompenzovaný stav, kdy člověk narušoval soužití v noclehárně (nedodržování pravidel, nespolupráce, překážky v komunikaci, agresivní projevy). Respondenti dále uváděli, že problémem může být nedostatek personálu, chybějící zdravotnický personál a stavební dispozice služby (společné ložnice, společné sociální zařízení, větší koncentrace lidí a z toho plynoucí komplikace a konflikty).

U kombinovaného postižení respondenti opakovali překážky uvedené výše (bariérovost, nedostatek personálu, nesoběstačnost).

4.2 Modelové situace

Dotazník pro noclehárny obsahoval, podobně jako dotazník pro ORP a azylové domy, modelové situace tří různých lidí. Od zástupců služeb jsme chtěli posoudit, zda by mohla být



jejich služba poskytnuta člověku v dané situaci, jaké jsou případné překážky pro její poskytnutí a jak by bylo možné tyto překážky vyřešit.

Modelové situace jsou totožné jako u dotazníku pro ORP a azylové domy.

První modelová situace byla představena následovně:

Člověk s ochrnutou polovinou těla (hemiplegie), jeho pravá ruka a noha jsou nepohyblivé, pohybuje se na vozíku. Doposud žil v opuštěné chatce v zahrádkářské kolonii spolu s partnerkou, která mu dopomáhala. V současné době partnerka není přítomna. Žít bez dopomoci nezvládá, proto se rozhodl požádat o pomoc. Je ve své sebeobsluze poměrně samostatný, potřebuje však bezbariérový přístup a sociální zařízení (sprchu, toaletu) upravenou tak, aby ji mohl využívat.

Druhá modelová situace byla představena následovně:

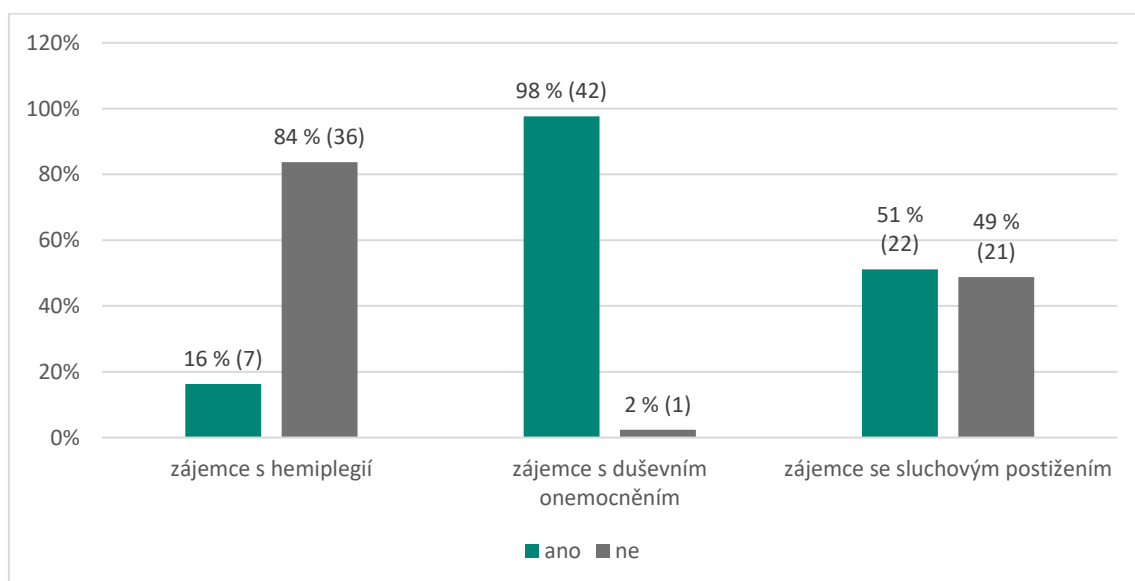
Člověk hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici s diagnózou schizofrenie, kterého nyní budou propouštět. V souvislosti s onemocněním přišel o bydlení a měsíc žil na ulici. Ve spolupráci s rodinou se rozhodl pro léčbu a byl hospitalizovaný v psychiatrické nemocnici. Jeho stav je nyní kompenzovaný.

Třetí modelová situace byla představena následovně:

Jedná se o člověka se sluchovým postižením, který komunikuje znakovým jazykem. Mluvenému slovu nerozumí a psaný text je pro něj také nesrozumitelný.

Respondentů jsme se na úvod zeptali, zda by **člověk popsaný v modelové situaci mohl využívat jejich noclehárnu** (graf 32). Nejvíce respondentů se vyjádřilo negativně k využívání služby člověkem s hemiplegií, tomu by ve více než osmi desetinách 84 % (36) služba poskytnuta nebyla. Téměř polovina 49 % (21) nocleháren by službu neposkytla člověku se sluchovým postižením. Zájemce s duševním onemocněním by neuspěl pouze u 2 % (1) respondentů.

Graf 32 Dostupnost noclehárny v modelových situacích (N=34)

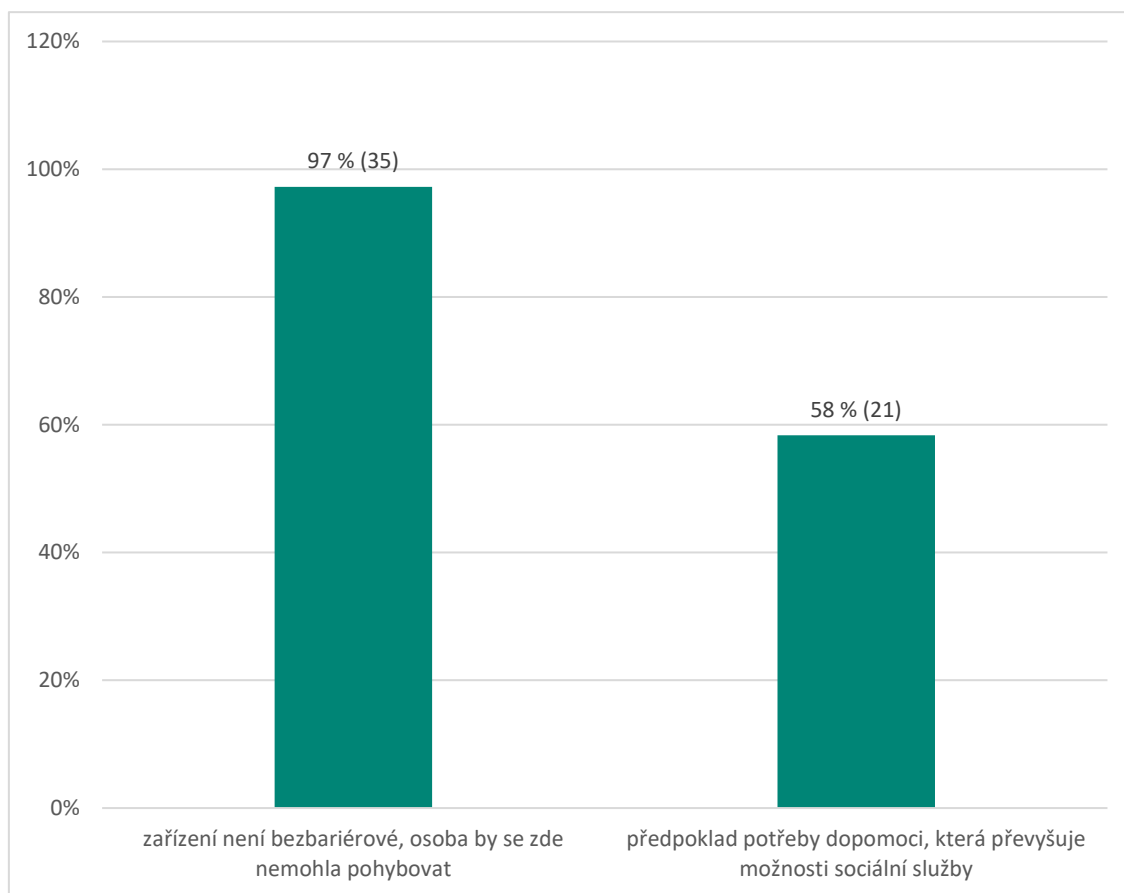




Zástupců nocleháren, kteří u daných situací uvedli negativní odpověď, jsme se zeptali, **z jakého důvodu by nebylo možné lidem v modelové situaci službu poskytnout.**

U první modelové situace (člověka s hemiplegií) dominuje 97 % (35) zdůvodnění, že zařízení není bezbariérové, více než polovina respondentů 58 % (21) u osoby také předpokládá potřebu dopomoci, která převyšuje možnosti služby (graf 33).

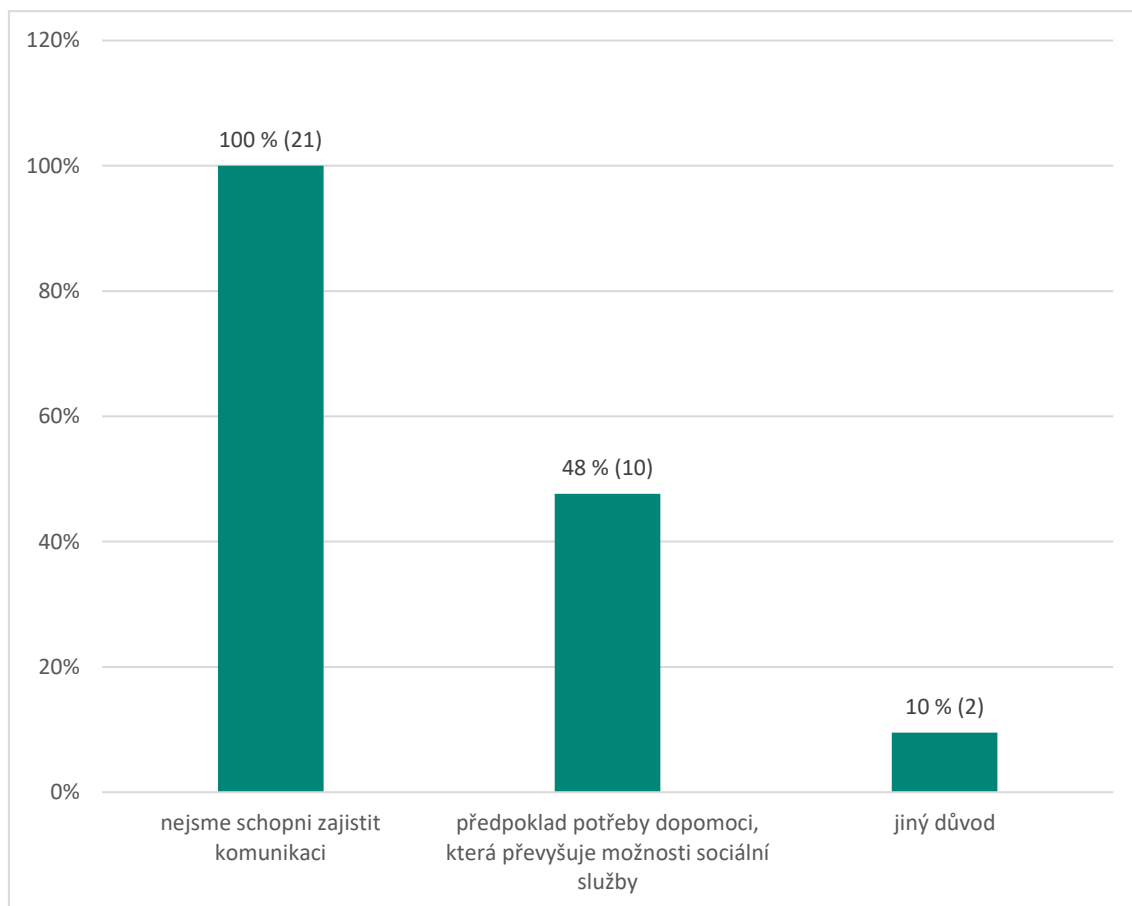
Graf 33 Bariéry využití noclehárny pro člověka s hemiplegií (N=36)



Pouze jeden respondent uvedl, že by noclehárnu nemohl využívat člověk **s duševním onemocněním popsaný v druhé modelové situaci**. Jako bariéru uvedl obě možnosti, které dotazník nabízel (obáváme se, že chování člověka by z důvodů duševního onemocnění závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití a u člověka předpokládáme potřebu dopomoci, která převyšuje možnosti sociální služby).

U třetí modelové situace (člověka se sluchovým postižením) uvedly všechny služby jako bariéru to, že nejsou schopny zajistit komunikaci 100 % (21), téměř polovina 48 % (10) u tohoto člověka také předpokládá potřebu dopomoci, která převyšuje možnosti služby (graf 34). Dvě služby pak uvedly i jiný důvod, a to těžkosti v komunikaci s ostatními klienty a nemožnost seznámení s domovním řádem zařízení.

Graf 34 Bariéry využití noclehárny pro člověka se sluchovým postižením (N=21)



Všech respondentů jsme se také zeptali, **jak by bylo nutné jejich noclehárnu přizpůsobit, aby ji mohli zájemci z modelových situací využít**. V grafu 35 vidíme, že nutná opatření se vesměs velmi liší dle typu postižení, některá (podobně jako v odpovědích pro azylové domy) jsou však vhodná pro více typů postižení (proškolení personálu a navýšení personálních kapacit).

Možnost jiné přizpůsobení vybrali **u první modelové situace (člověk s hemiplegií)** čtyři respondenti. Uváděli, že by bylo třeba „*zajistit relevantní financování služby*“, „*zavést činnosti nad rámec sociální služby*“ a „*navýšit personální kapacity o zdravotní personál*“. Jeden respondent pak blíže popsal potřebu transformace služby.

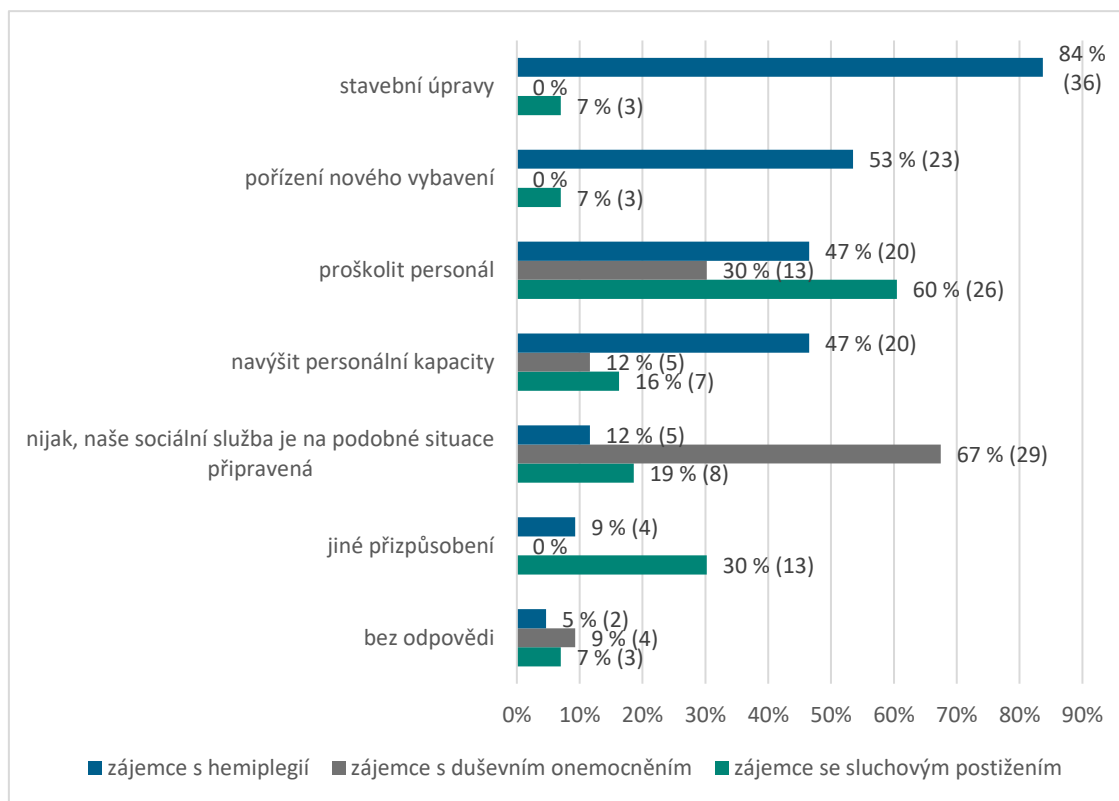
Být z hlediska zákona o sociálních službách něčím vlastně jiným, než jsme – tj. stát se z ambulantní služby prevence pobytovou službou péče, která ale pro tuto cílovou skupinu nemá v zákoně o sociálních službách oporu.

U druhé modelové situace (člověk s duševním onemocněním) respondenti neuvedli žádný komentář. **Pro lidi se sluchovým postižením (třetí modelová situace)** respondenti uváděli, že by bylo třeba zajistit tlumočnicka do znakového jazyka či „*převést provozní řád na piktogramový*“.



Myslím, že noclehárna může akutně poskytnout službu výše zmíněné osobě – nějak se vysvětlí, co je po ní požadováno. V nejbližší době by však bylo třeba zajistit nějakou odbornou službu/asistenci.

Graf 35 Přizpůsobení, která by byla nutná pro to, aby noclehárnu mohli využít zájemci z modelových situací (N=43)



Respondentů, kteří uvedli, že by jejich sociální služba nemohla být poskytnuta lidem popsaným v jednotlivých modelových situacích, jsme se zeptali, **jaké jiné zařízení by jim doporučili**. Z grafu 36 je patrné, že se doporučení lišila v závislosti na situaci, nicméně u některých možností se respondenti poměrně shodovali. Například možnost chráněné bydlení doporučovali respondenti často pro všechny modelové příklady, možnost domov pro osoby se zdravotním postižením pak byla nejvíce doporučována zájemci s hemiplegií a zájemci se sluchovým postižením. Na uvedeném se opět ukazují obecné tendence směřovat lidi s postižením přednostně do služeb ústavního typu.

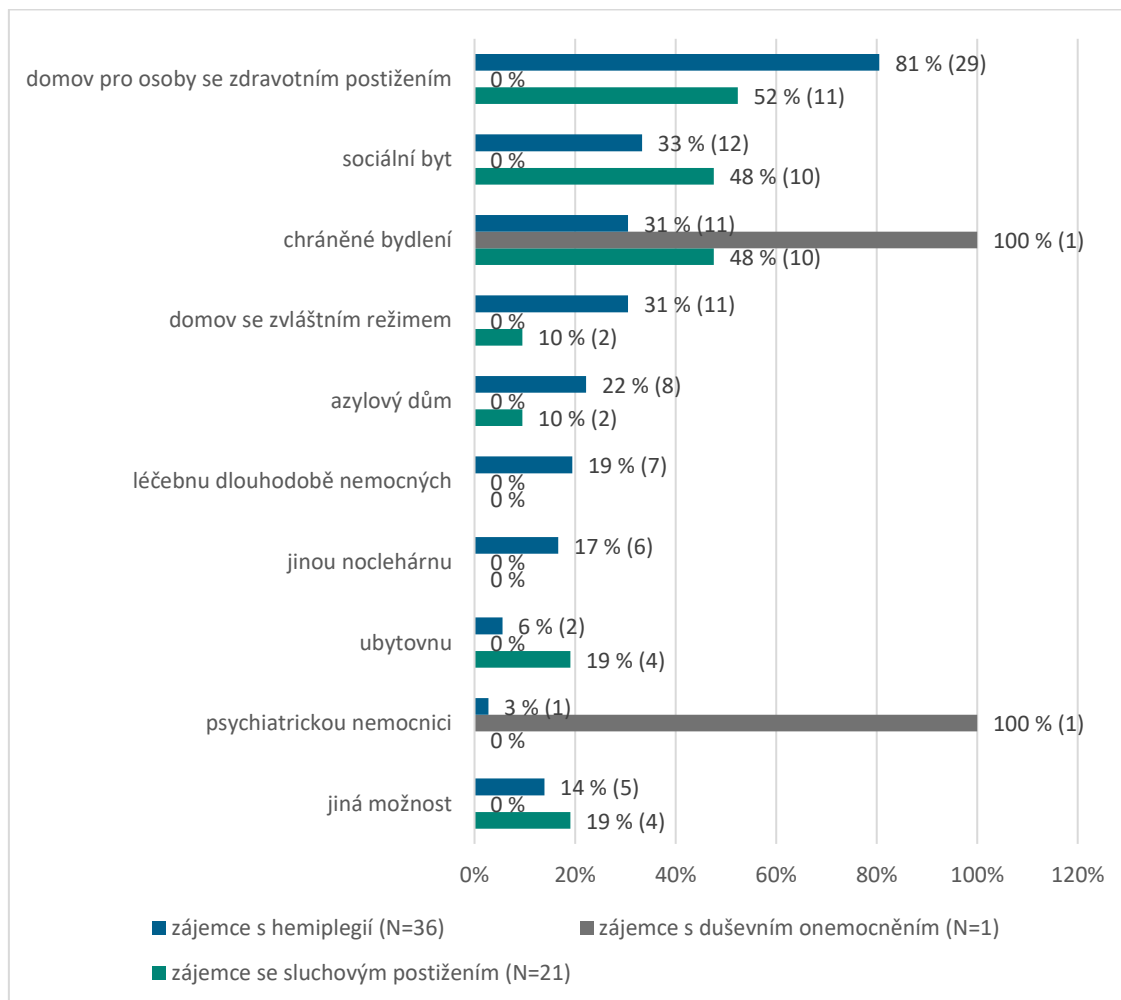
Respondentům jsme nabídli také možnost jiné. **U první modelové situace (člověk s hemiplegií)** respondenti nejčastěji přibližovali, že by člověka odkázali na sociální odbor města nebo konkrétní neziskovou organizaci (Ligu vozíčkářů).

U druhé modelové situace (člověk s duševním onemocněním) respondenti neuvedli žádné jiné doporučení, **u třetí modelové situace (člověk se sluchovým postižením)** pak respondenti navrhovali vstupní byt, službu sociální rehabilitace, sociálně aktivizační službu pro osoby se zdravotním postižením, tlumočnické služby. Jedna služba popsala konkrétněji, jak by v dané situaci postupovala.



Bylo by třeba zjistit, zda existuje zařízení, kde mají možnosti komunikace ve znakovém jazyce, či zajistit tlumočníka pro znakový jazyk z jiné oblasti, což by bylo ale časově náročné. Zřejmě bychom za součinnosti sociálního odboru z důvodu zajištění práv osoby službu poskytl v nouzovém režimu.

Graf 36 Zařízení, která by noclehárny doporučila odmítnutým zájemcům z modelových situací



4.3 Přístupnost nocleháren

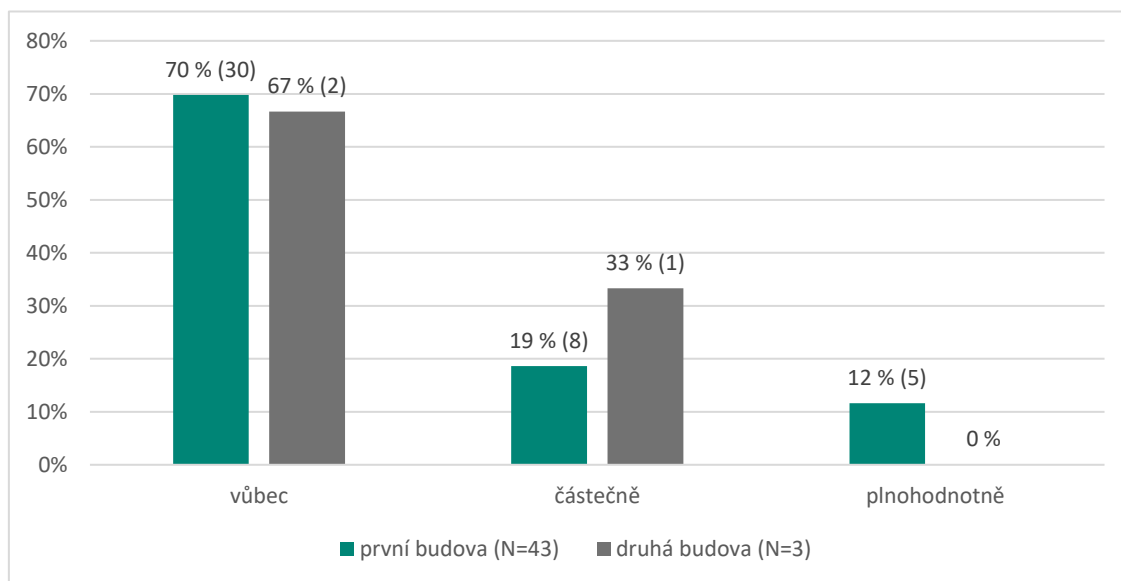
Součástí dotazníku bylo také zjištění, do jaké míry jsou **noclehárny bezbariérové po materiálně technické stránce**. Respondenti měli rozhodnout, zda by jejich zařízení mohl využívat člověk pohybující se na vozíku u jednotlivých budov, kterými disponují (graf 37). U první (hlavní) budovy uvedlo sedm desetin 70 % (30) respondentů, že by jejich noclehárnu člověk pohybující se na vozíku nemohl využívat vůbec, částečně⁷⁷ by takový klient mohl využívat 19 % (8) zařízení a plnohodnotně pouze 12% (5). Druhou budovu uvedlo významně méně respondentů (3), převládají však také ty, které nejsou bezbariérové. Další budovy

⁷⁷ Částečné využívání bylo v dotazníku definováno: zajištěny jsou potřeby pro ubytování: sociální zařízení, pokoj; klient ale nemůže využít všechny prostory např. druhé patro, společenskou místnost. Plnohodnotné využívání bylo definováno: klient se dostane do všech místností určených klientům.



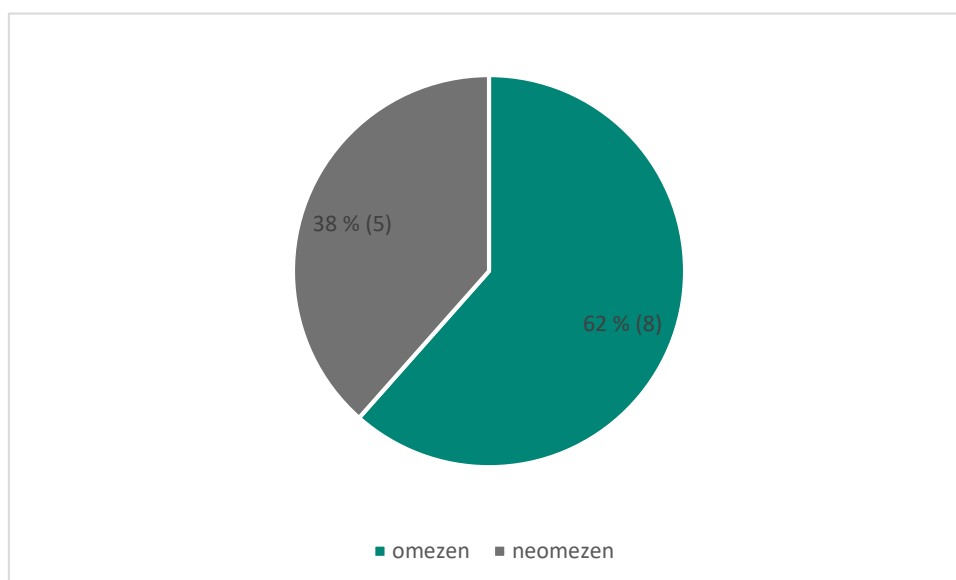
uvodlo pouze minimum nocleháren (třetí i čtvrtou pouze jedna), jednalo se o zcela nepřístupná zařízení.

Graf 37 Jak mohou být noclehárny využívány lidmi pohybujícími se na vozíku



Respondentů, kteří uvedli alespoň částečnou bezbariérovost, jsme se dále zeptali, zda je počet lidí pohybujících se na vozíku, kterým může být služba poskytována, početně omezen. Alespoň jednu dostupnou budovu uvedlo 13 respondentů (graf 38). Více než šest desetin 62 % (8) z nich uvedlo, že je počet těchto klientů omezen. Průměrně se jednalo o pět klientů, nejvyšší počet byl 8 klientů.

Graf 38 Omezení počtu klientů pohybujících se na vozíku v noclehárně (N=13)



Zajímalo nás i to, jaké **konkrétní diagnózy a omezení mohou bránit člověku ve vstupu do služby**. Respondentům jsme představili řadu možných omezení a nechali je rozhodnout, zda by jejich nositel mohl využívat jejich službu (tabulka 11).



Nejlépe jsou noclehárny dostupné zájemcům s depresivními projevy (nevyžadující hospitalizaci) 95 % a se schizofrenií (mírnější forma onemocnění, samotářský, velmi podezřívavý, s oploštělými emocemi) 95 %, dále s lehkým mentálním postižením 93 %. Naopak nejméně nocleháren může službu poskytnout zájemci s těžkým mentálním postižením 2 % či zcela odkázanému na vozík, který potřebuje pomoc se sebeobsluhou 7 % a zcela odkázanému na vozík (avšak schopnému sebeobsluhy) 21 %.

Tabulka 11 Možnost využití noclehárny dle omezení (N=43)

Člověk	ano	ne	bez odpovědi
se schizofrenií (mírnější forma onemocnění – je samotářský, velmi podezřívavý, jeho emoce jsou oploštělé)	95 %	5 %	0 %
s depresivními projevy (nevyžadující hospitalizaci)	95 %	5 %	0 %
s lehkým mentálním postižením	93 %	7 %	0 %
se sluchovým postižením – s obtížemi se porozumí (odezírání, jednoduchý text, těžko srozumitelná řeč)	86 %	14 %	0 %
závislý na alkoholu – potřebuje malé dávky alkoholu, neopíjí se, nenarušuje soužití	86 %	14 %	0 %
omezený ve svéprávnosti	86 %	12 %	2 %
se schizofrenií (těžší forma onemocnění; nevyžadující však hospitalizaci – jeho řeč bývá často nesouvislá, míra motivace je snižovaná, nedbá příliš na hygienu a oblékání)	81 %	19 %	0 %
HIV pozitivní	81 %	16 %	2 %
zneužívající návykové látky (jiné než alkohol) v omezeném množství, nenarušující soužití	77 %	21 %	2 %
závislý na návykových látkách (jiných než alkohol)	56 %	42 %	2 %
na vozíku, schopný udělat několik kroků a schopný sebeobsluhy	51 %	49 %	0 %
se středně těžkým mentálním postižením	44 %	56 %	0 %
se sluchovým postižením – porozumívá se pouze znakovým jazykem	42 %	58 %	0 %
s těžkým zrakovým postižením, nevidomý	33 %	67 %	0 %
závislý na alkoholu – stavy opilosti narušující soužití	23 %	74 %	2 %
na vozíku, neschopný chůze, ale schopný sebeobsluhy	21 %	79 %	0 %
na vozíku, neschopný chůze a potřebuje pomoc se sebeobsluhou	7 %	88 %	5 %
s těžkým mentálním postižením	2 %	93 %	5 %

V prostoru pro komentáře respondenti popisovali zkušenosti s klienty s různými typy znevýhodnění. Zdůrazňují, že často není rozhodující míra postižení, ale samostatnost člověka či fakt, že nebude narušovat chod služby. Služby také upozorňovaly, že vzhledem k tomu, že nevyžadují lékařské potvrzení, o některých zdravotních znevýhodněních se pravděpodobně, pokud nejsou zjevná, nedozví (např. některá duševní onemocnění, HIV pozitivita, závislosti). U závislostí pak respondenti upozorňovali, že pokud zájemce o službu nevykazuje zjevné známky intoxikace, službu může využívat (např. služba nedělá testy na drogy). V případě alkoholové závislosti mají některé služby limit pro maximální promile alkoholu v krvi (liší se v rozmezí 0,5 až 1 promile), pokud jej klient nepřekročí a splní podmínku zákazu konzumace v prostorách služby, může noclehárnu využít. Některé služby však mají nulovou toleranci. Respondenti dále upozorňovali na rizika spojená s využíváním noclehárny pro lidi s postižením a uváděli, že chybí adekvátní služby, na které by se mohli tito lidé obrátit. Poskytovatelé upřesňovali, že noclehárny nejsou službou péče, nejsou tedy adekvátně vybaveny pro poskytování plnohodnotné podpory těmto lidem, navíc se jedná



o službu, která je poskytována pouze v omezenou dobu (přes noc). Jedna služba také uvedla, že hrozí, že budou zranitelní klienti nějakým způsobem zneužiti ostatními klienty.

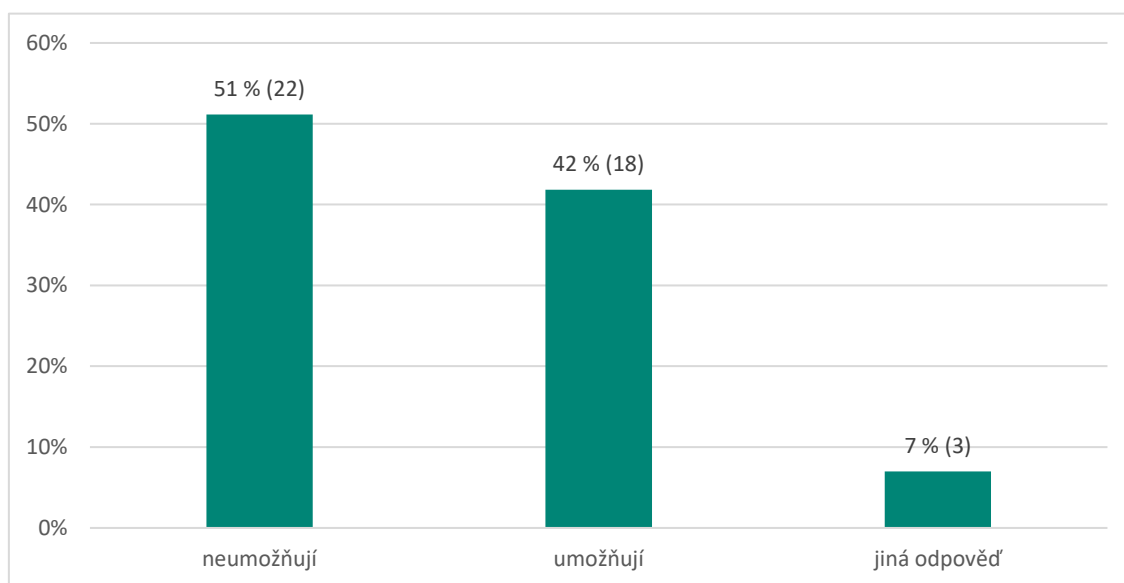
Uvedené kladné odpovědi – tj., že jsme schopni osobám s danými zdravotními problémy službu poskytnout, neznamenal, že bychom si mysleli, že jsme k tomu vyloženě určeni nebo že je to tak správně. V podstatě těmto osobám služby poskytujeme jen za cenu obrovského vypětí sil nad rámec toho, k čemu jsme personálně, prostorově, technicky a svým způsobem i legislativně určeni. A činíme tak jen čistě proto, že jinak by často tito lidé byli odsouzeni k tomu umírat bez pomoci na ulici. Dlouhodobě vnímáme jako tragický systémový a legislativní nedostatek, že nejsou dostatečně dobře definovány typy sociálních služeb, které by byly zároveň pobytovými sociálními službami prevence i službami péče určené pro osoby bez přístřeší.

Lidé se znevýhodněním mohou potřebovat **různé služby, které si hradí z vlastních zdrojů, například příspěvku na péči. Zajímalo nás, zda je možné, aby tyto služby využívali v prostorách noclehárny** (např. osobní asistence, zdravotnické služby, rehabilitace). Tuto možnost vyloučila více než polovina nocleháren 51 % (22), jinou odpověď pak uvedlo 7 % (3), graf 39. Zde respondenti uváděli, že využívání externích služeb komplikuje fakt, že se jedná o noční provoz, dále upozorňovali, že nedisponují adekvátními prostory, kde by mohly být tyto služby poskytnuty, a připomínali, že noclehárny jsou službou prevence.

Teoreticky ano, ale v praxi je to obtížné skloubit s nočním provozem (která služba by asistovala i v noci), malé prostory pro asistenci. Ale mohl by např. doprovázet překladatel znakové řeči.

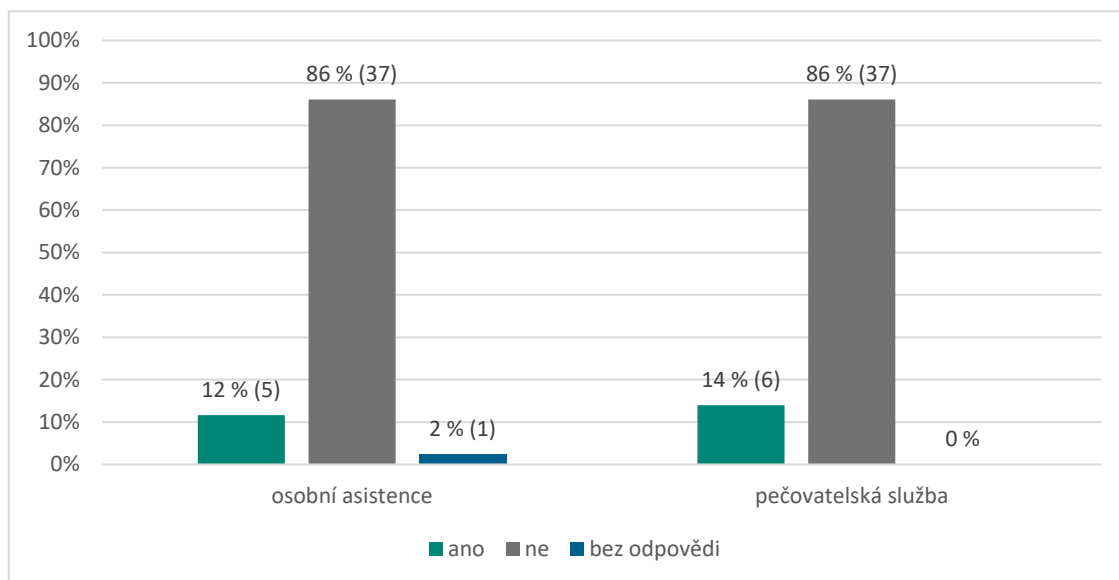
Přistupujeme k tomu, protože je to nezbytné, ale děje se tomu v nedůstojných prostorách a za nedůstojných podmínek – noclehárna prostě na takové činnosti není vhodný prostor.

Graf 39 Noclehárny, které ve svých prostorách umožňují využívání externích služeb (N=43)



V souvislosti s využíváním externích služeb jsme se zaměřili blíže na dvě konkrétní, **osobní asistenci a pečovatelskou službu**. Zajímalo nás, zda se noclehárny za poslední tři roky setkaly s jejich využíváním. Pouze 14 % (6) nocleháren uvedlo, že klienti využívali pečovatelskou službu a 12 % (5) se setkalo s využíváním osobní asistence (graf 40).

Graf 40 Využívání externích služeb v noclehárnách za poslední tři roky (N=43)



4.4 Další zjištění

Respondenty jsme dále vyzvali, aby **popsali situace, kdy člověku nemohla být poskytnuta sociální služba z důvodu jeho postižení**, se kterými se setkali. Zde respondenti zmiňovali především lidi, kteří potřebovali bezbariérový přístup, měli sníženou schopnost orientace, jejich duševní onemocnění by závažným způsobem narušovalo chod služby, potřebovali pomoc se sebeobsluhou, případně nebyli dostatečně soběstační.

Část služeb popisovala zkušenosti s lidmi ve velmi závažném zdravotním stavu. Tito lidé byli mnohdy do noclehárny či před její prostory dovezeni zdravotnickým personálem, propuštění ze zdravotnického zařízení, případně se jednalo o osoby, které podepsaly revers či odmítaly hospitalizaci. Zástupci nocleháren popisovali, jak se snažili obtížné situace řešit. Jednalo se především o spolupráci s obcí, hledání jiného zařízení (domov se zvláštním režimem, léčebna dlouhodobě nemocných, domov pro seniory), případovou konferenci, přesvědčení člověka k nástupu hospitalizace či přivoláním rychlé zdravotnické pomoci. V některých noclehárnách byli situací nuceni člověku poskytnout péči, do které se zapojovali v některých případech i ostatní klienti.

Zástupci nocleháren popisovali, že se během své praxe setkali s klienty s širokou škálou zdravotních problémů a komplikací. Příkladem: roztroušená skleróza v kombinaci s alkoholovou demencí; člověk s demencí, který neudržel moč; člověk, který nebyl schopen samostatného pohybu bez kompenzačních pomůcek („*propuštěn z nemocnice, dovezli jej dva sanitáři, a když nebyl schopen sejít schody, snesli jej do noclehárny, ale v noci jej museli spolubydlíci donést na toaletu a ráno se volala RZP, protože nebyl schopen chodit*“); člověk „*bez ruky a bez nohy se silnými střežními potížemi*“, „*zcela slepý*“, „*pán s ochrnutou půlkou těla, který neudržel stolicí a byl přivezen sanitkou*“, „*pán s oboustranným zápallem plic, který*



neudělal ani krok kvůli dechu a přijel z nemocnice taxíkem, protože údajně podepsal reverz“, a dokonce i „rodící a krvácející paní (byla psychicky nemocná se sníženou svéprávností, lehkou mentální retardací a byla bývalou narkomankou se žloutenkami typu B a C) přivezla nám ji záchranka z porodnice. Službu jsme neposkytli, ale řešili akutní stav, aby v únorovém mrazu nerodila u popelnic. Uložili ji na lůžko na noclehárně a několikrát volali záchranku, než se rozhodli uvěřit, že paní rodí. Rychlá záchranná pomoc přijela v půli porodu, u kterého asistovaly ostatní bezdomovkyně a naše pracovnice“.

Služby popisovaly spolupráci s různými subjekty. Z výpovědí vyplývá, že je zde jisté napětí mezi poskytovateli zdravotnické péče a péče sociální. Pro lidi, jejichž stav nevyžaduje léčbu (hospitalizaci), ale spíše pečovatelskou službu a zároveň se jedná o osoby nemajetné, které si nemohou adekvátní službu zaplatit, v podstatě neexistuje vhodné zařízení.⁷⁸ Některé subjekty mají za to, že tyto služby by měly poskytovat právě noclehárny, které na to však nejsou vůbec vhodné a nemají dostatečné zázemí. Několik služeb popsalo problematickou spolupráci s poskytovateli zdravotních služeb, jedna však upozornila, že se situace postupně zlepšuje „příběhů je spousta, ale musím napsat, že se situace po komunikaci s pověřenými osobami z lékařských zařízení a zřizovatelů zlepšuje“.

Mnohokrát se nám za poslední roky stalo, že před naším zařízením bez předchozí domluvy vyklopila sanitka nemohoucího člověka a ujela, což činila na pokyn lékařů či jiného zdravotnického personálu. Vždy jsme se snažili proti takovému postupu telefonicky ohrazovat a přivolávat zpět záchrannou službu, Policii ČR, městskou policii, ale proti tvrdě se vymezujícím zdravotníkům, ve smyslu, že ačkoli daná osoba není mobilní a schopná sebeobsluhy, není z jejich hlediska žádný důvod pro hospitalizaci, jsme obvykle ani my ani policisté nic nezmohli. Proto jsme se pak zhošťovali péče o danou osobu sami.⁷⁹

Měli jsme na službě člověka, který se během noci pomočoval a také se zpravidla pokálel. Urologicky byl v pořádku, absolvoval vyšetření. Z důvodu obtěžování ostatních uživatelů a z důvodu hygienických, jsme mu službu přestali poskytovat. Jedná se celkem o dva lidi. Nadále však může využívat nízkoprahové denní centrum. Nejen pro tyto případy by bylo dobré zřídit sociální službu domov se zvláštním režimem pro osoby bez domova a osoby závislé, kde by jim byla poskytována pečovatelská a zdravotní služba.

Respondentů jsme se dále zeptali, **jaké úpravy by v jejich noclehárně bylo nutné provést, aby byla lépe přístupná lidem se zdravotním postižením** (graf 41). Více než dvě třetiny 67 % (29) respondentů uvedly stavební úpravy, téměř polovina 49 % (21) zvyšování kvalifikace personálu, nové prostory 47 % (20) a navýšení personálních kapacit 42 % (18). Pouze 7 % (3) respondentů uvedlo, že je jejich služba dostatečně přístupná.

78 Důvody pro odmítnutí uzavření smlouvy vymezuje § 91 odst. 3 zákona o sociálních službách, přičemž za poskytování sociálních služeb v noclehárnách hradí osoby úhradu ve výši stanovené poskytovatelem.

79 Zákon o zdravotních službách v ustanovení § 47 odst. 2 uvádí, že má-li být propuštěn pacient, u něhož není zajištěna další péče, poskytovatel (zdravotních služeb) o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle adresy místa trvalého pobytu pacienta.

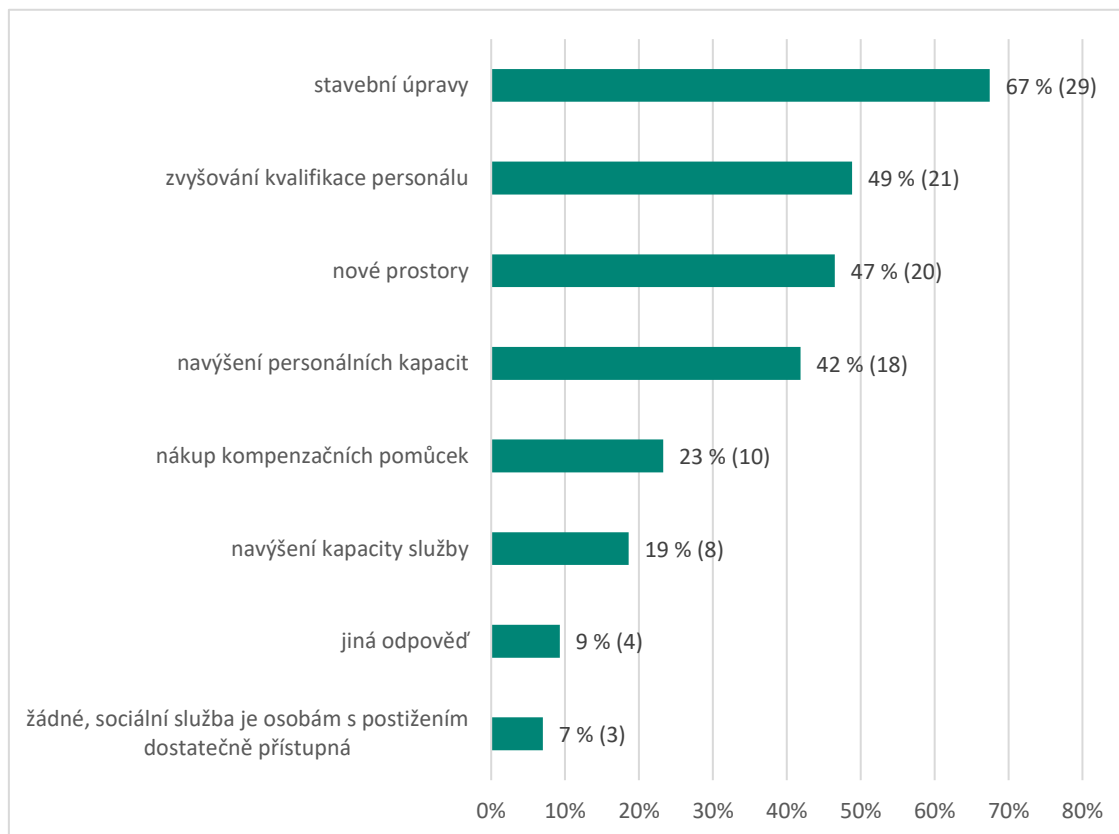
Ke spolupráci sociálních služeb, zdravotních služeb a obcí s rozšířenou působností blíže viz kapitola Spolupráce s poskytovateli zdravotních služeb.



Respondenti **mohli navrhnout také jiné potřebné úpravy**. Zde uváděli, že spíše než zpřístupňování své služby vidí řešení ve vytvoření adekvátní služby pro lidi s potřebou pečovatelské služby, která by jim nabízela odpovídající servis.

Nemyslím, že by se naše služba měla těmto osobám více zpřístupňovat – jsme prostě ambulantní (přijít a odejít) služba prevence, nikoli pobytová služba péče. Spíše by měl být státem legislativně a finančně lépe podporován vznik speciálních služeb pro tuto cílovou skupinu.

Graf 41 Nutné úpravy pro to, aby byly noclehárny lépe dostupné lidem s postižením (N=43)



V závěrečné fázi dotazníku jsme respondentům dali prostor, aby **volně vyjádřili své komentáře, připomínky nebo návrhy k problematice poskytování služeb nocleháren lidem s postižením**.

Respondenti vesměs uváděli to, co vyplývá z textu výše. Mezi zájemci o službu se vyskytují lidé, kteří mají různá zdravotní omezení, pro které služby noclehárny nejsou vhodné (ambulantní služba bez pečovatelského a zdravotnického personálu). Pro tyto lidi však neexistuje adekvátní služba, tedy služba, která by poskytovala dlouhodobou péči lidem, kteří mají závažnější omezení a potřebují pečovatelskou či zdravotnickou péči a zároveň se jedná o lidi v sociálním vyloučení potýkající se s nedostupností bydlení.

Vytvoření domovů se zvláštním režimem pro výše zmíněné osoby z řad sociálně vyloučených osob, kde by mohli důstojně a bez stresu pobývat. Případná retransformace azylových domů – prodloužení pobytu, možnost využívat z rozpočtu zdravotní personál apod.



Řekl bych, že je zde akutní nedostatek služeb pro osoby bez domova (nocleháren) specializovaných anebo alespoň přizpůsobených pro poskytování služeb osobám se zdravotním postižením – ať už se jedná o tělesné postižení, anebo také velmi často o duševní onemocnění (akutní projevy – agrese atd.). Tyto osoby se pak dostávají pro své zdravotní postižení mimo působnost většiny sociálních služeb pro osoby bez domova a jsou odkázány na živoření přímo na ulici.

4.5 Shrnutí

Zjištění u nocleháren prezentovaná v této kapitole **jsou do značné míry totožná jako u sociální služby azylový dům**. Vyskytují se zde samozřejmě odchylky, které souvisí s tím, že v případě nocleháren se **jedná o služby prevence ambulantního typu**.

Za překážky pro poskytnutí služby s lidem s postižením respondenti **považují zejména bariéry** (schody, toalety, spaní na palandách) a také to, **že nejsou schopni poskytnout asistenci lidem, kteří potřebují pomoc**. Pokud jde o duševní onemocnění, jako problematické vidí případné **narušování kolektivního soužití**, především protože lidé přespávají společně ve větších společných místnostech. U smyslových postižení respondenti jako překážku vnímali **obtíže při komunikaci** nebo orientaci.

Stejně jako u azylových domů a ORP jsme i zde zjišťovali, zda by lidé s postižením popsaní v modelových situacích mohli využívat služby nocleháren. Nejvíce respondentů se vyjádřilo negativně k využívání služby člověkem s tělesným postižením 84 %. Téměř polovina 49 % nocleháren by službu neposkytla člověku se sluchovým postižením. Zájemce o službu s duševním onemocněním by neuspěl pouze u 2 % respondentů.

Až 70 % respondentů uvedlo, že první (hlavní) budovu jejich zařízení by nemohl plně využívat člověk pohybující se na vozíku, a lze je tedy považovat za bariérové. Pokud jde o další faktické překážky ve vztahu ke konkrétním typům postižení, které brání lidem s postižením vstupu do služby, respondenti uvedli, že **nejhůře jsou noclehárny dostupné právě lidem pohybujícím se na vozíku s potřebou pomoci u sebeobsluhy či lidem s těžkým mentálním postižením**. Naopak nejlépe jsou noclehárny přístupné lidem s mírnější formou duševního onemocnění, které nevyžaduje hospitalizaci nebo lidem s lehčím mentálním postižením. Respondenti však **zdůrazňovali, že často není rozhodující míra postižení, ale samostatnost člověka či fakt, že nebude narušovat chod služby**.

Oproti azylovým domům možnost doplňkově využít jiný typ služby, která by klientům poskytovala potřebnou péči, vyloučila více než polovina respondentů. Využívání externích služeb komplikuje zejména fakt, že se jedná o noční provoz a také to, že velká část klientů nedisponuje finančními prostředky na to, aby si službu péče mohla dovolit uhradit.

Jako **problematickou také vnímají spolupráci se zdravotními službami**. Ve vícero případech uvedli, že dochází k situacím, kdy zdravotníci přivezou člověka ve velmi špatném zdravotním stavu před noclehárnu, aniž o tom předem informovali poskytovatele sociální služby nebo



obec s rozšířenou působností, což je v rozporu se zákonem o zdravotních službách⁸⁰ a v daných případech se jedná o nedůstojné zacházení.

Respondenti také opakovaně zdůrazňovali skutečnost, že pro lidi, jejichž stav nevyžaduje léčbu (hospitalizaci), ale spíše pečovatelskou službu a zároveň se jedná o osoby nemajetné, které si nemohou adekvátní službu zaplatit, v podstatě neexistuje vhodné zařízení.

80 Ustanovení § 47 odst. 2 zákona o zdravotních službách. „Má-li být propuštěn pacient, u něhož není zajištěna další péče, poskytovatel (zdravotních služeb) o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle adresy místa trvalého pobytu pacienta.“