



Začleňování osob
s tělesným postižením
do společenského
a pracovního života

Začleňování osob s tělesným postižením do společenského a pracovního života

Zpracoval kolektiv autorů

Ing. Milan Venclík, MBA

(Soukromá vysoká škola ekonomická Znojmo, Komora sociálních podniků)

prim. MUDr. Simona Venclíková

(Psychiatrická nemocnice Brno)

Ing. Eva Juhová

(Komora sociálních podniků)

Mgr. Andrea Slavíčková, DiS.

Mgr. Eva Chladová

Hana Svobodová, DiS.

Bc. Blanka Pezlarová

Mgr. Tomáš Ergens, DiS.

Zdeněk Škaroupka

(Výše uvedení autoři Liga vozíčkářů)

Recenzi textu provedla

PhDr. Hana Přikrylová Kučerová, PhD.

(Fakultní nemocnice a Lékařská fakulta Masarykovy univerzity Brno)

Brno 2016

Vydal JMK v rámci projektu „Zdravý kraj“

K vydání připravil: Ing. Milan Venclík, MBA

Publikaci připravili:

Komora sociálních podniků

Jihomoravský kraj

Na publikaci se podíleli:

Komora sociálních podniků

Liga vozíčkářů

Úvodní slovo: Ing. Milan Venclík, MBA

Závěrečné slovo: Ing. Milan Venclík, MBA

Vydání: první

ISBN:

Obálka a grafická úprava:

Sborník byl vydán JMK v rámci projektu „Zdravý kraj“

Cílem vydání příručky v rámci projektu „Zdravý kraj“ bylo:

- poskytnout maximum informací pro všechny zájemce a širokou veřejnost o problematice týkající se zdravotního postižení
- popsat a kvantifikovat cílovou skupinu podrobněji popsat problematiku tělesně postižených
- poskytnutí pozitivního přístupu a pochopení společnosti k zdravotně postiženým osobám
- pomoci možnosti zapojení zdravotně postižených lidí do pracovního procesu
- vysvětlit výhody společenské inkluze zdravotně postižených pro ně samé ale i pro společnost
- upozornit na společenskou spoluodpovědnost veřejné správy

Cílová skupina, pro kterou je příručka určena:

- pracovníci veřejné správy
- zdravotně a mentálně hendikepovaní
- rodinní příslušníci a známí zdravotně a mentálně postižených
- zaměstnavatelé
- média
- široká veřejnost a všichni další, kteří mají o tuto problematiku zájem.

Autoři děkují Jihomoravskému kraji za možnost tuto problematiku otevřít a veřejně prezentovat.

Za jazykovou úpravu a odbornou náplň odpovídají autoři jednotlivých kapitol.

Obsah

Úvod	10	Práva a povinnosti zaměstnavatelů a spolupráce s Úřadem práce	40
I. Zdravotní, sociální a legislativní rozměr zdravotního postižení	14	Aktivní politika zaměstnanosti	40
Vymezení pojmu „osoba se zdravotním postižením“ z pohledu legislativy v České republice a pojmu „disabilita“	14	Pracovní rehabilitace	40
Invalidita	15	Chráněné pracovní místo (CHPM)	41
Základní typy zdravotního postižení	16	Chráněná pracovní dílna	42
Tělesné postižení	17	Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (ZP)	42
Zrakové postižení	18	Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se ZP na CHPM	43
Sluchové postižení	18	Příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů	44
Kombinované postižení zraku a sluchu – hluchoslepota	19	Sleva na dani z příjmu právnických a fyzických osob	44
Němota	19	Veřejné zakázky	45
Mentální postižení	20	Povinné zaměstnávání zdravotně postižených	45
Popis kvantifikace a kvalifikace cílové skupiny	20	Poskytovatel náhradního plnění	47
Typy zdravotního postižení	22	II. Bližší specifikace problémů tělesně postižených	48
Příčiny zdravotního postižení	22	Tělesné postižení	48
Délka zdravotního postižení	22	Psychologické aspekty tělesného postižení	49
Práva osob se zdravotním postižením a příslušná světová legislativa	23	Vrozené tělesné postižení	50
Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)	27	Získané tělesné postižení	50
Právo na práci dle Úmluvy OSN o lidských právech zdravotně postižených	32	Vzdělávání osob se zdravotním postižením	51
Právo na práci dle legislativy České republiky	33	Kompenzace tělesného postižení	52
Vládní výbor pro zdravotně postižené občany	34	Služby pro osoby s tělesným (kombinovaným) postižením	52
Kvalita života	35	Sociální poradenství	53
Index štěstí	38	Odborné sociální poradenství	53
		Terénní služby	54
		Ambulantní služby	54
		Pobytové služby	55

Služby sociální prevence pro osoby s tělesným postižením	55
Sociálně terapeutické dílny – pouze ambulantní služba	56
Sociální rehabilitace	56
Kompenzační pomůcky a bezbariérová doprava	57
Půjčovny kompenzačních pomůcek	57
Asistenční psi	58
Bezbariérová doprava	58
Pomůcky usnadňující pohyb	59
Bariéry v našem okolí	60
Problematika zaměstnání a práce u lidí se zdravotním postižením	61
Zkušenost OZP s hledáním pracovního uplatnění	61
Zkušenost pracovníků sociálních služeb	62
Pohled ze strany zaměstnavatelů	63
Sport a volný čas lidí s tělesným postižením	63
Závěr	65
Literatura	68

Úvodní slovo náměstka Jihomoravského kraje Mgr. Marka Šlapala



Vážené dámy, vážení pánové,

vítám každou iniciativu, která umožní tělesně handicapovaným zapojit se do běžného života. Nedílnou součástí integrace musí být možnost pravidelné pracovní činnosti. Proto velmi podporuji aktivity Komory sociálních podniků a budu se snažit o větší zapojení Jihomoravského kraje. Hlavním motivem je idea, že tělesně handicapovaní ocení možnost pravidelné práce víc, než pasivní příjem sociálních dávek. Kromě této sociálně psychické podpory má taková práce přínos nejen pro lidi s handicapem, ale i pro celou společnost.

Jako hlavní vnímám ze strany Jihomoravského kraje následující tři pilíře:

1. Zapojení krajských příspěvkových organizací do Komory sociálních podniků a dle možností zaměstnávání handicapovaných občanů.
2. Podpora Komory sociálních podniků při realizaci drobných objednávek v rámci možností zákona o veřejných zakázkách.
3. Přímá finanční podpora osvětových aktivit v této oblasti.

Hodně štěstí všem, kteří umí myslet nejen na sebe, ale i na druhé.

Mgr. Marek Šlapal
náměstek hejtmána JMK

Úvod

(Milan Venclík)

Pokud se zabýváme historií a zajímá nás, jak se stavěly jednotlivé společnosti k hendikepovaným lidem, zjistíme, že každý typ společnosti měl nastaveny jistá pravidla sociální politiky. Podle ekonomických, bezpečnostních a etických norem společnosti, byly nastaveny vnitřní vztahy, včetně přístupu k hendikepovaným lidem. Prvopočátky tohoto přístupu nacházíme přesně definované a popsány v Antice. Vzhledem ke skutečnosti, že byly vedeny války mezi jednotlivými městskými státy a vojenská služba byla v zájmu společnosti, byl zde vytvořen systém pomoci válečným invalidům, vdovám a sirotkům po vojácích. Na druhé straně ale, například ve Spartě, jak je známo, společnost netolerovala zdravotně postižené a mnohdy je i fyzicky likvidovala.

V předkřesťanských kulturách byla situace také složitá. Vzhledem k tomu, že tyto kultury vedly mnohdy boj o holé přežití a to jak z důvodu materiálních, tak vojenských, nebyly schopné a mnohdy ani ochotné se o potřebné lidi starat. Proto byli nemocní, staří a jinak postižení lidé usmrcováni, obětováni anebo ponecháváni svému osudu bez pomoci.

Křesťanská kultura byla a je postavena na pomoci spolublížnímu, ale při respektování stratifikace společnosti. Je nastavena na principu milosrdenství a pomoci potřebným. Potřební ale musí chápat, že je jim pomáháno ve svízelných situacích, ale že odpovědnost za svůj život si nesou sami. Křesťanské organizace všech církví a směrů proto vždy poskytovaly základní pomoc potřebným lidem, včetně vzdělání. Základním principem křesťanství je tedy pomoc bližnímu, pokud tento tuto pomoc potřebuje.

Poprvé v novodobých dějinách, přenesl povinnost realizovat sociální politiku na stát, Otto von Bismarck. Na konci devatenáctého století vytvořil v Německu systém důchodového a zdravotního pojištění.

V období komunistické totality byl v ČSSR vytvořen systém postavený na ateismu, kdy veškerou odpovědnost za sociální politiku, včetně starosti o postižené občany a lidi v nouzi převzal stát. Jednalo se o dobu, kdy společnost měla základní ekonomické problémy, typické pro poválečnou Evropu a životní úroveň zdravých i postižených byla nízká. Je také třeba zdůraznit, že pracovní povinnost byla pro všechny obyvatele povinná a tudíž stát musel zabezpečit práci všem obyvatelům. Systém v základní míře reflektoval i potřeby zdravotně postižených a byla vytvářena družstva invalidů a později chráněné dílny.

Po roce 1989 byl v České republice nastaven tržně ekonomický model hospodářství, který ale zásadně akceptoval od samého počátku silný sociální podtext a žádné signalizované „utahování opasků“ se nekonalo, ačkoliv to společnost očekávala

a v této době by tuto skutečnost i akceptovala.

Docházelo k zásadním strukturálním změnám ve všech odvětvích, měnila se i potřeba kvalifikovaných pracovníků, ale pracovní trh tento problém překvapivě zvládl. V této etapě vývoje nedošlo k žádným zásadním problémům v oblasti trhu práce a zaměstnanosti. Byl vybudován záchranný systém, ve kterém skončili ti, kteří nebyli schopni uspět v procesu pracovní soutěže mezi soukromým a státním sektorem.

Byla nově nastavena sociální politika České republiky, která do roku 1996 korespondovala i s ekonomickou realitou země. Společnost byla postupně ekonomizována a post humanizována, což bylo završeno vstupem do Evropské unie. Společnost přijala západní, sociálně konzumně-spotřební životní styl, který financuje nezodpovědným deficitním hospodařením. Velmi mnoho politiků, politologů a sociologů nepochopilo jasný, ale nekompromisní vztah mezi hospodářskou a sociální politikou. A sice, že hospodářská politika země musí vydělat na sociální politiku, a že je to právě hospodářská politika, která určuje, jak vysoko může být nastavena života schopná a funkční sociální záchranná síť.

Tito lidé neakceptují základní zásadu, že fungující a stabilní stát a hlavně fungující společnost, nemůže přijmout tezi, že je možno dlouhodobě žít na dluh a neposkytovat protiplnění za poskytnuté výhody. Pokud společnost podlehne tomuto omylu, následuje jednak ekonomický, ale hlavně morální rozklad. Všichni jedinci by měli pochopit a akceptovat, že nemůže být vydáváno více zdrojů, než je společností generováno. Chce-li tedy společnost jako svoji prioritu financovat z veřejných zdrojů vysoce nastavenou sociální síť, pak ale musí dobrovolně omezit svoji spotřebu v jiných oblastech.

To, že je společnost posthumanizována znamená, že je v rámci takzvané humanity ochotna legalizovat i některé společensky devastující a nepřijatelné jevy, které byly v této kultuře stovky let nemyslitelné a pro normální lidi jsou nepřijatelné i dnes. Přebírání těchto nestandardních společenských jevů ničí tuto kulturu, protože dochází ke ztrátě identity jedince i společnosti.

Dochází k neuvěřitelnému paradoxu, kdy si některé mocenské a „řádoby intelektuální“ skupiny hrají s veřejným míněním a s nespokojeností obyvatel. Jako například, když je ve střední Evropě, včetně České republiky, mluveno o výši životní úrovně a je používán terminus technicus „chudoba“. Viz. („Máme tady výraznou dynamiku individuálního bohatství, což znamená, že existují a mírně se i rozšiřují skupiny občanů, jejichž životní standard je vysoký až nadprůměrný. Zároveň nižší i střední vrstvy a skupiny pod hranicí životního minima jsou dále ohrožovány větší chudobou. Prostupnost společenskými vrstvami je tedy ztížena směrem nahoru, naopak směrem dolů je snadná do té míry, že jsou ohroženy i relativně stabilizované střední vrstvy.“ (Petrášek, 2007, s. 8))

Tato relativní chudoba znamená, že pokud je spočítán průměr ve společnosti dvě

auta na rodinu, pak rodina, která má jedno auto je chudá. Z tohoto pohledu je výraz chudoba výsměch ve smyslu absolutní chudoby lidí například v Africe, kteří umírají žízní a hladem. Jsem z generace, která si pamatuje, že auto neměla téměř žádná rodina a nikdo se necítil chudý a naopak, pokud by měla rodina jedno auto, cítila by se bohatá. A nejedná se v časové řadě vnímání světa o století ale desetiletí.

Tyto teorie zcela pomíjí roli člověka jako hlavního iniciátora společenského dění, který v první řadě musí být zodpovědný za sebe, rodinu, společnost a za svoji zemi. Eliminují v člověku základní pocity zodpovědnosti za dění kolem něho a zcela cíleně jej uvrhují do pasivity.

Je jasné, že při formulování sociální politiky hraje hlavní roli stát, který vytváří hlavní rámec formálních strategií a také on jediný rozhoduje o změnách směrů sociální politiky. I z tohoto důvodu jsou nepřijatelné současné snahy některých globálních aktérů o rozbití stávajících států a o nastavení nových nefunkčních vztahů.

Sociální zabezpečení je tedy soubor různých právních, finančních a organizačních nástrojů, které mají občanovi pomoci v případě potřeby. Obrovským problémem některých politiků, včetně odborníků v sociální oblasti a některých autorů zabývajících se touto problematikou je fakt, že občanům sdělují, že na tyto finanční benefity mají právní nárok a stát jim je musí poskytnout, (což je většinou dle platné legislativy pravdou), ale již jim nesdělují skutečnost, a možná si ji ani sami neuvědomují, že jim může stát poskytovat jenom tolik, kolik mu podnikatelské subjekty, tedy podnikatelé odvedou. „Cílem těchto opatření a nástrojů je kompenzace nepříznivých finančních a sociálních důsledků různých životních situací, ohrožujících uznaná sociální práva občanů.“ (Potůček, 1999, s. 96))

Důvodem tohoto stavu je skutečnost, že tito lidé většinou žijí z veřejných peněz a podnikatelským sektorem pohrdají. Myslím ale, že občané v Maďarsku už dnes chápou, že pokud státní finance zbankrotují, tak důchody vyplaceny být nemohou, i když mají ústavou a mezinárodními smlouvami zaručena práva. Není možno si nevzpomenout na přísloví, které znaly už naše babičky, když říkaly: „Kde nic není, ani čert nebere“.

Dobrá sociální politika musí být efektivní. Tuto efektivitu lze posuzovat minimálně ze dvou hledisek. První hledisko je ekonomické a je nutné porovnávat stanovené cíle a vynaložené náklady na jejich splnění. Musí být samozřejmě snahou minimalizovat náklady.

Druhé hledisko je správná analýza sociálního problému a nastavení opatření, která minimalizují daný negativní jev, včetně vytvoření systému rychlého vyhodnocování účinnosti a nastavení používání zpětné vazby k rychlé korelaci postupů, pokud by se tato nutnost prokázala.

Důležitou skutečností je fakt, že potřeba člověka pracovat, není dána jen společenskými zvyklostmi a potřebou zabezpečit sobě a rodině základní životní potřeby.

Práce dává člověku pocit sounáležitosti, vytváří pole pro generování nových vztahů. Schopností cílevědomé práce a možností vytváření jiných hodnot se člověk liší od jiných živočišných druhů a práce jej také zpětně osobnostně formuje, což má dopady i na fungování celé společnosti.

Aby se člověk nacházel v psychické pohodě a harmonii, potřebuje možnost seberealizace. Člověk bez možnosti seberealizace velmi rychle ztrácí psychickou pohodu a pak v konečné fázi i identitu, což má devastující dopad na jeho osobnost a i celou společnost. Existují mnohé studie, které prokázaly, že dlouhodobá ztráta zaměstnání má negativní zdravotní dopady jak ve fyzické, tak v psychické rovině.

V oblasti pracovních příležitostí funguje trh. Trh práce je součástí ekonomického prostoru. Většina lidí, kteří mají jakýkoliv hendikep, který je diskvalifikuje v pracovním procesu, mají malou šanci uplatnění na volném trhu práce. Mají-li tedy tyto skupiny najít pracovní uplatnění, musí být pro ně vytvářen regulovaný trh práce. V dnešní době je uplatňován systém chráněných pracovních míst a jsou definována další opatření, v rámci aktivní politiky zaměstnanosti, jejímž nositelem jsou Úřady práce.

Z výše uvedeného je zřetelné, že přístupy k problematice hendikepovaných lidí byly v minulosti různé. Také v dnešní době, včetně Evropské unie, má každá země nastavenou svoji sociální politiku, která vyhovuje její ekonomice, legislativě i mentalitě lidí v dané zemi. Je neoddiskutovatelné, že podle systémového přístupu k řešení pomoci potřebným lidem můžeme hodnotit i danou společnost.

Připomeňme si ale také, že je velmi mnoho zemí na světě, ať již v Africe, Asii a jinde, kde pojem sociální politika vůbec neznají a že mu ani nerozumějí, protože nechápou, proč by se někdo měl o jiného člověka starat, pokud to nedělá dobrovolně, a jsou přesvědčeni, že tato starost přísluší především rodině.

Závěrem je třeba říci, že bylo snahou v úvodu popsat přístup k hendikepovaným lidem, jak z historického hlediska, tak z hlediska nastavení současné sociální politiky s upozorněním na některé problémy a kritická místa současného fungujícího systému.

I. Zdravotní, sociální a legislativní rozměr zdravotního postižení

Vymezení pojmu „osoba se zdravotním postižením“ z pohledu legislativy v České republice a pojmu „disabilita“

(Milan Venclík)

Pokud chceme definovat pojem zdravotní postižení, měli bychom nejprve definovat pojem zdraví. Jednou z nejznámějších definic zdraví, je definice WHO (Světové zdravotnické organizace), kde za zdraví je považován „stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody“. Nikoliv tedy pouze nepřítomnost nemoci.

Osobou se zdravotním postižením se rozumí osoba mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální, nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejímu plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.

Celosvětově se dnes používá pro situaci, kdy je člověk nějakým způsobem omezen ve své činnosti z různých důvodů, pojem disabilita (anglicky: disability, disabling). Význam tohoto termínu je následující: omezení, redukce až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí a činností vyplývajících např. z choroby, závady, poruchy anebo stáří.

Ani v mezinárodních dokumentech nelze nalézt jednotnou definici disability. O definici zdravotního postižení na mezinárodní úrovni se WHO pokusila již v roce 1980, kdy schválila dokument „Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů (ICIDH).

Dle WHO je postižení „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“. V roce 2007 se na konferenci v Miláně zástupci WHO, OECD, OSN, Rady Evropy a představitelé evropských organizací občanů s disabilitou (zdravotním postižením) dohodli, že jako základní metodika hodnocení funkčních schopností osob s disabilitou bude používána Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (anglicky International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF).

Tato klasifikace se vyrovnává s termínem osoba se zdravotním postižením. WHO totiž dospěla k závěru, že tento termín je pro osoby stigmatizující, neboť „je třeba hovořit o osobách, které prožívají nějaký stupeň funkčního limitu nebo restri-

ce“, proto tato klasifikace používá pojmu disabilita (překážka, postižení) nebo lidé s disabilitami.

Ani v jednotlivých evropských zemích neexistuje jednotná definice osoby se zdravotním postižením.

V Německu podle svazku IX sociálního zákoníku, článku 2, odstavce 2 jsou „osoby postižené neschopností (incapacitated), když se jejich tělesné funkce, intelektuální schopnosti nebo duševní zdraví po dobu pravděpodobně delší než šest měsíců odlišují od stavu, který je typický pro jejich věk, a když je z tohoto důvodu negativně ovlivněna jejich účast na životě společnosti. Tyto osoby jsou ohroženy neschopností, když takový negativní účinek lze očekávat.“

Ve Francii jsou pak podle zákona 91-748 (odst. 1, písm. b) „přídavné rehabilitační léčení nebo rehabilitace specifická opatření pro pacienty, kteří potřebují pokračující léčení zaměřené na reintegraci“.

V českých právních předpisech existuje několik definic zdravotního postižení. V pracovněprávních předpisech je zdravotní postižení definováno v § 67 zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Podle tohoto zákona jsou osoby se zdravotním postižením „fyzické osoby, které jsou:

- a) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními ve třetím stupni (dále jen osoby s těžším zdravotním postižením),
- b) orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními v prvním nebo druhém stupni,
- c) rozhodnutím úřadu práce vydaným krajskou pobočkou úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen osoby zdravotně znevýhodněné).“

Z uvedené definice vychází i zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb. v platném znění). Další definice zdravotního postižení je obsažena v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V § 3 písm. g) tohoto zákona je zdravotní postižení chápáno jako „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“.

Invalidita

(Simona Venclíková)

Invaliditu lze chápat jako dlouhodobě trvající nepříznivý zdravotní stav vedoucí buď k neschopnosti soustavné výtěžné činnosti, nebo k zásadnímu poklesu výtěžku, případně k neschopnosti soustavné přípravy na povolání. Jednou z nejvýstižnějších je definice prof. I. Tomeše, DrSc., který za invaliditu označuje „stabilizovanou fázi nemoci u osoby se zdravotním postižením dlouhodobějšího rázu“. Invaliditu

definuje jako „přechodné, nebo trvalé, tělesné, či duševní poškození, nebo ztrátu určité funkce, či části organismu, s následnou sníženou pracovní schopností, popř. společenským uplatněním“.

V definicích invalidity jde v podstatě o určování a měření příčinné souvislosti mezi dlouhodobým zdravotním poškozením a jeho následky – omezeními, které osobě způsobuje. Tato omezení jsou vždy rázu společenského, ať již ekonomického nebo jiného (občanského, sociálního). Jde tedy vždy o kauzální nexus mezi zdravotním poškozením a možnostmi výdělečné činnosti nebo společenského uplatnění.

Invaliditou se zabývá řada vědních oborů. Termín invalidita je používán v mnoha souvislostech. Především jde o termín medicínský, sociologický, ekonomický či právní.

Z medicínského hlediska lze invaliditu chápat jako určité stádium onemocnění, které zpravidla již nelze zcela vyléčit.

Z ekonomického hlediska přináší invalidita zpravidla pokles finančních příjmů jedince, s čímž zpravidla souvisí pokles jeho životní úrovně a v neposlední řadě i jeho zhoršené uplatnění na trhu práce.

Sociologické hledisko vnímá sociálními důsledky invalidity z hlediska zdravotních a ekonomických změn.

Z právního hlediska pak musí invalidita odpovídat podmínkám stanoveným v příslušných právních předpisech. Na rozdíl od nemoci je invalidita již dlouhodobě či trvale ustáleným stavem a lze změřit její dlouhodobé nebo trvalé důsledky. V moderním pojetí se invalidita měří mírou zbylého potenciálu schopnosti k dalšímu životu a práci.

Sociální solidarita se projevuje v poskytování dávek, jejichž účelem není kompenzovat zdravotní postižení jako takové, ale do jisté míry nahradit neschopnost soustavné výdělečné činnosti, pokles výdělku a ztížení společenského uplatnění.

Základní typy zdravotního postižení

(Simona Venclíková)

V úvodu této publikace bylo zcela záměrně provedeno základní seznámení s Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví (MKF), aby si čtenář uvědomil, že stávající pohled na funkčnost, či nefunkčnost jedince ve společnosti podle jeho fyzického hendikepu je mnohdy velmi zavádějící. Tato klasifikace staví na základní znalosti a to, že dva lidé se stejnou diagnózou nemusí mít stejný stupeň funkčního poškození zdraví a na druhou stranu, že dva lidé se stejným funkčním postižením, nemusí mít stejnou diagnózu.

Velmi často dochází k situacím, kdy psychika člověka limituje jeho výkon a začlenění do společenského života mnohem více než jeho fyzické hendikepy, ale přitom tato skutečnost není většinou společností a ani odbornou veřejností a legislativou vůbec akceptována.

Výše uvedená klasifikace vnímá problémy lidí s disabilitou úplně jiným způsobem, než klasické medicínské klasifikace. MKF dokáže zohledňovat mnoho faktorů, který současný pohled vůbec nevnímá, ale které jsou pro postižené limitující v jejich běžném denním životě.

Základní typy postižení:

- Tělesné postižení
- Zrakové postižení
- Sluchové postižení
- Němota
- Mentální postižení

Tato postižení mohou být i kombinovaná.

Tělesné postižení

Tělesné postižení je primárně vada pohybového a nosného ústrojí. Jedná se o nefunkčnost kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, přičemž se může jednat i o poškození nebo poruchu nervového ústrojí, jestliže se projevuje porušenou hybností. Patří sem také všechny odchylky od normálního tvaru těla a končetin.

Tato postižení mohou být vrozená nebo získaná. V některých případech se může jednat i o problémy s komunikačními schopnostmi. Tyto disfunkce mohou být kompenzovány pomůckami usnadňujícími pohyb a k nim patří zejména invalidní (ortopedický) vozík, hole, berle.

Při primárním postižení se jedná o přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo postižení centrální nebo periferní nervové soustavy, kdy je postiženo vlastní hybné ústrojí (amputací, deformací, vývojovými vadami a podobně). Při postižení sekundárním je většinou postižena centrální či periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí může být i bez patologických změn. Pohyblivost může být dále omezena z dalších příčin (důsledkem srdečních, revmatických, kostních chorob a podobně).

Zrakové postižení

Zrakové vnímání je pro člověka a jeho rozvoj velmi důležité z důvodu četnosti, variability a dostupnosti podnětů. Zrakové vnímání je zdrojem mnoha informací a významným prostředkem pro orientaci člověka. Člověk se tímto způsobem relativně snadno seznamuje s nejbližším okolím, může rozpoznávat rozdíly i podobnosti jednotlivých předmětů. Z hlediska orientace v nejbližším i vzdálenějším prostoru se jedná o nejdůležitější smysl člověka. Pomocí zraku dostává člověk množství informací o svém okolí, ale i o sobě a svém postavení v objektivní realitě tohoto světa.

V případě zrakové poruchy se jedná sice „jenom“ o poruchu jednoho z lidských smyslů, ale celkový vývoj osobnosti jedince je tím velmi ovlivněn, a to jak po stránce fyzické, tak mnohdy i více po stránce psychické. Jsou totiž významně ovlivněny funkce kognitivní, emociálně-sociální, orientace i motorika. Zrakové postižení je důvodem omezení v oblasti orientace a vede k senzorické deprivaci. Podle závažnosti a charakteru tohoto postižení z něj mohou vyplývat i omezení jednotlivých psychologických funkcí.

Důsledky ztráty zraku jsou různé podle období, ve kterém stádiu vývoje u člověka nastaly. Pro člověka, který o zrak přišel v dospělém věku, se může jednat převážně o problémy psychologického charakteru, protože je člověk náhle přinucen přijmout zcela novou životní roli. Pokud se jedná o vrozenou poruchu, potom dochází k velmi opožděnému vývoji dítěte a důsledkem je úplně rozdílné vnímání světa a života.

Sluchové postižení

Sluch je, stejně tak jako zrak, velmi důležitým prostředkem pro získávání informací z vnějšího prostředí i pro orientaci v prostoru. Je nezbytným faktorem pro rozvoj řeči a myšlení. Sluch a řeč jsou základním komunikačním prostředkem pro člověka. Sluchové postižení tedy pro člověka znamená zásadní komunikační bariéru. Znamená ale i bariéru v oblasti orientace v prostředí a prostoru, které je mimo zrakové pole. U dětí vede sluchové postižení k podnětové deprivaci, což může vést ke ztrátě anebo narušení komunikačních dovedností. Omezené podněty zužují variabilitu zkušeností a narušují rozvoj některých kompetencí.

Sluchové postižení je v rámci lidské populace jedno z nejrozšířenějších somaticko-funkčních postižení. V České republice tvoří skupinu lidí se sluchovým postižením cca 500 000 osob. Vrozenou, nebo v dětství získanou vadou sluchu u nás trpí přibližně 0,15 % populace. V odborné literatuře se uvádí, že se jedná asi o 3 700 osob s úplnou hluchotou a něco kolem 3 900 osob s praktickou hluchotou. Velkou část této skupiny ale tvoří lidé nedoslýchaví, u kterých dochází ke zhoršení sluchu postupem věku, většinou po 60. roce života.

Z hlediska stupně sluchového postižení rozlišujeme nedoslýchavost, hluchotu a ohluchlost.

Nedoslýchavost může být:

- Lehká
- Střední
- Těžká

Hluchota může být:

- Úplná, která znamená naprostou ztrátu sluchu
- Praktická, kdy jsou u jedince pozorovány tzv. zbytky sluchu

Ohluchlost je stav charakterizovaný ztrátou sluchu během života člověka.

Kombinované postižení zraku a sluchu – hluchoslepotá

Kombinované postižení zraku a sluchu se nazývá hluchoslepotá. Hluchoslepotá je jedinečná porucha, která je daná souběžným poškozením zraku i sluchu. Hluchoslepotý člověk není jen ten, kdo je zcela nevidomý a současně zcela neslyšící. Poškození zraku i sluchu u těchto lidí je obvykle na různých úrovních. Lidé s absolutní hluchoslepotou je relativně velmi málo. Poruchy těchto typů způsobují především komunikační potíže, potíže při prostorové orientaci, samostatném pohybu, sebeobsluze a přístupu k informacím. Velmi znesnadňuje člověku plné zapojení do společnosti a vyžaduje zajištění různých odborných služeb, kompenzačních pomůcek a úpravy prostředí.

Němota

Němota je ztráta schopnosti mluvit, nebo se dorozumívat řečí. Na rozdíl od hluchoněmoty je však zachován sluch. Němí lidé slyší, ale nemluví. Ztráta řeči se může projevit jako neschopnost mluvit, protože jedinec nedokáže vydávat zvuky. Takto postižení lidé na rozdíl od hluchých slyší, co jim okolí říká, ale nemohou s okolím komunikovat pomocí svého vlastního hlasu.

Němí lidé mohou s okolím komunikovat jinými způsoby, nejačastěji znakovou řečí.

Němota má několik příčin:

- Úrazy, kdy postižený ztratil řeč poraněním hrtanu a hlasivek nebo jazyka. Někdy může být i příčinou porušení centra řeči v mozku.
- Onemocnění hlasového ústrojí, jako například nádorová onemocnění hrtanu a hlasivek a jiné

Mentální postižení

Mentální postižení je možné charakterizovat jako vývojovou poruchu psychických funkcí, která se projevuje tak, že postihuje všechny složky osobnosti. Zahrnuje tedy stránku tělesnou, duševní i sociální. Ovlivňuje tedy komplexně život jedince. Podle stupně postižení dochází v různé míře ke snížení rozumových schopností, projevující se v kvalitě vnímání, myšlení, paměti, představ, pozornosti, řeči i vizuomotoriky. Toto postižení se projevuje v oblasti citové, ale i v ostatních oblastech charakterizujících osobnost člověka.

Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku. Podle vývojového období, ve kterém poškození mozkových funkcí došlo, rozlišujeme mentální retardaci (dříve oligofrenii) a demenci.

Oligofrenii lze považovat za opožděný duševní vývoj, ke kterému dochází v období prenatálním, perinatálním, nebo časně postnatálním. Jde tedy o to, že jedinec některé rozumové schopnosti vůbec nenabyde.

Demenci chápeme jako důsledek procesu poškození mozku různého druhu, ke kterému dochází v průběhu života. Dochází tedy ke ztrátě rozumových schopností, které člověk dříve měl.

Lidé s mentální poruchou netvoří homogenní skupinu, ale každý člověk s tímto postižením je jedinečnou osobností s charakteristickými rysy. U části jedinců lze pozorovat určité společné příznaky. Specifikace těchto příznaků závisí na druhu postižení, jeho hloubce, rozsahu a nerovnoměrnosti duševního vývoje. Rozdílnost projevů je závislá na struktuře psychických funkcí, které jsou zasaženy výrazněji.

Popis, kvantifikace a kvalifikace cílové skupiny

(Simona Venclíková)

Z šetření u osob se zdravotním postižením, které v roce 2013 již po druhé v historii realizoval ČSÚ ve spolupráci s Ústavem zdravotnických informací a statistiky

vyplývá, že z celkového počtu obyvatel bylo 1 077 673 osob se zdravotním postižením, což znamená, že v ČR je zdravotně postižený každý desátý člověk.

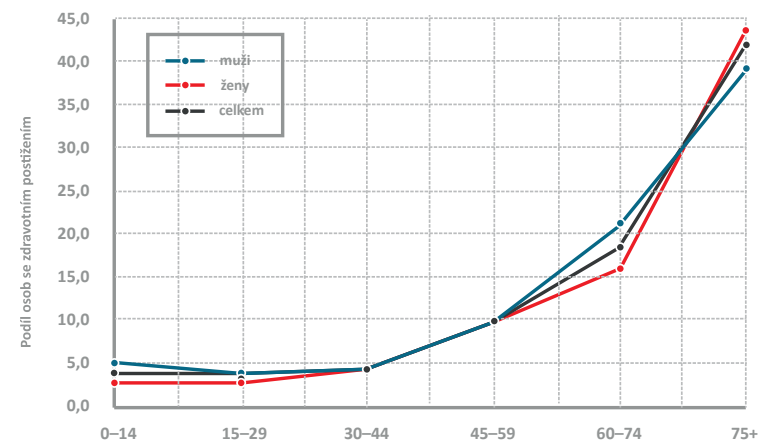
Nejvyšší počet osob se zdravotním postižením se vyskytoval ve věkových kategoriích 60 – 74 let a 75 plus, přičemž jejich podíl na celkovém počtu zdravotně postižených osob činil 58,6 %. Poměrně silně byla zastoupena i věková skupina 45 až 59 let (19,2 %).

Od historicky prvního šetření, které se uskutečnilo v roce 2007 (údaje roku 2006), se zvýšil počet osob se zdravotním postižením o 0,3 procentního bodu (z 9,9 % na 10,2 %), výrazně více pak u žen – o 0,6 procentního bodu (z 10,0 % na 10,6 %). U mužů bylo zvýšení podílu poměrně nízké – pouze o 0,1 procentního bodu (z 9,8 % na 9,9 %).

Při porovnání výsledků obou dosud realizovaných šetření vyšlo najevo, že se liší jak ve struktuře věku, tak i pohlaví. Použijeme-li ke srovnání rozdílových hodnot procentní body, pak u mužů došlo k nárůstu pouze ve věkových skupinách do 29 let, zatímco u ostatních věkových skupin došlo k poklesu. U žen byl zjištěn nárůst pouze ve věkových skupinách do 44 let a 75+, u ostatních věkových skupin (45 až 59, 60 až 74 let) naopak došlo k poklesu.

Z pohledu celkového počtu osob se zdravotním postižením byly zaznamenány nárůsty u věkových skupin do 29 let a 75+. U dalších věkových skupin (45 až 59, 60 až 74 let) byly zjištěny poklesy. Ve věkové skupině 30 až 44 let nebyly zjištěny žádné rozdíly.

Věková struktura osob se zdravotním postižením v roce 2012 (v %)



Zdroj: ČSÚ

Typy zdravotního postižení

Do šetření bylo zahrnuto sedm typů postižení: tělesné, zrakové, sluchové, mentální, duševní, vnitřní a jiné. Zjistili, že u osob se zdravotním postižením převládaly dva typy:

- vnitřní (41,9 %)
- tělesné (29,2 %).

Rozdíly mezi ženami a muži byly zanedbatelné. Z porovnání výsledků dvou nejvíce zastoupených typů zdravotního postižení zjištěných v rámci obou šetření vyplynulo, že se zvýšil podíl vnitřního postižení (o 4,2 procentních bodů) a snížil se podíl tělesného postižení (o 7,0 procentních bodů). Průměrná četnost postižení připadající na jednu osobu byla o jednu desetinu vyšší než před šesti lety (1,6 oproti 1,5).

Příčiny zdravotního postižení

Rozhodující příčinou zdravotního postižení byla nemoc (64,7 %). Za ní pak byly s velkým odstupem vrozená postižení (9,4 %), stařecká polymorbidita (9,0 %) a úraz (5,5 %). Zdravotní postižení způsobené nemocí se nejvíce podílelo na výskytu vnitřního typu postižení (61,5 %) a tělesného postižení (21,9 %).

Při porovnávání příčin zdravotního postižení s výsledky předchozího šetření dojdeme k závěru, že zatímco se na jedné straně u prvních dvou nejsilněji zastoupených příčin jejich podíly snížily (postižení způsobené nemocí o 4,3 procentních bodů, vrozené postižení o 1,3 procentních bodů), na straně druhé se podíl u stařecké polymorbidity zvýšil (o 1,7 procentních bodů).

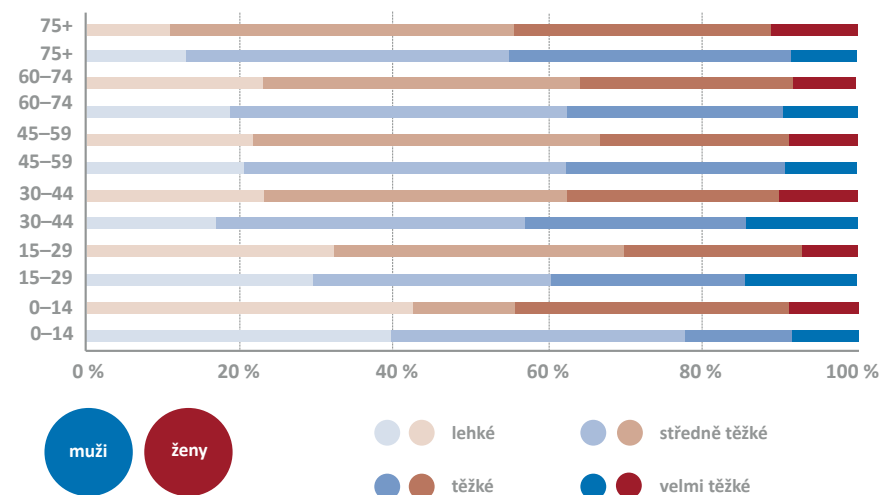
Délka zdravotního postižení

Délka zdravotního postižení byla zjišťována ve dvou rozhodujících kategoriích. Podíl získaných zdravotních postižení činil 86,3 % a vrozených 13,7 %.

I v rámci posledního šetření se potvrdila skutečnost, že s postupujícím věkem u osob s vrozeným zdravotním postižením klesá jejich podíl. Při porovnání výsledků obou šetření bylo zjištěno, že se podíl osob s vrozeným zdravotním postižením zvýšil o 2,1 procentních bodů, přičemž u mužů to bylo podstatně více než u žen (16,4 % oproti 11,4 %).

Pokud jde o získaná zdravotní postižení (u osob s vícečetným zdravotním postižením se v tomto kontextu rozumí pouze první získané zdravotní postižení), bylo jich nejvíce zjištěno ve věkové skupině 45–59 let (27,6 %) a 60–74 let (24,4 %), a to stejným podílem u obou pohlaví. I v rámci minulého šetření bylo pořadí na prvních

místech shodné, avšak s tím rozdílem, že u nejsilněji zastoupené věkové skupiny 45–59 let došlo k poklesu o 2,0 procentní body, zatímco u skupiny 60–74 let k nárůstu o 2,5 procentních bodů. Průměr let života osob se získaným zdravotním postižením se snížil oproti předchozímu šetření o 1,2 roku (z 13,6 let na 12,4 let)



Míra zdravotního postižení podle pohlaví, věku a typu postižení v roce 2012

Práva osob se zdravotním postižením a příslušná světová legislativa

(Milan Venclík)

Práva zdravotně postižených se ve stále větší míře stávají součástí legislativ jednotlivých států. Dokládá to jak legislativa evropská, tak přijetí Úmluvy OSN o lidských právech zdravotně postižených, na němž se Evropská unie aktivně podílela.

Úmluva vstoupila v platnost dne 28. října 2009. Ke dni 22. května 2014 podepsalo Úmluvu celkem 158 států a ratifikovalo jí 147 států. Česká republika Úmluvu podepsala 30. března 2007 a ratifikovala 28. září 2009. Úmluva se stala po svém vyhlášení dne 12. února 2010 součástí právního řádu ČR. Česká republika podepsala 30. března 2007 rovněž Opční protokol. Úmluvu dne 23. prosince 2010 ratifikovala i Evropská unie.

Úmluva je založena na třech základních principech, pilířích: prosazuje, chrání a zajišťuje práva osob se zdravotním postižením.

Zásady Úmluvy jsou následující:

- respektovat přirozenou důstojnost, osobní nezávislost, zahrnující také svobodu volby, a samostatnost osob
- nediskriminace
- plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti
- respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako jsou částí lidské různorodosti a přirozenosti
- rovnost příležitostí
- přístupnost
- rovnoprávnost mužů a žen
- respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity

Článek 8 Úmluvy ukládá:

zvyšování povědomí veřejnosti, s cílem vychovávat k vnímavosti k právům osob se zdravotním postižením, jejich pozitivnímu vnímání, podporování uznání, dovedností, zásluh a schopností. Úmluva nezapomíná ani na přístupnost služeb, rovnost před zákonem a ochranu proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání zmíněnou v článku 15. Jako i jiní lidé mají mít lidé s postižením volný přístup k informacím, poskytnutý formou odpovídající jejich potřebám a možnost zapojit se do společnosti. Státy se zavazují plně podporovat a vytvářet podmínky pro dodržování a prosazování těchto práv a v neposlední řadě přijmout účinná a odpovídající nařízení a opatření k odstranění diskriminace osob se zdravotním postižením ve všech záležitostech týkajících se manželství, rodiny, rodičovství a osobních vztahů.

Další dokumenty zabývající se touto problematikou:

- **Evropská sociální charta (ESCh; v ČR publikována pod č. 14/2000 Sb.m.s.)** Byla přijata v roce 1961 v Turínu členskými státy Rady Evropy a vymezuje kromě jiného obsah jednotlivých práv a zdůrazňuje práva určitých kategorií osob, kterým má být poskytnuta zvláštní ochrana.
- **Směrnice Rady 2000/78/ES ze dne 27. listopadu 2000 (Framework Employment Directive)** Stanovuje obecný rámec pro rovné zacházení v zařazení a povolání. Hlavní účel je stanovení obecného rámce pro boj proti diskriminaci v zaměstnání a povolání na základě náboženského vyznání či víry, zdravotního postižení, věku nebo sexuální orientace.

- **Amsterodamská smlouva** Práva osob se zdravotním postižením jsou upravena především v článku 13 Amsterodamské smlouvy, kde je zakotven zákaz diskriminace v Evropské unii z důvodu zdravotního postižení.
- **Evropská charta základních práv** zakotvuje zákaz diskriminace hendikepovaných, a přestože není právně závazná, se těší velké vážnosti.
- **Deklarace práv mentálně postižených osob** (Declaration on the Rights of Mentally Disabled persons) přijata v roce 1971, která těmto osobám přiznává stejná práva jako ostatním občanům, včetně práva pracovat.
- **Deklarace práv zdravotně postižených osob** (Declaration on the Rights of Disabled Persons), v níž opět dochází k potvrzení práva postižených osob na respektování lidské důstojnosti. Valné shromáždění OSN v této deklaraci zdůraznilo, že zdravotně postižení mají naprosto stejná lidská práva, ale i povinnosti jako všichni ostatní občané (přijato v roce 1975)
- **Světový akční program činnosti týkající se zdravotně postižených osob** (World Programme of Action Concerning Disabled Persons), kdy tento program garantuje rovnost práv handicapovaných a je zde zdůrazněno právo těchto osob účastnit se na společenském životě. Schváleno Valným shromážděním OSN v roce 1982
- **Dokument o zaměstnávání zdravotně postižených v Evropském společenství** (Council recommendation of 24 July 1986 on the employment of disabled people in the Community), který obsahuje výzvu pro členské státy přijmout opatření podporující pracovní uplatnění a odborný výcvik zdravotně postižených osob“
- **Závěrečná Vídeňská deklarace** (Vienna Declaration). V červnu roku 1993 se ve Vídni konala Světová konference o lidských právech. Tato zdůraznila zákaz diskriminace zdravotně postižených a vyzvala k odstranění všech bariér, které tyto osoby omezují v účasti na společenském životě, jakož i k přijetí legislativy, která by garantovala práva zdravotně postižených
- **Přijetí Standardních pravidel pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením** (Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities), který byl schválen Valným shromážděním OSN na jeho 48. zasedání dne 28. října 1993. Shrnují řadu dříve přijatých dokumentů a zkušeností. Standardní pravidla zdůrazňují oblasti důležité pro zvýšení kvality života zdravotně postižených osob a dosažení plné integrace a zrovnoprávnění. Hlavním cílem Standardních pravidel je zajištění stejných (rovných) práv, jako mají ostatní, také pro zdravotně postižené
- **„Zelená kniha Evropské sociální politiky“**, přijatá v roce 1993 byla na Evropské úrovni. Ve III. části uvádí mezi prioritními otázkami také integraci

zdravotně postižených osob

- **Kodaňská deklarace** (Copenhagen Declaration) a **Akční program** (Programme of Action adopted in Copenhagen). Deklarace zdůrazňuje, že jednou z nejpočetnějších menšin jsou postižení, a dále obsahuje závazek přijmout opatření pro podporu jejich sociální i ekonomické integrace. Přijaty v Kodani v roce 1995
- **„Nová strategie Evropského společenství v oblasti invalidní politiky“**. Tento dokument byl v Bruselu přijat v roce 1996 a na něj navazující usnesení vychází ze Standardních pravidel OSN pro vyrovnání příležitostí invalidních občanů. Jedná se o určitou aktualizaci Standardních pravidel na evropské úrovni
- **Amsterodamská smlouva o revizi zřizovacích smluv a Maastrichtské smlouvy o EU**, která byla podepsána 17. července 1997. I zde je zahrnut obecný antidiskriminační článek, který se zabývá mimo jiné také zdravotním postižením.
- **„Směrem k bezbariérové Evropě pro zdravotně postižené“** z 12. 5. 2000. Jde o sdělení Komise evropských společenství určené Radě, Evropskému parlamentu, Hospodářskému a sociálnímu výboru a Výboru regionů. Tento dokument uvádí, že lidé se zdravotním postižením jsou považováni za jednu z nejvíce znevýhodněných skupin ve společnosti, musí se neustále potýkat s překážkami, které jim „brání v přístupu ke všem aspektům společenského života“
- **Zpráva komise Radě, Evropskému parlamentu, hospodářskému a sociálnímu výboru a výboru regionů, „Program sociální politiky“**, Brusel (2000), který konstatuje nutnost „soustředit pozornost na osoby na okraji trhu práce, investovat do lidí a zvýšit tak jejich zaměstnatelnost a omezit překážky jejich vstupu na trh práce“. Na první místo klade za cíl zajistit rozvoj základních lidských práv a úctu k nim jakožto „klíčovému aspektu rovnoprávné společnosti a respektování lidské důstojnosti“
- **Usnesení Rady ze dne 15. července 2003 o podpoře zaměstnanosti a sociální integrace zdravotně postižených osob 2003/C 175/01**. Vyjadřuje zejména zákaz diskriminace osob s postižením a právo na integraci do společnosti a na pracovní trh (článek 13 SES, čl. 21 Charty základních práv, Evropská strategie zaměstnanosti atd.). Vyzývá členské státy k podpoře větší spolupráce se všemi organizacemi zastupujícími postižené občany na národní a evropské úrovni, včetně občanské společnosti. Podporuje větší integrace a participaci osob s postižením ve všech aspektech společenského života, včetně pracovního trhu a vzdělávání, založené na zákazu diskriminace

Česká republika se zapojila do všech těchto programů a výsledkem byl i nový zákon o zaměstnanosti (č. 435/2004 Sb.), který nabyl účinnosti dne 1. 10. 2004.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF)

(Simona Venclíková)

Nový přístup a pohled na lidi se zdravotními potížemi přináší Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) Světové zdravotnické organizace WHO. Přináší celistvý pohled na nemoc, na dopady na životní styl člověka v mnoha souvislostech včetně prostředí, doby a času kde žije a na další aspekty. Je to snaha přistoupit k problému holisticky a snažit se podchytit maximum aspektů, které na člověka v interaktivním prostředí působí. Respektuje skutečnost, že s pravděpodobností blížící se jedné neexistuje na světě člověk, který by byl absolutně zdravý a bez problémů. Zde připomeňme formulaci ruských lékařských týmů, když vybírali v testech nejlepší kandidáty na kosmonauty, tak i u vybraných, dle jejich názoru zdravotně vyhovujících jedinců konstatovali: „Relativně zdravý“. Tato metodika mnohem více než ostatní přístupy akceptuje i skutečnost, že duševní poruchy mají mnohdy větší dopady na život člověka než fyzické či mechanické hendikepy. Takovéto duševní poruchy mohou u na první pohled zdravého člověka způsobit jeho absolutní nefunkčnost a neschopnost být společensky aktivní.

V následujícím textu bude snaha velmi informativně popsat logiku tohoto přístupu. Pokud by se chtěl čtenář podrobně seznámit s klasifikací, musel by se tomuto problému systémově věnovat. Z důvodů zabránění možnosti stigmatizace lidí se zdravotními potížemi byl pro tyto poruchy použit termín disability.

Pochopit filosofii této klasifikace je velmi důležité pro pracovníky státní správy zvláště soudce a právníky, lékaře, státní zástupce a další, neboť z této klasifikace byla vytvořena Metodika k odškodňování sníženého společenského uplatnění v právních sporech podle NOZ (Nového Občanského Zákoníku).

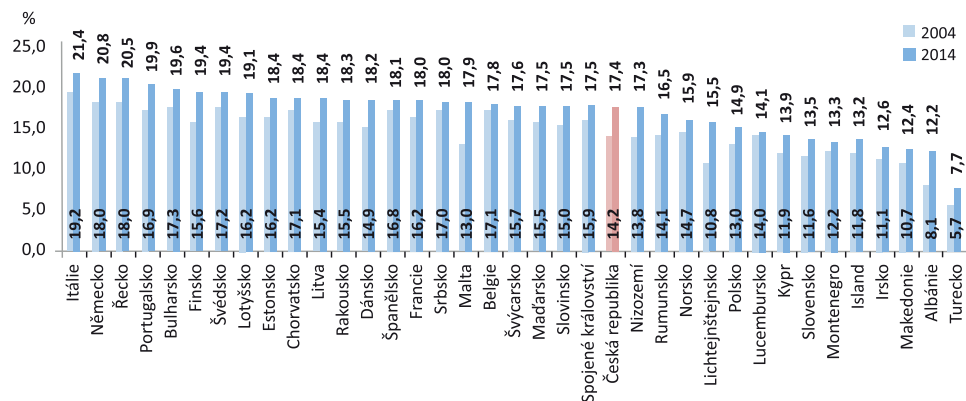
Definování disability se tedy stává stále důležitějším problémem. Realitou je i skutečnost, že hodnocení disability je i v jednotlivých státech světa různé. Jak bylo výše uvedeno, práva zdravotně postižených se ve stále větší míře stávají součástí legislativy evropské, ale i jednotlivých států. Je tedy snaha o sjednocení pohledů na popsání problémů, a proto došlo k vytvoření Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF) Světovou zdravotnickou organizací WHO.

Disability tedy definuje omezení, které člověk prožívá v souvislosti s poruchami

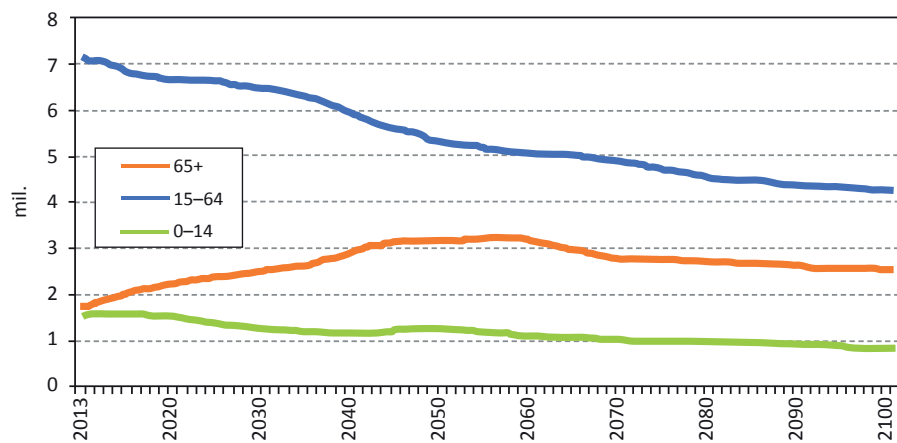
některých funkcí a struktur. Deklaruje, že „postižené“ funkce mohou být kompenzovány funkcemi neporušenými, tedy zdravím a faktory prostředí.

Demografické prognózy ukazují, že kolem roku 2050 bude až polovina obyvatelstva ve věku 60 a více let. Je tedy logické, že bude přibývat i starších osob s disabilitou a zdravotní komplikace budou narůstat. Odborníci dnes většinou nevnímají člověka s disabilitou jako jedince s určitou diagnózou, ale jako individuum, jehož problémy jsou dány dynamickou interakcí mezi ním a prostředím, v němž každodenně žije.

Procentuální zastoupení populace ve věku 65 a více let v jednotlivých státech Evropy v roce 2004 a 2014

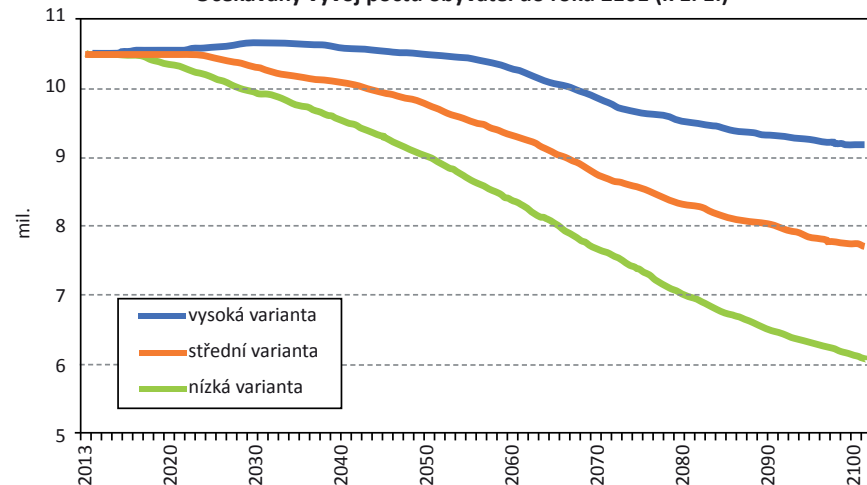


Očekávaný vývoj počtu obyvatel podle hlavních věkových skupin do roku 2101 (střední varianta projekce; k 1. 1.)



Pramen: Projekce obyvatelstva ČR do roku 2100, Český statistický úřad, červenec 2013

Očekávaný vývoj počtu obyvatel do roku 2101 (k 1. 1.)



Definice disability podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností zní: „Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“

Mezinárodní klasifikace neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. Každý občan má určitý zdravotní stav, který ho s různými životními situacemi konfrontuje, dostává se tak často do různých znevýhodňujících pozic. Klasifikace tedy nevytváří kategorie „méněcenných“ osob.

Rehabilitace podle MKF zahrnuje tři základní stupně:

1. Funkci a strukturu orgánů.
2. Projekci do úrovně osobnosti. V praxi se používá výraz aktivita (hodnocení kapacity) a jejich limity.
3. Participaci (hodnocení výkonu) a faktory prostředí (facilitující, bariérové).

Dostupnost nejrůznějších pomůcek, zákonodárství, legislativa, postoje spoluobčanů, apod. Jde vlastně o „disabilitní situace“, pro jejich vyřešení jedinec může využívat svoje „zbytkové zdraví“. Tato výrazná změna pohledu na rehabilitaci se v ČR zatím v posuzování disability (invalidity) bere v úvahu málo a jen na některých pracovištích. Při hodnocení funkční schopnosti se vychází z etiologie a morfo-

logicko-funkčních změn na úrovni orgánů, ale funkční diagnostika osobnosti je velmi nedokonalá a prakticky se vůbec nediaagnostikuje faktor prostředí. V ČR se vlastně jedná o odškodnění zdravotního postižení a nejde o vyrovnání příležitostí, tedy o stejné (equal) možnosti pro občany zdravé a občany s disabilitou. (MUDr. Olga Švestková Ph.D.)

MKF klasifikuje zdraví a ke zdraví se vztahující stavy. Je důležité poznamenat, že v MKF nejsou jednotkou klasifikace osoby, ale jsou zde popisovány situace každé osoby v dané souvislosti zdraví nebo ke zdraví se vztahujících domén.

MKF definuje komponenty v souvislosti se zdravím:

- Tělesné funkce jsou fyziologické funkce tělesných systémů (včetně funkcí psychických).
- Tělesné struktury jsou anatomické části těla jako orgány, končetiny a jejich součásti.
- Poruchy jsou problémy tělesných funkcí nebo struktur, jako je signifikantní odchylka nebo ztráta.
- Aktivita je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověkem.
- Participace je zapojení do životní situace.
- Aktivita a její limity jsou obtíže, které člověk může mít při provádění aktivit.
- Participace a její omezení jsou problémy, které člověk může prožívat při zapojení do životních situací.
- Faktory prostředí vytvářejí fyzické a sociální faktory a postoje lidí, kde lidé žijí a uskutečňují své životy.

MKF má dvě části, každou se dvěma komponentami:

Část 1: Funkční schopnost a disabilita

- a) Tělesné funkce a struktury
- b) Aktivity a participace

Část 2: Spolupůsobící faktory

- a) Faktory prostředí
- b) Osobní faktory

Každá komponenta může být vyjádřena z pozitivního nebo negativního hlediska.

MKF nevytváří model „procesu“ funkční schopnosti a disability jako klasifikaci. Může být ale použita k popisu tohoto procesu při zjišťování informací, při mapování různých konstrukcí a domén. Tím je dosaženo pohledu z více perspektiv na klasifikaci funkční schopnosti a disability a na vzájemně se ovlivňující procesy. Poskytuje „stavební kameny“ pro uživatele, kteří chtějí vytvářet modely a studie z různých pohledů na tento proces. MKF tak může být chápána jako jazyk: jeho texty mohou být vytvářeny podle toho, kdo je jejich uživatelem, jejich tvůrcem a podle vědecké orientace.

K vysvětlení disability a funkční schopnosti byly navrženy různé varianty koncepčních modelů. Mohou vyjadřovat dialektický vztah mezi „lékařským modelem“ a „sociálním modelem“.

Lékařský model vidí disability a problémy dané osoby tak, že jsou způsobené přímo chorobou, traumatem nebo jinými zdravotními problémy, které vyžadují lékařskou péči, zajištěnou léčením jedince prostřednictvím odborníků. Management disability je chápán jako léčení nebo přizpůsobení se člověka a změny chování. Lékařská péče je chápána jako hlavní východisko a v politické rovině je základní odpověď dána modifikací nebo reformou politiky zdravotní péče.

Sociální model disability vidí východisko především jako sociálně vytvořený problém a zásadně jako předmět plné integrace člověka do společnosti. Disability nejsou vlastností jedince, ale spíše komplex sdrúžených podmínek, z nichž mnohé jsou vytvářeny společenským prostředím. Proto zvládnutí tohoto problému vyžaduje sociální aktivitu a je to kolektivní odpovědnost společnosti, která v širokém měřítku vytváří modifikace prostředí, nezbytné pro plnou účast osob s disabilitou ve všech oblastech společenského života. Východisko je tedy postoj nebo ideologie, vyžadující sociální změny, které se na politické úrovni stávají otázkou lidských práv. Pro tento model zdravotního postižení je východisko na úrovni politické.

MKF je založena na propojení těchto dvou různých modelů. Aby bylo dosaženo propojení různých aspektů funkční schopnosti, je využíván „biopsychosociální“ přístup. MKF se pokouší dosáhnout syntézy a používá k tomu propojený pohled na různé perspektivy zdraví z pohledu biologického, individuálního a z pohledu sociálních perspektiv.

Právo na práci dle Úmluvy OSN o lidských právech zdravotně postižených

(Milan Venclík)

Úmluva OSN o lidských právech zdravotně postižených v článku 27 Práce a zaměstnávání říká:

1. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají právo osob se zdravotním postižením na práci na rovnoprávném základě s ostatními; patří sem zejména právo na možnost žít se prací svobodně zvolenou nebo přijatou na trhu práce a na pracovní prostředí, které je otevřené, inkluzivní a přístupné osobám se zdravotním postižením. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zabezpečují a podporují realizaci práva na práci, mimo jiné i pro osoby, u kterých dojde ke vzniku zdravotního postižení v průběhu zaměstnání, přijímáním příslušných opatření, včetně opatření legislativních, s cílem zejména:

- a) zakázat diskriminaci na základě zdravotního postižení ve všech otázkách týkajících se kterékoli formy zaměstnávání, včetně podmínek naboru, přijímání a zaměstnávání pracovníků, setrvání v zaměstnání, profesního postupu a bezpečnosti a ochrany zdraví při práci;
- b) chránit, na rovnoprávném základě s ostatními, práva osob se zdravotním postižením na spravedlivé a uspokojivé pracovní podmínky, včetně rovných příležitostí a rovného odměňování za práci rovnocenné hodnoty, na bezpečnost a ochranu zdraví při práci, včetně ochrany před obtěžováním, a na nápravu křivd;
- c) zajistit osobám se zdravotním postižením možnost uplatňovat svá pracovní a odborová práva na rovnoprávném základě s ostatními;
- d) umožnit osobám se zdravotním postižením účinný přístup k programům obecného odborného a profesního poradenství, ke službám zprostředkování práce a odborné přípravě na výkon povolání i dalšímu vzdělávání;
- e) podporovat pracovní příležitosti a profesní postup osob se zdravotním postižením na trhu práce, jakož i asistenci při hledání, získávání a udržení si zaměstnání a při návratu do práce;
- f) podporovat příležitosti k samostatné výdělečné činnosti, soukromému podnikání, rozvíjení činnosti družstev a zahájení vlastního podnikání;
- g) zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve veřejném sektoru;
- h) podporovat zaměstnávání osob se zdravotním postižením v soukromém sektoru prostřednictvím vhodné politiky a opatření, která mohou zahrnovat programy pozitivní diskriminace, pobídky a další opatření;

i) zajistit, aby osobám se zdravotním postižením byla poskytována přiměřená podpora na pracovišti;

j) podporovat u osob se zdravotním postižením získávání pracovních zkušeností na otevřeném trhu práce;

k) podporovat pracovní a profesní rehabilitaci osob se zdravotním postižením, stejně jako programy zaměřené na udržení pracovního místa a návrat do zaměstnání.

2. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí, aby osoby se zdravotním postižením nebyly drženy v otroctví nebo nevolnictví a byly chráněny, na rovnoprávném základě s ostatními, před nucenou nebo povinnou prací.

Právo na práci dle legislativy České republiky

(Milan Venclík)

V rámci politiky zaměstnanosti ČR je zabezpečeno právo na zaměstnání. Je uplatňována aktivní politika zaměstnanosti, tvorba a zapojení do mezinárodních programů souvisejících s rozvojem zaměstnanosti a lidských zdrojů na úseku trhu práce. Jsou realizována opatření na podporu a dosažení rovného zacházení s muži a ženami, s osobami bez ohledu na jejich rasový a etnický původ a s osobami se zdravotním postižením. Jsou činěna opatření pro zaměstnávání těchto osob, opatření pro zaměstnávání fyzických osob se zdravotním postižením a dalších skupin fyzických osob, které mají ztížené postavení na trhu práce.

V procesu práva na zaměstnání je zakázána přímá i nepřímá diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, rasového nebo etnického původu, národnosti, státního občanství, sociálního původu, rodu, jazyka, zdravotního stavu, věku, náboženství či víry, majetku, manželského a rodinného stavu nebo povinností k rodině, politického nebo jiného smýšlení, členství a činnosti v politických stranách nebo politických hnutích, v odborových organizacích nebo organizacích zaměstnavatelů. Diskriminace z důvodu těhotenství nebo mateřství se považuje za diskriminaci z důvodu pohlaví.

Právo na práci patří tedy mezi základní lidská práva, dle výše uvedených přijatých dohod. Osoby se zdravotním postižením (dále jen „ZP“) mají právo na zvýšenou ochranu na trhu práce, konkrétně při přípravě na povolání a v oblasti pracovních vztahů a zdraví při práci.

Osobami se ZP jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními:

- a) ve třetím stupni (dále jen „osoby s těžším zdravotním postižením“), nebo

b) v prvním nebo druhém stupni;

c) za osoby se ZP se také považují i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení.

Zákon č.155/1995 Sb. o důchodovém pojištění definuje osobu jako invalidní, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla její pracovní schopnost nejméně o 35 %. Závažnost invalidity je pak dále rozdělena:

- na první stupeň (ztráta pracovní schopnosti o 35 až 49 %),
- druhý stupeň (ztráta pracovní schopnosti o 50 až 69 %)
- třetí stupeň (ztráta pracovní schopnosti nejméně o 70 %).

Pracovní schopností se rozumí schopnost jedince vykonávat výdělečnou činnost odpovídající jeho tělesným, smyslovým a duševním schopnostem, s přihlédnutím k dosaženému vzdělání, zkušenostem a znalostem a předchozím výdělečným činnostem. Poklesem pracovní schopnosti se pak rozumí rozdíl mezi tělesnými, smyslovými a duševními schopnostmi jedince před a po vzniku dlouhodobě nepříznivého stavu.

Kromě lékařských vyšetření se při stanovení pracovní schopnosti bere v úvahu i skutečnost, zda je jedinec na svůj stav adaptován, zda se může requalifikovat pro jinou výdělečnou činnost, zda je schopný využít zachovanou pracovní schopnost nebo v případě invalidity třetího stupně, zda za výjimečných okolností je schopen vykonávat výdělečnou činnost. Krajská pobočka Úřadu práce vede evidenci osob se zdravotním postižením, kterým poskytuje služby podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

Evidence obsahuje identifikační údaje o osobě se zdravotním postižením, údaje o omezeních v možnostech jejího pracovního uplatnění ze zdravotních důvodů, údaje o právním důvodu, na základě kterého byla uznána osobou se zdravotním postižením, a údaje o poskytování pracovní rehabilitace.

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany

(Milan Venclík)

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany je stálým koordinačním, iniciativním a poradním orgánem vlády České republiky pro problematiku podpory občanů se zdravotním postižením. Byl zřízen usnesením vlády ČR ze dne 8. 5. 1991 č. 151.

Výbor se zabývá problémy, které nemůže samostatně vyřešit jediný resort.

Vládní výbor spolupracoval na přípravě Národního plánu pomoci zdravotně postiženým občanům, Národního plánu opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, které vláda schválila v letech 1992 a 1993, Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, přijatého v roce 1998, který je každoročně aktualizován. V roce 2004 přijala vláda ČR Střednědobou koncepci státní politiky vůči občanům se zdravotním postižením, z jejichž cílů a úkolů vycházel Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006-2009 přijatý v roce 2005. Následujícím plánem byl Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014, přijatý v roce 2010, který byl rovněž každoročně aktualizován. Aktuálně platný Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020 byl schválen usnesením vlády České republiky ze dne 25. května 2015 č. 385, obsahově i strukturou vychází stejně jako předchozí plán z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

Kvalita života

(Simona Venclíková)

Všichni lidé touží od pradávna po kvalitním životě. Koncepci kvality života lze nalézt již v řecké a římské mytologii. Pojem kvalita života (Quality of Life – QoL) byl ve 20. letech 20. století použit v ekonomické studii, která se zabývala dopady státní podpory na život sociálně slabší vrstvy a také na rozpočet státu. O něco později integroval tento pojem do svých projevů i americký prezident L. B. Johnson, kterému se hodil v rámci propagace změny obrazu USA. Pojem kvalita života v této době obsahoval pouze materiální zajištění. V roce 1964 se pojem kvality života dostává i do oblasti medicíny. Russell Elkington uveřejnil článek s názvem „Lékařství a kvalita života“, ve kterém se zamýšlel nad etickými a morálními problémy při transplantaci ledvin.

V Evropě se pojem kvalita života objevil v programu Římského klubu. (Vaňurová.). Jednalo se o nevládní organizaci, založenou v roce 1968 ve Švýcarsku, která kritizovala kapitalistickou společnost, zbrojení, hrozbu jaderné války a hledala prostředky k humanizaci světa.

S pojmem kvalita života se v posledních 10 letech setkáváme stále častěji, ať je to v literatuře, na webových stránkách nebo v médiích. Je používán v různých souvislostech, v různých vědních disciplínách, v medicíně, psychologii, sociologii, ekonomii, ekologii, antropologii a dalších. Například sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji v rámci určité populace i mezikulturně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivců a pokoušejí se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.

Od 70. let se objevuje pojem kvalita života i v medicíně, a to zpočátku v klinických

studiích, zejména u onkologicky nemocných pacientů, kdy se sledovala kvalita života v souvislosti s vedlejšími účinky terapie. Agresivní dopady této léčby mnohdy způsobovaly zhoršenou kvalitu života nemocných více než nemoc samotná. Začal se používat pojem „health related quality of life“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím, vyjadřující subjektivní pocit životní pohody asociovaný s nemocí, popř. úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky.

Medicína vychází z definice WHO z roku 1946, kdy zdraví, jako jedna z hlavních součástí kvality života, není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody. Dále se kvalitou života rozumí také „to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu“ (Ustun et al., 1995). Zkoumání kvality života v medicíně se v současnosti zaměřuje na oblasti psychosomatického a fyzického zdraví.

Kvalita života je složitým komplexem faktorů. Na její dimenze lze nahlížet z různých hledisek. Koncept kvality života přináší otázku jejího měření a s ním i rozvoj výzkumů v této oblasti. V r. 1961 OSN přijala dvanáct faktorů a označila je jako „podmínky života“:

- stav ochrany zdraví
- životní prostředky
- vzdělání
- pracovní podmínky
- stav zaměstnanosti
- uspokojování potřeb a zásoby
- doprava a komunikace
- byty a jejich výstavba
- odpočinek a zábava
- oblékání
- sociální jistoty

Koncept kvality života můžeme zjednodušeně uvést ve dvou dimenzích:

- Objektivní kvalita života sleduje materiální zabezpečení, sociální podmínky života, sociální status a fyzické zdraví. Lze ji tedy vymezit jako souhrn ekonomických, sociálních, zdravotních a environmentálních podmínek, které ovlivňují život člověka. Kvalitu života lze vidět také jako míru, v níž jedinec využívá možnosti svého života.
- Subjektivní kvalita života se týká jedincova vnímání svého postavení ve společnosti v kontextu jeho kultury a hodnotového systému. Výsledná spokojenost je závislá na jeho osobních cílech a vnímání světa.

Příznivé podmínky (fyzické zdraví, vzdělání, bohatství) nevedou automaticky k vyšší kvalitě života a naopak zhoršené životní podmínky (chudoba, některé nešťastné životní události, zdravotní postižení) nemusí být vždy vázány na horší kvalitu života. Pro kvalitu života jedince je důležité, jak vnímá sám sebe, jaké má cílové hodnoty, jak je naplňuje a jak je odolný vůči stresu.

Změna životních hodnot kvůli nemoci, či pocit zvládnutí těžkých životních zkoušek, může subjektivně vnímanou kvalitu života i zvýšit. Studium kvality života v současnosti znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu.

V České republice je k měření kvality života k dispozici validizovaný dotazník SQUALA (Subjective QUALity of Life Analysis), který považuje kvalitu života jako veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost.

Koncept Halečky zdůrazňuje, že kvalita života jako taková neexistuje, význam nabývá jedině v okamžiku, je-li vymezeno konkrétní prostředí, ve kterém je měřena. Quality of Life (QOL) musí být vždy ve spojení s řešením otázky „jaká kvalita a pro koho“. Pouze takovým logicko-konkrétním přístupem je možné zabezpečit orientační funkci tohoto pojmu a jeho využitelnost ve společenské praxi.

Definice štěstí a spokojenosti i její subjektivita činí poměrně problematické snahy o empirický výzkum. Psychologové štěstí, spokojenost a pohodu měří poměrně složitými indexy (Ryff 1989; Bradburn 1969; Cantril 1965; Andrews, Withey 1976; cit. dle Smith 1979), běžně se však životní spokojenost a štěstí hodnotí pomocí jen jedné otázky, ve které mají lidé sami o sobě říct, jak jsou celkově spokojeni či šťastní. Používání více otázek a škál je samozřejmě lepší než použití jednoduché otázky, protože dokáže postihnout vícerozměrný koncept spokojenosti a štěstí, oba způsoby měření štěstí a životní spokojenosti jsou však překvapivě spolehlivé [Diener, Lucas 2000a].

Dnes existují již desítky psychologických, sociologických či lékařských výzkumů, které systematicky dokumentují, jak kvalita a délka života, psychologické i fyzické zdraví a spokojenost se životem souvisí s rodinným stavem. Bylo prokázáno, že ženatí muži a vdané ženy se dožívají vyššího věku a mají nižší pravděpodobnost úmrtí.

Index štěstí

(Milan Venclík)

V souvislosti s kvalitou života se dnes velmi často používá pojem index štěstí. Je to pojem, který se stává velkým politikem. Vědci, sociologové, psychiatři, psychologové, ekonomové a další vedou debatu o tom, co vlastně štěstí je, vzhledem k tomu, že se jedná o subjektivní veličinu.

Zprávu o štěstí ve světě vypracovává na zakázku OSN Kolumbijská univerzita v New Yorku a jednotlivé země hodnotí na základě takzvaného indexu štěstí. Ten tvoří faktory jako například hrubý domácí produkt na obyvatele, délka života, korupce, dostupnost zdravotní péče, svoboda se rozhodovat, štedrost spoluobčanů či bezpečnost.

„Neměli bychom se zaměřovat jen na úzce definovaný přístup k měření spokojenosti založený na ekonomickém růstu, ale prosazovat spíše společnosti, které jsou nejen bohaté, ale také spravedlivé a ekologicky udržitelné,“ uvedl Jeffrey Sachs z Kolumbijské univerzity, jeden ze spoluautorů studie.

Zatímco v 70 ze sledovaných států včetně ČR se nyní naměřený index štěstí ve srovnání s lety 2005 až 2007 zvýšil, jsou i země, které v posledních letech v žebříčku štěstí výrazně klesly. Největší propad zaznamenalo ekonomickou krizí zmítané Řecko (nyní na 99. místě), sestup ale zažily i další jihoevropské státy (Itálie a Španělsko). Index štěstí výrazně poklesl také v Egyptě, Saúdské Arábii, ve Venezuele či na Ukrajině.

1.	Dánsko
2.	Švýcarsko
3.	Island
4.	Norsko
5.	Finsko
6.	Kanada
7.	Nizozemsko
8.	Nový Zéland
9.	Austrálie
10.	Švédsko
...	

23.	Británie
...	
26.	Argentina
27.	Česká republika
28.	Spojené arabské emiráty
...	
32.	Francie
...	
45.	Slovensko

Země s největší mírou štěstí

Zpráva ale zdůrazňuje, že i když většina nejšťastnějších zemí patří také k nejbohatším, samotný příjem není tak důležitým faktorem štěstí jako osobní svoboda a podpora společnosti. Abychom si uvědomili, že se nejedná jen o čistou teorii, uvádíme i konkrétní návrhy velmocí na užívání tohoto indexu v praxi (zprávy z tisku):

- Francouzský prezident Nicolas Sarkozy vyzval v pondělí ostatní země světa k tomu, aby v národních účtech nahradily tradiční měření výkonu ekonomiky pomocí hrubého domácího produktu alternativními ukazateli štěstí, spokojenosti a udržitelnosti. Jedním z důsledků takové změny by zřejmě bylo, že Francie by si tím výrazně polepšila vůči Spojeným státům, za nimiž v tradičním měření ekonomiky dlouhodobě silně pokulhává, uvedl dnes britský list Financial Times.

(<http://denikreferendum.cz/clanek/7296-britska-vlada-chce-merit-blahobyt-in-dexem-stest>)

- Britská vláda plánuje zavedení pravidelného měření indexu štěstí, jenž by měl ukázat míru všeobecné spokojenosti lidí s životem. Chce tak doplnit kritérium HDP. Podobná opatření se již připravují také ve Francii nebo v Kanadě, převážně kvůli zvyšujícímu se tlaku na vlády, aby věnovaly méně pozornosti ekonomickým ukazatelům. Otázky dotazníku by se měly kromě subjektivní pohody a blahobytu, jež by měly obsahovat index štěstí, zaměřovat i na objektivnější indikátory, jako například jak se v současnosti daří respondentům plnit životní cíle.

(<http://denikreferendum.cz/clanek/7296-britska-vlada-chce-merit-blahobyt-in-dexem-stest>)

Práva a povinnosti zaměstnavatelů a spolupráce s Úřadem práce

(Eva Juhová)

Zaměstnavatelé jsou oprávněni požadovat od krajských poboček Úřadu práce:

- a) informace a poradenství v otázkách spojených se zaměstnáváním osob se ZP (zdravotně postižení)
- b) součinnost při vyhrázování pracovních míst zvláště vhodných pro osoby se ZP
- c) spolupráci při vytváření vhodných pracovních míst pro osoby se ZP
- d) spolupráci při řešení individuálního přizpůsobování pracovních míst a pracovních podmínek pro osoby se ZP.

Zaměstnavatelé jsou povinni:

- a) rozšiřovat podle svých podmínek možnost zaměstnávání osob se ZP individuálním přizpůsobováním pracovních míst a pracovních podmínek a vyhrázováním pracovních míst,
- b) spolupracovat s krajskou pobočkou Úřadu práce při zajišťování pracovní rehabilitace
- c) vést evidenci zaměstnáváných osob se ZP
- d) vést evidenci pracovních míst vyhrazených pro osoby se ZP.

Aktivní politika zaměstnanosti

(Eva Juhová)

Pracovní rehabilitace

Osoby se ZP (zdravotním postižením) mají právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitaci zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce místně příslušné podle bydliště osoby se ZP ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky nebo může pověřit zabezpečení pracovní rehabilitace jinou osobu. Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se ZP. Žádost osoby se zdravotním postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že je osobou se zdravotním postižením. Rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu

pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Krajská pobočka Úřadu práce s osobou se ZP sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdravotní způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost a kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce; přitom vychází z vyjádření odborné pracovní skupiny. Ministerstvo stanoví prováděcím právním předpisem obsah individuálního plánu pracovní rehabilitace, druhy nákladů spojených s prováděním pracovní rehabilitace a způsob jejich úhrady. Dohoda o zabezpečení rehabilitace obsahuje

- a) identifikační údaje účastníků dohody,
- b) identifikační údaje osoby se zdravotním postižením, pro kterou je pracovní rehabilitace určena,
- c) obsah a délku pracovní rehabilitace, d) místo a způsob provedení pracovní rehabilitace,
- e) způsob, výši a podmínky úhrady nákladů na zabezpečení pracovní rehabilitace,
- f) způsob kontroly plnění sjednaných podmínek,
- g) způsob ověření získaných znalostí a dovedností,
- h) podmínky a termín zúčtování poskytnuté úhrady nákladů na zabezpečení pracovní rehabilitace,
- i) závazek právnické nebo fyzické osoby vrátit poskytnutou úhradu nákladů nebo její poměrnou část, pokud nedodrží sjednané podmínky nebo pokud jí byla jejím zaviněním poskytnuta neprávem nebo v částce vyšší, než náležela, a lhůtu pro vrácení,
- j) ujednání o vypovězení dohody. Součástí této rehabilitace může být i rekvalifikace a další nástroje aktivní politiky zaměstnanosti, které neslouží výhradně OZP (osoby zdravotně postižená), ale mohou být jimi využity.

Chráněné pracovní místo (CHPM)

Chráněné pracovní místo je pracovní místo, které zřizuje zaměstnavatel pro osoby se ZP. Zřízení CHPM probíhá na základě dohody s příslušným Úřadem práce, který poskytuje zaměstnavateli příspěvek na zřízení. Úřad práce uzavírá dohodu o zřízení CHPM také přímo s osobou se ZP v případě, že se rozhodne podnikat jako osoba samostatně výdělečně činná. CHPM je zřizováno na dobu tří let, poté je možné opětovné vymezení. Po celou dobu je nezbytné, aby CHPM bylo obsazeno osobou se ZP. Žádost o zřízení CHPM nebo žádost o vymezení CHPM obsahuje identifikační údaje zaměstnavatele, místo a předmět podnikání a cha-

rakteristiku chráněných pracovních míst a jejich počet. Příspěvek se poskytuje za podmínky, že zaměstnavatel doloží potvrzeními, která nejsou starší než 30 dnů, že nemá v evidenci daní u orgánů Finanční správy České republiky ani orgánů Celní správy České republiky evidován nedoplatek, s výjimkou nedoplatku, u kterého je povoleno posečkáání jeho úhrady nebo rozložení jeho úhrady na splátky a zaměstnavatel není v prodlení se splácením splátek. Příspěvek na zřízení CHPM pro osobu se ZP může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Zřizuje-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s Úřadem práce 10 a více CHPM může příspěvek na zřízení jednoho CHPM pro osobu se ZP činit maximálně desetinasobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením (TZP) maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy.

Chráněná pracovní dílna

Chráněná pracovní dílna (CHPD) označovala pracoviště zaměstnavatele, který zaměstnával osoby se ZP v průměrném ročním přepočteném počtu zaměstnanců nejméně 60 %. CHPD byla do 31. 12. 2011 vymezována prostřednictvím dohody mezi Úřadem práce a zaměstnavatelem, novela účinná od 1. ledna 2012 tento právní pojem zrušila.

Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (ZP)

Příspěvek na zřízení CHPM na potencionálně nutné úpravy pracovního prostředí v případě zaměstnání OZP se vztahuje tzv. příspěvek na zřízení chráněného pracovního místa (CHPM), dle § 75 zákona o zaměstnanosti, které může být zřízeno smlouvou s Úřadem práce.

Takové pracovní místo musí být obsazeno osobou se ZP nejméně po dobu tří let. Maximální výše tohoto příspěvku se stejně jako při výpočtu povinného podílu zaměstnaných osob se ZP odvíjí od průměrné mzdy v národním hospodářství a je stanovena na osminásobek této mzdy, resp. na dvanáctinásobek v případě zaměstnání osoby s těžším zdravotním postižením.

Zřizuje-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s Úřadem práce 10 a více CHPM může příspěvek na zřízení jednoho CHPM pro osobu se ZP činit maximálně desetinasobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek výše uvedené průměrné mzdy. V roce 2015 maximální výše tohoto příspěvku mohla činit 8 x 25 903 Kč, tedy 207 224 Kč, resp. 12 x 25 903 Kč, tedy 310 836 Kč v případě zaměstnání osoby s těžším zdravotním postižením.

Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se ZP na CHPM

Příspěvek na podporu zaměstnávání osob se ZP je poskytován fyzickým nebo právnickým osobám, které zaměstnávají více jak 50 % osob se ZP z celkového počtu všech zaměstnanců (dále jen „základní podmínka“). Do podílu 50 % zaměstnanců se ZP se každá osoba TZP (těžší zdravotní postižení) započítává třikrát.

Druhou podmínkou je, aby osoby se ZP byly zaměstnávány na vymezených CHPM na částečný či plný pracovní úvazek. V aktuálním znění zákona příspěvek hradí částečné náklady skutečně vynaložených finančních prostředků na mzdy, platy a další náklady. Příslušnou krajskou pobočkou Úřadu práce pro poskytování příspěvku je krajská pobočka Úřadu práce, v jejímž obvodu má sídlo zaměstnavatel, který je právnickou osobou, nebo v jejímž obvodu má bydliště zaměstnavatel, který je fyzickou osobou.

Výše příspěvku činí 75 % nákladů v maximální výši 8 000 Kč za měsíc, včetně pojistného na sociální zabezpečení a pojistného na veřejné zdravotní pojištění, které zaměstnavatel za sebe odvedl ze základu pojistného tohoto zaměstnance. Příspěvek je vyplácen zpětně za jednotlivá čtvrtletí. Zaměstnavatel si musí podat písemnou i elektronickou žádost na krajskou pobočku Úřadu práce nejpozději do konce kalendářního měsíce, který následuje po uplynutí příslušného kalendářního čtvrtletí. K žádosti je potřeba doložit:

- a) celkový průměrný přepočtený počet všech zaměstnanců, zaměstnanců, kteří jsou osobami se ZP, a zaměstnanců, kteří jsou osobami s těžším zdravotním postižením,
- b) jmenný seznam zaměstnanců, kteří jsou osobami se ZP, a zaměstnanců, kteří jsou osobami s těžším zdravotním postižením, s uvedením rodného čísla, data vzniku a skončení pracovního poměru, kódu zdravotní pojišťovny, vynaložených prostředků na mzdy nebo platy, včetně odvedeného pojistného na sociální zabezpečení a pojistného na veřejné zdravotní pojištění
- c) potvrzení o zdravotním postižení zaměstnanců vydané Okresní správou sociálního zabezpečení.

V případě, že o příspěvek zažádá více zaměstnavatelů, příspěvek pobírá pouze zaměstnavatel, u kterého vznikl pracovní poměr nejdříve. Příspěvek není poskytován v situaci, kdy

- a) úřad práce vyplácí na daného zaměstnance jiný příspěvek, který je vypočten na základě výše jeho mzdy,
- b) zaměstnanec se ZP pobírá starobní důchod nebo
- c) zaměstnanec nesouhlasí s kontrolou v místě výkonu jeho práce.

Zaměstnavatel, který na základě vymezených CHPM žádá o příspěvek na podporu zaměstnávání osob se ZP, má po uplynutí dvanácti kalendářních měsíců ode dne vymezení CHPM možnost společně s tímto příspěvkem požádat o příspěvek, který odpovídá prokázáním dalším nákladům spojených se zaměstnáváním osob se ZP. Maximální částka činí 2 000 Kč měsíčně za každého zaměstnance se ZP.

Příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů

Dalším příspěvkem je příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů spojených s provozováním chráněného pracovního místa, a to až do výše 48 000 Kč ročně. Prováděcí předpis Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) obsahuje charakteristiku chráněného místa a druhy provozních nákladů, které mohou být v rámci tohoto příspěvku proplaceny.

V žádosti se rozlišují jednotlivé druhy nákladů:

- a) příspěvek na zvýšené správní náklady spojené se zaměstnáváním osob se ZP je vyplácen ve výši 4 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství (v roce 2014 odpovídá částce 984,88 Kč);
- b) náklady spojené se zaměstnáváním osob, jejichž pracovní náplní je asistovat osobám se ZP při výkonu jejich práce;
- c) náklady na dopravu zaměstnanců. Jedná se o externí dopravu, úhradu pohonných hmot, mýtného, cestovních náhrad, zákonného a havarijního pojištění.
- d) náklady na pořízení počítačového programového vybavení, pomocných technologických zařízení, komunikačních a orientačních pomůcek;
- e) náklady na přestavbu provozovny, vyjma správních nákladů je nutné veškeré náklady doložit a konzultovat s Úřadem práce.

Příspěvek se poskytuje za podmínky, že zaměstnavatel doloží potvrzeními, která nejsou starší než 30 dnů, že nemá v evidenci daní u orgánů Finanční správy České republiky ani orgánů Celní správy České republiky evidován nedoplatek, s výjimkou nedoplatku, u kterého je povoleno posečkání jeho úhrady nebo rozložení jeho úhrady na splátky a zaměstnavatel není v prodlení se splácením splátek.

K žádosti o příspěvek na částečnou úhradu provozních nákladů CHPM je nutné přiložit doklad o zřízení účtu u peněžního ústavu a potvrzení o splnění podmínky. Pokud zaměstnavatel nedá souhlas k tomu, aby si údaje o splnění podmínky zjistil Úřad práce sám a pokud za tímto účelem nezprostí příslušný finanční nebo celní úřad mlčenlivosti vůči Úřadu práce. Úřad práce může požadovat předložení i jiných dokladů, pokud jsou potřebné k posouzení žádosti.

Sleva na dani z příjmu právnických a fyzických osob

Zaměstnavatelé osob se ZP mají nárok na slevu na dani z příjmu za zdaňovací období, ve kterém podávají daňové přiznání.

U zaměstnanců se stupněm zdravotního postižení OZP je daň snížena o 18 000 Kč za každého zaměstnance ročně.

U zaměstnanců se stupněm zdravotního postižení TZP je daň snížena o 60 000 Kč za každého zaměstnance.

Zaměstnavatelé splňující základní podmínku mají nárok na snížení daně z příjmu o polovinu daně. Částky za přepočtené zaměstnance jsou určovány s ohledem na velikost pracovních úvazků.

Veřejné zakázky

V případě, že zaměstnavatel plní základní podmínku, má zvýhodněnou pozici v rámci výběrového řízení u veřejných zakázek. Tuto skutečnost zaměstnavatel dokládá v zaslané nabídce potvrzením krajské pobočky Úřadu práce za čtyři předchozí kalendářní čtvrtletí před uveřejněním zadávacího řízení. Rozhodná cena pro hodnocení jednotlivých nabídek je u těchto dodavatelů nižší o 15 %. (Tato výhoda končí s nabytím platnosti nového Zákona o veřejných zakázkách na podzim 2016). Navíc má zadavatel veřejné zakázky má možnost ve výzvě o zahájení zadávacího řízení stanovit jako přípustné dodavatele zakázky pouze dodavatele splňující základní podmínku.

Směrnice č. 2014/24/EU o zadávání veřejných zakázek v článku 20 umožňuje následující: „Členské státy mohou vyhradit právo na účast v zadávacím řízení chráněným dílnám a hospodářským subjektům, jejichž hlavním cílem je sociální a profesní začlenění osob s postižením nebo osob znevýhodněných, nebo mohou vyhradit plnění veřejných zakázek v rámci programů chráněného zaměstnávání, pokud alespoň 30% zaměstnanců těchto dílen, hospodářských subjektů nebo programů jsou osoby s postižením nebo osoby znevýhodněné.“

Povinné zaměstnávání zdravotně postižených

(Milan Venclík)

Zaměstnavatelé, u kterých pracuje více než 25 pracovníků v pracovním poměru, mají ze zákona nařízeno zaměstnávat osoby se ZP. Povinný podíl osob se ZP na počtu všech zaměstnanců je 4 %. Počet zaměstnanců zaměstnavatel určuje jako průměrný roční přepočtený počet zaměstnanců. Do tohoto počtu zaměstnanců,

se započítávají všechny odpracované hodiny včetně hodin vykonaných pracovníky přesčas. Odpracované hodiny jsou navýšeny o neodpracované hodiny v důsledku čerpání dovolené na zotavenou, v důsledku pracovní neschopnosti, při které zaměstnanec pobírá nemocenské dávky, z důvodu překážek na straně zaměstnavatele a na straně zaměstnance za podmínek uvedených v zákoně. Dohody konané mimo pracovní poměr započítávány nejsou. Pracovníci definovaní jako OZP jsou započítáváni jednou, zatímco pracovníci definovaní jako TZP byli do povinného podílu započítáváni třikrát do konce roku 2011. Novela osoby TZP oproti OZP již nezávazuje. Výpočet je zaokrouhlen na dvě desetinná místa.

Povinnost zaměstnavatelé plní:

- a) zaměstnáním v pracovním poměru,
- b) odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se ZP, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se ZP, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek těmto osobám nebo
- c) odvodem do státního rozpočtu. Všechny tyto způsoby lze také vzájemně kombinovat.

V případě, že zaměstnavatel povinný podíl nesplní ani jednou z výše uvedených možností, může mu ÚP vyměřit pokutu až 1 000 000 Kč.

Povinný podíl splněním odběrem služeb či zboží ve výši 7násobku průměrné měsíční mzdy. Za rok 2015 byla průměrná měsíční mzda 25 903 Kč, ke splnění povinného podílu za jednoho nezaměstnaného OZP musela firma odebrat služby ve výši 181 321 Kč.

V rámci náhradního plnění může firma objednávat služby, které jsou nutné pro její bezproblémový chod. Jako na příklad bezpečnostní či úklidové služby. Místo zaměstnávání vlastních pracovníků úklidu či ostrahy tak můžete zaměstnat pracovníka firmy, která poskytuje své služby v rámci náhradního plnění. Odpadne tak nejen starost o nábor a zaučení pracovníků, ale firma obdrží již proškolené a vybavené profesionály.

Dále firmy mohou čerpat náhradní plnění například i v rámci:

- technického zabezpečení budov
- zabezpečení akcí
- recepčních a vrátných služeb

- správy nemovitostí
- energy managementu - Energy Management přináší nový pohled na práci s vlastní energií. Ukazuje techniky, kterými lze obnovovat fyzickou, emoční a mentální energii. Je klíčem k vysoké výkonnosti a zároveň ovlivňuje, jak se jedinec cítí v práci, zda je produktivní, inovativní (kreativní) a také to, jakou skutečnou hodnotu vytváří pro druhé i pro sebe. To vše je vyjádřeno jeho pocity spokojenosti. V okamžiku, kdy člověku práce, vztahy i koníčky dávají smysl, jsou zdrojem radosti a pocitu štěstí. Pokud si tyto okamžiky dokáže v daném čase (tzv. tady a teď) uvědomit a umí si je prožít, tehdy může mluvit o prožití naplněného života.
- údržby a úklidu zeleně
- administrativní činnosti
- reklamní činnosti

Poskytovatel náhradního plnění

Stát limituje poskytovatele náhradního plnění a to tak, že stanovuje limit, do kterého mohou poskytovat své služby. Za každého OZP zaměstnavatele je možné poskytovat služby ve 36 násobku průměrné měsíční mzdy. Limit pro rok 2015 činil 36 x 25 903 Kč za jednoho OZP zaměstnance, tedy 932 508 Kč. Proto je dobré začít náhradní plnění řešit s dostatečným časovým předstihem. Pro odběratele je administrativa velmi jednoduchá. Podle zákona musí nahlásit do 15. února následujícího roku na krajské pobočce Úřadu práce splnění povinného podílu. Při ohlášení firma potřebuje identifikační údaje zaměstnavatele, od kterého byly služby či výrobky čerpány, jejich cenu, datum odebrání a číslo dokladu.

Jestliže zaměstnavatel neplní povinný podíl zaměstnanců OZP a ani neodebírání výrobky a služby od výše uvedených dodavatelů, je povinen odvést do státního rozpočtu 2,5 násobek průměrné mzdy v národním hospodářství, a to za první až třetí čtvrtletí daného kalendářního roku za každou osobu se ZP, kterou by dle zákona měl zaměstnat. Odvod do státního rozpočtu poukazuje zaměstnavatel do 15. února následujícího roku do státního rozpočtu prostřednictvím Úřadu práce.

Pro rok 2015 byla zveřejněna průměrná mzda 25 903 Kč, tudíž by firma musela do státního rozpočtu odvést 2,5 x 25 903 Kč za jednoho OZP zaměstnance, tedy Kč 64 757,50,-.

II. Bližší specifikace problémů tělesně postižených

Tělesné postižení

(Andrea Slavíčková)

Tělesné postižení je jedním z typů zdravotního postižení. V české legislativě najdeme pojem zdravotní postižení například v zákoně 108/2006 Sb. o sociálních službách. Podle tohoto zákona rozumíme zdravotním postižením „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“

Zdravotní postižení má tedy jak právní, tak sociální a i psychologický rozměr. V Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením z roku 2006 v článku 1: „K osobám se zdravotním postižením patří ty, které mají dlouhodobě fyzické, mentální, duševní nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plné a efektivní účasti ve společnosti rovnocenně s ostatními.“

Vzhledem k zaměření brožury výhradně na osoby s tělesným postižením, je nutno definovat i tento pojem. V legislativě speciálně upraven není, můžeme tedy využít obecnější definici, která redukuje tělesné postižení na postižení pohybového ústrojí. Novosad (2011, s. 85) uvádí, že jde o „trvalý nebo dlouhodobý stav, jenž je charakteristický anatomickou, orgánovou nebo funkční poruchou, kterou již nelze veškerou léčebnou péčí zcela odstranit nebo alespoň významně zmírnit.“

Klasifikace tělesného postižení

Tělesné postižení můžeme rozdělit na dvě základní skupiny (Novosad, 2011):

- Chronické onemocnění (tedy dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav, často nevléčitelné)
- Lokomoční a pohybová postižení (omezení hybnosti až k její ztrátě)

Z naší zkušenosti se nejčastěji setkáváme například s různými typy obrn, což jsou postižení způsobené poškozením mozku nebo míchy. Obrna může být buď částečná (paréza) nebo úplná (plegie). Může se jednat o tzv. dětskou mozkovou obrnu nebo o obrnu infekční.

Mezi chronická onemocnění související s poškozením CNS, tedy postižení neurologická, řadíme také roztroušenou sklerózu. Toto autoimunitní onemocnění napadá především mladé dospělé mezi 20 až 40 lety. Projevuje se různými způsoby, které jsou individuální a mají mnoho podob. Často se vyskytují potíže s hybností

končetin, rovnováhou nebo se zrakem.

V poslední době se více hovoří o problematice prevence a léčby mozkové příhody, tedy tzv. iktu. Jedná se o krvácení do mozku, které s sebou při nedostatečně včasném rozpoznání a přepravě do nemocnice, může nést i masivnější poškození mozkových buněk. Často dochází k poruše hybnosti končetin až k jejich úplnému ochrnutí, a dalším trvalým následkům.

Samostatnou kapitolou jsou traumatické obrny, se kterými se v Lize vozíčkářů také u klientů setkáváme. Jedná se zejména o stavy po úrazech při sportu, po nehodách, úrazech v domácnosti. Důležité je, jaká oblast centrální nervové soustavy je zasažena, to indikuje následně různé potíže. (např. hybnost končetin)

Můžeme se také setkat s lidmi s kombinacemi různých typů postižení, například tělesného a mentálního, tělesného a zrakového atp., kteří potřebují ještě specifictější podporu a péči. Je také zřejmé, že čím je člověk starší, tím jsou projevy jeho postižení horší nebo hůře zvládnutelné a častěji se různé potíže kumulují.

Všechny druhy zdravotního postižení s sebou nesou určitá specifika. Lidé s tělesným postižením mají především pohybové potíže, mohou být více či méně závislí na používání různých druhů pomůcek, mají specifické nároky na úpravu prostředí doma i v exteriéru, mohou mít potíže v komunikaci, a v neposlední řadě se musí vyrovnávat s ne vždy rovnoprávným přístupem ze strany společnosti i svého okolí.

O psychických aspektech tělesného postižení více v následující kapitole.

Psychologické aspekty tělesného postižení

(Eva Chladová)

Každé tělesné postižení ovlivňuje a omezuje člověka nejen po stránce fyzické, ale i sociální a psychické. Budeme-li uvažovat o psychologických aspektech tělesného postižení, je nutné si uvědomit jejich obrovskou variabilitu. Identifikujeme zde prakticky tři velké proměnné. První z nich je samotná osobnost člověka, převažující charakterové vlastnosti, motivace a její podoby, schopnost vyrovnat se se zátěží, sebepojetí a sebevědomí a další složky osobnosti. Druhou proměnnou je sociální prostředí člověka, ve smyslu integrovaného sociálního systému tvořeného lidmi, jejich vztahy a společnými aktivitami. Právě způsob, jakým lidé zejména z nejbližšího okolí reagují na tělesné postižení, jakým způsobem se k tomuto jedinci chovají a také poskytnutá míra a způsob jejich podpory, výrazným způsobem formují sebepojetí handicapovaného člověka a možnosti jeho seberealizace. Poslední proměnnou představuje samotné tělesné postižení, místo postižení, jeho míra a doba vzniku. Řada výzkumů ovšem ukazuje, že podstatnější než závažnost postižení je způsob, jakým jedinec své postižení prožívá a jaké nachází řešení své situace.

Doba vzniku postižení je kritériem klasifikace na tělesné postižení vrozené a získané. Psychologické dopady u postižení vrozeného a získaného vykazují výrazné odlišnosti, proto se v následujícím textu zaměříme na tyto dvě oblasti.

Vrozené tělesné postižení

Vrozené tělesné postižení vzniká v průběhu těhotenství nebo při porodu. Podle Vágnerové (2008) více ovlivňuje vývoj dítěte, které v důsledku postižení nemůže získat určité zkušenosti a dovednosti. Na druhou stranu není subjektivně tolik traumatizující, neboť jedinec je na svůj handicap postupně adaptován od narození. Omezení hybnosti více či méně ovlivňuje vývoj kognitivních funkcí, které mohou být zasaženy nejrůznějším způsobem a v různém rozsahu. Ze základních duševních procesů to je zejména pozornost a vnímání (bezprostřední odrážení reality), paměť, názorné a verbální myšlení, z komplexnějších funkcí duševního dění učení (metodické osvojování systému vědomostí a dovedností), sebepoznávání a na nejvyšší úrovni je to vzdělanost (propojení poznatků a zkušeností do jednotného „obrazu světa“). (Čačka, O. 2001).

V raném dětství a předškolním věku dochází v důsledku tělesného postižení nejčastěji ke strádání v oblasti podnětové nebo citové, kdy dítě není přiměřeně stimulováno nebo nemusí být, kvůli svému postižení, citově akceptováno (Vágnerová, 2008). Často nedochází k uspokojení potřeby bezpečí a jistoty, což souvisí i s omezenou možností tělesného kontaktu (např. nemožnost dítě k sobě plně přivinout nebo obejmout dítě s deformacemi končetin apod.). V období nástupu do školy již většinou dochází ke stabilizaci pohybové vady (Svoboda, 2001). S příchodem do školního kolektivu, s potřebou vyhovět požadavkům školy nabývají na důležitosti sociální dovednosti. „Z výsledků různých výzkumů vyplývá, že postižené děti mívají v socializačním vývoji problémy, někdy ještě větší než v oblasti rozvoje kognitivních schopností.“ (Sporáková a Tomčániová, In Vágnerová, 2008, s. 175). Nepřijetí vrstevníků a nedostatečná podpora ze strany rodiny má za následek snížené sebehodnocení, následně demotivaci až pasivitu. V období dospívání tvoří významnou složku identity vlastní zevnějšek a jeho atraktivita a identifikace s vrstevníky. V případě negativního přijímání dochází k problémům v oblasti integrace osobnosti. Existuje také vazba mezi pohybem a vnímáním a myšlením, proto se u lidí s vrozeným tělesným postižením může objevovat jiné vnímání reality než u zdravých jedinců.

Získané tělesné postižení

Získané tělesné postižení na jednu stranu méně zasahuje do vývoje funkcí osobnosti, které se až do doby vzniku postižení mohly vyvíjet normálně, na straně druhé postižení vzniklé později v průběhu života představuje emočně velmi náročnou

situaci. Výhodu mohou pro člověka se získaným tělesným postižením představovat dříve osvojené a zachované dovednosti a zkušenosti.

Vedle osobnosti člověka a reakce jeho sociálního prostředí se na zvládnutí situace výrazně podílí to, v jakém vývojovém stádiu života k postižení dochází. Vždy se ale změní prakticky veškerý jedincův dosavadní život a to, v případě úrazů, náhle a nečekaně. Mění se jedincovi schopnosti a dovednosti, možnosti pracovního uplatnění, jeho plány a očekávání, mění se dosavadní vztahy s rodinou, vrstevníky, přáteli, partnery (Vágnerová, 2008). Často dochází ke ztrátě existenčního zajištění. Ke změnám dochází v oblasti kognitivních funkcí, zejména při úrazech hlavy a mozku a představuje velmi rozsáhlé spektrum poruch. Mění se tedy celková kvalita jedincova života a ten na ni musí reagovat vymezením nové identity.

Vznik postižení provázejí výrazné negativní emoce, jako úzkost, strach, suicidální myšlenky, deprese. Ojedinelé nejsou ani projevy hněvu, zloby, nenávisti. Tyto negativní pocity se mohou protahovat a přejít do chronického stádia či vést k sociální izolaci. Jedinci se získaným tělesným postižením jsou obvykle nuceni přehodnotit celý svůj dosavadní život, mění se u nich žebříček hodnot, potřeby, je nutné vytvořit nové, adekvátní podmínky k plnohodnotnému životu. „Člověk se získaným postižením musí najít nový smysl svého života, nový cíl svého směřování, s tím souvisí změna jeho životních hodnot i jeho sebepojetí.“ (Vágnerová, 2008, s. 181).

Ať se jedná o osoby s postižením vrozeným nebo získaným, vidíme, že výrazný vliv na zvládnutí života s tělesným postižením má způsob přijetí druhými lidmi. Jejich postoje formují sebepojetí a sebevědomí těchto osob, což se následně odráží na integritě osobnosti postiženého člověka a jeho vůli k seberealizaci. A zde je obrovská příležitost pro nás pro všechny, měnit a změnit postoje k osobám s tělesným postižením v našem okolí, v naší škole, na našem pracovišti.

Vzdělávání osob se zdravotním postižením

(Andrea Slavičková)

V dnešní moderní a rychlé době plné informačních technologií nabývá na síle koncept celoživotního vzdělávání a učení. Často nám v práci ani v soukromém životě nestačí to, co jsme se naučili ve škole v rámci počátečního vzdělávání. Člověk je, dá se říci, nucen učit se po celý život, aby mohl plnohodnotně plnit své veškeré sociální role (Rabušicová, Rabušic, 2008). Koncept s určitým respektem k individuálním specifikám je podle mého názoru platný i pro osoby s postižením.

V současné době česká školská legislativa i legislativa Evropské Unie reaguje na specifické vzdělávací potřeby lidí s postižením a zahrnuje je do svých strategických vzdělávacích dokumentů. Za všechny jmenujme Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České republiky na období 2011 – 2015 nebo již výše zmíněnou Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (dále jen

Úmluva), kterou v roce 2006 schválilo Valné shromáždění OSN. V roce 2009 byla ratifikována v České republice. Článek 24 této úmluvy se věnuje přímo vzdělávání osob s postižením. Státy, které ji ratifikují, oficiálně uznávají právo osob s postižením na vzdělání a zavazují se k tomu, že zajistí začleňující vzdělávací systém na všech úrovních a celoživotní vzdělávání zaměřené mimo jiné na plný rozvoj lidského potenciálu. Státy se dále zavazují k zajištění rovného přístupu občanů s postižením ke vzdělání, vzdělání kvalitní, a individuální podporu a pomoc při vzdělávání dle potřeb jedince. V bodě 5 Úmluvy je poté zdůrazněno, že „státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zajistí, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost přístupu k obecnému terciárnímu vzdělávání, odborné přípravě na výkon povolání, vzdělávání dospělých a celoživotnímu vzdělávání bez diskriminace a na rovnoprávném základě s ostatními“.

Důležitý je individuální přístup a mapování možností a specifických potřeb každého studenta a dojít ke shodě mezi ním a vzdělávacím zařízením. Tato problematika souvisí i s architektonickými bariérami, tedy přístupností školských budov (o tématu bariér více v následující kapitole).

Kompenzace tělesného postižení

(Hana Svobodová)

K překonání potíží, které s sebou tělesné postižení nese, mohou lidé s hendikepem využít podporu v mnoha oblastech. Jednou z nich jsou sociální služby, kterých v JMK najdeme širokou škálu, a druhou možností je využívání různých typů kompenzačních pomůcek a využití bezbariérových úprav v domácnosti.

Sociální služby:

Služby pro osoby s tělesným (kombinovaným) postižením

V životě lidí se odehrávají různé životní situace, jednou z nich může být úraz, nemoc či postižení v rodině, jestliže se v této situaci nacházíte, nemusíte ji řešit sami, můžete se obrátit na odbornou pomoc. V následující kapitole se dozvíte o sociálních službách, které pomáhají lidem s tělesným postižením či jejich blízkým, jedná se o stručné představení služeb, co je jejich náplní, zda jsou placené a mnoho dalších.

Rozdělení služeb podle typu oblastí:

- Sociální poradenství
- Služby sociální péče

- Služby sociální prevence

Sociální poradenství

V rámci sociálních služeb by všichni sociální pracovníci měli umět poskytnout základní sociální poradenství klientům v následujících oblastech:

- jak řešit svoji nepříznivou situaci prostřednictvím sociálních služeb,
- informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče,
- informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů,
- informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu.

Odborné sociální poradenství

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob, např. v poradnách pro osoby se zdravotním postižením, a zajišťují poradenství v rozsahu těchto úkonů:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (zprostředkování na vazujících služeb),
- poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání,
- pomoc při vyřizování běžných záležitostí a při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

Poradenské služby jsou poskytovány bezplatně.

Příkladem odborného poradenství pro OZP je Poradna Ligy vozíčkářů, která je zaměřená na následující oblasti: invalidní důchody, příspěvky a výhody pro OZP, příspěvek na péči, možnosti péče, financování kompenzačních pomůcek, pracovní uplatnění, vzdělávání, průkazy pro OZP a intimní poradenství. Jednou z možností, jak se na tuto poradnu můžete obrátit je bezplatná linka: 800 100 250.

Služby sociální péče pro osoby s tělesným postižením

Služby péče můžeme dále rozdělit na služby ambulantní, terénní a pobytové.

Terénní služby

Terénní služby jsou poskytovány v domácím prostředí, na pracovišti, ve školách, úřadech aj., provoz je 24 hod. denně. Hlavní náplní těchto služeb je pomoc při úkonech péče o vlastní osobu (oblékání, pomoc s jídlem, přesuny aj.), pomoc při hygieně, pomoc při zajištění stravy, doprovázení, aktivizační činnosti aj. Jedná se převážně o služby: Osobní asistence, Pečovatelské služby, Podpory samostatného bydlení a Odlehčovacích služeb.

Pečovatelská a odlehčovací služba může být poskytována také ambulantně. Cílem Odlehčovacích služeb je umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek. Všechny výše uvedené služby jsou placené. Max. cena za službu by neměla přesáhnout 120,- Kč/hod.

Příkladem terénní služby péče je Osobní asistence Ligy vozíčkářů, která pomáhá osobám se zdravotním postižením s činnostmi, které sami nezvládnou (s hygienou, s oblékáním, doprovodem, s péčí o domácnost atd.). Díky této službě mohou tito lidé pracovat, studovat a žít nezávisle každý den.

Služba je poskytována osobám od 7 do 60 let v Brně, Adamově a Slavkově u Brna.

Více na: <http://www.ligavozic.cz/asistence>

Ambulantní služby

Ambulantní služby jsou poskytovány v dané organizaci a provozní doba je ve všední dny. Náplní těchto služeb je: pomoc při osobní hygieně nebo zajištění podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc se zajištěním stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Ambulantní služby jsou: Centra denních služeb, Denní stacionáře, Pečovatelská služba, Odlehčovací služby.

Služby jsou placené a max. cena za službu by neměla přesáhnout 120 Kč/hod. V případě, že služba poskytuje klientům stravu, její cena by neměla přesáhnout 160 Kč/den za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel a cena oběda by neměla přesáhnout 75 Kč.

Příkladem ambulantní služby péče je Centrum denních služeb (CDS) Ligy vozíčkářů. Provozní doba CDS je každý všední den od 8.00 do 13.30 hod., služba je poskytována osobám ve věku 16–64 let. Cílem služby je, aby klient měl zajištěnou kvalitní péči dle jeho potřeb, obnovil a rozvinul svoji samostatnost potřebnou pro běžný život, aby se znovu zapojil do společenského života, uměl aktivně trávit volný čas.

Více o službě na: <http://www.ligavozic.cz/cds>

Pobytové služby

Pobytové služby zajišťují týdenní nebo celoroční ubytování a jejich další náplní je: úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla, žehlení, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů o vlastní osobu (oblékání, přesuny, polohování, pomoc při orientaci a pohybu aj.) pomoc při osobní hygieně, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, volnočasové aktivity, pomoc při uplatnění práv a socioterapeutické činnosti.

Pobytové služby pro osoby s tělesným postižením: Týdenní stacionáře, Domovy pro osoby se zdravotním postižením, Chráněné bydlení. Max. výše úhrady za ubytování včetně provozních služeb je 200 Kč/den, 160 Kč za celodenní stravu (max. 75 Kč za oběd). 120 Kč/hod. péče v Chráněném bydlení.

Služby sociální prevence pro osoby s tělesným postižením

Tyto služby jsou bezplatné a mají ambulantní nebo terénní formu.

Raná péče

Raná péče je poskytována dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Základní činnosti při poskytování rané péče se zajišťují v rozsahu těchto úkonů: zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte, specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám, upevňování a nácvik dovedností, kompetencí rodičů nebo jiných pečujících osob, vzdělávání rodičů, půjčování literatury, nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte, instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte v oblasti kognitivní, senzoricke, motorické a sociální, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a při začleňování osob, podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů, psychosociální podpora formou naslouchání, podpora vý-

měny zkušeností, pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny, pomoc při komunikaci, podpora svépomocných aktivit rodičů, doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte.

Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením

Služba zajišťuje následující úkony: zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity, socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Sociálně terapeutické dílny – pouze ambulantní služba

Sociálně terapeutické dílny jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie.

Základní činnosti v sociálně terapeutických dílnách jsou: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování (nácvik oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek, nácvik přesunu na vozík a z vozíku), podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností (nácvik a upevňování motorických, psychických, sociálních a pracovních schopností a dovedností), pomoc při obnovení nebo upevnění, zprostředkování kontaktu s přirozeným sociálním prostředím.

Maximální výše úhrady za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel by neměla přesáhnout 160 Kč denně, z toho cena oběda je max. 75 Kč.

Sociální rehabilitace

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností.

Služba obsahuje tyto základní činnosti: nácvik dovedností: pro zvládání péče o vlastní osobu, obsluhy běžných zařízení a spotřebičů, péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování, péče o děti nebo další členy domácnosti, samostatného pohybu včetně orienta-

ce ve vnitřním i venkovním prostoru, dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, schopnosti využívat dopravní prostředky, chování v různých společenských situacích, běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, informační servis a zprostředkovávání služeb.

Příkladem služby sociální prevence je Sociální rehabilitace Ligy vozíčkářů, která poskytuje ambulantní a terénní formu služby v Brně, JMK a kraji Vysočina. Podporuje klienty v oblastech samostatnosti (domácnost, jednání na úřadech, doprava, volný čas aj.) a hledání práce (vyhledávání pracovních nabídek, nácvik dovedností potřebných pro získání práce).

Více o službě na: <http://www.ligavozic.cz/sluzby/sor>

Kompenzační pomůcky a bezbariérová doprava

(Blanka Pezlarová)

Osobám se zdravotním postižením je možné kompenzovat jejich zdravotní stav či ulehčit péči pomocí mnoha způsobů. Mimo využívání sociálních služeb stále více organizací nabízí i další, doplňkové služby. Tyto služby mohou nejen ulehčit životní situaci hendikepovaným osobám, ale také výrazně jejich život zkvalitnit. Některé z těchto služeb mohou využít také osoby, které se ve znevýhodněné situaci ocitly dočasně, následkem úrazu či operace.

Půjčovny kompenzačních pomůcek

Osoby se zdravotním postižením využívají kompenzační pomůcky k usnadnění jejich života, či usnadnění péče. V případě nutnosti krátkodobé výpůjčky pomůcky, například z důvodu opravy stávající pomůcky, je možné využít služeb půjčoven kompenzačních pomůcek. Tyto služby mohou využít také občané, kteří se krátkodobě ocitnou v situaci, která vyžaduje kompenzaci jejich zdravotního stavu. V Jihomoravském kraji existuje několik půjčoven kompenzačních pomůcek. Tyto půjčovny bývají součástí zapsaných spolků, zapsaných ústavů, hospiců, charitativní organizací a dalších organizací neziskového sektoru. Půjčovné je ve většině případů nastaveno tak, aby i při dlouhodobější výpůjčce nezatěžovalo rozpočet zdravotně znevýhodněné osoby nebo rodiny, tedy v řádech korun, či desetikorun za den. Pomůcky obecnějšího charakteru jako jsou mechanické vozíky, francouzské hole a chodítka lze zapůjčit ve většině organizacích, které provozují půjčovnu pomů-

cek. Podle specifické činnosti organizace pak lze zapůjčit i pomůcky, které nejsou zcela běžné, jako například motomechy, infuzní dávkovače, sluchadla a další. Seznam půjčoven kompenzačních pomůcek lze nalézt na infoportálu Ligy vozíčkářů. (www.ligavozic.cz)

Asistenční psi

Asistenční pes je zvláštní kompenzační pomůckou. Jako kompenzační pomůcku hrazenou ze zdravotního pojištění je však chápán pouze pes vodící pro nevidomé. Pes jako asistent se ale velice osvědčil i v případech dalších skupin hendikepovaných osob. Cena výcviku asistenčního psa je kolem 200 000 Kč. Nejčastějším plemenem pro výcvik jsou psi plemena retrívr.

Liga vozíčkářů má bohaté zkušenosti s výcvikem psů a nabízí výcvik asistenčních psů pro tělesná postižení, pro záchvatová onemocnění, signální psy a terapeutické psy. Pokud je vhodný pejsek z domácnosti klienta, lze jej vycvičit také. Liga vozíčkářů financuje výcvik asistenčních psů pomocí grantů, sponzorů a dalších forem financování. Ing. Ivan Benda, který je garantem a cvičitelem asistenčních psů, popisuje důvody proč si zvolit pro výcvik asistenčního psa právě Ligu vozíčkářů: dojíždíme za zájemci o asistenčního psa do jeho bydliště k osobnímu setkání, psi před zařazením do výcviku procházejí přísnými zdravotními a povahovými testy, pak jsou cvičeni na míru každému klientovi, psi jsou cvičeni v přirozeném prostředí rodin trenérů. V průběhu výcviku nejsou ubytováni v kotcích, zkušební komisaři posuzující zkoušky jsou specialisté na výcvik asistenčních psů se zkušenostmi v oblasti práce s osobami se zdravotním postižením.

Bezbariérová doprava

Bezbariérová doprava je důležitým pomocníkem pro osoby s tělesným hendikepem. I přes neustále se zvyšující počet bezbariérových dopravních prostředků v rámci Jihomoravského kraje, stále existují situace, kdy není možné využít veřejnou dopravu. Ve speciálně upravených automobilech s nájezdovou plošinou je možné převážet osoby na elektrickém i mechanickém vozíku. Liga vozíčkářů nabízí bezbariérovou dopravu již několik let. Společně s dopravou je možné využít pomoci řidiče, který je zároveň i asistentem. Liga vozíčkářů vyšla vstříc zájemcům o dopravu z řad rodinných příslušníků klientů a nabízí tuto službu i mimo obvyklou pracovní dobu, ve večerních hodinách či o víkendech. Je tak možné přepravit osoby na vozíku z různých organizací na víkendový oběd k rodině a zpět. Tato služba vyžaduje spoluúčast klientů, nicméně díky dotacím se daří udržovat cenu za tuto službu velice nízko. V některých případech lze využít také poukaz na přepravu, který proplácí zdravotní pojišťovny a klient jízdou nehradí.

Na informačním portálu Ligy vozíčkářů je možno nalézt bližší informace o dostupnosti doplňkových služeb, zde zmiňovaných, v rámci Jihomoravského kraje i celé České republiky. (www.ligavozic.cz)

Překonávání bariér

Dobré je si na začátek říci, co jsou to vlastně ty bariéry? Jsou to překážky a potíže, se kterými se lidé s hendikepem setkávají takřka každý den. Často se jedná o překážky, které si zdraví lidé vůbec neuvědomují. Největší přehled o těchto bariérách mají bohužel právě sami lidé s hendikepem, kteří je musí každodenně překovávat.

Bariéry mohou být různého původu, jak sociální, fyzické, psychické, přístupnost budov či prostoru, tak i samotné předsudky zdravých lidí vůči lidem s postižením.

Koho se to týká

Pro ujasnění je dobré si říct, že odstraňování bariér je důležité pro docela obsáhlou skupinu lidí – tzv. „skupina lidí s omezenou schopností pohybu a orientace“. Které osoby vlastně do této skupiny spadají:

- osoby s pohybovým postižením,
- osoby se zrakovým postižením,
- osoby se sluchovým postižením,
- osoby s mentálním postižením,
- osoby pokročilého věku,
- těhotné ženy,
- osoby doprovázející dítě v kočárku,
- dítě do tří let věku.

Je potřeba si uvědomit, že tato skupina lidí s omezenou schopností pohybu a orientace není úplně malá. Orientačně jen v ČR se jedná o cca 1,2 milionu obyvatel spadající do této skupiny a v celé Evropě se jede přibližně o 10 % celkové populace.

Pomůcky usnadňující pohyb

Pro samostatný pohyb lidí s pohybovým hendikepem využívají nejrůznějších pomůcek, jako je například: elektrický vozík, mechanický vozík, francouzské hole, atd. Tyto pomůcky jim usnadňují pohyb, nebo jsou takřka jedinou možností, jak mohou tito lidé být mobilní v prostorách domova i mimo něj.

Před samotným návrhem bezbariérového prostoru si musíme uvědomit, že člověk na vozíku má mnohem větší nároky na prostor než člověk, který je zdravý. Když si ujasníme, kolik místa osoba na vozíku potřebuje pro manipulaci s ním, i jak je samotný vozík široký, zjistíme požadavky na minimální plochy a dispoziční uspořá-

dání místností. Zcela samostatné bydlení bez jakékoli asistence, řízení automobilu a další standardy normálního života, si může dovolit jen málokterý hendikepovaný. Hodně záleží i na finančních prostředcích, ale jde především o to, jak velkým hendikepem jsou tito lidé postiženi a také záleží na jejich fyzické a psychické zdatnosti a odhodlání.

Bariéry v našem okolí

S bariérami se ve svém životě potýká každý, pro vozičkáře/člověka s pohybovým hendikepem však některé z nich mohou být téměř neřešitelnou překážkou. Přítom současná technika je na takové úrovni, kdy přístupnost může být uspokojivě vyřešena u většiny objektů. A hlavně – přístupnost není záležitostí jen lidí na vozíku, ale je důležitá i pro rodiče s kočárky, malé děti, zvětšující se skupinu seniorů a třeba i pro jinak zdravého člověka s vyvrtnutým kotníkem. Takže vlastně v určitém životním období pro každého z nás.

Bezbariérové prostředí musíme vytvářet co nejuniverzálněji, tedy tak, aby vyhovovalo co nejširšímu spektru osob s omezením pohybu či orientace.

Bariéry v domácnosti

Ocitnete-li se najednou v pozici osoby s omezením pohybu, postaví se vám do cesty velké množství bariér, které jste doposud nevnímali. Ať už v podobě schodů před domem, úzkého vchodu anebo pouze příliš vysokého prahu u dveří. Tyto bariéry budou nejvíce znatelné v prostoru vlastního bydlení. Kvůli jejich odstranění jsou pak prováděny stavební úpravy anebo pořizovány pomůcky či zařízení, s jejichž dopomocí některé překážky lze překonat.

Při návrhu vlastního bydlení je nutno vždy vycházet přímo z požadavků osoby, která bude daný prostor používat. Každý člověk s omezením pohybu má své specifické požadavky, a proto nelze vytvořit univerzální prostředí, které bude vyhovovat každému.

Při plánování bezbariérových úprav svého bytu či domu doporučujeme konzultovat úpravy s odborníkem na odstraňování bariér, protože se tak lépe sjednotí představy uživatele bytu s reálnými možnostmi stavebních úprav. Na odborníky se můžete obrátit v některém z konzultačních středisek či přímo na jednotlivce. Nezoufejte, když se vám nepodaří najít konzultanta v místě bydliště – mnohdy stačí konzultace „na dálku“, případně za vámi může přijet odborník domů.

V případě, že se rozhodnete pro vlastní návrh, může vám být při jeho tvorbě dobrým pomocníkem publikace vydaná Ligou vozičkářů s názvem Bydlení bez bariér. Tu si lze zdarma stáhnout na webových stránkách Informačního portálu www.ligavozic.cz/ip ze sekce Bariéry.

Problematika zaměstnání a práce u lidí se zdravotním postižením

(Tomáš Ergens)

I když česká legislativa nabízí a umožňuje již mnoho let různá opatření a postupy cílené na zlepšení postavení osob se zdravotním postižením (OZP) na trhu práce, stále se mezi OZP vyskytují lidé, kteří obtížně hledají pracovní uplatnění, ač pracovat chtějí, někdy i více let.

Finanční pobídky pro zaměstnavatele k vytváření nových pracovních příležitostí pro OZP a jejich adaptaci v pracovním prostředí, motivace (ač negativní) velkých firem zaměstnávat OZP nebo alespoň využívat pro nákup služeb a výrobků firmy zaměstnávající OZP, rekvalifikační kurzy hrazené Úřadem práce pro zvýšení kvalifikace OZP, ergodiagnostická vyšetření (vyšetření určující pracovní potenciál OZP) atd., to jsou nástroje, které by měly logicky situaci průběžně podporovat, a jistě ji v mnoha případech i podporují. Nicméně mezi klienty sociálních služeb i Úřadu práce se stále objevují OZP, které „propadávají sítím“ a práci nenacházejí.

Z opakovaného setkávání a diskutování pracovníků Úřadu práce, pracovníků sociálních služeb i zástupců zaměstnavatelů vyplývá, že ač existují systémové nástroje, jejich realizace je komplikovaná, a v důsledku toho např. firmy během čekání na nutné rozhodnutí úřadu ztrácí potenciální zakázky, na kterých by mohly pracovat OZP, mezi OZP hledajícími pracovní uplatnění není dostatek lidí připravených zapojit se do práce podle potřeb zaměstnavatelů, atd.

Zkušenost OZP s hledáním pracovního uplatnění

Mezi nejčastější bariéry, které brání části OZP získat zaměstnání, patří:

- zdravotní postižení, které omezuje pracovní činnosti i prostředí, kde se OZP může uplatnit (kombinace různých činností v jedné pracovní pozici, chlad, hluk atd.),
- odmítání ze strany zaměstnavatelů, zejm. těch, kteří nemají zkušenost se zaměstnáváním OZP,
- nedostatky u samotných OZP v oblasti sociálních a psychologických vlastností (sebehodnocení, zvládání vypjatých situací, povědomí o svém potenciálu atd.) nebo nevhodné kvalifikace,
- setrvávání v nezaměstnanosti namísto přijetí méně kvalitního zaměstnání, což způsobuje sociální izolaci a následně ostych ze sociálních kontaktů, zhoršení zdravotního stavu apod.,
- absence systematické (koordinované) podpory zaměřené na OZP z různých

směrů (roztříštěnost zdravotní, sociální a pracovní rehabilitace mezi různé resorty).

Na organizace poskytující sociální služby i služby zaměstnanosti se obracejí OZP, které i přes tyto bariéry touží po seberealizaci formou placené práce, jelikož práce je běžná součást života v dnešní společnosti a v případě, že práci OZP nemají, je jejich životní situace nepříznivá. Dochází k omezení sociálních kontaktů, nerozvíjení dovedností, snížení hodnocení nezaměstnaného ze strany okolí, atd. Sociální pracovníci, pracovní konzultanti apod. pracují nejčastěji v rámci služeb sociální rehabilitace a aktivizačních služeb podporují OZP, vzhledem k tomu, na jaké bariéry naráží:

- při rozhodování o vhodném zaměstnání (dle zájmů, vzdělání, dovedností, zdravotních omezení, možností dopravy apod.),
- při vyhledávání nabídek práce (nácvik vyhledávání vhodných nabídek práce a firem),
- při porozumění pracovní právním aspektům (pracovní smlouva, práva a povinnosti apod.),
- při oslovování zaměstnavatele (jak se prezentovat v telefonu, v životopise nebo osobně)
- při rozhodování o vhodném doplnění vzdělání,
- při prvních dnech v novém zaměstnání (při zaučování, zvládnání nové situace apod.).

Zkušenost pracovníků sociálních služeb

Jelikož v rukou sociálních pracovníků nejsou prostředky pro diagnostiku pracovního potenciálu (ergodiagnostika, psychologická diagnostika), rozvoj kvalifikace (rekvalifikační kurzy), podporu finanční stránky vytváření nových pracovních míst u zaměstnavatelů, je nutné a daří se postupně čím dál více spolupracovat s pracovníky úřadu práce při koordinaci podpory. Stejně tak je logické, že pro zlepšení situace se záměrně dostávají sociální pracovníci do kontaktu i se zaměstnavateli a motivují je k přijetí OZP, informují je o výhodách zaměstnání OZP, nabízí pracovní asistenci při zaškolování, aby potenciální zaměstnavatel neměl obavy a zvýšené náklady s přijetím OZP.

I díky tomu nacházejí OZP pracovní uplatnění v různých oblastech: administrativní (kopírování a třídění dokumentů, vyhledávání informací na internetu apod.), lehké manuální práce (kompletace obalů a tiskovin, balení výrobků, polepování výrobků apod.), pomocné účetní práce atd. Přičemž základním předpokladem úspěchu je ze zkušenosti ochota zaměstnavatele přizpůsobit náplň práce, prostředí nebo pro-

ces zaškolení individuální potřebě OZP, které se jinak obtížně hledá práce.

Pohled ze strany zaměstnavatelů

Stejně tak jako sociální pracovníci i OZP očekávají od zaměstnavatelů vstřícnost, je třeba, aby byly respektovány principy ekonomiky a efektivity, na kterých stojí fungující a zdravě prosperující firma. Je logické, že si majitelé a ředitelé firem kladou otázky a uvažují: „Proč bych měl zaměstnávat někoho s postižením, když potřebuji plnit výrobní plán a nasmlouvané zakázky? Lidé s postižením, kteří jsou méně výkonní a jsou častěji nemocní, mají získat podporu státu, když se nezávládnou zapojit plně do práce. Proto platím daně, odvody, a za to očekávám, že stát plní svoji povinnost. Mám problém najít vhodné pracovníky i mezi zdravými ...“. Není cesta tlačit na změnu postojů zaměstnavatelů, ale hledat společné cesty, jak pro vhodnou pracovní činnost najít vhodného pracovníka s postižením a podpořit jej v individuálních potřebách tak, aby překonal počáteční zátěž, zvládal nároky pozice a stal se tak perspektivním zaměstnancem.

Sport a volný čas lidí s tělesným postižením

(Zdeněk Škaroupka)

Prostor pro seberealizaci je nesmírně důležitý pro spokojený, naplněný život bez ohledu na zdravotní postižení. Velký důraz na sebeuplatnění a osobní rozvoj je kladen ve všech činnostech souvisejících se sociálními službami. Sociální pracovníci cíleně hledají činnosti, které osoby se zdravotním postižením zajímají, baví a staví na nich rozvojové aktivity.

Jenže volný čas je volný čas a jeho naplnění by mělo beze zbytku souviset se svobodnou vůlí a osobním rozhodnutím jedince. Je skvělé, že možností stále přibývá.

Velkým tématem jsou sportovní aktivity. V současnosti je možné se věnovat mnoha druhům sportů na různé úrovni. Od víkendové projíždky na handbiku až po profesionální kariéru třeba v basketbale vozíčkářů nebo po boje o stupně vítězů na Paralympijských hrách. Věnovat se sportu znamená mimo jiné cíleně a dlouhodobě pracovat na osobním rozvoji, ve většině sportů to znamená naučit se týmové spolupráci a poznat její sílu. Rozvoj fyzické kondice a dosažení značné míry sebeobsluhy. Může to znamenat také nalezení smyslu života, pracovního uplatnění a profesionální kariéru v globálním světě nebo alespoň Evropě.

Sportovci se sdružují ve sportovních klubech a svazech podle druhů sportu, ale také podle typu zdravotního postižení. Sportovce s dětskou mozkovou obrnou sdružuje federace Spastic handicap (www.spastic.cz), který nabízí zejména atletiku, boccii, curling, cyklistiku, lukostřelbu a stolní tenis. Sportovce s převážně

získaným tělesným postižením sdružuje Česká asociace tělesně handicapovaných sportovců (www.caths.cz), kde je nabídka nesrovnatelně širší, zmiňme alespoň atletiku, basketbal, florbal, sledge hokej, triatlon, plavání, lyžování, stolní tenis, golf, jachting, jezdeckví...

V Jihomoravském kraji působí poměrně velké množství sportovních klubů, ať už se zájemce obrátí kamkoliv, určitě bude informován a doprovázen po celou sportovní kariéru. Uvedme alespoň některé z nich. Sportovcům s dětskou mozkovou obrnou je třeba doporučit Sportovní klub Kociánka Brno (skkbrno.webgarden.cz), příznivcům atletiky, stolního tenisu a střelby se věnuje SK Moravia Brno (www.skmoravia.cz), basketbal vozíčkářů nabízí Hobit Brno (www.hobitbrno.cz), florbalisty podporují Bulldogs Brno

([/www.facebook.com/Bulldogs-Brno-Florbal-vozickaru-310060255671014/?hc_location=ufi](https://www.facebook.com/Bulldogs-Brno-Florbal-vozickaru-310060255671014/?hc_location=ufi))

Přesto, že sport je v České republice významným fenoménem nelze zapomínat na další volnočasové aktivity. Často otevírají obrovský prostor pro integraci do většinové společnosti. Ideálním prostředím, zejména pro děti a mládež je Středisko volného času Lužánky a všechny jeho pobočky. Lze zde najít úplně nebo alespoň částečně bezbariérové prostředí a tedy i širokou nabídku volnočasových aktivit od chovatelského až po hudební kroužek.

Pro milovníky divadla a hudební tvorby je k dispozici jeviště i hlediště Bezbariérového divadla Barka (www.divadlobarka.cz), které je ojedinělým prostorem pro integrované umělecké soubory. I tady je prostor pro rozvoj, seberealizaci a tvorbu v týmu.

Závěr

(Milan Venclík)

Tato publikace si klade za cíl uvést čtenáře, který má zájem o problematiku zdravotně postižených lidí do reality, se kterou se tito lidé musejí vypořádávat. Bylo snahou popsat maximální okruh témat, která se vážou k dané oblasti. Čtenář se seznámí se základními principy této problematiky.

V první části se publikace věnuje obecně problematice zdravotního postižení z hlediska definování a popisu tohoto stavu, legislativy světové, evropské i české včetně hlediska další společenské uplatitelnosti. Druhá část je věnována již konkrétní skupině postižených, a sice tělesně postiženým. Tuto část publikace zpracovali odborníci z Ligy vozíčkářů. Zde se věnují jednotlivým tématům, která jsou pro tuto cílovou skupinu nezbytně nutná, aby se stala integrovanou součástí společnosti.

Byla snaha částečně představit i rozsah legislativy, která dnes celosvětově ale i místně řeší tuto problematiku. Myslíme, že pro většinu čtenářů bude překvapením, kolik smluv a předpisů bylo celosvětově vytvořeno a ratifikováno. Česká republika se ke většině těchto dokumentů hlásí. Není tedy možno říci, že by byla tato oblast v sociální politice státu zanedbávána.

Na druhé straně je ale třeba konstatovat, že některé definice nejsou úplně světově kompatibilní a každá země se k této problematice staví dle svých ekonomických, sociálních a politických zvyklostí.

Z platné legislativy České republiky obecně a zvláště z legislativy, která přikazuje zaměstnavatelům zaměstnávat zdravotně postižené, plyne, že Česká republika má vytvořeny světově nadstandardní podmínky pro zaměstnávání a ochranu zdravotně postižených osob. Reálně si uvědomme, že výdaje veřejných rozpočtů musí být kryty příjmy, které vytvářejí podnikatelské subjekty v daném území odvádějící daně, což je ekonomická realita. Tyto podnikatelské subjekty v České republice musí přispívat i na tuto politiku. Pro podporu tohoto tvrzení si provedme následující výpočet, který se týká zákonné povinnosti zaměstnavatelů:

Každý zaměstnavatel, který zaměstnává více jak 25 lidí, musí splnit povinnost zaměstnávat minimálně 4 % zdravotně postižených. Pokud tuto povinnost neplní, musí:

- a) odvést do státního rozpočtu 2,5 násobek průměrné měsíční mzdy (k 1. 4. 2016 se jedná o 26 006 Kč);
- b) využít možnosti náhradního plnění;
- c) pokud zaměstnavatel povinný podíl nesplní ani jednou z výše uvedených možností, může mu Úřad práce vyměřit pokutu až 1 000 000 Kč.

Ad a) Odvod

Při neplnění povinného podílu je výše odvodu do státního rozpočtu stanovena § 81 odst. 2 písm. c) zákona o zaměstnanosti. To znamená, že za rok odvede nezaměstnávající zaměstnavatel do státního rozpočtu za jednoho pracovníka:

$$2,5 \times 27\,006 \text{ Kč} = 67\,515 \text{ Kč za jednu OZP}$$

Za každou nezaměstnanou osobu odvede podnikatelský subjekt 67 515 Kč do státního rozpočtu.

Ad b) Náhradní plnění

Pokud zaměstnavatel nezaměstnává zdravotně postižené, může toto kompenzovat splněním povinného odběru služeb či zboží ve výši 7 násobku průměrné měsíční mzdy. To znamená:

$$7 \times 27\,006 \text{ Kč} = 189\,042 \text{ Kč za jednu OZP}$$

Za každou nezaměstnanou osobu může podnikatelský subjekt nakoupit v rámci náhradního plnění služby anebo zboží ve výši 189 042 Kč.

Jaká je výhoda?

Úhradou daně poplatník nezíská žádnou hodnotu, pokud ale využije-li náhradní plnění, může nakoupit zboží, nebo služby, které opravdu potřebuje a využije.

Názorný příklad výpočtů pro rok 2016

Celkem zaměstnanců	Povinný podíl OZP	Odvod za chybějící OZP	Náhradní plnění za chybějící
25	1	67.515 Kč	189.042 Kč
50	2	135.030 Kč	378.084 Kč
100	4	270.060 Kč	756.168 Kč
500	20	1.350.330 Kč	3.780.840 Kč

Z výše uvedených výpočtů je zřejmé, že podnikatelské subjekty jsou legislativou nuceny aktivně se zapojovat do financování zdravotně postižených. Tento výpočet byl proveden z důvodu, že většina lidí o této skutečnosti neví a pokud ví, tak si neuvědomuje, o jak vysoké částky se u zaměstnavatelů vlastně jedná.

Z praktických zkušeností je ovšem nutné konstatovat, že většina lidí z této cílové skupiny má zájem pracovat a být společensky aktivní. Což znamená, že finanční zdroje vynakládané na společenské začlenění této skupiny lidí jsou velmi efektivně vynaložené prostředky. Je to fakt, který je třeba zdůraznit, protože se v praxi ukazuje, že velmi mnoho nezaměstnaných z jiných cílových skupin ve skutečnosti o zařazení do pracovního procesu zájem nemá.

Tato publikace si také kladla za cíl upozornit i na některé problémy v rámci vnímání zdravotního postižení obecně. Proto zde byly publikovány i základy jiného pohledu na zdravotní hendikepy. Jedná se o mnohem širší a celistvější pohled na funkčnost a disfunkčnost, který přináší „Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví“. Tento pohled prozatím v České republice není zažitý a mnohdy jej orgány státní správy ale i právníci a soudci nejsou schopni pochopit, a tím ani akceptovat.

Budeme potěšeni, pokud tato publikace vnese do této problematiky větší osvětu ale i témata k diskusi.

Literatura

1. Zákon o zaměstnanosti. Business center. [online]. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://business.center.cz/business/pravo/zakony/zamestnanost/cast3.aspx> Ladislav Kandler, Dis..
2. Výhody pro zaměstnavatele zaměstnávající osoby se zdravotním postižením. Portál POHODA. [online]. 2012-11-26 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://portal.pohoda.cz/pro-podnikatele/uz-podnikam/vyhody-pro-zamestnavatele-zamestnavajici-osoby-se/>
3. Na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením bylo v roce 2014 vyplaceno více než 4,1 mld. Kč. Státní správa. [online]. 2015-02-05 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: http://www.statnisprava.cz/rstsp/clanky.nsf/i/na_podporu_zamestnavani_osob_se_zdravotnim_postizenim_bylo_v_roce_2014_vyplaceno_vice_nez_4_1_mld_kc_15020512_70962081
4. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí. [online]. [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <https://portal.mpsv.cz/sz/zamest/zamestnaniosob>
5. MUDr. Kateřina Čihařová. Net ZP – Síť péče o osoby se zdravotním postižením. Evropský sociální fond v ČR. [online]. 2013-10-29 [cit. 2016-03-18]. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/projekty/net-zp-sit-pece-o-osoby-se-zdravotnim-postizenim>
6. Statistika a my, Měsíčník ČSU, vydání: 04/2014. Dostupné z <http://www.statistikaamy.cz/2014/04/v-cr-byl-zdravotne-postizeny-kazdy-desaty>
7. První české vydání překladu anglického vydání International Classification of Functioning, Disability and Health © World Health Organization 2001, Překladatelé: prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc., doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. Vydalo nakladatelství Grada Publishing, a.s., U Průhonu 22, Praha 7, jako svou 3305. publikaci. České vydání © Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
– za odborné spolupráce Ministerstva zdravotnictví ČR
– za odborné spolupráce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/9867/klasifikace_funkcnich_schopnosti_disability_zdravi.pdf
8. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Dostupné z: <http://eseznam.cz/index.php/legislativa/umluva-o-pravech-zp>
9. Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení - synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy Daniela Bruthansová Věra Jeřábková VÚPSV, v.v.i. Praha 2012, Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_345.pdf
10. Vláda České republiky. Dostupné z <http://www.vlada.cz/cz/ppov/vvzpo/uvod-vvzpo-17734/>
11. Sociologický časopis/Czech Sociological Review, 2006, Vol. 42, No. 1: 35–55
12. Hospodářské noviny, ČTK 17. 3. 2016. Dostupné z: <http://ihned.cz/c1-65211870-cesko-je-podle-indexu-stesti-27-nejstastnejsi-zemi-sveta-na-prvnim-miste-je-dansko>
13. Press Report. Dostupný z: <http://www.press-report.cz/clanek-886061-sarkozy-navrhujem-merit-ekonomiku-indexem-stedt>
14. Deník Referendum. Dostupné z: <http://denikreferendum.cz/clanek/7296-britska-vlada-chce-merit-blahobyt-indexem-stest>

Tělesné postižení:

15. Novosad, L. (2011). Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení. Praha: Portál.

Psychologické aspekty tělesného postižení:

16. ČAČKA, O. Nástin psychologie 1. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-85931-94-X
17. SVOBODA, Mojmír (ed.). Psychodiagnostika dětí a dospívajících. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-545-8.
18. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

Vzdělávání osob se zdravotním postižením:

19. RABUŠICOVÁ, M., RABUŠIC, L. (2008). Teoretický kontext a metodologická východiska. In RABUŠICOVÁ, M., RABUŠIC, L. (eds.). Učíme se po celý ži-

vot? O vzdělávání dospělých v České republice. Brno: Masarykova univerzita.

20. Dlouhodobý záměr vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy České Republiky na období 2011-2015. (2007). MŠMT. Dostupné z <http://www.msmt.cz/ministerstvo/dlouhodoby-zamer-vzdelavani-a-rozvoje-vzdelavaci-soustavy-cr>

21. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. (2006).
Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/10774/umluva_CJ_rev.pdf

Kompenzační pomůcky a bezbariérová doprava:

22. Informačního portál www.ligavozic.cz/ip ze sekce Bariéry



Jihomoravský kraj



Jihomoravský kraj

Žerotínovo nám. 3
601 82 Brno

Telefon: 54165 1111, Fax: 54165 1209
IČ: 70888337, DIČ: CZ70888337

