

Výsledky sociálního začleňování: vybrané nástroje pro sledování naplňování cílů podpory v sociálních službách a sociální začleňování pro lidi s potížemi v učení

David Kocman

Úvod

Tato přehledová studie přináší výběr z nástrojů, které v posledních letech vznikají jako pokusy o hodnocení služeb s ohledem na výsledky poskytované podpory a současně v rámci poslání, které je definované v termínech sociálního začleňování.

První část poskytne úvod do klíčových konceptů tohoto materiálu: (1) koncept sociálního začleňování a (2) zájem o míru naplňování cílů podpory v sociálních službách. Druhá část nabízí přehled vybraných nástrojů, které se používají pro sledování míry sociálního začleňování. Třetí část přináší ukázky těchto nástrojů v jejich původní podobě.

Sociální začleňování a hodnocení zaměřené na výsledky služeb

Sociální začleňování a transformace sociálních služeb

Stejně jako kvalita života uživatelů služeb patří sociální začleňování mezi koncepty, které jsou těsně propojené se snahami o zvyšování kvality sociálních služeb a deinstitucionalizace. Do této genealogické linie patří zejména princip normalizace, a později valorizace sociálních rolí, který se ze Skandinávie a Británie nejvíce rozrostl ve Spojených státech (Nirje 1969, Wolfensberger 1972). Jak shrnul princip normalizace Karl Grunewald, základní myšlenkou je, že lidé s postižením mají mít přístup k životním podmínkám a každodenním činnostem, které se shodují s těmi, praktikovanými jejich vrstevníky v běžné populaci (Grunewald 2003: 3). A k tomuto cíli mají být vytvářeny adekvátní služby (Nirje 1969, Tizard 1964). Jak připomněl John O'Brien, normalizace implikuje neustále se rozvíjející horizont možností a nově otevíraných překážek a výzev shrnutý v heslu „tolik, kolik to jen bude možné“ (O'Brien 1999). V průběhu 70. let Wolfensberger vyvinul systém evaluace naplňování normalizačního principu „PASS“, který ale začal být spatřován jako příliš normativní a omezující inovativní rozvoj služeb (Mesibov 1990).

Plné sociální začlenění je ale ve většině zemí i po téměř čtyřech desetiletích stále nenaplněným projektem (Crawford 2003). Ware et al (2007) zdůrazňují, že po letech probíhající deinstitucionalizace lidé s postižením sice bydlí v domech stejných, jako mají lidé v sousedství, ale stále se jim nedostává přiměřených aktivit mimo domov, nemají stejně rozvinuté sociální vztahy jako jejich okolí, mají nižší příjmy často na hranici chudoby, nemluvě o nízkém respektu a politickém zastoupení. Mnozí dospěli k závěru, že úspěch sociálního začleňování nespočívá pouze v transformaci služeb, ale že „sociální devaluace“ lidí s postižením má hlubší strukturální rozměry (O'Brien 1999). Do popředí se tím dostávají i nedostatky minulých konceptualizací sociálního začlenění, především jejich přílišné

zaměřením se na funkční aspekty života uživatelů, a na lokalitu a formu bydlení. Takto rámovaným zorným polem se dostaly mimo pozornost služeb klíčové oblasti jako je občanství, sociální oceňování a respekt, argumentují Ware et al (ibid).

Důležitou součástí uvažování o problému začleňování na rovině společnosti se stal tzv. *sociální model postižení* (Oliver 1996, Barnes 1998)¹. Jeho autor, Michael Oliver, podrobil kritice převládající koncept postižení jako „osobní tragédie“, který pevně ukotvuje postižení v osobě jednotlivce. Když myslíme na postižení, říká Oliver, myslíme úplně samo sebou na selhání konkrétního člověka. Jedinec je postižený, kvůli „svému postižení“. Sociální důsledky postižení, třeba nemožnost si zajít běžně nakoupit do obchodu, jsou přímým důsledkem tohoto „jejich postižení“. Problémy lidí s postižením jsou v pohledu „osobní tragédie“ zapříčiněné individuálními zdravotními problémy a organizace společnosti na ně nemá ustavující vliv, může se jen pokoušet pomoci lidem překonat nástrahy, které si sami na sebe (a tím i na společnost) přichystali. Problém postižení podle Olivera samo sebou existuje. Jen je potřeba jej chápat jinak než dosud. Postižení v sociálním modelu se netýká osobního selhání člověka; je výsledkem toho, jak je organizovaná společnost, v níž žijeme. Chybí příležitosti, protože chybí mnohá „rozhraní“, která každodenní činnosti umožňují. Intervence, které by vedly ke změně, jsou v tomto pohledu potřebné především směrem k „sociální organizaci postižení“.

Sociální začleňování a transformace sociálních služeb v ČR

V České republice se pojem sociální začleňování dostal do širšího povědomí v souvislosti se vstupem do EU. Definice sociálního začleňování EU se stala základem pro právní úpravu účelu sociálních služeb (§ 3, odst. e) zákona 108/2006 Sb.).

Transformace ústavních služeb se v ČR realizuje v napětí mezi transformací coby rozpuštěním ústavů, kterou artikuloval například Milan Cháb (Cháb 2004) a tzv. humanizací a modernizací stávajících ústavních zařízení. Mezi nejběžněji realizované formy změny patří přestěhování lidí s mírným stupněm postižení do chráněných bydlení (pobytových zařízení sociálních služeb s nižší kapacitou). Někdy probíhá transformace formou změny právní identity poskytovatele. Strategické vedení transformace služeb je vtělené do materiálů MPSV „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb“ (MPSV 2006), a „Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008-2010“ (MPSV 2008).

Ani sociální model postižení, který vidí problém v překážkách nastavených společností, ani občanský model (srov. Cháb 2004), který vidí problém ve fungování ústavní péče, nejsou v ČR zatím přijímány jako široké rámce transformace. Stále silnou pozici si udržuje zdravotní model postižení, který se v poskytování sociálních služeb projevuje např. v rozhodování o příspěvku na péči (pozice lékařského posouzení), nebo v roli zdravotnického personálu v systému služeb. Nejsilněji se zdravotní model projevuje v debatách o možnostech poskytování služeb pro lidi s komplexními potřebami v nejvyšších stupních závislosti, kde jakoby ani nebyl prostor pro sociální a mimoústavní služby.

¹ I když, jak kriticky připomínají Chappell et al 2001, sociální model postižení do svého teoretického rámce explicitně nezahrnul lidi s potížemi v učení. Až tito autoři se snaží o relevantní propojení zkušenosti lidí s potížemi v učení a sociálního modelu bariér a vyloučení.

Hodnocení služeb zaměřené na výsledky

Jedním z relativně nových posunů v hodnocení poskytování služeb je posun od sledování procesů poskytování služeb (přístup, na kterém stojí např. národní standardy kvality), k hodnocení zaměřenému na výsledky poskytovaných služeb. Jde o pokus vyhledat a sledovat jaké efekty má daná služba na chování, dovednosti, postoje, nebo celkovou situaci uživatelů. V mnoha zemích (např. v Británii) je stále více organizací především v neziskových sektorech nuceno předvést, jak a nakolik dosahují cílů a výsledků, které si stanoví.

Koncept „výsledků“ je členěný na tzv. individuální výsledky a výsledky služby. Pojem *individuální výsledky* odkazuje k dopadu služby na život jednotlivce. Jde o naplnění (nebo ne) cílů podpory, které jsou vázané na zjišťování přání a potřeb a rozpracované v individuálním plánu. Druhý typ výsledků jsou tzv. *výsledky služby*. Těmito výsledky se rozumí cíle, které si pro sebe stanoví služba sama. Příkladem takového výsledku může být, nakolik se službě podaří zapojit své uživatele do operačního řízení – jako členy dozorčí komise, jako členy panelu při náboru nových zaměstnanců, apod. Jiným příkladem může být stanovený cíl aktivního vyhledávání potencionálních uživatelů z málo zastoupených skupin (jako např. etnické minority).

Výběr z nástrojů používaných pro sledování míry sociálního začleňování

Omezení obsažené v našem přehledu je vázané především na geopolitické limity zájmu o sociální začleňování. Ne všechny sociální systémy vystupují aktivně právě v otázce sociálního začleňování. Dále je tu vepsaná existující dominance anglosaské oblasti. To zejména znamená, že inovativní nástroje a systémové učení a přebírání jako klíčové prvky inovace ve veřejné a sociální politice probíhá nejčastěji v zemích jako je USA, Velká Británie, Austrálie, Nový Zéland, Holandsko a skandinávské státy.

Výsledný soubor osmi nástrojů předkládá různorodý obrázek o uvažování a experimentování v této oblasti za posledních 30 let. Zahrnuje dnes klasický a metodologicky velmi náročných nástroj jakým je *PASS 3* a *PASSING* (Wolfensberger and Glenn 1975), stejně jako jednoduchý nástroj určený pro každodenní použití řadovými pracovníky jako je *Outcomes Star* (MacKeith et al 2008). Ke každému z nástrojů předkládáme základní charakteristiku a souhrn toho, co vidíme jako přínosy a omezení nástroje.

Outcomes Framework for Mental Health Services (National Social Inclusion Programme, 2009, www.socialinclusion.org.uk)

Rámec má pomáhat rozvíjet místní služby tím, že se zaměří na naplňování výstupů podpory a péče (*outcomes*) v oblasti sociálního začleňování. Jde o obecný rámec, který je určený k dalšímu přebírání a rozvoji oblastními zřizovateli, podle jejich vlastních potřeb. Rámec přímo pracuje s individuálním plánováním, na kterém je založené hodnocení. Podle autorů dochází k nejčastějšímu vyloučení uživatelů ve specifických oblastech života. Podle toho také Rámec definuje oblasti ‘individuálních výsledků’, ve kterých jsou služby sledované (viz Ukázka 1). Každá z oblastí má definované jen dva ‘výsledky’, které zase mají jenom několik indikátorů. Obecně řečeno, indikátory jsou vyjádřené jako počet lidí, pro které jsou jednotlivé indikátory relevantní – např. protože mají tu oblast uvedenou jako cíl v individuálním plánu podpory.

Výhody:

- nástroj je určený pro další adaptaci
- jednoduchý rámec pro sledování výsledků
- propojení s individuálním plánováním
- výsledky sledování jsou propojené s jednotlivými uživateli

Nevýhody:

- vyvinuto pro služby pro lidi s duševní nemocí, není nástroj dělaný pro služby pro lidi s potížemi s učením
- nemá zabudované celkové skóre a minimální normu
- vhodné pouze pro uživatele v produktivním věku, kde se normativně pracuje s konceptem pracovního zapojení

SIX: Objective Social Outcomes Index (Priebe et al 2008)

Stefan Priebe a kolektiv vyvinuli a testovali tento jednoduchý nástroj, který uděluje celkovou známku (index) individuální situaci uživatele služeb. Index sleduje tři základní domény: bydlení, práce a sociální život. V nich hodnotí situaci uživatele na kontinuu mezi plnou ústavní péčí a žádnou ústavní péčí (viz Ukázka 2). Výsledné skóre uděluje situaci klienta body od nuly do šesti, což je také maximální počet bodů, který lze získat (odtud název *SIX*). Výsledné skóre podle autorů není přímým měřením nějakého teoretického konceptu (jako např. začlenění). Jde o (pouhý) souhrnný index hodnocení situace klienta na několika indikátorech. Kombinuje různé aspekty měření a z hlediska psychometrie má význam pouze jako "celková reflexe sociálních výsledků" podpory pro daného člověka.

Výhody:

- pracuje pouze s tzv. objektivními indikátory a tak má lepší spolehlivost a snazší doložitelnost
- vnitřní jednoduchost
- obecný záběr na různé specializace služeb (není limitován na jeden druh služeb)
- vhodný nástroj pro vytváření rozsáhlejší databáze výsledků, která by pak umožnila benchmarking napříč službami

Nevýhody:

- z psychometrického hlediska jde 'pouze' o *ranking scale*, kde vzdálenost mezi jednotlivými hodnotami nemá význam
- vhodné pouze pro uživatele v produktivním věku, kde se normativně pracuje s konceptem pracovního zapojení
- podle autorů není vhodný pro krátkodobé studie

Quality Network: Checking Quality in Person-Centred Way (British Institute for Learning Disabilities (BILD), 1997-2009, www.bild.org.uk)

Quality Network je vyvíjena BILDem od roku 1997. Jde o systém hodnocení kvality služeb, který se datuje do doby před národními standardy a inspekci kvality. BILD sám zdůrazňuje, že nejde o inspekci, ale o přehledovou sondu (*review*). Vymezuje se tak jako svébytný nástroj. Sledování kvality se provádí specifickou metodikou. Vytvoří se hodnotící skupina, která zahrnuje zástupce všech zúčastněných skupin (zřizovatel, provozovatel, uživatelé, jejich rodiny, další organizace, které s hodnocenou službou spolupracují). Skupinu koordinuje vedoucí, kterým je nejčastěji někdo z vyššího vedení organizace. Každý člen skupiny obdrží manuál zpracovaný BILDem. Skupině je k dispozici

facilitátor z BILDu, který s hodnotícím procesem pomáhá. Skupina se sejde na společné školení. Po něm se jede do služby, kde se vedou rozhovory s uživateli (označované jako primární data – viz Ukázka 3). Každý člen skupiny sestaví zprávu a ty pak vedoucí skupiny spojí do celkového hodnocení a na ně navazujícího plánu změn. Na závěr se zpráva zveřejní na internetu (všechny zprávy jsou dostupné na stránkách BILDu). Principy, na nichž *Quality Network* stojí, jsou: sociální model (a) “disability”, (b) “nic o nás bez nás”, (c) jeden po druhém, kdy pozornost je pokaždé napnutá na jednoho uživatele a teprve pak poskládaná do celku služby, (d) celostní pohled, (e) naslouchání uživatelům, (f) učení se z hodnocení, (g) a důraz na to, aby se plánované změny opravdu děly. BILD definoval deset oblastí kvality života, na kterých se sledují výsledky péče: (1) dělám za sebe každodenní rozhodnutí, (2) dělám za sebe rozhodnutí o svém životě, (3) lidé kolem respektují, kdo jsem, (4) účastním se každodenních aktivit, (5) udržuji přátelství a další vztahy, (6) účastním se dění v komunitě, (7) mám možnost pracovat, (8) moje rodina má možnost vyjádřit svůj názor, (9) cítím se bezpečně (před šikanou a zneužíváním), (10) můžu rozvíjet své zdraví

Výhody:

- hotová a vyzkoušená metodika
- ‘kvalitativní’ rámec hodnocení zaměřeného na individuální (subjektivní) výpověď
- orientace na změnu a zlepšování služeb
- zahrnutí různých ‘účastníků’ služeb

Nevýhody:

- klíčová pozice BILDu a otázka autorských práv, otázka přenosu
- náročnost organizační a časová
- otázka nakolik se zdvojuje hodnocení již rutinně prováděné inspekcemi kvality služeb, nakolik jde o samostatný proces

***Inclusion Web* (National Development Team, Ipswich, 2007, www.ndt.org.uk)**

Peter Bates a NDT vytvořili jednoduchý nástroj, který má umožnit sledování sociálního začlenění jak přímo při hodnocení individuálních potřeb a při plánování s uživatelem, tak také nezávisle jako nástroj zpětné vazby pro celou službu. Nástroj se pilotně používal v několika organizacích v UK (Lancashire County Council, Gateshead Council, Imagine Mainstream v Liverpoolu, a Plymouth Mental Health Partnership – vše byli partneři projektu v roce 2005). Nástroj sleduje sociální začlenění na dvou škálách – lidé (osobní vztahy) a místa (instituce důležité pro jednotlivé uživatele), a dává celkové skóre pro obě škály. Obě škály běží napříč osmi doménami: Služby, Zaměstnání, Vzdělání, Dobrovolnictví, Umění/Kultura, Víra/Smysluplnost, Rodina/Sousedství, Fyzická aktivita (viz Ukázka 4). Manuál k nástroji byl vydán v roce 2007 (Bates 2007, viz též Hackin and Bates 2008).

Výhody:

- jednoduchý nástroj užívaný přímo poskytovateli při hodnocení potřeb a plánování, který poskytne okamžitý náhled na posuny v aktuálně poskytované podpoře

Nevýhody:

- nástroj se zdá vhodnější pro užívání v přímé práci s uživateli než pro měření a hodnocení služeb

Outcomes Star (London Housing Foundation and Triangle Consulting, Burns et al. 2006, MacKeith et al. 2008)

„Outcomes Star“ je nástroj původně vyvinutý pro služby pro lidi bez přístřeší a později testovaný ve službách pro lidi s duševní nemocí. Nástroj sleduje míru změny v životě uživatelů. Jako takový se používá jako součást individuálního plánování – ve fázi revidování stávajícího plánu. Nástroj sleduje posuny v deseti oblastech života (viz Ukázka 5), kde nabízí hodnotící škálu od nuly do deseti. Při hodnocení se vyplňuje ten samý nástroj jinou barvou a tím se vizualizuje posun v životě uživatele.

Výhody:

- jednoduchý nástroj, který lze použít při přímé práci s uživatelem

Nevýhody:

- jako u jiných podobných nástrojů je problematické propojení mezi změnami v životě uživatele a hodnocením služby

Programme Analysis of Service Systems, 3rd edition, PASS 3 (Toronto, National Institute on Mental Retardation, Wolfensberger and Glenn 1975)

PASS 3 a pozdější verze PASSING připravil jako evaluační programy pro deinstitucionalizující se služby jeden z „otců“ hnutí normalizace (a později valorizace sociálních rolí) W. Wolfensberger. Program hodnotí míru naplňování principu normalizace. Jako takový je program přísně normativní. Obsahuje 50 nezávislých škál s definovanými hodnotami a skóry, které jsou „vážené“ při sčítání škál podle míry důležitosti jednotlivých témat. Prvních 34 škál hodnotí dodržování principu normalizace v oblastech jako je kvalita prostředí, místa, přístup ke zdrojům v komunitě, osobní vzhled, nebo právo na aktivity. Zbývajících 16 škál se věnuje administrativním praktikám. Důmyslnost a s ní spojená náročnost administrace a zpracování programu na jedné straně, a komplexní operacionalizace ideálu normalizace, která není vždy obecně sdílená, na straně druhé ve výsledku znamenaly, že PASS 3 nebyl nikdy široce používaný nástroj (srov. Felce and Perry 1997).

Výhody:

- hotový metodologicky a psychometricky vyvážený a testovaný model
- širší záběr a teoretický rámec

Nevýhody:

- širší hodnocení má přesahy s koncepty kvality života, ale také se sledováním kvality poskytovaných služeb
- náročný nástroj kde je nutná plná účast expertů na měření kvality
- silná normativnost nástroje vtělená do „váhy“ každé z položek škály

Social and Communities Opportunities Profile, SCOPE (Peter Huxley, Institute of Psychiatry, King's College, University of London, 2008)

Nástroj, který vyvinuli Peter Huxley a kolektiv má v tomto výběru specifické místo. Sleduje míru sociálního začlenění na rovině populací v regionech (např. kraj, okres, apod.) a ne jednotlivců. Nástroj srovnává hodnoty pro sledovanou doménu v běžné populaci a populaci lidí s duševní poruchou. Sociální začlenění je tu definované jako míra nakolik se mohou lidé účastnit v „běžných institucích

společnosti“ (Huxley et al 2008). Zastoupené životní domény zahrnují práci, bydlení, finance, rodinné vztahy, sociální vztahy, volnočasové aktivity, bezpečí, a fyzické a duševní zdraví. Hodnoty a jejich změna má podle autorů reflektovat měnící se „struktury možností“ participace. Nástroj vyžaduje rozsáhlé národní sběry postojů veřejnosti, které umožňují sestavit srovnání populací v jednotlivých oblastech.

Výhody:

- nástroj umožňuje demonstraci míry začlenění skupin s duševní nemocí v porovnání s běžnou populací
- umožňuje sledovat změnu v čase

Nevýhody:

- vypovídá pouze na rovině lokálních skupin, nikoliv na rovině organizací a jednotlivců.²

Social Inclusion Measure (Jenny Secker, Faculty of Health and Social Care, Anglia Ruskin University, Secker et 2009)

Nástroj sestává ze třech škál pro měření sociálního přijetí, sociální izolace a sociálních vztahů. Nástroj byl vytvořen a testován jako evaluační nástroj projektu, kdy lidé s duševní nemocí participují ve výtvarném kurzu. Prováděla se korelace s nástroji měření posílení práv a hodnocení duševního zdraví. Autoři hlásí pozitivní výsledky psychometrického testu, zejména dobrou vnitřní konzistenci. Současně volají po dalším testování nástroje, zejm. test-retest a konstrukční validita.

Závěr

Zde sebrané a představené nástroje jsou malým vzorkem nástrojů vznikajících v současné době s úkolem sledovat a měřit výsledky (outcomes) služeb ve vazbě na životy lidí, kteří služby využívají. V tomto smyslu zde představené nástroje navazují na tradici sledování a hodnocení kvality života (srov Rapley 2003) a na tradici hodnocení klinických výsledků ve zdravotnictví (např. CORE, Clinical Outcomes for Routine Evaluation). Probíhající změny v národních systémech poskytování péče a podpory se nesou ve znamení větší vykazatelnosti služeb. Ty jsou víc a víc vybízeny k tomu, aby prokazovaly svou ekonomičnost a efektivitu. V tomto prostředí se původně akademické pokusy a inovativní způsoby měření staly aplikovanou aktivitou pěstovanou napříč akademickými institucemi, konzultantskými firmami a poskytovateli služeb.

Přes velký zájem o takovýto způsob definování a hodnocení kvality služeb, který jak se zdá bude i nadále sílit, nejsou výsledky přesvědčující. Závěr nedávného expertního panelu při přípravě nového indexu sociálního začlenění zní, že „neexistuje žádný testovaný nástroj s uspokojivými výsledky měření sociálního začlenění, který by mohl sloužit jako akceptovatelný standard“ (Huxley et al 2006: 6). Mezi přetrvávající klíčové problémy patří zejména nejednoznačné propojení mezi hodnocením služeb a změnami v životě jednotlivců (srov. Rapley 2003).

Mezi pozitivní dopady snah o měření výsledků patří větší propojení a spolupráce akademické obce s poskytovateli a regulátory služeb. Představený soubor nástrojů je příspěvkem k této komunikaci.

² Podle kritiků je použití metodologií zaměřených na sledování hodnot v populacích smysluplné pouze tehdy, pokud zůstane na rovině populací a nepřesune se na rovinu jednotlivců (srov. např. Rapley 2003).

Literatura

- Barnes, C. 1998. The social model of disability: a sociological phenomenon ignored by sociologists? In: Shakespeare, T. (ed.) *The Disability Reader: Social Science Perspectives*. London: Cassell.
- Bates, P. 2007. *The Inclusion Web Manual*. Ipswich: NDT
- Black, N. et al. 1999. Consensus development methods: a review of best practice in creating clinical guidelines. *Journal for Health Services Research and Policy*, 4, 236-48.
- Burns, S. et al. 2006. *Outcomes Star*. London: The London Housing Foundation and Triangle Consulting
- CITRA 2006. *Research-practice consensus workshop model*. The Cornell Institute for Translational Research on Aging. Ithaca, NY: Cornell University. Available at citra.org
- Crawford, C. 2003. *Towards a common approach to thinking and measuring social inclusion*. Toronto: Roeher Institute.
- Felce, D. and Perry, J. 1997. A PASS 3 Evaluation of Community Residences in Wales. *Mental Retardation*, 35, 3, 170-176.
- Goven, J. 2003. Deploying the Consensus Conference in New Zealand: Democracy and De-Problematization. *Public Understanding of Science*, 12, 4, 423-440.
- Hacking, S. and Bates, P. 2008. The Inclusion Web: A Tool for Person-centered Planning and Service Evaluation. *Mental Health Review Journal*, 13, 2, 4-15.
- Huxley, P. et al. 2008. SCOPE for Social Inclusion? *A Life in the Day*, 12, 3, 33-35.
- Huxley, P. et al. 2006. *Development of a 'Social inclusion index' to capture subjective and objective domains (Phase I), Final report*. Birmingham: National Co-ordinating Centre for Research methodology (NCCRM).
- Cháb. M. 2004. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP
- Chappell, A. et al. 2001. Making connection: the relevance of the social model of disability for people with learning difficulties. *British Journal of Learning Disabilities*, 29, 45-50.
- MacKeith, J. et al. 2008. *The Outcomes Star: Supporting change in homelessness and related services, 2nd edition. Users manual*. London: London Housing Foundation and Triangle Consulting
- Mesibov, G. 1990. Normalisation and its relevance today. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 379-390.
- MPSV 2008. *Národní zpráva o strategiích sociální ochrany a sociálního začleňování na léta 2008–2010 – Česká republika* [Dostupné na adrese http://www.mpsv.cz/files/clanky/5829/zprava_cj.pdf]
- MPSV 2006. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. [Dostupné na adrese <http://www.mpsv.cz/cs/3857>]

Nirje, B. 1969. The normalisation principle and its human management implications. In Kugel, R. and Wolfensberger, W. (eds.) *Changing patterns in residential services for the mentally retarded*. Washington, D.C.: Presidents Committee on Mental Retardation, pp. 181-194.

NSIP, 2009. *Outcomes Framework for Mental Health Services*. London: National Social Inclusion Programme, NIMHE

O'Brien, J. 1999. The genius of the principle of normalization. In Flynn, R. and LeMay, R. (eds.). *A quarter-century of normalization and social role valorisation: Evolution and impact*. Ottawa: University of Ottawa Press

Oliver, M. 1996. *Understanding Disability: From Theory to Practice*. Basingstoke: Macmillan.

Priebe, S. et al. 2008. Objective social outcomes index (SIX): a method to summarise objective indicators of social outcomes in mental health care. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118: 57-63.

Rapley, M. 2003. *Quality of Life Research: A Critical Introduction*. London: Sage

Secker, J. et al. 2009. Development of a measure of social inclusion for arts and mental health project participants. *Journal of Mental Health*, 18, 1, 65-73.

Thompson, J., Bryant, B., Campbell, E., Craing, E., Hughes, C., Rotholz, D., Schalock, R., Silverman, W., Taseé, M., and Wehmeyer, M. 2002. *Supports Intensity Scales, Users Manual*. Washington, D.C.: American Association on Mental Retardation.

Tizard, J. 1964. *Community Services for the Mentally Handicapped*. London: Oxford UP.

Wolfensberger, W. and Glenn, L. 1975. *Program Analysis of Service Systems: Handbook and Manual, 3rd edition*. Toronto: National Institute on Mental Retardation

Wolfensberger, W. 1972. *The principle of normalisation in human management services*. Toronto: National Institute of Mental Retardation.

O autorovi

David Kocman pracuje jako výzkumný asistent v Center for Health Services Studies, University of Kent, a je doktorandem na School of Social Policy, Sociology and Social Research tamtéž. Současně je členem pražského Centra pro výzkum a inovace v sociálních službách.