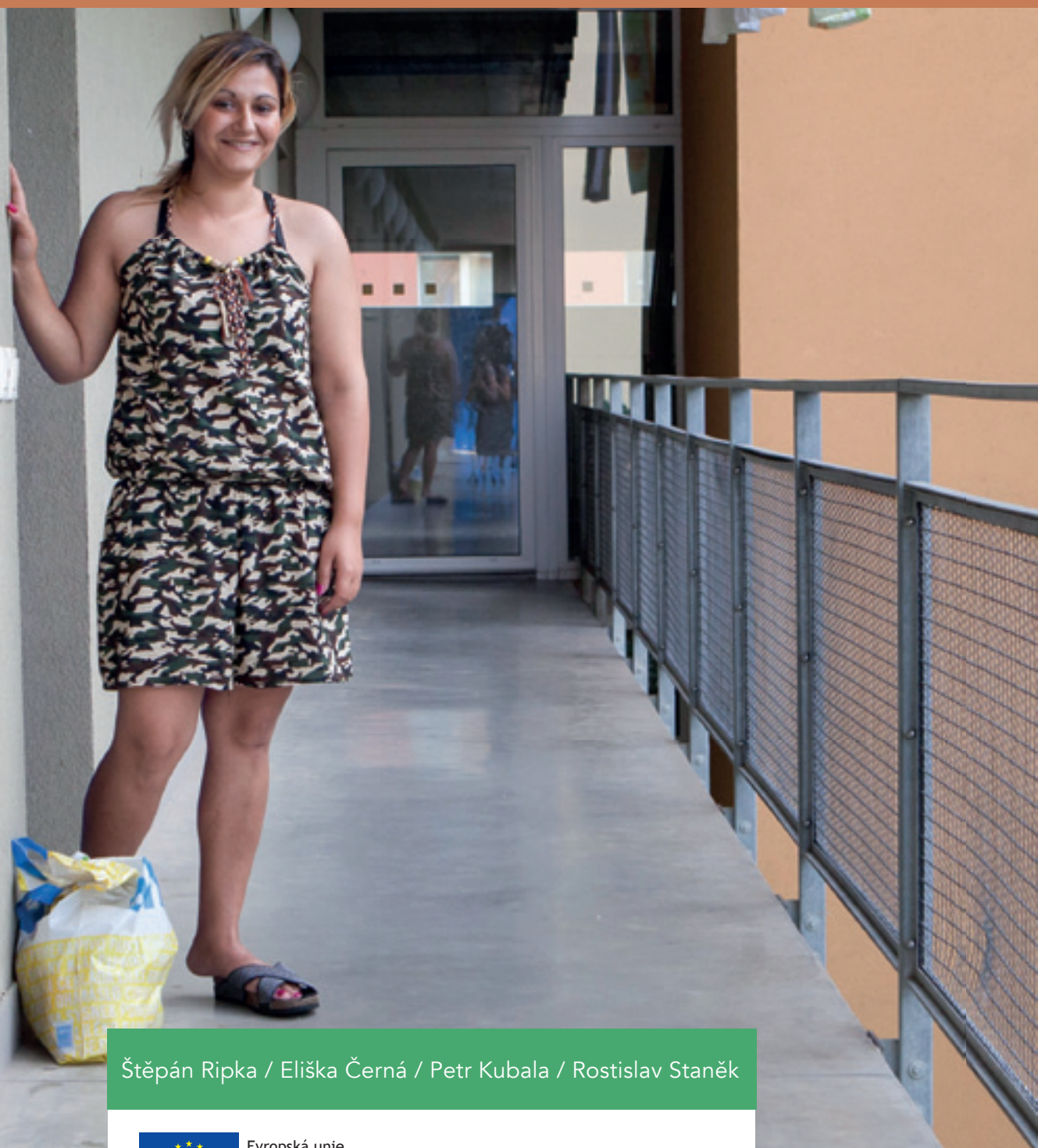


Dopady zabydlení po šesti měsících od nastěhování

Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing)

Ostrava 2018



Štěpán Ripka / Eliška Černá / Petr Kubala / Rostislav Staněk



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Průběžná evaluační zpráva 2

„Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing)“

Mgr. Štěpán Ripka, Ph. D.,

Mgr. Eliška Černá, Ph. D. (roz. Lindovská),

Mgr. Petr Kubala,

Ing. Rostislav Staněk, Ph. D.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Název: Průběžná evaluační zpráva 2
„Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing)“

Autoři: Mgr. Štěpán Ripka, Ph. D.,
Mgr. Eliška Černá, Ph. D. (roz. Lindovská),
Mgr. Petr Kubala,
Ing. Rostislav Staněk, Ph. D.

Recenzenti: prof. Ing. Štěpán Jurajda, Ph. D.; Mgr. Karel Čada, Ph. D.

Průběžná evaluační zpráva 2 vznikla v rámci projektu Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing) CZ.03.3.60/0.0/0.0/15_024/0002729 podpořeného z Operačního programu Zaměstnanost

© Ostravská univerzita

ISBN:978-80-7599-051-8



Průběžná evaluační zpráva 2

Dopady zabydlení po šesti měsících od nastěhování

„Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing)“

Základní informace o projektu

Název projektu	Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing)
Doba realizace projektu	04/2016–08/2018
Evidenční číslo projektu	CZ.03.3.60/0.0/0.0/15_024/0002729
Hodnocená intervence	“Rapid Re-Housing“ (RRH)
Tvůrce evaluačních výstupů	Mgr. Štěpán Ripka, Ph. D., Mgr. Eliška Černá, Ph. D. (roz. Lindovská), Mgr. Petr Kubala, Ing. Rostislav Staněk, Ph. D.
Vědecká rada	Prof. PhDr. Tomáš Sirovátka, CSc. (Masarykova univerzita, Brno) Doc. PhDr. Alice Gojová, Ph.D. (Ostravská univerzita) Mgr. Kateřina Sidiropulu Janků, Ph.D. (Masarykova univerzita, Brno) PhDr. Zuzana Kusá, CSc. (Sloveská akademie věd, Bratislava) Prof. Jakub Steiner (The University of Edinburgh) Dr. Aleš Burjanek, Ph.D. (Masarykova univerzita, Brno) Mgr. Alexander Mušinka, Ph.D. (Prešovská univerzita) Doc. Mgr. Jakub Grygar, Ph.D. (Univerzita Karlova, Praha) Mgr. Martin Nekola, Ph. D. (Univerzita Karlova, Praha) Mgr. Karel Čada, Ph. D. (Univerzita Karlova, Praha) Mgr. Daniel Prokop (Univerzita Karlova, Praha) Mgr. Marek Havrda, Ph.D. (In Strategy)
Kontakt	stepan.ripka@socialnibydleni.org, eliska.cerna@osu.cz

Obsah

1. SHRNUTÍ.....	5
2. ÚVOD	10
2.1 Výsledky analýzy výchozího stavu (baseline)	10
2.2 Výsledky zahraničních programů zabydlování rodin.....	13
3. TEORIE ZMĚNY PROJEKTU RAPID RE-HOUSING A OČEKÁVANÉ KRÁTKODOBÉ DOPADY.....	22
3.1 Logika programu.....	22
3.2 Očekávané primární výsledky.....	24
3.3 Očekávané sekundární výsledky.....	24
4. SBĚR DAT, SITUACE KONTROLNÍ SKUPINY	30
4.1 Postup sběru dat po šesti měsících.....	30
4.2 Situace kontrolní skupiny – Treatment as usual.....	30
5. VYHODNOCENÍ DOPADŮ ZABYDLENÍ PO ŠESTI MĚSÍCÍCH (TREATMENT ON TREATED).....	37
5.1 Primární výsledky	38
5.1.1 Snížení výskytu a délky bezdomovectví podle ETHOS.....	38
5.1.2 Zlepšení subjektivně vnímané jistoty bydlení.....	38
5.1.3 Snížení míry psychosociálního stresu matek	38
5.1.4 Snížení využívání pohotovostních služeb a hospitalizací.....	39
5.2 Sekundární výsledky.....	40
5.2.1 Zlepšení stability bydlení rodin.....	40
5.2.2 Zlepšení kvality bydlení rodin.....	45
5.2.3 Zlepšení zdraví a kvality života rodičů a dětí.....	48
5.2.4 Zlepšení sociální integrace rodičů.....	53
5.2.5 Zlepšení ekonomické stability rodin	55
5.2.6 Znovusjednocení rodin, respektive prevence institucionalizace	57
5.2.7 Zlepšení školní docházky a školních výsledků u dětí	60
6. Závěr.....	62
7. Použitá literatura	63

1. SHRNU TÍ

Druhá průběžná evaluace projektu Rapid Re-Housing představuje dopady zabydlení na rodiče a děti v bytové nouzi, které byly původně bez domova (podle Evropské typologie bezdomovectví ETHOS) a v rámci projektu Rapid Re-Housing se nastěhovaly do městských bytů v Brně a byla jim poskytnuta podpora sociální práce v modelu Housing First. Dopady byly měřeny u 49 náhodně vybraných rodin intervenčních oproti 84 rodinám kontrolním v čase šest měsíců od nastěhování, nejedná se tedy o srovnání před a po, ale srovnání dvou statisticky totožných skupin ve stejném čase. Rodiny byly náhodně vybrané, design proto dovoluje určovat kauzalitu a rozdíl mezi intervenční a kontrolní skupinou přičítat kontrafaktuálně právě účasti v projektu. Podmínkou účasti v projektu bylo zřízení přímé platby nájmu a chuť spolupracovat se sociálním pracovníkem.

Očekávané dopady účasti v projektu Rapid Re-Housing rozdělujeme na primární a sekundární výsledky. K **primárním výsledkům patří**: ukončení bezdomovectví rodin, zlepšení jistoty bydlení rodin, snížení psychosociálního stresu matek a snížení využívání pohotovostních zdravotních služeb. **Sekundární očekávané výsledky** předpokládaly, že stabilní a finančně dostupné bydlení společně s podporou v počátcích zabydlování přinesou zlepšení kvality života a individuální změny v oblastech školní úspěšnosti, zdraví, snížení počtu dětí v ústavní výchově (prevence odebrání či návrat dětí), ekonomickou stabilitu, aktivnější spolupráce s institucemi a další.

Intervence vedla ke zlepšení stability bydlení rodin, což mělo **v krátkodobém horizontu šesti měsíců přímý dopad na kvalitu života a zdraví rodičů a dětí a na jejich sociální integraci**.

Intervenční rodiny vykazovaly vysokou míru udržení bydlení po roce: v červnu 2018 prodloužilo roční smlouvu celkem 48 z 50 rodin bydlících rok, míra udržení bydlení odpovídala 95 %. Následující výsledky ukazují průměrný efekt intervence (Average treatment effect), tedy rozdíl mezi průměry intervenční a kontrolní skupiny.

PRIMÁRNÍ VÝSLEDKY

Průměrná doba bezdomovectví rodiny od dotazování baseline se snížila díky intervenci o 4,3 měsíce z 5,6 měsíců u kontrolní skupiny na 1,3 měsíce u skupiny intervenční.

Subjektivně vnímaná **jistota bydlení**, tedy odpověď na otázku „Očekáváte, že zde budete moci bydlet tak dlouho, jak budete chtít?“, se zlepšila o 61 % intervenčních rodin (98% jistota) oproti rodinám kontrolním (37% jistota).

Snížila se **míra psychosociálního stresu** pečujících osob z intervenční skupiny o 5,57 bodu Kesslerovy škály (max. 24 bodů) oproti skupině kontrolní. Podíl pečujících osob s velmi vysokou mírou psychosociálního stresu se snížil z 51 % (kontrolní) na 19 % (intervenční).

Snížilo se i **využívání pohotovostních zdravotních služeb a hospitalizací**. Průměrná míra využití ambulance se snížila z 0,68 na 0,18 za prvních šest měsíců, tedy o 0,5 výjezdů ambulance na jednu rodinu. Průměrná míra hospitalizací členů rodin se snížila z 0,56 na 0,18 za rodinu během prvních šesti měsíců od nastěhování. Přepočteno na 50 rodin, **intervence ušetřila 25 výjezdů ambulance a 19 hospitalizací**.

SEKUNDÁRNÍ VÝSLEDKY

Intervence snížila počet stěhování za posledních šest měsíců a zvýšila počet měsíců, které rodina strávila v běžném bydlení. U počtu situací za poslední rok, kdy rodina nevěděla, kde bude daný večer spát, nedošlo ke statisticky významné změně.

Intervence také vedla ke **zvýšení kvality bydlení** rodin ve všech sledovaných oblastech od výskytu plísní v bytě/obydlí, přes havarijní stav podlah, vnějšího pláště budov, vnitřních zdí, výskytu zápachu, nefungujících toalet, nefungující elektřiny či netekoucí vody. Největší posun je viditelný právě u výskytu plísní a zápachu: problémy s plísněmi zmizely díky intervenci u 34 % domácností a problémy se zápachem u 31 % domácností. Subjektivně vnímaný stav bydlení se zlepšil v průměru o 1,09 bodu z celkových 4 bodů. Zlepšil se přístup k vlastnímu zdroji tekoucí a teplé vodě, elektřině, toaletě, koupelně a kuchyni. Průměrná podlahová plocha bytu/obydlí se zvýšila o 28 m² na rodinu. Ve vybavenosti domácností vlastní postelí pro všechny členy domácnosti nedošlo ke statisticky významné změně. Došlo však ve změně v odděleném spaní dětí a dospělých: podíl rodin, kde děti spí v oddělených pokojích, stoupl z 24 % na 58 %. Subjektivně vnímané bezpečí se zlepšilo u intervenční skupiny o 0,34 bodu na čtyřbodové škále. U výskytu drog v okolí bydliště a vloupání se v dotazování po šesti měsících neprojevila statisticky významná změna.

Hlavní kvantitativní indikátory **zlepšení zdravotního stavu** již byly představeny mezi primárními očekávanými výsledky. Vedle snížení využívání krizových zdravotních služeb se také zlepšil subjektivně vnímaný zdravotní stav, v průměru o 0,56 bodů na pětibodové škále (velmi dobrý – špatný). Podíl dětí, které během posledních šesti měsíců měly vážné zranění, nehodu či otravu, které vyžadovaly lékařskou pomoc, klesl z 12 % na 2,4 %. Zdravotní stav se zlepšil 22 % dětí v intervenční skupině oproti 10 % ve skupině kontrolní, naopak se zhoršil 11 % dětí intervenčních oproti 25 % dětí kontrolních. Výrazně se snížila četnost užívání antibiotik, kdy v kontrolní skupině připadá v průměru 1,97 užití antibiotik na domácnost během šesti měsíců oproti 0,71 užití ve skupině intervenční. Průměrným efektem intervence tak bylo snížení četnosti léčení antibiotiky za šest měsíců o 1,26 léčení na domácnost. 59 % dospělých respondentů v intervenční skupině se může vyspat tak, jak potřebují, oproti 38 % respondentů kontrolních: efekt je zlepšení spánku u 21 % pečujících osob. Podobný efekt měla intervence u dětí, dobře se jich vyspí o 20 % více ve skupině intervenční oproti skupině kontrolní. Výskyt problémů spojených s alkoholem nepřinesl statisticky významné rozdíly. Intervenční rodiny jsou v průměru spokojenější o 2,4 bodu 10 bodové škály.

Hlavním indikátorem **zlepšení sociální integrace rodičů** byla míra anomie¹ měřená pomocí Sroleho škály. Na škále 0-5 bodů měly rodiny v intervenční skupině o 0,8 bodu nižší míru anomie než rodiny ve skupině kontrolní. Mírně se zvýšila účast na komunitních setkáních, počet důvěryhodných osob v síti respondenta neměl statisticky významný rozdíl. Výrazně se zlepšila víra v poctivost druhých (o 2,2 bodu na škále 0-10).

Co se týče **ekonomické stability rodin**, hlavním indikátorem byla částka, která rodinám měsíčně chybí na pokrytí základních potřeb. Ta byla u intervenčních rodin v průměru 3 809 Kč a u rodin kontrolních 5 314 Kč, avšak bez statisticky významné odlišnosti. Statisticky nevýznamné se ukázaly také rozdíly v tom, jak dlouho před výplatou rodině docházejí peníze, nemožnost pracovat ze zdravotních důvodů, průměrný reziduální příjem domácností, či poměr rodin, které nemohou svým dětem zaplatit kroužky či školní výlety. Statisticky významně se snížilo průměrné využívání zastaváren z 0,98 využití na 0,46 využití za poslední měsíc. Výskyt krátkodobých půjček, ani kontrola nad dluhy se statisticky významně nezměnily.

¹ Anomie je v sociologické literatuře popisována jako stav beznormovosti neboli stav zhroucení normativního řádu. Jedinec má pocity dezorientace, ztráty smyslu svého konání, úzkosti, vytrácejí se vazby na širší společnost. Míra anomie se zkoumá např. za pomoci makro ukazatelů jako je sebevražednost v určité populaci nebo z hlediska pocitu sounáležitosti jedince s jinými – jeho integrace. Pro měření anomie jsme použili Sroleho škálu, což je baterie pěti tvrzení, se kterými respondenti buď souhlasí nebo nesouhlasí.

V oblasti **znovusjednocování rodin**, respektive **prevence institucionalizace dětí** nenastala statisticky významná změna. V intervenční skupině existovala evidence o přistěhování dvou dětí z ústavní péče během prvních šesti měsíců (další tři se potom přistěhovaly od jiných členů rodin). V kontrolní skupině se z ústavní péče vrátili tři děti (další jedno dítě od jiného člena rodiny).

V oblasti školní docházky a známek dětí zatím nebyla sbírána administrativní data od škol, proto nelze učinit závěr.

Intervence **neprokázala** v horizontu šesti měsíců statisticky významný dopad na ekonomickou stabilitu rodin, na návrat dětí z ústavní péče, ani na chování dětí. Tyto dopady spolu se školní docházkou, školními výsledky a nákladovou efektivitou budou nadále sledovány a vyhodnoceny při analýze dopadů intervence po 12 měsících.





2. Úvod

Projekt Rapid Re-Housing v Brně se zaměřil na pečlivé testování a demonstraci, zda je program Housing First vhodný k řešení bezdomovectví rodin v České republice. Hlavní ověřovaná hypotéza předpokládala, že stabilní a finančně dostupné bydlení společně s podporou v počátečních zabydlování přinese individuální změny v oblastech školní úspěšnosti, zdraví, snížení počtu dětí v ústavní výchově (prevence odebrání či návrat dětí), ekonomickou stabilitu, aktivnější spolupráce s institucemi a další.

Tato zpráva představuje dopady zabydlení po šesti měsících v porovnání intervenční a kontrolní skupiny. První část rekapituluje výsledky podobných experimentů a hypotézy změny u projektu Rapid Re-Housing. Následuje popis sběru a analýzy dat. Další část představuje konkrétní výsledky zabydlení uspořádané v následujících podkapitolách: dopady na stabilitu bydlení rodin, dopady na kvalitu bydlení rodin, dopady na kvalitu života rodičů a dětí, dopady na sociální integraci rodičů, dopady na ekonomickou stabilitu rodin a dopady na znovusjednocení rodin. Analýza vyhodnocuje dotazníky s matkami a dětmi, zatím nejsou k dispozici administrativní data o docházce a prospěchu dětí od škol a nákladová data o dávkách státní sociální podpory a hmotné nouze od Úřadu práce.

2.1 VÝSLEDKY ANALÝZY VÝCHOZÍHO STAVU (BASELINE)

V průběhu projektu jsou prováděny tři vlny dotazování. První vlnou bylo dotazování „baseline“ v bodě nula, tedy před přiřazením rodin do intervenční či kontrolní skupiny. Dotazování baseline a následná výzkumná zpráva „Analýza výchozího stavu“ (Černá, Ripka, a Pibilová 2018) je výchozím bodem pro další porovnání výsledků po šesti a dvanácti měsících. Připomeňme si proto nejdůležitější výsledky.

Do situace bytové nouze se v Brně nejčastěji dostávají osamělí rodiče, kteří se obvykle starají o jedno až dvě děti. Tyto rodiny žijí v nevyhovujících podmínkách, nejčastěji v ubytovnách či azylových domech. V dubnu 2016 bylo v rámci Registračního týdne v Brně zjištěno celkem 421 rodin v bytové nouzi, z toho 66 % s jedním rodičem. Tyto rodiny měly celkem 961 dětí, z toho 179 (19%) dětí žilo mimo rodinu. Nejčastěji se do náhradní péče dostává jedno dítě z rodiny (50 rodin), méně často jde o dvě děti (29 rodin), tři a více dětí umístěných do náhradní péče mělo 14 rodin. 45 % rodin žilo v ubytovnách, 19 % v jiných místech nevhodných pro bydlení, 15 % v azylových domech, 16 % v bytě u příbuzných a 5 % v bytě u známých. Pouze dvě ze sečtených rodin byly v bytové nouzi méně než rok, bytová nouze je pro rodiny v Brně setrvalým stavem. 50 % rodin bydlelo na celkové ploše menší než 30 m² a 70 % všech rodin obývalo prostor do 36 m². Pokud se zaměříme na plochu připadající na jednoho člověka, u poloviny rodin tak na jednoho člena rodiny vycházelo méně než 7 m².

Zkušenosti s bytovou nouzí a bezdomovectvím

První zkušenost bezdomovectví se bez ohledu na současný věk pečující osoby nejčastěji objevuje kolem 18 let věku (modus=18), tedy kolem osamostatnění a narození prvního dítěte. 67 % respondentek nemělo po své první epizodě bytové nouze již nikdy stabilní bydlení, dalších 22 % pouze jednou (celkem 89,2%). 7 % prošlo dvakrát stabilním bydlením před současnou epizodou bytové

nouze, počty častěji opakovaných epizod bytové nouze byly minimální. Pro velkou část rodin s dětmi je první epizoda bezdomovectví fatální, a šance, že se vrátí zpět do bydlení, je minimální (Černá, Ripka, a Pibilová 2018). Bezdomovectví a pobyt v bytové nouzi má kumulativní negativní dopady na jedince. Dotazované pečující osoby v mediánu strávily 8 let svého života v bytové nouzi. Pouze 7,5% z nich strávilo v bytové nouzi během svého života méně než půlroku, 25% z nich strávilo v bytové nouzi 2 roky a méně a dalších 25% strávilo v bytové nouzi 14 let a více. U 42% byl důvodem první epizody bytové nouze odchod z předchozího domova. Nejčastěji šlo o osamostatnění, nadměrný počet obyvatel domácnosti, nucený odchod od rodičů, institucionální péči zanedbávání ze strany rodičů. 38% pečujících osob se poprvé dostalo do bytové nouze kvůli rozpadu vztahu, ať už se jednalo o rozvod/rozchod (18%), úmrtí rodiče (9%), domácí násilí (6%), či výkon trestu nebo úmrtí partnera. V 24% byla důvodem pro první epizodu bytové nouze špatná finanční situace: dluhy na nájmu a soudní vystěhování (11%) a další finanční problémy jako zvýšení nájmu, nedostupnost dávek na bydlení, nemožnost zaplatit nájem z jednoho platu (9%). 6% pečujících osob přišlo poprvé o bydlení kvůli rekonstrukci.

Soužití rodiny v domácnosti a místo pobytu dítěte

Celkově 59% rodin žilo společně a plných 41% rodin společně nežilo. Jeden člen nukleární rodiny nežil v domácnosti v 22%, v 8% dva členové rodiny, v 6% členové tři a v 5% čtyři a více členů rodiny. 74% reportovaných dětí bydlelo s pečující osobou, 5% s druhým rodičem, 9% s jiným příbuzným, nejčastěji babičkou, ale často také tetami, někdy i se starším sourozencem, který měl bydlení. 9% dětí bylo v institucionální péči a 2% dětí bydlela samostatně jinde (zletilé děti, které bydlely samostatně, ale se kterými respondentka počítala pro společné bydlení v případě, že by byla vylosována do programu).

Charakteristiky rodin podle věku matky

- Mladé matky s prvními dětmi: Ve vzorku bylo 22% matek do 25 let. Tyto matky měly v průměru dvě děti (ale velká část z nich měla také dítě jedno, nebo teprve čekaly dítě) a ze 73% mělo partnera.
- Matky s několika dětmi: 30% matek bylo ve věku 36-35 let. Tyto matky měly v průměru tři děti a 53% z nich mělo partnera.
- Matky středního věku tvořily 35% vzorku, měly mezi jedním a osmi dětmi, v průměru měly 3,5 dítěte, a 44% z nich mělo partnera.
- Babičky a starší matky tvořily 12% vzorku, měly v průměru dvě děti a 50% z nich mělo partnera.

Finanční situace rodiny a strategie zvládnání finanční tísně

69 domácností (46%) vycházelo s penězi a nechybělo jim na naplnění základních potřeb (ošacení, jídlo, střecha nad hlavou). Naopak 54% s penězi nevycházelo a na tyto základní potřeby jim prostředky chyběly. 40% z nich chybělo každý měsíc mezi 1 000 – 5 000 Kč, 25% chybělo méně než 1 000 Kč každý měsíc a 29% chybělo každý měsíc pro pokrytí základních potřeb mezi 5 – 10 000 Kč. Hlavní otázkou pro finanční stabilitu bylo: „Jak dlouho před výplatou (dávek) Vám docházejí peníze?“ Tato původně emická otázka se během dotazování ukázala jako lehce srozumitelná a zodpověditelná. Pouze 20% domácností vycházelo s prostředky až do konce měsíce. 10% docházely peníze méně než týden před výplatou, 35% týden před výplatou, dalším 28% mezi týdnem a dvěma týdny před výplatou a zbylým domácnostem více než dva týdny před výplatou. 45% respondentek odpovědělo, že nemají své dluhy pod kontrolou a jejich dluhy se zvyšují, 48% deklarovalo, že své dluhy může částečně nebo výrazně snížit. U 7% zůstávaly dluhy stejné.

Zaměstnanost

57% pečujících osob bylo na mateřské či rodičovské dovolené, 18% uvedlo „problémy s péčí o děti“ (celkem 21 případů, z toho 17 mělo děti školního věku, 6 pečovalo o postižené či vážně nemocné dítě). 10% respondentek uvedlo, že si nemohly najít práci, byly ze zdravotních důvodů v pracovní neschopnosti, či měly odpovědnost za člena rodiny s postižením. Mezi dalšími méně zastoupenými důvody byl důchodový věk, postižení, či problémy s bydlením. 80% dotazovaných žen nepracovalo během posledního měsíce, 20% pracovalo. Ženy pracovaly nejčastěji jako uklízečky či dělnice, v hospodě, na poli, jako pečovatelka, peší doručovatelka na poště, či prodejkyň u stánku. Průměrný příjem pracujících byl 8 104 Kč, nejvyšší příjem byl 17 000 Kč. Celkově 59% partnerů pracovalo, 41% nepracovalo. Pokud třídíme práci partnera podle jeho zdraví, dvě třetiny zdravých partnerů pracovalo, zatímco u vážně nemocných nebo postižených to bylo 38%.

Zdravotní stav

40% dotazovaných pečujících osob vnímalo svůj zdravotní stav jako dobrý, 18% jako velmi dobrý. Jako uspokojivý jej hodnotilo 22%, jako špatný 13% a jako velmi špatný 6% dotazovaných. 17% dotazovaných matek/pečujících osob výrazně omezovala nemoc, handicap či psychický zdravotní problém, 29% omezovala do určité míry. 54% nemoc či handicap neomezovala. 27% partnerů pečujících osob bylo vážně nemocných či postižených.

Kesslerův index je používán pro aproximaci vážného duševního onemocnění, respektive pro určení míry stresu. Index je sestaven ze šesti otázek po výskytu symptomů vysoké míry stresu / vážného duševního onemocnění v posledním měsíci: nervozita; pocit, že vše je složité, zoufalost, neklid, nedostatek sebeúcty a výskyt depresí. Plných 39% dotazovaných se umístilo v zóně psychosociálního stresu, který odpovídá vážnému duševnímu onemocnění.

Kontrola totožnosti intervenční a kontrolní skupiny

Přiřazení rodin do kontrolní a intervenční skupiny bylo náhodné. Vzhledem k nevelkému počtu rodin (50 a 100) bylo třeba zkontrolovat, že se rodiny v intervenční a kontrolní skupině v nějakém významném ohledu statisticky neliší. K testování rozdílů byla použita data z Baseline dotazníku, a to konkrétně tyto údaje:

- Roky bez bydlení
- Věk poprvé bez domova
- Počet členů domácnosti
- Práce v posledním měsíci
- Hodnocení pracovních příležitostí
- Hodiny práce v posledním měsíci
- Velikost příjmu
- Kolik Kč měsíčně chybí na pokrytí základních potřeb
- Jak dlouho před výplatou Vám dochází peníze?
- Zdravotní stav
- Index anomie
- K6 index

V žádné z otázek nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinami. Všechny p-hodnoty byly větší než 0,1, což znamená, že i při použití 90% hladiny významnosti (nejméně konzervativní používaná hodnota, která favorizuje nalezení rozdílů) byla nalezena pouze jedna proměnná, kde byl statisticky významný rozdíl mezi kontrolní a intervenční skupinou. Touto proměnnou je index anomie. V intervenční skupině byli lidé s nižším indexem anomie. Nalezení jednoho rozdílu ale v tomto případě nesvědčí o rozdílnosti kvůli tzv. testování mnoha hypotéz (multiple hypothesis testing). Při testování mnoha hypotéz se zvyšuje pravděpodobnost zamítnutí jedné hypotézy čistě

v důsledku náhody. Při provedení Holm-Bonferroniovy korekce pro testování mnoha hypotéz, nebylo možné ani jednu z testovaných hypotéz zamítnout na hladině významnosti 90 %. Lze tedy říci, že **skupiny byly před započítáním intervence statisticky totožné. Pozdější rozdíly mezi skupinami tak nevznikají v důsledku původní selekce, ale vlivem intervence**, a proto je možné měřit průměrný efekt intervence porovnáním intervenční a kontrolní skupiny².

2.2 VÝSLEDKY ZAHRANIČNÍCH PROGRAMŮ ZABYDLOVÁNÍ RODIN

Řešení bezdomovectví rodin s dětmi prostřednictvím přístupů založených na bydlení, stejně jako výzkum v této oblasti, je doménou USA. V Evropě je celkově téma bezdomovectví rodin a jeho efektivního řešení málo prozkoumané³⁴.

Americké studie nejdříve měřily dopad poskytnutí určité formy příspěvku na bydlení a přestěhování do lepší čtvrti (Katz, Kling, a Liebman 1999). Krátkodobé dopady byly zveřejněny pro Boston, ve kterém byla studie prováděna na 540 rodinách. Co se týče **dopadů na děti**, u chlapců se snížil výskyt problémů s chováním o 42 % (PnB v místě s nízkou mírou chudoby), respektive 36 % (PnB bez restrikce), u dětí se snížil počet zranění, která vyžadovala lékařské ošetření o 74 %, respektive 43 %, u dětí v místech s nízkou mírou chudoby se snížil počet astmatických záchvatů o 64 %. Intervence neměla dopad na ekonomickou soběstačnost dospělých, naopak velmi úspěšná byla intervence ve zvýšení bezpečnosti rodin: méně rodin slyšelo v okolí bydliště střelbu, méně rodin vidělo užívání či prodej drog a méně dětí bylo napadeno, okradeno, nebo jim bylo vyhrožováno. Výrazně se zlepšil **zdravotní stav dospělých**: Subjektivní hodnocení zdravotního stavu se celkově zlepšilo: o 44 % méně dospělých reportovalo uspokojivý či špatný zdravotní stav. Psychosociální stres se snížil o 37 %.

Další výzkum se soustředil na prediktory bezdomovectví rodin (Wong, Culhane, a Kuhn 1997; Shinn et al. 1998), které opouštěly azylové domy. Rodiny, kterým bylo nabídnuto finančně podporované bydlení, měly řádově nižší šanci návratu do bezdomovectví, v případě studie Shinn dokonce 20,4x nižší pravděpodobnost (Shinn et al. 1998)⁵. Bylo jasné, že přístup k příspěvkům na bydlení snižuje opakování bezdomovectví rodin, nicméně pro některé rodiny by finanční podpora v bydlení nemusela být dostatečná k dosažení stability – tu může podpořit case management a další služby. Vedle toho bylo třeba dále studovat, jaké kombinace finanční podpory bydlení a nabídky služeb zajistí co nejvyšší stabilitu a další kýžené výsledky, jako je znovusjednocení nebo uchování rodin a zdraví matek a dětí (E. L. Bassuk a Geller 2006, 796).

Od roku 2006 proběhla v USA řada dalších evaluací, které efektivitu a dopady zabydlení prostřednictvím různých modelů měří. Bassuk provedla v roce 2014 jejich systematickou rešerši a zahrnula následující studie: Sound Families Initiative (Northwest Institute for Children and Families, University of Washington a School of Social Work. 2007), Transitional Housing Program (Burt

² Pro porovnání totožnosti intervenční a kontrolní skupiny viz (Černá, Ripka, a Pibilová 2018)

³ Co se týče bezdomovectví jednotlivců, existuje řada evaluací dopadů projektů Housing First na jednotlivce a probíhající experimentální studie ve Španělsku, Belgii a Francii.

⁴ Nedávná přehledová publikace o bezdomovectví rodin v Evropě (Baptista et al. 2017) pro to uvádí několik důvodů: Zaprvé, všeobecně se očekává, že díky silnému sociálnímu státu a zaměření na situaci dětí je bezdomovectví rodin marginálním a krátkodobým úkazem. Zadruhé, bezdomovectví rodin je méně viditelné než chronické pouliční bezdomovectví mužů s komplexními problémy, podobně jako je tomu u bezdomovectví žen. Zatřetí, existuje síť služeb pro ženy, které se staly obětí domácího násilí ze strany mužů. Ženy, které využívají těchto služeb nejsou většinou klasifikovány jako ženy či rodiny bez domova, ale jako oběti domácího násilí. Jedinou výjimkou je Velká Británie, která má specifický systém pomoci rodinám bez domova a sbírá administrativní data o rodinách, které tento systém využívají.

⁵ V roce 2004 proběhla na konferenci Národní aliance pro ukončování bezdomovectví diskuse, ve které dva prominentní akademici v oblasti bezdomovectví rodin, Marybeth Shinn a Dennis Culhane, vyhlásili, že finančně podporované bydlení léčí bezdomovectví rodin, respektive je nutnou a dostatečnou podmínkou pro ukončení bezdomovectví téměř všech rodin. Oba se zaměřovali na ukončování bezdomovectví, a zatímco Culhane trval na tom, že služby nejsou dostatečné pro řešení, a navíc nebyl nijak prokázán jejich vliv na míru udržení bydlení, Shinn tvrdila, že finančně podporované bydlení sice pomáhá rodinám dosáhnout stability v bydlení, ale neřeší jejich další obtíže, jako je nezaměstnanost a rozdělení rodin. Služby podle ní mohou pomoci dosáhnout dalších kýžených výsledků (E. L. Bassuk a Geller 2006). Tato diskuse ukázala na potřebu dalších evaluačních studií.





2010), Washington Families Fund High-Needs Family Programs (Building Changes 2011), Young Mothers (National Center on Family Homelessness 2012) a The SHIFT Study (M. Bassuk, Zonneville, a Bassuk 2013). Výsledky projektů jsou sledovány v pěti dimenzích – v oblasti bydlení, zaměstnanosti, dopadů na rodiče, dopadů na děti a na rodiny jako celek:

Bydlení

- High-Needs Family Program: Lepší rezidenční stabilita.
- Sound Families Initiative: 89 % rodin, které dokončily program, si zajistilo stálé bydlení (68 % všech rodin, které program nastoupily).
- Young Mothers: 80 % stabilita v bydlení; 75 % spokojenost s bydlením.
- Transitional Housing Program: 75 % z rodin, které dokončily program, stabilně bydlelo. Nejdůležitějším faktorem úspěchu byl příspěvek na bydlení.
- SHIFT Study: Rodiny v podporovaném bydlení byly po 30 měsících nejstabilnější, následovány rodinami v prostupném bydlení a azylových domech. Hlavním prediktorem nestability bylo trauma.

Zaměstnanost

- High-Needs Family Program: Bez podstatných změn.
- Sound Families Initiative: 45 % zaměstnáno po skončení programu oproti 22 % na začátku.
- Young Mothers: Bez výrazné změny (20 % zaměstnáno).
- Transitional Housing Program: Zvýšení zaměstnanosti (61 % pracovalo na konci oproti 18 % na začátku programu). Práce nebyla stabilní, 25 % pracujících matek o práci přišlo.
- SHIFT Study: Zlepšení: 39 % zaměstnáno po 30 měsících oproti 16 % při baseline. Nezaměstnané ženy reportovaly významně vyšší četnost traumat.

Rodiče

- High-Needs Family Program: Významné snížení výskytu středně silné a silné úzkosti. Snížení výskytu deprese a zlepšení duševního zdraví bez statistické významnosti. Žádná změna v užívání návykových látek a traumatu.
- Young Mothers: Symptomy traumatu či zkušenosti s traumatem beze změny. Výrazná změna v podpůrné sociální síti rodin.
- Transitional Housing Program: Snížení reportovaného užívání alkoholu (pouze 5 % reportovalo alkohol a pouze jedna matka drogy). Na začátku 21 % léčeno s problémy s alkoholem a 65 % zneužíváním drog.
- SHIFT Study: Snížení symptomů deprese a PTSD. Matky popřely zneužívání omamných látek, ale třetina z nich připustila, že se účastní terapeutických komunit.

Děti

- High-Needs Family Program: Třetina dětí získala potřebnou podporu. Zlepšení školní docházky a zhoršení problémů dětí, které nesouvisí se vzděláváním.
- Sound Families Initiative: Nárůst změny školy, zvláště u dětí, které školu měnily 3x ročně a častěji. Chybí kvantitativní data o chování.
- Young Mothers: Zlepšení vývojových zpoždění u většiny dětí.
- Transitional Housing Program: Snížení fluktuace mezi školami, méně propadnutí a emocionálních problémů, ale děti byly méně angažované ve škole. Bez dopadu na školní docházku.
- SHIFT Study: Problémy s chováním se snížily v podporovaném bydlení a prostupném bydlení, ale zvýšily v azylových domech. Míra dokončení ročníku zůstala nezměněna s výjimkou podporovaného bydlení.

Rodina

- Transitional Housing Program: 35 dětí (42%) se navrátilo během programu do rodin, z toho program asistoval 29 navrácením.
- SHIFT Study: Nevýznamné snížení počtu dětí žijících mimo rodinu: ze 41 % při dotazování po 15 měsících na 36 % po 30 měsících.

Od roku 2014 také proběhly dva velké experimenty financované federální vládou USA: Family Options Study a Family Unification Program. Family Options Study je RCT, které u rodin v azylových domech ověřovalo na vzorku téměř 2 300 rodin přednostní nabídku tří různých intervencí: příspěvku na bydlení bez další podpory, programů Rapid Re-Housing na max. 18 měsíců bez specifického příspěvku na bydlení, dostupného bydlení na max. 24 měsíců bez specifického příspěvku na bydlení oproti intervenci „treatment as usual“ (žádná přednostní nabídka, rodiny mohly volně využívat jakýkoliv program či příspěvek, které jim byly nabízeny)⁶. Pro inspiraci v ČR se hodí výsledky porovnání poskytnutí příspěvku na bydlení a kontrolní skupiny; je však na místě očekávat silnější rozdíly v designu, kde existuje fyzicky nabídka bytu, ne pouze příspěvku na bydlení, to by odpovídalo spíše kombinaci programu Rapid Re-Housing a příspěvku na bydlení. Tuto kombinaci však z Family Options Study nelze izolovat. Vedle stability bydlení se dotazování po 18 a 36 měsících soustředilo na další dopady, které byly očekávány v souladu s teoriemi jednotlivých intervencí: stabilitu členů rodiny, zdraví a kvalitu života dospělých, zdraví a kvalitu života dětí a soběstačnost. Byla také sledována náročnost jednotlivých intervencí na veřejné rozpočty. Rodiny, které nedostaly nabídku příspěvku na bydlení, byly odkázány na krizový systém řešení bezdomovectví, zatímco rodiny, které příspěvek dostaly, jej ve více než 80 % využily pro získání standardního bydlení. Příspěvek však neobsahoval podporu kauce, ani nebyl nabízen case-management pro udržení bydlení.

Při porovnání přednostního přidělení příspěvku na bydlení vs. „treatment as usual“⁷ po 12 měsících se ukázaly následující výsledky:

Dopady na stabilitu bydlení:

- Snížení šance opakování bezdomovectví z 50 % na 22 %
- Zvýšení šance na samostatné bydlení po roce z 58 % na 73%
- Zlepšení kvality bydlení

Dopady na složení rodiny:

- Snížení poměru rodin, které mají aspoň jedno nezletilé dítě mimo domácnost ze 17 % na 10 %.
- Snížení poměru rodin, které měly odebrané alespoň jednu dítě během posledních šesti měsíců z 5 % na 2 %.
- Nebyly statisticky významné rozdíly v navracení dětí do rodin.

Dopady na zdraví a kvalitu života dospělých:

- Zlepšení myšlení orientovaného na cíl (State Hope scale)
- Snížení psychosociálního stresu (Kesslerova škála)

⁶ Rodinám ve studii byly intervence pouze přednostně nabídnuty (Intention to Treat), míra využití této nabídky však byla poměrně nízká, podle typu intervence. Vzhledem k tomu, že se intervence nevylučovaly, rodiny také mohly ve sledovaném období využívat několik z nich, takže docházelo ke kontaminaci – část rodin, kterým byl nabídnut RRH využila i příspěvky na bydlení, nebo se dostaly do programu dostupného bydlení, většina účastníků programu dostupného bydlení současně čerpala příspěvek na bydlení apod. Studie bohužel neizoluje pouze případy, které danou intervencí využily v čisté podobě (Treatment on Treated).

⁷ Zde i v dalších experimentálních výzkumech uvádíme pouze dopady, které byly prokázány statistickým testováním.

- Nebyl statisticky významný dopad na symptomy PTSD
- Snížení míry závislosti na alkoholu či omamných látkách z 16,7 % na 12,2%
- Snížení míry výskytu partnerského násilí z 12,2 % na 5,5%

Dopady na zdraví a kvalitu života dětí:

- Mírné zlepšení školní docházky dětí
- Snížení fluktuace mezi školami z 1,94 školy/dítě/rok na 1,73 školy/dítě/rok
- Snížení míry úzkosti u dětí ve skupině 8-17 let
- Nebyl prokázán vliv intervence po 12 měsících na zápisy v předškolním a školním vzdělávání, školní známky, pozitivní přístup dětí ke škole, zdravotní stav dětí či chování a rizikové chování dětí

Dopady na soběstačnost

- Zaměstnanost
 - Snížení míry výskytu placené práce týden před dotazováním ze 30 % na 24%
 - Snížení míry výskytu jakéhokoliv zaměstnání během 12 měsíců z 61 % na 50%
 - Snížení doby, po kterou matka pracovala z 6,3 měsíců na 4,8 měsíce
- Snížení výskytu členů domácnosti s vlastním výdělkem z 43 % na 34%
- Zvýšení počtu příjemců federální rodinné dávky TANF z 34 % na 40%
- Zvýšení počtu příjemců potravinové pomoci z 84 % na 90%
- Snížení participace na rekvalifikaci z 2 % na 0,7%
- Snížení výskytu potravinové nejistoty (food insecurity) z 36 % na 26%
- Lepší skóre na škále potravinové nejistoty
- Snížení ekonomického stresu (HUD 2015, 70–75)

Family Unification program je RCT financované federální vládou, které probíhá na celém území USA. Zaměřuje se na nabídku bydlení rodinám, které byly vyšetřovány orgány sociálně-právní ochrany dětí pro špatné zacházení. Intervenční skupina dostala vedle příspěvku na bydlení i case management zaměřený na nastěhování a udržení bydlení, kontrolní skupina pouze příspěvek na bydlení. Tento design intervenční a kontrolní skupiny je podobný zkoumání účinnosti case managementu zaměřeného na bydlení v ČR, bez nabídky bytu jako takového.

Hlavním výsledkem je snížení každoměsíční pravděpodobnosti umístění dětí ohrožených rodin do institucionální péče o 31 % (z 2,3 % u kontrolní skupiny na 1,6 % u skupiny intervenční). Celkově ze 150 rodin ve studii bylo v průběhu tří let nějaké dítě umístěno do instituce v 15 % rodin skupiny intervenční a 19 % ve skupině kontrolní. Studie dále zkoumala vliv intervence a dalších faktorů na stabilitu bydlení, prostředí domácnosti a vnější prostředí bydlení. Hlavním prediktorem socioekonomického stavu rodiny tři roky po intervenci byla předchozí socioekonomická situace rodiny. Domácnosti, které dostaly case management, byly méně často přeplněné, měly lepší kvalitu bydlení uvnitř bytu, jejich děti měly lepší přístup ke čtivu a měly více sousedských problémů. Rodiny bez case managementu měly lepší kvalitu bydlení zvenku.

Co se týče dalších faktorů, které ovlivňovaly výsledky, regresní analýzou se prokázala silná souvislost mezi velikostí rodiny a přeplněností domácnosti, finanční dostupností bydlení a kvalitou bydlení zvenku. Rodiny s malým dítětem do 3 let se častěji stěhovaly, častěji bydlely přechodně u příbuzných či známých, bydlení bylo pro ně finančně hůře dostupné, častěji byly přeplněné a měly horší bydlení zvenku. Deprese pečující osoby souvisela se zhoršenou finanční dostupností bydlení a vnitřní kvalitou bytu. Nakonec, extrémně chudé rodiny bydlely častěji u příbuzných či známých a bylo u nich častější bezdomovectví (Fowler et al. 2015).

Shrnutí efektů programů zabydlování v zahraničí

V dostupné literatuře není popsán pro rodiny s dětmi design intervence, který by přesně odpovídal projektu Rapid Re-Housing, tedy přidělení městského bytu s finančně dostupným nájemným a bez kauce, podpora ve formě příspěvku a doplatku na bydlení bez časového omezení se silně preferovaným mechanismem přímé platby a case managementu v modelu Housing First. Navíc většina evaluací sleduje střednědobé a dlouhodobé efekty, žádná z nich nesledovala dopady po šesti měsících. Přesto však lze na základě designu projektů shrnout hlavní očekávatelné efekty.

Zlepšení kvality bydlení vede ke snížení problémů s chováním u chlapců, celkovému snížení úrazovosti dětí a snížení výskytu astmatických záchvatů u dětí. **Zlepšuje se subjektivně hodnocený zdravotní stav u dospělých a snižuje se míra psychosociálního stresu.** Zvyšuje se bezpečnost rodin a výskyt sociálně-patologických jevů v přímém sousedství.

U posuzovaných studií **nebyl vysledován jednoznačný dopad na zaměstnanost dospělých členů domácností.** Menší intervence s evaluačním designem měření před a po intervenci reportovaly zlepšení zaměstnanosti matek. Na druhou stranu, kontrolovaný experiment Family Options Study ve větvi srovnání preferenčního přidělení příspěvku na bydlení vedl ke snížení zaměstnanosti matek, vyššímu čerpání sociální podpory a snížení ekonomického stresu rodiny a potravinové nejistoty. Část studií zjistila **snížení školní fluktuace a zlepšení školní docházky dětí**, ne vždy však zlepšení chování dětí (to se liší podle věku při stěhování, pohlaví a charakteristikou místa nastěhování). Částečně bylo reportováno i snížení výskytu úzkostí a depresí u dětí.

Co se týče **prevence institucionalizace dětí a znovusjednocení rodin**, obě velké experimentální studie ukázaly efekt nastěhování/intenzivnější podpory na počet dětí žijících mimo rodinu. Jednoznačně byl prokázán efekt prevence rozdělení rodin, u návratu dětí do rodin jsou však výsledky smíšené.





3. Teorie změny projektu Rapid Re-Housing a očekávané krátkodobé dopady

Základní teorie změny experimentu byla shrnuta v projektové žádosti: “**Stabilní a finančně dostupné bydlení společně se službami v počátcích zabydlování přinese individuální změny v oblastech školní úspěšnosti, zdraví, snížení počtu dětí v ústavní výchově (prevence odebrání či návrat dětí), ekonomickou stabilitu, aktivnější spolupráci s institucemi a další.**” Dále byla předpokládána změna v následujících oblastech:

- Intervence zlepší stabilitu bydlení a kvalitu života u většiny podpořených osob.
- Intervence povede k navracení dětí z ústavní či pěstounské péče a bude předcházet jejich odebrání.
- Díky intervenci se zlepší školní docházka dětí.
- Intervence zlepší ekonomickou stabilitu rodin (zaměstnatelnost, práce se zadlužeností).
- Intervence přispěje ke stabilizaci rodinných rozpočtů.
- Intervence uspoří veřejné prostředky.

3.1 LOGIKA PROGRAMU

Filosofie programu předpokládá, že bydlení a case management jsou základní platformou pro řešení dalších problémů⁸. Hlavními teoretickými principy modelu Housing First jsou:

1. Okamžité zajištění bydlení a služeb, které respektují volbu klienta
2. Oddělení bydlení a klinických služeb (péče)
3. Poskytování podpory a léčby s orientací na zotavení
4. Facilitace integrace do komunity (Aubry, Nelson, a Tsemberis 2015)

Podobně jako u programů příspěvku na bydlení a Rapid Re-Housing, který testovala Family Options Study, je hlavním modelem změny to, že stabilizace v bydlení (spojená se zlepšením kvality bydlení) může vést k řadě dalších výsledků. Brněnský projekt, který uplatňuje model Housing First pro rodiny s dětmi však počítá s intenzivním case managementem. V tom se shoduje s klasickými programy Housing First.

Mezi hlavní aktivity Housing First patří:

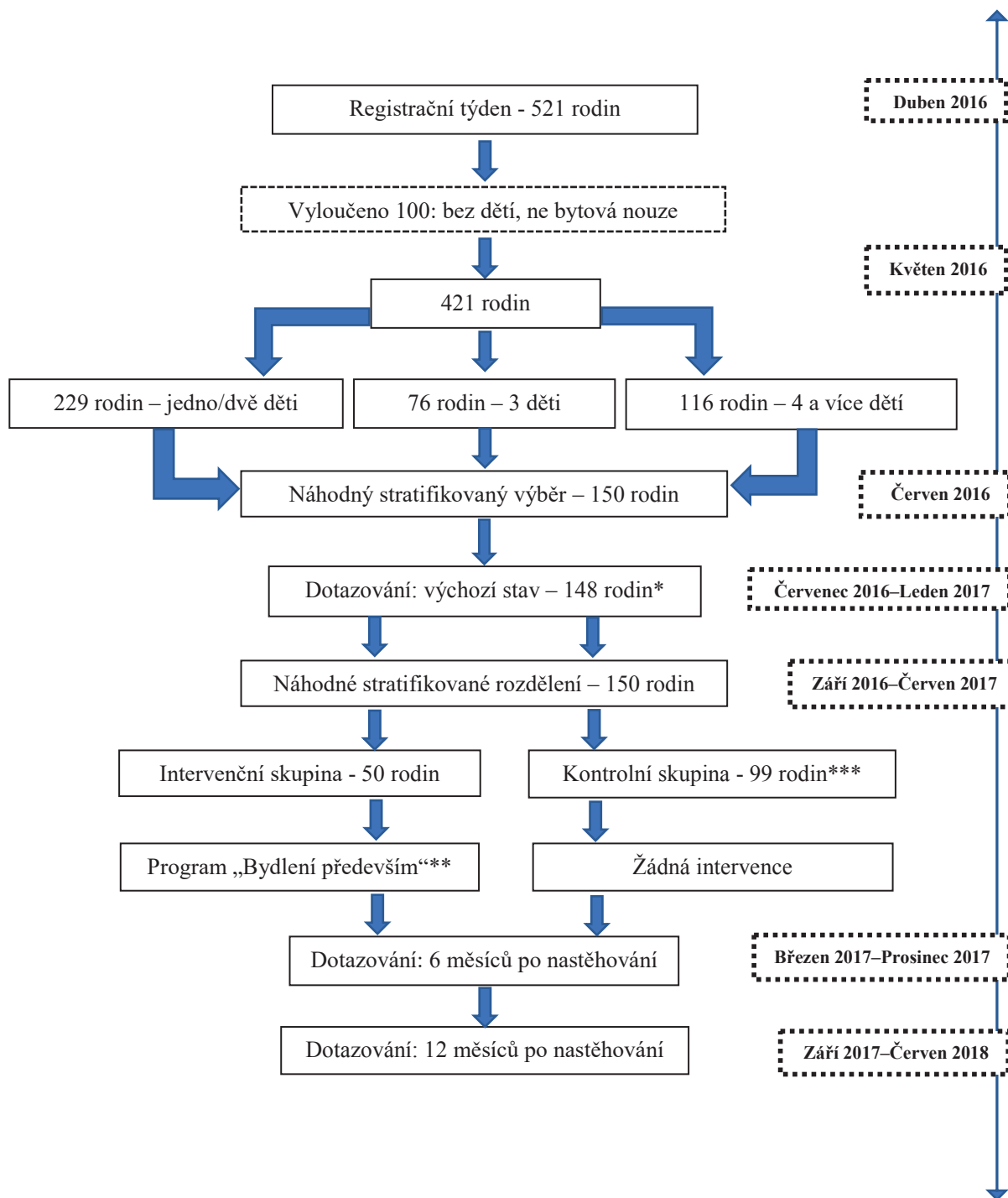
1. Poskytování podpory na základě filosofie volby, zotavení a integrace do komunity
2. Poskytnutí širokého spektra podpory (v případě původního modelu klinické podpory) a služeb souvisejících s udržením bydlení a napojení klientů na další služby (např. zdravotní a sociální péče), komunitní zdroje (např. práce a vzdělání) a neformální zdroje podpory (podpora rodiny či peer pracovníků)
3. Adherence ke standardům věrnosti programu

⁸ Základní dimenze při zkoumání efektivnosti programů housing first dle Quilgars a Pleace (2016) jsou následující:

- Schopnost udržení bydlení (housing retention), v našem případě obnovení nájemní smlouvy po roce
- Zlepšení zdraví a životní spokojenosti
- Zlepšení sociální integrace
- Nákladová efektivita

Tyto aktivity potom vedou okamžitě k: „novým vztahům s majiteli a sousedy, rozvoji pracovního spojení s podpurným pracovníkem, snížení užívání pohotovostních služeb, hospitalizací a interakcí s policií, vyšší účasti na léčbě a zlepšení dostupnosti systému sociálních dávek. Ve střednědobém a dlouhodobém horizontu by pak měl program vést ke zvýšení integrace v komunitě, sociální podpory a kvality života a zlepšení zdravotního stavu a fungování.“ (Aubry, Nelson, a Tsemberis 2015)

Časová osa projektu



* Nepodařilo se najít 2 respondenty

** Vyloučení: 1 rodina se nechtěla účastnit experimentu a náhradní rodina

*** Jedna rodina byla vyloučena ex post (nebyla v situaci bez domova)

3.2 OČEKÁVANÉ PRIMÁRNÍ VÝSLEDKY

Primární výsledky byly definovány na základě rešerše zahraničních studií. Nastěhování rodin do bytů a jejich podpora ve formě intenzivního case managementu s vysokou věrností programu Housing First by měly vést k ukončení bezdomovectví rodin, zlepšení jistoty bydlení rodin, snížení psychosociálního stresu matek a snížení využívání pohotovostních zdravotních služeb.

Hlavním očekávaným výsledkem projektu je vysoká míra udržení bydlení u intervenčních rodin projektu.

Indikátory primárních výsledků:

Q3: Počet měsíců, které daná domácnost strávila bez domova (podle typologie ETHOS).

Q5: Subjektivně vnímaná jistota bydlení.

Q54: Míra psychosociálního stresu matek.

Q55: Souhrnný počet využití pohotovostních služeb a hospitalizací u všech členů rodiny.

3.3 OČEKÁVANÉ SEKUNDÁRNÍ VÝSLEDKY

Sekundární výsledky sledují dopady programu na stabilitu a kvalitu bydlení rodin, na zdraví a kvalitu života rodičů a dětí, na sociální integraci rodičů, ekonomickou stabilitu rodin, institucionalizaci dětí a školní docházku dětí.

Zlepšení stability bydlení rodin

Rodiny v intervenční skupině se nastěhují do bytů a bude jim poskytnuta podpora ve formě intenzivního case managementu s vysokou věrností programu Housing First. To povede ke zlepšení stability bydlení rodin. Testování je obsaženo v **kontrole primárních výsledků**.

Podpůrné indikátory zlepšení stability bydlení rodin

Q1: Počet stěhování za posledních 6 měsíců.

Q2a, b: Počet měsíců, které rodina strávila v běžném bydlení.

Q2c: Geografická rezidenční nestabilita.

Q4: Výskyt krizových situací, kdy rodina neví, kde bude daný večer spát.

Zlepšení kvality bydlení rodin

Přestěhování ze situace bytové nouze do městských bytů zlepší kvalitu bydlení rodin.

Hlavními indikátory pro testování jsou:

Q9: Výskyt problémů spojených s nekvalitním bydlením.

Q8: Subjektivně hodnocený stav bydlení.

Podpůrné indikátory zlepšení kvality bydlení rodin:

Q7: Přístup k vlastnímu příslušenství – tekoucí a teplé vodě, elektřině, záchodu, koupelně a kuchyni.

Q10: Podlahová plocha bydlení.

Q61: Vybavenost domácnosti vlastní postelí pro každého člena rodiny.

Q62: Oddělené spaní dětí a dospělých.

Q60: Vnější bariéry dobrého spánku související s nekvalitním bydlením / bytovou nouzí.

Q73: Subjektivně vnímaná bezpečnost v okolí bydliště.

Q74: Výskyt drog v okolí bydliště.

Q76: Počet vloupání během předchozích 6 měsíců.

Zlepšení zdraví a kvality života rodičů a dětí

Lidé, kteří jsou v adekvátním, finančně dostupném a bezpečném bydlení a mají přístup k různým typům sociální podpory, mají lepší zdravotní stav než ti, kteří bydlení a sociální podporu nemají. Housing First se zaměřuje na nabytí ontologické jistoty zajištěním domova namísto ubytování a zaměřením na sociální integraci (Quilgars a Pleace 2016, 33). Lidé s dobrou emoční podporou včetně sexuálních vztahů, rodinných vztahů a sítí přátelství, kteří mají přístup k praktické pomoci a radám, kteří cítí, že si jich ostatní váží a jsou v emočním bezpečí, jsou méně nemocní a lépe se z nemoci zotavují (Cohen, S. and Wills, T. 1985 in Pleace a Quilgars 2015).

Hlavními indikátory pro testování jsou:

Q54: Míra psychosociálního stresu matek/pečujících osob.

Q55: Souhrnný počet využití pohotovostních služeb a hospitalizací u všech členů rodiny.

Q50: Subjektivně vnímaný zdravotní stav.

Děti Q34-Q45: Výskyt astmatu a zranění u dětí.

Podpurnými indikátory jsou:

Děti Q8: Zdravotní stav dětí (počet dětí, u kterých je reportováno zlepšení zdravotního stavu).

Q51: Zdravotní problémy, které lze přisuzovat špatnému bydlení (astma, zdravotní potíže související se špatným spánkem, infekční onemocnění).

Q60: Spánek dospělých.

Děti Q9: Spánek dětí.

Q64: Výskyt problémů s alkoholem.

Q69: Celková spokojenost se životem.

Q83: Locus of control.

Zlepšení sociální integrace rodičů

Programy Housing First by měly díky normalizaci bydlení a životních podmínek klientů přispívat k integraci v následujících oblastech:

- Přijetí komunitou
- Participace v komunitě
- Ekonomická participace
- Politická participace

(Quilgars a Pleace 2016, 36)

V rámci Rapid Re-Housing se očekávalo zlepšení v prvních dvou oblastech, vzhledem k tomu, že naprostá většina matek je na mateřské či rodičovské dovolené, případně celodenně pečují o děti, podobně jako u rešeršovaných programů pro rodiny jsme nepředpokládali dopad na zaměstnanost ani na politickou participaci.

Hlavními indikátory jsou:

Q82: Míra anomie.

Q88: Účast na komunitních setkáních.

Podpurnými indikátory jsou:

Q86, 87: Frekvence návštěv od jiných osob, než jsou sousedi a rodinní příslušníci, kteří bydlí na stejné adrese a k nim.

Q70, 71: Důvěra v ostatní.

Q84: Počet důvěryhodných osob.

Q72: Víra v altruismus druhých.





Zlepšení ekonomické stability rodin

Hlavními indikátory jsou:

Q36: Částka, která rodinám měsíčně chybí na pokrytí základních potřeb.

Q44: Počet dní v měsíci, kdy rodina má hotovost.

Podpůrné indikátory:

Model pro zaměstnatelnost: Intervence povede k lepší zaměstnatelnosti dospělých členů rodin díky tomu, že selepší jejich stav v oblasti fyzického i duševního zdraví, sníží se stres, budou moci lépe spát a také budou mít lepší adresu trvalého bydliště při hledání práce. Stabilní bydlení spolu s motivační sociální prací budou lépe motivovat rodiny k hledání zaměstnání. Současně nečekáme po 6 měsících dopady na zaměstnanost. Moderující proměnnou v tomto případě bude přítomnost či absence exekuce (Q49).

Q26: Sníží se výskyt pracovní neschopnosti ze zdravotních důvodů, nemožnosti pracovat kvůli problémům s bydlením a nemožnosti najít práci z jiných důvodů, které souvisejí s bytovou nouzí.

Q28: U domácností, které nejsou postiženy exekucí, se zvýší aktivita při hledání práce.

Model pro finanční stabilitu: V městských bytech budou domácnosti platit nižší nájem než v ubytovnách, což celkovělepší jejich finanční stabilitu. Současně budou jejich příjmy díky pobírání příspěvku na bydlení předvídatelnější. Zavedení přímé platby u intervenčních rodin také povede ke stabilizaci rodinných rozpočtů: díky přímé platbě a case managementu budou celkové výdaje intervenčních rodin na bydlení (Q35) lépe pokryté dávkami na bydlení (příspěvek na bydlení, doplatek na bydlení). Tyto změny povedou ke zvýšení reziduálního příjmu, snížení využívání zastaváren a krátkodobých půjček, a snížení času, po který rodina neměla během předchozího měsíce peníze. Díky postupné stabilizaci finanční situace a case managementu selepší i kontrola rodin nad svými dluhy.

Q34 + Q35: Výše reziduálního příjmu u domácností, které nepobírají dávky pomoci v hmotné nouzi (celkový příjem – celkové výdaje na bydlení).

Q34 + Q35: Rozdíl mezi příjmy z dávek na bydlení a celkovými výdaji na bydlení.

Q39: Poměr rodin, které mohly zaplatit školním dětem kroužky a školní výlety.

Q41: Využívání zastaváren.

Q42: Výskyt krátkodobých půjček.

Q43: Výskyt krátkodobých půjček u jiných lidí než příbuzných a známých a také výskyt půjček na úrok.

Q48: Kontrola rodin nad dluhy.

Znovuujednocení rodin, respektive prevence institucionalizace

Hlavní indikátory:

Q18: Počet dětí, které se přistěhovaly z ústavní či pěstounské péče.

Q19: Počet dětí odebraných z rodin do ústavní či pěstounské péče.

Podpůrné indikátory:

Děti Q1 a Q5: Počet dětí, které žijí mimo rodinu; počet dní, které strávily děti žijící v ústavní péči v rodině. Během Registračního týdne dotázané Orgány sociálně-právní ochrany dětí identifikovaly řadu rodin, jejichž děti aktuálně bydlely v institucích či v pěstounské péči a v případě, že by jejich rodiče získali standardní bydlení, nebyly další závažné důvody, které by bránily návratu dětí do péče rodičů. Jinými slovy, byla identifikována řada odloučených rodin, jejichž znovusjednocení brání právě absence bydlení. Naší hypotézou proto bylo, že zabydlení povede k návratu dětí z institucionální péče či pěstounské péče do péče rodičů.

U rodin, kde existují další bariéry navrácení dětí do péče rodičů, jsme očekávali, že zabydlení a case management povedou k postupnému zotavování, kterélepší šance na návrat dětí z institucí či pěstounské péče k rodičům, respektive sníží riziko odebrání dítěte.

Další modely prevence institucionalizace, respektive znovusjednocení rodin vycházejí z níže představených modelů zlepšení školních výsledků, pracujeme zejména s modelem zlepšení finanční dostupnosti bydlení a efekty sousedství na institucionalizaci dětí.

Zlepšení školní docházky a zlepšení školních výsledků u dětí

Mezi hlavní krátkodobé dopady zabydlení rodin bylo zahrnuto **zlepšení školní docházky**, mezi střednědobé potom **zlepšení školních výsledků dětí**.

Hlavní indikátory:

Děti Q13: Děti budou raději chodit do školy.

Počet zameškaných hodin u školních dětí.

Podpůrné indikátory dopadu intervence na školní participaci dětí a jejich chování:

Děti Q16: Čas strávený děláním domácích úkolů.

Děti Q18: Čas, který stráví rodiče pomáháním dětem s domácími úkoly.

Děti Q24: Účast dětí na mimoškolních aktivitách/kroužcích.

Děti Q28: Samostatné trávení volného času u dětí.

Děti Q31: Problémy dětí s chováním ve škole a doma.

Děti Q33: Četnost návštěv kamarádů u dětí doma.

4. Sběr dat, situace kontrolní skupiny

Přístup do projektu měly všechny rodiny v bytové nouzi na území města Brna, které jsme navštívili během Registračního týdne v dubnu 2016 (celkem 421 rodin). Nerozhodovala jiná kritéria než to, zda se rodina chce přihlásit do slosování o účast v projektu, zda je opravdu v bytové nouzi a zda je ochotna přijmout k bydlení i podporu sociální služby. Sociálně-zdravotní komise Magistrátu města Brna vylosovala v červnu 2016 celkem 50 rodin do intervenční skupiny a 100 rodin do skupiny kontrolní.

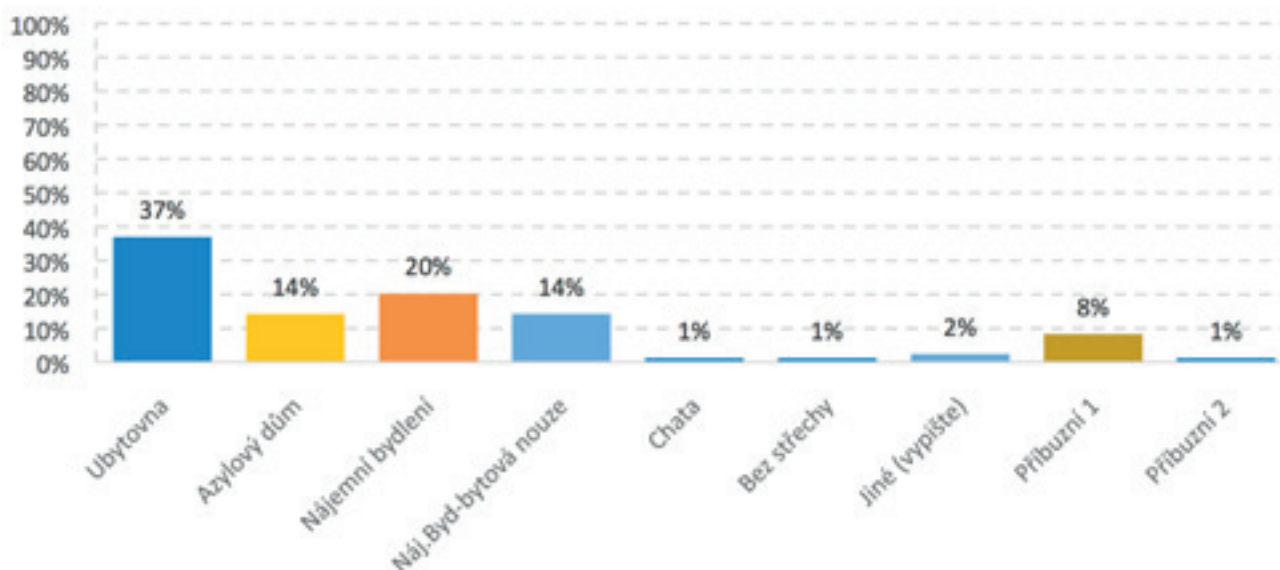
4.1 POSTUP SBĚRU DAT PO ŠESTI MĚSÍCÍCH

V období ledna – prosince 2017 probíhalo dotazování po šesti měsících od nastěhování. Intervenční rodiny byly dotazovány šest měsíců od začátku platnosti nájemní smlouvy, kontrolní rodiny byly k intervenčním rodinám časově přiřazeny. Výzkumný nástroj byl konzultován s vědeckou radou projektu. Dotazování se týkalo celkem 149 rodin (u jedné rodiny bylo zjištěno chybné zařazení do kontrolní skupiny, protože v době dotazování baseline rodina již měla nájemní bydlení). Celkově se podařilo dotázat 49 rodin z intervenční skupiny a 84 rodin ze skupiny kontrolní. Jedna rodina z intervenční skupiny nebyla dosažitelná pro dotazování v období léta-podzimu 2017, nakonec kvůli nesplacenému dluhu na nájmu musela projekt opustit – nebyla jí prodloužena nájemní smlouva. 15 rodin z kontrolní skupiny se nepodařilo dotázat z různých důvodů – část byla nezvěstná či nedohledatelná, dvě respondentky byly ve výkonu trestu a pro dotazování po šesti měsících se nepodařilo je kontaktovat (s těmito dvěma respondentkami naopak bylo provedeno dotazování po 12 měsících), několik respondentek se již nechtělo dále účastnit výzkumu i přes nabízenou finanční odměnu za dotazování. Na druhou stranu výzkumný tým byl schopen dohledat naprostou většinu respondentek v kontrolní skupině, a to i mimo Brno, jedno dotazování probíhalo například v Berouně.

4.2 SITUACE KONTROLNÍ SKUPINY – TREATMENT AS USUAL

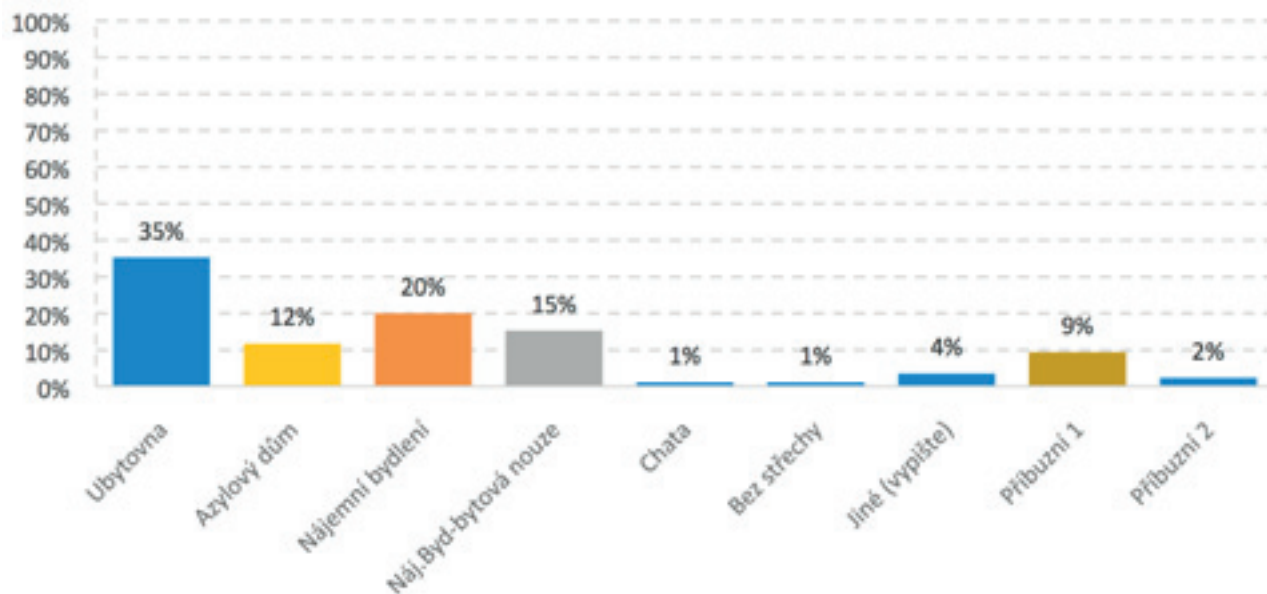
Zatímco intervenční skupině byla nabídnuto nastěhování do nájemního bytu města Brna a intenzivní case management v modelu Housing First, kontrolní skupině nebyla poskytována ze strany projektu žádná intervence. Rodiny v kontrolní skupině participovaly na projektu jen při vyplňování dotazníku s následnou finanční kompenzací. Předpokladem tedy zůstává, že zatímco u intervenčních rodin bude docházet ke zlepšování stavu v mnoha rovinách, u kontrolních rodin se nebude nic významného měnit.

Typ bydlení - před šesti měsíci (Kontrolní skupina)



Pozn. Příbuzní 1 – Přejížděné bydlení u známých/příbuzných ve stejném pokoji. Příbuzní 2 - Přejížděné bydlení u známých/příbuzných v odděleném pokoji.

Typ bydlení nyní (Kontrolní skupina)

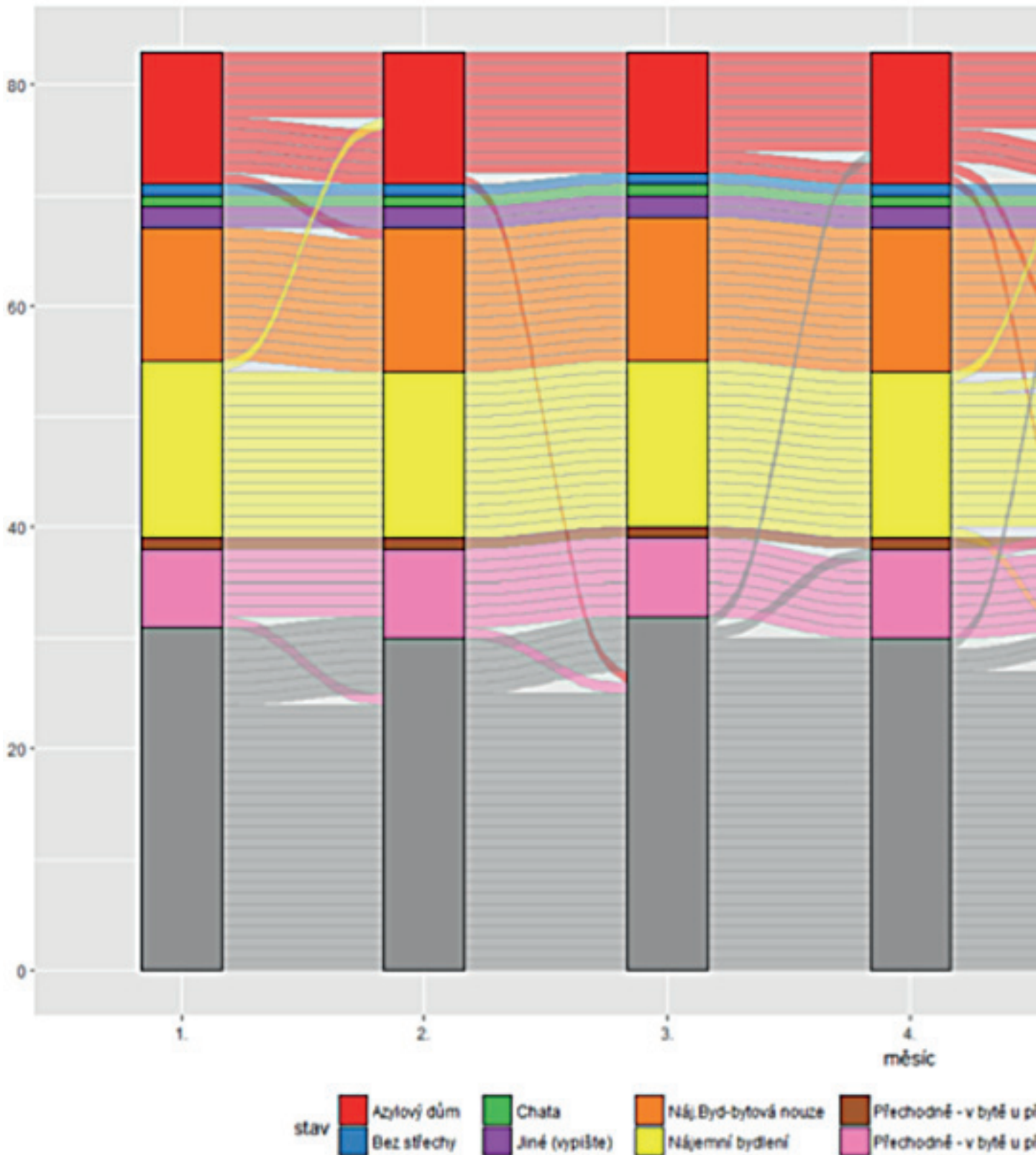


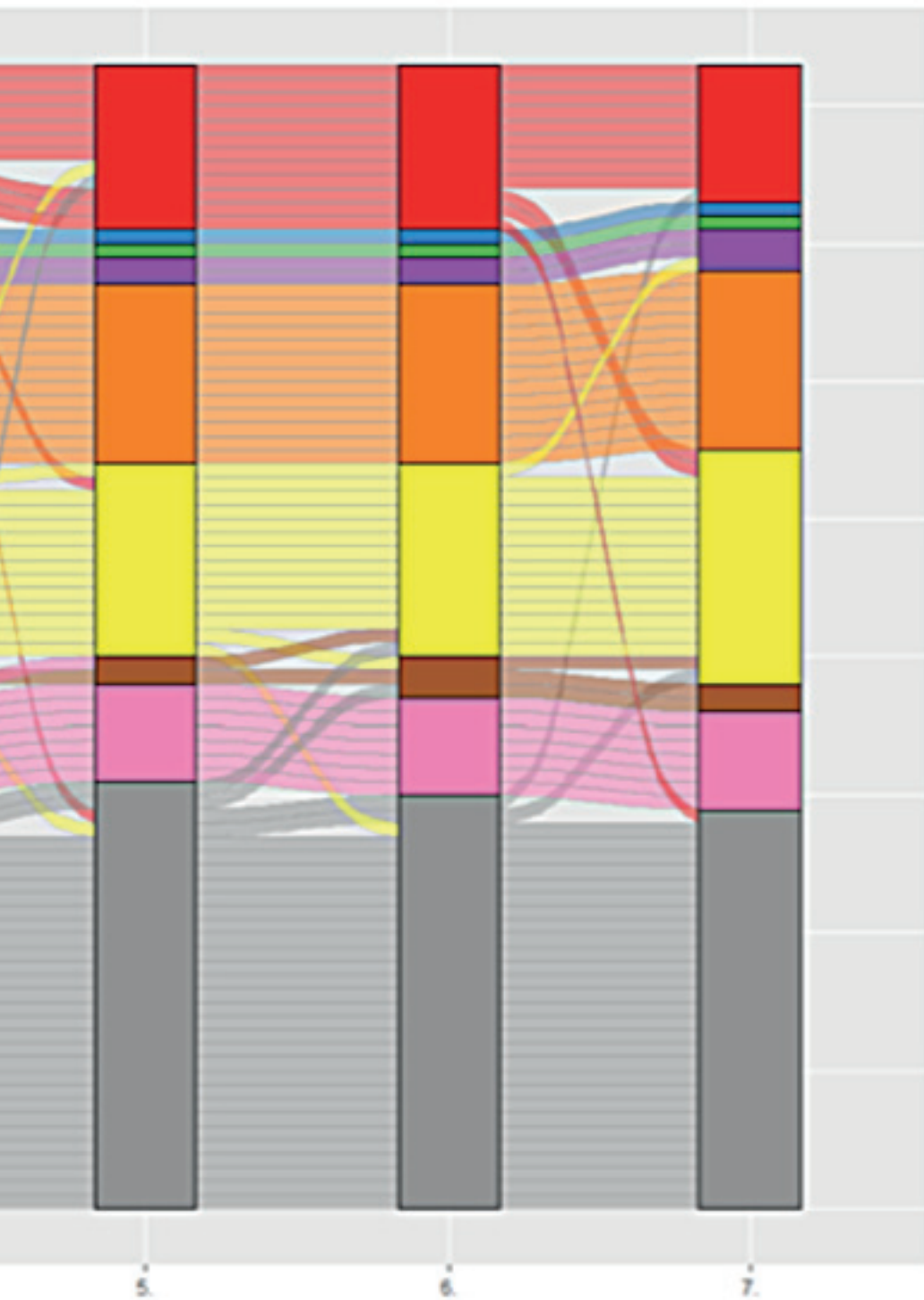
Pozn. Příbuzní 1 – Přejížděné bydlení u známých/příbuzných ve stejném pokoji. Příbuzní 2 - Přejížděné bydlení u známých/příbuzných v odděleném pokoji.





Následující graf ukazuje přelivy domácností z kontrolní skupiny mezi jednotlivými formami bytové nouze / bydlení. Jeden pramen odpovídá jedné kontrolní domácnosti. Z grafu je patrná poměrně vysoká stabilita v bydlení i bytové nouzi. Nejvíce domácností se stěhovalo z ubytoven, a to do přechodného bydlení k příbuzným či známým, ve dvou případech do azylového domu a do nájmu. Dvě domácnosti se naopak dostaly z přechodného bydlení na ubytovnu. Do azylového domu se dostávaly domácnosti z nájemního bydlení a ubytovny, z azylového domu pak odešly tři domácnosti na ubytovnu a tři domácnosti do nájemního bydlení.





Ibuznych/známých v odděleném pokoj
 Ibuznych/známých ve stejném pokoj

Ubytovna



5. Vyhodnocení dopadů zabydlení po šesti měsících (Treatment on treated)

Výsledky rodin, které se nastěhovaly do nájemních bytů města Brna a byly podpořeny intenzivním case managementem v modelu Housing First, měříme oproti rodinám, které se projektu neúčastnily. V následující kapitole postupně představujeme primární a sekundární výsledky po šesti měsících od zabydlení. U primárních výsledků se zaměřujeme na výskyt a délku bezdomovectví, subjektivně vnímanou jistotu bydlení, psychosociální stres matek, využívání pohotovostních služeb a hospitalizace. U sekundárních potom na stabilitu bydlení rodin, kvalitu bydlení rodin, zdraví a kvalitu života rodičů a dětí, sociální integraci rodičů, ekonomickou stabilitu rodin, znovusjednocení rodin, prevenci institucionalizace, školní docházku a školní výsledky u dětí.

U intervenčních a kontrolních rodin zapojených do výzkumu jsme identifikovali čtyři typy životních situací z hlediska stability v bydlení:

1. Rodina zůstává v nejistých bytových podmínkách, její situace se nadále zhoršuje.

Paní Markéta žije se svým manželem, dcerou (9let) a synem (6 let) v nevyhovujícím nájemním bydlení. Jejich životní podmínky se kontinuálně zhoršují. „Je tady strašná šikana ze strany majitele domu. Topení tady nejde, teplou vodu nepouští, elektřinu taky vypíná. V bytech jsou plísně, štěnice a švábi.“ Děti jsou často nemocné (nachlazení).

2. Rodina zůstává v nejistých bytových podmínkách, její situace je stabilizovaná.

Paní Petra žije s přítelem, synem (21 let) a dvěma dcerami (14 let, 8 let) v podnájemním bydlení. Byt je vlhký a velice nevyhovující (jednopokojový). S přítelem spí na matraci v jedné společné místnosti s dětmi. Nevyhovuje jim ani lokalita, kterou považují za problematickou (krádeže, problémy se sousedy). Bydlení však mají stabilizované, majitel se do bytu již nechce vracet. Je také ochoten počkat se zaplacením nájmu v případě pozdní výplaty dávek na bydlení.

3. Rodina získala stabilní bydlení svépomocí.

Paní Janě, která žije se svým novým přítelem a dcerami (2 roky, 6 měsíců), se po dvou letech na ulici a měsících života u příbuzných podařilo získat nájemní bydlení. Kladně hodnotí přístup na zahradu, solidní jednání majitele a možnost trvalého pobytu. Jistou nevýhodou spatřuje ve větší vzdálenosti od centra města, která v ní zanechává pocity izolovanosti. V okolí také podle ní není dostatek lékařů.

4. Rodina získala stabilní bydlení prostřednictvím programu Rapid Re-Housing.

Paní Renata je samoživitelka. Stará se o syna (17 let) a dvě dcery (8 let, 7 let). „*Já jsem byla tenkrát úplně na dně. Střídala jsem azylové domy. Tím, že jsem dostala tento byt, tak je to o něčem jiném. Děti jsou klidnější ve škole.*“ Paní Renatě se líbí, že je byt rekonstruovaný. Nevyhovuje jí však lokalita, ve které je byt situován.

5.1 PRIMÁRNÍ VÝSLEDKY

5.1.1 Snížení výskytu a délky bezdomovectví podle ETHOS

Intervence jednoznačně vedla ke snížení výskytu a délky bezdomovectví rodin. Zatímco kontrolní rodiny strávily bez domova v průměru 5,6 měsíců od dotazování baseline, intervenční rodiny pouze 1,3 měsíce⁹.

Otázka/Proměnná	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Jak dlouho jste byli bez domova od posledního dotazování (měsíce)	1,3 měs.	5,6 měs.	- 4,3 měs.	0,0012

5.1.2 Zlepšení subjektivně vnímané jistoty bydlení

V otázce 5 byl dotaz, zda se respondent/ka domnívá, že bude moci na místě bydlet tak dlouho, jak on/ona bude chtít. Zatímco 98% intervenčních rodin si bylo svým bydlením jisté, u kontrolní skupiny to bylo pouze 37%

Otázka/Proměnná	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Jistota bydlení pozitivní	0,98	0,37	+ 0,61	<0,0001

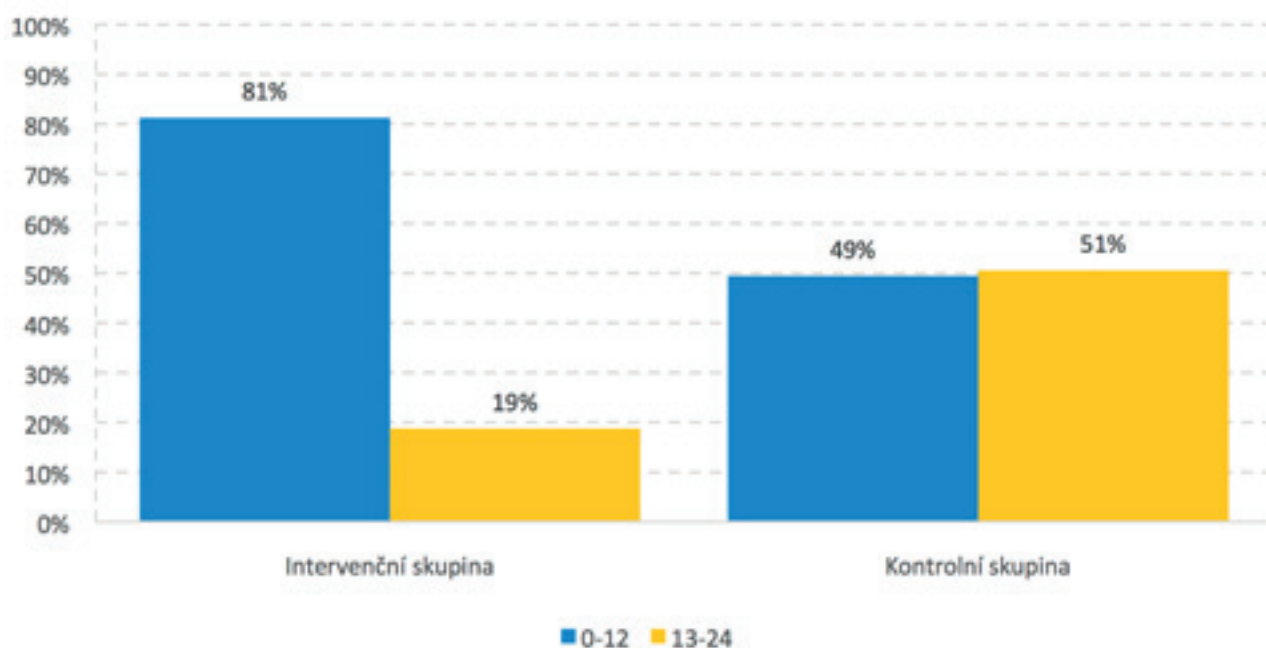
5.1.3 Snížení míry psychosociálního stresu matek

Respondentky/respondenti v intervenční skupině reportují výrazné zlepšení duševního zdraví měřeného pomocí Kesslerovy škály psychosociálního stresu (K6) v průměru o 5,57 bodů Kesslerovy škály (maximální počet bodů je 24). O 32% se snížil podíl matek z intervenční skupiny, které jsou v pásmu vysoké míry psychosociálního stresu oproti skupině kontrolní. Zlepšení se projevuje nejen v celkové hodnotě indexu, ale i ve všech jednotlivých otázkách. Intervence již v krátkodobém horizontu vedla ke snížení míry psychosociálního stresu, respektive ke zlepšení duševního zdraví pečujících osob (více v Průběžné evaluační zprávě 1, s. 34-35).

⁹ Pro interpretaci dat je nutné připomenout, že intervenční i kontrolní rodiny byly dotazovány v podobný čas, ale zatímco dotazování baseline probíhalo před tím, než se rodina dozvěděla, zda byla vylosována do bytu, následné dotazování proběhlo šest měsíců po reálném nastěhování. To v části případů znamenalo, že i intervenční rodiny zůstávaly několik měsíců po dotazování baseline v bezdomovectví. Vedle toho se objevil i případ, kdy nastěhování do bytu následovalo až několik měsíců po začátku platnosti nové nájemní smlouvy – klientka připravovala byt a mezitím bydlela u příbuzných. Proto hodnota u intervenčních rodin není nulová.

Otázka	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
K6 index	0 až 24	7,08	12,65	- 5,57	<0,0001
K6 kategorizovaný	Kategorie 13-24 (vysoké ohrožení)	0,19	0,51	- 0,32	0,0003

Kesslerova škála psychosociálního stresu



5.1.4 Snížení využívání pohotovostních služeb a hospitalizací

Rodiny v intervenční skupině během prvních šesti měsíců od nastěhování využívaly méně krizových zdravotních služeb a měly méně hospitalizací. Počet odvozů sanitkou klesl z 0,68 na rodinu na 0,18 na rodinu během půlroku. Počet hospitalizací klesl z 0,56 na rodinu na 0,18 na rodinu. Přepočteno na 50 rodin, intervence ušetřila 25 výjezdů ambulance a 19 hospitalizací. Zatímco rozdíl v počtu hospitalizací v nemocnici je jednoznačně statisticky významný, rozdíl v počtu odvozů sanitkou je na hranici statistické významnosti.

Otázka	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota ¹⁰
Ošetření na pohotovosti	Počet/ 6měs	1,02	1,95	- 0,93	0,183 (Mann-Whitney)
Odvezení sanitkou	Počet/ 6měs	0,18	0,68	- 0,5	0,066 T-test
Hospitalizování v nemocnici	Počet/ 6měs	0,18	0,56	- 0,38	0,007 T-test

5.2 SEKUNDÁRNÍ VÝSLEDKY

5.2.1 Zlepšení stability bydlení rodin

Podpůrné indikátory zlepšení stability bydlení rodin:

Q1: Počet stěhování za posledních 6 měsíců

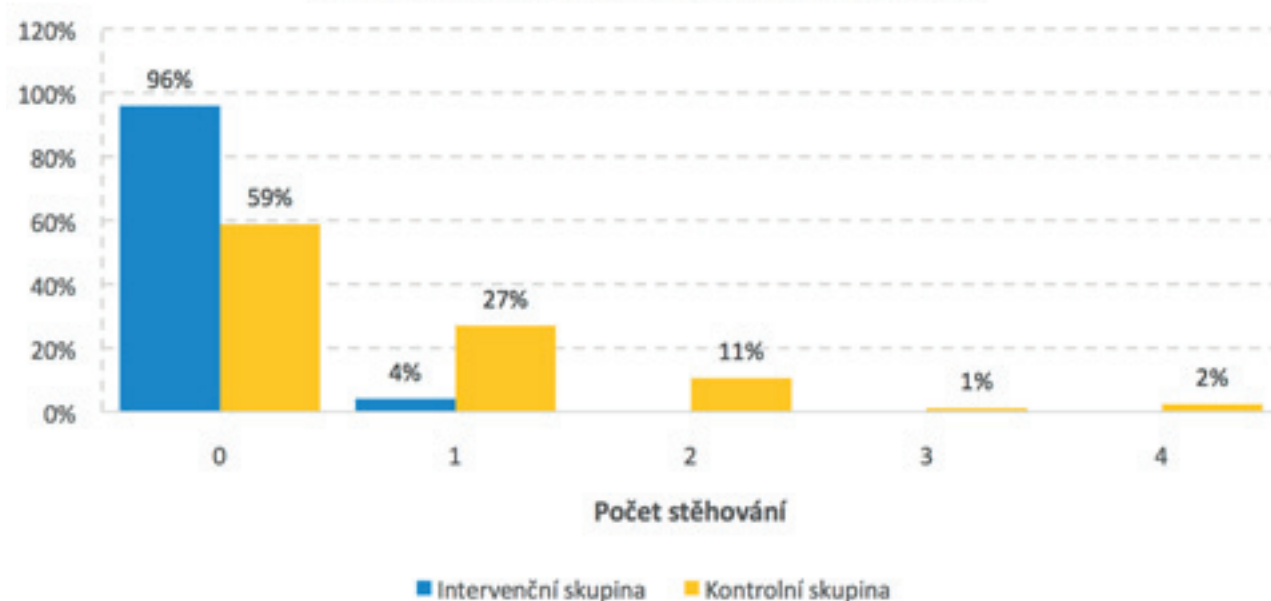
Intervence vedla ke snížení počtu stěhování během šesti měsíců před dotazováním: zatímco intervenční rodiny se nestěhovaly, kontrolní rodiny se stěhovaly v průměru 0,61x za šest měsíců před dotazováním.

Otázka/Proměnná	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Počet stěhování	0,04	0,61	- 0,57	<0,0001

¹⁰ Kromě subjektivního zlepšení zdravotního stavu reportují rodiny v intervenční skupině také statisticky významné snížení využití zdravotních služeb. Mann-Whitney test není ovlivněn přítomností odlehlých pozorování (pozn.: na druhou stranu má menší statistickou sílu). S výjimkou ošetření na pohotovosti jsou výsledky robustní a nejsou ovlivněny přítomností odlehlých pozorování.

Otázka	Škála	Průměr kontrolní	Průměr intervenční	T-test P-hodnota	Mann-Whitney P-hodnota
Ošetření na pohotovosti		1,95	1,02	0,044	0,183
Odvezení sanitkou		0,68	0,18	0,066	0,073
Hospitalizování v nemocnici		0,56	0,18	0,007	0,024
Užívali antibiotika		1,97	0,71	<0,0001	0,011

Počet stěhování za posledních 6 měsíců



Q2a, b: Intervence povede ke zvýšení počtu měsíců, které rodina strávila v běžném bydlení.

Intervence vedla k výraznému zvýšení počtu měsíců, které rodina strávila v běžném bydlení. Rodiny v intervenční skupině strávily v nájemním bydlení v průměru 5,08 měsíců za poslední půlrok. Rodiny v kontrolní skupině strávily v nájemním bydlení 1,05 měsíce.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence
Počet měsíců – Běžné bydlení	5,08	1,05	- 4,03

Q4: Výskyt krizových situací, kdy rodina neví, kde bude daný večer spát

U výskytu krizových situací za poslední rok, kdy rodina neví, kde bude daný večer spát, nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl.

Otázka/Proměnná	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Kolikrát za poslední rok jste byli s dětmi bez domova?	0,27	0,5	0,32

Stěhování jako subjektivně nejvýznamněji vnímaná změna

Stěhování bylo subjektivně nejvýznamněji hodnocenou změnou. Při bližším pohledu nabývá tato položka rozdílných kvalitativních parametrů u intervenční a kontrolní skupiny. Intervenční rodiny se stěhovaly do nájemního městského bydlení v rámci programu Rapid Re-Housing. V návaznosti na to uváděly zažívané pocity klidu, spokojenosti a jistoty (40,8 %), nabytí soukromí a většího prostoru (34,7 %), zklidnění dětí (18,4 %) a celkově zlepšení životní situace (16,3 %). Intervenční rodiny dále uváděly vybavování bytu (12,2 %), zlepšení vztahů v rodině (10,2 %) a přestěhování se na dobrou adresu (8,2 %).

Celkově mezi méně zastoupenými změnami u intervenčních rodin výrazně převládaly referenční k pozitivním změnám (81,6 %); jmenujme například nalezení práce/brigády, zlepšení finanční situace, sestěhování s partnerem, zlepšení učební morálky dětí a další. K negativním změnám (36,7 %) patřily problémy s umístěním do školy, s technickým stavem bytu, větší psychická zátěž při stěhování, problémy s bývalým partnerem či jiné.





U kontrolních rodin šlo o stěhování (někdy opakované) do azylového domu, ubytovny, k rodině, do zahraničí za prací či na chatu (30,6 %). Ve dvou případech (2,4%) skončila rodina na ulici. V 10,6% rodinám hrozilo nebo již reálně probíhalo vystěhování. Pouze v 11,8% se kontrolní rodiny stěhovaly do nájemního či podnájemního bydlení. U 16,5% kontrolních rodin nebylo v dotazníku blíže specifikované, kam se stěhují.

U kontrolních rodin se, oproti minulému dotazování, nic nezměnilo (25,9 %), či dokonce dochází ke kontinuálnímu zhoršování situace (10,6%) a opakovanému hledání bydlení (10,6 %).

U kontrolních rodin byly jako další změny uváděny nalezení práce (9,4 %), svěřením dítěte do péče jiných (Chovánek, příbuzní) (9,4 %), špatný zdravotní stav (8,2%) a výkon trestu odnětí svobody u partnerů (4,7 %). Ojedinele zmiňované změny by se rovnoměrně mohly označit za pozitivní (27,1 %) i negativní (25,9 %). Z pozitivních to jsou svatba, zlepšení psychiky a zdraví dětí, nový vztah, zlepšení bydlení (referující k pobytu v azylovém domě s vlastním sociálním zázemím) a další. Negativní změny se týkaly například problémů s technickým stavem bytu, zdravotních problémů dětí, úmrtí partnera či rozchodu s partnerem.

U obou skupin docházelo k novým těhotenstvím a narození dětí (u intervenční v 12,2 % a u kontrolní v 10,6 %).

Tabulka 1 Subjektivní změny u intervenčních rodin; N=49

Typologie změn	Absolutní hodnota (%)
Stěhování do nájemního městského bytu	38 (77,6%)
Klid, spokojenost, jistota, pocit domova	20 (40,8%)
Soukromí, více prostoru	17 (34,7%)
Zklidnění dětí	9 (18,4%)
Celkové zlepšení situace	8 (16,3%)
Přírůstek dětí v rodině, těhotenství	6 (12,2%)
Vybavování, zařizování nového bytu	6 (12,2%)
Lepší vztahy v rodině	5 (10,2%)
Dobrá adresa	4 (8,2%)
Ostatní pozitivní změny	40 (81,6%)
Ostatní negativní změny	18 (36,7%)

Tabulka 2 Subjektivní změny u kontrolních rodin; N=85

Typologie změn	Absolutní hodnota (%)
Stěhování	61 (71,8%)
Nic, vše při starém	22 (25,9%)
Kontinuální zhoršení situace	9 (10,6%)
Hledání bydlení	9 (10,6%)
Přírůstek do rodiny, těhotenství	9 (10,6%)
Práce	8 (9,4%)
Dítě v péči jiných	8 (9,4%)
Špatný zdravotní stav	7 (8,2%)
Partner ve výkonu trestu	4 (4,7%)
Ostatní pozitivní změny	23 (27,1%)
Ostatní negativní změny	22 (25,9%)

5.2.2 Zlepšení kvality bydlení rodin

Hlavní indikátory pro testování:

Q9: Výskyt problémů spojených s nekvalitním bydlením

V intervenční skupině se jednoznačně snížil výskyt problémů s nekvalitním bydlením, a to ve všech sledovaných oblastech. O 74 % se snížil výskyt plísní v domácnostech, dále se snížil výskyt problémů s podlahovými krytinami, prasklin ve zdech, zápachu, nefunkční toalety, nefungující elektřiny a nefungující vody. Například nefungující toaleta se vyskytovala u kontrolních rodin ve 26 % (22) případů, v intervenční rodině v žádné. Problémy s přístupem k tekoucí vodě se vyskytovaly v kontrolní skupině v 18 % (15) domácností.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Plesnivě zdi	0,12	0,46	- 0,34	<0,0001
Chybí dlaždice v podlaze apod.	0,1	0,38	- 0,28	0,0005
Velké díry nebo praskliny ve zdech	0,08	0,31	- 0,23	0,002
Zápach	0,08	0,39	- 0,31	0,0001
Nefungující toaleta	0	0,26	- 0,26	<0,0001
Nefungující elektřina	0,06	0,19	- 0,13	0,06
Netekoucí voda	0,02	0,18	- 0,16	0,006

Intervenční rodiny referovaly v menší míře než kontrolní rodiny o dalších problémech se stavem bytů a jiných obydlí. Jednalo se o nefunkční topení (kotel, bojler), špatně posazenou a křivou podlahu, padající omítky, či ojediněle o chybějící hlukovou izolaci, pokaženou záchodovou desku, nevhodnou dispozici bytu a podobně.

U kontrolních rodin se jednalo o problémy závažnějšího charakteru (ze zdravotního a technického hlediska). Rodiny udávaly přítomnost hmyzu a hlodavců (štěnic, švábů a potkanů) v domácnosti, malý prostor k žití, hluk, zkušenost vypínání vody majitelem bydlení a nedostatek teplé vody či problémy s elektřinou. Dále hygienicky nevyhovující prostředí, netěsnící okna, problémové sousedy a další (praskliny ve zdi, rozbité venkovní dveře, únik plynu, chybějící revizi topení...).

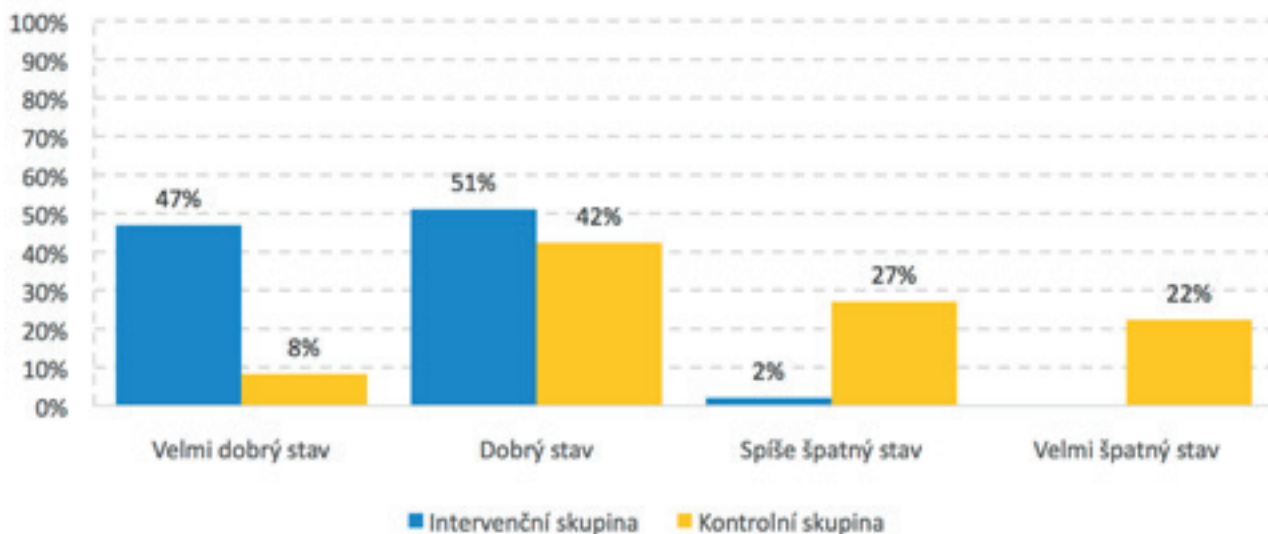
Q8: Subjektivně hodnocený stav bydlení

Subjektivně vnímaný stav bydlení se v intervenčních rodinách jednoznačně zlepšil. Na škále 1-4 hodnotily intervenční rodiny kvalitu bydlení v průměru 1,55, zatímco rodiny kontrolní 2,64.

Otázka	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Stav bydlení	(1 velmi dobrý ... 4 velmi špatný)	1,55	2,64	- 1,09	<0,0001

Zatímco 98 % (48) intervenčních rodin hodnotí své bydlení jako velmi dobré či dobré, u kontrolních rodin je to pouze 50 % (43), naopak 49 % (42) rodin z kontrolní skupiny hodnotí své bydlení jako spíše špatné nebo velmi špatné.

Jak byste ohodnotil/a stav současného bydlení?



Podpůrné indikátory zlepšení kvality bydlení rodin:

Q7: Přístup k vlastnímu příslušenství – tekoucí a teplé vodě, elektřině, záchodu, koupelně a kuchyni.

Intervence jednoznačně vedla ke zlepšení přístupu k vlastní tekoucí vodě, teplé vodě, elektřině, záchodu, koupelně a kuchyni. Největší posun byl zaznamenán právě u přístupu ke kuchyni a teplé vodě, nejnižší u přístupu k elektřině.

Otázka /Proměnná	Škála	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt	P-hodnota
Tekoucí voda	Ano vlastní	1	0,69	0,31	<0,0001
Teplá voda	Ano vlastní	1	0,63	0,37	<0,0001
Elektřina	Ano vlastní	0,98	0,76	0,22	0,0004
Záchod	Ano vlastní	0,98	0,65	0,33	<0,0001
Koupelna	Ano vlastní	1	0,66	0,34	<0,0001
Kuchyň	Ano vlastní	1	0,62	0,38	<0,0001

Tekoucí voda byla dostupná všem rodinám z intervenční skupiny. Část kontrolní skupiny musí tekoucí vodu sdílet s dalšími byty; teplá voda nebyla dostupná 10% (9) rodin, záchod, elektřina a koupelna nebyly dostupné 3% (vždy po 3) rodin z kontrolní skupiny a kuchyň 8% (7) rodin.

Q10: Podlahová plocha bydlení

Intervence vedla ke zvýšení podlahové plochy bydlení z průměrných 39 m² na rodinu o 72% na 67 m² na rodinu.

Otázka/Proměnná	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Podlahová plocha bytu / obydlí	Metry čtvereční	67	39	+ 28	<0,0001

Q61: Vybavenost domácnosti vlastní postelí pro každého člena rodiny

Rozdíl ve vybavenosti domácností vlastní postelí pro každého člena rodiny nebyl statisticky významný.

Otázka/Proměnná	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Má každý vlastní postel?	69 %	47 %	+ 22 %	0,07

Q62: Oddělené spaní dětí a dospělých

Naopak k výraznému zlepšení došlo u možnosti odděleného spaní dětí a dospělých. Zatímco v kontrolní skupině měly děti vlastní pokoj pouze v 27 % (23), v intervenční skupině se jednalo o 58 % (28), tedy zde došlo ke zlepšení o 142 %.

Otázka/Proměnná	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt	P-hodnota
Spí děti odděleně od dospělých?	0,58	0,24	+ 0,30	0,0007

Q73: Subjektivně vnímaná bezpečnost v okolí bydliště.

Subjektivně vnímaná bezpečnost v okolí bydliště byla měřena pomocí otázky „Jak bezpečně se cítíte – nebo byste se cítil/a – když procházíte po setmění sám/sama v okolí vašeho bydliště?“ U vnímání bezpečnosti došlo ke statisticky významnému zlepšení o 14 %.

Otázka/Proměnná	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Jak bezpečně se cítíte v okolí bydliště? (1 velmi bezpečně...4 velmi v nebezpečí)	2,4	2,74	0,34	0,028

Q74: Výskyt drog v okolí bydliště

Ve výskytu užívání a prodeje drog v okolí bydliště nebyl statisticky významný rozdíl, 40-50 % rodin se setkává s drogami v okolí svého bydliště.

Otázka/Proměnná	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Viděli jste někoho v okolí užívat či prodávat nelegální drogy?	0,4	0,47	0,21

Q76: Počet vloupání během předchozích 6 měsíců

Stejně tak nedošlo ke statisticky významné změně v počtu vloupání, s vloupáním se setkala 8-13 % (4–11) rodin.

Otázka/Proměnná	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Vloupání do bytu či pokoje v posledních 6 měsících	0,08	0,13	0,57

5.2.3 Zlepšení zdraví a kvality života rodičů a dětí

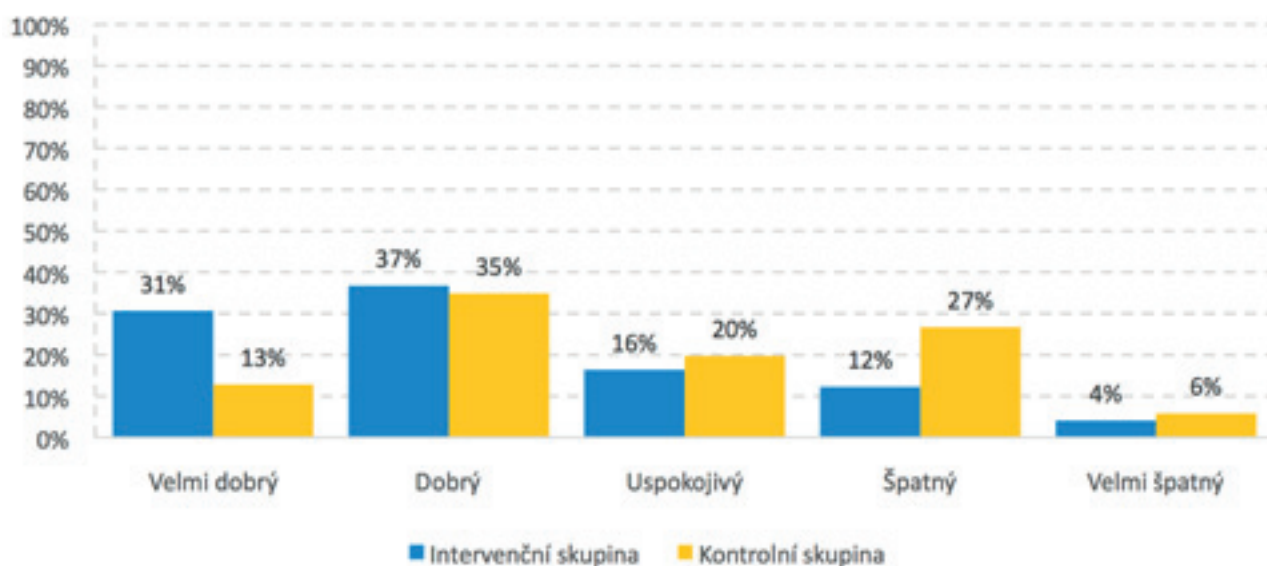
Hlavními indikátory pro testování jsou:

Q50: Subjektivně vnímaný zdravotní stav

Díky intervenci došlo ke zlepšení subjektivně vnímaného zdravotního stavu: respondenty v intervenční skupině uvádějí 25 % zlepšení celkového zdravotního stavu oproti skupině kontrolní.

Otázka	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Jaký je váš zdravotní stav?	1 velmi dobrý ... 5 špatný	2,22	2,78	- 0,56	0,007

Jaký je váš celkový současný zdravotní stav?



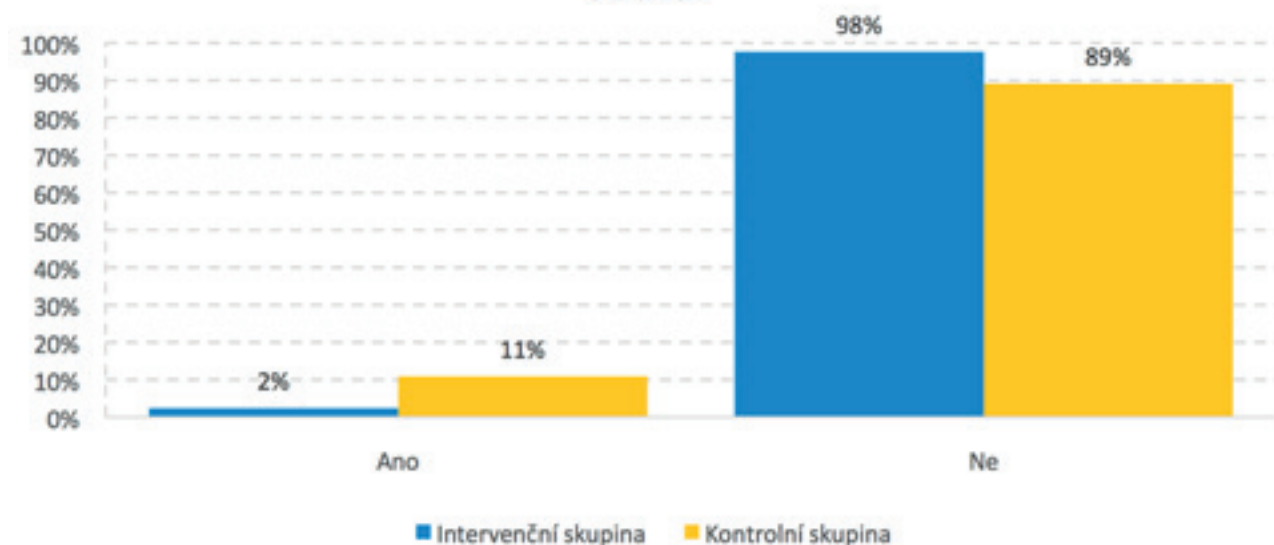
Děti Q34-Q45: Výskyt astmatu a zranění u dětí

Dotazování po šesti měsících ukázalo statisticky významný rozdíl výskytu zranění, nehody či otravy mezi dětmi v intervenční a kontrolní skupině. Zatímco v kontrolní skupině se tento jev objevil během předchozích šesti měsíců u 12 % (24) dětí, v intervenční skupině se jednalo pouze o 2,4 % (3) dětí. Intervence snížila výskyt zranění, nehody či otravy u dětí o 9,4 %. To lze přičíst bezpečnějšímu prostředí ve standardním bydlení, na jedné straně stavebně – technicky a na druhé straně sociálně, a nižšímu výskytu krizových situací.

Dotazování neukázalo žádný statisticky významný rozdíl ve výskytu astmatu či onemocnění dýchacích cest u dětí v intervenční skupině oproti skupině kontrolní.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Onemocnění dýchacích cest	0,13	0,19	- 0,06	0,14
Astmatický záchvat	0,06	0,04	+ 0,02	0,72
Zranění, nehoda či otrava	0,024	0,12	- 0,096	0,003

Měl během posledních šesti měsíců nějaké zranění, nehodu, otravu?



Podpůrnými indikátory jsou:

Děti Q8: Zdravotní stav dětí (počet dětí, u kterých je reportováno zlepšení zdravotního stavu)
 V intervenčních rodinách došlo u 22 % ke zlepšení zdravotního stavu dětí, oproti 10% v kontrolních rodinách. Ke zhoršení zdravotního stavu došlo u 11 % dětí v intervenčních rodinách, oproti 25 % dětí v rodinách kontrolních.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Zlepšil se zdravotní stav dítěte	Zlepšení 0,22 Zhoršení 0,11	Zlepšení 0,10 Zhoršení 0,25	0,0002

Q51: Zdravotní problémy, které lze přisuzovat špatnému bydlení (astma, zdravotní potíže související se špatným spánkem, infekční onemocnění)

U intervenčních rodin došlo ke statisticky významnému snížení užívání antibiotik, které značí snížení výskytu infekčních onemocnění obecně. Zatímco v kontrolní skupině antibiotika během posledních šesti měsíců před dotazováním používal nějaký člen rodiny 1,97x, u intervenčních rodin to bylo pouze 0,71x. Průměrný efekt intervence tak je úbytek užívání antibiotik o 1,26 léčby na domácnost za prvních šest měsíců projektu¹¹.

Otázka	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Užívali antibiotika	Četnost užívání u všech členů rodiny	0,71	1,97	- 1,26	<0,0001

Dotazník nezjistil statisticky významné zlepšení zdravotních problémů obecně, ani snížení výskytu astmatu či onemocnění dýchacích cest u dětí.

¹¹ U užívání antibiotik se budou projevovat sezónní výkyvy, v tomto případě je důležité totožné časování měření u intervenční a kontrolní skupiny.





Otázka/Proměnná	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Zlepšilo se zdravotní omezení	0,23	0,35	0,17

Q60: Spánek dospělých.

V intervenční skupině se v důsledku projektu zlepšil spánek o 38%. V obou skupinách (intervenční a kontrolní) je hlavní bariérou spánku přítomnost dětí (zejména malých dětí) a péče o ně. V menší míře vede k poruchám spánku stres.

U kontrolních rodin se navíc jako bariéra spánku objevují okolní hluk a přeplněnost obydlí. Kontrolním rodinám také chybí kvalitní postele, ojediněle nemohly spát kvůli štěnicím, či neměly kde spát (pouliční bezdomovectví), ze zdravotních důvodů a kvůli namátkovým nočním kontrolám v ubytovně.

Otázka	Škála	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Můžete se vyspat, jak potřebujete? (dospělí)	Ano	0,59	0,38	0,21	0,03

Děti Q9: Spánek dětí

U dětí v intervenční skupině se významně zlepšil spánek. 94% (111) dětí v intervenční skupině má možnost spát dostatečně, v kontrolní skupině jde o 74% (155) dětí. Intervence tedy zlepšila spánek dětí o 20%.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Má možnost spát alespoň 10 hodin? (děti)	0,94	0,74	0,2	<0,0001

Q64: Výskyt problémů s alkoholem

Dotazník nezjistil statisticky významné rozdíly ve výskytu problémů s alkoholem. Vzhledem k velmi nízkému počtu reportování těchto problémů neopovažujeme odpovědi za spolehlivé.

Otázka/Proměnná	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Problémy s alkoholem v posledních 6 měsících	0,08	0,04	0,46

Q69: Celková spokojenost se životem

Intervence vedla ke zvýšení celkové spokojenosti respondentek se životem o 2,4 bodu na škále spokojenosti 0–10.

Otázka/Proměnná	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Spokojenost s vlastním životem	10 naprosto spokojen ... 0 naprosto nespokojen	6,9	4,5	2,4	<0,0001

5.2.4 Zlepšení sociální integrace rodičů

Hlavními indikátory jsou:

Q82: Míra anomie

Anomie je v sociologické literatuře popisována jako stav beznormovosti neboli stav zhroucení normativního řádu. Jedinec má pocity dezorientace, ztráty smyslu svého konání, úzkosti, vytrácení se vazby na širší společnost. Míra anomie se zkoumá např. za pomoci makro ukazatelů jako je sebevražednost v určité populaci nebo z hlediska pocitu sounáležitosti jedince s jinými – jeho integrace. Pro měření anomie jsme použili Sroleho škálu, což je baterie pěti tvrzení, se kterými respondenti buď souhlasí nebo nesouhlasí:

- Nemá cenu obracet se na úřady
- Člověk musí žít jen pro přítomnost
- Člověk se má stále hůře
- Budoucnost je nejistá
- Člověk neví, na koho se může spolehnout

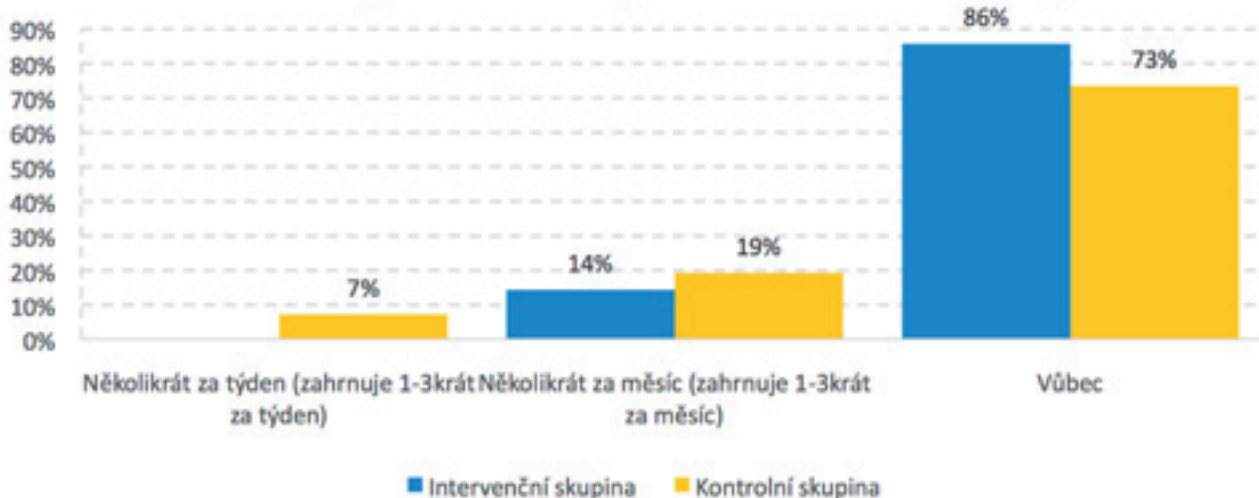
Protože anomie vycházela pro intervenční a kontrolní skupinu v baseline odlišně, otestovali jsme pomocí OLS regrese rozdíl mezi treatment a control a zároveň jsme kontrolovali výchozí úroveň anomie. Vysvětlovaná proměnná je index anomie (škála 0-5) po 6 měsících. Výsledky ukazují, že **subjekty v intervenční skupině mají index anomie vlivem intervence o 0,8 nižší oproti subjektům v kontrolní skupině**. Tento rozdíl je statisticky významný na 1 % hladině.

Q88: Účast na komunitních setkáních

Díky intervenci se zvýšila účast rodin na komunitních setkáních o 5%, účast však stále zůstává velmi nízká.

Otázka/Proměnná	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Kolikrát za posledních 30 dnů jste se zúčastnil nějaké akce?	3,86	3,66	0,02

Kolikrát za posledních 30D (od posledního rozhovoru?) jste se zúčastnili nějakého setkání/akce (schůze klubu, návštěva bohoslužby, třídní schůzky, návštěva koncertu/kina)?



Podpurnými indikátory jsou:

Q86, 87: Frekvence návštěv od jiných osob, než jsou sousedi a rodinní příslušníci, kteří bydlí na stejné adrese a k nim.

Dotazování neprokázalo zvýšení frekvence návštěv od jiných osob, než jsou sousedi a rodinní příslušníci bydlící na stejné adrese.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Počet návštěv za 30 dnů	3,7	4	0,17

Q70, 71: Důvěra v ostatní.

Významně se také zvýšila důvěra v ostatní: z průměru 2,3 bodu z 10 u kontrolní skupiny na 3,8 bodu u skupiny intervenční, tedy zlepšení o 1,5 bodu z deseti.

Otázka/Proměnná	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Důvěra k ostatním lidem	10 naprosto důvěřuji ... 0 naprosto nedůvěřuji	3,8	2,3	+ 1,5	0,009

Q84: Počet důvěryhodných osob.

Počet osob, se kterými může respondentka mluvit o důvěrných záležitostech se nezměnil.

Otázka/Proměnná	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
S kolika lidmi můžete mluvit o intimních záležitostech	2,2	2,2	0,88

Q72: Víra v altruismus druhých.

Intervence významně zlepšila víru v poctivost druhých, rozdíl ve vnímání altruismu druhých není statisticky významný.

Otázka/Proměnná	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Jsou lidé poctiví?	10 naprosto poctivý ... 0 naprosto se podvádí	5,9	2,7	0,008
Pomáhají si lidé?	10 naprosto si pomáhají ... 0 vůbec si nepomáhají	3,6	2,8	0,19

5.2.5 Zlepšení ekonomické stability rodin

Hlavními indikátory jsou:

Q36: Částka, která rodinám měsíčně chybí na pokrytí základních potřeb.

V dotazování nebyla zjištěna statisticky významná změna v ekonomické stabilitě rodin, konkrétně v částce, která rodinám chybí každý měsíc na pokrytí základních potřeb.

Otázka/Proměnná	Škála	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Kolik Kč měsíčně chybí na základní potřeby rodiny	Kč	3 809	5 314	0,08

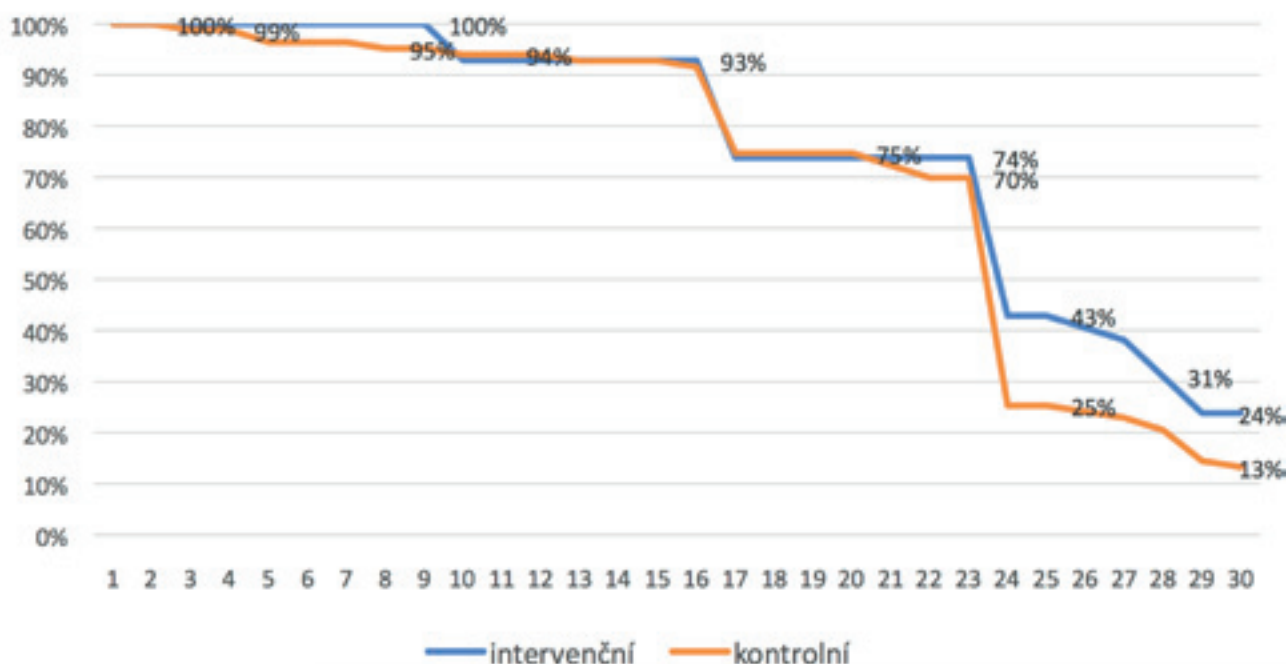
Q44: Počet dní v měsíci, kdy rodina má hotovost.

Dotazování neprokázalo statisticky významný rozdíl ve stabilitě finanční situace domácnosti měřené počtem dní, kdy měla domácnost hotovost během posledního měsíce.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Jak dlouho před výplatou docházejí peníze	8	8,1	0,88

Stabilita financí se lépe ukazuje na vývoji poměru rodin, které v daný den v měsíci ještě mají peníze. Zde je vidět mírné zlepšení ve finanční stabilitě během posledního týdne před výplatou (dávek) u intervenčních rodin, toto zlepšení však není statisticky významné.

Poměr intervenčních a kontrolních rodin, které mají prostředky x dní po výplatě. N = 125



Podpurné indikátory:

Q26: Sníží se výskyt pracovní neschopnosti ze zdravotních důvodů, nemožnosti pracovat kvůli problémům s bydlením a nemožnosti najít práci z jiných důvodů, které souvisejí s bytovou nouzí.

Pouze dvě respondentky reportovaly nemožnost pracovat kvůli problémům s bydlením.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Nemožnost pracovat ze zdravotních důvodů?	0,05	0,16	0,12

Q28: U domácností, které nejsou postiženy exekucí, se zvýší aktivita při hledání práce.

Mezi respondenty je pouze 16 domácností, které nemají exekuci a vyplnilo otázku 28, na základě těchto dat není možné učinit závěr.

Q34 + Q35: Výše reziduálního příjmu u domácností, které nepobírají dávky pomoci v hmotné nouzi (celkový příjem – celkové výdaje na bydlení)

Dotazování neprokázalo statisticky významný rozdíl v reziduálním příjmu u domácností, které nepobírají dávky pomoci v hmotné nouzi.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Příjem bez výdajů na bydlení	15 496	12 978	0,23

Q34 + Q35: Rozdíl mezi příjmy z dávek na bydlení a celkovými výdaji na bydlení.

Dotazování neprokázalo statisticky významný rozdíl mezi příjmy z dávek na bydlení a výdaji na bydlení mezi intervenční a kontrolní skupinou.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Příjem z dávek bez výdajů na bydlení	-74	-1332	0,18

Q39: Poměr rodin, které mohly zaplatit školním dětem kroužky a školní výlety.

Dotazování neprokázalo rozdíl v poměru rodin, které mohly zaplatit svým dětem kroužky či výlety.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Mohli jste zaplatit všem dětem kroužky a výlety?	0,37	0,33	0,14

Q41: Využívání zastaváren

Využívání zastaváren se významně snížilo: z 98 % v kontrolní skupině na 46 % ve skupině intervenční.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Kolikrát jste něco dal do zastavárny minulý měsíc?	0,46	0,98	0,52	0,04

Q42: Výskyt krátkodobých půjček.

Výskyt krátkodobých půjček se nesnížil.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Půjčujete si krátkodobě na úrok?	1,4	1,42	0,52

Q48: Kontrola pečujících osob nad dluhy.

Neprokázalo se zlepšení kontroly rodin z intervenční skupiny nad dluhy.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Můžete své dluhy snížit? (1 Ano, výrazně ... 4 Ne, navyšují se)	2,77	2,84	0,8

5.2.6 Znovusjednocení rodin, respektive prevence institucionalizace

Hlavní indikátory:

Q18: Počet dětí, které se přistěhovaly z ústavní či pěstounské péče.

V intervenční skupině existovala evidence o přistěhování dvou dětí z ústavní péče během prvních šesti měsíců (další tři se potom přistěhovaly od jiných členů rodin). V kontrolní skupině se z ústavní péče vrátili tři děti (další jedno dítě od jiného člena rodiny). Tyto počty zatím nebylo možné vzhledem k malému počtu statisticky testovat, posun v tomto indikátoru by měl být jasnější pro dotazování po 12 měsících.





Q19: Počet dětí odebraných z rodin do ústavní či pěstounské péče.

V intervenční skupině bylo dočasně odebráno z rodiny jedno dítě do dětského domova se školou z důvodu problémů se školní docházkou. V kontrolní skupině potom čtyři děti.

Podpůrné indikátory:

Děti Q1 a Q5: Počet dětí, které žijí mimo rodinu; počet dní, které strávily děti žijící v ústavní péči v rodině.

Dotazování neprokázalo snížení počtu dětí, které žijí mimo rodinu, ani nezvýšilo počet dní, které děti žijící v ústavní péči strávily v rodině.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Bydlí u vás doma	0,89	0,87	0,74
Kolik z posledních 6 měsíců strávil doma?	3,7	3,4	0,75

5.2.7 Zlepšení školní docházky a školních výsledků u dětí

Hlavní indikátory: Děti Q13: Děti budou raději chodit do školy.

Dotazování neprokázalo žádný rozdíl v tom, zda děti chodí rády do školy.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Chodí rád do školy	0,79	0,79	1

Počet zameškaných hodin u školních dětí nebyl v dotazování po šesti měsících zjišťován, administrativní data za školní docházku budou dostupná pro vyhodnocení po 12 měsících.

Podpůrné indikátory dopadu intervence na školní participaci dětí a jejich chování:

Děti Q16: Čas strávený děláním domácích úkolů.

V dotazování po šesti měsících se nepodařilo shromáždit dostatečně spolehlivá data o domácí přípravě dětí na školu.

Děti Q18: Čas, který stráví rodiče pomáháním dětem s domácími úkoly.

Rodiče v intervenční skupině tráví více času děláním úkolů se svými dětmi, nicméně ani zde nepokládáme data za dostatečně validní.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Kolik hodin pomáhali rodiče s DÚ	1,67	1,46	0,03

Děti Q24: Účast dětí na mimoškolních aktivitách/kroužcích.

Neprokázal se žádný rozdíl v participaci dětí na kroužcích a mimoškolních aktivitách.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	P-hodnota
Mimoškolní kroužky (Ne/Ano)	0,36	0,37	0,89

Děti Q28: Samostatné trávení volného času u dětí.

Děti v kontrolní skupině mohou častěji samostatně trávit volný čas, toto zjištění je na hranici statistické významnosti.

Otázka	Relativní hodnota intervenční	Relativní hodnota kontrolní	Průměrný efekt intervence	P-hodnota
Může trávit volný čas mimo byt?	0,47	0,6	- 0,13	0,06

Děti Q31: Problémy dětí s chováním ve škole a doma.

Neprokázal se dopad na problémy dětí s chováním, pouze u položky „je surový/á na ostatní“ došlo u intervenční skupiny k mírnému zlepšení.

Otázka	Průměr intervenční	Průměr kontrolní	P-hodnota
Problémy s učiteli (1 často, 2 občas, 3 vůbec)	2,66	2,65	0,89
Šikanovaný	2,8	2,9	0,31
Neposlušný	2,64	2,53	0,28
Surový na ostatní	2,85	2,8	0,4
Nemá kamarády	2,87	2,85	0,66
Smutný	2,63	2,45	0,06

Děti Q33: Četnost návštěv kamarádů u dětí doma.

Dotazování neprokázalo vliv intervence na to, zda si děti přivedly domů kamaráda či kamarádku.

6. Závěr

Evaluace dopadů programu Rapid Re-Housing po šesti měsících představila teorii změny, se kterou projekt pracuje, očekávané primární a sekundární výsledky, již publikované výsledky podobných zahraničních programů, a nakonec dopady programu při porovnání intervenční a kontrolní skupiny.

Během prvních šesti měsíců nastaly významné změny u hlavních proměnných – primárních výsledků. Snížila se doba bytové nouze rodin, zvýšila se jejich jistota bydlení, **snížila se míra psychosociálního stresu matek a snížilo se využívání pohotovostních zdravotních služeb a ambulancí. Díky projektu 25krát nemusela vyjízdet sanitka a předešlo se 19 hospitalizacím u 50 rodin během šesti měsíců.**

Sekundární výsledky ukázaly zvýšení stability a kvality bydlení, největší posun je viditelný u výskytu plísní a zápachu: problémy s plísněmi zmizely díky intervenci u 34 % domácností a problémy se zápachem u 31 % domácností. Zlepšilo se i subjektivně vnímané bezpečí. Intervence na druhou stranu neprokázala dopad na výskyt drog v okolí bydliště, ani na vloupání do domácnosti. Dále se zlepšil zdravotní stav rodičů i dětí a **výrazně se snížila četnost využívání antibiotik, o 1,26 léčení na domácnost během půlroku. Zlepšil se také spánek dospělých a dětí a celková životní spokojenost.** Intervence naopak neprokázala dopad na konzumaci alkoholu. Snížila se anomie a zlepšila se víra v poctivost druhých. **Neprokázal se dopad na ekonomickou stabilitu rodin,** a to ani v částce, která rodině chybí každý měsíc na pokrytí základních potřeb, ani v reziduálním příjmu. Nezlepšila se kontrola rodin nad dluhy, ani výskyt krátkodobých půjček, méně rodin využilo zastavárnu. Děti v kontrolní skupině mohly častěji trávit čas samostatně mimo byt. **Neprokázal se dopad na institucionalizaci dětí, ani na návrat dětí z ústavní péče.** Data o školní docházce a školních výsledcích dětí budou sbírána až pro analýzu po 12 měsících.

Prvních šest měsíců od nastěhování tak rodinám přineslo hlavně zlepšení stability a kvality bydlení, zdravotního stavu dospělých a dětí, větší důvěru v instituce a společnost a bezpečnější a kvalitnější prostředí pro život. 96 % rodin si udrželo bydlení po dobu jednoho roku, dvě rodiny projekt opustily.

Analýza dopadů programu po 12 měsících přinese také administrativní data o školní docházce a školní úspěšnosti dětí a také administrativní data o vyplácených dávkách a lepší evidenci pohybu rodin v kontrolní skupině. Mohly by také více napovědět o zaměstnanosti, byt zde neočekáváme vzhledem k cílové skupině rodin, z nichž je téměř 60 % matek na mateřské či rodičovské, statisticky významné dopady. Nedostatkem dotazování po šesti měsících byla neúplná evidence pohybu rodin mezi dubnem 2016 (Registrační týden) a dotazováním, a také neúplná data o dětech, které se vrátily z náhradní rodinné péče, nebo do ní naopak odešly.

7. Použitá literatura

Aubry, Tim, Geoffrey Nelson, a Sam Tsemberis. 2015. „Housing First for People With Severe Mental Illness Who Are Homeless: A Review of the Research and Findings From the At Home–Chez soi Demonstration Project“. *Canadian Journal of Psychiatry* 60 (11).

Bai, Rong, Cyleste Collins, David Crampton, Chun Liu, a Rob Fischer. 2017. „Cuyahoga Partnering for Family Success Process Evaluation 2017“. Case Western Reserve University.

Baptista, Isabel, Lars Benjaminsen, Volker Busch-Geertsema, a Nicholas Pleace. 2017. *Family Homelessness in Europe*. EOH Comparative Studies on Homelessness. Brusel: European Observatory on Homelessness.

Bassuk, Ellen L, Carmela J DeCandia, Alexander Tsertsvadze, a Molly K Richard. 2014. „The effectiveness of housing interventions and housing and service interventions on ending family homelessness: A systematic review“.

Bassuk, Ellen L., a Stephanie Geller. 2006. „The role of housing and services in ending family homelessness“. *Housing Policy Debate* 17 (4): 781–806. <https://doi.org/10.1080/10511482.2006.9521590>.

Bassuk, M, M Zonneville, a E Bassuk. 2013. *The SHIFT Study final report: Service and housing interventions for families in transition*. National Center on Family Homelessness.

Building Changes. 2011. *Washington families fund high-needs family program; Year 2 evaluation summary*. Seattle: Building Changes.

Burt, M. 2010. *Life after transitional housing for homeless families. Washington*. Washington: US Department of Housing and Urban Development Office of Policy Development and Research, Urban Institute.

Culhane, Dennis P. 2004. „Diskuse“. In . Los Angeles.

Černá, Eliška, Štěpán Ripka, a Inka Pibilová. 2018. „Analýza výchozího stavu účastníků z cílové skupiny projektu „Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi (Rapid Re-Housing)“ „. Ostravská univerzita.

Fowler, Patrick, Derek Brown, Michael Schoeny, a Saras Chung. 2015. „Homelessness in the child welfare system: A randomized trial to assess the impact of permanent housing on foster care placements and costs“. N/A. <https://socialsystemdesignlab.wustl.edu/files/2017/11/ImpactPermanentHousing-1lqx99n.pdf>.

Gubits, Daniel, ed. 2016. *Family Options Study: 5-Year Impacts of Housing and Services Interventions for Homeless Families*. Washington: U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Policy Development and Research.

Helvie, Carl, a Betty Alexy. 1992. „Using After-Shelter Case Management to Improve Outcomes for Families with Children“. *Public Health Reports*, č. 107: 585–88.

HUD. 2015. *Family Options Study Short-Term Impacts of Housing and Services Interventions for Homeless Families*. Washington: U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Policy Development and Research. http://www.huduser.gov/portal/portal/sites/default/files/pdf/FamilyOptionsStudy_final.pdf.

Katz, Lawrence, Jeffrey Kling, a Jeffrey Liebman. 1999. „Moving to opportunity in Boston: Early impacts of a housing mobility program“. Princeton University. <https://eml.berkeley.edu/symposia/nsf99/papers/kling.pdf>.

Kling, Jeffrey. 2008. „Summary Overview of Moving to Opportunity: A Random Assignment Housing Mobility Study in Five U.S. Cities“. National Bureau of Economic Research. <http://www.nber.org/mtpublic/MTO%20Overview%20Summary.pdf>.

Levitt, Aaron J, Kristen Mitchell, Lauren Pareti, Joe DeGenova, Anne Heller, Anthony Hannigan, a Jennifer Gholston. 2013. „Randomized Trial of Intensive Housing Placement and Community Transition Services for Episodic and Recidivist Homeless Families“. *American Journal of Public Health* 103 (Suppl 2): S348–54. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301521>.

National Center on Family Homelessness. 2012. *Cross-site evaluation of the strengthening at-risk and homeless young mothers and children*. Newton, MA: National Center on Family Homelessness.

Northwest Institute for Children and Families, University of Washington, a School of Social Work. 2007. *Evaluation of the sound families initiative: Final findings summary—A closer look at families' lives during and after supportive transitional housing*. Seattle: Bill & Melinda Gates Foundation.

Quilgars, Deborah, a Nicholas Pleace. 2016. „Housing First and Social Integration: A Realistic Aim?“ *Social Inclusion* 4 (4): 5–15.

Sanbonmatsu, Lisa, ed. 2011. *Moving to Opportunity for Fair Housing Demonstration Program Final Impacts Evaluation*. National Bureau of Economic Research.

Shinn, Marybeth. 2004. „Housing Homeless Families: What Role for Services?“ In . Los Angeles.

Shinn, Marybeth, B. C. Weitzman, D Stojanovic, J. R. Knickman, L Jimenez, L Duchon, S James, a D. H. Krantz. 1998. „Predictors of homelessness among families in New York City: From shelter request to housing stability.“ *American Journal of Public Health* 1998 (88): 1651–57.

Wong, Yin-Ling Irene, Dennis P Culhane, a Randall Kuhn. 1997. „Predictors of exit and reentry among family shelter users in New York City“. *Social Service Review* 71 (3): 441–462.

-
- Název:** Průběžná evaluační zpráva 2
„Pilotní testování rychlého zabydlení rodin s dětmi
(Rapid Re-Housing)“
- Autoři:** Mgr. Eliška Černá, Ph. D. (roz. Lindovská),
Mgr. Štěpán Ripka, Ph. D.,
Mgr. Petr Kubala,
Ing. Rostislav Staněk, Ph. D.
- Recenzenti:** prof. Ing. Štěpán Jurajda, Ph. D.; Mgr. Karel Čada, Ph. D.
- Jazyková korektura:** Mgr. Věra Nováková
- Fotografie:** Barbora Kleinhamplová
- Název a adresa nakladatele:** Ostravská univerzita, Dvořákova 7, 701 03 Ostrava
- Místo vydání:** Ostrava
- Vydání:** první, 2018

© Ostravská univerzita 2018

ISBN:978-80-7599-051-8