

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyriometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Radka Chemčuková

Jaké jsou motivační a demotivační faktory, které ovlivňují přístup a postoj managementu a sociálních pracovníků k transformaci sociálních služeb, v domovech pro osoby se zdravotním postižením, jejichž zřizovatel je Jihomoravský kraj?

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.

2017

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

Olomouc 6.4.2017

.....

Poděkování

Děkuji touto cestou vedoucímu práce panu Mgr. Martinovi Bednářovi Ph.D za odborné vedení, cenné rady, čas a trpělivost, kterou mi věnoval.

Dále děkuji své rodině za podporu a pomoc díky, které jsem mohla dostudovat.

Jsem ráda, že jsem mohla studovat, seznámit se s mnoha zajímavými lidmi a rozšířit si znalosti, které využiji nejen ve svém zaměstnání.

Obsah

1	ÚVOD	1
2	TEORETICKÁ ČÁST.....	5
2.1	LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	5
2.2	VÝVOJ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE	7
2.3	AKTUÁLNÍ TRENDY	9
2.3.1	Deinstitucionalizace	10
2.3.2	Rizika procesu transformace	13
2.3.3	Alternativy k institucionální péči	15
2.3.4	Negativní důsledky institucionální péče	16
2.3.5	Argumenty zastánců institucionální péče. Proč ano.....	18
2.3.6	Argumenty zastánců transformace. Proč ano	19
2.4	PRÁVNÍ A KONCEPČNÍ UKOTVENÍ PROCESU TRANSFORMACE	22
2.4.1	Bílá kniha	22
2.4.2	Zákon o sociálních službách	23
2.4.3	Mezinárodní právo, lidská práva, práva osob se zdravotním postižením	24
2.4.4	Vládní podpora	26
2.4.5	MPSV – projekt transformace.....	27
2.4.6	Zapojení Jihomoravského kraje do procesu transformace	30
2.4.7	Dokumenty Jihomoravského kraje k transformaci.....	31
2.4.8	Zapojení jihomoravského kraje do procesu transformace.....	33
2.5	FINANČNÍ ZAJIŠTĚNÍ.....	34
2.5.1	Finanční podpora - evropské fondy.....	36
2.6	MOTIVACE	38
2.7	Souhrn zjištěných teoretických informací	40
3	VÝZKUMNÁ ČÁST	41
3.1	CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA.....	41

3.1.1	Metodologický rámec výzkumu.....	42
3.2	VÝBĚR RESPONDENTŮ.....	42
3.2.1	Zařízení DOZP č. 1	43
3.2.2	Zařízení DOZP č. 2	44
3.2.3	Zařízení DOZP č. 3	45
3.2.4	Popis respondentů – účastníků rozhovorů.....	46
3.2.5	Průběh rozhovorů a sběru dat.....	46
3.3	ANALÝZA ROZHovorŮ, VYHODNOCOVÁNÍ DAT.....	47
3.3.1	Uvažují respondenti o úplném uzavření svých velkokapacitních zařízení?.....	48
3.3.1.1	Popis současného stavu zařízení dle respondentů.....	48
3.3.1.2	Ne úplné transformaci.....	51
3.3.1.3	Budoucnost jednotlivých zařízení.....	53
3.3.1.4	Budoucnost komunitních služeb	54
3.3.2	Jsou pracovníci, kteří mohou ovlivnit proces transformace, motivování, osobnostně nastavení, vnitřně ztotožnění s procesem transformace a chápou jej jako pozitivní a přínosný pro klienty?.....	56
3.3.3	Jaké faktory, mimo motivaci pracovníků, ovlivňují proces transformace a to pozitivním směrem, podporují ji nebo negativně a proces transformace zpomalují, demotivují pracovníky?.....	58
3.3.3.1	Příprava klientů v procesu transformace, pozitivní zkušenost.....	59
3.3.3.2	Zapojení opatrovníků a rodiny, možný tlak proti transformaci	59
3.3.3.3	Proces transformace – příprava a délka jednotlivých procesů, většinou hodnoceno negativně.....	60
3.3.3.4	Obavy z rizik, která mohou být spojená s transformací, neutrální postoj...	61
3.3.3.5	Pracovníci, pozitiva i negativa.....	61
3.3.3.6	Zapojení veřejnosti, pozitiva, negativa	63
3.3.3.7	Pracovní uplatnění klientů, pozitivní přínos	65
3.3.4	Jak vnímají respondenti podporu institucí, MPSV, NCPPT, krajů?	66

3.3.4.1	Proces transformace – financování negativní, vzdělávání pozitivní.....	66
3.3.4.2	Podpora kraje, MPSV, úředníků – negativní podněty	67
3.3.4.3	Kritéria transformace – negativní vnímání	69
3.4	Diskuse	70
3.5	Závěrečné zjištění	72
3.6	Závěr výzkumu	74
4	Použité zkratky.....	76
5	Literatura	76
6	Internetové zdroje.....	79

1 ÚVOD

Diplomová práce se zabývá procesem deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Cílem této práce je zjistit motivační a demotivační faktory, které ovlivňují přístup managementu k transformaci a deinstitucionalizace ve vybraných zařízeních Jihomoravského kraje. Uvažují respondenti o úplném uzavření svých velkokapacitních zařízení? Jsou pracovníci, kteří mohou ovlivnit proces transformace, motivování, osobnostně nastavení, vnitřně ztotožnění s procesem transformace a chápou jej jako pozitivní a přínosný pro klienty? Jaké faktory, mimo motivaci pracovníků, ovlivňují proces transformace a to pozitivním směrem, podporují ji nebo negativně a proces transformace zpomalují, demotivují pracovníky? Jak vnímají respondenti podporu institucí, MPSV, Národní centrum pro podporu transformace sociálních služeb (dále jen NCPPT), krajů?

Tento proces se různým způsobem dotýká všech pobytových sociálních služeb v České republice, které poskytují služby osobám se zdravotním postižením. Je podporován na vládní úrovni ministerstvem práce a sociálních věcí, které řídí Národní centrum pro podporu transformace. Česká republika ratifikovala a přijala do svého právního systému mezinárodní smlouvy, které se týkají lidských práv i práv osob se zdravotním postižením. Z pohledu transformace je nejčastěji citovaná „Úmluva o právech osob se zdravotním postižením“ a to články 3 a 19 této dohody. V této „Úmluvě“ se v článku 3 obecné zásady píše: *„Úmluva je založena na následujících zásadách: a) respektování přirozené důstojnosti, osobní nezávislosti, zahrnující také svobodu volby, a samostatnosti osob; b) nediskriminace; c) plné a účinné zapojení a začlenění do společnosti; d) respektování odlišnosti a přijímání osob se zdravotním postižením jako součásti lidské různorodosti a přirozenosti; e) rovnost příležitostí; f) přístupnost; g) rovnoprávnost mužů a žen; h) respektování rozvíjejících se schopností dětí se zdravotním postižením a jejich práva na zachování identity.“* (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením 10/2010 Sb. m. s.) Článek 19: *„Nezávislý způsob života a zapojení do běžné společnosti. Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají rovné právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společenství, s možností volby na rovnoprávném základě s ostatními, a přijmou účinná a odpovídající opatření, aby osobám se zdravotním postižením usnadnily plné užívání tohoto práva a jejich plné začlenění do společnosti, mimo jiné tím, že zajistí, aby: a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí; b) osoby se zdravotním postižením měly přístup*

ke službám poskytovaným v rodinném prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci; c) komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti byly přístupné na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby.“ (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením 10/2010 Sb. m. s. článek 19)

Na nižší, krajské úrovni, je proces transformace podporován s různou intenzitou. Každý kraj má vypracovanou svoji vlastní koncepci podpory procesu transformace zařízení, poskytujících pobytové sociální služby. Přímo z dikce zákona o sociálních službách se musí kraje podílet na zabezpečení poskytovaných sociálních služeb na svém území. Plánuje a vytváří střednědobý rozvojový plán, stanovuje prioritní síť sociálních služeb, které jsou nezbytné pro ochranu osob, které se nachází v těžké sociální situaci. Tyto sociální služby jsou podporovány dotacemi od kraje, ve snaze zabezpečit základní síť sociálních služeb. Vzhledem k tomu, že autorka diplomové práce žije v Jihomoravském kraji, zaměřila se právě na tento kraj a sociální služby, jejichž zřizovatelem je Jihomoravský kraj. Jak dokládá dokument „Strategie transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v Jihomoravském kraji na období 2014-2020“, také vyjádřil podporu procesu transformace a zavázal se k deinstitucionalizaci svých zařízení.

Procesem transformace a deinstitucionalizace se zabývaly a zabývají mnohé výzkumné práce. Nahlíží na celý proces z různých úhlů pohledů. Například Furmaníková Lada, Havrdová Zuzana, Tollarová Blanka, Vrzáček Petr, 2013 k fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb In Sociální práce / Sociální práce 01/2013 s. 49 – 60 se ve svém výzkumu zabývají vlivem organizační kultury a přijetím myšlenky transformace. Na téma transformace byly napsány i závěrečné práce a to nejen na Univerzitě Palackého v Olomouci, ale i na univerzitách v Brně, Zlíně a další. Tyto práce se věnovaly procesu deinstitucionalizace, vlivu procesu na klienty, na změny v životě jednotlivých klientů. I NCPPT analyzovalo přístupy jednotlivých krajů, vypracovalo SWOT analýzu procesů, popsalo podstatné rizikové faktory, které mohou negativně ovlivnit transformaci jednotlivých organizací. Motivací k transformaci se zabýval ve své závěrečné práci Bednařík 2013 a došel mimo jiné i k závěru, že pokud nebude vyžadována transformace „ze spodu“ od rodinných příslušníků, opatrovníků, tak přímo od klientů nebude vůle ke změně. Transformací zařízení, která zřizuje Jihomoravský kraj, se zabývala Ingrová 2015. Ta v závěru své práce konstatuje, že v žádném z ní oslovených zařízení, neproběhne úplná transformace.

Transformace sociálních služeb neprobíhá pouze v České republice. Je to celosvětový trend v poskytování sociálních služeb, který již v některých státech např. Švédsku, ovlivňuje poskytování sociálních služeb dlouhou dobu a započal již na konci 20 století. Za trvání procesu deinstitucionalizace zkoumaly mezinárodní organizace, renomované univerzity vliv změny na uživatele sociálních služeb, společnost, procesy transformace jako takové. Věnovaly se změně v dodržování lidských práv, prosazování práv osob se zdravotním postižením, uplatňování vůle, práva volby a další. Výsledky výzkumů byly použity i v českém procesu transformace, jsou používány obhájci procesu transformace, čerpá z něj i NCPPT. Tyto analýzy a výzkumy podporují proces transformace, uvádí pozitivní vliv na jednotlivé uživatele sociálních služeb i rizika celého procesu. I Evropská unie se věnovala analýzám vlivu transformace na uživatele sociálních služeb, společnost, komunitu. Můžeme jmenovat i iniciativy jako např. ECCL (The European Coalition for Community Living) jejíž součástí je i ENIL (European Network on Independent Living). [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.enil.eu/>

Ve své podstatě výzkumy potvrzují, že myšlenka deinstitucionalizace je správná, posiluje kompetence osob se zdravotním postižením, zlepšuje jejich situaci v oblasti dodržování lidských práv a další. Jako každá změna i deinstitucionalizace přináší rizika a rizikové situace, které je třeba řešit, ale všeobecně se dá říct, že v procesu transformace převažují kladné efekty před dopady negativními.

Samotná diplomová práce je rozdělena na teoretickou a výzkumnou část. Teoretická část přibližuje problematiku transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb. Vývoj a reformu sociálních služeb, proces transformace, rizika, argumenty zastánců a oponentů procesu transformace, přes legislativu, podporu kraje. Závěrem teoretické části se krátce věnuji i otázkám motivace.

Ve výzkumné části popisuje použitý výzkum, výběr respondentů, které jsem oslovila. Jednalo se o zaměstnance, kteří jsou důležití při zavádění myšlenky procesu transformace. Na jejich příkladu, motivaci, entuziazmu záleží prosazování deinstitucionalizace v jednotlivých zařízeních. Ve své práci se zaměřuji na domovy pro osoby se zdravotním postižením, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Výzkum jsem prováděla metodou kvalitativního výzkumu, polostrukturovaným rozhovorem. Oslovila jsem ředitele a sociální pracovníky tří zařízení typu DOZP jejichž zřizovatelem je Jihomoravský kraj a poskytují sociální službu chráněného bydlení. V těchto zařízeních probíhá proces transformace sociálních služeb, ale každé ze zařízení se vydalo svojí cestou,

mají různé vize ukončení procesu transformace, kolik klientů přejde mimo velkokapacitní zařízení, kolika klientům bude nadále poskytována institucionální péče.

Je vhodné znát motivační faktory, které ovlivňují přístup managementu k procesu transformace, pokud chceme dále transformovat a dokončit proces deinstitutionalizace. Podle mého názoru je důležité, abychom věděli, co tento proces omezuje či podporuje, abychom mohli negativní vlivy omezit a pozitivní stimuly podpořit. Proces transformace sociálních služeb není v Jihomoravském kraji ukončen. Dále je důležité znát motivaci jednotlivých vedoucích pracovníků, protože mohou ovlivnit, a to v pozitivním i negativním smyslu slova, přístup pracovníků na nižších pozicích, klientů, opatrovníků, společnosti a komunity k procesu transformace. Těžko se prosazuje jakákoliv změna, pokud je nařizována bez patřičné komunikace, vnitřního nastavení a není v souladu s osobními hodnotami jedince a neodpovídá i cílům a hodnotám organizace. Potom se změny prosazují těžce, obtížně. Lidé pak hledají důvody, proč to nejde. Mají nechuť řešit nepříznivé okolnosti, které celý proces změny ovlivňují.

Někdy se také může stát, že nejlépe motivovaní lidé ztratí chuť, pokud se setkávají se stále se navyšujícími překážkami a mají pocit, že nemají nikde oporu, pomoc. Tou může být v procesu deinstitutionalizace podpora od zřizovatele, MPSV. Myslím si, že tato podpora nemusí být pouze finanční, ale i metodická, vzdělávání pracovníků a další. Velmi důležitým motivačním prvkem je i potřebná komunikace mezi všemi zúčastněnými. A v neposlední řadě i jasný soulad mezi tím, co prohlašuje vláda, MPSV a kraje. Ze své osobní zkušenosti mám pocit, že někdy MPSV, zřizovatel, nemají ujasněnou společnou koncepci. V takovém prostředí se velká změna, jakou deinstitutionalizace bezpochyby je, prosazuje velice těžko. Musíme si všichni uvědomit, že procesem deinstitutionalizace ovlivníme osudy lidí, kteří jsou lehce zranitelní a potřebují pomoc a podporu nás, většinové společnosti.

Cílem práce je zjistit motivační a demotivační faktory, které ovlivňují přístup jednotlivých respondentů k procesu transformace a deinstitutionalizace. Výsledky se dají použít v procesu transformace dalších zařízení. Mohou přispět k řešení, proč v Jihomoravském kraji není ani jedno DOZP, které by přistoupilo k celkové transformaci a úplnému uzavření velkokapacitního zařízení. Což je Jihomoravskému kraji vytknuto i MPSV při analýze, kterou provedlo NCPPT.

2 TEORETICKÁ ČÁST

V této části diplomové práce vymezují pojmy, které jsou vázány k transformaci sociálních služeb v České republice, okruhu osob, pro které je deinstitucionalizace určena. Teoretická část je věnována i právnímu ukotvení procesu transformace a dokumentům kraje, MPSV, NCPPT. Všechny tyto aktivity by měly usnadnit proces transformace poskytovatelům, kteří mají transformovat velkokapacitní zařízení a zřizovat sociální služby komunitního typu. Jde o vytvoření uceleného pohledu na proces transformace. Teoretická část vás seznámí s podmínkami, které určují celý proces transformace a deinstitucionalizace a ovlivňují motivaci managementu vstoupit a pokračovat v procesu transformace. Co vše mohou poskytovatelé sociálních služeb využít při procesu deinstitucionalizace. Dále v teoretické části najdete objasnění, co je to motivace - vede nás k aktivitě, k určitému konání.

2.1 LIDÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Transformace sociálních služeb je určena především osobám se zdravotním postižením, které žijí ve velkých zařízeních – ústavech a lidem se zdravotním postižením, kterým hrozí, že by mohli být umístěni do velkokapacitního zařízení z důvodu své nepříznivé sociální situace. Tyto osoby většinou v různé míře potřebují pomoc a podporu druhé osoby v péči o svoji osobu a svoji domácnost, v zajišťování běžných záležitostí spojených s běžným způsobem života. Mezi osoby se zdravotním postižením řadíme osoby s mentálním postižením. Cílovou skupinou v zařízeních, které byly zahrnuty do výzkumu, a probíhá u nich proces transformace, jsou právě osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Z tohoto důvodu v této kapitole věnuji jeden odstavec skupině osob s mentálním postižením.

Zdravotní postižení je podle většinové části populace indikací k využívání sociálních služeb, podpory neziskových organizací, neformální či formální pomoci komunity, rodiny. Lidé se zdravotním postižením jsou závislí na pomoci a ochraně. Zdravotní postižení lze dělit na postižení tělesné, mentální, zrakové, sluchové, řečové. Tato postižení se mohou vzájemně kombinovat. Kolik osob se zdravotním postižením žije v naší společnosti nelze přesně zjistit. Existují různé odhady, které se pohybují v rozmezí méně než 10% až po téměř 20% osob se zdravotním postižením v populaci. Tento rozptyl je dán nejasným posuzováním, pojmenováním, definováním, co přesně různá pojmosloví znamenají. Zda osobu zařadit mezi osoby se zdravotním postižením. (Michalík 2011 s. 31- 42) Specifikace pojmosloví, které se týká osob se zdravotním postižením, se vyvíjí v průběhu let. Od některých pojmenování se upouští z důvodu pejorativního zabarvení, další výrazy jsou nepřesné a zavádějící.

Termín hendikep a postižení jsou vnímány jako medicínský přístup a neodráží podmínky, ve kterých lidé žijí. Hendikep odpovídá omezení v činnosti a omezení v aktivitách, což lze shrnout do pojmu disability. (Kodymová, Koláčková 2005 s. 91) Právě nejvíce problematická je definice mentálního postižení. To zejména z důvodů postupného společenského nepřijímání staršího názvosloví, kdy tato různá pojmenování jsou vnímána v současné době jako nadávka. Všeobecně i v mezinárodním kontextu se hledá výraz, který bude přesně charakterizovat postižení, ale zároveň nebude mít hanlivé zabarvení a nebude se moci zneužít. V současnosti se v naší společnosti používá termín osoba s mentálním postižením. Výraz, který se používá k zastřešení celkového pohledu na postižení intelektu, je termín mentální retardace, která by měla vystihovat právě opoždění duševního vývoje. V zahraničí, ve vyspělých zemích, se začíná používat termín intelektové a vývojové poruchy. (Michalík 2011 s. 113-115) Definice, kterou vytvořili sami sebeobhájci z řad osob s mentálním postižením, osoba s mentálním postižením je osoba, která má problémy v komunikaci, učení se, orientaci a pochopení informací. V zahraničí skupinu osob s mentálním postižením označují - osoby s problémy s učením. V tomto pojmenování jsou zohledněny nejčastější obtíže, se kterými se tito lidé potýkají. (Hrušková, Matoušek, Landischová 2005 s. 111)

Za mentální postižení se považuje snížení rozumových schopností. Je doporučováno označení člověk s mentálním postižením, jako vyjádření skutečnosti, že postižení není integrální součástí člověka, ale je jedním z jeho rysů. Osoby s mentálním postižením jsou osoby s vlastními potřebami, s vlastním vývojovým potenciálem, který je třeba podporovat. Definice chápe inteligenci, jako schopnost učit se z minulého, přizpůsobovat se novým podmínkám a řešit nové situace. Mentální retardace se dělí podle světové zdravotnické organizace na lehkou mentální retardaci, IQ 50 – 69, středně těžká mentální retardace IQ 35 – 49, těžká mentální retardace IQ 20 – 34, hluboká mentální retardace IQ nižší než 20. (Švarcová 2006 s. 29 – 31) Definice mentálního postižení říká, že je vrozené nebo vzniklo krátce po narození asi do 3 let věku dítě, a trvalé. Podle OSN a Světové zdravotnické organizace v populaci žije asi 19,5 % osob se zdravotním postižením, z toho osob s mentálním postižením kolem 3%. (Pipeková 2006 s. 56 – 59) Osoby se zdravotním postižením potřebují podle svých schopností a dovedností různou míru podpory a pomoci společnosti. Společnost jim ji poskytovala v různých obdobích různým způsobem.

2.2 VÝVOJ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE

Každá společnost se k lidem se zdravotním postižením chovala podle uznávaných pravidel, rituálů, zákonů, dogmat. V průběhu času se střídala období, kdy se k lidem se zdravotním postižením chovalo shovívavě, společnost je trpěla, s obdobími, kdy byli tito lidé nejen na okraji společnosti, ale pronásledováni, bezdůvodně zabíjeni, vězněni, neměli žádná práva. Pokud shrneme dějinný vývoj, lze zjednodušeně říct, že osoby se zdravotním postižením nabývají rovnocenného postavení ve společnosti až v posledních 50 letech, kdy se mezinárodní organizace začali věnovat lidským právům, právům osob se zdravotním postižením, v západní Evropě je započat proces deinstitucionalizace.

U nás v České republice byla po celé 20. století prioritní a podporovanou pomocí ústavní péče, která byla poskytována na medicínském základě se zdravotnickým personálem. V podstatě neexistovala samostatná profese sociálního pracovníka, jak ji známe v současné podobě. (Matoušek, Koldinská 2011 s. 23-29) Zařízení - ústavy, kde se poskytovala péče, nebyla koedukovaná, byla rozdělena zvláště pro muže a ženy, často bývala přeplněna, umístěna na odlehlých místech, aby nebyla na očích veřejnosti. Režim měl snahu, aby lidé se zdravotním postižením nebyli vidět, schovat je. Péče byla spíše zdravotní a o klientech se rozhodovalo, zda jim bude poskytována zdravotní či výchovná péče. Velké přeplněné instituce nepodporovaly individualitu, omezovaly klienty, potlačovaly jejich důstojnost. Tento systém péče o osoby se zdravotním a zejména s mentálním postižením přetrvával až do konce roku 1989. (Pipeková 2006 s. 127)

Malík – Holasová (2014 podle Matuška, 2008, Jabůrková a kol., 2007, s. 49) se věnuje hodnocení sociálních služeb před rokem 1989, kdy sociální služby byly centralizovaně řízené. Sledovalo se pouze technické, hygienické a personální vybavení. Pojem lidských práv, individualita klienta byly neznámé pojmy. Kvalita péče se nekontrolovala, důležitá byla kvantitativní poloha péče o osoby se zdravotním postižením. Poskytovatelem péče byly většinou státem řízené ústavy, které byly upřednostňovány, před péčí v rodině.

Do roku 1989 sociální služby byly centrálně plánované, neexistoval soukromý sektor a občanská společnost, které by se podílely na poskytování sociálních služeb. Sociální služby byly silně institucionalizovány. Pracoval v nich převážně zdravotnický personál. Vše se podřizovalo autoritě a klienti neměli možnost volby, rozhodovat o tom, co budou dělat. Měli vše naplánované od uspokojení základních potřeb, přes trávení volného času, vzdělávání, zaměstnání. Vše bylo svázáno režimem. (Čámský 2011 s. 15)

Po roce 1989 se mění pojetí systému sociální pomoci, jehož součástí jsou i sociální služby. Moderní sociální pomoc měla vycházet z těchto principů změny: demonopolizace

sociální pomoci, decentralizace státní sociální správy, demokratizace sociální správy, pluralizace zdrojů pomoci, změna objektu sociální pomoci, pluralizace forem sociální pomoci, humanizace prostředků sociální pomoci, přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě, personifikace sociální pomoci, profesionalizace sociální pomoci. v roce 1990 bylo umožněno novelizací zákona č. 100/1988 Sb. poskytování sociálních služeb i nestátním subjektům. Utvářela se také nová hierarchie subjektů sociální pomoci, jejímž základem se stala rodina. (Krebs 2010 s. 287) Sociální služby prochází změnami, které jsou například spojeny s restitučními nároky na budovy, ve kterých jsou poskytovány sociální služby. Tento krok přispěl k výstavbě nových moderních zařízení. (Krebs 2010 s. 295)

Po roce 1989 se započalo s reformou ústavů. Nejprve se požadovalo, aby se napravilo nedostatečné vybavení ústavů. Důraz se začal klást i na vzdělávání personálu, který poskytuje péči o osoby umístěné v těchto zařízeních. (Pipeková 2006 s. 127)

Před začátkem platnosti zákona o sociálních službách proběhly ve vybraných zařízeních audity, které zjistily mnohá pochybení. V auditovaných zařízeních pro osoby se zdravotním postižením se nebral ohled na podporu a rozvoj dovedností klientů, vše bylo prováděno centralizovaně. Nerespektovala se individualita klienta. Stále tu existovala izolace klientů od ostatní společnosti a někteří klienti byli izolováni i v rámci ústavů. Jednalo se zejména o klienty s těžkým fyzickým a mentálním postižením. Vážným problémem byla i pochybení v ochraně práv osob. (Hrušková, Matoušek, Landischová 2005 s. 112 – 113)

Předělová změna v poskytování sociálních služeb přichází s přijetím zákona 108/2006 Sb. a formulací Standardů kvality sociálních služeb. Standardy kvality měly u registrovaných služeb zajistit kvalitu poskytované péče. (Matoušek, Koldinská 2011 s. 30-31)

Svoji činnost zahajují i nové instituce, které se zabývají problematikou osob se zdravotním postižením, je ustanoven Vládní výbor pro zdravotně postižené občany usnesením vlády z 8.5.1991 č. 151. Jeho cílem je vytváření rovnoprávných příležitostí pro občany se zdravotním postižením ve všech oblastech života společnosti. V roce 2000 začíná pracovat Národní rada osob se zdravotním postižením v ČR. Jejím cílem je mimo jiné koordinace postupů jednotlivých organizací osob se zdravotním postižením, ochrana práv osob se zdravotním postižením, informování veřejnosti o problematice osob se zdravotně postižením, vyrovnávání rovných příležitostí pro všechny. [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.nrzp.cz/o-nas/zakladni-informace.html>

2.3 AKTUÁLNÍ TRENDY

Jak je již popsáno v předcházejících kapitolách, proces transformace a deinstitucionalizace je dlouhodobý proces, který již v České republice probíhá několik let. V této souvislosti jsou zmiňovány další termíny jako humanizace, integrace, sociální začlenění, život v komunitě, princip normality. (Michalík 2011 s. 142)

Často se zaměřují pojmy transformace a reforma sociálních služeb. Reforma se věnuje spíše technickému zabezpečení sociálních služeb. Jedná se o zlepšení kvality ubytovacích kapacit, životního standardu uživatelů např. jednolůžkové či dvojlůžkové pokoje se sociálním zařízením. V procesu transformace jde o ideu poskytování sociálních služeb mimo specializovaná zařízení, v běžné komunitě s navázáním na rodinu, blízké. Jde ve své podstatě o postupné snižování počtu lůžek v ústavech. (Milena Johnová 2005 Quip Praha [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/dokumenty/deinstitucionalizace/>)

Trendem v péči o osoby se zdravotním postižením patří nabytí jejich odpovědnosti za svůj vlastní život, rovné příležitosti pro všechny, aby všichni lidé mohli uplatňovat svoje práva, nikdo nebyl ohrožen sociálním vyloučením. Současně mají mít lidé se zdravotním postižením právo na pomoc a podporu společnosti. (Michalík 2011 s. 55-56) I v dnešní době jsou mezi lidmi předsudky vůči osobám se zdravotním postižením, které mohou vést k nevhodnému zacházení popřípadě i k diskriminaci. (Michalík 2011 s. 48) Moje osobní zkušenost je bohužel o nepřijetí klientů sousedy. Jejich argumentem je: „Proč mají bydlet s námi, když mají tady ústav, kde je spousta místa, mají tady zahradu, všechno jim dáte. Vždyť na bytovce jsou zavřeni.“ Musíme vysvětlovat, že tito klienti byli právě zavřeni v ústavu. Dnes si zajdou do obchodu, uvaří si, na co mají chuť, zajdou si do kina, cukrárny, navštíví známého na druhé straně města. Že „život“ za zdmi ústavu není plnohodnotný. Proces deinstitucionalizace je dlouhodobý a je třeba čas, než majoritní společnost přijme osoby se zdravotním postižením za rovnoprávné občany, nebude je brát jako občany druhé kategorie, kteří pouze požadují sociální podporu a pomoc. To se naštěstí mění s kulturně politickým klimatem a s podporou občanské společnosti, kde mluvčími jsou zejména rodiče, blízcí příbuzní osob se zdravotním postižením, ale také přímo lidé, kteří pracují s těmito osobami, pracovníci neziskových organizací, kteří podporují transformační procesy praktickým jednáním.

Evropská unie hovoří ve svých dokumentech a doporučeních o dostupnosti služeb. Na tuto dostupnost je nahlíženo hned dvěma pohledy. Za prvé je to finanční dostupnost, možnost zakoupit, využívat takovou službu, která odpovídá individuálním potřebám, konkrétní životní

situaci, kterou uživatel řeší. Zároveň by sociální služby měly být dostupné místně. To znamená, že uživatel sociální služby by k řešení své nepříznivé sociální situace měl najít sociální službu, která je poskytována v místě bydliště klienta, a její poskytování by mělo být kvalitní. Evropská unie, a nejen ona, požaduje, aby poskytované sociální služby byly kvalitní, odpovídaly moderním trendům, staly se decentralizovanými. Evropská unie usiluje o to, aby sociální služby byly poskytovány ve stejné kvalitě ve všech zemích EU. (Malík- Holasová 2014 s. 46-47) ENIL se ve své studii *Developing a Strategy to Promote the Rights of People with Disabilities, Key Areas for Actions* (2013 se na str. 3 – 4[on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.enil.eu/>) věnuje osmi oblastem, které brání v začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti. Mezi tyto oblasti patří např. zaměstnání, odborná příprava. Je třeba podniknout kroky, aby osoby se zdravotním postižením mohli uplatňovat svoje práva. Přejít od zdravotního modelu poskytování sociální péče k modelu sociálnímu. Pro začlenění osob se zdravotním postižením je nutností budovat nové alternativní služby, finanční prostředky lze čerpat ze strukturálních fondů EU.

S deinstytucionalizací a transformací je zmiňován termín humanizace. Humanizaci můžeme překládat jako vztah společnosti k lidem s postižením. Není to ovšem transformace. Je to zlepšení životních podmínek osobám, které jsou umístěni ve velkých zařízeních. Většinou jde o zlepšení materiálně technických, architektonických podmínek zařízení. Rozšíření počtu jedno lůžkových pokojů, vybudování hygienického zázemí u jednotlivých pokojů a podobně. Někdy to může být i důvod, proč vedení zařízení nevstoupí do procesu transformace. Pojem humanizace můžeme volně přeložit jako zaměření se na člověka, který vlastní hodnoty, práva, je svobodný a chce se rozvíjet a touží po uplatnění. (Hartl, Hartlová 2009, s. 198) V sociálních službách je to o vytváření podmínek pro rozvoj osobnosti a uplatňování vlastní vůle, práv a svobod osob. Humanizace se dotýká prostředků a metod, kterými společnost přistupuje k edukaci osob s mentálním postižením a k utváření progresivních podmínek, ve kterých lidé s postižením žijí. Kvalitní život záleží na mnoha faktorech, které ovlivňují život osoby s postižením a nejen péče poskytovaná těmto osobám. (Švarcová 2006 s. 14 – 15) V zařízeních se snaží o participaci klientů na procesech souvisejících se směřováním zařízení. Jsou účastni na procesu transformace. (Pipeková 2006 s. 34)

2.3.1 Deinstytucionalizace

Deinstytucionalizace je snaha o zrušení ústavní péče v takové formě, jak ji známe dosud a její nahrazení péčí, která neomezuje klienta a kompenzuje přesně to, co klient

potřebuje s minimálními vedlejšími účinky na jeho současnou sociální situaci. V rozvinutém světě je již běžný odklon od institucionální péče a péče o osoby s mentálním postižením je směřována k humánnějším formám, které poskytují služby v menších rodinných komunitách, kde se spíše uplatní individuální přístup, důstojnost osob, mohou projevit svobodnou vůli a rozhodovat se. (Pipeková 2006 s. 34 – 78) Deinstitutionalizace je proces, který by měl zajistit, aby uživatelé sociálních služeb, byli součástí společnosti, aktivně se podíleli na jejím fungování. Důvody transformace lze shrnout do pěti oblastí. První je ochrana lidských práv. Komunitní typ služeb se lépe poskytuje individuální péče, při ní se dodržují lidská práva. Je zde větší ochrana uživatele. Druhým důvodem je rozvoj osobnosti uživatele, který se opět lépe uplatňuje při individuálním přístupu a osobnost uživatele se může rozvíjet. V komunitní službě se uživatelé mohou podílet na životě společnosti. Mohou navazovat kontakty a přestávají být závislí na poskytované službě, což je třetí důvod, který hovoří pro deinstitutionalizaci. Samozřejmostí by měla být oblast, kterou je dobrá praxe a kvalitně poskytovaná sociální služba. S kvalitou souvisí velikost poskytované služby, protože ve velké sociální službě se personál může snažit jakkoliv, nikdy ji nebude poskytovat zcela individuálně, vždy se budou muset uživatelé přizpůsobit službě. Posledním důvodem pro transformaci je účelné využití finančních možností a využití personálu. V šedesátých letech se v západních zemích zvedá nevole vůči ústavům a hledá se alternativa k poskytované péči v zařízeních s velkou kapacitou osob. Začínají vznikat komunity, stacionáře a velká zařízení se začínají zmenšovat na kapacitu bytu či běžného rodinného domu. Vznikají sociální služby typu chráněného a podporovaného bydlení, osobní asistence, chráněná pracovní místa. (Koldinská, Matoušek 2011s. 26-27)

Deinstitutionalizace není o zavření ústavů. Chybné je, že v těchto zařízeních nahrazují běžný život a jsou v nich poskytovány služby, které může klient využívat v komunitě. Nelze jednoznačně říci, že je třeba všechny ústavy zavřít a všechny klienty z nich rozmístit do malých bytů v komunitě. Vždy je třeba nahlížet individuálně a to nejen na potřeby klientů jako jednotlivce, ale i na jednotlivé zařízení. Právě individuální pohled a individuální posouzení, by mělo být zásadní a důležité při celém průběhu procesu deinstitutionalizace.

K procesu deinstitutionalizace je třeba přistupovat nanejvýš citlivě, nelze zavřít jedním rozhodnutím zařízení a nebrat ohled na individuální potřeby klientů, kteří mnohdy v ústavu pobývají mnoho let a nejsou schopni se adaptovat ze dne na den na nové prostředí a nové podmínky. Tito lidé jsou nejvíce rizikovou skupinou a je třeba toto riziko ošetřit a nepodcenit.

Prioritou by však mělo zůstat to, aby se do těchto velkých zařízení nedostávali noví klienti, kteří přichází z běžné společnosti. I ve velkých zařízeních, však je možné vytvořit domácnosti, kde by lidé, kteří zůstanou v „ústavu“, mohli žít. Každá tato samostatná jednotka by si vedla svoji domácnost, jak ji vidíme z ekonomického pohledu. Většina personálu má kompetence k tomu, aby podpořila klienty v těchto malých domácnostech a poskytovala jim individuální podporu a pomoc. Cesta k deinstitucionalizaci může vést zrušením provozů, které neposkytují přímou péči o klienty jako je kuchyň, prádelna a další. Tyto provozy mohou nahradit přímo klienti za podpory pracovníků v domácnosti či můžeme využít veřejně dostupné služby v okolí. Důležité by mělo být, aby nebylo na zařízení nahlíženo jako na zdravotnické zařízení. I to lze změnit a poskytovat zdravotnické služby ambulantní formou. Prioritou by také mělo být inkluzivní vzdělávání ve školách samozřejmě mimo instituci. A v neposlední řadě možnost klientů sociální služby pracovat např. v chráněné dílně. (Cháb 2004 s. 28 – 31)

Souhlasím s názorem, že nelze zavřít velkokapacitní zařízení ze dne na den. Je to zdoluhavý proces. V zařízeních jsou často lidé více jak 50 let a v současné době jsou již v seniorském věku. Vzhledem ke zdoluhavosti celého procesu je zřejmé, že této skupiny klientů se již proces deinstitucionalizace nedotkne. Je rozhodující, a co mně osobně vadí, že do těchto zařízení přichází lidé z rodin, kteří poznali život v rodině a musí se podřizovat instituci. Kdyby přešli do komunitního typu služeb, ubylo by problémového chování u těchto klientů.

Musí se také přihlédnout k míře podpory a k tomu, zda klient chce odejít z velké pobytové služby. Existuje manuál pro stanovení míry podpory jednotlivých uživatelů transformovaných služeb – Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů MPSV, 2010. Podle tohoto manuálu se stanoví, kolik potřebuje klient podpory a pomoci v jednotlivých oblastech péče o svoji osobu a domácnost. Míru podpory stanovuje tým osob společně s klientem. Toto vyhodnocení míry podpory napomáhá poskytovatelé s nastavením nové služby na míru konkrétním uživatelům. Podle tohoto dokumentu se dá zjistit, jaké jsou požadavky ze strany uživatelů na obsazení pracovních míst, vybavení nové sociální služby. Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů MPSV 2010 Poskytovatelé, kteří se zapojí do procesu transformace, mohou využít další dokumenty, manuály a postupy, které jim pomáhají lépe zvládat a plánovat celý složitý proces, vyhnout se rizikům, které transformace přináší.

Proces transformace je ovlivňován mnoha zájmy různých skupin, které podle svých zájmů a potřeb tento proces podporují či nikoliv. Mnohdy se nesleduje transformací změna kvality života klientů zařízení, přiblížení se běžnému životu. Spíš se je na ni nazíráno, jako

na změnu v ubytování, zlepšení prostředí, klienti žijí nadále mimo komunitu a společnost. Stále existují zařízení, kde má hlavní slovo personál, který prioritně hájí svoje zájmy před potřebami klientů. Deinstitutionalizace a transformace je o přechodu od instituce k životu v běžné společnosti s využitím všech služeb, které nabízí občanská vybavenost. Jedná se zejména o bydlení v běžné zástavbě, v bytech, rodinných domech. (Čámský 2011 s. 10- 15)

2.3.2 Rizika procesu transformace

Rizika se dají rozdělit na rizika sociální, ekonomická, procesní a komunitní. Rizika sociální se týkají osob zúčastněných v procesu transformace, uživatelů sociálních služeb, jejich rodinných příslušníků, opatrovníků, zaměstnanců přímé péče a managementu. Ekonomická rizika jsou zřejmá, týkají se finančních prostředků, ze kterých se financuje proces deinstitutionalizace. Rizika procesní se věnují přímo procesu transformace jednotlivého zařízení. Riziko komunity lze rozdělit na rizika, která jsou vázány na stát, regiony – kraje, v neposlední řadě přímo na komunitu, ve které budou uživatelé přímo žít. S riziky v procesu transformace je nutné pracovat, mít je popsány, vyhodnocovat je. S riziky by měl pracovat management rizik i z toho důvodu, že nezpracovaná rizika mohou vážně ohrozit celý proces. Rizika je nutné vyhledávat, popisovat, analyzovat, hledat řešení jak rizika zcela eliminovat, či alespoň omezit na co nejmenší míru.

K popisu rizik může management využít i popis nejčastějších a nejvíce pravděpodobných rizik, která jsou obsažena v dokumentu na stránkách NCPPT Systém řízení rizik. Mezi top rizika byla zařazena do sociální oblasti rizika: zhoršení zdravotního stavu uživatelů, kteří odchází do komunitního typu služeb. Opatrovníci nechtějí navýšení autonomie u uživatelů, poskytovatel špatně nastaví personální zajištění služby, které neodpovídá potřebám jednotlivých uživatelů, personál neodhadne přiměřenou podporu. Časté riziko zneužití uživatelů k půjčkám a dalším negativním jevům, které se objevují ve společnosti.

Personál zařízení nemá povědomost o odpovědnosti za chování uživatelů, riziko svobodné volby, přiměřenosti rizika, které se posuzuje s nácvikem nové dovednosti. Personál má strach z nového a neznámého.

Mezi ekonomická rizika řadíme nepravidelnost plateb, nedostatečné finanční zajištění nových služeb a drahý provoz dané služby. K procesním rizikům patří nedostatek míst pro výstavbu domů nebo jejich nevhodný výběr. Zařízení na uvolněná místa po uživatelích, kteří přišli do komunitních služeb, přijímají nové uživatele, nesnižuje se kapacita velké pobytové služby.

Rizika s vazbou na region: konflikty s veřejností, tlak proti opuštění zařízení, do kterého kraj investoval na jeho renovaci a humanizaci. Vazba na komunitu je nemožnost najít pro uživatele vhodné zaměstnání na chráněném či otevřeném trhu práce. Riziko, které souvisí se státem a legislativou lze označit za nejednotnost politiky a špatnou komunikaci mezi jednotlivými ministerstvy. (MPSV 2013 s. 12 – 45)

Mezi rizika, která mohou zpomalit proces transformace v jednotlivých zařízeních, se přiřazují i překážky, které popisuje v dokumentu *Překážky transformace ústavní péče* JUDr. Dana Kořínková (2008 *Quip – společnost pro změnu* [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/004/000600.pdf?seek=1208508951>). V dokumentu popisuje překážky z pohledu motivace ústavů (vedení, pracovníků) a uživatelů sociálních služeb a jejich blízkých, popřípadě opatrovníků. Polemizuje o tom, že i zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. počítá s pobytovými službami domovů se zdravotním postižením, pro seniory, se zvláštním režimem. Pobytové služby tohoto typu musí dodržovat další legislativní ustanovení, která omezují uživatele sociálních služeb a nařizují organizacím opatření, která podporují institucionální pohled na jednotlivou službu. Jedná se zejména o hygienické předpisy, které jsou stejné jako pro zdravotnická zařízení. Stravování je podřízeno zákonům, které upravují veřejné stravování. Další zákonné normy týkající se bezpečnostních a protipožárních předpisů. Všechny tyto normy mají ochránit uživatele a personál sociálních služeb, ale na druhou stranu omezují zapojení uživatelů do aktivit, které by si klient mohl v běžné domácnosti udělat samostatně nebo s podporou asistenta. A jsou často i zneužívána personálem zařízení, kdy se spolu střetne sociální a medicínský pohled, který model zvítězí, je na nastavení organizace nebo spíše managementu organizace.

Mezi překážky transformace Kořínková zařadila i vznik „přechodných“ služeb, které nespĺňují kritéria komunitní služby a jsou stále navázány na hlavní zařízení, například odebírání obědů ze stravovacího provozu organizace. Mnohdy to souvisí s nemožností najít vhodný typ komunitní služby v okolí pro uživatele, kteří by tento typ služby mohli využívat. Na trhu sociálních služeb je nedostatek tohoto typu sociálních služeb obzvlášť v některých lokalitách malých měst a obcí. Transformující se organizace musí sami zřizovat tento typ služeb, aby mohli svoje uživatele umístit mimo institucionální službu.

Další překážkou jsou ekonomické důvody. A to nejen spojené s financováním sociálních služeb, ale i s využitím stávajících budov, které byly mnohdy nově zrekonstruovány a nyní by měly být prodány. S ekonomickou stránkou souvisí i financování sociální služby samotnými uživateli, kteří mají mnohdy nízké invalidní důchody a zařízení jim doplácí na pobyt a stravu, a to mnohdy i vyšší částky. Osoby se zdravotním

znevýhodněním, a zejména uživatelé rezidenčních služeb, shání velice těžce zaměstnání. Úřady práce jim nevěnují příliš pozornosti. Výhodou je pomoc pracovníků zařízení, kteří suplují úřady práce, pracovní agentury a shání pracovní uplatnění pro svoje klienty. S možností být zaměstnán a být finančně zajištěn, souvisí i institut opatrovníka. Osoby se zdravotním postižením, zejména s mentálním postižením, jsou velice často omezeni ve svéprávnosti. Rozhodnutí soudu často neodpovídá jejich schopnostem a dovednostem, rozsudky zcela neodpovídají schopnostem uživatelů. Často i opatrovník brání v zaměstnání a finanční nezávislosti svého opatrovance. Poslední překážkou je i personál zařízení, který není informovaný a má vůči transformaci spoustu předsudků a brzdí proces transformace.

Milena Johnová (2008 s. 4 – 14 Quip – společnost pro změnu, „Zkušenosti s transformací ústavní péče“ [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/005/000637.pdf?seek=1212135590>) se věnuje mimo jiné dalším omezením, které mohou ovlivnit proces deinstitucionalizace v České republice. Z pohledu rodin je to obava, že jejich blízcí, kteří jsou umístěni do velkých rezidenčních služeb, nebudou mít takovou péči v jiném typu služeb. Podceňují i jejich potenciál zvládat různé situace a dovednosti.

Pro volené politiky krajů je to politické rozhodnutí, které s sebou přináší ekonomické dopady na region. Zaměstnanci nechtějí pracovat v komunitních službách, nemají potřebné vědomosti dovednosti, postoje pro přechod do komunitního typu služeb. Tomu napomáhá mnohdy nevyjasněná organizační struktura organizace a nejasné kompetence jednotlivých pracovníků na různých pracovních pozicích. Přístup těchto různých skupin se dá ošetřit komunikací a informovaností, jaké klady, přínosy bude mít transformace pro kraj, obce, uživatele sociální služby. Vzdělávání pracovníků a vysvětlování potřeby změny a nezastírání rizik, které proces transformace přináší. Iniciátorem změny však musí být management organizace, který musí mít stanovenou jasnou vizi, podporovat pracovníky v procesu deinstitucionalizace.

2.3.3 Alternativy k institucionální péči

Po účinnosti zákona 108/2006 se v sociálních službách objevují aktivity, které mají posílit rozhodování klienta a individuální přístup ke klientům. Lidé s postižením mohou využívat další služby, které jsou zřizovány mimo velká zařízení např. chráněné bydlení. Tento druh poskytované sociální služby nabízí, mimo ubytování a stravy, bydlení v komunitě, kontakt se společenským prostředím, pomoc s domácností. Lidem, kteří bydlí ve svých domovech, je poskytována sociální služba podporované bydlení, kdy je osobám s postižením

poskytována podpora a pomoc přímo v jejich bytě. Dalšími sociálními službami, které i v současnosti, poskytují pomoc a podporu lidem se zdravotním postižením, jsou např. centra denních služeb, denní stacionáře. (Matoušek 2011 s. 106 – 107)

Jedna z možností, jak nově poskytovat sociální služby, je chráněné bydlení, které umožňuje žít život, který je nejbližší běžnému způsobu života a zároveň individualizovat péči s ohledem na potřeby jednotlivých osob. Otázkou je, kolik osob by mělo bydlet v bytě, který je součástí chráněného bydlení. Nakolik má být velká skupina těchto osob. Za hranici se v současné době považuje 5 - 6 osob na jednu domácnost, o počtu se však vedou stále diskuze. Klientům v chráněném bydlení poskytují podporu a pomoc asistenti, kteří dochází do jednotlivých domácností. Tito pracovníci napomáhají v péči o domácnost, nákupy, přípravě jídla, při komunikaci s úřady, hospodaření s finančními prostředky. Další velké téma, o kterém se hodně polemizuje, je finanční náročnost chráněného bydlení pro zřizovatele, společnost, klienty. Nelze totiž přesně určit, zda je chráněné bydlení levnější než ústavní péče. Zjištěná data se rozcházejí a to i v mezinárodním měřítku. V chráněném bydlení se však dá diferenciovat délka poskytované péče podle skutečných potřeb, zatím co v ústavech je péče poskytována všem celodenně s malou mírou možností individualizovat službu na míru uživateli. Chráněné bydlení je službou, kterou lze poskytovat daleko individuálněji, podle konkrétních potřeb jednotlivého uživatele. Z tohoto hlediska by se mohlo zdát, že chráněné bydlení by mělo mít nižší investiční náklady a mzdové nároky. (Pipeková 2006 s. 115 – 117)

Podle současného zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. mohou uživatelé sociálních služeb využívat nejen službu chráněného bydlení ale i službu podporovaného bydlení podle §43. Tato terénní služba poskytuje podporu při zajištění chodu domácnosti, kontakt se společenským prostředím, pomoc při obstarávání osobních záležitostí a další. Tento typ služby vyžaduje již určitou míru samostatnosti uživatele. Na rozdíl od služby chráněného bydlení již neposkytuje podporu v oblasti ubytování, stravy, hygieny. Pokud vezmeme statisticky, nejvíce je poskytovaná sociální služba chráněného bydlení a podporované bydlení je v menšině, což lze vyčíst z Adresáře sociálních služeb v Jihomoravském kraji, jak se zmiňuji dále.

2.3.4 Negativní důsledky institucionální péče

Všeobecná charakteristika ústavní péče lze shrnout do několika hlavních znaků. Lokalizace – velké budovy, které původně sloužily k jinému účelu než poskytování sociálních služeb. Architektonické členění budov, které neodpovídá běžnému bydlení, a zhoršují provozní podmínky pro poskytování sociální služby. Tomu také odpovídá i členění klientů

např. podle rozsahu poskytované péče. Formalizace a byrokracie, a s tím související skladba personálu. Prostředí vytváří umělou závislost na poskytované službě, neumožňuje zajistit pocit bezpečí. (Bednář 2012 s. 12 – 13) Tyto charakteristiky splňují všechna tři oslovená zařízení z Jihomoravského kraje, a byla jednou z podmínek výběru do cílové skupiny výzkumu.

S ústavní péčí jsou spojena rizika nemožností navázat trvalý vztah, což souvisí s častými změnami prostředí a osob. Nemožnost vyzkoušet si běžný život i s možností partnerského soužití, většinou jsou v ústavu velké nekoedukované kolektivy, což je pozůstatek minulosti. Projevy hospitalizmu – ztráta zájmu o okolní svět, často se projevuje zhoršením komunikace, hledání náhradních aktivit např. jídlo, dlouhý spánek. Tzv. ponorková nemoc a ztráta soukromí, což je v ústavu zcela běžné. Konfúze rolí. Obyvatelé ústavu se musí podřizovat režimu, ne vždy se jedná v jeho zájmu, není čas na řešení problémů. A v neposlední řadě není řešen partnerský a sexuální život. (Bednář 2012 s. 14)

Ústavní prostředí je ovlivněno historickým vývojem a je v něm upřednostňován medicínský model poskytování péče, posiluje závislost klienta na sociální službě a hlavní vliv na rozhodování má personál a ne klienti, kterým je sociální služba poskytována. (Matoušek 2011 s. 106 – 107)

Je zřejmé, že současným trendům neodpovídá poskytování sociálních služeb ve velkokapacitních zařízeních, která jsou ještě mnohdy umístěna mimo běžnou zástavbu, často na odlehlých místech mimo komunitu. V takovém zařízení nelze při nejlepší vůli k uživateli přistupovat individuálně s ohledem na jeho potřeby, vždy se jedinec bude muset podříditi většině. (Pipeková 2006 s. 115 – 117) Instituce svou existencí negativně ovlivňuje lidský život, omezuje lidskou svobodu, nezávislost, soukromí. Poskytuje péči, ale izoluje od komunity a může dojít ke ztrátě kontaktu s přáteli, rodinou, veřejností. (Duffy 2013 s. 6)

Ústavy vytváří umělé prostředí, které formuluje klientův svět. Na klienty to má mnohdy dopad v podobě hospitalizmu. V dnešních sociálních službách se prioritně nahlíží na klientovu situaci, jejímu hodnocení a podle toho se nastavují sociální služby, smlouva o poskytování sociální služby. Přesto i ta nejlepší rezidenční služba, která poskytuje sociální službu pro velké množství klientů, nemůže nabídnout to, co běžná společnost a veřejně dostupné služby. V současnosti je snaha o komplexní pohled, který zahrnuje vývoj osobnosti klienta, stupeň jeho postižení, jeho současné potřeby, klientovi zdroje, dovednosti, které může využít ke zvládnutí své situace. (Matoušek, Koldinská 2005 s. 17-19)

Souhlasím s tím, že poskytovat sociální službu individuálně ve velkokapacitním zařízení je velice obtížné. Uživatelé i pracovníci se musí přizpůsobovat harmonogramům

a podřídít se chodu zařízení a to ve spoustě oblastí běžného života. Nelze totiž podávat např. stravu podle toho, jak má uživatel chuť a kdy, ale podle možností podat stravu všem uživatelům a ve stejné době. Klienti si nemohou vzít jídlo na, které mají chuť, ale to, co je na jídelníčku. Během dne personál vytváří umělé aktivity pro uživatele, aby „se něco dělalo“ a uživatelé strávili den aktivně a přitom by stačily aktivity běžného dne, jak je má většina z nás.

2.3.5 Argumenty zastánců institucionální péče. Proč ano.

Ústavy by měly nadále pomáhat rodinám pečovat o osoby se zdravotním postižením. Stále v nich žije velké množství osob a to zejména osob s mentálním postižením. Často službu využívají do konce svého života, protože se do zařízení dostávají ve své dospělosti, kdy se o ně již nemohou postarat rodiče či jejich blízcí. (Pipeková 2006 s. 128)

Varováním by nám měl být vývoj např. v Itálii, kde se při plošném rušení ústavů, z klientů stali bezdomovci. V každém ústavním zařízení je část klientů, pro které je ústavní péče možností, jak si udržet stávající kvalitu života. Deinstitutionalizace je dlouhodobý proces. Mnozí klienti jsou na ústavní režim zcela adaptováni, rodinní příslušníci se musí vyrovnat s vyššími nároky svých blízkých na život mimo zařízení. Je důležité vybudovat zařízení, kam budou přesunuti klienti ze současných zařízení. Systém musí počítat se zhoršením stavu klientů a s navýšením nároků na péči o jeho osobu. (Matoušek 2011 s.184 – 185)

Za humanizaci lze také považovat procesy, které napomáhají emancipaci osob s postižením, zvyšují kvalitu životních podmínek. (Pipeková 2006 s. 129) Humanizace v rámci reformy velkých zařízení je především o vybavení materiálem, počtu lůžek, hygienického zařízení u pokojů a podobných stavebních úpravách. Není to o odchodu klientů mimo zařízení.

Jak píše ve své diplomové práci Ingrová (2015 s. 94), že žádná jí oslovená sociální služba neuvažovala o úplné transformaci. Přejít do komunitního typu služeb umožní pouze malé části uživatelů. Hlavním argumentem je ekonomická stránka transformace. Do zařízení se investovaly finanční prostředky k jejich humanizaci a další finanční prostředky se plánují vložit do úprav a vybavení zařízení v rámci humanizace. A to i přesto, že sledovaná zařízení jsou v procesu transformace a nejsou schopna zajistit svým uživatelům adekvátní podmínky, které by respektovaly lidská práva a svobody.

Mezi další argumenty patří podceňování samotných klientů, podle odpůrců deinstitutionalizace, nezvládnou přechod do komunitní služby. Co budou dělat, pokud

nebudou v prostředí, které jim plně zabezpečuje celodenní péči. K argumentům patří i ztráta pracovních míst u zaměstnanců současných velkokapacitních zařízení, a to zejména u pracovníků THP. Je to celkové odmítnutí změn, strach z neznámého. Zaměstnanci nebudou mít potřebné znalosti a dovednosti, které budou potřebovat do nových komunitních služeb. (Johnová 2008 s. 8 – 9 [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/005/000637.pdf?seek=1212135590>)

V Manuálu transformace ústavů 2013 popisují i další argumenty odpůrců. Transformace je jen pro někoho. Existuje skupina osob, která potřebuje péči poskytovanou v ústavu, to jim vyhovuje a ony nejsou schopny žít v komunitním typu sociální služby. Nedostatečná připravenost na přechod do komunitních služeb a to jak klientů, tak personálu. Uspěchaná transformace, bez potřebné délky přípravy, může přinést spoustu rizik a omezení. Je nebezpečná pro klienty. (MPSV 2013 s. 22 – 23)

2.3.6 Argumenty zastánců transformace. Proč ano

Důležitý je pohled na člověka a na jeho potřeby. Východiskem by měla být přiměřenost poskytované podpory a pomoci. Umožnit všem lidem bez výjimky žít normální život.

V Moravskoslezském kraji považují za důležité, aby klienti vedli normální život jako jejich vrstevníci. Jedině transformací jednotlivých zařízení dojde k naplnění individuálního přístupu ke klientům. V Koncepci kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, včetně transformace pobytových sociálních služeb (2008 str. 25) uvádí mimo jiné následující důvody: *„Lidé s postižením jsou občané, žijí v běžném prostředí a využívají běžné veřejné zdroje.“* Dále se podle MSK transformací naplňuje zákon 108/2006 Sb. §2, kdy právě alternativní sociální služby naplňují zákonnou povinnost. Cílem je zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením, využívání běžně dostupných zdrojů, nevytváří závislost na službě a sociální služby „jdou“ za klienty. (MSK 2008 S. 25 – 26)

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti přijata 21.2.2007 pod číslem 127 vládou ČR shrnují mimo jiné mezinárodní zkušenosti (2007 s. 9): *„Přesto jsou zkušenosti s procesem transformace v některých aspektech shodné. Z hlediska nákladů na celý systém se ukazuje, že život v komunitě není levnější než život v ústavním zařízení. Tento ekonomický argument ale nemůže převýšit ochranu práv osob se specifickými potřebami.“* Což shrnuje jednu z nejdůležitějších myšlenek celé transformace a to ochrana práv osob se zdravotním

postižením. [on-line]. Dostupné 28.1.2017 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/001/000297.pdf?seek=1196082206>

Grunewald obhajuje proces transformace sociálních služeb následujícími argumenty, které jsou podloženy jeho zahraničními zkušenostmi. Není třeba, aby osoby se zdravotním postižením žily v ústavech. *Život v komunitě vedl k větší nezávislosti a rozvoji osob.* Důsledkem bylo vymizení negativního jednání ze stran klientů. Vedlo to i k posílení solidarity s osobami se zdravotním postižením. Život v komunitě nepřinesl žádné negativní důsledky a to i z ekonomického hlediska. *Život v běžné společnosti je předpokladem integrace, možnosti k rozvíjení vztahů s komunitou.* (Grunewald 2003 s. 3 – 5)

Jak se zmiňuje Jolly (2009 ENIL [on-line]. Dostupné 20.2.2017 z <http://www.enil.eu/>) ve srovnávací studii, kdy zjistili zlepšení kvality života osob se zdravotním postižením. Samy osoby zmiňovaly zlepšení v nezávislém životě, zaměstnání a trávení volného času. Také jsou zde ekonomické výhody, protože osoby finanční prostředky nečerpají, ale stávají se nezávislé na dávkách. Pro osoby se zdravotním postižením měl přechod do komunitního života i dopad na kvalitu zdraví a tím opět snížení finanční náročnosti péče o osoby se zdravotním postižením.

I Lynn Milgram Mayer (2012 s. 177 – 178) se ve svém článku věnuje sociální práci s lidmi se zdravotním postižením. V sociální práci by se mělo přistupovat solidárně k lidem se zdravotním postižením. Měli by podporovat spolupráci se společností a rodinou, zajišťovat rovný přístup pro všechny. Ovšem tento rovný přístup není pouze o bydlení. V průběhu let se měnil přístup pracovníků k osobám se zdravotním postižením, medicínský přístup se změnil v uznávání práv. Medicínské paradigma se změnilo v paradigma práv. V souvislosti s tím vznikají etická dilemata a výzvy, které souvisí se začleňováním osob se zdravotním postižením do společnosti. Mělo by se myslet na to, že jsou to hlavně lidé a ne diagnózy. Je důležité podporovat tyto osoby v samostatnosti, povzbuzovat je, umožnit jim zkušenost dělat chyby, žít běžným životem.

Vytvoření podmínek, aby mohli žít normálním a plnohodnotným životem, jako majoritní společnost. Normální život znamená, že tito lidé nebudou žít v totální instituci, která jim poskytne na jednom místě vše, ale budou využívat běžně dostupné služby, vzdělávat se, pracovat. Vytvářet hodnoty pro společnost nebo „jen“ pro svoje uspokojení. (Pipeková 2006 s. 14) *Osoba se zdravotním znevýhodněním může být zcela sociálně integrována, plně se účastnit sociálních vztahů.* K tomu, aby integraci proběhla úspěšně, je třeba dostupnost služeb, kde pracují kvalitní a vzdělaní pracovníci, podpora rodiny, která je důležitá pro správný proces integrace. *Integrace se týká všech osob, které jsou znevýhodněny i ty, které*

jsou majoritou společnosti. (Matoušek 2011 s. 97 – 101) *Znevýhodnění znamená bariéru mezi hendikepovaným a společností.* Právě poměr mezi segregací a integrací ukazuje vyspělost společnosti. (Kodymová, Koláčková 2005 s. 91)

Učíme se zvládat běžné situace a postupně nabýváme dovednosti a schopnosti, které nám pomáhají zvládat další překážky. Kvalita života osoby se zdravotním znevýhodněním souvisí s oporou v rodině, která prochází náročnou zkouškou stability, se vzděláváním, socializací. V totální instituci se jedinec musí vyrovnat se situacemi, které neodpovídají reálnému životu. Neuspokojení potřeb vede k frustraci jedince a dalším sociálním problémům. *Pro začlenění osob se zdravotním postižením je důležitá podpora společnosti, která zajistí pracovní uplatnění a to od možnosti využívání pracovní rehabilitace až po práci na otevřeném trhu práce. Možnost práce kompenzuje i potřebu ekonomické nezávislosti, která umožňuje samostatný život. Zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním napomáhají i zákonné normy, které motivují zaměstnavatele k přijetí osob se zdravotním postižením do pracovního poměru. I přes tyto pobídky je zaměstnávání osob se zdravotním postižením v menšině.* (Koláčková, Kodymová 2005 s. 90 – 104)

Pokud budeme uživatele sociálních služeb, ale i v rodinách, chránit před všemi rizikovými situacemi, se kterými se za svůj život setkají, *budeme mít ve společnosti osoby, které si nebudou schopny poradit v běžných a normálních situacích, ale budou závislí na pomoci druhých.* Je zřejmé, že budou klienti, kteří potřebují celoživotně více podpory a pomoci, budou závislí na druhé osobě, ale to by nemělo být limitujícím faktorem. Co by mělo být samozřejmostí, je *respekt k přání klienta, jednat s nimi podle jejich věku.* Určité omezení je v komunikaci s těmito osobami, protože bychom neměli používat cizí slova, informace předávat jasnou formou, kterou osoba s mentálním postižením pochopí. (Hrušková, Matoušek, Landischová 2005 s. 111- 115)

Zaměstnání představuje nejen seberealizaci, což je vrchol Maslowovy pyramidy hodnot, ale osoba získá i finanční nezávislost, dobrý sociální statut. *Pro osoby s mentálním postižením je zaměstnání neméně důležité, zlepšuje jejich postavení ve společnosti i v rodině.* Osoby s těžším mentálním postižením mohou pracovat na chráněných pracovištích, které mohou být součástí rehabilitace. MPSV definuje chráněné dílny jako specifická pracoviště mimo otevřený trh práce, kde mohou osoby se zdravotním postižením najít pracovní a společenské uplatnění. (Pipeková 2006 s. 102 – 105)

Každý člověk potřebuje někoho blízkého, který opětuje lásku. Není to pouze láska rodičovská, ale i partnerská. V dospělosti si každý hledá přátele, partnery podle svého přání a své volby. V zařízeních tato potřeba není mnohdy uspokojována. *Osoby, které žijí*

v ústavech, mají omezený výběr a možnosti se rozhodnout. Často se i se svými blízkými stýkají v minimální míře a mají málo kontaktů v běžném přirozeném prostředí. Je třeba přijmout myšlenku, že i osoby s mentálním postižením potřebují saturovat pocit vzájemné blízkosti partnera a uspokojují své sexuální potřeby. Lidé s lehčím mentálním postižením jsou schopni chápat ženské a mužské role ve vztazích a běžný rodinný život. (Pipeková 2006 s. 110 – 111)

NCPPT ve svém dokumentu *Manuál transformace ústavů* (2013s. 13 – 18) se věnuje důvodům, proč aplikovat proces deinstitutionalizace. *Ústavy nejsou schopny zaručit naplňování lidských práv, práva na sebeurčení, umožnit člověku rozhodovat sám o sobě, je zde zmenšeno uplatňování práva volby. Péče poskytovaná individuálně vytváří méně příležitostí, které mohou vést k omezení lidských práv. V komunitní službě je méně příležitostí, které vedou ke zneužívání moci pracovníka. Existuje tady výrazně partnerský vztah. Osoba se nemusí přizpůsobovat velké instituci. V ústavech nelze zcela zajistit soukromí. V komunitních službách lze lépe uplatňovat individuální přístup ke klientům a umožnit jim rozhodovat o svém životě, převzít za něj odpovědnost, žít důstojný život. Osoby se zdravotním postižením v komunitních službách se naučí novým dovednostem a schopnostem, které využijí v běžném životě, posílí svoje kompetence. Lidé v komunitních službách se stávají součástí komunity, plní svoje společenské role a zapojují se. Nežijí izolovaně. Efektivně využívají všechny dostupné zdroje. Podpora a pomoc jsou poskytovány adresně a přesně na míru podle analýzy potřeb jednotlivých uživatelů, a to jak rozsahem, tak časově.*

2.4 PRÁVNÍ A KONCEPČNÍ UKOTVENÍ PROCESU TRANSFORMACE

Celý proces transformace nelze realizovat bez legislativního ukotvení a podpory jak českých zákonných norem, tak je to i odpověď na podepsané mezinárodní smlouvy, které naše vláda ratifikovala.

2.4.1 Bílá kniha

Po roce 1989 se otevřela debata o ochraně lidských práv v sociálních službách. Začal být kladen důraz na respekt ke klientovi, důstojnost klienta, možnost uplatnit svobodnou vůli a právo rozhodovat o svém životě. „Bílá kniha“ se snaží o shrnutí zásad, naznačit cestu, kterou by se měl stát vydat, pokud by měl poskytovat kvalitní a bezpečné služby s využitím moderních postupů v poskytování sociálních služeb. Poskytovat pomoc v prostředí, kde osoba žije, dát důraz na aktivní zapojení osob, které potřebují pomoc sociální služby a snížit závislost osob na sociální službě. Poskytovat ji pouze po nezbytně nutnou dobu a s využitím všech zdrojů, které může poskytnout komunita a nejbližší sociální okolí klienta. „Bílá kniha“

určila odpovědnosti těch, kteří jsou na sociálních službách zainteresováni. Jedná se o stát, územní státní celky, společnost a jednotlivce. Zároveň předpokládala přenesení kompetence za zřizování sociálních služeb z okresů na kraje. (Malík – Holasová 2014 s. 50-52)

„Bílá kniha“ se dále vyjadřuje k budoucnosti sociálních služeb, naznačuje důležité oblasti sociálních služeb, jejich rozvoj a je důležitým a prioritním dokumentem, který je funkční do dnešních dnů a stále má svoje využití. Je to základní dokument, který byl důležitý i pro věcný návrh zákona 108/2006 o sociálních službách. Je zde popsáno sedm vůdčích principů, které tvoří základ pro poskytování sociálních služeb a jsou prioritami současnosti. Určují směr rozvoje sociálních služeb do budoucnosti. Těchto sedm principů je podle Bílé knihy v sociálních službách (2003 s. 6): *„Nezávislost a autonomie pro uživatele sociálních služeb – nikoliv závislost, začlenění a integrace – nikoli sociální vyloučení, respektování potřeb – služba je určována individuálními potřebami a potřebami společnosti, neexistuje model, který vyhovuje všem, partnerství – pracovat společně, ne odděleně, kvalita – záruka kvality poskytuje ochranu zranitelným lidem, rovnost bez diskriminace, standardy národní – rozhodování v místě.“* „Bílá kniha“ s jejími principy je také ukazatelem směru transformace sociálních služeb. Jednotlivé principy lze aplikovat na současný proces transformace a deinstitucionalizace. Jsou zde uváděny příklady, jimiž se dá charakterizovat proces transformace. Bílá kniha v sociálních službách je stále živý dokument, který má stále platnost a můžeme z něj čerpat i v současnosti. (MPSV 2003)

2.4.2 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních službách má mimo jiné zajistit kvalitní sociální péči, lidem, kteří jsou odkázáni na pomoc a podporu institucí, a jsou závislí na péči druhé osoby. O umístění do zařízení nerozhodoval klient. Ústavy byly většinou na okraji společnosti a i takto se nahlíželo i na klienty těchto zařízení. Bylo třeba vytvořit rovnoprávné prostředí, kde se osobám, které se nachází v sociálně znevýhodněné situaci, poskytne odpovídající sociální služba založená na dobrovolném rozhodnutí, za podmínek, které budou vyhovovat oběma stranám a budou ochráněny práva osob se zdravotním znevýhodněním. (Čámský 2011 s. 16-17)

Zákon o sociálních službách byl po průtazích schválen v roce 2006. Zákon byl vypracován ve shodě s mezinárodní, evropskou legislativou a moderními trendy. Mezi nejvýznamnější změny patří zavedení příspěvku na péči, registrace poskytovatelů a vedení registru, povinnosti poskytovatelů, minimální vzdělání zaměstnanců, kteří jsou zaměstnáni v sociálních službách a jejich rozvoj. V platnost vstoupil 1.1.2007. S platností nového zákona

se také začala prosazovat deinstitucionalizace sociálních služeb. S účinností zákona 108/2006 a vyhláškou 505/2006 se začala sledovat kvalita poskytovaných služeb. Kvalita je zjišťována a hodnocena formou státní kontroly, kterou provádí inspekce sociálních služeb. (Holasová – Malík 2014 s. 53 -54)

Podle zákona o sociálních službách musí každý registrovaný poskytovatel sociálních splňovat zásady podle §2. Tyto zásady mají zajistit kvalitu poskytování sociálních služeb. Pokud se na ně díváme optikou transformace sociálních služeb, opět zde nacházíme formulaci, která se dá vztáhnout k tomuto procesu. Zákon 108/2006 Sb. §2 odstavec 2 říká: *„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“*

Standardy kvality sociálních služeb, které zavádí vyhláška 505/2006 k zákonu 108/2006, mají zajistit kvalitně poskytovanou sociální službu. Kvalitu poskytované sociální služby kontroluje inspekce kvality, která pracuje na principu státní kontroly a sleduje dodržování právě 15 standardů kvality.

2.4.3 Mezinárodní právo, lidská práva, práva osob se zdravotním postižením

S deinstitucionalizací, transformací a poskytováním sociálních služeb úzce souvisí dodržování lidských práv a práv osob se zdravotním postižením. Je to také jeden z důvodů, proč k tomuto procesu dochází a proč byl proces transformace zahájen. Proces transformace a deinstitucionalizace má řadu překážek. Některé jsou dány geograficky, historicky kulturním prostředím. Mezi hlavní patří např. negativní postoj veřejnosti k osobám se zdravotním postižením, nedostatečné dodržování lidských práv, možné zneužití finančních prostředků z fondů EU, neuspokojivá podpora sociálních služeb. (Towell 2010 s. 8)

Všichni lidé bez výjimky jsou si rovni v základních právech. První debaty o lidských právech započaly po skončení první světové války. První deklarace byla přijata až po druhé světové válce -Všeobecná deklarace lidských práv. Všeobecnou deklarací však debata o lidských právech neustala. V šedesátých letech se začíná hovořit o právech osob s mentálním postižením. V prosinci 1971 byla přijata Valným shromážděním OSN Deklarace práv mentálně postižených osob. Dalším dokumentem, který významně ovlivnil postoj

zejména západoevropské společnosti, přijatý v roce 1987 v rámci Rady Evropy, byla Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání. Na její dodržování a dodržování lidských práv v institucích, ve kterých jsou umístěni lidé, kteří jsou omezeni na svéprávnosti, dohlíží Evropský výbor pro prevenci týrání. OSN přijala v roce 1993 Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. (Švarcová 2006 s. 16-18) Opční protokol k Mezinárodnímu paktu o občanských a politických právech vstoupil v platnost 12.6.1991. Podle tohoto dokumentu má každý člověk právní subjektivitu, pokud dojde k omezení těchto práv, je ustanoven opatrovník. Evropská úmluva o lidských právech a základních svobodách byla přijata 18.3.1992. Listina základních práv a svobod byla vyhlášena součástí ústavního pořádku 16.12.1992. OSN přijala v roce 1993 Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. v roce 1993 vznikl Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení, který charakterizuje cíle jako např. důstojnost, právo na soukromí, individualitu, projevení svobodné vůle, rozvoj komunitních služeb. Dodržování práv a potřeb hendikepovaných zajišťuje Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. V roce 1998 byl schválen Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením. (Pipeková 2006 s. 48 – 77)

I zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. klade důraz na dodržování lidských práv v sociálních službách. v příloze č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 platném znění se v Obsahu standardů kvality sociálních služeb, 2. Ochrana práv osob, kritérium a) píše: „*Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;*“ Vyhláška 505/2006 Sb.

Ochranu lidských práv má také v kompetenci Veřejný ochránce práv – ombudsman. na internetových stránkách <http://www.ochrance.cz/> píše: „*Provádí také preventivní systematické návštěvy míst, kde mohou být lidé omezováni na svobodě, a usiluje o respektování jejich základních práv. Ochránce rovněž přispívá k prosazování práva na rovné zacházení a ochraně před diskriminací.*“ [on-line]. Dostupné 26.10.2016 z <http://www.ochrance.cz/> Ombudsman navštěvuje zařízení, kde by mohlo docházet k porušování lidských práv. Z návštěv jsou psány zobecněné poznatky, závěry, které jsou shrnuty ve standardech zacházení. Zprávy z kontrol jsou dostupné na stránkách Veřejného ochránce práv, dále ombudsman pro zainteresované pořádá konference a kulaté stoly, kde se předávají informace, které podporují dodržování lidských práv. [on-line]. Dostupné

26.10.2016 z <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/>

S procesem transformace a deinstitucionalizace je nejčastěji zmiňován článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením viz úvod této diplomové práce. Tato mezinárodní smlouva byla přijata 13. 12. 2006 v New Yorku, jménem České republiky byla podepsána v New Yorku 30. 3. 2007. Ratifikační listina byla v kanceláři tajemníka OSN uložena 28. 9. 2009. Pro Českou republiku vstoupila v platnost 28. 10. 2009. Tyto dokumenty s mezinárodní platností se staly součástí naší legislativy. Z těchto mezinárodních závazků vyplývají povinnosti směrem k vládě, parlamentu a k dalším subjektům, které řídí politiku nejen na nejvyšší úrovni, ale také na úrovni krajů.

2.4.4 Vládní podpora

Vláda České republiky systematicky podporuje osoby se zdravotním postižením a proces transformace. Jedním z prvních dokumentů, který se věnuje transformaci a informuje a plánuje její průběh, byla Koncepce podpory transformace sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. Tento dokument byl přijat 21.2.2007 pod č. 127 a popisuje transformaci jako dlouhodobý proces, který bude rozvržen do několika desítek let. Bude třeba vytvořit síť ambulantních a terénních služeb, které umožní poskytování sociálních služeb v komunitě, bez nutnosti velkých pobytových služeb a jejich rozptýlení mezi komunitní typy služeb jako chráněné a podporované bydlení. Při procesu transformace lze využít zkušenosti ze států, kde tento proces probíhá či byl již ukončen. Mezi překážky, které mohou proces transformace podle tohoto dokumentu ohrozit, patří v první řadě obavy z nedostatku finančních prostředků, dále nechuť personálu současných zařízení k jakékoliv změně a v neposlední řadě je to otázka, co s budovami opuštěných ústavů, jaké bude jejich využití. Proces transformace ovlivní život mnoha lidem, kteří nemusí být prozatím navázáni na sociální služby. Jedná se o uživatele, rodinné příslušníky, pracovníky, podnikatele, občany, komunitu obcí, kde budou vznikat nové typy komunitních sociálních služeb. Proces transformace se v první řadě bude dotýkat domovů pro osoby se zdravotním postižením, postupně by měl pokračovat i v transformaci domovů pro seniory. (Quip společnost pro změnu, Koncepce podpory transformace sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti 2007 s. 12 – 19 [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/001/000297.pdf?seek=1196082206>)

K dalším strategickým dokumentům, které se věnují této problematice, patří „Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020“. Tento dokument, v kapitole „Nezávislý život“, uvádí závazky a cíle, které bude vláda v letech 2015 – 2020 podporovat. Tyto aktivity se budou týkat především podpory nezávislého bydlení. Lidé se zdravotním postižením většinou spadají do nízkopříjmové skupiny obyvatel a z tohoto důvodu vláda ČR, chce prioritně zajistit dostupné sociální bydlení pro tyto osoby. Vláda také požaduje systematickou podporu procesu transformace, s cílem poskytovat sociální služby v přirozeném prostředí uživatelů. Jedná se i o legislativní ukotvení financování sociálních služeb s podporou těch, kteří se podílí na integraci osob se zdravotním postižením. Mezi nastavené cíle v letech 2015 – 2020 patří zlepšení dostupnosti pomůcek pro osoby se zdravotním postižením, podpora transformace, systémové řešení dlouhodobé péče, vytvoření materiálně technického standardu sociálních služeb. Umožnění lidem se zdravotním postižením, co nejdéle setrvat v rodinném prostředí. Upřednostnění rodinného prostředí před rezidenčními službami, finanční podpora transformace i z evropských sociálních fondů. Prioritou je také vzdělávání pracovníků, kteří pracují s lidmi se zdravotním postižením. [online]. Dostupné 11.11.2016 z <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020-revize-2016.pdf> str. 33 - 36

2.4.5 MPSV – projekt transformace

Transformace je podporována MPSV. První projekt byl vypracován na období 2009 – 2013. Tento projekt odpovídal Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, kterou vláda schválila svým usnesením č. 127 dne 21. února 2007. Transformace byla pojata, jako prosazení dodržování lidských práv u osob se zdravotním znevýhodněním a nastavení komunitních služeb, aby tyto osoby nemusely do velkých zařízení. Účastnilo se ho na 32 poskytovatelů napříč celou Českou republikou.

Na pilotní projekt navazovala v období 2013 – 2015 transformace sociálních služeb. V tomto období se podpora zaměřila na vytvoření podmínek pro transformaci sociálních služeb v komunitní typy služeb se zacílením na veřejnost, která by měla přijmout uživatele sociálních služeb, kteří odcházejí do komunitního typu služeb a měli by být integrováni do společnosti. Projektu se účastnilo na 40 zařízení. Tento projekt podporoval organizace především supervizemi, vzděláváním pracovníků, propagací transformace na veřejnosti. Oba tyto projekty byly finančně podpořeny evropským strukturálním fondem a rozpočtem ČR. Poslední projekt „Život jako každý jiný“ na období 2016 – 2019 je v současné době plánován

a schvalován Řídícím orgánem Operačního programu Zaměstnanost. Z projektu se plánuje podpora změn, vzdělávání a osvěta. Aktivita projektu budou směřovat k podpoře krajů a obcí, nově také na osoby, které se také podílí na začleňování osob se zdravotním postižením do společnosti, jako jsou soudci, lékaři a další. [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.trass.cz/index.php/transformace/projekty-mpsv/>

Transformovaná zařízení naleznou metodickou podporu procesu transformace na stránkách Národního centra pro podporu transformace sociálních služeb, které bylo cíleně zřízeno na podporu transformačního procesu MPSV. NCPPT společně s MPSV vypracovává metodickou podporu pro účastníky transformace. Na webových stránkách <http://www.trass.cz/>, najde zájemce informace o projektech, o tom, co je proces transformace, návody jak postupovat při plnění vize transformace, jaká mohou být rizika, čeho se vyvarovat, na co se zaměřit, kde preventivně působit. Pro potřebu transformace jsou zde i důležité a strategické dokumenty. [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/> Zájemce zde najde analýzy nákladů na transformaci, přínos transformace – společenský efekt a další, hodnocení dosavadního průběhu procesu transformace. [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/analyzy/> Dále se zde nacházejí informace jak komunikovat s odbornou veřejností ale především laickou. S občany, kteří se budou setkávat s lidmi, kteří žili ve velkých zařízeních a přešli do komunitní služby.

V Manuálu transformace ústavů, deinstitucionalizace sociálních služeb MPSV (2013) jsou popsány vize, principy, cíle, deinstitucionalizace. Tento manuál je zaměřen na celý proces transformace a napomáhá zadavatelům, poskytovatelům, pracovníkům při zavádění deinstitucionalizace do praxe. Jsou zde popsány jak technické parametry, tak postupy, které využijí pracovníci zařízení při přímé práci s jednotlivými uživateli, opatrovníky, rodinami, institucemi, zastupiteli na úrovni obcí a krajů a další.

Nalezneme zde také Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025 (s. 16 – 23 [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>) Oblast 3.1. oblast 1: Deinstitucionalizace a transformace v oblasti sociálních služeb. Cílem je zkvalitnění života osob se zdravotním postižením a dodržování lidských práv a právo na život, který žijí jejich vrstevníci. Do projektů transformace se zapojilo na 72 zařízení a mnohá v projektu pokračují. A kapacita velkých DOZP se snížila o 789 míst a počet míst v sociální službě se navýšil o 329 lůžek. Neústavní kapacita se navýšila o 200%. Deinstitucionalizace se týká také dětí a mladistvých do 18 let.

Podle „Strategie“ příčiny problému lze vidět v možnostech osob se zdravotním postižením, a nabídkou podpory, kterou mají možnost využívat. Služby poskytované osobám se zdravotním postižením jsou většinou velkokapacitní. V roce 2013 z 639 registrovaných pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením bylo 544 ústavů. Z tohoto důvodu je třeba upřednostňovat komunitní typy sociálních služeb a humanizaci velkých zařízení. Obzvláště v malých městech a obcích je nedostatek malých komunitních služeb, lidé se zdravotním postižením mají omezenou možnost výběru. Důsledkem ve spoléhání se na velkokapacitní služby je nedokončená transformace a snížení kvality života, protože osoby se zdravotním postižením v těchto místech se musí mnohdy spokojit i s nekvalitní službou, která neodpovídá jejich potřebám a možnostem. Pokud by se tento stav nezměnil, bude velice obtížné podporovat osoby se zdravotním postižením v jejich nezávislém životě.

Financování sociálních služeb je stále obtížnější. V současnosti dotační řízení mají ve své kompetenci kraje, které zajišťují základní zasíťování sociálními službami. Kraje podporují dotacemi velké pobytové služby. Pro proces transformace je třeba systémové změny, které budou podporovat neformální péči a podporovat život osob se zdravotním postižením v přirozeném prostředí. Ve strategii je naplánována revize opatření. Mezi tato opatření patří nastavení dlouhodobé systémové podpory ze stran státu a využívání jiných zdrojů i mimo programy Evropské unie, podpořit neformální péči, aby osoby se zdravotním postižením nemusely do pobytových sociálních služeb. Využití stávajících velkých zařízení k jiným účelům, než jsou sociální služby. Revize metodik transformace. Zaměření se i na další cílové skupiny, než jen pouze na osoby a děti se zdravotním postižením, zejména na lidi s mentálním postižením. [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

Nachází se zde i odkaz na Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteria_IROP_vyzva-49.pdf. Tato kritéria jsou nastavena pro zařízení, která v rámci procesu transformace chtějí čerpat finanční prostředky z výzvy č. 49 IROP a Zaměstnanost. V tomto dokumentu je pojata humanizace zařízení jako určitý krok k transformaci zařízení, která má směřovat k životu v přirozeném prostředí. Kritéria obsažená v tomto dokumentu určují materiálně technický standard pro transformované sociální služby a to jak pobytové tak terénní a ambulantní. Je zde určen počet klientů na bytovou jednotku, dům, kde by měla být služba umístěna v běžné zástavbě. Kolik takových služeb může být v obci, městě a další kritéria, která musí být obsažena v transformačním plánu, který slouží jako podklad při tvorbě projektu a žádosti o finanční prostředky z výzvy č. 49 z IROP.

NCPPT a MPSV proces transformace nepodporují pouze metodicky na webových stránkách. Pořádali setkání pracovníků ze zařízení, která byla zapojena v deinstitucionalizace. Zde na těchto setkáních si pracovníci vyměňovali svoje zkušenosti s celým procesem. Setkání se také účastnili i klienti sociálních služeb, kteří se podělili o zkušenosti, které jim přechod z velkokapacitní služby do služby komunitního typu přinesl, jak se jim změnil život, s čím se museli vyrovnat. S procesem deinstitucionalizace však souvisí i mnoho rizik. Nelze předpokládat, že prosazování změn bude přijímáno všemi dotčenými osobami bez výhrad. Velká změna přináší sebou vždy rizikové situace a deinstitucionalizace je změna, která mění celkový pohled na sociální služby. Při procesu transformace je velice důležité mít popsána rizika a s těmito riziky pracovat.

2.4.6 Zapojení Jihomoravského kraje do procesu transformace

Zákonem č. 129/2000 Sb. vznikly samosprávné kraje, které převzaly agendu do té doby vedenou okresními úřady. Okresní úřady byly do té doby zřizovatelem sociálních služeb, plánovaly síť sociálních služeb okresu, byly kontrolními úřady. Po zániku okresů přešlo plánování sociálních služeb na kraje. Kraje se staly zřizovateli některých sociálních služeb, jedná se většinou o velké pobytové služby. Komunitní plánování sociálních služeb je v dikci krajů a dále obcí s rozšířenou působností. v Jihomoravském kraji je celkem 21 obcí s rozšířenou působností. [on-line]. Dostupné 22.10.2016 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=27204&TypeID=2> Jihomoravský kraj je zřizovatelem celkem 27 sociálních služeb, které poskytují sociální služby typu domova pro seniory, domova pro osoby se zdravotním postižením. [on-line]. Dostupné 22.10.2016 z http://kevis.kr-jihomoravsky.cz/index.php?action=evidence&lang=cz&akce=tabulky_akce&id_evidence=29 Kraje mají podle zákona o sociálních službách 108/2006 Sb. zákonnou povinnost podílet se na komunitním plánování sociálních služeb. Jejich povinností je také vytvoření základní sítě sociálních služeb. v současnosti kraje přerozdělují finanční dotace sociálním službám, které na jejich území působí.

Kraj jako zřizovatel sociálních služeb a účastník komunitního plánování podporuje a iniciuje vznik nových služeb, které v regionu chybí, nenachází se v základním zasíťování kraje. V současnosti kraje podporují transformaci sociálních služeb. Samotné kraje jsou mnohdy sami zřizovateli velkých pobytových služeb, které se transformují do malých komunitních služeb typu chráněného bydlení. Například i Moravskoslezský kraj, na jeho stránkách najdeme prohlášení, kterým se hlásí k transformaci sociálních služeb: „*Transformace pobytových sociálních služeb (ústavní péče) se stala v Moravskoslezském*

kraji jednou ze stěžejních oblastí. Moravskoslezský kraj se jednoznačně postavil za nezbytnost řešit problém velkých ústavních služeb. Tyto v řadě aspektů neodpovídají zákonným standardům kvality sociálních služeb a v mnoha směrech nemohou naplnit lidská práva a svobody osob s postižením, které v těchto zařízeních žijí. Moravskoslezský kraj se stal prvním krajem v České republice, který proces transformace realizuje jako systémovou změnu poskytování sociálních služeb.“ [on-line]. Dostupné 22.10.2016 z http://www.msk.cz/cz/socialni_oblast/transformace-pobytovyh-socialnich-sluzeb-40508/

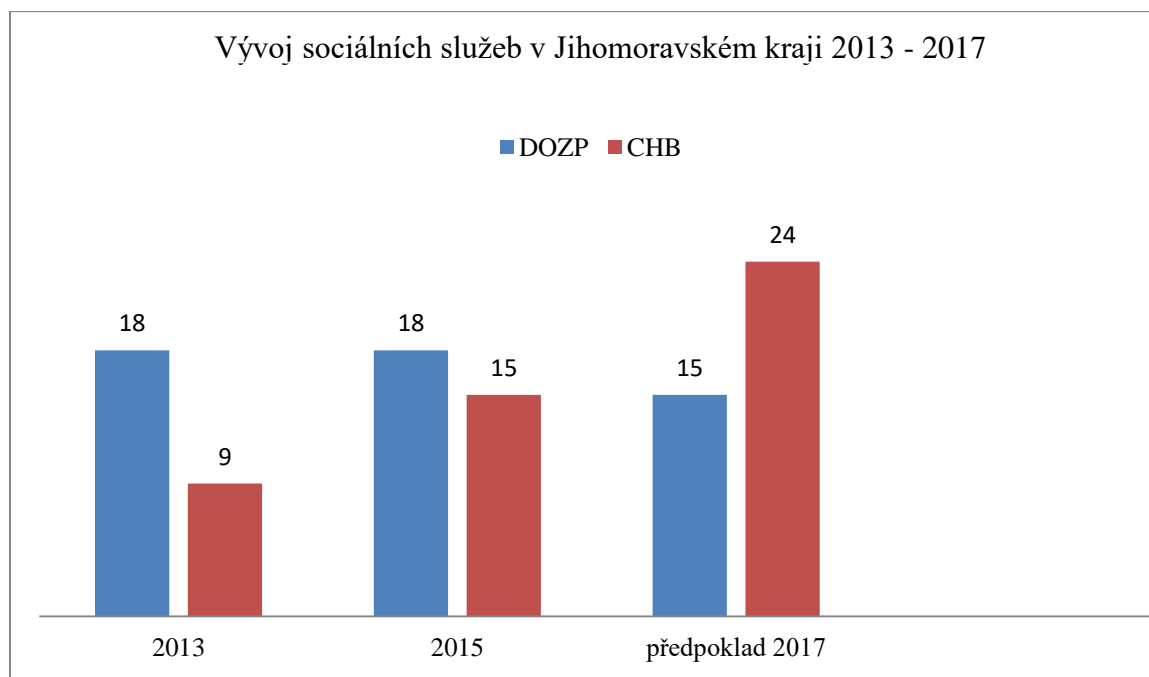
2.4.7 Dokumenty Jihomoravského kraje k transformaci

Jihomoravský kraj podporuje transformaci a deinstitucionalizaci sociálních služeb. Stěžejní dokument, který se věnuje rozvoji sociálních služeb a procesu transformace, je Strategie transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v Jihomoravském kraji na období 2014 – 2020 (JMK 2014 s. 15 – 36). Tento dokument popisuje rozvoj sociálních služeb a vznik nových sociálních služeb během těchto let. Z tohoto dokumentu lze vyčíst následující demografické údaje, které jsou podstatné pro transformaci sociálních služeb. V dokumentu se využívají data z roku 2013. V tomto roce bylo na území kraje 27 pobytových zařízení z toho domovů pro osoby se zdravotním postižením 18 a 9 chráněné bydlení. Dalšími pobytovými službami bylo 6 týdenních stacionářů. V zařízeních chráněného bydlení bylo ubytováno nejčastěji 15 klientů. V domovech pro osoby se zdravotním postižením, jejichž zřizovatelem je kraj, se poskytuje sociální služba téměř vždy více jak 100 uživatelům, tyto služby lze označit jako velkokapacitní. V roce 2013 v těchto pobytových službách bylo 1278 lůžek, což se rovná více jak 84% osob, kterým byly poskytovány pobytové služby. Další zařízení mají jiného zřizovatele a jejich kapacita je nižší než 100 uživatelů. V zařízeních typu chráněné bydlení se poskytují sociální službu do 20 osob, výjimkou bylo pouze jediné zařízení, které chráněné bydlení poskytovalo 35 osobám. Kapacita těchto zařízení byla 132 lůžek a v celkovém počtu pobytových zařízení tvořily 9% z celkového počtu. Zbytek pobytových zařízení byla sociální služba týdenní stacionář, což odpovídalo 7% z celkového počtu.

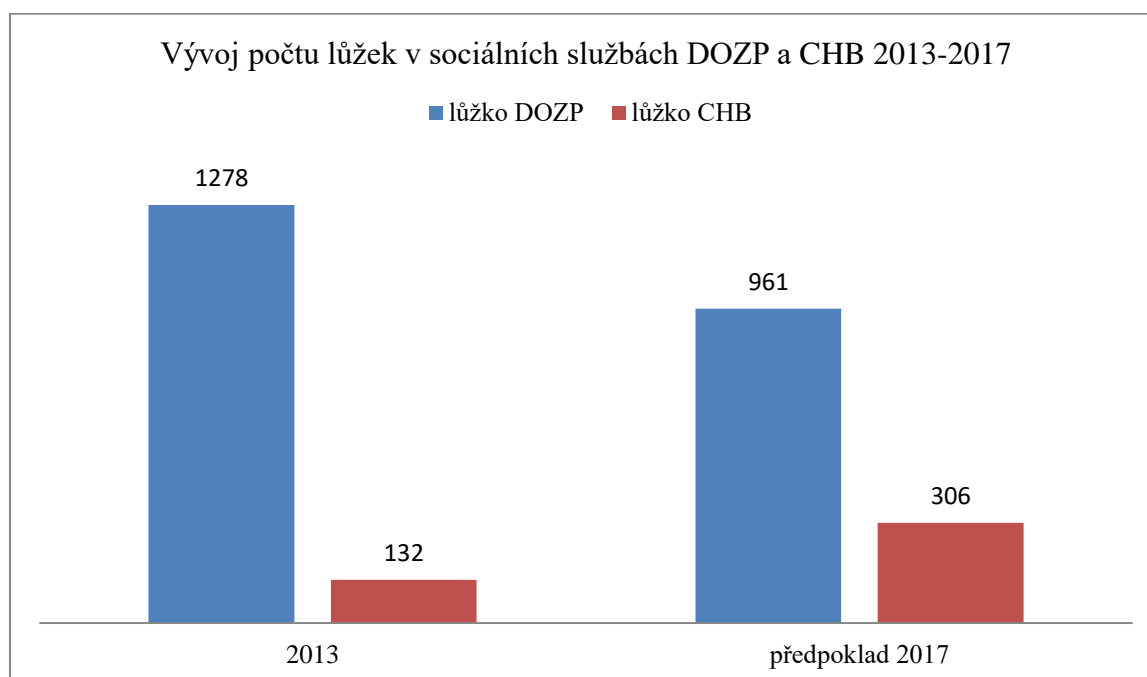
V roce 2015 Jihomoravský kraj vydává „Adresář sociálních služeb Jihomoravského kraje“. (2015 s.45 – 89) Z tohoto dokumentu, který využil registru poskytovatelů sociálních služeb, zjistíme navýšení sociálních služeb typu chráněného bydlení z původních 9 na 15. Byla registrována sociální služba, která poskytovala podporované bydlení. Většina poskytovatelů těchto služeb byly neziskové a charitativní organizace. Sociální službu typu domova se zdravotním postižením poskytovalo na území Jihomoravského kraje celkem 18

zařízení. Tato zařízení měla různého zřizovatele. Ve většině těchto zařízení byla poskytována sociální služba většímu počtu uživatelů. V současné době v Jihomoravském kraji poskytuje rezidenční sociální služby 15 DOZP, 24 registrovaných poskytovatelů nabízí sociální službu typu chráněného bydlení. Z tohoto počtu 3 služby mají zažádáno o registraci a probíhá schvalovací řízení, jsou však již zařazeny v dotačním řízení na rok 2017. V těchto službách by mělo být 14 lůžek. To znamená, že podle stanovení priorit zachování a rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na sociální služby poskytované v Jihomoravském kraji a v sociální službě domov pro osoby se zdravotním postižením by mělo žít v roce 2017 961 osob, z nichž 769 by mělo využívat pobytovou službu ve velkokapacitním zařízení nad 100 osob. Službu chráněného bydlení, podle přehledu sociálních služeb zařazených do základní krajské sítě sociálních služeb v Jihomoravském kraji pro rok 2017, mělo využívat 306 osob v 24 chráněných bydleních. Což je snížení osob, které jsou vystaveny působení instituce. Oproti roku 2013 se snížilo o 317 lůžek, pokud vezmeme za daná zjištění z roku 2013 a předpokládaný počet lůžek v roce 2017. Jihomoravský kraj je zřizovatelem 9 z 15 DOZP a 7 zařízení má kapacitu více jak 100 osob. Prioritou kraje je podpora stávajících, rozšíření již registrovaných a vznik 3 nových služeb typu chráněného bydlení. Což je 130 lůžek. Z těchto podporovaných služeb u 5 je zřizovatelem jihomoravský kraj. [on-line]. Dostupné 30.1.2017 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=319753&TypeID=2> Porovnání počtu DOZP a CHB viz tabulka č. 1 a porovnání počtu lůžek viz tabulka č. 2.

Tabulka č. 1



Tabulka č. 2



2.4.8 Zapojení jihomoravského kraje do procesu transformace

Jihomoravský kraj se zapojil do procesu transformace usnesením č. 6277/07/R105 z roku 2007, kterým navrhl dvě vhodné příspěvkové organizace do pilotního projektu MPSV. Další strategické dokumenty kraje, které se věnovaly problematice transformace sociálních služeb, byly: Programové prohlášení Rady Jihomoravského kraje pro volební období 2012 – 2016, Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v JMK 2012 – 2014, Krajský plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením 2013 – 2016, Strategii JMK 2020. Tyto dokumenty sloužily jako podklad pro samotný proces transformace a pro její financování z rozpočtu kraje, MPSV a evropských fondů, tak aby se zajistila dlouhodobá udržitelnost. v roce 2013 se do navazujícího projektu MPSV schváleno pět zařízení, jejichž zřizovatelem je JMK. V roce 2009 byl ustanoven regionální transformační tým, který zabezpečuje transformaci v JMK. Od roku 2013 jsou do projektu MPSV zapojeny 4 organizace. Dalších 5 organizací se sice do projektu nezapojilo, ale podporují vznik nových sociálních služeb, kde mohou osoby se zdravotním postižením žít život v běžné komunitě s nízkou mírou podpory. Cíle stanovené ve Strategii transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v JMK na období 2014 – 2020 jsou: osvěta a informovanost veřejnosti, spolupráce s obcemi s rozšířenou působností, podpora zařízení, které jsou zapojeny v projektu MPSV. [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=221203&TypeID=7>

Další dokument, kterým se Jihomoravský kraj připojuje k procesu transformace, je Akční plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji pro rok 2017 Opatření C.2 JMK 2016 (s. 15 - 16 [on-line]. Dostupné 20.10.2016 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=319753&TypeID=2>): „Podpora aktivit naplňující kritéria deinstitutionalizace, transformace a komunitních sociálních služeb“. Podle tohoto dokumentu JMK bude podporovat sociální služby, které využívají zdrojů ve svém okolí, začleňují uživatele do společnosti, podporují kontakt s komunitou. Nové sociální služby budou mít formu běžné domácnosti, uživatelé budou smysluplně využívat svůj čas, popřípadě pracovat. Současně budou snižovány počty uživatelů velkokapacitních služeb a tím dojde postupně k humanizaci prostředí pro uživatele, kteří zůstanou ve stávajících budovách. JMK bude podporovat organizace, které jsou zapojeny do procesu transformace. Mezi aktivity, které povedou k naplnění strategie, patří přístup k novým projektům realizovaných MPSV, setkávání regionálního transformačního týmu, konzultace, podpora při přípravě projektů na čerpání finančních prostředků z evropských fondů. Registrace nově zřízených služeb.

2.5 FINANČNÍ ZAJIŠTĚNÍ

Zařízení, která jsou příspěvkové organizace kraje, získávají finanční prostředky z příspěvku na péči od uživatelů, kterým poskytují sociální službu. Tento příspěvek byl zaveden se zákonem 108/2006 Sb. o sociálních službách. Cílem tohoto příspěvku měla být možnost svobodné volby na zabezpečení potřebných sociálních služeb, které občan potřebuje. Má napomoci individualizaci poskytované služby. Dalším důvodem zavedení měla být podpora procesu deinstitutionalizace a zrušení paušalizace pohledu společnosti. Rozdělení poskytovaných služeb podle skutečné potřeby. Měla se zvýšit role příjemců služeb, kteří by si sociální služby za příspěvek na péči, sociální služby kupovali. Stát je garantem kvality za pomoci zřízeného registru sociálních služeb. Kvalita je sledována prostřednictvím inspekci sociálních služeb. Další financování sociálních služeb je prostřednictvím krajů ze státních dotací. Hlavní principy zůstávají stejné jako koncem devadesátých let. Jsou to rovné podmínky pro všechny poskytovatele a příjemce, efektivní využívání služeb, transparentnost a stabilita financování. (Průša 2011 s. 67-76)

Kraj přerozděluje finanční prostředky, které jsou v rámci dotační politiky státu rozděleny mezi jednotlivé kraje. Nejvíce prostředků na provoz obdrží sociální služby, které jsou zařazeny do podporované sítě sociálních služeb kraje. Dále je podporována i dočasná síť sociálních služeb, ale pouze na dobu, po kterou jsou zařazeny do sítě sociálních služeb.

Současně je třeba znát rozvoj a priority jednotlivých zařízení. Proto kraj požaduje strategické rozvojové plány s vizí směřování organizace do budoucnosti.

Strategický plán rozvoje organizace je dokument, který by měl vypracovat management organizace. Měl by přinést organizaci definici cílů a priorit, způsobů dosažení těchto cílů. Definování osobní odpovědnosti osob, finanční zdroje a náklady a stanovení indikátorů jejich splnění. Při plánování a stanovení cílů je vhodné využít analýz např. SWOT analýzy. S plánováním souvisí i rizika, která je třeba popsat a ošetřit. Plán by měl odrážet i individuální plánování potřeb cílové skupiny, zdůraznit prioritu potřeb klientů a porovnat zjištěné informace s formami a poskytovanou péčí v současnosti. (Matoušek 2011 s. 125-132)

Organizace, které se veřejně zavázaly a vstoupily do procesu transformace, mají vypracované tzv. transformační plány, které obsahují naplánování celého procesu. Popis zařízení před transformací, časový rozvrh a další důležité informace, které se týkají i financování celého procesu. Transformace je podporována z evropských fondů. Transformační plány jsou nastaveny tak, aby organizace mohly získat tyto finanční prostředky. V současné době jsou to finanční prostředky z IROP. [on-line]. Dostupné 28.2.2017 z <http://www.mpsv.cz/cs/19953> Podmínkám výzev z IROP je nastaven i další dokument, který pomáhá organizacím při procesu transformace, které připravilo MPSV i s další nezbytnou podporou. Z těchto dokumentů čerpají nejen organizace ale i kraje. [on-line]. Dostupné 28.2.2017 z <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/kriteriia-transformace/>

Nový pohled na poskytování sociálních služeb, kdy se z klientů stávají zákazníci, kteří se rozhodují, které služby využijí, mění financování služeb. Klient je totiž ten, který drží část finančních prostředků, které financují poskytovanou službu a to příspěvek na péči. Náklady na financování služeb se totiž dělí mezi zadavatele, poskytovatele, klienta, který sociální služby využívá. Z tohoto pohledu jsou zákazníci celá společnost, která potřebuje, aby bylo postaráno o osoby, které se nachází v znevýhodněné sociální situaci. Každá ze zainteresovaných stran má jiné požadavky na poskytování sociálních služeb a jejich kvalitu. Zadavatelé mají efektivitu, dobré finanční výsledky a příjemci dobré služby, které budou brát zřetel na jejich potřeby, zaměstnanci zase informovanost, možnost rozvoje, organizace efektivnost, profesionalitu. v těchto různých očekáváních se odráží i různé pojetí kvality a zároveň mají jiné možnosti, jak kvalitu kontrolovat. (Malík – Holasová 2014 s. 14-35)

Proces transformace má vícezdrojové financování. Je podporován nejen kraji, ale jsou zde čerpány peněžní prostředky z fondů Evropské unie a to z několika zdrojů. Projekty vypracovávají a žádají o ně nejen samotné organizace, které z nich financují např. výstavbu

domů, ale také kraje a i MPSV. Každý z těchto subjektů využívá prostředky na financování jiné části transformace. v současnosti se mohou čerpat finanční prostředky z programového období 2014 – 2020.

2.5.1 Finanční podpora - evropské fondy

Proces deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb je podporován Evropskou unií a to nejen legislativně, přijetím norem, které jsou závazné i pro náš právní systém, ale tento proces je podporován i finančně a to dotacemi ze strukturálních fondů. Tyto dotace jsou poskytovány na investiční a neinvestiční projekty. V období 2007 – 2013 bylo z evropského sociálního fondu podporováno především vzdělávání pracovníků v sociálních službách, ale část investic spolufinancovala i výstavbu nových komunitních forem sociálních služeb, které se financovali z operačního programu IOP (Integrační operační program). Finanční prostředky z programu IOP čerpalo jedno zařízení z Jihomoravského kraje na výstavbu nových komunitních služeb v souladu s koncepcí transformace v Jihomoravském kraji. [on-line]. Dostupné 28.10.2016 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=221203&TypeID=7>

Od roku 2004 může Česká republika využívat prostředky z evropských strukturálních fondů. Evropský sociální fond podporuje sociálně znevýhodněné. Finanční prostředky z tohoto fondu byly využity i na vzdělávání pracovníků v sociálních službách, zvyšování kvality v sociálních službách a zavádění standardů kvality. (Malík – Holasová 2014 s. 52)

Pro schválení podpory z Evropských strukturálních fondů je třeba doložit potřebnost programu, s čímž souvisí hodnocení potřeb cílové skupiny. Poskytovatel musí přesvědčit o potřebnosti projektu, což může být její absence na trhu sociálních služeb a je třeba pro fungování komunity podle objektivních indikátorů a objektivním zhodnocením potřebnosti. Potřebnost mohou také formulovat budoucí uživatelé sociální služby či jejich blízcí. Někdy klienti si nemusí být vědomi potřebnosti budoucí sociální služby, potřebu zjistíme cíleným výzkumem, zjišťováním sociálních problémů komunity. (Matoušek 2011 s.127 – 128)

Výzva pro rok 2016 podpora z evropských fondů IROP (Integrovaný regionální operační program) se týká výzev č. 29, 30 a zejména 49. O tyto finanční prostředky mohou žádat NNO, kraje, organizace zřizované kraji, církvemi. Cílová skupina jsou osoby sociálně vyloučené, osoby se zdravotním postižením. Celková alokace je přibližně 1 058 milionů korun, z toho EU přispívá celkovou částkou 900 milionů korun. Dále se mohou čerpat finanční prostředky na rozvoj infrastruktury komunitních center, tato výzva je opět určena osobám, kterým hrozí sociální vyloučení, osobám se zdravotním postižením. Výzva č. 49 se přímo zabývá deinstitucionalizací sociálních služeb a podporou uplatněním na trhu práce.

Cílová skupina jsou osoby se zdravotním postižením a osobám, kterým hrozí sociální vyloučení. Celková výše výzvy je 1 529 miliónů, z toho EU se podílí částkou 1 300 miliónů. [on-line]. Dostupné 28.10.2016 z www.dotaceeu.cz/getmedia/59e6a4db-25e3-4eba-913b-540d19b5f78c/IROP_Harmonogram-vyzev-2016-k-27-10-2016_1.xlsx I v roce 2017 bude možnost čerpat z fondů EU. Pro tento rok jsou vypsány výzvy, které podporují inkluzi a začlenění osob, kterým hrozí sociální vyloučení nebo jsou osobami se zdravotním postižením v celkové výši přibližně 586 miliónů a EU se podílí 500 milióny. Tyto finanční prostředky jsou určeny na nákup objektů a jejich vybavení pro vznikající sociální služby. [on-line]. Dostupné 28.10.2016 z www.dotaceeu.cz/getmedia/37039e41-53ad-4b2e-9ab663b52e6cde8d/IROP-Harmonogram_vyzev-2017-k-27-10-2016.xlsx

Evropský sociální fond podporuje neinvestiční projekty, které jsou zaměřeny na zaměstnanost a vzdělávání, rekvalifikaci. Z evropského sociálního fondu bude oproti období 2007 – 2013 podporováno vzdělávání, zaměstnanost v návaznosti na transformaci a deinstitucionalizace sociálních a zdravotních služeb, speciální programy určené pro zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Většina zařízení, která byla zapojena do procesu transformace řízeného MPSV, se zapojila do neinvestiční „měkké“ části. Z této části projektu bylo financováno především vzdělávání pracovníků, workshopy, setkání u kulatých stolů pro pracovníky zařízení, ale i pro veřejnost, supervize pro pracovníky zařízení.

Právě podpora pracovníků, jejich výběr, organizační kultura je rozhodující, jak se bude přistupovat k procesu transformace. Přístup organizace jako celku určují hodnoty, které zastávají lidé, kteří organizaci vedou a sdílejí shodné hodnoty s ostatními pracovníky. Organizační kultura může bránit ve změně. Je důležité, aby vedoucí pracovníci byli určujícími pro provádění změn a těmi, kdo mění organizační kulturu. (Čajko-Eibichová, Havrdová 2010 s. 68 – 80) Organizační kultura ovlivňuje rozhodování uvnitř organizace. Důležitá je komunikace a důvěra mezi pracovníky. (Havrdová, Šafr 2010 s. 90 – 104) Manažer by měl být ten, který navrhuje změnu, způsoby řešení. Tým spolupracuje na základě hodnot, které zaštituje vedoucí pracovník. (Vrzáček s. 2010 183 – 184) K dosažení jakéhokoliv cíle je třeba mít informace a zdroje, a to jak finanční, materiální, tak lidské. Manažer musí definovat reálný cíl, vybrat si správné osoby, které mu pomohou stanoveného cíle dosáhnout. (Vrzáček 2010 s. 185 – 188)

2.6 MOTIVACE

Motivace je příčinou našeho chování, směřuje naše chování požadovaným směrem a dodává nám energii k jeho splnění. Pokud se nedaří úkol, vyskytly se překážky, které zapříčiní nesplnění předsevzetí, přichází demotivace, která může přejít do frustrace. Ta přichází při neustále se opakujících neúspěších a nesplnění předsevzetí. Potom může dojít ke změně cíle, nebo se ho zcela vzdát. V organizaci může docházet k chaosu, k neochotě pracovníků, nezájemu o nápady zaměstnanců a dalšímu. Aby se podřízení pracovníci zajímali o procesy v organizaci, měly by být splněny následující podmínky: za úsilím musí být vidět výsledky, pracovníci by měli být odměněni a to takovou formou, která je pro ně zajímavá. (Bělohlávek 2010 s. 39 – 48)

Motiv vysvětluje, proč se chováme konkrétním způsobem. Často jsou vedeny nějakým ziskem. Pokud vezmeme sociální motivátory, patří sem i kariérní ocenění. Motivace není pouze o aktuální potřebě, ale i o budoucím uspokojení, získání odměn a omezení trestů. Při motivaci je důležitý kulturní vliv, učení se i nevědomé motivy, které nejsou na první pohled zřejmé. K obecným motivům patří dodržování psychické rovnováhy, a výtěžnost pozitivního a minimalizace negativního. Všichni toužíme po kladném ocenění, úctě, obdivu, uznání. (Nakonečný 2009 s. 177 -184)

Lidé jsou motivováni různými faktory jako např. finanční ohodnocení, jistota, osobní úspěch, pracovní výsledky, odbornost, samostatnost, tvořivost. Pokud nedojde k naplnění potřeby, dochází k frustraci, kterou řeší různým způsobem. Vzdání se cíle, hledání náhradního, nebo naopak vyvinou větší úsilí, aby svého cíle dosáhli. Pokud se tato demotivace týká pracovního cíle má to za následek nevšimavost k chybám, špatná organizace práce a další projevy, které stěžují i ostatním spolupracovníkům podílet se na plnění společného cíle. (Bělohlávek 2010 s. 43 – 44)

Plnění úkolu či aktivity je vedeno dvěma vlivy. A to stimulem, což jsou vnější podněty, vnitřní se nazývají motivy. Tyto vlivy se mohou navzájem kombinovat a posilovat. Stimulace je jednoduchá, je to ve své podstatě odměna. Jsou podněty, které nás přitahují, vybuodovali jsme si k nim apetenci, další podněty v nás vyvolávají nelibost – averzi.

Motivace je nezávislá na trvání odměny, protože je pro jedince důležitá. Při plnění úkolů a aktivit je potíž v tom, že každý člověk je ke konání veden jinými motivy a je pro jeho konání důležité něco jiného. To souvisí s motivačním založením, polohou, naladěním. Motivační založení souvisí s naší osobností a máme je do určité míry zděděné, poloha motivace je spjata spíše s naučenou složkou, naladění je proměnlivé a záleží na momentální situaci jedince. (Plamínek 2010 s. 14- 25) Motivace k jednání jsou vlastně uspokojováním

našich potřeb, tak jak je rozdělil A. Maslow. Nejnižší je uspokojení fyziologických potřeb, nejvýše je potřeba uznání a sebeaktualizace. Touha po sebeaktualizaci je zcela vnitřním popudem člověka, vede také k většímu rozsahu, než je pouze onen jedinec, zahrnuje i potřebu užitečnosti pro okolí. (Plamínek 2010 s. 74 – 77)

Splnění nějakého cíle, který jsme si dali, je pro všechny zúčastněné úspěchem, ke kterému vedly různé cesty, motivy, pocity, stimuly. Motivem chování je touha po příjemném a nechuť k nepříjemnému. To vede lidi ke snaze mít to příjemné, což je motorem ke konkrétnímu jednání a učení se. Pro úspěch jsou důležité podmínky, mezi které řadíme užitečnost, efektivitu, stabilitu i dynamiku. Současně úspěch je podmiňován i triádou chtít, moci, umět či vědět jak. Chtít je o svobodě se rozhodnout, o motivaci. Ke splnění je třeba i lidské zdroje, které můžeme využívat. Sem zařadíme postoje, které jsou na úrovni pocitů, které určují naše chování. Zjednodušeně řečeno, v co člověk věří a chce dělat. Pro úspěch našeho konání je důležitý stupeň motivace a sebemotivace. Ke zdárnému konci našeho konání je důležitá umět – znalosti a dovednosti, které máme a využíváme pro zdárné ukončení našeho přání, chtění. Plamínek ve své publikaci popisuje pyramidu úspěchu, která se skládá z: může – ví co, motivace - chce, umí a dělá. To vše ovlivňují vnější a vnitřní podmínky. (Plamínek 2010 s. 15 – 62)

Dle mého názoru jsou vnější a vnitřní podmínky důležité, pro úspěch procesu transformace. Proces transformace je složitý, zdoluhavý, s nejasným koncem, pokud přihlédneme k faktu rozložení na dlouhé období, které je pro proces transformace určen. Možná je i podstatná dimenze skutečné podpory od kraje, MPSV. Není to pouze hra na transformaci, opravdu ji kraj, MPSV chtějí. Jaké motivy vedou pracovníky těchto institucí k tomu, že započali a pokračují v procesu deinstitucionalizace. Je to o osobních motivech pracovníků zařízení, klientů, pracovníků kraje, MPSV. Jak vidí svoje zařízení, jak by měl pokračovat proces transformace v jejich zařízeních.

K určitým závěrům došel ve své diplomové práci Bednařík (2013 s. 63 – 66). Ten porovnává motivaci k transformaci u nás a v Holandsku a došel k závěru, úspěch procesu transformace je ovlivněn tím, zda impulz vzešel „ze spodu“ od klientů jejich blízkých nebo zda byl proces transformace nařízen, nadiktován jako politické zadání. Právě u nás je situace, kdy klienti jsou sice nespokojeni, ale stížnosti nejsou vyslyšeny, není tu pocit nutnosti změny. Implementace změny je indikována shora, nadiktována ministerstvem, EU, a proto je celý proces brán formálně.

Gatnarová (2014 s. 50 – 64) se ve své diplomové práci věnuje procesu transformace, jeho přijetí pracovníky i klienty. Ve své práci poukazuje na důležitost komunikace

a předávání informací. Což podle mého je důležitý faktor procesu transformace. A může být jedním z motivačních faktorů, protože bez informací se nemůže osoba relevantně rozhodnout a být motivována k jakékoliv činnosti.

Zajímavá jsou i zjištění v diplomové práci Ingrové, která se také věnovala procesu transformace v Jihomoravském kraji. Oslovila pracovníky domovů se zdravotním postižením, které jsou příspěvkové organizace kraje. Jedno ze zařízení se zapojilo do projektu transformace řízeného MPSV, další organizace se do projektu nezapojila. Obě organizace pracují na transformaci a deinstitucionalizace, budují komunitní typy služeb, ale nemají v úmyslu transformovat zcela a velkokapacitní zařízení zavřít a přejít do komunitního typu služeb. V jednom zařízení část pracovníků nepřijala kroky managementu a nesouhlasí s procesem transformace. (Ingrová 2015 s. 94 – 96)

2.7 Souhrn zjištěných teoretických informací

Z výše popsaného vyplývá, že proces transformace a deinstitucionalizace je sice nevyhnutelný a vyústěním změn, ke kterým dochází v sociálních službách v posledních téměř 30 letech. Idea transformace je podporována Evropskou unií, naší vládou i na krajské úrovni. Kraje podporují transformaci v různém rozsahu, některé např. Moravskoslezský ji podporuje jako úplné opuštění všech velkých pobytových zařízení a přechod do sociálních služeb komunitního typu. Deinstitucionalizace je podporována i zákonnými normami, a to jak na mezinárodní úrovni, tak legislativou České republiky. Každý kraj i zařízení přistupuje k deinstitucionalizaci individuálně. Existuje sice vládní koncepce, ale její přímá aplikace je v dikci každého kraje. Přitom NCPPT vypracovalo metodickou podporu, kterou se řídí zařízení v projektu transformace řízené MPSV a zařízení, která chtějí čerpat finanční prostředky ze strukturálních fondů.

Celý proces deinstitucionalizace má umožnit lidem se zdravotním postižením žít běžný život v komunitě. Mezi nejdůležitější důvody, proč transformovat velká pobytová zařízení, patří lépe uplatňovaný princip individuality, dodržování lidských práv, možnost volby a uplatnění vlastní vůle. Oponenti transformace argumentují finanční náročností a zejména myšlenkou, že transformace není určena pro všechny. Každé prosazování změny je spojeno s riziky i proces transformace má svoje rizikové situace, se kterými se musí počítat a eliminovat jejich dopad. Rizika, negativní a stresující situace lépe řeší motivování lidí, kteří jsou nadšeni pro celý proces transformace. Chápu jeho důležitost a pozitiva, která přináší lidem se zdravotním postižením. Motivace k jakékoliv činnosti je důležitá pro zdárné splnění zadaných úkolů a prosazování jakýchkoliv změn.

3 VÝZKUMNÁ ČÁST

Pro zjištění cíle své práce jsem zvolila metodu kvalitativního výzkumu. Výzkumný vzorek jsem sestavila z ředitelů a sociálních pracovníků zařízení sociálních služeb, které mají jak velkokapacitní DOZP, tak poskytují sociální službu chráněného bydlení a jejich zřizovatelem je Jihomoravský kraj. U kvalitativního typu výzkumu se stanoví téma a základní výzkumné otázky. Sesbíraná data se ihned analyzují, a podle výsledků se může sběr dat měnit. Sběr dat pro kvalitativní výzkum probíhá v terénu. Výhodou metody je podrobný vhled do sledovaného tématu. (Hendl 2005 s. 50 – 53) Jako možnou nevýhodu lze považovat problémy se zobecňováním výsledků. Mezi metody kvalitativního výzkumu řadíme rozhovory, naslouchání. Z rozhovorů je využíván polostrukturovaný rozhovor, který má danou osnovu, může se však přizpůsobit průběhu získávání informací, není neměnný. (Hendl 2005 s. 161 – 167)

3.1 CÍL VÝZKUMU A VÝZKUMNÁ OTÁZKA

Cílem výzkumu je zjistit jaké motivační a demotivační faktory ovlivňují přístup respondentů k transformaci. Výzkumné otázky zní: Uvažují respondenti o úplném uzavření svých velkokapacitních zařízení? Jsou pracovníci, kteří mohou ovlivnit proces transformace, motivování, osobnostně nastavení, vnitřně ztotožnění s procesem transformace a chápou jej jako pozitivní a přínosný pro klienty? Jaké faktory, mimo motivaci pracovníků, ovlivňují proces transformace a to pozitivním směrem, podporují ji nebo negativně a proces transformace zpomalují, demotivují pracovníky? Jak vnímají respondenti podporu institucí, MPSV, NCPPT, krajů? K odpovědím na tyto otázky měly pomoci připravené otázky, které jsem pokládala během rozhovoru s jednotlivými pracovníky tak, abych zjistila informace, které jsem pro svůj výzkum potřebovala. Otázky měly udržet kontinuitu, linii rozhovoru a neodbíhalo se k jiným tématům, které mohou být pro respondenty zajímavé.

Motivace je důležitá pro zdárné dokončení myšlenky, v tomto případě procesu změny, jakým je přechod od institucionálních služeb ve služby komunitní. Jak píše ve své knize Plháková (2007 s. 319): „*Motivaci lze definovat jako souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního.*“ Motivace nás vede ke konání, k činnosti něco změnit. Můžeme tedy říct, že vstup a podpora procesu deinstitucionalizace by měla být i v osobní motivaci respondentů.

3.1.1 Metodologický rámec výzkumu

Mezi základní metody kvalitativního výzkumu patří případová studie, etnografický přístup, zakotvená teorie, fenomenologický výzkum. Případová studie je hloubkový pohled do zkoumaného problému, který předpokládá, že na malém vzorku respondentů pochopíme i další podobné případy. (Hendl 2005 s. 104 – 105) Při kvalitativním výzkumu stanovíme výzkumnou otázku, zkoumaný jev. Data sbíráme systematicky, používáme metody rozhovorů, pozorování, dokumenty. Výsledky ovlivňuje i přístup osoby výzkumníka. (Hendl 2005 s. 113 – 114) Při tomto typu výzkumu je důležitý informovaný souhlas s rozhovory a anonymita. Respondent by měl mít možnost rozhovor odmítnout. (Hendl 2005 s. 155 – 156)

U polostrukturovaného rozhovoru se využívá otázek, které tvoří určitou osnovu výzkumu a zabezpečí, že získáme potřebné informace. Osnovu si však můžeme upravovat podle toho, kam rozhovor směřuje a jaké informace jsme získali. Výsledky rozhovoru a relevantnost dat ovlivňuje prostředí, kde rozhovor probíhá. Důležitá je autenticita získaných dat a přirozenost rozhovoru. Data si můžeme zaznamenávat, se souhlasem respondenta, na záznamové zařízení, psát si poznámky. (Mijovský 2006 s 159 – 161)

Získaná data se zpracovávala přepisem rozhovoru a metodou transkripce. Po prvotním převedení dat, jsem s textem nadále pracovala a přiřazovala k jednotlivým otázkám a zobecňovala. Při analýze jsem k získaným informacím použila i úryvky z rozhovorů, abych podpořila popsané závěry, které jsou odpovědí na výzkumnou otázku.

3.2 VÝBĚR RESPONDENTŮ

Pro svoji práci jsem zadala tato kritéria výběru respondentů, se kterými jsem vedla rozhovory. Indikátory rozhodující pro výběr organizací, ve kterých byli oslovení respondenti výzkumu, jsou následující:

1. Všechna vybraná zařízení musí být příspěvkovými organizacemi kraje.
2. Všechna vybraná zařízení musí mít sociální službu DOZP a současně nově zřízenou sociální službu chráněné bydlení.
3. Všechna vybraná zařízení musí být v procesu deinstitucionalizace.
4. Všechna oslovená zařízení musí poskytovat pobytovou službu velké kapacitě klientů a to nad 100 klientů.
5. Všechna vybraná zařízení musí mít cílovou skupinu osoby se zdravotním postižením - osoby s mentálním postižením.
6. Všechna vybraná zařízení musí poskytovat sociální službu před rokem 1989 a jsou umístěna v menších obcích do 2000 obyvatel.

7. Zařízení poskytují sociální službu ve starších budovách, alespoň část je postavena před rokem 1989.
8. V organizacích jsem požádala o rozhovor vrcholový management a sociálního pracovníka.

Rozdíl mezi jednotlivými organizacemi, který ovlivní výsledky výzkumu je přístup jednotlivých zařízení, managementu k celému procesu deinstitucionalizace, transformace a projektům transformace z MPSV. Zvolené organizace v procesu deinstitucionalizace a transformace nepostupují shodně. Každé pro vznik nové sociální služby komunitního typu použilo jiné prostředky. Jedno ze zařízení využívalo podporu MPSV z projektu transformace sociálních služeb, druhé ze zařízení využilo finanční prostředky z EU, nyní je v projektu transformace, poslední zařízení nevyužilo ani jednu z možností. Právě tento rozdílný přístup jednotlivých organizací je určující, zda motivy, které vedly vrcholový management, jsou stejné a rozhodující pro deinstitucionalizace nebo odlišné podle jednotlivých přístupů. Tyto různé přístupy k deinstitucionalizaci mohou přinášet různá omezení, překážky, které mohou ovlivňovat, demotivovat přístup jednotlivých zařízení.

Zařízení, která jsem oslovila, se v procesu deinstitucionalizace pohybují již delší dobu. Dvě z nich od roku 2008, třetí se zařadilo do procesu deinstitucionalizace o čtyři roky později. Všechna zařízení chtějí v procesu deinstitucionalizace pokračovat.

3.2.1 Zařízení DOZP č. 1¹

Zařízení poskytuje tři typy sociálních služeb. DOZP a denní stacionář a chráněné bydlení. DOZP je poskytováno v budově zámku, který byl několikrát stavebně upraven, aby co nejvíce vyhovoval poskytovaným sociálním službám. Sociální službu DOZP poskytuje více jak 100 klientům. Cílová skupina - osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Chráněné bydlení je umístěno v nedaleké obci pro část klientů, kteří přešli z velkokapacitního zařízení. Kapacita chráněného bydlení je 13 klientů. U klientů je cílem sociální služby chráněné bydlení dosažení co nejmenšího stupně podpory ve všech oblastech, možnost uplatnění vlastní svobodné volby.

Do procesu deinstitucionalizace se zařízení zapojilo již v roce 2008. Do projektu transformace, který podporovalo a řídilo MPSV, se nezapojilo. Nyní budou žádat o finanční podporu ze strukturálních fondů EU, kdy plánují další rozšíření poskytované služby chráněného bydlení a výstavbu domu, kde bude služba DOZP, cílová skupina budou osoby

¹ Informace jsou získané z výročních zpráv, za rok 2016 nebyla při zpracování této práce dostupná, a z webových stránek zařízení DOZP i CHB, při rozhovorech, které byly vedeny v únoru 2017.

s mentálním a kombinovaným postižením – těžší mentální postižení. Těmto klientům bude poskytována podpora 24 hodin denně. Pro výstavbu současných domů, ve kterých je služba chráněné bydlení, využili finanční prostředky z dotací Norských fondů, regionu a Jihomoravského kraje.

Nyní v procesu deinstitucionalizace zařízení pokračuje. Při tomto rozšíření budou opět použity finanční prostředky ze strukturálních fondů EU. V současné době mají již za sebou tři roky intenzivního plánování a vyřizování potřebných náležitostí, jako je výběr stavebního místa, stavebního povolení a projektu. Vypracování transformačního plánu. To vše již mají vyřízeno, mají již schválené stavební povolení. Vstoupili do fáze čerpání finančních prostředků z výzvy č. 49. Plánování rozšíření sociální služby je třeba splnit podmínky, které jsou následující: přistoupení k projektům MPSV, které jsou zaměřeny na proces transformace, plnění vypracovaných transformačních plánů, účast na setkání regionálního transformačního týmu, splnění podmínek a závazných ukazatelů pro čerpání finančních prostředků z fondů EU. Podmínkou transformačního procesu je také podmínka, že se ve stávajícím DOZP bude snižovat počet klientů a to o tolik, kolik jich přejde do nově zřizovaných sociálních služeb komunitního typu. Z tohoto důvodu by se měl snížit počet vícelůžkových pokojů ve stávajícím DOZP a zvýšit komfort zbývajícím klientům, kteří budou využívat sociální službu ve stávajícím DOZP. Ve stávajícím zařízení budují malé komunity - „domácnosti“, kde se klienti stravují, setkávají se, je zde snaha, aby se v těchto domácnostech žilo běžným životem, který může být v pobytové velkokapacitní službě.

3.2.2 Zařízení DOZP č. 2²

Zařízení poskytuje sociální službu DOZP ve starší budově, která byla rozšířena tak, aby vyhovovala poskytování sociálních služeb. V tomto zařízení je poskytována služba 100 klientům – osoby s mentálním a kombinovaným postižením. V nedalekém městě je poskytována sociální služba chráněného bydlení v nově zbudovaných domech, které jsou postaveny v běžné zástavbě z projektu transformace. V těchto domech se nachází 4 domácnosti. Službu chráněného bydlení využívá 12 klientů, kteří přešli ze současného zařízení. Cílem poskytované služby je plnohodnotný život v běžném prostředí, využívat běžně dostupné služby a pracovat na volném trhu práce. V současném chráněném bydlení část klientů pracuje, s podporou pracovníků se připravují na přechod do podporovaného bydlení, kde budou využívat co nejmenší podpory pracovníků, pouze několik hodin týdně.

² Informace zde uváděné jsou z výročních zpráv zařízení, webových stránek a informací získaných během rozhovorů v únoru 2017.

Zařízení se zapojilo do procesu transformace již v roce 2008 do pilotního programu, kam vstoupilo jako náhradník po odchodu jiné pobytové služby DOZP, zařízení poskytuje sociální službu osobám se zdravotním postižením, která z projektu transformace s podporou MPSV vystoupila. Management by si přál dokončit rozšíření sociální služby chráněného bydlení o plánovanou výstavbu dalších domů v dalším městě, které je v jeho blízkosti. V těchto domech by měla být poskytována sociální služba chráněné bydlení osobám s mentálním a kombinovaným postižením, kteří do budoucna nebudou potřebovat podporu a pomoc celých 24 hodin. Bohužel se tento záměr, ani s podporou kraje, nedaří plnit z důvodu napadení stavebního záměru a povolení. Vedení zařízení doufá ve zdárné dokončení a otevření chráněného bydlení pro další klienty, kteří by odešli ze současného DOZP.

Organizace je stále zapojena do procesu transformace, účastní se nadále regionálních setkání transformačních týmů a budou pokračovat v procesu deinstitucionalizace. Po odchodu části klientů do chráněného bydlení a možný odchod i dalších se opět zlepšily podmínky ve stávajícím DOZP. Zařízení, po odchodu klientů do chráněného bydlení, snížilo počet klientů v souladu s transformačními podmínkami. Současně s tím se snížil množství vícelůžkových pokojů. Zařízení se během své existence snaží o zlepšení podmínek pro život klientů. Budují malé domácnosti, kde si mohou klienti uvařit kávu, sníst podávanou stravu a „kuchyňka“ by měla být středem života klientů jednotlivých „domácností“.

3.2.3 Zařízení DOZP č. 3³

Třetí oslovené zařízení poskytuje sociální služby v budově zámku rozšířené o přístavbu. V DOZP a DZR poskytují sociální službu více jak 100 klientům. Zařízení je rozděleno na jednotlivá oddělení. V chráněném bydlení poskytují sociální službu 20 klientům, kteří žijí v pronajatých bytech v bytových domech. Ve službě chráněného bydlení je poskytována služba dle potřeb klientů. Není to služba poskytovaná 24 hodiny. Tato služba je poskytována v pronajatých bytech a to v přímo v obci, kde je i současné DOZP a DZR a v blízkém městě, kde mají také pronajatý jeden byt. Což je negativně hodnoceno NCPPT v dokumentu Doporučení Jihomoravskému kraji k transformaci ústavní péče v péči komunitní (nedatováno) [on-line]. Dostupné 1.3.2017 z http://www.trass.cz/wp_content/uploads/2016/02/DoporučeníKrajum_JihomoravskyKraj_FINAL.pdf se uvádí: „*Systematicky nepracuje se začleňováním lidí odcházejících z ústavní pobytové sociální služby do komunity, v některých případech dochází ke kumulaci této skupiny na jednom místě. Umožňuje vznik nových míst poskytování v místech, kde je vysoká koncentrace lidí se zdravotním postižením.*“

³ Informace zde uváděné jsou získány z výročních zpráv, webových stránek zařízení – únor 2017

Cílem sociální služby chráněné bydlení je podpora kompetencí a dovedností klientů, která povede k větší samostatnosti, nezávislosti a rozvoje, které přispěje k jejich začlenění do běžného života společnosti. Zařízení nikdy nevstoupilo do projektu transformace řízeného z MPSV ani Jihomoravským krajem. Vzhledem k tomu, že byty, ve kterých poskytují sociální službu, pronajímají, nevyužili finanční prostředky z fondů EU. První byt pro chráněné bydlení získali v roce 2012, postupně rozšířili počet bytů na současných 7. Počet klientů ve stávajícím DOZP se, tak jak v ostatních organizacích, snížil o klienty, kteří přešli do komunitních služeb, což přináší větší komfort pro stávající klienty DOZP a DZR.

3.2.4 Popis respondentů – účastníků rozhovorů

Respondenty byli muži i ženy. V organizacích pracovali na pracovních pozicích ředitel, ředitelka, sociální pracovník, pracovnice, vedoucí sociálních služeb. Sociální pracovníci byli v zaměstnaneckém poměru více jak 5 let. Někteří z nich si prošli různými pracovními pozicemi. Oslovení ředitelé jsou statutárními zástupci různě dlouhou dobu. Z tohoto důvodu, je možné, že někteří respondenti nebyli vždy u počátku procesu deinstitutionalizace. Všichni respondenti se ze své pracovní pozice podíleli a podílí na procesu deinstitutionalizace. Ze své pracovní pozice mají možnost ovlivňovat celkový proces deinstitutionalizace ve svých zařízeních. Byli součástí týmů, které vybíraly klienty do chráněného bydlení, výběru pracovníků, kteří podporují klienty v chráněném bydlení. Podílí se i na komunikaci s opatrovníky, veřejností. Při zpracování výzkumu a rozhovorů nerozlišuji, zda respondentem je muž nebo žena. Abych zachovala anonymitu jednotlivých respondentů, nikde neuvádím informace, podle kterých by byli jednotliví pracovníci identifikovatelní. Důraz na anonymitu byl podmínkou umožnění rozhovorů jednotlivých pracovníků. Což plně respektuji. Respondenty, které ve své práci cituji, jsem označila: respondent A – respondent E. Šestý rozhovor se i přes dohodnutou schůzku neuskutečnil.

3.2.5 Průběh rozhovorů a sběru dat

S žádostí o rozhovory jsem oslovila tři ředitele zařízení, kde probíhá proces deinstitutionalizace. Požádala jsem je o polostrukturovaný rozhovor a umožnění dalšího rozhovoru se sociálním pracovníkem. Dohodla si s nimi závazný termín rozhovoru. Ve stanovený a přislíbený termín se mi věnovali dva respondenti na pozici ředitel-ka. Respondenti - sociální pracovník – nebyl přítomen při jednom rozhovoru z důvodu onemocnění a výběru náhradního volna. V tomto případě respondenta zastoupil vedoucí sociálního úseku, který se ovšem také podílel na procesu deinstitutionalizace zařízení a prošel procesem deinstitutionalizace od počátku v jeho organizaci až do současné doby a je stále

účastníkem procesu transformace a součástí týmu. Rozhovory jsem chtěla vést bez přítomnosti druhých osob, abych zamezila omezením, které mohly ovlivnit, pravdivost sdělovaných informací. Tato podmínka se mi nepodařila splnit pouze v jednom případě, kdy respondent sdílel kancelář s jiným – administrativním pracovníkem. Současně jsem nesdělila před rozhovorem, že také pracuji v sociálních službách v Jihomoravském kraji, abych předešla zkreslení rozhovoru. Respondenti by mohli být ovlivněni touto informací. U jednoho respondenta toto nešlo ovlivnit, protože se známe již z dřívější doby.

Určité omezení jsem cítila ze zaneprázdněnosti respondentů - ředitelů, ředitelky. I když byly rozhovory předem vyjednány, a domluven určitý čas, přesto respondenti měli omezený čas na rozhovor. Jeden z respondentů se mi nevěnoval vůbec, odkázal mě na svého podřízeného – sociálního pracovníka, který nevěděl, že bude dotazován, bude s ním veden rozhovor. I z tohoto důvodu místo 6 rozhovorů se uskutečnilo 5.

Respondenti byli dopředu seznámeni s tématem rozhovoru, co mě na procesu deinstitutionalizace zajímá. Sdělila jsem jim, že mě nezajímají informace o procesu jako takovém, to jsou jejich interní informace a nepotřebuji znát jejich postupy, know – how. To jsem vyhodnotila jako pro svoji práci nepodstatné. Přímou při jednání s respondenty, jsem jim slíbila anonymitu při zpracování rozhovorů. Požádala jsem je o svolení s nahráváním na záznamové zařízení – diktafon. 4 respondenti souhlasili, jeden respondent nesouhlasil s nahráváním rozhovoru. Souhlasil pouze s písemným záznamem, přepis rozhovoru chtěl ještě před zpracováním do diplomové práce autorizovat. Přepis rozhovoru jsem přepsala ze svých poznámek, ale písemný záznam psaný při rozhovoru a s určitou prodlevou nemůže zaznamenat všechny myšlenky a informace, které respondent sdělil. Ředitelé – ředitelky naopak byly anonymitou zaskočení, protože se chtěli podělit se svými úspěchy.

Délka jednotlivých rozhovorů byla okolo 30 - 45 minut. U tří rozhovorů jsem se dověděla informace mimo záznam a oficiální část rozhovoru například při provázení zařízením, kdy mi respondent ukazoval zařízení. Při přechodu z jedné kanceláře respondenta do druhé a podobně.

3.3 ANALÝZA ROZHOVORŮ, VYHODNOCOVÁNÍ DAT

V přepsaných rozhovorech jsem hledala společné znaky, které jsem třídila do skupin a ty jsem seskupovala podle stejného zaměření na různé otázky a problematiku, která je spojená s transformací, deinstitutionalizací. Tyto skupiny jsem nazvala podle hlavní nosné myšlenky. Tyto skupiny odpovědí jsem přiřadila k výzkumným otázkám. Hovořilo se také o současnosti i budoucnosti jednotlivých zařízení. Vzhledem ke slíbené anonymitě nemůžu

seskupovat respondenty k jednotlivým zařízením a takto je popsat. Hrozilo by tu reálné riziko porušení anonymity.

3.3.1 Uvažují respondenti o úplném uzavření svých velkokapacitních zařízení?

Otázky, které byly kladeny ve strukturovaném rozhovoru, se také týkaly, jak si respondenti představují budoucnost svých zařízení. Uvažují o úplné transformaci, o uzavření ústavu a přechodu všech klientů do komunitních služeb, jaké komunitní služby plánují.

3.3.1.1 Popis současného stavu zařízení dle respondentů

Všichni respondenti se při rozhovorech zmínili o současnosti jednotlivých zařízení. Mnozí z nich jsou hrdí na to, jak zařízení vypadají, jaké služby poskytují a jaké aktivity mohou klienti využívat. Tyto informace korespondují i s motivací transformovat. Často se shodli na humanizaci. Tento termín použili 4 respondenti. Současně z popisu vyplývá i skutečnost, že žádné ze zařízení nebude zcela transformovat a ústavy nebudou zcela uzavřeny. Pouze jeden z respondentů původně uvažoval o uzavření zařízení. Tento respondent však přehodnotil svůj názor. Všichni respondenti se shodují v potřebnosti svých současných zařízení typu DOZP. Všechna zařízení uskutečnila úpravy, které se dají shrnout do jednoho slova – **humanizace**. S humanizací je spojena i motivace. Těžko se mění něco, co jste budovali, měnili a věnovali jste tomu spoustu času. Slyšíte pochvalu, kladnou odezvu.

Respondent D: „*První krok by se dal nazvat **humanizací** celého zařízení. Zařízení se především **otevřelo veřejnosti, klienti dostali možnost volby; klientům byla dána možnost, aby se mohli dostat ven ze zařízení, tzv. za bránu; ... klienti mohli vybírat **aktivity** apod. podle svého věku, tj. žít jako jejich vrstevníci.***“ V každém zařízení pojali humanizaci podle možností, která jednotlivá zařízení přináší. Je to otázka historických budov, dispozičních možností, finančních prostředků, počtu a složení cílové skupiny klientů, pracovníků, kteří v zařízení pracují. Celkového nastavení organizace, od managementu organizace až po řadové pracovníky.

Ve všech třech zařízeních mají zbudované **domácnosti**. Tyto domácnosti využívají ve 2 zařízeních všichni klienti. Využívá je stabilní skupina klientů, kteří tvoří kolektiv „velkou rodinu“. V domácnostech můžou využívat kuchyňky na přípravu čaje či kávy. Stravují se na těchto kuchyňkách.

Respondent C: „...*tak se tady **zřídily domácnosti, které mají vlastně určitý počet uživatelů...že mají prostorově štěstí, že jich je tam třeba menší počet a je to takový už víc soukromější, ...ale ještě mají třeba vícelůžkové pokoje, ale vždycky základ té domácnosti je společná místnost pro tu domácnost, kde vlastně je kompletně vybavená kuchyňka, odehrává***

*se tam stravování, tak jak doma, akorát, že je to velká rodina. Jo. **Není to přirozený počet rodiny, ale je to velká rodina, ale ty prvky té domácnosti tam jsou.***“

V jednom zařízení domácnost využívali klienti, kteří se připravovali na přechod do chráněného bydlení. Respondent D: *„Bylo vyčleněno **jedno celé oddělení, které bylo zároveň vybaveno tak, jako obvyklá domácnost – kuchyň se spotřebiči, obývací apod. Klienti zde měli možnost osvojit si různé nové návyky, starat se o sebe a pracovat jako doma.**“*

Respondenti byli hrdí na to, co se v zařízení pro klienty udělalo. To je také důvodem, proč respondenti, mimo respondenta A, nechtějí celkovou transformaci a uzavření ústavu.

Respondent A: *„...**domácnosti, což si myslím, že je opravdu velká výhoda, že ne nějaká obrovská jídelna, kam se chodí v nějakých časech a tak, že ta domácnost umožňuje žít, tu deinstitucionalizaci trošku umožňuje, není to úplně ideální, protože je tam zase těch 10 – 12 klientů, takže jako by to soukromí a tady ta potřeba jako by samostatnosti, tam taky ještě není, ale pracujeme na tom, sice jsem se nejdřív ztotožnil, když jsem přišel s tím, že se ústavy nedají napravit, že se musí zrušit, ale v rámci těch možností, který tady jsou, zas musíme jít cestou tý nápravy, nedá se nic dělat, jako, je to těžší, viděj to i ty zaměstnanci, dá to daleko víc práce, než by se postavily další domky, další, ale není k tomu vůle, takže to takhle bereme. V rámci těch domácností chceme dosáhnout větší samostatnosti v tom smyslu, že si budou moct připravovat snídaně, případně večeře, že pak budou odebírat jenom ty služby z toho zámku, který chtějí...“***

Respondent B: *„**tady prostě fakt mají být lidé pouze v 3 a 4 stupni, hotovo a někteří možná ve 2, kteří pomalu přejdou na ten 3 stupeň, ale 1stupeň, tady nemají co dělat, vůbec ne. A když jsem sem přišel, tak jich tady bylo docela hodně, a proto si myslím, že chráněné bydlení je cesta. Neuměli si namazat chleba, a nevěděli, že se dá ukrojit například. ... Máme tam krásnou záležitost, když začali vařit, oni si kupovali jídlo a teď už pomalu soboty a neděle si vaří, se starají o to kolem baráku a ví, že jdou do práce na ty 4 hodiny, když tam je obrovské úspěch. Máme tam dva, kteří jsou na 8 hod. pracovní dobu jo, a dokonce jeden dělá noční, což je otázka sociálně podporovaného bydlení a v tom novém zákoně to bude všechno chráněné bydlení, takže odejde, já už ho tam nebudu chtít, takže bude to jenom na dohled, nějaké terénní služby a tento už začal tady, takže se posunul úplně někam jinam a žije si svůj život... zajde si k nám, řekne hele potřebuju poradit a toto jsou poradenské služby, kde už jsme vlastně v cíli tohoto všeho a to je přesně ta transformace.**“*

Viděli v tom velký kus práce pro klienty. Jeden respondent měl i pocit marnosti, snažili se o něco celou dobu, budovali a snažili se klientům vytvořit ideální podmínky, byli

za to chválení a najednou to mají změnit, je to špatně. Kraj chválil a teď je to špatně, je to demotivující.

Respondent C měl pocit, že tento pohled má i z toho důvodu, že je již v zařízení dlouhou dobu a teď je jeho zapojení a činnost snižována: „...a vím, že strašně to právě na **kraji chválili**, že opravdu v těchto prostorách se dokázalo i nemožné skoro, takže to byla strašná chvála a uznání a najednou tohle to skončilo a **teď všechno je špatně** i tohle to, co bylo jakoby jednu dobu dobře, tak i to je jako špatně.“

Respondent E hovoří o humanizaci: „**pro klienty s hlubokým mentálním postižením nepočítáme s transformací takzvanou humanizací**“ „...není jen pěkná budova, nechodí na jídlo do společné jídelny, sami si nakupují, sami si perou, prostě **klasické chráněné bydlení**, ale tady to co se podařilo, o čem jsem mluvila, že jsou do společnosti zařazení nějakým způsobem, že ještě dlouhou cestou půjdou. **Ústav** vždycky to bude **jiný, jak přirozený bydlení** v běžné společnosti, protože ti lidé potřebují, mají jiné potřeby a potřebují, aby se o ně někdo staral, vždycky to bude trošku ... přirozený rytmus dne, má nějaký povinnosti, samozřejmě tady mají naši klienti spoustu akcí tady, **my žijeme hodně otevřeně**, nejsou tu ani mříže, ani brány, naši klienti se mohou pohybovat po celých budovách, vychází ven a všechno, ale ta **péče nemůže být tak individuální** ... protože to by pak musel být jeden na jednoho. Lidi s vyšší mírou podpory samostatně, taková služba momentálně u nás to nejde zaplatit.“

Všichni respondenti jsou si vědomi omezení, která přináší humanizace. Ví, že to není ideální, ale řeší, jak zlepšit život klientům, kteří v zařízení zůstávají, bez možnosti odejít do jiného typu služeb. Respondenti se vyjádřili i k této skutečnosti, která ovlivňuje proces transformace, její průběh. Všechna zařízení, kde jsem oslovila respondenty, v rámci transformace snížili kapacitu o odešlé klienty, kteří přešli do chráněných bydlení. Což je i podmínkou transformace a podporuje ji i Jihomoravský kraj. Tím také umožnili zvýšit komfort ostatním klientům, kteří zůstali ve velkokapacitním zařízení. Respondent D: „**Současně jsme snižovali kapacitu zařízení a zvyšovali komfort stávajícím klientům, kteří užívají naši službu. Vše byl určitý proces – vývoj.**“

Respondent A: „**takže když část klientů odešla, to říkají tu humanizaci. I materiálně to bude tak, že budou i podle těch regulí ministerstva, že to vyjde, že jich bude 6 na domácnosti zhruba, takže to vlastně jako v tom komunitním DOZP. Ty domácnosti právě máme. V rámci celého objektu samozřejmě s problémama, ale daleko menšíma, ten počet lidí jako kupodivu hodně hraje roli. A jestli nám zachovají počet pracovníků, tak se to dá ta služba udělat tady velmi dobře.**“ na jiném místě se přímo zmiňuje o průměrném věku klientů: „...protože my

tady máme průměrně věk 48 let, a budou vzati do těch nových služeb i vlastně ty padesátiletí klienti.“

Všechna zařízení mají klienty i s těžkým mentálním postižením a zároveň cílová skupina klientů má vysoký věk. Pokud bychom vypočítali průměr, vychází věk přes 50 let. Z kritérií transformace a nejčastější věk cílové skupiny v chráněném bydlení bývá do 50 let. Respondenti se vyjadřovali i k této skutečnosti. Co s těmito klienty, kteří jsou pro přechod do chráněného bydlení, z pohledu transformačních kritérií „staří“. V zařízení jednotlivých respondentů část klientů potřebuje podporu a pomoc 24 hodin denně.

3.3.1.2 Ne úplné transformaci

Rozhovory se týkaly procesu transformace, každý z respondentů se vyjádřil, jak proces transformace vidí on. Často byla diskutována myšlenka tzv. úplné transformace, nebo zda transformovat částečně. Žádné ze zařízení nebude zcela transformováno, uzavřeno a budovy předány do jiného využívání než jsou sociální služby. Management neočekává, že by všichni klienti přešli do komunitních služeb. Z rozhovorů vyplynulo několik důvodů, proč neuzavírat zařízení, klienty přesunout do komunitního typu služeb. To nemusí být jen sociální služby typu chráněného bydlení, ale jsou to i malá DOZP či DZR. Pokud organizace přemýšlí o takových službách, tak pro omezený počet klientů a ve výjimečných případech pro osoby, které potřebují vysokou míru podpory 24 hodin denně. Respondenti to zdůvodňovali různými argumenty.

Respondent C: *„jsou tady lidi 50 let, a teď je předělat úplně jinak. Už mají roky a jsou tady třeba od 10 let, a teď je jim přes 60 ... myslím si, že není tady nic špatného (ve stávajícím DOZP), kvůli čemu se to musí do 5 let tady zavřít, protože jsou to chudáci. Je tady vlastně takový vyžití ...krásný klidný prostředí, takže já si myslím... Nežijou zase úplně jako by v nějakých hrozných podmínkách, na to aby se to uspěchalo“* Ovšem na dalším místě rozhovoru se vyjadřuje trochu jinak, jiným nazíráním: *„mě strašně vadí, když jsou pak takový ty otázky, jestli já bych tady bydlel, jak bych se cítil já... Fakt za ty roky, že opravdu se tady neděje nic špatného, ba naopak“* nebo *„...je to pro nás nepříjemné, jo, že my jsme jako by tlačeni, ale na těch tam, kde by se mělo, kde by mělo být jasno, tak taky není, myslím tím kraj. Je další jakoby demotivující.“*

Další argument respondenta C: *„rodiny opravdu ... tady chtějí mít tu žádost, chtějí mít tu jistotu, že ten jejich syn nebo dcera se dostanou sem, protože tady ... to domácnost. Necítím zase takové výčitky... mě trošku svazovalo, že bych případně zvedl ruku pro úplnou transformaci. A teď byl boj, úplná, když vím, že to tady není až tak špatný, ...“*

Respondent E: „*Jinak s **úplnou transformací** počítat je v podstatě docela **utopistické**, protože ty služby by byly **velmi drahé**, z mého pohledu, jinak zabezpečíte službu. Ono **není dobře**, když se **kumuluje** stejný lidi s postižením do **jednoho domova**, to je sice pravda, ale to **nikdo nezaplatí**, aby byli **rozdělení** vlastně do těch malých domků z **hlediska transformace**, protože dneska třeba tady máme na 20 lidí 2 pečovatele, nebo 1 pečovatele a v tom domku by museli být na 6 lidí 1 – 2 pečovatelé, že to takové. Určitě **není dobré transformovat všechny** lidi, protože - **služby** by byly **velmi drahé** a v konečném důsledku, tím že by byly velmi drahé, podle mě by ti **lidi byli izolovaní**, protože když by tam byl 1 pečovatel. ... Tato služba sice **není ideální** ale z hlediska financí a zabezpečení je mnohem asi **schůdnější**, než tady toto.“*

Na dalším místě rozhovoru se respondent E vyjadřuje: „*já znám projekty celorepublikově, protože jsme se scházeli ... tak často se klienti třeba stěhovali, mají krásné bydlení, ... nebyly jim zabezpečeny ty další návazné služby, ... vlastně mají krásné bydlení, ale nemají k tomu ty **návazný věci běžného života**“ Jinde: *projekty dostaly se nějaké evropské peníze a **hurá transformovat všechny**, ale málo kdo asi uvažoval s tím, nebo určitě to měli vypočítané, ale nevím, jestli to **brali na zřetel**, jak budou ty služby **pro starší klienty**. Přiznám, zařízení našeho typu, které se transformovalo celé a bydlí v těch domech a mají problémy s obsazením personálu, se vším tím ostatním, všechno spolu souvisí. Je otázka, jestli jsou **izolovaní tady v ústavu nebo v těch domcích**.“ „...že se **vezme celý zařízení** a teď se **všichni transformují** a to úplně nejde a stejně nakonec takový ty **analýzy, které se tam dělaly**, že ano se zeptáme klienta, odkud pochází a kam by chtěl jít, a co by tam chtěl, to neexistuje, to je **hloupost**, stejně se **nakonec postaví někde, kde kraj sežene pozemek**...“**

Respondent D: „*Všichni víme, že péče o kohokoliv v domácím prostředí je levnější než jakákoliv sociální služba. Ale terénní služby nepokrývají vše a také nejsou všem dostupné. **Není to o tom zavřít zařízení, a všechny poslat do komunitních služeb**. Vždy tu bude část klientů, kteří budou potřebovat pobytové služby tohoto typu.“ „**Nevidím jinou možnost do budoucnosti** pro některé naše klienty. Rodina se o ně nemůže postarat, někde již ani rodina není, nebo nefunguje, nebo rodina má již svůj vlastní rytmus a těžko se bude starat o příbuzného s těžkým postižením. Nelze to nikomu vyčítat. Proto **by měla tady být naše služba** (pobytová služba DOZP ve stávajícím prostředí), která však bude vidět člověka a podle toho bude pracovat.“ „**Není to o tom zavřít zařízení, a všechny poslat do komunitních služeb**. Vždy tu bude část klientů, kteří **budou potřebovat pobytové služby tohoto typu**.“*

3.3.1.3 Budoucnost jednotlivých zařízení

S myšlenkou a problematikou úplné či částečné transformace je také spojena otázka, co bude se stávajícími zařízeními. Propojenost těchto dvou oblastí je zřejmá. Organizace budují, opravují stávající zařízení, aby vyhovovala klientům a podmínkám humanizace. Do zařízení na jejich rekonstrukci se investovaly nemalé finanční částky a to i v poslední době, kdy se už hovořilo o deinstitucionalizaci. Žádné s oslovených zařízení nebude uzavírat zařízení, neproběhne úplná transformace. Všechna zařízení uvažují o rekonstrukci budov, snížení lůžek na pokojích. V rámci transformace jsou snižovány počty klientů v zařízeních o klienty, kteří přešli do komunitních služeb. Je pochopitelné, že respondenti budou provádět změny pouze v takovém rozsahu, v jakém mají osobní nastavení, podporu kraje. Nelze očekávat, že se budou rozšiřovat komunitní služby, pokud o tom nejsou vnitřně přesvědčeni.

Respondent A: „*a pak máme v plánu ještě teda **vymocit na kraji** aby se, abychom postavili jedno bývalý teda **DZR**, který to bude teď jako **DOZP** s nějakým jiným režimem pro ty **klienty**, který mají **poruchu chování nebo osobnosti**. ...tady jim to nesvědčí, zátěžový, že zkrátka ty projevy jako agresivity jsou ...bysme rádi zvládli nějak během těch dvou let, aby v **2019** jsme mohli opravdu zhruba těch **30 klientů dostat pryč**. ...tady děláme takový **externí byty tady v hospodářské části**, pro 5 klientů - 15 klientů, to by bylo prima, protože kupodivu jsou to ti, který jsou schopni žít samostatný život, ale opravdu jako nechtějí opustit tady to prostředí...“ A pokračuje: „*Jo, tady jde o to vymyslet, co s budovou, podle mě padne **volba na domov pro seniory**, ale tak na hraně s těma materiálníma standardama, co teď vyšly pro ty pobytový zařízení, využije **odlehčovací službu**.*“*

Respondent C při rozhovoru vidí budoucnost své služby: „*tady **přirozeným úbytkem**, vlastně se jim ty **podmínky zase změní**.*“

Respondent D se zaměřil na celkový pohled na budoucnost sociálních služeb jako takových: „***nastavení budoucnosti**. Aby lidé s nějakým postižením a to **nejenom naši klienti, nebo jejich opatrovníci či rodinní příslušníci neměli obavy z budoucnosti**. Vše je hodně zaměřeno na papírování, vše se musí zapisovat, evidovat apod., ale málo se zabýváme budoucností pro naše klienty. My se snažíme, aby naši klienti měli především, pocit **jistoty a zajištění**. To je stejné i pro klienty, kteří jsou v chráněném bydlení. „...V našem zařízení jsme schopni postarat se i o osoby s těžkým postižením. **Personál** je na takové situace **připraven**. Ale **terénní služby nepokrývají** vše a také nejsou všem dostupné. Není to o tom zavřít zařízení, a všechny poslat do komunitních služeb. Vždy tu bude **část klientů**, kteří budou potřebovat **pobytové služby tohoto typu (DOZP)**. „... bylo by třeba ho nastavit, aby **pokryl***

skutečné potřeby osob s postižením a také potřeby osob, které o ně pečují v domácnosti. Nemáme jen tzv. šikovné klienty, kteří zvládnou bez větších obtíží žít v chráněném bydlení. “

Respondent B: *„Mně by se líbilo, aby fungovali po těch domácnostech, co už to takhle běží, aby měli prostor se **najíst v té kuchyňce**, ... protože jako tu komunitu si nějakým způsobem zachovávají, samozřejmě ty terapie to funguje, to je pro ně taková zábava, určitě bych chtěl, aby byli na pokojích nanejvýš 2 lidé, aby tady **nebyly vícelůžkové pokoje**...To se nám ukázalo jako dobrý, protože ti lidé se začali z těch pokojů stahovat do těch kuchyňek, do těch obývacích, které tam mají, chodí tam ty **skupinky**, které jsou v pohodě, znají se, **fungují**. Nejsou nikde mříže, nikde nejsou zavřené východy, **barák funguje jako domov**.“*
*„V centru domova, kde **jsou ti lidé, kteří nás hodně potřebují** a ti **druzí** si pro pomoc chodí, samozřejmě ne všichni, ... **dohlížíme** pouze na jejich život, o tom ten život není a toto je ten moderní, otevřený domov, který jsem viděl ve Švýcarsku, v Německu. **Individuální přístup** ke klientovi a já si myslím, že ten zákon není dodržovaný, tady u nás už to není, tady se to změnilo, ale udělat více závislou osobu na službě, je porušen zákon. Ale ty lidé stárnou, u nás **je problém** v tom, že ...**máme tady věkový průměr 61 let** a už se **zhoršuje zdravotní stav a pak nabíháme my**. Protože se nám stává, že **lidé, i když jsou třeba v 1 stupni**, tak my je **nemáme kam umístit**, do **domova důchodců**, což jsme si původně mysleli, že by mohli jít, ale tam je **zas nikdo nechce**, jo protože - neblázníte – oni žili postaru tady v DOZP, tak vy je teď chcete dát do domova důchodců, ale oni tam patří, oni si to kafe umí uvařit a když jim pomůžete s penězma, tak můžou být i někde jinde, no tak že budeme muset vymyslet asi část toho domu jako domov důchodců v uvozovkách, takový s mírnějším režimem, a já věřím, že to tak bude fungovat.“*

Respondent E se vyjádřil k současnosti i budoucnosti zařízení: *„máme takové plány, ... bylo by vhodnější, kdyby těch klientů bylo tak asi o 20 míň, počítáme s 80 z toho důvodu, že **aby ty pokoje zde byly ještě méně lůžkové**, ... a máme tu málo koupelen, takže počítá se s tím, aby byl takový **větší komfort pro lidi**, individuálního poskytování služby tak, že o 20 klientů ještě klesne kapacita.“*

3.3.1.4 Budoucnost komunitních služeb

Další rozvoj komunitních souvisí s transformačními plány. Zařízení chtějí pokračovat v rozšiřování chráněného bydlení. Plánují postavit domky, pronajímat byty. Je to stále otázka financování. Finanční prostředky z evropských fondů jsou vázané na různá kritéria. Například stanovují počty osob na jednotlivých domácnostech, rozměry jednotlivých pokojů a další. Žádné však nebude zcela transformováno.

Respondent A: „plánujeme **postavit 4 domky**, máme **hotový stavební projekt**, máme ho, teďko leží na stavebním úřadu, ze sousedama jsme se celkem vypořádali, takže tam žádný protesty nebudou, tak já si myslím, že co se týče, teď ještě **získat peníze**.“ ... „**Pronájem**, není vázáno na transformaci, výhoda, tady jsou 2 bytovky, ty byty jsou tam poměrně levný, můžeme pár bytů koupit, tím uspokojíme ty, který chtějí být tady a zbytek blízka města. Vypadá to jako riskantně, ale já si myslím, že ty **pronájem do budoucna budou fungovat**, tady v těch českých poměrech každé chce mít svůj byt, svůj barák, ale dneska žije v pronájmu. Dneska naopak ty majitelé jsou rád, i když mají stabilního nájemce, v Brně určitě, tam spousta lidí nemůže ani ty byty pronajmout“

Respondent B: „**chtějí to postavit** (další chráněné bydlení v jiném městě), peníze na to mají, mimo toho člověka, který do toho neustále vrtá, to je jediný problém, už by jsme dávno měli postaveny.“

Respondent C: „přemýšleli jsme o službě, která je zaměřena na ty **klienty s těmi agresivními projevy**, to je zase úplně jiný přístup, budeme nabízet **běžný pohyb**, využívání běžných služeb, kadeřník, což se děje v rámci toho početnějšího.“ „tak **klientele** takové té **fakt schopné, komunikativní**, možnost opustit tuto budovu **klientele s hlubokým postižením** takže zase trochu **jinou formou toho DOZP**“

Respondent D: „Každý **klient v chráněném bydlení si klade** (samozřejmě v rámci svých možností) **otázku - kam půjdu, až nebudu moct**, kam mě dají, co budu dělat.“ „Tito klienti časem také zestárnou a nebudou zvládat chráněné bydlení, nebo se jejich zdravotní stav natolik zhorší, že budou potřebovat specializovanou péči. **Vyhovuje jim**, že mají pořádek **kontakt na naši organizaci**. Přichází sem, vidí v nás jistotu. Mají tady známé, kamarády. Pokud by se měli z chráněného bydlení **vrátit zpět** (ať již ze zdravotních, nebo jiných důvodů) **nebude** to pro ně tak **problematické a zatěžující**, protože neztratili potřebné kontakty.“

Respondent E: „máme transformační plán ... **další dva domky pro 12 osob**, ale počítá se s tím, když tam bude domácnost s vyšší mírou podpory“ ... „...počítá s tím, že by jsme zřídili ještě takový další typ služby, když ono se uvažuje v zákonu, že už tam nebude **podporované bydlení**, ale zas by to bylo pod tím chráněným bydlením... uvažuje se tam, že se **pronajme byt** a tady ti klienti, kteří opravdu se už zařadili, budou zaměstnáni, tak mohou žít třeba už s nějakou ... by se pronajal byt, tak určitě ne pro 10 lidí, ale zas pro nějakou menší skupinu, **pro pár, nebo pro dva**. To je taková vize, my máme vlastně tady toto i v rozvojovém plánu“

3.3.2 Jsou pracovníci, kteří mohou ovlivnit proces transformace, motivování, osobnostně nastavení, vnitřně ztotožnění s procesem transformace a chápou jej jako pozitivní a přínosný pro klienty?

Problematicke transformace a iniciace tohoto procesu v organizacích se také věnoval výzkum, jehož závěry byly zveřejněny v časopise Sociální práce č. 1/2013. Tento výzkum zjistil fakta o důležitosti souladu proklamování myšlenek o transformaci a vlastního příkladu. Viditelné pozitivní nadšení pro proces změny, díky tomu i jednodušší a jasnější komunikace a předávání myšlenek o plánovaném procesu svým podřízeným. Srozumitelná a průběžná komunikace, při které využívali různé komunikační kanály, kterými oslovovali skupiny osob, kterých se týkal proces transformace, vedla k pochopení důležitosti změny a ocenili ji respondenti tohoto výzkumu. (Havrdová, Furmaníková, Tollarová, Vrzáček 2013 s. 57 – 59)

To jestli nějaké konání bude mít úspěch, záleží na lidských zdrojích. K těmto zdrojům patří postoje lidí, co lidé chtějí dělat, co si myslí. Plamínek (2010 s. 41) píše: „*Postoje jsou jevy na úrovni pocitů, tedy bytostně subjektivní. Reprezentují je především názory (tedy to, čemu člověk chce věřit) a motivy (to, co chce člověk dělat).*“ Plamínek (2010 s. 15) píše: „*pokud se dobře trefíte do motivů, které člověk má, může práce za příznivých podmínek pokračovat i bez příkonu vnějších podnětů. Člověk vykonává úlohu, protože jej baví nebo protože to považuje za významné a důležité.*“ Plamínek (2010 s. 38): „*Je-li něco v rozporu s našimi hodnotami, rozum ani emoce nemusí být dostatečně vlivnými důvody proto, abychom to dokázali překonat a jednat v rozporu s hodnotami.*“ Z toho vyplývá, aby proces deinstitutionalizace se podařilo dokončit, je třeba, aby osoby, které plní úkoly a projekty transformace byly motivované pro tuto změnu. Věřily tomuto procesu a chtěly se podílet na procesu. Podle této teorie tedy je třeba motivovaných pracovníků, aby se proces zdařil.

Respondenti odpovídali v průběhu rozhovorů, vraceli se zpět k důvodům, které je vedli, sdělovali svoje osobní důvody, proč podporovali a podporují proces ve svých zařízeních, kam jejich zařízení směřují. Jak silný motiv pro deinstitutionalizace měli, že tento proces dokončili, i když podle rozhovorů se setkali s mnohými obtížemi a zcela jednoduchý proces to nebyl.

Respondent A: „*...předtím jsem pracoval v neziskovém sektoru, ... jednak mě to bylo blízky jako filozoficky i celkově, protože vnímám, že i při sebelepší péči těch pracovníků, jako že si myslím, že se tady hodně snažíme, tak zkrátka se nedá, nedají naplnit v tom velkokapacitním zařízení a přitom režimu jako ústavním zkrátka ty individuální potřeby těch klientů, nedá se k nim individuálně přistupovat. S tím ani ti pracovníci nejsou spokojeni, takže tady byla velká výhoda u nás v tom, že samotní pracovníci to trochu chtěli, trochu se toho*

samozřejmě báli, protože vědí, že v tom bude nějaký dosah do personální oblasti.“ Dále konstatuje: „kdyby nebyl o tom člověk přesvědčený, tak by ničeho nedosáhl. Někdy si toho všímá, že někteří kolegové o tom vnitřně přesvědčení nejsou, že to fakt dělají trošku z povinnosti, tím pádem přijdou problémy, udělají první dva kroky a končej nebo je to takový rozplizlý, že se vlastně nic neděje. Mezi další důvody pro transformaci zmiňuje: „že ty ústavy je (klienty) naprosto zničej v tom smyslu, že nemají do ničeho chuť, nic nedělají, sedějím tam, nechťejí se na ničem podílet.“

Důvody respondenta B, které ho vedly k deinstitucionalizaci by následující: *„jsou tady lidé, kteří sem nepatří a proto, ta transformace je velmi důležitá, je tu tak nesourodá společnost, a to je velmi složité.“ „Aby ti lidi žili prostě normální život, ve svém.“ „protože tam to člověčenství musí být, my jsme tady od toho, abychom vám pomáhali v tom vašem životě.“ „Funguje to jako kontrola jenom a pomoc, tak tím je to lepší, protože ten člověk si prožije ten život daleko líp, než bychom ho manipulovali a posunovali jako loutku z jednoho místa na druhý. „Má to smysl, oni vám to vrací, jsou spokojeni, samostatní, ale zkusíme úplně tu samostatnost a doopravdy budu rád, když jednoho krásnýho dne, „ty kluky“, kteří jsou tam dva, chodí na osmičky, v uvozovkách se jich „zbavím“ do těch bytů, to bude pro mne obrovské zadostiučinění a ještě kdyby náhodou měli rodinu a žili svůj život a mohli žít sami a chodili by k nám jenom na návštěvu na den otevřených dveří.“*

Další z respondentů C se však zcela s procesem deinstitucionalizace neztotožnil: *„...zpětná vazba od rodiny, to mě svazovalo, že bych případně zvedl ruku pro úplnou transformaci. A teď byl boj, úplná, když vím, že to tady není špatný... vím, že jako není nad soukromí, sám ho vyhledávám ... pozvolna znamená, že člověk nechce. Myslím, že dokazujeme to, že vlastně téhle klientele nasloucháme a snažíme se naplňovat jejich potřeby.*

Respondent D: *„... je důležité, aby instituce klienty nesvazovala ... neomezovala. ... Nyní je však nutná změna. Instituce se musí nastavit podle klientů a ne klienti podle potřeb instituce. ... na prvním místě musí být člověk, to by měla být priorita. Klient by měl být především partnerem a takto by se k němu mělo přistupovat. Měl by mít možnost rozhodovat o své budoucnosti.“*

Respondent E se ke vstupu do procesu deinstitucionalizace vyjádřil: *„Proč se vstoupilo do procesu transformace, nemyslím si, že v té době tady někdo uvažoval, že prostě je to velmi dobrá věc nějak, bylo to vlastně dáno tím krajem, možná někdo měl zájem tady o tu lokalitu, to my nevíme, ale v té době to nebylo tak, jak dneska už to bereme, že je to nezbytné, aby klienti, kteří nepatří do domova, zde prožili ten celý život. Ty počátky byly opravdu*

*takovéto, to **nebylo**, že **by tady někdo chtěl**, nebo chtěl, že by někdo měl tady nějakou velkou iniciativu, aby se do těch projektů zapojil, to spíš vzniklo, tak nějak tou lokalitou, skladbou klientů, možná padlo z kraje, netuším. Já když jsem sem přišel, tak už jsme v tom projektu byli.“ „protože když se nějaké **problémy vyskytly**, tak se vyřešily, tím, že my toto prožíváme 10 let, tak tady není nějaký zlom, jako že to nemá smysl, **pro mě to mělo vždycky smysl, já jsem tomu fandil**, ale aby to vypadalo tak jak, **my jsme docela pyšní...**“ „Tak já v tom **problém vůbec nevidím**, vůbec žádný. Ale pokud je to pro lidi, kteří tam patří do té služby, je to opravdu dobře analyzované a prozkoumané, prostě s těmi **lidmi se pracuje před tím**, nebo mělo by se pracovat před tím, než prostě jim nabídnete jiný druh služby, což tady se dělo, **my máme ty zkušenosti, dá se říct pozitivní ...** Já jsem v tom projektu byl, ... a já jsem prošel tím školením, i tady těmi **euforiemi z toho ministerstva**, podílel jsem se na vzniku těch různých metodik, co se dneska najdou, takže svým způsobem jsem tomu **vždycky věřil**, ale ne vždy to dopadlo tak, jak byly ty vize ideální, ty papírové, ale **myšlenka jako taková, mě se to líbí...**“*

Respondenti, kteří odpovídali v rozhovoru, jsou na pozicích, které přímo ovlivňují celý proces transformace v jejich zařízení. Všichni respondenti souhlasí s procesem transformace. Vidí v něm pozitiva pro život klientů, kteří využívají jejich sociální služby. Uvědomují si obtížnost celého procesu a i omezení, která nemohou osobně ovlivnit. Zcela nerozhodnutý je pouze jeden z respondentů, ale i ten vidí pozitiva pro klienty. Dá se říct, že nadšení a osobní motivace respondentům nechybí a to ovlivňuje jejich entuziasmus pro proces transformace. V procesu změny je důležité jejich osobní nadšení, které usnadňuje řešení obtíží a rizik v procesu. Což se zcela potvrdilo v rozhovorech, neboť respondenti chápou pozitiva transformace, jako je individuální přístup, naplňování potřeb klientů, možnost žít svůj život bez vlivu instituce.

3.3.3 Jaké faktory, mimo motivaci pracovníků, ovlivňují proces transformace a to pozitivním směrem, podporují ji nebo negativně a proces transformace zpomalují, demotivují pracovníky?

Odpověď na tuto otázku je nejednoznačná. Je to o osobní zkušenosti jednotlivých respondentů, kterou získali během procesu transformace. S čím se jednotliví respondenti setkali, jaké potíže řešili. Dá se říct, že každá problémová situace může demotivovat jednotlivé respondenty. Obráceně, pokud je situace uspokojivě zvládnutá, může podpořit a motivovat k dalšímu úsilí. Proto zde uvádím i tyto části rozhovorů, protože i to podporuje myšlenku transformace, pokud respondenti vidí, že se klienti mají lépe, zvládají život bez vlivu instituce.

3.3.3.1 Příprava klientů v procesu transformace, pozitivní zkušenost

Všechna oslovená zařízení připravují klienty na přechod do komunitních služeb. Věnují se jim, vytváří cvičné domácnosti, přechod je součástí individuálních plánů. Zařízení, která se zapojila, do projektu transformace aplikovali i analýzu potřeb klientů. Řešili s klienty, kam by chtěli odejít, kde by chtěli bydlet. Mají za to, že tato část transformace se nesmí podcenit, aby se klienti na přechod do běžného prostředí připravili, nedošlo k ohrožení klientů.

Respondent A: *„Klienti se celkem **těší. Připravují se do těch nových služeb, ti se těší určitě, dělali jsme tu analýzu potřeb, chtějí mít svůj pokojíček, svoje soukromí i za cenu, že se odsud odstěhují a budou i na ně kladeny vlastně i vyšší nároky. Až překvapeně, že to jde tak snadno.**“*

Respondent D: *„...vybrali skupinu asi 20-ti klientů, které jsme **začali připravovat na přechod do „samostatného bydlení“**. Bylo vyčleněno jedno celé oddělení, které bylo zároveň vybaveno tak, jako obvyklá domácnost – kuchyň se spotřebiči, obývací. Klienti zde měli možnost **osvojit si různé nové návyky, dovednosti...** z této skupiny byli vybráni klienti, kteří ... přešli do bytů, které jsme pronajali.“*

Respondent B: *„**lidí musíte připravit, nemůžete jim říct ano tady máte kufry, zavíráme a takové záležitosti, jako že všichni se těší na to, že odchází, to taky není úplně pravda, jsou tady lidé, kteří tady žijí dlouho a těžko se z té komunity vybíhá, musíte vysvětlit, že je to lepší. Nám teda v té transformaci se ukázalo to chráněné bydlení,**“*

3.3.3.2 Zapojení opatrovníků a rodiny, možný tlak proti transformaci

Při procesu transformace je důležitá spolupráce s opatrovníky. Podceněním spolupráce s nimi je jedním i z rizik stanovených NCPPT. Opatrovníci mají obavu o své opatrovance, rodinné příslušníky. Jsou často spokojeni se současným stavem. Mají obavy, pokud by to jejich opatrovanci v chráněném bydlení nezvládali, nebudou se moct kam vrátit. Mnohdy si už žadatelé přejí přijetí do zařízení DOZP, kde je poskytována podpora a péče 24 hodin. Opatrovníci si často nedovedou představit, že by jejich syn či dcera mohli žít samostatný život pouze s podporou. Respondenti to popisují i jako jistotu opatrovníků, že jejich blízkým bude poskytována kvalitní sociální služba.

Organizace musí úzce spolupracovat s opatrovníky, o čemž se shodně vyjádřili všichni respondenti. Opatrovníci jsou zapojeni na proces transformace. Respondent D: *„**Vše přirozeně muselo proběhnout v intencích zákona ... spolupráce veřejnosti a opatrovníků.** Někteří naši klienti jsou omezeni ve svéprávnosti a mnozí **opatrovníci se domnívají, že proto některé***

aktivitu nemohou z tohoto pohledu vykonávat. Museli jsme tedy postupovat tak, aby nedošlo k negativním reakcím opatrovníků, které by klienty zbytečně omezovaly. „...kam půjdu, až nebudu moct, kam mě dají, co budu dělat. A řeší to přirozeně i jejich opatrovníci a rodinní příslušníci.“

Respondent A: „A s **opatrovníkama** ... No tam to bude **možná nejhorší** ze všech těch lidí, s kterými to musíme projednávat, hlavně s těma **staršími rodiči**, což je většina... a ti jejich rodiče se strašně bojejí, že je to nějaká nová služba, že to nevydrží, že to nebude ufinancovatelný... přechod do cvičných domácností, tady u nás, jakože jo, přímo řekli ty rodiče no tam ho ještě pustíme, ale do těch nových služeb s ním nepočítejte. ... že je zase práce s těma rodičema, uklidňovat je, vzít je tam, vzít je už do chráněného bydlení, které je, aby to viděli, že to normálně funguje...“

Respondent E: „... nebo zájem, nebo **opatrovník nesouhlasil**.“

Respondent C: „...**opatrovníci**, když srovnali ty okolní zařízení, tak ty **žádosti směřují sem** a chtějí dostat to své dítě sem, tady do toho prostředí, i když to není komunitní, je to ve **velkém areálu**.“

3.3.3.3 Proces transformace – příprava a délka jednotlivých procesů, většinou hodnoceno negativně

Respondenti se vyjadřovali i k délce transformačního procesu. A to jak k délce celého procesu deinstitutionalizace – několik let, než se podaří přechod do komunitního typu služeb. V tomto období část klientů, kteří by si přáli odejít, zestárne natolik, že se zhorší jejich zdravotní stav a nemůžou odejít. Je to i historií jednotlivých zařízení, protože jsou zřízena již dlouhou dobu a před rokem 1989. Klienti v zařízení jsou umístěni i 40 let. Z těchto důvodů je logické, že část klientů v transformovaných zařízeních zestárne a do komunitních služeb již nebudou moct odejít. Na druhou stranu přílišný spěch, který je odůvodněn, možným ukončením dotací z finančních prostředků z EU a ukončení tohoto procesu z finančních prostředků kraje, může způsobit, že klienti nebudou připraveni na přechod do komunitních služeb a s tím jsou spojena další rizika.

Respondent D: „Transformace a deinstitutionalizace je **zdlouhavý proces**. Sama vidím, že nám **klienti stárnou**. Vidím to i u těch klientů, kteří jsou v chráněném bydlení, a které jsme připravovali na přechod do chráněného bydlení. **Příprava a vlastní realizace celého procesu trvá poměrně dlouhou dobu**, a dosažených cílů si tito klienti (především s ohledem na věk, popřípadě na zdravotní komplikace) nemůžou plně užít, jako ti mladší...“

Respondent C při rozhovoru dělil následující zkušenosti a názory: „*když to půjde **pozdvolnou formou**, tak jak jsme udělali chráněné bydlení, ještě nebyly žádný transformace, **klienti sami dali najevo tím svým chováním**, že chtějí prostě větší soukromí, takže tím jsme se pustili sami do vybudování chráněného bydlení. Takže my bychom klidně **souhlasili s transformací úplně**, ale třeba když tak **pozdvolně** ...“*

Respondent E: „***projekt trval velmi dlouho**, těch 10 let, klientka, ne že ztratila motivaci, ale i se bojí té změny a potom ta služba, tím že ji máme koncipovanou takto, aby ti lidi byli zaměstnaní, tak ona se do té služby **nehodí věkem**“ „... já v tom nevidím nic zvláštního, jako opravdu se to musí dělat pro ty lidi, kteří chtějí a což se v podstatě neděje, protože záleží na spoustě věcí, ... **ovlivňují právě tou délkou**. Třeba ta skladba klientů, kteří trénují, které jsme **měli vytipované** v roce 2008, naši klienti se stěhovali vlastně v roce 2015 na podzim a z těch **původních tam možná byli dva**, protože za ty roky, někdo umřel, dokonce i mladí lidé, opustí službu. Plánovat nějaké **transformace**, je sice pěkná věc, ale tím, že je to velmi **dlohodobé**, tím se to všechno strašně změní a nám se to tady **změnilo několikrát**.“*

3.3.3.4 Obavy z rizik, která mohou být spojená s transformací, neutrální postoj

Určité obavy pramení z různých důvodů. Mohou to být finanční prostředky, přenos ústavních prvků do nových služeb, uspěchání transformace bez řádné přípravy. A další rizika, kterých může být bezpočet. Respondenti se různě vyjadřovali a sdělovali spoustu podnětů.

Respondent A: „*My se bojíme ... budou komunitní stavby pro 12 klientů, ale pak se může stát, že to budou malinký ústavy. Je snadný tam **přenést ty ústavní prvky**, jo všechno se dělá společně, ve stejný čas, tohle se nesmí dělat, tedy tady ty zákazy, příkazy, jo ta **individuální nepráce s těma klientama**.“*

Respondent C sdělil svoje obavy a pocity: „*dobrovolně pustíte, že třeba do **pěti let** to tady **zavřít**, co se vybuodovalo, tak to mě trošku **vadí**, takže **pozdvolna**, pak tím **přirozeným úbytkem** a šlo by to do zániku...v **reálné době** jo, že to nebude zrychlený a **strašně toho moc naráz** a pak si myslím, že by to nebylo ani pro **žádnou stranu dobrý**. Víc jak 100 klientů a já nevím, kolik by to mělo být baráčeků při těch **kritériích**, tak si myslím, že by to bylo pro všechny **strašně stresující**“ „protože pak by byli **chudáci**, nemůžou se jenom přestěhovat bez takové té přípravy, byla by to taková **zlatá klec**.“*

3.3.3.5 Pracovníci, pozitiva i negativa

Pracovníci jsou nedílnou součástí sociálních služeb. Na jejich zápalu, vzdělání, pracovním entuziazmu a celkově na organizační kultuře záleží, jak bude sociální služba vypadat. Jak kvalitní službu bude poskytovat, jak budou spokojeni klienti a jestli jim bude

poskytována odpovídající služba, která odpovídá jejich potřebám a dovednostem. Při procesu transformace je třeba, aby pracovníci pochopili, proč a jaké výhody to přinese klientům. Musí pochopit, že služby je třeba poskytovat individuálně a transformované služby by měly být nastaveny na individuální práci s klientem. Respondenti se vyjádřili k přípravě pracovníků v procesu transformace, podělili se o svoje zkušenosti.

Respondent C: *je i o tom **připavit i ty pracovníky**, to je těžký boj, protože oni jsou zvyklí tady vlastně **pracovat takovým úkolem**, jak je to nastavený a pravidla a řád, protože tam nebudou mít vždycky toho vedoucího, ale bude to hodně na nich. Je to hodně důležitý i připravit ten **kvalitní personál**, aby to nebylo jen o tom, že se přestěhují do menší služby, aby život se nějak posouval, aby tím, že je přestěhujeme a zas to bude všechno stejný, ale **aby je posouvali dál**, aby ti **pracovníci s něma pracovali tak**, co prostě ta dotyčná klientela potřebuje.“*

Respondent A se také kriticky vyjádřil k „výhodám“ ústavu pro pracovníky: *„ale celkem si myslím, že jsme to zvládli a většina **pracovníků** asi tomu **rozumí**, chápe nebo to dokonce **přijímá**, že samo se rozumí tomu, že se bude moct o ty klienty starat jako lepším způsobem“ „**ústavní režim je pohodlnější**, to věděj i ty pracovníci, takže i ti co tam budou přecházet, tak vidí, že jdou do **složitějších, obtížnějších podmínek**, ... dost marně **bojuju**, k tomu by mělo být zkrátka **finanční ohodnocení**. Tady fakt, cokoliv se stane, tak to někdo vyřeší. Tam ne, tam to bude na nich na těch pracovnících, si budou ty problémy řešit sami, tady hned volají údržbu, hned... je to hodně pohodlný. ... **samostatná práce**, co s tím klientem budu dělat, tak je takový pohodlnější. ... **psychická náročnost** ... Jinak je to pohodlí ústavu a to si ti pracovníci celkem neuvědomují. Ted' uvědomuji v návaznosti na ty nové služby, když o tom ted' vykládáme, tak zjišťují, že to nebude tak úplně snadný, zároveň si to tam budou moct **udělat hodně po svém**, což je výhoda. Tady musejí v rámci těch nařízení běžet s každou blbostí k nadřizenému, tam bude ta **svoboda volby a rozhodování**. Pro řadu z nich si myslím, že to může znamenat **rozvoj**...“*

Respondent B: *„Všichni ti **lidé** jsou takhle **nastaveni**, pečovatelé jsou takhle nastaveni, neříkám, že úplně všichni, někteří se teda chtějí vrátit, nebo myšlenkově se vracejí do toho systému... kde byly koupací dny nebo ráno o půl sedmý seděli všichni jak na střídačce. Šlo jenom **opravit systém služeb**, tak jak přijdou lidi do práce, aby byli k těm klientům, první na půl sedmou až do devíti, od šesti do devíti prostě se lidé vystřídají a oni někteří prostě spí.“*

Respondent D se vyjádřil k pracovníkům: *„Důležitá je také **komunikace s pracovníky** v zařízení – i ti jsou nedílnou součástí celého procesu. **Pracovníkům je třeba předkládat tzv.***

příklady dobré praxe. I pracovníci musí uvěřit, že je možná změna, jen tak se mohou na celém procesu plně podílet... “

Respondent E: *„jsem rád, že jste se podílel na těch **metodikách**, tak to všichni ti řadoví, ta setkání vypadají tak, že byli na nějakým školení a pak se sedlo a něco se tvořilo, to bylo takové, ne že já bych byl někde napsaný, ale to se i řadoví **pěšáci na tom podíleli**, tam se vymýšlely nějaký věci ... ideálně uvažovalo, jak to bude, jak se naplánuje ta služba, co se bude dělat s klienty. Součástí těch projektů bylo i **vzdělávání**, a bylo to **kvalitní vzdělávání**. To bylo **pozitivum transformace**.“*

3.3.3.6 Zapojení veřejnosti, pozitiva, negativa

V transformačním procesu všichni respondenti se shodli na důležitém zapojení veřejnosti. Musí se počítat s její podporou, ale velice těžce se ovlivňuje. Společnost je stále nepřipravená na přijetí osob s mentálním postižením, zejména klientů z velkých zařízení, a to i v obcích, kde se zařízení nachází a klienti se po obci pohybují po celou dobu trvání organizace. Veřejnost jsou nejen sousedé, obec, ale také lékaři, soudci, podnikatelé, všichni, kteří přicházejí do kontaktu s klienty. Odpovědi souvisí přímo se zkušenostmi jednotlivých respondentů. Tam, kde změna proběhla bez emocí, nijak bouřlivě a poměrně hladce, mají dobré zkušenosti s přijetím klientů. Jsou však zařízení, kde „veřejnost“ nebo spíše sousedé, kterých se to týká, se ozvali proti stavění komunitních služeb. Toto si lze uvědomit srovnáním odpovědí respondenta A a E.

Respondent C: *„**příprava veřejnosti**, protože pak je **nepříjmou**, tolik regionů připravit a seznamovat s tou klientelou myslíme si, že toto urychlit tak je pak **neštěstí pro ty klienty**. Zůstali by nakonec v tom baráčku sice v soukromí, ale to **okolí** by je fakt **nepřijalo**. Teď tady máme období, kdy musíme teď **pracovat** s naším **obchodem**, s naší **poštou**, protože je pár klientů, kteří chodí do vesnice, my je tu nemůžeme zavřít. Jsou takoví, že z nich jako **mají obavy**. Lidi je znají, a přesto je nepřijímají. Často říkají, že jim lidé s mentálním postižením **nevadí, že je přijímají**. Ovšem pouze do doby, než se v zařízení rozhodnout nastěhovat jim klienty do sousedství. Pak se bouří, nechtějí je tam. v obci XY lidi a za **součinnosti obecního úřadu**, takže vlastně tam se chodilo na ty schůze, ten starosta to pak tlumočil dál a to chce taky čas, ...“*

Respondent D: *„jsme **navázali** také aktivní **spolupráci s obcí**, základní školou apod.. Chtěli jsme, aby **okolí, obec, společnost** vzala a **přijala** naše klienty. S některými organizacemi spolupracujeme do teď... Za ta léta spolupráce je vidět **značný posun***

a v současné době jim to připadá přirozené a nemají z našich klientů či prostředí nějaké obavy.“

Respondent A se vyjádřil k přípravě klientů těmito postřehy: „**nedůvěra** tady je, je tou **neinformovaností**, nebo spíš nemožností se s těma lidmama potkat, jo. Tím pádem ty lidi nemají ty zkušenosti, informace. Kupodivu ani řada lidí tady z obce. **Soused se vzbouřil**, že zkrátka vedle těch lidí nebude mít svůj barák ... **pohodoví sousedi**, protože tam mají navíc jít ty klienti s nejvyšší mírou podpory, Takhle to má spousta lidí, což rozumím. Myslím si, že je důležitý, aby se ta **veřejnost s těma lidmama potkávala**, bavila se s nima, těch **předsudků je strašně moc, transformace je neodbourala**.“

Respondent B má následující zkušenosti se zapojením veřejnosti do transformace: „...abych **já dělal někde kulaté stoly**, a vykládal lidem, **pozor my jdeme k vám**, my tady budeme bydlet, my jsme ti hloupí, my jsme ti mentální postižením, jo myslím si, že je to úplná hloupost, tak jsme to nedělali, to akorát udělali přede mnou, a pak zjistili, že je to úplně špatně. Tak jsme to **udělali úplně jinak** ...“ „Složité, je tam takový človíček jeden, který má sice vysokoškolský vzdělání, což je vidět, že papír není úplně všechno a je to developer, který koupil barák na kšeft a **nechce se mu tam**, aby tam bydleli **lidé s mentálním postižením** v dvou malých rodinných domcích na chráněné bydlení. V **jiné lokalitě** tam o nich ani neví, naproti jsou ve skupině normálně nových postavených baráků, a že by to tam někomu vadilo, **nejsou tam vůbec žádné problémy**, všichni si žijí svůj život, nikoho nepotřebují...“

Respondent E: „...jak je **společnost přijme**. Samozřejmě, **transformace** není o tom domě, v kterém ti lidé žijí, ale o tom všem, o té změně nejenom bydlení, ale prostě celkového **způsobu života**. Oni ti klienti ... mohou mít tu možnost tím, tak jak se naši klienti zařadili, že **chodí do práce**, mají tam už ty **své kolegy**, ale vždycky budou trošku jiní, ale svým způsobem se takto mohou více přiblížit tomu **běžnému životu**.“ „Omezující, rizikové, třeba i **výběr lokality**, kde si vyberete z toho důvodu, že ti klienti tam spádově patří, si přáli tam bydlet, že koupí se pozemek, a pak se **objeví takový člověk a vlastně 4 roky zápasíme s tím**, že nám **napadá stavební řízení**, takže se posouvá a může trvat dlouho“ „**pozemek, kde to tam někdo dovolí postavit**, nepostaví se tam proti tomu, nejsou petice třeba od lidí, což se třeba taky stalo v některých oblastech, my jsme s tím problémy třeba neměli, protože jsme na to šli pozvolna, prostě nikomu jsme **nic nevnucovali**, nastěhovali jsme se a hotovo, ale byly takové **tendence**, aby před tím, než se lidi **nastěhují, se obcházeli sousedi a ptali se proč?** Já jsem taky nikomu neoznamoval, když jsem se stěhoval.“

3.3.3.7 Pracovní uplatnění klientů, pozitivní přínos

Obtížné zapojení klientů do pracovního procesu. Nedostatek pracovních míst a to nejen na volném trhu práce, tak i nedostatek míst v chráněných dílnách. Klienti v zařízeních jsou aktivizováni různými aktivitami, které mnohdy neodpovídají věku klientů. Je zde i riziko infantilizace. Klienti, kteří jsou toho schopni, by měli pracovat, třeba i za podpory další osoby a je jedno zda to bude pracovník sociální služby nebo zaměstnanec firmy. Klienti by měli mít stejné aktivity a žít stejný život jako jejich vrstevníci. Zaměstnání klientů napomáhá i jejich začlenění do komunity, společnosti. V práci si mohou také najít nové kamarády, známé, přátele, se kterými se budou potkávat, navštěvovat se. Nebudou tak uzavřeni ve svých bytech, domech a nebudou mít tendence navracet se zpět do původních zařízení. Je to ovšem i o osvětě podnikatelů a zaměstnavatelů v dané oblasti. O boření omezení a hranic. Toto je práce pro sociální pracovníky.

Respondent B má o zaměstnání klientů jasno: „...jejich **největší šance je 4 hodiny práce, to je nejlepší terapie, než vyžívání nějakých „blbých deček“ v uvozovkách, pokud chodí do práce na 4 hodiny a pak žijí normální život, který pomůžeme nastavit, my jsme ti průvodci, my nejsme jejich mentoři, jsme jen průvodci, ... budem se je snažit nasměřovat, tam kam oni myšlenkově nemůžou, tak potom je to značka ideál, toto je transformace.“ „ale je lepší najít práci, integrovat je do společnost tímhle způsobem a říct zkuste to s ním a spíš platit toho človíčka, který bude obcházet ty skupinky a bude taková podpora, protože musíme naučit ty podnikatele nebo i státní podniky, které ještě existují, naučit je nejenom podporu, jo, že nemusíte platit tolik daně, jako je odvádíte v určitých poplatcích, ale je to i zajímavé, když zaměstnáváte člověka s mentálním postižením, ale musíte mu dat i tu podporu, aby on se tam cítil dobře například... naši lidé doopravdy to nepotřebují slyšet, že jsou hloupí, to je zdravotní postižení, to není hloupost, že někdo se nehlásil ve škole, ale tak to jsme vyřešili a teď dělá normálně, je spokojený,“ Tady třeba chybí, chybí agentura, která bude jim zprostředkovávat práci, to je prostě neskutečný, jo na pracovním úřadě. Oni neví, co to jsou za lidi, kteří vypadají úplně normálně a mají mentální postižení, to nevíte, jak oni to budou propagovat, radši ho dáme bokem, neberte si ho, on je takový, přitom ten člověk neumí jenom spočítat rohlík do bedny...“**

Respondent D: Např. ...je **obtížné sehnat pracovní uplatnění pro klienty. Je málo chráněných pracovišť** a celkově práce pro naše klienty. Nejsou pro ně žádné vhodné pracovní příležitosti. Klienti nemají na výběr. I ti co by si přáli pracovat a jsou toho schopni, ... mají velmi **omezené možnosti**. Takže klient, který by si přál pracovat, ale nabízená práce mu nevyhovuje, nemá jinou možnost, kde by práci našel, a proto je bez práce. Je

pravděpodobné, že ve velkých městech mají lidé s postižením větší, jinou nabídku, ale tady v okolí, je **nabídka práce silně omezena.**“

Respondent E vyjádřil svoji podporu zaměstnávání a dalšímu uplatnění klientů a důležitosti aktivit: „naši klienti mají pěkné bydlení, ale mají i tu návaznost, protože **jsou zaměstnání**, tam jich je 12, a vlastně z toho 4 **pracují na otevřeném trhu práce**, mají **pracovní smlouvu**, někdo má, 3 mají asi celý úvazek a jedna má půl úvazku a 3 pracují na dohodu, ... zbytek **chodí třeba do školy 2 dny v týdnu**“

3.3.4 Jak vnímají respondenti podporu institucí, MPSV, NCPPT, krajů?

Pro proces transformace je důležitá podpora kraje, MPSV. Tyto subjekty přerozdělují finanční prostředky, vytváří metodickou podporu, kterou mohou využívat zařízení, která jsou v procesu transformace. Měly by být oporou, lídrem procesu deinstitucionalizace.

3.3.4.1 Proces transformace – financování negativní, vzdělávání pozitivní

Diskutovanou otázkou je finanční náročnost transformace. Tu ponecháváme stranou. Každé ze zařízení se vydalo vlastní cestou transformace. Z tohoto důvodu i financování projektů, které vznikly, bylo z různých finančních toků. Využili dotací a grantů z různých zdrojů. Víme, že zařízení mohou využívat dotace i na pronájmy bytových jednotek. Organizace, které se zapojily do projektu transformace, často využily takzvaně měkkou část, ze které se financovalo vzdělávání.

Respondent C: „je tady 100 klientů a během pěti let přechodové plány, postavit nový byt, ... **tlak těch peněz**“ „Právě **evropský peníze** ty jsou, že jo buď teď a hned, do určité doby a za těch **podmínek.**“

Respondent D: „Různá **finanční omezení** ponechávám stranou. To je všude stejné.“ A dále se zmiňuje: „Dále osoba, která by se i chtěla starat, potřebuje **finanční prostředky**, aby se mohla starat.“

Respondent A se vyjádřil o financování transformace: „budeme dál transformovat, nevím, je to na kraji, **je to na zřizovateli**, aby zavelel, ale zřizovatel dává jasně najevo, že **nebude financovat transformaci, mimo projekty EU** a ty zkrátka skončej ... **nebudou peníze**, oni by byly, ale oni zkrátka do transformace, když ten **kraj neměl dosud do ní chuť**?. Podle mě je to teď poslední možnost, který jsme se rychle chytli. **Transformace v podstatě končí v ČR.** Asi to půjde tou cestou snazší, kterou my pak chceme jít s tím zbytkem. A to jsou **pronájmy bytů.** ... na vesnici to není úplně jednoduchý, ale v městech ano... **Služba** bude jakoby **drahá**, dražší než když se postaví barák, ale dražší na tu terénní službu, jako by doprovod těch pracovníků, určitě bude **náročnější**, ale vzhledem k tomu, že nebudou ty vesnice, do nových

baráků, tak si myslím, že **je to reálný**.“ Další postřeh respondenta A: „jako tady ty **investice** udělat, protože tam je 10% i z těch evropských peněz, tam je nějaký **10% doplatek**, když ta stavba stojí **10 milionů**, tak aspoň ten milion volnej, a když jsou ty **neziskovky závislý na dotacích**, tak asi těžko můžou někde ty penízem vyškrábnout, to si myslím, že je to ta **odpovědnost** těch jako **příspěvkovek**, jako toho kraje tu transformaci jako dělat a **neziskovky** by měly zase hrát hlavní roli v těch **terénních ambulantních službách**“

Respondent E: „...my jsme vlastně dosáhli na spoustu věcí a šlo to z **peněz toho projektu**, že jsme vlastně několik let, měli vzdělávání, ne tady z našich peněz, ale zadarmo“

Respondent B: „sice problémy na druhou stranu v **ekonomice**, protože tito lidé, tak nemají peníze na to, aby to zaplatili, tak to zase platí stát, tak je to složité. Tak z jedné strany se snažíte dělat pro ně **moderní bydlení**, ale na druhou stranu je to **drahý**, ale zase se na to doplácí z druhé strany, je to fakt složité. v tomto okamžiku by se mělo platit trošku jiným způsobem než je to nyní, ale je to **ekonomika, která sem dneska patří**.“ „... jistě dostávali jsme nějaké **peníze**, protože to bylo z nějakého **grantu**,“ „aby **více peněz** se investovalo do těch různých **doprovodných programů**, jo, těch **asistentů**.“

3.3.4.2 Podpora kraje, MPSV, úředníků – negativní podněty

Proces transformace a deinstitucionalizace je podporován MPSV, kraji. Jak tuto podporu vnímají jednotliví respondenti. Je to vždy vnímáno podpora nebo omezení? Podporu jednotlivých institucí vidí jednotliví respondenti také podle toho, zda využívají „pouze“ podpory kraje nebo komunikovali přímo s MPSV. Respondenti také komunikují s dalšími úředníky, kteří sice nejsou přímo spojeni s transformací, ale jsou pro transformaci důležití. Ovlivňují transformaci například schválením stavebního povolení, jsou to úředníci na městských, obecních úradech. Další, kdo ovlivňuje proces transformace, jsou i pracovníci úřadu práce, soudci a další osoby, se kterými se klienti, pracovníci zařízení setkávají.

Respondent C: „Vy si **namyslíte a najednou ... že volali z kraje, že jo jinak...**“ „...je to pro nás nepříjemné, jo, že my jsme **jako by tlačeni**, ale na těch tam, kde by se mělo, **kde by mělo být jasno, tak taky není, myslím tím kraj. Je další jakoby demotivující**.“

Respondent D navázal na budoucnost zařízení a klientů i na budoucnost sociálních služeb: „Např. se již hodně **dlouhou dobu řeší**, co s cílovou skupinou duševně nemocných, ale o tom se bavíme více jak **15 let**. Je problematické, že stále chybí odpovídající služba, a oni zůstávají v podobných zařízeních, jako je to naše. Stále se hovořilo o tom, jak se to bude řešit a za **15 let se nevyřešilo nic podstatného**.“ „Je třeba **promýšlet jednotlivé kroky, prostředky**,

podněty. Je třeba posoudit spoustu věcí, **nedělat unáhlené věci**, nastavit správně systém, především to, kam bude směřovat.“

Respondent A: „z **úplný transformace** teď v **částečný transformaci** s nějakým výhledem, ale to je zas o nějaký domluvě se a **přání zřizovatele**, v nějakých daných podmínkách, ... jsou **limity**, který vy jako **organizace neovlivníte**. Myslím si, že **zřizovatel není až tak úplně rozhodnutej transformovat ty zařízení**, že ještě k tomu nedošel on sám. Ono pokud k tomu nedojte, tak my jako zařízení **těžko můžem tady to prosadit**, takže **čekáme, co bude**.“ Respondent A: „...**sice jsem se nejdřív ztotožnil, když jsem přišel s tím, že se ústavy nedají napravit, že se musí zrušit**, ale v rámci těch možností, který tady jsou, zas musíme jít cestou tý nápravy, **nedá se nic dělat**, jako, je to těžší, viděj to i ty zaměstnanci, dá to daleko víc práce, než by se postavily další domky, další, **ale není k tomu vůle**, takže to takhle bereme.“

Respondent A se vyjadřuje k podpoře kraje: „**spousta překážek, které vyskočí**, kdyby o tom člověk nebyl přesvědčenej, tak by ničeho nedosáhl... to musí být naprosto úplný základ, nebo musel **zřizovatel zavelet**, jak se to třeba stalo v tom **moravskoslezským kraji**, ale to zas byl **člověk vedoucí odboru** tam sociálního na kraji, který byl o tom **přesvědčenej**, a kterej teda **zavelel** a ti ředitelé **transformovali povinně**. Takhle si to dovedu představit, ale má to svoje **úskalí je tu nebezpečí**.“ „do transformace, když **kraj neměl dosud do ní chuť**, tak nevím, co by se muselo **stát, aby do ní najednou chuť měli**. ... podle mne **nemají strategii jasnou**, jako koncepci, z venku se my to zdá. Neziskovky, který vím, že chtějí jako by něco dělat, kraj **nepodporuje, neziskovka nemá skoro šanci...**“ „Ta nejhroší **práce s vysvětlováním těm úředníkům** a odpovědnejm lidem, že už to berou jako takovou skoro samozřejmost. Třeba s tím **nesouhlašej**, ale už vidí, že je to něco, proti čemu ... **hodnoty jsou jasné, že nemá cenu proti bojovat**, nás zdržovat. Určitě to už nikdo **nezpochybňuje**, to že s tím **nesouhlasí** a má možnosti na těch svých místech to **zdržovat nebo nekonat**, to určitě jo, ale na přímý dotaz to **už dneska nezpochybňuje**, to je velká výhoda pro nás.“

Respondent B sdělil svoje následující názory: „**důležité postavit ne malé DOZP**, což je další **nesmysl, který někdo vymyslel v Praze**, ale potřeba udělat chráněné bydlení, nastavit jim prostě proces...“ na dalším místě hodnotí spolupráci s MPSV: „co **mě rozčiluje**, když jsem jezdil do Prahy a tam mě **ukazovali furt nějaký tabulky**, já nerozumím tomu systému, který **nastavili z Prahy tenkrát v rámci té transformace**, ale je **úplný nesmysl**, abych já dělal někde kulaté stoly, a vykládal lidem, pozor my jdeme k vám, my tady budeme bydlet, my jsme ti hloupí, my jsme ti mentální postižením, jo myslím si, že je to úplná hloupost, tak jsme to nedělali, to akorát udělali přede mnou, a pak zjistili, že je to úplně špatně. Tak jsme to udělali úplně jinak ... **Pražáci nám ukazovali furt nějaký tabulky, furt nějaký letáky a ptákoviny**, ale

je lepší najít práci, integrovat je do společnosti tímhle způsobem a říct zkuste to s ním a spíš platit toho človíčka, který bude obcházet ty skupinky a bude taková podpora, protože musíme naučit ty podnikatele nebo i státní podniky, které ještě existují, naučit je nejenom podporu, jo, že nemusíte platit tolik daně, jako je odvádíte v určitých poplatcích...“

Další poznatky a připomínky ke spolupráci s MPSV a úřady respondent B: *„Tak spíš bych se věnoval, než nějakým tabulkám tomu, aby šli do toho terénu. ... na pracovním úřadě. Oni neví, co to jsou za lidi, to nevíme. Jak ho budou propagovat, radši ho dají bokem“*
*„tlačím na kraj a máme tam docela obstojně, že **chtějí to postavit**, peníze na to mají, **se nám vrací povolení pořád zpátky z kraje na okres**, to je jediný problém, už by jsme měli postaveny.“*

*„Tady jsou lidé, kteří doopravdy tu transformaci od toho roku 2008 vlastně, když už se to tady chystalo. ... **Vadí mně ten způsob komunikace z Prahy**, toho týmu, takových těch **radikálních řezů**. ... Takový pitomosti mohl vymyslet jenom někdo, kdo s těma lidma nepracuje a kvůli tomu jsem **přestal do Prahy jezdit**. Přijdu vyslechnout něco, protože jsou nějaký nové věci, ale po jisté době se tam **vyměnil celý ten realizační tým**, který tam byl na začátku, že už je to někam jinam, ale tam potom přišli mladí lidé z VŠ a ti nic nevyzkoušeli, potřebují si ty lidi osahat a pak **můžou něco mluvit**, ale to je v **každém oboru**.“*

Respondent E: *„... **kraj si vymyslí nějaký jiný metodiky** a už je to **všechno jinak**,“*
*„stejně nakonec takový ty **analýzy, které se tam dělaly**, že ano se zeptáme klienta, odkud pochází a kam by chtěl jít, a co by tam chtěl, to neexistuje, to je **hloupost**, stejně se **nakonec postaví někde, kde kraj sežene pozemek**...“*

3.3.4.3 Kritéria transformace – negativní vnímání

Projekt transformace je ovlivňován řadou různých kritérií, která musí zařízení dodržovat, pokud chtějí dosáhnout na finanční prostředky z evropských strukturálních fondů. Pouze jedno zařízení je v projektu transformace od roku 2008 a mělo by dodržovat všechna kritéria.

Respondent C: *„pak je vlastně tam ta hranice ano těch 65 let, což my se u nich už dostáváme, takže stejně, i to, že je tady klientela, že by té se ta **transformace neměla už týkat**, takže my už se tady budeme taky do hodně velkého počtu dostávat do této klientely, takže zase když by šli, tak to **omezuje zase věk, měřítko a parametry není jednoduchý**, sice se **proklamuje, že je to pro všechny**... Když jedete po těch kritériích, proces jako by vedený z toho **MPSV** jako by řízený tím **projektem transformace**, zaštiťovaný evropskýma penězma a tady tímhle tím to určuje **spoustu omezení**, který vůbec klienti jako by nedosáhli. Ani si*

neuvědomujeme, až vlastně jsme se do toho **transformačního procesu ponořili** a pracuje se na tom, tak tím teprve zjistíte, to teda tady se to netýká všech.“

Respondent A: „, kdyby mohli **odejít z ústavu, ale zůstat v obci**, ale ta myšlenka se **nesetkává s tou obecnou myšlenkou transformace**, což si myslím, že je škoda. ...podle analýzy potřeb, řada (klientů) vyslovila kvůli různým důvodům, zůstali tady...“

Respondent E: „**chráněné bydlení je omezeno věkem**, ... určitě to tam nebude pro dožití“ „Ten **projekt** spíš byl takový **svazující**, protože tam, pokud transformovali jsme se podle toho projektu, tak tam bylo spoustu **závažných kritérií**, které se musely dodržet, a možná právě proto to tak **dlouho trvalo** a zase to **nebylo dobré v tomto smyslu**. To už já si netroufám nějakým způsobem posuzovat, nebo kritizovat. Tady to bylo **vázané na ty prostředky**, na nějaký ty **pokyny z toho ministerstva**, to **trvalo velmi dlouho**.“

3.4 Diskuse

Výsledky výzkumu jsou o subjektivním pohledu účastníků rozhovorů. Jsou ovlivněny osobními postoji k procesu transformace, což je pochopitelné. Co považuji za určitý neúspěch dané práce je to, že jsem musela zachovat anonymitu jednotlivých respondentů. Při malém počtu zařízení v Jihomoravském kraji, bylo i obtížné popsat zařízení tak, aby nebylo lehce zjištělné, o která zařízení se jedná. Dvěma osloveným vedoucím pracovníkům, bylo i líto, že se nebudou uvádět přímo jejich organizace. Byli pyšní na to, co v procesu transformace dokázali. Pro třetí zařízení to byla jedna z podmínek přistoupení na rozhovor a v jednotlivých rozhovorech nebyly jmenovány obce nebo další okolnosti, které by mohli zařízení a respondenty identifikovat.

Podmínky při rozhovorech mohli také ovlivnit předávané informace. U jednoho rozhovoru byl přítomen další pracovník, měla jsem obavy, že informace nebudou dostatečné, ale při přepise rozhovoru jsem zjistila, že jsme se od respondenta dozvěděla spoustu informací. Co hodnotím negativně, bylo nedodržení a neumožnění rozhovoru v posledním zařízení. Mohla jsem získat další zajímavé informace na pohled transformace, protože každé z vybraných zařízení se vydalo svojí cestou transformace. Dále podle mého názoru i přepis rozhovoru pouze z mých poznámek, doplněný autorizací respondenta, omezil množství informací, které se později zpracovávaly. Byť jsem rozhovor z poznámek přepsala, co nejdříve po jeho ukončení a respondent jej autorizoval během jednoho týdne, část informací se nezaznamenala či pozměnila.

I když jsou způsoby transformace jednotlivých zařízení, způsoby financování deinstitucionalizace odlišné, přístup organizací a jejich pracovníků, některé postřehy,

informace, připomínky, názory jsou stejné. Můžu se pouze domnívat, zda je to tím, že mají stejného zřizovatele, cílovou skupinu stejného průměrného věku. Toto se nedá z těchto rozhovorů prokazatelně zjistit. K potvrzení by možná bylo vhodné oslovit pracovníky JMK, kteří spolupracují na transformaci jednotlivých zařízení.

I když tento závěr není součástí výzkumu této diplomové práce, je zajímavé srovnání, nebo spíš ujasnění závěrů, které uvedla ve své diplomové práci Ingrová (2015 s. 94): *„Žádné ze zařízení nezvažuje cestu úplné transformace. Silnými argumenty jsou zejména ty ekonomické – v minulosti byl vynaložen velký objem finančních prostředků do rekonstrukcí a budování objektů...“*, dále: *„Vedoucí management, v případě obou zařízení, má zájem stávající zařízení zachovat a je přesvědčen o jeho významu a budoucí potřebnosti. Nutno podotknout, že žádné ze zařízení nedokáže všem svým uživatelům zajistit plně takové podmínky, které by naplňovaly jejich základní práva a svobody, např. se v zařízeních stále vyskytují vícelůžkové pokoje, což představuje zásah do soukromí, ...“*. Samozřejmě nevím, která zařízení Ingrová ve své práci oslovila, ale pokud shrnu svá zjištění z oslovených sociálních služeb, která jsou také velkokapacitní DOZP v Jihomoravském kraji musím souhlasit, že žádné ze zařízení nepůjde cestou úplné transformace. Z výzkumu však vyplývá, že alespoň jeden z respondentů o úplné transformaci uvažoval, ale nebyla podpora a vůle ze strany Jihomoravského kraje, aby k úplné transformaci došlo. Je tedy otázkou, kam samotný zřizovatel těchto velkokapacitních zařízení, která nemohou poskytovat kvalitní individuální péči ve stávajících podmínkách, chce dále směřovat svoje sociální služby. Možná by bylo zajímavé oslovit pracovníky Jihomoravského kraje, sociálního odboru, jak jsou motivováni k procesu deinstitucionalizace, chtějí-li vůbec tento proces a není to jen nutnost, kterou určilo nařízení vlády. Postup kraje hodnotí i NCPPT v Doporučení Jihomoravskému kraji k transformaci ústavní péče v péči komunitní na (2016 s. 8 v tabulce č. 2.2) *„Zhodnocení stavu transformace ústavní péče v péči komunitní“* – *„slabé stránky“* hodnotí mimo jiné: *„nepodporuje transformaci sociálních služeb na úrovni celého kraje, v kraji chybí vize transformace a její koncepce. Transformace je řešena pouze na úrovni jednotlivých zařízení, která ji řeší samostatně v rámci svých rozvojových plánů; většina financí kraje je směřována do ústavních služeb; umožňuje přijímání nových uživatelů v zařízeních ústavní péče; zvolil pouze částečnou transformaci u zařízení zapojeného do projektu, která je spojená se zvýšením provozních nákladů; systematicky nepracuje se začleňováním lidí odcházejících z ústavní pobytové sociální služby do komunity, v některých případech dochází ke kumulaci této skupiny na jednom místě;“*. Je samozřejmě pro poskytovatele těžké budovat nové služby, když k tomu nemají podporu zřizovatele. Snazší se implementovat nové myšlenky, ale pokud

nemají podporu, je to demotivující faktor. S podporou se lépe komunikuje s okolím, v tomto případě s pracovníky, obcemi, úřady.

I ve výzkumu, který provedla ENILL, se také konstatuje, že existují rozdíly mezi závazky, ke kterým se zavázaly národní strategie, a skutečností. Jako důvody rozdílů studie udává nedostatek finančních prostředků na regionální úrovni, nedostatek politické vůle k realizaci závazků, a chyby v oblasti zaměření se na individualitu jednotlivce. [on-line]. Dostupné 28.2.2017 z <http://www.enil.eu/>

Lze tak navázat i na diplomovou práci Bednařika (2013 s. 93): „*V této myšlence je ovšem podstatné, že popsany tlak musí vzejít ze strany blízkých, kteří jsou dostatečně informovaní o tom, jak by měla služba pro jejich blízké skutečně vypadat a měli by být také schopni tuto myšlenku artikulovat. Jejich nespokojenost a motivace ke změně by tedy měly být zvnitřněny podobně, jako by tomu mělo být u personálu služby, která do deinstitucionalizace zařízení vstupuje. V případě českého zařízení tento tlak směrem od příbuzných klientů bohužel nevzešel. Problematická je pak ovšem takováto situace, pokud zařízení vstoupí na cestu změn spíše z formálních důvodů, nebo je změna iniciována zřizovatelem, rovněž z formálních důvodů,*“ Jak bude vypadat další postup transformace, pokud poskytovatelé a zřizovatelé nejsou pro úplnou transformaci a zřizovatel transformaci nebude podporovat. Kolika klientům se podaří nakonec odejít z velkokapacitních služeb do služeb komunitních. S procesem transformace a deinstitucionalizace jsou spojena rizika, omezení, problémy, které tento proces znesnadňují a lidé, kteří se podílí na tomto procesu, musí být motivováni. Pokud nebudou podporováni, motivaci ztratí a proces transformace se dotkne pouze omezeného počtu osob.

Pro mne výzkum je zajímavý i z osobního hlediska. Naše zařízení, kde pracuji, je také v procesu transformace. Některé informace od respondentů mi potvrdily, co jsem slyšela od managementu našeho zařízení.

3.5 Závěrečné zjištění

Z rozhovorů s respondenty vyplývají **čtyři faktory, které jsou stěžejní a jasně identifikovatelné**. Jednomu z nich můžeme přiřadit pozitivní efekt a to je osobností nastavení jednotlivých respondentů pro proces transformace. **Respondenti jsou motivováni pro myšlenku deinstitucionalizace a transformace**. Chápu důležitost procesu změny, celkově ideu procesu transformace a deinstitucionalizace přijali, shoduje se s jejich osobními hodnotami. Podporují myšlenku transformace. Vidí v ní potenciál ke změně, ke zlepšení podmínek života alespoň pro část klientů. Jsou si vědomi, že ve velkokapacitním zařízení nelze poskytovat zcela individuální přístup ke klientům. Pouze jediný respondent byl

motivován pro úplnou transformaci a uzavření současného zařízení, jak však vyplynulo z dalšího, postupně musel ustoupit a vyrovnat se s tím, že k úplné transformaci nedojde, protože k ní není vůle a podpora zřizovatele. Plamínek (2010 s. 42) se o motivaci vyjadřuje: „*Na naše motivy mohou působit vnější podněty (stimuly) a být s nimi v souladu (tedy posilovat naši vnitřní motivaci) nebo v konfliktu (naši motivaci erodovat nebo měnit)*“.

Druhým nesporným faktorem zjištěným při rozhovorech s respondenty je přístup Jihomoravského kraje a MPSV k procesu transformace. Respondenti vnímají přístup kraje, který nepodporuje úplnou transformaci svých zařízení. S podporou kraje je propojeno i finanční zajištění jednotlivých služeb a procesu transformace. S tímto faktorem souvisí i přístup MPSV. Ani ten někteří respondenti nevnímají pozitivně. Vidí určitou nesystémovost, nekoncepčnost. Ze všech rozhovorů, které jsem vedla, pocítovali **respondenti největší rozladění z přístupu úředníků kraje, MPSV a dalších úřadů**. Je opravdu obtížné něco budovat, měnit, když není jasná podpora z míst, která určují politiku a směřování sociálních služeb do budoucnosti. Rozhodují o základním zasíťování sociálních služeb, přerozdělují, určují výšku dotací pro jednotlivé organizace na rok. Těžko se budují a prosazují změny, pokud jsou omezené finanční možnosti. Respondenti musí spolupracovat i s dalšími úřady, ale nepovažují spolupráci s úřady za jednoduchou. Je to fakt, který nepůsobí pozitivně na motivaci. Je to jev, který ztěžuje postup procesu transformace. Např. s úřadem práce. Pracovníci ÚP, neví, kdo jsou klienti, kteří žádají o práci. Neznají jejich možnosti, limity. Neznají cílovou skupinu osob se zdravotním a kombinovaným postižením, což stěžuje spolupráci a hledání zaměstnání pro klienty z pobytových sociálních služeb.

Dalším demotivujícím faktorem je **financování sociálních služeb a procesu transformace**. Respondenti se shodli, že právě finanční prostředky značně ovlivňují proces transformace, humanizaci celkově budoucnost sociálních služeb. Podle jednoho respondenta, transformace, jak ji známe, končí, nebudou finanční prostředky na další stavby domů.

Posledním jasně identifikovaným faktorem, který je rozhodující pro motivaci respondentů, je současný stav jejich zařízení a plánování budoucnosti. Respondenti neuvažují o úplné transformaci, protože věnovali úsilí, čas **humanizaci stávajících zařízení**, kde budovali domácnosti, zlepšovali podmínky, v takovém rozsahu, jaký umožňují budovy a jejich uspořádání. Část klientů odešla do komunitních služeb a to umožnilo technicko-stavební úpravy budov a v těchto úpravách zařízení plánují nadále pokračovat.

Jak již zjistila svým výzkumem v diplomové práci Ingrová 2015, poskytovatelé nejsou pro úplnou transformaci. Což se potvrdilo i rozhovory s respondenty, které jsem zvolila ve výzkumu. Motivace k transformaci tu je, ví se, že velké služby jsou špatné, ale mimo

jednoho respondenta, který byl pro úplnou transformaci, respondenti udávali důvody pro zachování současných služeb a proč pouze částečnou transformaci. Pokud se jich zeptáte, na budoucnost jejich zařízení, všichni budou nadále stavebně upravovat stávající budovy, rozvíjet stávající sociální služby. Jeden z respondentů, by si dovedl představit zrušení zařízení a jeho přestavbu na domov pro seniory, či zřízení odlehčovací služby. Respondenti shledávají jako žádoucí, aby jejich služba fungovala v současných budovách, byť procesem humanizace upravených i z důvodu možného návratu klientů, kteří nyní odešli do chráněného bydlení. Zároveň jim přijde jako neekonomické stavět komunitní DOZP, protože je, zde potřeba poskytování sociálních služeb osobám, které potřebují pomoc a podporu 24 hodin denně. Tato podpora a péče by se, podle respondentů, měla poskytovat individuálně.

Další faktory, které ovlivňují proces transformace a to pozitivním i negativním směrem, je mnoho a respondenti sdělili pouze některé z nich. Mnohé z nich lze současně přiřadit k rizikům transformace, která popisuje a zpracovává NCPPT, viz kapitola Rizika procesu transformace. Je samozřejmé, že tyto faktory vnímají respondenti podle vlastní praxe, která plyne z jejich osobní zkušenosti s procesem transformace, s řešením potíží, které proces přináší. S problematickými okamžiky celého procesu transformace, riziky. I z tohoto důvodu, nelze jednoznačně říct, co je pozitivní či negativní stimul. Pokud se problém vyřešil rychle a ve shodě s přáním respondenta, podpořilo to kladný přístup a pohled na transformaci.

3.6 Závěr výzkumu

Závěrem chci říct, že práce, kterou jsem vypracovala, mne přesvědčila, že proces transformace sociálních služeb je dlouhodobý a s nejednoznačným výsledkem. Pracovníci, kteří pracují na pozicích, ze kterých ovlivňují celý proces transformace, jsou pozitivně motivováni a chápou proces transformace, který je v souladu s jejich hodnotami a jejich osobním nastavením. Faktory, motivy, které ovlivňují přístup jednotlivých respondentů k procesu transformace, jsou různé podle osobní zkušenosti respondentů, jejich zapojení do procesu transformace, také podle toho, jakou cestou se vydalo jejich mateřské zařízení a Jihomoravský kraj. Ten prozatím úplnou transformaci nepodporuje. Z jeho strany je podporována částečná transformace s postupným snižováním lůžek o kapacitu zřizovaných komunitních služeb. Z těchto důvodů je jasné, že zařízení mohou transformovat pouze částečně. Je zřejmé, že i kdyby byli respondenti motivováni k úplné transformaci zařízení, nelze ji uskutečnit, protože chybí podpora kraje. Proto jsem tento fakt zařadila k demotivujícím stimulům. Ani podpora od MPSV nebyla respondenty vnímána jako zcela pozitivní. Další faktory, které ovlivňují proces transformace, souvisí s osobní zkušeností

jednotlivých respondentů, kterou získali v průběhu deinstitucionalizace. Těchto motivů mohou vyčíslit hned několik. I výklad, zda je to pozitivní či negativní motiv, záleží na jednotlivém respondentovi.

Zajímavé bude, jak budou vypadat sociální služby za několik let. Kolik klientů bude využívat komunitní služby. Respondenti jsou motivováni pouze pro částečnou transformaci, s tím, že část klientů zůstane ve stávajících zařízeních. Možná by stačil větší zájem ze strany kraje. To je však jinou otázkou. Stát – vládu – záměrně nezahrnuji, protože ten by měl, vzhledem k přijatým mezinárodním závazkům, na kraje vyvíjet tlak k úplné transformaci již nyní. Vedení jednotlivých organizací chce investovat finanční prostředky do humanizace svých zařízení. To je podstatný motiv k tomu, aby neproběhla úplná transformace. Motivační a demotivační faktory ovlivňují přístup jednotlivých respondentů k transformaci. Současně samotný proces a získané zkušenosti zpětně ovlivňují přístup respondentů k transformaci. Působí na sebe navzájem. To vše ovlivňují nejen motivovaní pracovníci organizací, které poskytují a budují sociální služby, ale i motivovaní pracovníci kraje, kteří určují směr vývoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji.

4 Použité zkratky

MPSV ministerstvo práce a sociálních věcí

NCPPT Národní centrum pro podporu transformace sociálních služeb

DOZP domov pro osoby se zdravotním postižením

ENIL European Network on Independent Living

IROP integrovaný regionální operační program

IOP integrovaný operační program

JMK Jihomoravský kraj

IQ inteligenční kvocient

NCPPT – NC PPT Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

EU Evropská unie

SWOT analýzy S = Strengths (Silné stránky), W = Weaknesses (Slabé stránky), O = Opportunities (Příležitosti), T = Threats (Hrozby).

5 Literatura

Bednář, M. (2012). Kvalita v sociálních službách. Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc, pedagogická fakulta

Bednařík, L. (2013). Komparativní analýza procesu deinstitucionalizace zařízení pobytových sociálních služeb v Holandsku a České republice (diplomová práce). Olomouc: Univerzita Palackého.

Bělohlávek, F. (2000). Jak řídit a vést lidi. Praha: Computer press.

Čajko – Eibichtová, M. Havrdová, Z. (2010). Hodnoty v managementu In Havrdová Zuzana a kol (eds.) Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb (s. 67 – 84). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotních organizacích

Čámský, P. Sembdner, J. Krutilová, D. (2011). Sociální služby v ČR v teorii a praxi. Praha: Portál

Dohnalová, M. Průša L. a kolektiv. (2011) Sociální ekonomika. Praha: Wolters Kluwer ČR

Duffy, S. (2013). 21st century vision, A discussion paper in association with the housing and support alliance, The centre for welfare reform.

- Furmaníková, L., Havrdová Z., Tollarová B., Vrzáček P. (2013). K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb In Sociální práce / Sociální práce, č. 01/2013 s. 49 – 60
- Gatnarová, R. (2014). Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením (diplomová práce). Brno: Masarykova univerzita
- Grunewald, K. (2003). Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Praha: QUIP - Společnost pro změnu
- Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum, Základní metody a aplikace. Praha: Portál
- Hartl, P., Hartlová H. (2009). Psychologický slovník. Praha: Portál
- Havrdová, Z., Šafr, P. (2010). Kongruence v hodnotách jako ukazatel vztahů v péči o seniory In Havrdová Zuzana a kol (eds.) Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb (s. 85–108). Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotních organizacích
- Hrušková, H., Landischová, E., Matoušek, O. (2005). Sociální práce s lidmi s mentálním postižením In Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. (eds.) Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. (s. 111 – 131) Praha: Portál
- Cháb, M. (2004). Svět bez ústavů. Praha: Quip – Společnost pro změnu.
- Igrová, A. (2015). Vývoj vybraných služeb sociální péče z pohledu moderních trendů na území Jihomoravského kraje od roku 2003 po současnost (diplomová práce), Olomouc: univerzita Palackého
- Jihomoravský kraj (2015). Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji, Brno: Krajský úřad JMK, odbor sociálních věcí.
- Jihomoravský kraj (2014). Strategie transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v Jihomoravském kraji na období 2014-2020. Brno: Krajský úřad JMK, odbor sociálních věcí.
- Jihomoravský kraj (2015). Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2015-2017. Brno: Krajský úřad JMK, odbor sociálních věcí.
- Johnová, M. (2008). Zkušenosti s transformací ústavní péče. Praha: Quip – Společnost pro změnu.
- Jolly, D. (2009). Research Paper on Community Living and the Support of Independent Living: Costs and Benefits, ENIL [on-line]. Dostupné 20.2.2017 z <http://www.enil.eu/>
- Kodymová, P., Kolářková, J. (2005). Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými In Matoušek In Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. (eds.) Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. (s. 89 - 108) Praha: Portál

- Krebs, V. et al. (2010). Sociální politika. Praha: Wolters Kluwer ČR
- Koldinská, K. (2011). Legislativní zakotvení sociálních služeb v ČR In Matoušek O. Sociální služby. (s. 35 - 51). Praha: Portál
- Koldinská Kristina (2011). Právní úprava sociálních služeb v evropských zemích In Matoušek O. Sociální služby. (s. 53 - 63). Praha: Portál
- Koldinská, K., Matoušek, O. (2011). Trendy v historickém vývoji sociálních služeb In Matoušek O. Sociální služby. (s. 17 – 33). Praha: Portál
- Malík – Holasová, V. (2014). Kvalita v sociální práci a sociálních službách. Praha: Grada Publishing a.s.
- Mayer, L. M. (2012). Social Work Practice with People with Disabilities: Enhancing Practice through Catholic Social Teaching, Social Work & Christianity. (s. 172 – 188) Vol. 39, No. 2 Journal of the North American Association of Christians in Social Work
- Matoušek Oldřich a kol. (2011) Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení; vydání 2, Praha Portál
- Matoušek, O. (2011). Typologie sociálních služeb podle cílových skupin In Matoušek, O. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi (s. 79 -106). Praha: Portál
- Michalík, J. a kol. (2011). Zdravotní postižení a pomáhající profese. Praha: Portál
- Miovský, M. (2006). Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada Publishing, a.s
- MPSV (2013). Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV ČR.
- MPSV (2013). Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů. Praha: MPSV
- MPSV (2013). Rizika procesu transformace a deinstitutionalizace a systém jejich řízení. Praha: MPSV
- Nakonečný, M. (2009). Sociální psychologie. Praha: Academia
- Pipeková, J. (2006). Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, s. r. o.
- Plamínek, J. (2010). Tajemství úspěchu. Praha: Grada
- Plamínek, J. (2010). Tajemství motivace. Praha: Grada
- Plháková, A. (2007). Učebnice obecné psychologie. Praha: Academia
- Průša, L. (2011). Financování sociálních služeb ČR In Matoušek O. Sociální služby. (s. 65 - 77). Praha: Portál

Švarcová, I. (2006). Mentální retardace vzdělání výchova, sociální péče. Praha: Portál

Towell, D. (2012). Deinstitutionalization and community living, Lessons from international experience. The centre for welfare reform

Vrzáček, P. (2010). Vedení ve shodě s organizačními hodnotami In Havrdová Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb (s. 179 – 194). Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotních organizacích

Vyhláška 505/2006 k zákonu 108/2006 Sb., , v účinném znění ke dni 12.1.2017.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. , v účinném znění ke dni 12.1.2017.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením 10/2010 Sb. m. s., v účinném znění ke dni 10.10.2016

6 Internetové zdroje

Bulic, I. Kelly O. (2014). Comparing the cost of Independent Living and Residential Care, A Survey by the European Network on Independent Living [on-line]. Dostupné 20.2.2017 z <http://www.enil.eu/>

ENIL Developing a Strategy to Promote the Rights of People with Disabilities, Key Areas for Actions 2013 [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.enil.eu/>

JMK nedatováno [on-line]. Dostupné 22.10.2016 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=27204&TypeID=2>

JMK nedatováno [on-line]. Dostupné 22.10.2016 z http://kevis.kr-jihomoravsky.cz/index.php?action=evidence&lang=cz&akce=tabulky_akce&id_evidence=29

JMK (2016) Aktualizace Akčního plánu rozvoje sociálních služeb v JMK pro rok 2017 [on-line]. Dostupné 30.1.2017 z <http://www.krjihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=319753&TypeID=2>

JMK (2013) Strategii transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v JMK na období 2014 – 2020 [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=221203&TypeID=7>

JMK (2007) [on-line]. Dostupné 28.10.2016 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=221203&TypeID=7>

Johnová, M. 2005 Quip Praha [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.nrzp.cz/onas/zakladni-informace.html>

Johnová, M. 2005 Quip Praha [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/dokumenty/deinstitucionalizace/>

Johnová, M. 2008 [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/005/000637.pdf?seek=1212135590>

Jolly 2009 ENIL [on-line]. Dostupné 20.2.2017 z <http://www.enil.eu/>

Kořínková, D. 2008 [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/004/000600.pdf?seek=1208508951>

MMR nedatováno [on-line]. Dostupné 28.10.2016 z www.dotaceeu.cz/getmedia/59e6a4db-25e3-4eba-913b-540d19b5f78c/IROP_Harmonogram-vyzev-2016-k-27-10-2016_1.xlsx

MMR [on-line]. Dostupné 28.10.2016 z www.dotaceeu.cz/getmedia/37039e41-53ad-4b2e-9ab663b52e6cde8d/IROP-Harmonogram_vyzev-2017-k-27-10-2016.xlsx

MPSV (2013): Bílá kniha v sociálních službách [on-line]. Dostupné 12.1.2017 z http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

MPSV (2013). Doporučení Jihomoravskému kraji k transformaci ústavní péče v péči komunitní, Praha MPSV ČR [on-line]. Dostupné 20.2.2017 z <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/analyzy/>

MPSV (2007) [on-line]. Dostupné 28.1.2017 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/001/000297.pdf?seek=1196082206>

MPSV (2007) Koncepce podpory transformace sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/001/000297.pdf?seek=1196082206>

MPSV. NCPPT (2016) Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteria_IROP_vyzva-49.pdf.

MPSV (2016) Kritéria transformace sociálních služeb [on-line]. Dostupné 28.2.2017 z <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/kriteria-transformace/>

MPSV (2015). Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020 Praha: MPSV [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvzpo/dokumenty/Narodni-plan-OZP-2015-2020-revize-2016.pdf>

MPSV (2015) Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025 s. 16 – 23 [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/29624/NSRSS.pdf>

MPSV, NCPPT nedatováno [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.trass.cz/index.php/transformace/projekty-mpsv/>

MPSV. NCPPT nedatováno [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.trass.cz/>

MPSV. NCPPT nedatováno strategické dokumenty [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/>

MPSV. NCPPT nedatováno dokumenty, analýzy [on-line]. Dostupné 11.11.2016 z <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/analyzy/>

MSK (2008). Koncepce kvality sociálních služeb v moravskoslezském kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb), Krajský úřad Moravskoslezský kraj, odbor sociálních věcí [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z http://www.msk.cz/cz/socialni_oblast/transformace-pobytovyh-socialnich-sluzeb-40508/

MSK nedatováno [on-line]. Dostupné 22.10.2016 z http://www.msk.cz/cz/socialni_oblast/transformace-pobytovyh-socialnich-sluzeb-40508/

Parker, K., Bulic I., (2013). Developing a Strategy to Promote the Rights of People with Disabilities, Key areas for Action, ENIL [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.enil.eu/>

Veřejný ochránce práv – ombudsman nedatováno [on-line]. Dostupné 26.10.2016 z <http://www.ochrance.cz/>

Veřejný ochránce práv Zprávy z kontrol nedatováno [on-line]. Dostupné 26.10.2016 z <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/>

Vládní výbor pro zdravotně postižené občany nedatováno [on-line]. Dostupné 22.2.2017 z <http://www.nrzp.cz/o-nas/zakladni-informace.html>