

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**

**Katedra křesťanské sociální práce**

*Charitativní a sociální práce*

Adriana Ingrová

*Vývoj vybraných služeb sociální péče z pohledu  
moderních trendů na území Jihomoravského kraje  
od roku 2003 po současnost*

*Diplomová práce*

**Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.**

**2015**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jsem  
přitom jen uvedené prameny a literaturu.

V Olomouci dne 13. dubna 2015

.....

Bc. Adriana Ingrová, DiS.

Děkuji vedoucímu práce Mgr. Martinovi Bednářovi, Ph.D., za odborné vedení práce, mnoho cenných rad a podnětů, které mi umožnily hlouběji proniknout do dané problematiky. Rovněž děkuji Mgr. Haně Šlechtové, Ph.D., za možnost konzultací. Mé poděkování patří oběma zařízením sociální péče, bez kterých bych nemohla výzkum provést, zejména pak pracovníkům za jejich vstřícný přístup a ochotu poskytnout mi rozhovor.

# Obsah

<b>1 Vývoj sociálních služeb směrem k moderním trendům.....</b>	<b>9</b>
1.1 Vývoj ústavní péče v ČR po roce 1989 .....	9
1.1.1 Ústav sociální péče .....	11
1.1.1.1 Rizika ústavní péče .....	13
1.1.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením .....	15
1.2 Osoba se zdravotním postižením.....	17
1.3 Moderní trendy v praxi evropských zemí.....	17
<b>2 Aktuální trendy v poskytování sociálních služeb .....</b>	<b>19</b>
2.1 Strategické dokumenty v oblasti sociálních služeb .....	19
2.2 Princip normality .....	21
2.3 Deinstitutionalizace. ....	22
2.4 Transformace. ....	23
2.4.1 Překážky v procesu transformace .....	25
2.5 Humanizace .....	26
2.6 Pojmy související s moderními trendy .....	28
<b>3 Sociální služby v kontextu Jihomoravského kraje.....</b>	<b>30</b>
3.1 Základní demografické údaje .....	30
3.2 Charakteristika současného stavu v oblasti sociálních služeb.....	30
3.3 Vývoj zařízení sociálních služeb zřizovaných krajem .....	31
3.4 Přístup kraje jako zřizovatele k moderním trendům.....	32
3.4.1 Krajské strategické dokumenty .....	34
<b>4 Metodologie výzkumu.....</b>	<b>37</b>
4.1 Výběr respondentů.....	38
4.1.1 Kritéria výběru zařízení - DOZP .....	38
4.1.2 Výběr respondentů pro rozhovor.....	39
4.2 Výběr dokumentace a práce s ní.....	41

4.3 Charakteristika zařízení sociálních služeb .....	43
4.3.1 Současný stav DOZP 1 .....	43
4.3.2 Historie DOZP 1 .....	45
4.3.3 Současný stav DOZP 2 .....	45
4.3.4 Historie DOZP 2 .....	47
<b>5 Indikátory moderních trendů – jejich sledování v DOZP.....</b>	<b>48</b>
5.1 Indikátory z oblasti přímé práce s uživateli.....	48
5.1.1 Oblast svéprávnosti uživatelů sociální služby .....	48
5.1.2 Individuální plánování .....	52
5.1.3 Praktická příprava uživatelů na přechod .....	57
5.1.4 Vstup do komunitní sociální služby .....	62
5.1.5 Pracovní uplatnění .....	67
5.2 Indikátory z oblasti struktury pracovníků a požadavků na ně kladených .....	70
5.2.1 Struktura pracovníků .....	71
5.2.2 Vzdělávání pracovníků .....	76
5.3 Indikátory z oblasti procesů.....	80
5.3.1 Modernizace .....	80
5.3.2 Využití příležitosti zapojit se do projektu MPSV .....	86
5.3.3 Přístup vedoucího managementu .....	90
5.4 Zjištění.....	94
5.5 Diskuse .....	95
<b>Závěr.....</b>	<b>97</b>
<b>Literatura.....</b>	<b>99</b>
<b>Internetové zdroje .....</b>	<b>102</b>
<b>Prameny .....</b>	<b>105</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>107</b>

# Úvod

Oblast sociálních služeb nabízí relativně široké spektrum služeb v závislosti na daném problému konkrétního jedince. V případě osob se zdravotním postižením byly, zejména v minulosti, preferovaným způsobem zajištění adekvátní pomoci, podpory a péče především pobytové „ústavní“ služby. V současné době je však trend zcela opačný, sociální služba nemá jedince izolovat od okolního světa a běžného života, ale naopak napomáhat jeho integraci do majoritní společnosti. Z toho důvodu jsou upřednostňovány terénní a ambulantní služby, před pobytovou formou. V kontextu sociálních služeb se setkáváme čím dál častěji s pojmy deinstitucionalizace, transformace anebo humanizace. Jedná se o soudobé trendy, které mají za cíl změnit dosavadní způsob poskytování pobytových služeb tak, aby i osoba se zdravotním postižením dostala příležitost prožít život v přirozeném sociálním prostředí, se svými blízkými, měla možnost se nezávisle a samostatně rozhodovat, budovat sociální vazby apod.

V Úmluvě OSN o právech osob se zdravotním postižením, v Článku 19 *Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti*, se uvádí, že osoby se zdravotním postižením by měly mít možnost zvolit si místo svého pobytu, kde a s kým budou žít, aby nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí; měly by mít přístup k službám poskytovaným v domácím prostředí, včetně osobní asistence, která je základem pro nezávislý způsob života, a komunitním službám stejně jako má široká veřejnost (Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR, dále uváděno jako MPSV, 2009, s. 12-13 [on-line]). Mezi první propagátory usilující o zrušení ústavů u nás patří bezesporu Milan Cháb. Jeho snahou bylo provozovat agenturu služeb, která by umožnila osobám s mentálním postižením žít v komunitě; jeho záměrem bylo zřídit chráněné bydlení, zajistit podporované zaměstnávání, organizovat denní programy a zabezpečit péči osobám v domácím prostředí (Cháb, 2004, s. 22).

Při stanovení tématu diplomové práce jsem vycházela z potřeby změny, kterou by soudobé trendy mohly do oblasti sociálních služeb vnést. Z mého pohledu se jedná rovněž o aktuální téma; v České republice se o potřebě transformace ústavní péče hovoří již od počátku 90. let minulého století. V současné době je to zejména MPSV, kdo podporuje transformaci pobytových zařízení prostřednictvím pilotních projektů. Snahou je šířit myšlenku transformace v prostředí profesionálů z oblasti sociálních služeb – zřizovatelů, poskytovatelů aj., směrem k veřejnosti, napříč společnostmi. Téma práce jsem zvolila i na základě osobní zkušenosti s procesem transformace, kterou mi přinesla pozice člena

Regionálního transformačního týmu a práce s osobami s mentálním postižením ve službě Domov pro osoby se zdravotním postižením a Denní stacionář.

Práce má za cíl zmapovat vývoj vybraných služeb sociální péče od roku 2003<sup>1</sup> po současnost z pohledu aktuálních trendů. Předmětem práce jsou Domovy pro osoby se zdravotním postižením určené pro osoby s mentálním, resp. kombinovaným postižením, jejichž zřizovatelem je Jihomoravský kraj. *Výzkumná otázka zní:* Směřuje vývoj vybraných Domovů pro osoby se zdravotním postižením (dále uváděno jako DOZP) k moderním trendům v oblasti rozvoje sociálních služeb? Z pohledu vymezených trendů - jejich indikátorů, je cílem práce především zjistit, jaké kroky vybraná zařízení činí pro jejich naplnění, jaká je současná podoba zařízení a jak je plánováno jejich další směřování. Práce je koncipována jako kvalitativní, byla zvolena případová studie. Za účelem získání relevantních informací byly analyzovány vybrané veřejně dostupné a interní dokumenty obou zařízení, pro dokreslení zkoumaného jevu byly provedeny rozhovory s pracovníky zařízení.

S ohledem na aktuálnost dané problematiky je podpora procesu deinstitucionalizace zakotvena v řadě strategických dokumentů na úrovni národní i krajské. MPSV vydalo v roce 2007 dokument *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, jehož cílem je podpořit poskytovatele pobytových služeb v procesu transformace a zajistit tak poskytování vysoce kvalitních služeb. I přes deklaraci ve strategických dokumentech zůstává otázkou, do jaké míry jsou moderní trendy aplikovány v praxi. Postoj zřizovatelů a zadavatelů, i samotných poskytovatelů pobytových služeb k procesu transformace není jednotný. Závazek transformovat pobytové služby sociální péče není v České republice prozatím legislativně zakotven.

Řada publikací, týkající se procesu transformace a deinstitucionalizace, byla vydána v průběhu pilotního projektu transformace MPSV, které zpracovalo především Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (dále uváděno jako NC PTSS)<sup>2</sup>. Přínosné jsou zejména analýzy služeb v jednotlivých krajích, manuál transformace či sborníky dobré praxe aj. K šíření osvěty přispěla realizace kulatých stolů, k diskusím byli přizváni odborníci z oblasti architektury, soudci i opatrovníci, pečující osoby apod. Články týkající

---

<sup>1</sup> Od 1.1.2003 je kraj zřizovatelem odvětvových příspěvkových organizací.

<sup>2</sup> NC PTSS realizovalo pilotní projekt Podpora transformace sociálních služeb, na základě veřejné zakázky; svoji činnost zahájilo v roce 2010.

se deinstitucionalizace jsou publikovány v odborných časopisech, na internetu jsou zakládány diskusní fóra a webové portály, které se danou tematiku zabývají.

Osobně jsem se nesešla s publikací či kvalifikační prací, která by mapovala vývoj pobytové služby z pohledu moderních trendů v určitém časovém období na daném území. Zjištění mohou posloužit jako zdroj informací o stavu vybraných sociálních služeb v kraji a jejich budoucím směřování, postoji samotných poskytovatelů k soudobým trendům apod.

Diplomová práce je členěna do pěti kapitol. Úvodní kapitola je zaměřena na vývoj ústavní péče v českém prostředí po roce 1989, je stručně charakterizován ústav sociální péče včetně rizik, která jsou s ústavní péčí spjata. Následuje definice služby Domov pro osoby se zdravotním postižením a vymezení pojmu osoba se zdravotním postižením; závěr patří stručnému popisu zavádění moderních trendů do praxe v evropských zemích.

Druhá kapitola pojednává o aktuálních trendech v oblasti sociálních služeb. V úvodu jsou představeny vybrané strategické dokumenty z oblasti sociálních služeb, které podporují zavádění moderních trendů do praxe. Následuje definice procesu deinstitucionalizace, transformace, humanizace a dalších souvisejících pojmů včetně představení principu normality.

Teoretická část je zakončena třetí kapitolou, která je věnována popisu sociálních služeb poskytovaných na území Jihomoravského kraje. V úvodu jsou představeny základní demografické údaje kraje, následuje popis aktuálního stavu sociálních služeb daného území. Další informace se týkají příspěvkových organizací, jejichž zřizovatelem je Jihomoravský kraj, stručně je popsán jejich vývoj od roku 2002 včetně zhodnocení stavu z pohledu aktuálních trendů. Kapitola je zakončena přehledem krajských strategických dokumentů, jež deklarují podporu moderních trendů v rozvoji sociálních služeb.

Čtvrtou kapitolou navazuje empirická část práce, která se zabývá metodologií; jsou prezentovány případové studie dvou příspěvkových organizací - vybraných Domovů pro osoby se zdravotním postižením. Je uveden způsob výběru zařízení včetně zdůvodnění volby respondentů pro rozhovory; dále je popsána práce s dokumentací.

V poslední páté kapitole je zasazena stěžejní část diplomové práce. Z pohledu vymezených indikátorů moderních trendů je sledován vývoj vybraných zařízení. V závěru je uvedeno souhrnné zjištění a diskuse.



# 1 Vývoj sociálních služeb směrem k moderním trendům

Pro uvedení do problematiky a s ohledem na téma práce, které je zaměřeno na pobytovou formu sociální služby, je na místě uvést stručný popis vývoje ústavní péče u nás. Vzhledem k tématu práce není relevantní zabíhat do daleké historie, pozornost směřuje zejména k období po roce 1989 do současnosti. Dále je uvedena charakteristika ústavu sociální péče a rizika s ní spojená, následuje definice služby Domov pro osoby se zdravotním postižením a vymezení pojmu osoba se zdravotním postižením. Závěr kapitoly patří stručnému popisu zavádění moderních trendů do praxe v evropských zemích.

## 1.1 Vývoj ústavní péče v České republice po roce 1989

Péče poskytovaná v ústavních zařízeních má v České republice dlouholetou tradici. Matoušek (1999, s. 17-21) hovoří o „ústavu“ jako o zvláštním fenoménu, kde je skupině handicapovaných osob poskytována péče profesionály; pro klienty je dočasnou anebo trvalou náhradou domova; klienti jsou pro personál objektem jejich práce, avšak samotní klienti chtějí být individuálními subjekty. Ústavy jsou charakteristické tím, že mají vlastní „folklor“, je zde přítomna hierarchie společenských pozic, mají vlastní pravidla, sankce, vůči vnějšímu světu jsou víceméně uzavřené, omezují soukromí svých klientů.

V 50. letech 20. století byly ústavy zřizovány zejména ve vyvlastněných zámcích, kláštrech a podobných objektech. Tyto prostory nebyly uzpůsobeny pro poskytování služeb a pobyt handicapovaných. Později začaly být budovány nové komplexy, které s sebou nesou typické znaky ústavnosti (MPSV, 2012a, s. 7). Takové znaky ústavní péče Bednář (2012, s. 12-13) definuje následovně:

- lokalizace – služba je situována do budov, které původně sloužily jiným účelům a nacházejí se na odlehlých místech, mimo obce či na periferii měst;
- architektonické členění – bariérovost, nedostatečné podmínky pro autonomii obyvatel, minimální možnosti pro zajištění soukromí, dlouhé chodby a řady ložnic, pracovní dílny jsou situovány do suterénu či sklepa apod.;
- provozní podmínky a vybavení – jednotné vybavení v celém zařízení, vysoké náklady na údržbu a nevhodnost provozu;

- skladba personálu – převažující feminizace, týmová práce není běžnou a přirozenou součástí, povinnosti a kompetence jsou oddělené;
- specializace – členění obyvatel dle typu postižení, rozsahu péče a věku, na stejná oddělení jsou soustředěni uživatelé s co nejvíce shodnými znaky;
- byrokracie a formalizace – potřeby organizace jsou preferovány před potřebami uživatelů, schvalovací pravomoc je v rukou nadřízených;
- sociálně konstruovaná závislost – uživatel je izolován od přirozeného sociálního prostředí.

Ústavní péče mnohdy vykazovala známky až nehumánního zacházení s klienty. Péče poskytovaná v zařízeních pro osoby s mentálním postižením byla často spojována s používáním svěracích kazajek, klienti byli umístováni do klecových lůžek, byly jim podávány nadměrné dávky léků za účelem tlumení projevů chování, často byli izolováni v místnostech bez patřičného dohledu, neobvyklé nebylo ani sexuální zneužívání svěřenců těchto ústavů (Matoušek, 1999, s. 71).

Po roce 1989 se pro mnohé subjekty (zejména církve a občanská sdružení) otevřela možnost zakládat sociální a zdravotní ústavy. Byly to především nestátní neziskové organizace, které se věnovaly poskytování ambulantních a terénních služeb, zřizovatelem pobytových služeb byl zejména stát a územní samosprávné celky. Matoušek (2005, s. 115-116) uvádí, že na začátku devadesátých let minulého století došlo ke vzniku nových služeb pro osoby s mentálním postižením, vznikaly např. stacionáře či chráněné dílny. Služby měly za cíl podporu dovedností, schopností a samostatnosti. Ústavy usilují o poskytování služeb takovým způsobem, které se budou více orientovat na potřeby uživatelů, začínají se formulovat individuální plány, snahou je i nalezení pracovního uplatnění. Od roku 1995 dochází k rozvoji podporovaného zaměstnávání prostřednictvím organizací působících v ČR, mezi první z nich patří např. Občanské sdružení Rytmus.

Některé ústavy zřizují chráněné bydlení, vesměs se jedná o byty pro jednoho až tři uživatele. Podpora ze strany personálu je zajišťována na krátkou dobu, pouze ve výjimečných případech; na uživatelích je chod domácnosti, zajišťování běžných činností s tím souvisejících, dochází i za pracovní činností mimo ústav. Jsou zřizovány i chráněná bydlení pro těžce zdravotně postižené, jež vyžadují nepřetržitou péči a pomoc, mají podobu spíše

„jednotek intenzivní péče“; nejedná se o chráněné bydlení v pravém slova smyslu (Matoušek, 1999, s. 71).

Ve druhé polovině 20. století nebyl právní úpravou podpořen rozvoj sociálních služeb, byl kladen důraz na ústavní péči, pečovatelskou službu a poradenství. Významným mezníkem v oblasti sociálních služeb se stalo až přijetí zákona o sociálních službách, který mj. přinesl typologii sociálních služeb, vymezil základní činnosti jednotlivých druhů služeb, stanovil podmínky registrace a nastavil kontrolní mechanismus poskytování sociálních služeb.

V polovině minulého století byla péče o zdravotně postižené osoby zajišťována zejména v ústavech, až po roce 1989 se začaly rozvíjet služby terénní a ambulantní, snahou bylo osobám se zdravotním postižením také zprostředkovat pracovní příležitost a rozvíjet jejich individuální schopnosti. Začíná se poskytovat služba Chráněné bydlení.

### 1.1.1 Ústav sociální péče

Pojem ústav sociální péče vychází z někdejší legislativy, konkrétně ustanovení § 61 Vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. Matoušek (1999, s. 70-71) charakterizuje ústavy sociální péče (dále uváděno jako ÚSP) určené pro osoby s mentálním postižením jako zařízení dlouhodobého pobytu pro svěřence<sup>3</sup> ve věku od 4 let<sup>4</sup> do několika desítek let. Před listopadem 1989 byly tyto ústavy v rámci krajů diferencovány, tzn., že poskytovali péči určitým skupinám osob. Zánikem krajů došlo ke zrušení diferenciace a zřizovatelem ústavů se stávají okresní úřady.

Pro poskytování ústavní péče osobám s postižením byly zřizovány ÚSP, které byly členěny dle věku a typu postižení osob např. ústavy pro tělesně postiženou mládež (tj. pro děti od 3 let do ukončení přípravy na povolání); ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením (pro tentýž věk); ústavy pro tělesně postižené dospělé občany; ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením atd.

---

<sup>3</sup> Pojmem „svěřenec“ se označoval obyvatel ústavu.

<sup>4</sup> Od 3 let dle § 65 Vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, účinná do 13.12.2005.

„Do ústavů se přijímají občané, kteří potřebují vzhledem ke svým sociálním poměrům a zdravotnímu stavu ústavní sociální péči. Občané jsou přijímáni do ústavu na podkladě žádosti. Žádost podávají občané (dále jen "žadatel"), kteří potřebují ústavní sociální péči; jde-li o nezletilé nebo občany zbavené způsobilosti k právním úkonům, jejich zákonný zástupce. Řízení o přijetí může být zahájeno též z podnětu obce, zdravotnického zařízení, občanského sdružení, církve nebo charitativní organizace. Okresní úřad příslušný podle trvalého pobytu žadatele prošetří sociální a majetkové poměry a vyžádá dokumentaci o zdravotním stavu žadatele od příslušných orgánů státní zdravotní správy. Pokud žadatel splňuje podmínky pro přijetí do ústavu a ve vhodném ústavu je volné místo, obec nebo okresní úřad, který tento ústav spravuje, rozhodne o přijetí žadatele.“ (§ 75 odst. 1, § 76 odst. 1, 2, 3 Vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, účinná do 13.12.2005).

Mezi funkce ústavů, jak uvádí Matoušek (1999, s. 22) patří *podpora a péče*, která se vyskytuje zejména u těch zařízení, která nahrazují nefunkční nebo chybějící rodinu; je poskytováno chybějící zázemí anebo péče, bez které se klient nemůže obejít. Pokud by ústavní zařízení neexistovala, pak by někteří lidé nebyli schopni přežít v běžných podmínkách. Další funkcí je *léčba, výchova a resocializace*, kdy se předpokládá, že klient opustí ústav v jiném stavu, než v jakém do něj vstoupil; úsilím je změna stavu. Třetí poslední funkcí je *omezení, vyloučení a represe*, což je typické pro věznice, psychiatrické léčebny apod. Pokud by tato forma ústavů neexistovala, pak by byla společnost ohrožena kriminálními osobami, lidmi s akutní psychózou apod.

Dle Matouška (2005, s. 126) ústavy poskytují komplexní služby, tzn., že jsou obsaženy všechny tři složky oblasti podpory, tj. bydlení, práce a volný čas. Typickým pro ústavy byl pevný provozní řád, kterému se uživatelé museli přizpůsobit. ÚSP byly v mnoha případech přeplněné, počet svěřenců (dřívější označení klienta/uživatele služby) na pokojích je dvakrát až třikrát vyšší než ve srovnatelných evropských zařízeních; svěřenci nemají potřebné soukromí. Struktura personálu je složena z pedagogů, sociálních pracovníků a fyzioterapeutů, externě je zajištěna podpora psychologů a lékařů. Část personálu neměla potřebnou kvalifikaci. V řadě zařízení bylo školní vzdělávání zajištěno přímo v ústavu; mohlo se však vyskytovat i mimo něj.

„Výchova mentálně postižených svěřenců ve věku do 16 let se organizuje zpravidla ve výchovných skupinách ustavených podle jejich mentální úrovně s přihlédnutím k fyzické

vyspělosti. V těchto výchovných skupinách může být zařazeno nejvýše 12 svěřenců. Počet svěřenců ve výchovných skupinách mentálně postižených svěřenců starších 16 let se řídí potřebou zajištění řádné výchovy a nesmí být vyšší než 15 svěřenců. Při kulturních, rekreačních a sportovních akcích může být zařazeno do výchovné skupiny nejvýše deset svěřenců, při plavání, bruslení a lyžování nejvýše šest svěřenců. Ve výchovných skupinách na diagnostickém oddělení a na oddělení pro výkon ochranné výchovy může být zařazeno nejvýše deset svěřenců“ (§ 66 odst. 5 Vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení, účinná do 13.12.2005).

Zásadním problémem při poskytování ústavní péče zůstává fakt, že klientům s lehkým stupněm postižení je často poskytována nadměra péče, osobám s těžkým stupněm postižení je péče orientována pouze na základní fyziologické potřeby. Ústavní péče tak činí klienta na službě závislým (Matoušek, 2011, s. 106).

Ústavy sociální péče byly rozlišeny podle věku a typu postižení osob, svým uživatelům poskytovaly komplexní péči, o přijetí rozhodovaly okresní úřady na základě podané žádosti, v řadě ústavů neměl personál potřebnou kvalifikaci, výchova uživatelů probíhala v tzv. výchovných skupinách.

#### **1.1.1.1 Rizika ústavní péče**

Ústavní péče představuje v mnoha ohledech jistá rizika, dle Matouška (1999, s. 118-120) patří mezi nejzávažnější tzv. *hospitalismus*. Jedná se o stav adaptace na umělé ústavní podmínky, osoba není schopna se přizpůsobit „neústavnímu“ způsobu života. Uživatel se dostává v ústavu kompletního zabezpečení, tzn. je mu poskytována strava, oblečení je vypráno a vyžehleno, nemusí se sám starat o finance, volný čas a práce je mu organizována atp. Uživatel se pohybuje ve vymezeném prostoru ústavu, stýká se s omezeným počtem osob, mezi které patří zejména pracovníci. V důsledku toho je pak uživatelův zájem o okolní svět eliminován, dochází ke zhoršení v oblasti komunikace, k regresi. Další riziko představuje *osobnostně homogenní kolektiv*, kdy jsou do ústavů přijímány osoby stejného pohlaví. Klienti ústavů nepřestávají být pohlavně citíci jedinci, jejich sexualita tak často vyústí v homosexuálních vztazích. Stereotypní a uzavřené prostředí často vede k tzv. *ponorkové nemoci*. Osoby se stávají agresivními, více sugestibilními, vztahovačnými a introvertnějšími. Může dojít až k vyobcování některého člena kolektivu, který je ostatními ignorován a postupně upadá do deprese. V ústavech může docházet i k *šikanování*, kdy oběti

je osoba slabá, odlišná, s nedostatečným sebevědomím. Rizikem typickým pro ústavní péči je i *zneužívání klientů*, kdy si např. personál přisvojuje výsledky jejich práce, jsou šizeni ve stravě a dokonce se může vyskytnout i zneužívání sexuálního charakteru. Pokud není postoj personálu ke klientům profesionální, pak dochází ke *konfuzi rolí*, která je spatřována v situacích, kdy např. vychovatel požaduje po klientech, aby jej oslovovali táto apod. Je to stav, kdy se profesionál stylizuje do role např. rodiče. Tento vztah může vést k infantilizaci klienta, k posilování vazby na profesionála i na ústavní prostředí aj. Je to profesionál, kdo je zodpovědný za překročení hranic mezi jím a klientem a to i tehdy, pokud impuls vychází od klienta. Pobyt v ústavním zařízení je spjat se *ztrátou soukromí*. Dochází k tomu zejména tehdy, pokud je uživatel nucen sdílet malý prostor s lidmi, které si sám nevybral. Uživateli je přidělen pokoj a postel, které nemůže využívat dle svého přání. Uživatel ústavu je nucen se přizpůsobovat režimu zařízení a potřebám ostatních osob. Nemůže vykonávat činnosti, kdy chce a jak chce, musí brát ohled na ostatní i na samotný chod zařízení.

Ústavní zařízení lze označit jako *totální instituce*. Americký sociolog kanadského původu Erving Goffman tímto termínem „označuje ty organizace, které vytvářejí pro své členy prostředí, jež se v zásadním ohledu liší od životního světa běžných občanů moderní společnosti“ (Sládek, 2013, s. 26). Totální instituce, dle Goffmana, se vyznačuje tím, že místo slouží zároveň jako bydliště i pracoviště, ve kterém je větší počet osob podobně situovaných odříznut na delší dobu od vnějšího světa, navenek společně vede uzavřený a formálně spravovaný způsob života. Pod jednou střechou jsou provozovány aktivity, které člověk žijící v přirozené společnosti provozuje jinak odděleně a na různých místech. Uživatelé ústavních zařízení trpí ztrátou soukromí. Dalším znakem je skutečnost, že se činnosti odehrávají za přítomnosti dalších osob, podle časového harmonogramu a pod dohledem autorit. Postupně dochází k zpřetrhání sociálních vazeb (Vávrová, 2009, s. 17).

Duffy (2013, s. 6) uvádí, že to, co utváří instituci, nejsou zdi, ale řízené lidské systémy, které jsou organizovány tak, aby devalvovaly lidský život; omezovaly svobodu; činily nás závislými na systému; poskytovaly nám „střechu nad hlavou“, ale bez práva na soukromí; zajišťovaly nám péči, nikoliv však podporu – nelze se rozvíjet, učit; izolovaly nás od vnějšího světa, čímž ztěžují kontakt s komunitou; odsuzovaly nás k samotě, čímž dochází ke ztrátě kontaktu s rodinou, přáteli i veřejností.

Existence ústavních zařízení má své opodstatnění i v dnešní době. Vyskytují se situace, které není možné řešit jinou formou podpory či péče. Sládek (2013, s. 27) k tomu

uvádí, že „je dnes pojem „ústavní péče“ vnímán negativně odborníky i veřejností. Přes určitou kritiku a akcentaci rizik ústavní péče je tato forma sociálních služeb nezbytná. Zvláště v současné době, kdy je moderní rodina stále méně ochotna pečovat o své seniory a zdravotně postižené, což je ještě umocněno probíhající ekonomickou krizí, včetně krize sociálního státu a s ní související krize solidarity.“

Pobyt v ústavním zařízení je spjatý s řadou rizik, mezi ty nejzávažnější patří tzv. hospitalismus, kdy osoba není schopna přizpůsobit se podmínkám běžného života. Řada zařízení vykazuje rysy tzv. totální instituce, kterou Goffman definoval v roce 1961. Pobytová zařízení jsou však potřebná i v dnešní době, patří do systému sociálních služeb.

### **1.1.2 Domov pro osoby se zdravotním postižením**

Až do roku 2006 byla ústavní sociální péče<sup>5</sup> zajišťována Ústavami sociální péče, Domovy důchodců a Domovy-penziony pro důchodce. Zásadní zlom v oblasti sociálních služeb nastal s příchodem zákona o sociálních službách a příslušnou prováděcí vyhláškou. Zákon člení služby na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Dle formy pak na služby ambulantní, za kterými osoba dochází a jejich součástí není ubytování; terénní, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí a pobytové služby, které jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb.

§ 48 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, definuje Domov pro osoby se zdravotním postižením jako zařízení poskytující „pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ DOZP spadá do kategorie služeb sociální péče, jejichž cílem je mj. osobám umožnit v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, pokud to jejich stav neumožňuje, pak jim zajistit důstojné prostředí a zacházení. Každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí.

Současná legislativa, i přes negativní hodnocení velkokapacitních zařízení, neupravuje např. velikost či kapacitu pobytové sociální služby. Také nyní můžeme být svědky toho, kdy se budují nová velkokapacitní zařízení či přístavby, což je v rozporu se soudobými trendy. I v současných DOZP můžeme nalézt rysy totální instituce, které popisuje Goffman.

---

<sup>5</sup> Dle § 61 Vyhlášky č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, účinná do 13.12.2005.

Úroveň kvality poskytovaných služeb je v pobytových zařízeních odlišná a je ovlivněna řadou faktorů např. odbornou způsobilostí personálu a jejich přístupem k uživatelům, materiálním a technickým vybavením apod.

V období leden až červen roku 2009 byly veřejným ochráncem práv (dále uváděno jako VOP) realizovány tzv. systematické návštěvy<sup>6</sup> v Domovech pro osoby se zdravotním postižením, které byly zaměřeny zejména na cílovou skupinu osob s mentálním příp. kombinovaným postižením ve věku do 26 let. Celkem bylo navštíveno 25 zařízení z celé ČR. Cílem těchto kontrol je zjištění, jak je s osobami omezenými na svobodě zacházeno, zda jsou respektována základní lidská práva a svobody a tím posílit ochranu před všemi formami tzv. špatného zacházení (VOP, 2009, s. 3-4 [on-line]).

Návštěvami bylo zjištěno, že téměř polovina z navštívených zařízení měla kapacitu nad 100 klientů a některá se nacházela v okrajových částech obcí či měst, nebo zcela na samotě. Tato skutečnost vede k odloučení uživatelů od běžné společnosti a omezení integrace. V několika zařízeních bylo zjištěno, že u imobilních uživatelů s těžším stupněm postižení dochází ke střídání prostředí a aktivizaci v minimálním rozsahu. Některá zařízení nabízejí svým uživatelům práci přímo v organizaci, avšak tato činnost není ošetřena např. dohodou a uživatelům není poskytována finanční odměna. U vícelůžkových pokojů dochází k omezování soukromí. Dalším zjištěním je omezování svobody pohybu, což je způsobeno nedostatkem personálu, materiálními či organizačními nedostatky. Mezi závažná zjištění omezující svobodu patří používání psychiatrické medikace, neodborné používání fyzických úchopů či použití místnosti určené k bezpečnému pobytu, která nebyla konstruována tak, aby poskytla bezpečný a důstojný pobyt (Tamtéž, s. 2-6).

Lze konstatovat, že ani legislativní změna jakou bylo přijetí zákona o sociálních službách, nemůže zaručit ochranu práv a svobod uživatelům sociálních služeb, odpovídající kvalitu poskytované služby atd. Žádoucí je pro osoby se zdravotním postižením zejména pobyt v přirozeném sociálním prostředí, s čímž souvisí dostupnost terénních a ambulantních služeb, v případě pobytových služeb by měly být preferovány služby komunitního typu, zařízení s nízkou kapacitou, respektující individuální potřeby uživatelů atd.

---

<sup>6</sup> VOP byl svěřen úkol tzv. národního preventivního mechanismu, který spočívá v realizaci systematických návštěv míst, kde se mohou nacházet osoby omezené na svobodě, dle § 1 odst. 3 a 4, § 21 zák. č. 349/1999 Sb., o veřejném ochránci práv, ve znění pozdějších předpisů.



## 1.2 Osoba se zdravotním postižením

Jelikož se diplomová práce zaměřuje na osoby se zdravotním postižením, je nezbytné vymezit tuto cílovou skupinu. K tomu poslouží definice podle § 3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, kde se zdravotním postižením rozumí „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby.“ Synonymem označení osoba se zdravotním postižením je např. osoba s handicapem, disabilitou, se speciálními či specifickými potřebami atd.

Diplomová práce je zaměřena především na skupinu osob s mentálním, příp. kombinovaným postižením. Tato skupina osob je snadno zranitelná, zneužitelná, vystavena předsudkům a stigmatizaci, ohrožena sociálním vyloučením. Od r. 2008 je platná *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*, která „zavazuje členské státy k podpoře, ochraně a zajištění plného a rovného užívání všech lidských práv a základních svobod všemi lidmi se zdravotním postižením a k podpoře úcty k jejich přirozené důstojnosti.“ (Krhutová, 2013, s. 388)

V minulosti bývali lidé s mentálním postižením umístováni do ústavů, kde mnohdy strávili i celý svůj život. V dnešní době je situace naštěstí jiná a těmto lidem je dopřáno žít v přirozeném prostředí s rodinou a přáteli, mít svůj vlastní domov a plnit různé sociální role. Díky procesu deinstitutionalizace je to umožněno i těm, kteří část svého života prožili za zdi ústavu a nyní mají šanci okusit běžný život, pokud sami chtějí.

## 1.3 Moderní trendy v praxi evropských zemí

Odklon od institucionální formy péče je patrný v evropských zemích mnohem dříve než u nás. Konkrétně od 60. let 20. století byla v západních zemích ústavní péče kritizována, důraz byl kladen na snížení kapacity v těchto zařízeních. Do 80. let odpovídala kapacita dokonce velikosti rodinného domu či bytu. V některých evropských zemích je velikost ústavů již limitována zákonem (Matoušek, 2011, s. 185). Od 70. let se země Evropské unie zabývají procesem deinstitutionalizace a podporou práva žít v přirozené komunitě a některé země implementovaly tyto myšlenky i do své legislativy.

Přístup jednotlivých evropských zemí k procesu změn v oblasti sociálních služeb není stejný a vychází ze specifika dané země např. z ekonomické situace, národních zvyklostí

apod. Ve Švédsku bylo např. do příslušných zákonů zapracováno politické rozhodnutí transformovat pobytová zařízení (MPSV, 2007, s. 11-12). Ústavy zde jsou ilegální. Jak uvádí Johnová (2008, s. 6): „Ve Švédsku bylo uzákoněno v roce 1985, že každý, bez ohledu na druh a míru mentálního postižení, má právo na život mimo ústav.“ Další zemí, ve které byly uzavřeny ústavy pro osoby s mentálním postižením, je Norsko; určitý počet ústavů byl uzavřen i v Dánsku. Oproti tomu v Holandsku se jejich počet zvýšil (Grunewald, 2003, s. 11).

V 70. letech minulého století byly v Evropě a USA provedeny experimenty s cílem zrušit ústavní péči. V důsledku toho se staly osoby s handicapem bezdomovci. Tento krok byl velice kritizován a byl způsoben nedostupnou sítí alternativních služeb v komunitě. V souvislosti s tím potřeba ústavní péče nabyla svého opodstatnění, avšak s odlišným pojetím oproti tradiční péči, které spočívalo např. v nutnosti kvalifikované indikace ústavní péče, požadavku na minimální velikost ústavu, rozvíjení pocitu vlastní hodnoty u klientů aj. (Matoušek, 1999, s. 149-150).

Proces deinstitucionalizace je spjatý s řadou překážek, Towell (2012, s. 8) definoval překážky deinstitucionalizace týkající se střední a východní Evropy následovně: lidská práva nejsou dostatečně podporována politickou kulturou, neuspokojivý je závazek moderního přístupu k životu v komunitě, převládá negativní postoj veřejnosti k osobám se zdravotním postižením, hrozba zneužití strukturálních fondů EU, nedostatečné odborné vedení, úsporná opatření v oblasti sociálních služeb aj.

V některých evropských zemích byl proces deinstitucionalizace zahájen mnohem dříve než u nás. Situace v Evropě je však odlišná a vesměs se odvíjí od specifika dané země.

## 2 Aktuální trendy v poskytování sociálních služeb

Moderní trendy v poskytování sociálních služeb jsou vymezeny na základě dokumentů, které zásadním způsobem ovlivňují sociální oblast - udávají směr ve vývoji, jsou zaměřeny na podporu kvality života osob se zdravotním postižením a obsahují národní priority a opatření, na základě kterých jsou pak koncipovány strategické dokumenty jednotlivých krajů a obcí. Jednotlivé trendy – deinstitucionalizace, transformace a humanizace jsou konkrétně představeny. Kapitola je zakončena pojmy, které s trendy bezprostředně souvisí.

### 2.1 Strategické dokumenty v oblasti sociálních služeb

Jsou uvedeny pouze vybrané dokumenty, které výrazným způsobem ovlivnily podobu současných sociálních služeb, a které se soudobými trendy souvisí.

V roce 2003 byla MPSV vydána tzv. *Bílá kniha v sociálních službách*, která mj. definuje „sedm vůdčích principů, jež utváří základ všech sociálních služeb: nezávislost a autonomie pro uživatele služeb – nikoli 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 a standardy národní, rozhodování v místě.“ (Bílá kniha v sociálních službách, 2003, s. 6).

Malík Holasová (2014, s. 52) uvádí, že: „Bílá kniha položila důraz na zachování pomoci v přirozeném prostředí jednotlivce, snahu o sociální začleňování a zapojení všech aktérů (využití komunitního plánování).“ Lze říci, že tento dokument, společně s dalšími, vnesl do oblasti sociálních služeb jistá „pravidla“ a zásady, které určují cestu správným směrem při poskytování sociálních služeb.

S důrazem na zachování a respektování lidských práv a svobod osob se zdravotním postižením se v současné době uplatňuje odklon od poskytování sociálních služeb v institucionálním typu zařízení a je preferováno setrvání osoby se zdravotním postižením v přirozeném prostředí za předpokladu využití terénní či ambulantní formy sociální služby; je kladen důraz na podporu procesu deinstitucionalizace. Česká republika se k této politice hlásí dokumentem, který byl s mnohaletým zpožděním v porovnání s evropskými zeměmi, přijat

dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127 s názvem *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* (dále uváděno jako *Koncepce podpory transformace*). Cílem tohoto dokumentu je podpora těch poskytovatelů sociálních služeb, kteří mají zájem poskytovat vysoce kvalitní sociální služby vycházející z individuálních potřeb uživatelů, v přirozeném prostředí. Dokument byl vytvořen v souladu se strategickými dokumenty Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006-2008 a na léta 2008-2010, Bílou knihou v sociálních službách, zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a rovněž v souladu s českým právním řádem, zejména Listinou základních práv a svobod.

Podstatným právním předpisem je *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením* (dále uváděno jako *Úmluva*)<sup>7</sup>, která v ČR vstoupila v platnost v roce 2009. Tento právní dokument zaručuje osobám se zdravotním postižením uplatnění všech jejich lidských práv a plné zapojení do života společnosti, zejména pak v Čl. 19 Úmluvy – Nezávislý způsob života a zapojení do společnosti se uvádí, že osoby se zdravotním postižením by měly mít možnost zvolit si místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly tak nuceny žít ve specifickém prostředí. Dokument má zcela zásadní význam v přístupu k lidem se zdravotním postižením.

Pro roky 2009 až 2012 byly hlavní trendy a podporované oblasti v systému sociálních služeb definovány v rámcovém dokumentu *Priority rozvoje sociálních služeb na období 2009-2012*<sup>8</sup>. Tento dokument tvoří rámec směřování MPSV v oblasti sociálních služeb a to ve vztahu ke krajským i obecním plánům rozvoje sociálních služeb<sup>9</sup> a definuje tyto oblasti: podpora rozvoje služeb sociální prevence; transformace služeb sociální péče; vzdělávání a profesní rozvoj; plánování sociálních služeb; reflexe krajských střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb; sociální služby a evropská sociální politika; cílové skupiny s potřebou multidisciplinárního přístupu a oblast ekonomické udržitelnosti a rozvoj sociálních služeb (MPSV, 2009, s. 2 [on-line]).

---

<sup>7</sup> Jedná se o mezinárodní dokument, který zavazuje smluvní strany k zajišťování toho, aby osoby se zdravotním postižením mohly plně uplatňovat svá lidská práva stejně jako osoby bez postižení.

<sup>8</sup> Platnost dokumentu byla na jednání vlády dne 31.10.2012 prodloužena o jeden rok, tj. i na rok 2013.

<sup>9</sup> Dle § 96 písm. b) zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, má MPSV povinnost zpracovat střednědobý národní plán rozvoje sociálních služeb.

Rámcový dokument, který definuje základní cíle a opatření pro rok 2015<sup>10</sup> nese název *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015*. V části 16 Oblast kvality sociálních služeb se uvádí: „Zadavatelé sociálních služeb podporují podporu člověka v přirozeném prostředí, proces deinstitucionalizace a humanizace poskytovaných služeb sociální péče a preferují poskytování komunitních sociálních služeb.“ Cílem je šíření procesu deinstitucionalizace a humanizace služeb sociální péče a to ve prospěch poskytování komunitních služeb. Opatření spočívá v postupném snižování počtu osob v ústavních sociálních službách a v navyšování počtu osob v neústavních a komunitních sociálních službách (MPSV, 2015, s. 43-44, [on-line]).

Podpora procesů deinstitucionalizace a transformace je obsažena v řadě národních strategických dokumentů, na jejichž základě jsou pak trendy implementovány do krajských dokumentů; zavádění procesů do praxe je ze strany zadavatelů/zřizovatelů individuální.<sup>11</sup>

## 2.2 Princip normality

V oblasti institucionální péče dochází od devadesátých let minulého století k podpoře změn, které mají za cíl soulad s moderní koncepcí sociálních služeb vycházející z individuálního přístupu k uživatelům služeb, podpory sociálního začleňování, autonomie apod. Důraz je kladen zejména na udržení osoby v přirozeném sociálním prostředí, za podpory rodiny, přátel a neformálních poskytovatelů péče, s využitím terénních či ambulantních služeb. Ústavní péče nepředstavuje vždy jediné možné řešení v případě, kdy je zapotřebí poskytnout péči nebo podporu. I osoba se zdravotním postižením má právo na život srovnatelný se způsobem života zdravého vrstevníka. Hlavním východiskem je tzv. princip normality<sup>12</sup>, který v sobě zahrnuje tři klíčové momenty: *normální rytmus života*, který zahrnuje běžné denní činnosti jako je škola, práce a trávení volného času, odpočinek, volné víkendy a svátky, v průběhu roku dovolená apod.; *normální prostředí*, kdy žádoucí je neprožít celý den ve stejném prostředí tzn., že v určitém prostředí bydlíme, v jiném pracujeme,

---

<sup>10</sup> Pro období 2016-2020 bude zpracován návazný dokument, který bude obsahovat výstupy z projektu MPSV *Podpora procesů v sociálních službách* a rovněž bude reflektovat změny v systému sociálních služeb, které přinese novela zákona o sociálních službách.

<sup>11</sup> Příkladem může být Moravskoslezský kraj, který jako první reagoval na vývoj v zahraničí a již v roce 2003 zahájil proces transformace, v roce 2008 pak vydal strategický dokument *Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji (včetně transformace) pobytových sociálních služeb*, který udává směr v poskytování sociálních služeb v kraji (Moravskoslezský kraj, [on-line]).

<sup>12</sup> „Tyto – v Evropě všeobecně uznávané principy mající své kořeny ve Skandinávii – poukazují na to, že při celkovém utváření životního prostoru lidí s mentálním postižením, při péči o tyto spoluobčany je nutná orientace na normy společnosti a rutinní průběh všedního dne.“ (VOP, 2009, s. 47).

vzděláváme se a trávíme svůj volný čas; *společensky ceněné způsoby naplnění potřeb*, což znamená naplnit potřeby osob s mentálním handicapem způsobem, který je běžný pro ostatní např. nabízet smysluplné aktivity, které odpovídají věku apod. (VOP, 2009, s. 47). Z principu normality plyne, že je běžné žít v rodinném prostředí, se svými blízkými a v místě, které jsme si vybrali. Normální je docházet za prací, do školy mimo svůj domov a volný čas trávit podle svých zájmů a koníčků. Princip normality se týká všech, i osob se zdravotním postižením.

Výše uvedené je vhodné doplnit principy, které ve své práci definoval John O' Brien a které vedou k sociální integraci:

- „být začleněn v komunitě, vyskytovat se na běžných místech, kde se vyskytují i ostatní lidé;
- mít *možnost volby a kontroly* nad vlastním životem;
- zastávat *hodnotné a důstojné sociální role*;
- mít možnost navazovat a rozvíjet *smysluplné vztahy*;
- učit se a růst, získávat *více vlastních kompetencí*.“ (MPSV, 2012a, s. 7).

Uvedené principy mohou být naplněny v přirozeném sociálním prostředí, v komunitní službě, nikoliv v ústavním zařízení. Moderní trendy v poskytování služeb vychází z uvedených principů, jejich cílem je odklon od institucionální péče a podpora sociálního začlenění osoby s postižením.

## 2.3 Deinstitutionalizace

Matoušek (2011, s. 185) uvádí, že: „Nejvýraznějším trendem v sociálních službách je v posledních dekáдах v západních zemích tzv. deinstitutionalizace. Je to snaha zrušit tradiční ústavní formy péče a nahradit je péčí, která méně omezuje klienta, je méně náročná na personální a materiální zdroje...“ Cílem deinstitutionalizace je umožnit uživatelům ústavní péče prožít život srovnatelný se životem zdravých vrstevníků, k čemuž přispěje podpora rozvoje služeb, zejména pak Osobní asistence, Chráněného bydlení a služby Podpora samostatného bydlení (MPSV, 2007, s. 15).

Aby byla naplněna vize deinstitutionalizace, je zapotřebí zrealizovat tři základní cíle: „1. Zamezit institucionalizaci dalších lidí, 2. Transformovat ústavní sociální péči; zrušit ústavy, 3. Zajistit dostupnost podpory v komunitě.“ (MPSV, 2013, s. 20)

Čámský, Sembdner, Krutilová (2011, s. 12) definují deinstitucionalizaci jako „proces postupný, kdy dochází k odklonu od tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě.“ I osoba se zdravotním postižením má právo na život, který je spojený s vlastním bydlením, zapojením do pracovní činnosti či vzdělávání, využíváním veřejných služeb v komunitě, volbou trávení volného času, navazováním sociálních kontaktů, právem na rodinný život apod.

Podle Kubalčíkové (2013, s. 248) je deinstitucionalizace někdy chápána jako uplatnění „principu 4D“: demedicinalizace, tj. potlačení biologického redukcionismu při řešení potíží starých lidí a osob s handicapem; deprofesionalizace, tj. účast neformálních poskytovatelů na zajištění pomoci a podpory; desektorizace, tj. komplexní pohled na situaci starého člověka a propojení poskytovatelů sociálních a zdravotních služeb a deinstitucionalizace chápána jako odklon od ústavní péče.“

Ústavní péče je považována za omezující v oblasti základních lidských práv a svobod, v seberealizaci, v samostatném rozhodování apod. Dnešní přístup k osobám s postižením nespočívá v jejich „ukrývání“ za zdmi zařízení, která se nachází daleko od běžné civilizace, ale ve snaze tyto osoby integrovat do společnosti a umožnit jim žít stejný život jako majoritní společnost. Aby toho bylo dosaženo, je zapotřebí eliminovat vliv ústavní péče a těm, kteří mají zájem zapojit se do normálního způsobu života, ho umožnit.

Podle European Network on Independent Living (dále uváděno jako ENIL) je deinstitucionalizace naplněna tehdy, pokud je člověku, který je umístěn do ústavní péče, dána příležitost, aby se stal plnohodnotným občanem a převzal nad svým životem kontrolu (v případě potřeby s potřebnou podporou). Základem procesu deinstitucionalizace je zajištění bydlení v obci, s přístupem k veřejným službám, osobní asistence a vzájemná podpora ((ENIL's key definitions on Independent Living, nedatováno [on-line]).

## **2.4 Transformace**

Pojem transformace představuje „souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.“ (MPSV, 2011, s. 5) Jedná se o proces, který se přímo dotýká uživatelů služeb, jejich rodinných příslušníků a opatrovníků, zaměstnanců zařízení, zřizovatelů, široké veřejnosti i veřejně dostupných služeb. Z toho plyne, že transformaci není

možné považovat za lehce proveditelnou a jednoduchou záležitost. Vyžaduje maximální přípravu, plánování a koordinaci jednotlivých aktivit. Kořínková (2008, s. 2) uvádí, že „transformace ústavní péče je míněna jako prostředek nikoli cíl. Cílem je umožnit každému člověku žít jako součást společnosti.“

Podpora procesu transformace v českém prostředí vychází z dokumentu *Koncepce podpory transformace*, v níž se uvádí, že cílem transformace ústavní péče pro osoby se zdravotním postižením je vytvořit síť služeb, které by umožňovaly život v přirozených podmínkách společnosti, v komunitě a zcela se odklonit od doposud preferované ústavní péče. Transformační změny vyžadují změnu v oblasti investic, odklon od budování ústavních zařízení a zaměření poskytování financí na podporu terénních a ambulantních služeb<sup>13</sup>. Investice by měly podporovat takové služby, které umožní osobám se zdravotním postižením život v komunitě, napomůžou k sociální integraci a zajistí způsob života jako u většinové společnosti (MPSV, 2007, s. 13).

MPSV realizovalo pro období 2009-2013 pilotní projekt, jehož cílem bylo podpořit poskytovatele pobytových služeb, jejichž cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením, v realizaci transformačních změn. Do projektu s názvem *Podpora transformace sociálních služeb* bylo zapojeno celkem 32 zařízení z celé ČR, jedná se o Domovy pro osoby se zdravotním postižením, které jsou zřizovány krajem. Z těchto zařízení mělo 27 možnost požádat o finanční prostředky z Integrovaného operačního programu (dále uváděno jako IOP) určené na koupi nebo výstavbu bytů či domů, které by byly základem pro službu Domov pro osoby se zdravotním postižením, Domov se zvláštním režimem, Chráněné bydlení, Týdenní stacionář či Odlehčovací služba s nízkou kapacitou (Kulichová, 2013, s. 34). Cílem je vytvořit nízkokapacitní zařízení a poskytovat službu v přirozené komunitě, integrovat uživatele služeb do běžné společnosti, umožnit jim pracovní uplatnění či jiný způsob seberealizace. Čerpání financí z IOP je striktně spjato s dodržением pevně stanovených měřítek, která jsou obsažena v dokumentu s názvem *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče*. Tento dokument stanovuje např. max. počet obyvatel v bytě či rodinném domě, technické parametry, požadavky na lokalitu a okolní prostředí aj. V mnohých ohledech je naplnění předem daných kritérií velmi obtížné, náročné. Fáze realizace u zapojených organizací je rozličná, některým zařízením se již podařilo přestěhovat své uživatele do zakoupených bytů či nově vybudovaných domů, jiná jsou ve fázi dokončovacích stavebních

---

<sup>13</sup> Podpora terénních a ambulantních služeb sociální péče, které umožní život v přirozeném sociálním prostředí je jednou z priorit dotačního řízení MPSV pro dotační rok 2015.



prací a v některých případech musel být projekt či určitá etapa z různých důvodů dokonce ukončena<sup>14</sup>. „Za dobu jeho trvání se z ústavní služby do komunitní nebo zpět do své rodiny přestěhovalo více než 550 klientů.“ (Malá, 2014, s. 26)

Od ledna roku 2013 realizuje MPSV projekt *Transformace sociálních služeb*, který navazuje na předchozí individuální projekt a potrvá do konce června 2015. Do projektu je zapojeno celkem 40 zařízení z celé České republiky, kteří jsou již v procesu transformace anebo chtějí začít. Mezi klíčové aktivity projektu patří např. konzultace a supervize, propagace transformace a deinstitucionalizace komunitních služeb, vzdělávání a vyhodnocení průběhu procesu transformace a jejich dopadů (Kulichová, 2013, s. 35). Je kladen důraz na to, aby byla zachována, podpořena či formulována vize transformace. V období od dubna 2013 do prosince 2013 přešlo z ústavních zařízení, které jsou do projektu zapojeny, 97 osob se zdravotním postižením, z toho 38 do rodiny nebo vlastních domácností, dalších 59 do komunitních typů služeb (Malá, 2014, s. 26).

#### **2.4.1 Překážky v procesu transformace**

V případě transformace se jedná o náročný proces, jehož realizace může být zkomplikovaná různými argumenty proti změnám v ústavech, mezi které patří např. ekonomické aspekty, zpravidla je zpochybňována ekonomická udržitelnost nových služeb, avšak průkazná ekonomická analýza chybí (Mach, 2013, s. 40). Neexistuje důkaz o tom, že by služby komunitního typu byly ve své podstatě nákladnější než instituce, pokud se srovnání provádí na základě porovnatelných potřeb obyvatel a srovnatelné kvality péče. Nezávislé komunitně založené systémy a podporované bydlení, pokud jsou správně nastaveny a řízeny, by měly přinést lepší výsledky než instituce (Mansell, Knapp, Beadle-Brown, Beecham, 2007, s. 7). Jako další argument vystupující „proti“ transformaci Mach (2013, s. 40) uvádí nedostatečnou schopnost uživatelů a komplikované soužití s majoritou.

Významnou roli v procesu transformace sehrávají také zaměstnanci, s ohledem na vzdělávání a schopnost podpořit plánovanou změnu ku prospěchu uživatelům a zvýšení kvality poskytované služby. Jsou to právě zaměstnanci, kdo má přímý vliv na uživatele. Stanovisko zaměstnanců k transformačnímu procesu se tak snadno může promítnout

---

<sup>14</sup> Příkladem může být DOZP zapojené do projektu a nacházející se ve Zlínském kraji; v tomto případě vystoupili obyvatelé jisté obce nesouhlasně (sepsáním petice) proti výstavbě objektů, do kterých měli být přestěhováni uživatelé DOZP (NC PTSS, Odpor občanů vůči záměru vybudovat v jejich sousedství službu pro lidi s postižením [on-line]).

do postoje uživatelů a snaha o započetí procesu změny může být potlačena. Dle *Koncepce podpory transformace* „právě kvalitní personál je nosným segmentem celého transformačního procesu. Neopomenutelnou součástí začátku celého procesu musí být práce s personálem, jeho vzdělávání a přesvědčování o smyslu a důležitosti procesu transformace.“ (MPSV, 2007, s. 20)

Kořínková (2008, s. 4) uvádí jako další překážku motivaci samotných zařízení - vedoucích pracovníků, zřizovatelů aj., ale také uživatelů. Ústavní péče zajišťuje svým uživatelům komplex služeb a činí je tak na službě závislí. Ti pak nemají dostatečnou motivaci v tom, aby stávající zařízení byli ochotni opustit a stát se součástí společnosti, nezávislími a schopni seberealizace.

Další překážkou je pak oblast financování služeb. V současné době nejsou zařízení realizující transformační proces finančně zvýhodňována v oblasti dotační politiky. Paradoxně jsou tak stále podporovány ústavní služby. Za nedostačující lze označit síť alternativních služeb, které jsou v procesu transformace tolik důležité.

Transformace pobytových služeb představuje naději, která může přinést řadě osob se zdravotním postižením, jež jsou uživateli ústavních sociálních služeb, možnost zapojit se do přirozeného sociálního prostředí a zvýšit tak kvalitu jejich života. Nutno podotknout, že její realizace vyžaduje aktivní a motivovaný přístup zapojených subjektů, trpělivost a snahu překonat překážky, které s sebou tato změna přináší.

## **2.5 Humanizace**

Pojem humanizace představuje „proces, který vede k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů. Pro potřeby zlepšení podmínek ve stávajících zařízeních se pracuje s pojmem humanizace – investice do změny v původních velkokapacitních zařízeních.“ (MPSV, 2011, s. 3) Podstatou humanizace je změna v přístupu k uživateli služby, který je vnímán jako jedinečná osobnost. Poskytovaná péče by měla vycházet především z individuálních potřeb a přání uživatele. Zohledněny by měly být rovněž jeho schopnosti a dovednosti, které je potřeba vyzdvihnout a dále s nimi pracovat a to vše v prostředí, které poskytuje důstojné podmínky pro život.

Významnou úlohu v procesu individualizace sehrávají standardy kvality sociálních služeb. Naplňováním jejich principů bude docházet k pozitivním změnám v odbornosti,

kvalitě a individualizaci poskytované služby. V přístupu k uživateli se bude měnit poměr mezi podporou a péčí. Podpora znamená využití vlastních kapacit, seberealizaci, kdežto péče může činit uživatele na službě závislým (MPSV, 2007, s. 14).

Jedním z významných nástrojů v procesu změny je individuální plánování, které reflektuje přání a potřeby uživatele, jsou plánovány kroky ke stanovenému cíli, důležité je zapojení samotného uživatele do realizace plánu a hodnocení. Efektivně lze použít koncept plánování zaměřeného na člověka. John O' Brien, jeden z nejdůležitějších autorů tohoto konceptu, uvedl, že: *„Plánování zaměřené na člověka spočívá v hledání příležitostí, které člověku umožní realizovat své schopnosti. Má za cíl pomáhat lidem s postižením dostat se ven z typických struktur, které je kontroly a oddělují od většinové společnosti.“* (Rozhovor s Johnem O' Briem, 2008 [on-line])

Humanizace může působit v procesu transformace i „kontraproduktivně“ v tom smyslu, že jsou vynakládány nemalé finanční částky na úpravu prostředí s cílem vytvořit důstojné podmínky pro poskytování pobytových služeb. Pokud jsou objekty takto finančně dotovány, pak jejich majitelé, zřizovatelé služeb nemají zájem zařízení opustit, tedy proces transformace nebude pravděpodobně zrealizován. „Poukaz na tyto investované finanční prostředky však bývá poměrně často používán jako argument pro zachování současného stavu.“ (Mach, 2013, s. 40)

Pozitivum humanizace spočívá v tom, že nevyhovující podmínky, ve kterých je služba poskytována, jsou postupně zlidšťovány. Prvky humanizace lze sledovat např. ve snižování počtu lůžek na pokojích, zajištění většího soukromí uživatelů, vytváření skupinových domácností přímo v zařízení, oddělení části, ve které uživatelé spí od místnosti, kde vykonávají denní činnosti a volnočasové aktivity aj. Kroky humanizace jsou v pobytových službách žádoucí, zlepšují podmínky pro život uživatelů, avšak jejich financování se stává současně argumentem, který vystupuje v mnoha případech, proti transformaci zařízení.

Deinstitucionalizace stejně jako transformace usiluje o začlenění osob s postižením do přirozeného sociálního prostředí, důraz je kladen na využívání terénních a ambulantních služeb, potažmo pobytových služeb komunitního typu; je preferován odklon od institucionální péče. Humanizace naproti tomu představuje zlepšení podmínek ve stávajícím zařízení, jedná

se o proces, který vede k přeměně poskytované péče a prostředí, které pak lépe naplní individuální potřeby uživatelů služby a jejich základní lidská práva a svobody.

## 2.6 Pojmy související s moderními trendy

V návaznosti na moderními trendy jsou představeny rovněž pojmy, které s nimi bezprostředně souvisí. Proces deinstitutionalizace a transformace je spjatý s pojmem *komunitní typ služby*. Lze ji charakterizovat jako sociální službu „která napomáhá člověku se zdravotním postižením žít v komunitě běžným způsobem života; nejčastěji jde o terénní nebo ambulantní, případně i o pobytovou sociální službu.“ (MPSV, 2013, s. 47). Jsou to takové služby, které umožňují osobám s postižením žít v přirozeném sociálním prostředí způsobem, jako většinová společnost.

Podle European Coalition for Community Living (dále uváděno jako ECCL, 2009, s. 10) jsou dobré komunitní služby koncipovány na základě následujících klíčových principů:

- jsou zaměřené na člověka, na jeho individuální přání a potřeby, dokáží se v průběhu času dle potřeby proměňovat;
- podporují rodinný a komunitní život, podpora je zaměřena jak na jednotlivce, tak na rodiny, přátele aj.;
- řídí se dle sociálního modelu postižení; překážkou je spíše přístup veřejnosti k lidem s postižením, než míra a typ postižení samotné;
- na jejich vedení se podílejí samotné osoby s postižením, tito lidé jsou zapojeni do tvorby, poskytování a hodnocení služby;
- zabývají se „všemi životy“ jednotlivce, poskytují podporu v takovém rozsahu, která zajistí kvalitní život, bez ohledu na míru postižení;
- zajišťují, aby tyto principy byly součástí každodenní asistence poskytované osobám.

Komunitní typ služby<sup>15</sup> je alternativní formou k ústavní péči, s cílem udržet osobu s postižením v přirozeném sociálním prostředí, zaručující přístup k běžným službám jako má většinová společnost. Tento druh služby naplňuje vizi moderních trendů v poskytování služeb a podporuje proces sociální integrace.

*Osobní asistence* – podstata této terénní sociální služby spočívá v tom, že je poskytována bez časového omezení a v přirozeném sociálním prostředí osoby se zdravotním postižením. Tato služba umožňuje, aby byla osoba účastna společenskému životu a vykonávala běžné činnosti s tím spojené. ENIL definuje osobní asistenci jako nástroj, který umožňuje nezávislý život; měla by být poskytována na základě individuálního posouzení potřeb a v závislosti na životní situaci každého jednotlivce (ENIL's key definitions on Independent Living, [on-line]).

*Podpora samostatného bydlení* – je terénní sociální službou, která je poskytována osobám se zdravotním postižením, jež potřebují podporu druhé osoby. Osoba žije relativně samostatným způsobem života, avšak v některých činnostech potřebuje určitou podporu. Důležité je, aby pracovník nečinil rozhodnutí za uživatele služby, nemanipuloval s ním apod.

*Chráněné bydlení* - jedná se o pobytovou službu sociální péče, která je určena osobám se zdravotním postižením a má formu individuálního anebo skupinového bydlení. Služba poskytuje uživatelům nezbytnou podporu v plnění běžných činností jako je např. hospodaření s penězi, příprava stravy apod. Úsilí pracovníků spočívá v tom, aby uživatelé prováděli činnosti zejména sami.

Pro potřeby diplomové práce byly představeny pouze ty druhy sociálních služeb, které vychází z moderních trendů. Je nezpochybnitelné, že i ostatní formy terénních a ambulantních služeb mají pro osoby se zdravotním postižením jisté opodstatnění.

---

<sup>15</sup> Zvláštní formou komunitního života je tzv. Camphillská komunita. V tomto případě se jedná o vzájemné soužití osob s postižením a pracovníků. Společně se snaží utvářet prostředí, ve kterém se ekonomický, sociální a duchovní život vzájemně doplňují. Důležitou roli v jejich soužití představují křesťanské svátky, zemědělství a fáze ročního období (Emerson, Rameharan, 2010, s. 67)

### 3 Sociální služby v kontextu Jihomoravského kraje

Téma diplomové práce je zasazeno do prostředí Jihomoravského kraje. V úvodu kapitoly jsou stručně uvedeny základní demografické údaje, dále je popsán aktuální stav sociálních služeb vybraného území vč. stručného historického vývoje příspěvkových organizací zřizovaných krajem. V závěru kapitoly jsou vymezeny krajské strategické dokumenty, které deklarují trendy v oblasti sociálních služeb.

#### 3.1 Základní demografické údaje

Jihomoravský kraj se rozkládá v jihovýchodní části České republiky, jeho centrem je druhé největší město naší země – Brno. K datu 31.12.2014<sup>16</sup> žilo na území kraje 1 172 853 obyvatel. Jihomoravský kraj je členěn do 7 okresů (Blansko, Brno-město, Brno-venkov, Břeclav, Hodonín, Vyškov a Znojmo) s 21 obcemi s rozšířenou působností. Statutární město Brno má cca 370 000 obyvatel.<sup>17</sup>

#### 3.2 Charakteristika současného stavu v oblasti sociálních služeb

Na území Jihomoravského kraje je poskytováno<sup>18</sup> celkem 547 sociálních služeb registrovaných dle zákona o sociálních službách; jsou zastoupeny všechny legislativně vymezené druhy. Sociální služby zajišťuje 167 poskytovatelů. Podle právní subjektivity jsou nejvíce zastoupeny nestátní neziskové organizace s počtem 89 poskytovatelů, dále pak příspěvkové organizace kraje a obcí s počtem 53 poskytovatelů. Dle zákonem definovaných jednotlivých druhů je na území Jihomoravského kraje následující zastoupení: odborné sociální poradenství zajišťuje 61 služeb; služeb sociální péče je celkem 293 a služeb sociální prevence 193 (Jihomoravský kraj, dále uváděno jako JMK, 2015, s. 18-20).

V Jihomoravském kraji je poskytováno celkem 20 služeb<sup>19</sup> typu *Domov pro osoby se zdravotním postižením*, celková kapacita v těchto zařízeních je 1 287 lůžek. Z toho dvě zřízení jsou státní příspěvkovou organizací, zřizovatelem je MPSV, devět je příspěvkovou organizací kraje a u zbývajících částí je zřizovatelem obec, nebo se jedná o nestátní neziskovou organizaci.

---

<sup>16</sup> Dle data poslední aktualizace uveřejněné na webovém portálu Českého statistického úřadu.

<sup>17</sup> Informace získané z webového portálu Jihomoravského kraje k datu 31.10.2014.

<sup>18</sup> Informace získané z Registru poskytovatelů sociálních služeb, září 2014.

<sup>19</sup> Informace získané z Registru poskytovatelů sociálních služeb k datu 7.2.2015. Do celkového počtu byly zahrnuty veškeré DOZP na území kraje, bez ohledu na specifikaci cílové skupiny.

Zejména u příspěvkových organizací kraje se jedná o velkokapacitní zařízení, kdy v šesti případech je kapacita rovna či větší než 100, z toho v jednom případě dokonce větší než 200. Celková kapacita služby *Chráněné bydlení* činí 228 lůžek<sup>20</sup> a na území kraje se nachází celkem 17 služeb tohoto typu, z toho tři služby jsou příspěvkovou organizací kraje. V kraji je poskytováno celkem 23 služeb *Osobní asistence*.<sup>21</sup> Služba *Podpora samostatného bydlení* je v kraji zastoupena pouze jedním poskytovatelem, jedná se o službu, která je zaměřena na osoby s duševním onemocněním.

Co se týká vzniku nových služeb na území kraje, tak od roku 2012<sup>22</sup> je nastavená povinná spoluúčast obcí na financování nově vzniklých sociálních služeb, ve výši 10-20% podle typu služby, poskytované formy a potřeby zjištěné na území kraje. Spoluúčast 20% je určena pro služby sociální prevence, odborné sociální poradenství a pobytové služby (vyjma služby chráněné bydlení). 15% pro ambulantní služby sociální péče a 10% pro terénní služby sociální péče a chráněné bydlení. „Tento mechanismus prověřuje, zda nová služba vzniká na základě potřeby v souladu s prioritami území a zároveň pro tuto službu garantuje finanční prostředky.“ (JMK, 2015, s. 25-26)

### 3.3 Vývoj zařízení sociálních služeb zřizovaných krajem

Podle interního dokumentu Odboru sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje (dále uváděno jako OSV KrÚ JMK) bylo v roce 2002 na území kraje celkem 25 Domovů důchodců<sup>23</sup> (dále uváděno jako DD) a 18 Ústavů sociální péče. Kapacita Domovů důchodců, které přechází pod Jihomoravský kraj, byla k datu 01.02.2002 1 835 lůžek, služba byla poskytována v 15 DD, kapacita Ústavů sociální péče<sup>24</sup> byla 1 955 lůžek, služba byla poskytována ve 14 ÚSP (OSV KrÚ JMK, únor 2002).

Bylo provedeno hodnocení stávajícího stavu objektů ve vazbě na potřebu investičních prostředků k rekonstrukci, dobudování apod.; zařízení byla rozdělena do kategorií. Kategorie A - prakticky bez aktuální potřeby investičních prostředků, 1 DD/4 ÚSP, kategorie B - nevyžaduje zásadní rekonstrukci, pouze dílčí investice, 8 DD/9 ÚSP,

<sup>20</sup> Do celkového počtu byly zahrnuty veškeré služby CHB na území kraje, bez ohledu na specifikaci cílové skupiny.

<sup>21</sup> Celkovou kapacitu služby není možné uvést, údaje v Registru poskytovatelů sociálních služeb nejsou uvedeny jednotně.

<sup>22</sup> Povinná spoluúčast se týká let 2012-2015.

<sup>23</sup> Dřívější označení služby Domov pro seniory.

<sup>24</sup> Do celkové kapacity byla započítána i kapacita ÚSP Chrlice a ÚSP Kociánka.

kategorie C – vyžaduje zásadní rekonstrukci či výstavbu nového objektu - 6 DD/1 ÚSP (OSV KrÚ JMK, únor 2002)<sup>25</sup>.

V roce 2005<sup>26</sup> bylo na území Jihomoravského kraje v provozu celkem 53 zařízení sociálních služeb s celoročním pobytem, z toho 34 Domovů důchodců a 19 Ústavů sociální péče. Kraj byl zřizovatelem 16 DD a 12 ÚSP, města zřizovala 11 DD a 3 ÚSP, nestátní neziskové organizace zřizovala 7 DD a 2 ÚSP, MPSV zřizovala 2 ÚSP. Podle hodnocení stavu objektů, u zařízení zřizovaných krajem, spadaly do kategorie A – 4 DD/3 ÚSP, do kategorie B – 7 DD/8 ÚSP a do kategorie C – 5 DD/1 ÚSP. Celková kapacita DD činila 1 879 lůžek, kapacita ÚSP 1 351 lůžek. (OSV KrÚ JMK, květen 2005)

Ústavy sociální péče, které jsou zřizovány krajem, byly vesměs určeny pro osoby s mentálním a tělesným postižením, ve dvou případech byla služba poskytována homogenní skupině uživatelů, tři zařízení poskytovala služby psychotikům a alkoholikům, dále byla poskytována služba Denního a Týdenního stacionáře a provozováno Chráněné bydlení, které mělo podobu dvoulůžkových pokojů v areálu ústavu. V případě tří zařízení se jednalo o kulturní památku, z toho jedna byla umístěna v církevním objektu. Většina zařízení se sestávala z komplexu budov, či se jednalo o rozsáhlý objekt, vícelůžkové pokoje nebyly výjimkou. Aktivizační činnosti byly hojně zastoupeny, uživatelům byla nabízena rehabilitace, různé druhy terapií (muzikoterapie, canisterapie, hippoterapie aj.), chráněné dílny, v některých zařízeních byl uživatelům k dispozici bazén a tenisové kurty (OSV KrÚ JMK, květen 2005).

### **3.4 Přístup kraje jako zřizovatele k moderním trendům**

Jihomoravský kraj je v současné době zřizovatelem 27 příspěvkových organizací<sup>27</sup> v oblasti sociálních služeb, převážně se jedná o pobytové služby sociální péče typu Domov pro seniory (v počtu 16 služeb, kapacita 723), Domov se zvláštním režimem (v počtu 17 služeb, kapacita 1 265) a Domov pro osoby se zdravotním postižením (v počtu 9 služeb, kapacita 1 022). Dále pak služby Denní stacionář (v počtu 4 služby, kapacita 40) a Týdenní

---

<sup>25</sup> V roce 2004 bylo na území kraje poskytováno 5 služeb Chráněného bydlení pro rozmanitou cílovou skupinu (osoby s mentálním a duševním postižením, autismem, závislé na návykových látkách), Osobní asistence byla zastoupena 5 službami, největší zastoupení měly Domovy důchodců a Penziony pro seniory. (Zdroj: Adresář poskytovatelů sociálních služeb v Jihomoravském kraji).

<sup>26</sup> Sledovaným obdobím byl rok 2003 a 2004.

<sup>27</sup> Po zrušení okresních úřadů je od 01.01.2003 Jihomoravský kraj zřizovatelem příspěvkových organizací v oblasti sociálních služeb.



stacionář (v počtu 2 služby, kapacita 26) a Chráněné bydlení (v počtu 3 služby, kapacita 31) (MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb, získáno k datu 7.2.2015).

V roce 2007 usnesením č. 6277/07/R105 byl Radou JMK schválen návrh zapojení dvou příspěvkových organizací<sup>28</sup> do pilotního projektu MPSV s názvem *Podpora transformace sociálních služeb*. V obou případech zařízení poskytuje službu Domov pro osoby se zdravotním postižením, kapacita Zařízení A je 113 uživatelů, v případě Zařízení B 70 uživatelů (z toho je 35 uživatelů služby Domov pro seniory). V dalším období byl schválen transformační plán Zařízení A, následovala žádost o finanční podporu z IOP na I. a II. etapu projektu. Pro Zařízení A je plánována částečná transformace sociální služby tzn., že 24 uživatelům bude umožněno žít ve skupinové domácnosti v nově vybudovaných rodinných domech v běžné zástavbě, tedy ve službě komunitního typu. Ukončení obou etap je plánováno do dubna 2015 (webové stránky Zařízení A, nedatováno, [on-line]).

V roce 2011 schválila Rada kraje změnu rozsahu původně plánované transformace Zařízení B, kde byla plánovaná transformace služeb prioritou. V dubnu roku 2010 sepsali obyvatelé Zařízení B petici, v níž „*vyjádřili odmítavý postoj k transformaci a žádali o zachování ústavní péče v objektu zámku*.“ Pouze třetina uživatelů měla zájem vstoupit do procesu transformace (těm i nadále byla zajišťovaná podpora NC PTSS); MPSV byl však transformační plán označen za neudržitelný a kraj se rozhodl od projektu ustoupit. Vzhledem k přirozeně narůstajícímu věku uživatelů byla polovina zařízení zaregistrována jako Domov pro seniory (JMK, 2011, [on-line]). V současné době probíhají stavební práce na vybudování objektu pro službu Chráněné bydlení, které bude sloužit uživatelům Zařízení B, jež preferují samostatnější způsob života a chtějí odejít z ústavního zařízení do přirozeného prostředí. Rodinný dům bude dvoupodlažní, ve dvou bytech po šesti uživatelích najde nový domov 12 obyvatel z původního velkokapacitního zařízení. Investiční akce bude finančně podpořena krajem ve výši téměř 21 mil. Kč. Zařízení B plánuje registraci služby Chráněné bydlení pro nové i stávající uživatele (Jihomoravský kraj, 2014, [on-line]).

Do individuálního projektu *Transformace sociálních služeb*, který realizuje od ledna 2013 MPSV jsou zapojena čtyři zařízení zřizovaná Jihomoravským krajem; mezi zapojenými je i Zařízení A. Cílem projektu, který navazuje na předchozí pilotní projekt, je posílení kompetencí poskytovatelů služeb v procesu transformace.

---

<sup>28</sup> S ohledem na zachování anonymity respondentů – DOZP vybraných pro výzkum nejsou uváděny názvy příspěvkových organizací, které jsou zřizovány krajem. Názvy zařízení byly nahrazeny označením Zařízení a Písmeno.

I další zařízení činí postupné kroky vedoucí k začlenění několika svých uživatelů do přirozeného sociálního prostředí. Zařízení C od března roku 2013 realizuje projekt *Podpora přípravné fáze transformace v Zařízení C, p. o. Domově pro osoby se zdravotním postižením*, jehož záměrem je nastartovat proces transformace v organizaci. Klíčové aktivity spočívají ve zvýšení odbornosti pracovníků, přijetí myšlenky transformačního procesu, zřízení multidisciplinárního transformačního týmu a zajištění pozice psychologa (webové stránky Zařízení C, nedatováno, [on-line]).

Zařízení D realizuje projekt tzv. individuálního bydlení, který spočívá v pronájmu bytů určených pro život uživatelů mimo areál zařízení; potřebná podpora je zajišťována asistenty. Zařízení E provedlo reorganizaci, na základě které byla péče „hotelového typu“ převedena na poskytování přímé péče v domácnostech. Prvním poskytovatelem služby Chráněné bydlení z příspěvkových organizací je Zřízení F, který tuto službu poskytuje od roku 2010 (JMK, 2014, s. 32-35).

V současné době není u žádné z příspěvkových organizací kraje počítáno s úplnou transformací, v případě některých zařízení se jedná pouze o transformaci částečnou.

### **3.4.1 Krajské strategické dokumenty**

Prezentovány jsou vybrané krajské dokumenty, které utváří podobu a určují směřování sociálních služeb na území Jihomoravského kraje v současné době.

V oblasti plánování sociálních služeb je strategickým dokumentem, který tvoří rámeček směřování sociálních služeb v Jihomoravském kraji *Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Jihomoravském kraji na období 2015-2017* (dále uváděno jako SPRSS JMK). Dokument definuje priority v oblasti sociálních služeb a určuje, kam budou směřovány finanční prostředky, čímž je vymezena nezbytná síť sociálních služeb na území kraje. S ohledem na měnící se podmínky v oblasti sociálních služeb je nezbytné SPRSS JMK aktualizovat, což se děje skrze roční tzv. akční plány. V případě cílové skupiny osoby se zdravotním postižením je prioritou podpora nezávislého způsobu života, zachování běžného životního rytmu, začlenění do společnosti. Opatření je definováno následovně: „Podpora terénních a ambulantních služeb sociální péče umožňující setrvat v rodinném prostředí (pečovatelská služba, osobní asistence) a podpora dostupnosti malokapacitních pobytových služeb a návazných terénních s důrazem na integraci (chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení).“ Dále pak „Zkvalitňování pobytových služeb sociální péče

a podpora zařízení procházejících transformačním procesem a směřujících k deinstitucionalizaci. V oblasti pracovní činnosti a navazujících služeb pak „Podpora komplexnosti a vzájemné návaznosti služeb umožňujících život v běžné společnosti s důrazem na pracovní integraci (sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny) a dostupnost poradenských služeb pro jednotlivé cílové skupiny uživatelů.“ (JMK, 2015, s. 61)

Plánování sociálních služeb je zcela zásadní, podle Kořínkové (2008, s. 3) je jedním z možných nástrojů transformace komunitní plánování. Podoba transformace je odvislá od přístupu konkrétního kraje, svoji úlohu sehrává i politická vůle.

Odborem sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje byl zpracován koncepční materiál s názvem *Strategie transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v Jihomoravském kraji na období 2014-2020*. Tento materiál řeší otázku deinstitucionalizace pobytových služeb sociální péče na území kraje, které jsou určeny osobám se zdravotním postižením a definuje hlavní zásady transformačního procesu v Jihomoravském kraji, konkrétně např. nenavyšovat kapacitu stávajících služeb sociální péče s celoročním pobytem, nepodporovat vznik nových pobytových služeb s kapacitou nad 18, naopak podporovat snižování kapacit ve všech ústavních zařízeních a podporovat rozšiřování sítě pobytových služeb v běžné zástavbě s kapacitou do 18, zejména Chráněného bydlení. V oblasti každodenních aktivit se zaměřit na přípravu uživatelů na přechod do komunitních typů služeb, zajistit síť ambulantních a terénních návazných služeb, podporovat osoby s handicapem v pracovním uplatnění na otevřeném i chráněném trhu. Zásady se rovněž týkají i změny služeb ve stávajících velkokapacitních zařízeních, kde je pozornost směřována k humanizačním krokům, po odchodu uživatelů do komunitního typu služby využívat uvolněné prostory pro poskytování ambulantních služeb.

Kraj počítá i s podporou zařízení již zapojených do procesu transformace. Konkrétní podpora spočívá ve vzdělávání pracovníků v oblasti deinstitucionalizace, v zajištění personálního a materiálního vybavení potřebných pro realizaci změny, ve finanční spoluúčasti na rekonstrukcích a úpravách bytů, které budou určeny pro komunitní typ služby, ve finančních příspěvcích na vybavení nových domácností a podpoře cest a stáží za dobrou praxí v rámci ČR (JMK, 2014, s. 35-37).

Významným krajským dokumentem je *Aktualizace strategické vize Strategie rozvoje Jihomoravského kraje do roku 2020*. Cílem je zajistit základní koncepční dokument, pro kvalifikované rozhodování volených orgánů JMK pro další strategický rozvoj kraje. V Opatření 5.2.1 se hovoří mj. o vytvoření dostupné a kvalitní sítě ambulantních a terénních sociálních služeb a podpoře humanizačních a transformačních aktivit v pobytových zařízeních pro seniory a osoby se zdravotním postižením. V oblasti intervence je také zahrnuta podpora pobytových komunitních služeb s malou kapacitou (do 12 osob), případně transformace vybraných velkých pobytových zařízení sociální péče. Dále pak podpora zaměstnávání osob se zdravotním postižením na trhu práce a podpora vzniku chráněných pracovních míst (JMK, 2012, s. 33 [on-line]).

Dokumentem, který deklaruje podporu procesu transformace je *Krajský plán pro vytváření rovných příležitostí osob se zdravotním postižením na období 2013–2016*. V jednom z několika opatření se uvádí mj. i „pokračování v procesu transformace pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v Jihomoravském kraji.“ (JMK, 2013, s. 4 [on-line])

O podpoře trendů v oblasti sociálních služeb je možné se dočíst i v *Programovém prohlášení Jihomoravského kraje pro volební období 2012-2016*, kde se uvádí „podpoříme dostupnou a kvalitní síť komunitních sociálních služeb, které umožňují seniorům a lidem s postižením setrvat co nejdéle v jejich přirozeném prostředí; podpoříme projekty transformace a humanizace příspěvkových organizací poskytujících služby občanům se zdravotním postižením a zlepšíme kvalitu života v zařízeních pro seniory a občany se zdravotním postižením cílevědomým budováním vztahů s vnějším prostředím a podporou sociálně aktivizačních metod práce.“ (JMK, 2013, s. 6 [on-line])

Dle výše prezentovaných strategických dokumentů je patrné, že Jihomoravský kraj usiluje o to, aby byly sociální služby na tomto území poskytovány v souladu se soudobými trendy, aby reflektovaly aktuální potřeby osob se zdravotním postižením a dokázaly nabídnout vysoce kvalitní služby, včetně nabídky služeb umožňující sociální začlenění a setrvání v přirozeném prostředí. Nesmíme však opomenout, že jedna věc je deklarace ve strategických dokumentech a druhou je jejich naplňování v praxi.

## 4 Metodologie výzkumu

S ohledem na téma diplomové práce je výzkum koncipován jako kvalitativní, Hendl (2012, s. 51) uvádí: „Výhodou kvalitativního přístupu je získání hloubkového popisu případů. Nezůstáváme na jejich povrchu, provádíme podrobnou komparaci případů, sledujeme jejich vývoj a zkoumáme příslušné procesy. Citlivě zohledňujeme působení kontextu, lokální situaci a podmínky.“ Byla zvolena případová studie, u níž „jde o detailní studium jednoho případu nebo několika málo případů. V případové studii sbíráme velké množství dat od jednoho nebo několika málo jedinců.“ (Tamtéž, s. 102)

Práce má za cíl zmapovat vývoj pobytových služeb sociální péče, konkrétně služby Domov pro osoby se zdravotním postižením, z hlediska moderních trendů od roku 2003 po současnost. *Výzkumná otázka zní:* Směřuje vývoj vybraných Domovů pro osoby se zdravotním postižením k moderním trendům v oblasti rozvoje sociálních služeb? Na základě vybraných indikátorů moderních trendů ověřit, zda vybraná pobytová služba prochází proměnou v souladu s těmito trendy; zjistit, jak se služba vyvíjí v jednotlivých oblastech, jaké kroky zařízení činí pro naplnění soudobých trendů, jaká je aktuální podoba služby a jak je plánována budoucí podoba - vize zařízení.

Podle Hendla (2012, s. 110-112) je u případové studie výzkum rozložen do následujících kroků:

1. Určení výzkumné otázky – volba jevu, ke kterému se výzkumník bude vztahovat v průběhu výzkumu;
2. Výběr případu, určení metod sběru a analýzy dat – výzkumník určí způsob výběru případu, techniky sběru a analýzy dat;
3. Příprava sběru dat – vhodná je příprava organizace dat např. formou databáze;
4. Sběr dat - sběr je prováděn systematicky pomocí několika zdrojů;
5. Analýza a interpretace dat – zkoumání dat a hledání propojení mezi výzkumnými otázkami;
6. Příprava zprávy – cílem je komplexně podat případ a umožnit čtenáři kritické posouzení průběhu studie.

## 4.1 Výběr respondentů

V úvodu podkapitoly jsou představeny kritéria výběru zařízení sociálních služeb. Dále způsob výběru respondentů pro rozhovor, jejichž základní charakteristika je uvedena formou přehledné tabulky; následně je vysvětlena práce s dokumentací vybraných služeb, V závěru je uveden stručný popis zařízení z pohledu současného stavu i historického vývoje.

### 4.1.1 Kritéria výběru zařízení - DOZP

Případová studie se týká dvou organizací, které byly vybrány na základě předem stanovených kritérií:

1. Zřizovatelem zařízení sociální služby je Jihomoravský kraj;
2. Jedná se o službu Domov pro osoby se zdravotním postižením;
3. Cílovou skupinou jsou osoby zejména s mentálním, resp. kombinovaným postižením; věková kategorie není blíže definována;
4. Zařízení poskytuje službu pro více než 100 uživatelů, jedná se o velkokapacitní zařízení<sup>29</sup>.

Byla postupně oslovena dvě zařízení, splňující výše uvedená kritéria, s žádostí o spolupráci při realizaci výzkumné části diplomové práce; obě zařízení se zapojením do výzkumu souhlasila a v dalších krocích byly dojednány podmínky výzkumu. S každým zařízením byl před započítím spolupráce projednán účel výzkumu, dále požadavky týkající se poskytnutí vybrané dokumentace, zajištění respondentů pro rozhovory a další praktické záležitosti. Hendl (2012, s. 112) uvádí: „Případová studie má být pružná, co se týká množství a typu dat. Data pro případovou studii mohou poskytnout rozhovory, záznamy pozorování nebo dokumenty.“ Následně byl podepsán Informovaný souhlas a Prohlášení o mlčenlivosti - způsob nakládání s poskytnutými informacemi a zdroji. Na úvod je také nutné říci, že obě zařízení byla výzkumníkem v minulosti, s odstupem několika let, osobně navštívena, což však neovlivnilo výběr zařízení, jelikož i další DOZP zřizované krajem byly výzkumníkem navštíveny.

---

<sup>29</sup> Za velkokapacitní zařízení považuje NC PTSS zařízení s kapacitou 19 a větší. Koncepce podpory pak zařízení s kapacitou nad 40 uživatelů. Neexistuje jednotné ujednání o tom, co je velkokapacitní zařízení.

Pro zachování anonymity budou zařízení uváděna v diplomové práci pod označením DOZP 1 a DOZP 2.

#### **4.1.2 Výběr respondentů pro rozhovor**

Výběr respondentů pro rozhovor byl zvolen tak, aby zajistil co nejkomplexnější informace o vybraném zařízení, s ohledem na jeho vývoj v čase<sup>30</sup>. Respondenti byli vybráni průřezově, skrze pracovní pozice zařízení, s cílem získat relevantní informace k definovaným indikátorům.

Pro rozhovor byl požádán vedoucí management – ředitel/ka, v počtu 1. Cílem bylo zjistit informace týkající se zejména vize zařízení, oblasti investic, postoje k procesu transformace i to, jak pracovníci zařízení vnímají změny, které v zařízení probíhají např. vznik komunitní služby, příprava uživatelů na přechod ze zařízení apod.

Dalším požadovaným respondentem byl sociální pracovník, v počtu 1, u kterého bylo předpokladem získání informací z oblasti způsobilosti uživatelů k právním úkonům a práce s touto problematikou, dále pak informace týkající se individuálního plánování z pozice metodického vedení, či např. informace z oblasti pracovní činnosti uživatelů aj.

Z oblasti přímé péče bylo požádáno o zajištění pracovníka v sociálních službách, v počtu 3 (v případě, že zařízení poskytuje komunitní službu, či zajišťuje přípravu uživatelů na přechod do komunitní služby, pak pracovníky za tuto oblast). Cílem bylo získat informace týkající se přímé práce s uživateli, z oblasti individuálního plánování, přípravy uživatelů na přechod, či pobytu v komunitní službě; dále pak zjistit, jak vnímají transformaci sociálních služeb i to, jak jsou podporováni v oblasti vzdělávání aj.

Respondenti budou v diplomové práci uváděni pod kódem – R/Respondent a číslo přidělené dle pořadí, v jakém byly uskutečněny rozhovory v jednotlivých zařízeních.

Pro respondenty DOZP 1 a DOZP 2 byla připravena sada otázek, jednotných pro stejné pracovní pozice, které byly členěny do oblastí (dle definovaných indikátorů) a byly doplněny skupinou dalších otázek, jež vycházely ze specifika dané služby. Byl použit rozhovor podle návodu, který Hendl (2012, s. 174) charakterizuje následovně: „Návod k rozhovoru představuje seznam otázek nebo témat, jež je nutné v rámci interview probrat. Je

---

<sup>30</sup> Bylo požádáno, aby se jednalo v každém případě o pracovníka (vyjma pozice ředitel/ka), který je v zařízení dlouhodobě, jako předpoklad poskytnutí informací, které reflektují postupný vývoj zařízení z časového hlediska.

na tazateli, jakým způsobem a v jakém pořadí získá informace, které osvětlí daný problém. Zůstává mu i volnost přizpůsobovat formulace otázek podle situace.“

Každému respondentovi byl vysvětlen účel rozhovoru, sděleno téma diplomové práce, byl dán prostor pro případné dotazy a následně položena otázka, zda respondent souhlasí s rozhovorem, či nikoliv; ve všech případech byl dán souhlas k rozhovoru. V dalším kroku následovala doslovná transkripce rozhovorů<sup>31</sup>, nedošlo ke stylistické úpravě přepisů, byl také zachován dialekt; tento postup byl završen kódováním, který Hendl (2012, s. 228) popisuje následovně: „Kód je symbol přiřazený k úseku dat tak, že ho klasifikuje nebo kategorizuje. Kódy mají mít relevanci k výzkumným otázkám, konceptům a tématům.“

#### DOZP 1 – struktura respondentů

	Pracovní pozice	Doba zaměstnání v zařízení	Popis pracovní náplně
<b>R1</b>	Pracovník v sociálních službách	7 let	Práce s uživateli v pobytové komunitní službě; dříve příprava uživatelů na přechod do pobytové komunitní služby.
<b>R2</b>	Vychovatel	20 let	Přímá péče.
<b>R3</b>	Ředitel/ka	1 rok	Vedoucí management.
<b>R4</b>	Sociální pracovník	13 let	Metodická podpora pracovníků připravující uživatele na přechod a pracovníků pobytové komunitní služby.
<b>R5</b>	Pracovník v sociálních službách	11 let	Přímá péče.

Tabulka č. 1

Pozn. Rozhovory se všemi respondenty proběhly v DOZP 1.

<sup>31</sup> Jelikož byly všechny rozhovory pořízeny na diktafon v mobilním telefonu, byly nahrávky ihned po přepisu, z bezpečnostních důvodů odstraněny.



## DOZP 2 – struktura respondentů

	Pracovní pozice	Doba zaměstnání v zařízení	Popis pracovní náplně
<b>R1</b>	Ředitel/ka	15 let	Vedoucí management.
<b>R2</b>	Pracovník v sociálních službách	7 let	Přímá péče.
<b>R3</b>	Pracovník v sociálních službách	15 let	Přímá péče – vedoucí pozice, podílí se na metodickém vedení pracovníků připravující uživatele na přechod a pracovníků pobytové komunitní služby.
<b>R4</b>	Pracovník v sociálních službách	15let	Přímá péče, pracuje s uživateli v komunitní službě.

Tabulka č. 2

Pozn. Rozhovory s respondenty č. 1, 2 a 3 proběhly v DOZP 2, s respondentem č. 4 v bytě, který slouží uživatelům služby pro tzv. individuální bydlení. Z důvodu pracovní neschopnosti sociálního pracovníka, nebyl rozhovor s ním uskutečněn.

## 4.2 Výběr dokumentace a práce s ní

Před osobní návštěvou každého zařízení byl vedoucí management požádán o zaslání následujících dokumentů: Výroční zprávy (pokud nebyly dostupné na webu poskytovatele), Vzhledem k tomu, že diplomová práce má za cíl reflektovat vývoj vybraných služeb v určitém časovém období, ukázaly se Výroční zprávy jako vhodný zdroj. Pro doplnění zjišťovaných informací posloužily Plány rozvoje zařízení. Zde je nutné podotknout, že struktura dokumentů není u vybraných zařízení totožná, v jednom z případů byly Výroční zprávy poskytnuty od roku 2004 vč. roku 2014, v dalším případě až od roku 2006 vč. roku 2013<sup>32</sup>. Stejně tak Plány rozvoje byly poskytnuty za rozličné období<sup>33</sup>. Výše uvedené písemné zdroje byly postupně analyzovány na základě definovaných indikátorů; což posloužilo jako dobrý zdroj informací před samotným vstupem do zařízení a realizací rozhovorů s respondenty.

<sup>32</sup> V době realizace výzkumu nebyla Výroční zpráva DOZP 2 k dispozici.

<sup>33</sup> Poskytnutí zdrojů bylo odvislé především od jejich dostupnosti v zařízení.

V místě poskytování služby bylo požádáno o předložení Individuálních plánů uživatelů (dále uváděno jako IP) a Plánů vzdělávání pracovníků<sup>34</sup>, za účelem doplnění posuzovaných oblastí. Oběma zařízeními byly zaslány předem (formou e-mailové korespondence, doplněné telefonickou komunikací) stejné požadavky týkající se způsobu předložení dokumentů. Bylo požádáno o zajištění IP uživatelů ze služby Domov pro osoby se zdravotním postižením v počtu dva pro každý stupeň příspěvku na péči, za roky 2008, 2011 a 2014<sup>35</sup>. Pokud služba poskytuje současně i pobytovou komunitní službu, pak bylo požádáno o IP uživatelů v počtu dva pro každý stupeň příspěvku na péči, za každý rok od zahájení poskytování této služby. V případě, že se v zařízení uživatelé připravují na přechod do komunitní služby, pak byl uplatněn stejný postup výběru jako u komunitní služby výše.

S ohledem na specifika způsobu individuálního plánování vybraných služeb byly předloženy IP následovně: DOZP 1 za službu DOZP v počtu 8, byly vybrány 4 IP; za přípravu uživatelů na přechod v počtu 7, byl vybrán 1 IP; za komunitní službu počtu 6, byly vybrány 3 IP<sup>36</sup>. Individuální plány jsou vedeny od příchodu uživatele do služby a jsou řazeny v jedné složce za jednotlivé roky; byly předloženy IP dostupné z roku 2005. Pokud uživatel přešel přes přípravu do komunitní služby, pak byly IP za všechna období, součástí jedné složky<sup>37</sup>.

DOZP 2 předložil IP<sup>38</sup> v následujícím počtu: za službu DOZP v počtu 1 IP; za přípravu uživatelů na přechod v počtu 2; za komunitní službu v počtu 3. Vzhledem k celkovému počtu předložených IP byly vybrány všechny. Plány jsou vedeny obdobným způsobem jako u DOZP 1, byly doloženy IP dostupné z roku 2003.

Plány vzdělávání pracovníků<sup>39</sup> byly předloženy DOZP 1 a DOZP 2 od roku 2010, za pracovní pozice sociální pracovník v počtu 1; pracovník v sociálních službách – přímá péče, v počtu 1; pracovník v sociálních službách – příprava na přechod/komunitní služba, v počtu 1.

Informace byly dokresleny prohlídkou zařízení, která byla výzkumníkovi umožněna v DOZP 1, i DOZP 2.

---

<sup>34</sup> Byly pořizovány kopie dokumentů, které byly na místě anonymizovány.

<sup>35</sup> Současně bylo požádáno o předložení IP od zahájení plánování v zařízení, jednalo se o dobu před účinností zákona o sociálních službách.

<sup>36</sup> Z předložených IP bylo zvoleno náhodným výběrem celkem 8 IP, které prezentovaly službu DOZP, přípravu uživatelů na přechod do komunitní služby a pobytovou komunitní službu.

<sup>37</sup> Tento systém řazení dokumentů tak přispěl k redukci množství požadovaných dokumentů.

<sup>38</sup> V případě DOZP nebyl dodržen náhodný výběr vzhledem k nízkému počtu předložených IP, což DOZP 2 zdůvodnilo tím, že se jedná o IP, s jejichž předložením oslovený uživatel souhlasil.

<sup>39</sup> Informace k vzdělávání pracovníků je možné dohledat i ve Výročních zprávách.

## 4.3 Charakteristika zařízení sociálních služeb

V následující podkapitole je uveden popis současného stavu zařízení<sup>40</sup> DOZP 1 a DOZP 2, je definována cílová skupina zařízení včetně aktuální kapacity, stručný popis lokality, ve které se zařízení nachází a charakteristika prostředí samotného zařízení. V závěru je uveden stručný historický exkurz.

### 4.3.1 Současný stav DOZP 1

DOZP 1 je poskytovatelem služby Domov pro osoby se zdravotním postižením dle § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílovou skupinou jsou chlapci a muži od tří let věku s mentálním postižením a s mentálním postižením v kombinaci s tělesným postižením a ženy po dovršení osmnácti let s mentálním postižením a s mentálním postižením v kombinaci s tělesným postižením. Kapacita služby je 220 uživatelů (MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb, informace k datu 7.3.2015). Počet dospělých uživatelů omezených ve svéprávnosti je 200, svéprávných pak 6 (DOZP 1, 2015, Transformační plán<sup>41</sup>, 2015). Průměrný věk uživatelů k 31.12.2013 byl 38,6 let.

#### Struktura uživatelů<sup>42</sup> dle přiznaného stupně příspěvku na péči, DOZP

	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň
Počet uživatelů	13	44	67	89

Tabulka č. 3

#### Struktura uživatelů dle míry nezbytné podpory,<sup>43</sup> DOZP

	Nízká míra podpory	Střední míra podpory	Vysoká míra podpory
Počet uživatelů	1	25	178

Tabulka č. 4

Zařízení se rozkládá na ploše 29 500 m<sup>2</sup> a je situováno do čtyř obytných budov, tři z nich jsou propojeny spojovacím krčkem, až na jeden objekt (jeho první patro) jsou budovy kompletně bezbariérové. V případě Budovy I, která je z roku 1961 (jedná se o nejstarší objekt) je plánována její rekonstrukce, v rámci níž by byly vybudovány bytové jednotky.

<sup>40</sup> Z důvodu zachování co největší míry anonymity, byly změněny názvy oddělení, budov aj. Názvy měst jsou vedeny pod označením XX, případně je uvedena doplňující informace.

<sup>41</sup> Transformační plán byl zpracován ke dni 13.2.2015; ke dni provedení výzkumu v zařízení, tj. 12.3.2015 probíhalo připomínkové řízení JMK, MPSV; nejedná se o schválený dokument.

<sup>42</sup> Uvedené počty odpovídají aktuální kapacitě služby, která byla k datu zpracování TP, tj. 13.2.2015.

<sup>43</sup> Uvedené počty odpovídají aktuální kapacitě služby, která byla k datu zpracování TP, tj. 13.2.2015. Míra nezbytné podpory byla zjišťována v souvislosti se zpracováním transformačního plánu; nejsou započítány děti.

Budova II z roku 1962 byla koncipována původně pro děti, tudíž se zde nachází nevyhovující sociální zázemí - nízko umístěná umyvadla apod. Budova III byla dokončena roku 1976 a nachází se zde mj. ordinace lékařů (praktický lékař, psychiatr) a ředitelství. V roce 1986 byla postavena Budova IV, která původně sloužila pro ubytování dělníků, kteří zařízení stavěli, jsou plánovány úpravy – výtah a přístřešek. V DOZP 1 je celkem 81 pokojů, z toho je šest jednolůžkových, třicet tři dvoulůžkových a čtyřicet dva vícelůžkových (v současné době se v zařízení nachází i šest pětilůžkových pokojů). Převážná část uživatelů se stravuje v jídelnách pro deset až čtrnáct osob, větší počet míst je pak v zaměstnanecké jídelně, pro třicet osob.<sup>44</sup> K zařízení náleží sportovní areál, venkovní bazén, zahrada; uživatelé mají k dispozici řadu samostatných dílen. V půdním prostoru budovy „školy“ je vybudováno tzv. Tréninkové bydlení pro 10 uživatelů, které slouží pro přípravu uživatelů na přechod do komunitní služby. Zařízení se nachází v okrajové části města s počtem obyvatel 11 500, s dobrou dostupností do města, kde je odpovídající občanská vybavenost. V bezprostřední blízkosti zařízení je situován Domov pro seniory a Domov se zvláštním režimem s celkovou kapacitou 126 míst a Odlehčovací služba s kapacitou 5 míst (jedná se o pobytovou formu).

DOZP 1 poskytuje mj. i službu Chráněné bydlení (dále uváděno jako CHB); cílovou skupinou jsou muži a ženy po dovršení osmnácti let věku do osmdesáti let s mentálním postižením a s mentálním postižením v kombinaci s tělesným postižením. Kapacita služby je 16 uživatelů. Omezených ve svéprávnosti je k datu 12.3.2015 všech 16 uživatelů<sup>45</sup>.

#### Struktura uživatelů dle přiznaného stupně příspěvku na péči, CHB

	I. stupeň	II. stupeň	III.stupeň	IV.stupeň
<b>Počet uživatelů</b>	8	6	1	0

Tabulka č. 5

Pozn. Jeden uživatel nemá přiznaný příspěvek na péči, probíhá řízení.

#### Struktura uživatelů dle míry nezbytné podpory, CHB

	Nízká míra podpory	Střední míra podpory	Vysoká míra podpory
<b>Počet uživatelů</b>	8	7	0

Tabulka č. 6

Pozn. Jeden uživatel nebyl prozatím posouzen.

<sup>44</sup> DOZP 1 je zapojeno do programu Bon Appetit, tj. radost ze stolování v dlouhodobé péči.

<sup>45</sup> Dle NOZ po 1.1.2014 dochází u osob k soudnímu přezkumu zbavení/omezení způsobilosti k právním úkonům, který byl učiněn dle úpravy obsažené v OZ z roku 1964, z tohoto důvodu se může počet svéprávných/omezených ve svéprávnosti vyvíjet.

Služba Chráněné bydlení je zajišťována v šesti bytech, z nichž čtyři jsou v centru města a dva se nachází v sídlištích, v okrajových částech města.

### **4.3.2 Historie DOZP 1**

Ústav sociální péče pro mládež byl otevřen 6. prosince 1961, po schválení sociálním odborem KNV v Brně a pod vedením Okresní správy ústavů ve městě XX začaly v zařízení působit řádové sestry. Začátkem roku 1962 jsou přijímáni civilní zaměstnanci. V květnu roku 1962 byla zkolaudována druhá budova a ke konci roku bylo v zařízení již 182 dětí. V roce 1978 byla otevřena další budova, čtvrtá budova byla otevřena roku 1986. K propojení budov I, II, III došlo v roce 1997. Sportoviště s tenisovým kurtem a hřištěm vzniklo v roce 1998 a v roce 2002 byl zkolaudován venkovní bazén. Ke dni 31.12.1992 došlo ke zrušení Okresního ústavu sociálních služeb ve městě XX se sídlem (ve městě XX), byly zřízeny samostatné příspěvkové organizace. Vznikl Ústav sociální péče pro mládež ve městě XX a od 01.01.2003 se stává zřizovatelem Jihomoravský kraj. Od 01.01.2007 došlo ke změně názvu zařízení<sup>46</sup> (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2004, webové stránky poskytovatele).

Dle interního materiálu OSV KrÚ JMK z roku 2002 byl objekt zařazen do kategorie A, což označuje takový stav objektu, do kterého není aktuálně potřebné investovat finanční prostředky. Kapacita zařízení v roce 2002 byla 260 míst. V roce 2005 bylo zařízení označeno kategorií B, což značí potřebu dílčích rekonstrukcí, kapacita zařízení byla 250 míst. (OSV KrÚ JMK, 2002, 2005).

### **4.3.3 Současný stav DOZP 2**

DOZP 2 je poskytovatelem služby Domov pro osoby se zdravotním postižením dle § 48 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Cílovou skupinou jsou osoby s chronickým onemocněním, jiným zdravotním postižením, kombinovaným, mentálním, tělesným a zdravotním postižením starší osmnácti let, horní věková hranice není určena. Kapacita služby je 160 uživatelů. (MPSV, Registr poskytovatelů sociálních služeb, informace k datu 7.3.2015). Počet uživatelů omezených ve svéprávnosti je 119, svéprávných 30 (dle sdělení Respondenta č. 3). Průměrný věk uživatelů k datu 1.1.2014 byl 61,3 let.

---

<sup>46</sup> V souladu se zákonem o sociálních službách byl původní název ÚSP pro mládež nahrazen zcela novým názvem.

### Struktura uživatelů dle přiznaného stupně příspěvku na péči, DOZP

	I. stupeň	II. stupeň	III.stupeň	IV.stupeň
<b>Počet uživatelů</b>	20	25	41	64

Tabulka č. 7

Pozn. Počet uživatelů bez přiznaného příspěvku na péči je 9; informace k datu 13.4.2015.

Zařízení se rozkládá na ploše 15 ha, do kterého je zahrnut park, les a rybník. Služba je poskytována v budově A, která je rozdělena na tři oddělení s celkovou kapacitou 76 lůžek, k dispozici jsou uživatelům jedno až třílůžkové pokoje. Součástí objektu je tělocvična a rehabilitace, sportoviště a venkovní bazén, samostatné pracovní dílny. Další obytnou budovou je objekt B, v tomto případě se jedná o budovu památkově chráněnou, konkrétně renesanční zámek z druhé poloviny 16. století. „Z tohoto důvodu se v budově B nemohou dělat žádné zásadní stavební úpravy, které by např. rozdělily větší pokoje na menší.“ (webové stránky DOZP 2). S ohledem na zajištění vyšší míry soukromí byly pokoje v tomto objektu rozděleny nábytkem a závěsy, čímž došlo k zřízení tzv. kóji, které jsou vybaveny samostatným nábytkem. V budově B se nacházejí jedno až sedmilůžkové pokoje. Uživatelé DOZP 2 jsou ubytováni na jednotlivých odděleních - oddělení pro klienty se zdravotním postižením (s největší kapacitou), oddělení pro seniory, oddělení pro přípravu uživatelů na chráněné bydlení (uživatelé jsou připravováni na samostatný způsob života), oddělení se zvýšeným dohledem a v bytech mimo zařízení (webové stránky DOZP 2).

DOZP 2 má v pronájmu 4 byty<sup>47</sup>, které jsou určeny pro samostatné bydlení uživatelů, se zajištěním nezbytné podpory personálu. Tři byty jsou situovány v téže obci jako DOZP 2, jeden byt se nachází v nedalekém městě. K datu 13.4.2015 žije v bytech celkem 11 uživatelů, je připravována registrace služby Chráněné bydlení. Počet uživatelů omezených ve svéprávnosti je 9, svéprávní jsou 2 uživatelé.

### Struktura uživatelů dle přiznaného stupně příspěvku na péči, byty

	I. stupeň	II. stupeň	III.stupeň	IV.stupeň
<b>Počet uživatelů</b>	3	2	2	0

Tabulka č. 8

Pozn. Počet uživatelů bez přiznaného příspěvku na péči je 4; informace k datu 13.4.2015.

<sup>47</sup> Informace k datu 13.4.2015.

Zařízení se nachází v obci, která má necelých 900 obyvatel (informace k 1.1.2014, ČSÚ). Obyvatelé mají k dispozici knihovnu, kulturní dům, kino, kadeřnictví, restauraci a obchod s potravinami. Díky autobusovému spojení je dobrá dostupnost do sousedních obcí a měst.

#### **4.3.4 Historie DOZP 2**

Roku 1953 byla zahájena činnost ÚSP XX, do původní budovy zámku byla přestěhována část obyvatel ze zrušeného ústavu pro hluchoněmé ženy v Praze. Po jejich příchodu byla zahájena úprava zámku, která spočívala např. v zavedení ústředního topení, rekonstrukci elektroinstalace, výměny střešní krytiny aj. Nákladnou akcí byla výstavba budovy A v letech 1983-1986, která si vyžádala náklady ve výši téměř šesti milionů. Úpravy pokračovaly i na počátku devadesátých let např. výstavbou střechy na budově A, kryté spojovací lávky s hlavní budovou a vybudováním výtahu. V roce 2006 byl do zařízení, které bylo původně určeno pouze ženám, přijat první muž. (webové stránky DOZP 2).

Dle interního materiálu OSV KrÚ JMK z roku 2002 byl objekt zařazen do kategorie C, tzn., že vyžaduje zásadní rekonstrukci či výstavbu nového objektu. Kapacita zařízení v roce 2002 byla 209 míst. V roce 2005 byla budova A označena kategorií A, jelikož došlo k její rozsáhlé rekonstrukci a budova B označena kategorií C, kapacita zařízení byla 186 míst. (OSV KrÚ JMK, 2002, 2005).

## 5 Indikátory moderních trendů – jejich sledování v DOZP

Stěžejní a zároveň nejrozsáhlejší část diplomové práce je zasazena do samostatné kapitoly, která se sestává zejména z výstupů samotného výzkumu. V souvislosti s moderními trendy - procesy deinstitucionalizace, transformace a humanizace byly definovány následující vybrané indikátory, které slouží jako ukazatel jejich naplňování. Indikátory moderních trendů jsou řazeny do tří oblastí, ty jsou dále členěny do dílčích kategorií. Těmito oblastmi jsou: přímá práce s uživateli; struktura pracovníků a požadavků na ně kladených; procesy.

U každého dílčího indikátoru<sup>48</sup> je uveden popis týkající se zvláště DOZP 1 a DOZP2, vždy doplněn stručným shrnutím.

### 5.1 Indikátory z oblasti přímé práce s uživateli

Sledovanými dílčími kategoriemi je způsobilost k právním úkonům uživatelů pobytových služeb, oblast individuálního plánování, příprava na přechod do přirozeného sociálního prostředí/komunitní sociální služby<sup>49</sup>, dále pak vstup do komunitní služby a pracovní uplatnění uživatelů. Hlavním zdrojem informací pro tuto oblast byly rozhovory s respondenty, jež se zabývají zejména přípravou uživatelů na přechod do přirozeného prostředí, či pracují s uživateli v komunitní sociální službě; dále pak individuální plány uživatelů.

#### 5.1.1 Oblast svéprávnosti uživatelů sociální služby

V souvislosti s pobytovými službami se jedná v případě svéprávnosti<sup>50</sup> o zásadní téma, zejména co se týká počtu osob omezených ve svéprávnosti (dříve omezených či zcela zbavených způsobilosti k právním úkonům) v těchto zařízeních.

„Častým jevem současnosti je zbavení způsobilosti u lidí, u kterých to není potřeba a může u nich takové omezení vést až ke snížení kvality života. Pokud klienti nemají zachovanou alespoň částečnou právní samostatnost, může to vést k demotivaci a takové omezení může být i kontraproduktivní. Brání klientům v rozvoji dovedností a získávání zkušeností, v soběstačnosti a prohlubuje závislost na druhých osobách, což znemožňuje

---

<sup>48</sup> S ohledem na moderní trendy je jisté, že indikátorů by bylo možné stanovit více. S ohledem na rozsah práce byly vybrány pouze některé.

<sup>49</sup> V tomto směru je myšlena komunitní sociální služba Chráněné bydlení.

<sup>50</sup> Dle terminologie NOZ.



dosáhnout cíle sociální služby. Dovolí-li to stav uživatele služby, měl by poskytovatel sociální služby pamatovat také na možnost podání návrhu na navrácení způsobilosti k právním úkonům v přiměřeném rozsahu.“ (MPSV, nedatováno, s. 50, [on-line]).

Nový občanský zákoník (dále uváděno jako NOZ) pojímá omezení svéprávnosti již jako dočasné, nejdéle na dobu tří let. „K omezení svéprávnosti lze přistoupit jen v zájmu člověka, jehož se to týká, po jeho zhlédnutí a s plným uznáváním jeho práv a jeho osobní jedinečnosti. Přitom musí být důkladně vzaty v úvahu rozsah i stupeň neschopnosti člověka postarat se o vlastní záležitosti.“ (MPSV, nedatováno, s. 16, [on-line]).

Tento ukazatel si klade za cíl zjistit, kolik uživatelů služby je omezeno ve svéprávnosti, jakým způsobem poskytovatel pracuje s touto problematikou (před účinností NOZ, zda byly podány návrhy na přezkoumání)<sup>51</sup>, případně jakému počtu uživatelů byla svéprávnost upravena. V návaznosti na přechod do komunitní sociální služby, zda a jakým způsobem ovlivňuje omezení svéprávnosti tuto skutečnost z pohledu poskytovatele.

**DOZP 1** „*Před účinností „nového občana“ jsme u části uživatelů podávali podněty na navrácení způsobilosti tehdy ještě, vždycky to jakoby vyšlo z těch uživatelů, my jsme měli nějaké schůzky, kde jsme jim říkali, jako jsou na tom teď, jak by na tom mohli být, kdyby to bylo jinak a někteří z nich se teda rozhodli, že to zkusí. U pár uživatelů teda ten soud vydal rozsudek, že částečně vrátil tu svéprávnost, způsobilost, ale u hodně to jakoby zamítl na základě znaleckého posudku, který dělal teda psychiatr určený.*“ (R4, s. 4-5)

I přesto se v zařízení nachází velká skupina uživatelů, jež jsou omezeni ve svéprávnosti. Svěprávných je pouze šest, omezených ve svéprávnosti dvě stě.<sup>52</sup> Jelikož je DOZP 1 poskytovatelem služby Chráněné bydlení je na místě uvést, že z celkového počtu šestnácti uživatelů není nikdo svéprávný. Nabízí se otázka, jaká je spolupráce s opatrovníky, zejména těch uživatelů, kteří přešli do komunitní služby, především, jak na tuto skutečnost opatrovníci reagovali.

Respondent 1 k tomu dodává: „*myslím si, že tam nebyl problém, tady s tím, že by třeba nesouhlasili a tak (...) úplně jakože samozřejmě se opatrovníci někteří chtěli jít podívat, kde budou jejich uživatelé vlastně bydlet a teď to funguje úplně naprosto v pohodě, oni je třeba rodiče vozí domů přímo na ty byty, nebo na návštěvy chodí, tak (...) nemyslím si,*

<sup>51</sup> Dle NOZ po 01.01.2014 dochází u osob k soudnímu přezkumu zbavení/omezení způsobilosti k právním úkonům, který byl učiněn dle úpravy obsažené v OZ z roku 1964.

<sup>52</sup> Údaj vychází z aktuálního počtu uživatelů k datu zpracování TP, tj. 13.2.2015.

že tam byl problém.“ (R1, s. 5) Omezení svéprávnosti však představuje jisté limity. „Tak v určitých záležitostech se vždycky musíme obracet na opatrovníka, jo (...) i co se týče třeba finančních prostředků, nebo i co se týče lékařských zákroků, vždycky veškeré věci musí schválit opatrovník, takže možná asi tady v tomhle... no.“ (R1, s. 5)

K současné situaci v DOZP 1 se v Transformačním plánu zařízení uvádí: „U některých uživatelů bylo v minulosti požádáno o navrácení způsobilosti k právním úkonům, která jim byla částečně navrácena a mohou např. hospodařit se svými finančními prostředky, účastnit se voleb.“

**Shrnutí:** Zařízení v minulosti tuto oblast řešilo podáním návrhu o přezkoumání právní způsobilosti, u některých uživatelů bylo kladně vyhověno, i přes to se v zařízení nachází velká část uživatelů, kteří jsou omezeni ve svéprávnosti. Přechod uživatelů do komunitní sociální služby nepředstavuje pro opatrovníky výrazný problém, přesto omezení svéprávnosti znamená pro uživatele v běžném životě jistou restrikcí. Změnu, alespoň pro část uživatelů, by mohl přinést NOZ.

**DOZP 2** V minulosti bývalo běžné, že opatrovníky uživatelů pobytových služeb byli zaměstnanci zařízení, což je i případ DOZP 2.<sup>53</sup>

„Skutečnost byla taková, že opravdu jako většině těch klientů dělali opatrovníky zaměstnanci (...) My jsme v tom viděli i řadu výhod, postupem času jsme tady to odbourali, protože skutečně i s vyvíjející se legislativou už to nebylo možné...“ (R1, s. 3) Respondent 3 ke změně dodává: „tak první věc, co bylo, tak že se oslovili rodinní příslušníci a známí, o kterých jsme prostě věděli, že ještě nějakým způsobem fungují, nebo že je měli ti klienti v matriálech a ti se opravdu v několika vlnách obeslali a žádali jsme je, jestli by byli ochotni vykonávat funkci toho opatrovníka. V případě, že už to nebylo možné, nebo že už v té rodině nikdo nebyl, tak v té poslední fázi se žádala obec. Takže máme teďka poměrně dost klientů, kterým dělá opatrovníka obec.“ (R3, s. 4) K datu 20.3.2015 je v zařízení 119 uživatelů omezeno ve svéprávnosti, pouze 30 svéprávných.

---

<sup>53</sup> Z celkového počtu 179, bylo 18 způsobilých k právním úkonům, 1 částečně zbaven způsobilosti k právním úkonům, 160 zcela zbavených způsobilosti k právním úkonům. V předchozím období byly u 3 uživatelů podány návrhy o navrácení způsobilosti k právním úkonům, ve dvou případech nedošlo ke změně, u jednoho došlo k úpravě – částečně zbaven způsobilosti k právním úkonům. V počtu 63 byli opatrovníky zaměstnanci zařízení, v počtu 97 to byli rodinní příbuzní, přátelé uživatelů. (DOZP 2, Rozvojový plán 2009-2011).

O postoji opatrovníků k přechodu opatrovanců do komunitní sociální služby Respondent 4 sděluje: *„když klienti mají opatrovníka z rodiny, tak tam bývá dost velký problém, protože tihle opatrovníci s tím, jako ze začátku (...) většinou prostě nechcou. Protože je to pro ně jednodušší, když ten klient je v zařízení, tak od A do Z se o něho to zařízení postará. Když půjde klient na chráněný bydlení, tak tam přeci jenom už jsou tady určitou dobu sami, nebo jsou některý věci, který se musí vyřešit úplně, než v rámci zařízení. Takže oni mají pocit prostě, že, aby to zvládli, aby měli všechno, tak jak dřív měli (...) Takže my se jim snažíme vysvětlit, že děláme pro toho klienta vlastně dobře, my nechceme ubližovat, ale chceme, aby se vlastně fakt dostali mezi ty normální lidi a pak, když potom třeba ta rodina přijede, tak jsou strašně šťastní, když vidí, jak to prostě zvládají, tak vám ti rodiče třeba fakt děkují, že jsme je k tomu víceméně ne dotlačili, ale tak jako postupně jsme je přesvědčili, aby k tomu ten souhlas dali. Že jsou úplně i překvapeni, co ten klient dokáže, protože fakt bych řekla, že se i zlepšil oproti tomu zařízení...“* (R4, s. 6)

Může nastat i situace, kdy má opatrovník zcela jiný pohled na věc, což dokládá i negativní zkušenost DOZP 2, která se týká přechodu uživatele do sociální služby komunitního typu. Respondent 3 k tomu sděluje: *„máme jednu zkušenost s tím, že nám muž konkrétně nastoupil do individuálního bydlení do bytu v nedalekém městě, nebo teda... a žil tam nějakou dobu, myslím si, že ten jeho vývoj byl poměrně dobrý, je to zmapován jakoby v těch jeho plánech a v těch cílech, ale došlo tam k takové zvláštní situaci, kdy opatrovník toho muže prostě nabyl dojmu, že... z mého hlediska, že ta samostatnost je až taková, že se mu to přestalo líbit a že by se měl vrátit, aby mu bylo lépe (...) Nevím, jak to říct, aby to bylo vhodné... takže spíš to bylo na žádost toho opatrovníka. Bohužel ten muž je celkem pod vlivem toho opatrovníka poměrně dost, takže ani nijak se potom nebránil prostě tomu návratu.“* (R3, s. 3)

Uvedený příklad dokládá to, jak velký vliv může mít opatrovník a že ne vždy je postupováno v dobrém zájmu opatrovance. Z toho důvodu je nutné, aby se s oblastí právní způsobilosti, pokud to stav uživatele dovoluje, pracovalo. Podle Johnové (MPSV, 2012b, s. 35) *„náhradní rozhodování nemusí být pro osoby s postižením bezpečné a může ohrožovat jejich práva...“*

„Novým trendem v poskytování sociálních služeb je model podpory založený na maximálním využití schopností klienta a snaze ho zapojit do běžného života v jeho přirozeném prostředí. Také v oblasti opatrovnictví by se mělo ustupovat z tradičního

opatrovnického modelu, kdy opatrovník v zásadních věcech a právních úkonech rozhoduje za opatrovance, často bez jeho vědomí...“ (MPSV, nedatováno, s. 48, [on-line])

Nabytí svéprávnosti může do života uživatele vnést i jistá rizika, před kterými byl v ústavním zařízení „chráněn“. Respondent 4 k tomu sděluje: *„Tam je pouze problém ten, že by se... sice ano, jsou svéprávní, ale jakože, kdyby se naskytl nějaký člověk, tak se dají vcelku lehce zmanipulovat. Jako to si myslím, že určitě... že voni relativně svéprávní ano, ale když bude někdo a bude je chtít k něčemu navést, tak je tam k tomu dovede... Je to riziko, které by někdo jako mohl zneužít.“* (R4, s. 5). A dodává: *„Zas na druhou stranu je to pro ně daleko jednodušší, když jsou svéprávní v tom, že si opravdu o sobě můžou rozhodnout sami, jak by chtěli. Ohledně financí, ohledně lékaře, nebo že vlastně se dbá na to, že co vlastně oni by jako chtěli, tak přeci jenom... klientky, co mají opatrovníka, tak vždycky musí mít souhlas toho opatrovníka. V tom si myslím, že zas v tomhle jsou na tom líp, než tady tihle.“* (R4, s. 5)

**Shrnutí:** V případě DOZP 2 zásadní změna spočívá v osobě opatrovníka, tuto funkci dříve běžně vykonávali zaměstnanci zařízení, dnes jsou to zejména rodinní příslušníci a obec. Do jaké míry může omezení svéprávnosti, potažmo osoba opatrovníka, ovlivnit přechod uživatele do komunitní služby dokládá výše uvedená zkušenost. Je žádoucí intenzivní spolupráce, vysvětlování i přesvědčování. Důležité je si uvědomit, že svéprávnost v běžném životě může být pro uživatele z ústavního zařízení v určitých oblastech riziková, nutná je příprava a počáteční poskytnutí nezbytné podpory.

### 5.1.2 Individuální plánování

Plánování průběhu sociální služby by mělo vycházet zejména z potřeb a přání uživatele, zdůrazňovat jeho schopnosti a silné stránky, vše s ohledem na skutečnou míru potřebné podpory. Mělo by napomáhat k integraci uživatele, rozvíjet sociální dovednosti a schopnosti, podporovat využívání běžně dostupných služeb v komunitě apod.

*„Je velmi důležité, aby proces přechodu k nezávislému a komunitnímu bydlení byl v souladu s individuálním plánem a bral v úvahu individuální preference.“* (Common European Guidelines, dále uváděno jako CEG, 2012, s. 132). Plány mohou posloužit jako dobrý nástroj pro plánování přechodu do přirozeného prostředí a v komunitní službě pro nácvik a zdokonalování se v určitých oblastech. Jejich hodnocení pak poskytne reálnou zpětnou vazbu o tom, kam až se daný uživatel ve svých schopnostech posunul a jakou oblast je naopak potřeba posílit.

Tento ukazatel má za cíl zjistit, zda jsou plány zejména těch uživatelů, kteří se připravují na přechod, nebo již žijí v komunitní sociální službě, v souladu s jejich potřebami tzn., zda dochází k rozvoji jejich schopností a dovedností potřebných pro samostatný způsob života.

**DOZP 1 S** individuálním plánováním začalo zařízení kolem roku 2006 a tehdy měly plány zcela jinou podobu, než je tomu dnes.

Respondent 4 vysvětluje: *„tenkrát to bylo hodně zaměřené na výchovu, tenkrát ty plány vytvářela vedoucí výchovy, s tím, že já jsem jí pomáhal s nějakýma věcmi, ale hlavní slovo měla ona a bylo to rozdělené do deseti oblastí a teď tam byla nějaká smyslová výchova, nebo motorika. Bylo to prostě rozdělené do nějakých výchovných oblastí... a mám pocit, že tenkrát se tam nějak nebral zřetel na to, co by chtěl ten uživatel, ale spíš se rozvíjeli věci, které viděli pracovníci, že by bylo potřeba u uživatelů rozvíjet.“* (R4, s. 4). Plány byly rozděleny do následujících oblastí – úroveň sebeobsluhy/hygienické návyky; zájmy a záliby; motorika; vnímání; komunikační schopnosti/způsob a úroveň dorozumívání; paměť/rozumové schopnosti; emocionalita/charakterové vlastnosti; vzdělávání/výchova (DOZP 1, Individuální plány uživatelů).

### **Příklad I:**

Klient č. 1, rok narození 1979, příspěvek na péči ve stupni II, v DOZP 1 od roku 1982.

Zpočátku pobýval ve výchovné skupině, od prosince 2001 žil v bytě, který byl součástí areálu zařízení a kde se postupně osamostatňoval, rozvíjel své schopnosti a dovednosti. V IP z roku 2006 je cílem *„Podporovat jeho zájem o vyšívání a paličkování – bude tím podpořen i rozvoj jeho jemné motoriky“* (DOZP 1, IP Klienta č. 1, oblast Zájmy a záliby, rok 2006), dále *„využít velkého zájmu o výpomocnou práci v ústavní dřevodílně – zatloukání hřebíčků do řady, řezání latěk s vyznačenou částí k řezu apod.“* (DOZP 1, IP Klienta č. 1, oblast Motorika, rok 2006). V IP z roku 2007 je jeho osobní cíl definován následovně: *„Chtěl bych si našetřit na DVD“*. (DOZP 1, IP Klienta č. 1, Osobní cíl, rok 2007). Plán z roku 2009 obsahuje následující osobní cíl: *„Přál bych si pracovat s internetem a naučit se i další věci – četovat, Emajli.“* (DOZP 1, IP Klienta č. 1, Osobní cíl, rok 2009).

V červenci 2012 se Klient č. 1 přestěhoval do tzv. Tréninkového bydlení, které bylo zřízeno v rámci areálu DOZP 1 a které slouží pro přípravu uživatelů na přechod do komunitní služby. V osobním profilu Klienta č. 1 je uvedeno: *„Chtěl bych se naučit větší samostatnosti.“*

*Rád bych se po čase, až se tady všemu naučím, šel bydlet mimo DOZP 1. Spoustu věcí umím, ale hodně se jich musím ještě naučit. Proto se učím prát, žehlit, vařit, nakupovat větší nákupy (třeba maso, uzeniny, různé mléčné výrobky) to moc neovládám (...) V týdnu navštěvuji stolařskou dílnu. Chodím také na brigády na Kulturní dům (...) Často chodím na vycházky do města (...) Jezdím sám také k tetě do XX (vzdálené město). (...) Mám svůj notebook.“*  
(DOZP 1, Osobní profil Klienta č. 1, rok 2012)

Od března roku 2013 žije v bytě ve městě (součást služby Chráněné bydlení). V osobním profilu Klienta č. 1 se uvádí: *„Máme krásný dvoupokojový byt (...) Učím se tady větší samostatnosti (...) Na bytě si vaříme každý den snídani a večere a o víkendu také obědy (...) V týdnu navštěvuji stolařskou a v odpoledních hodinách také keramickou dílnu. Chodívám také na brigády na Kulturní dům (...) Nacvičovaná oblast: Příprava obědů a teplých večeří.“* (DOZP 1, Osobní profil Klienta č. 1, rok 2014)

Od 1.1.2015 má Klient č. 1 uzavřenou DPČ s DOZP 1 (na dobu určitou do 31.12.2015), konkrétně se jedná o údržbářské práce truhlářského charakteru např. montáž a demontáž skříňového nábytku, údržba zeleně v letních měsících (DOZP 1, Osobní složka Klienta č. 1, součást IP).

Respondent 1 k individuálnímu plánování v rámci služby Chráněné bydlení dodává: *„individuální plány, oni se zajímají o ty činnosti, které vlastně, když to tak řeknu... nacvičují v rámci toho chráněného bydlení, takže někteří si dávají svoje osobní cíle, třebaže se chtějí naučit cestovat někam do města, jo. Spíš je to teda jakoby s tím duchem toho chráněného bydlení, jako jo (...) Někteří mají svoje osobní cíle třeba, že si chtějí pořídit nějaké věci pro svoji osobní potřebu...“* (R1, s. 4)

S ohledem na míru postižení, věk, individuální schopnosti a dovednosti, zájmy, přání apod. se odvíjí to, jak jsou IP zaměřeny a jak jsou nastaveny osobní cíle. V IP uživatele s dg. těžká mentální retardace, IV. stupeň příspěvku na péči, z roku 2007 je stanoven následující Osobní cíl: *„Navázání kontaktu, projevení zájmu o okolí, hračky. Procvičování jemné motoriky rukou – držení, úchopy, podávání. Vzhledem k postižení cíl stanoven oš. personálem“*. V osobním profilu téhož uživatele je uvedeno: *„Za příjemného počasí pobývám na vozíku na balkoně (...) Je mi nabízen poslech relaxační hudby, poslouchám hru na kytaru (...) navštěvuji vedlejší pokoje...“* (DOZP 1, Osobní profil, 2014)

Respondent 5, který pracuje s těžce postiženými uživateli, k tomu dodává: „*když ho vezmu na procházku je to pro něho lepší, než... tak takhle se snažíme, nebo aspoň do té perličkové koupele ho vzít, aby aspoň (...)* My se snažíme, aby byla ta změna, aby vyšli z toho oddělení, pokud to je jenom teda trochu možné...“ (R5, s. 3)

Do IP musí být zapojeny rovněž osoby s těžkým postižením, pro které je důležitá změna prostředí, střídání vjemů, sociální kontakt apod. IP se netýká pouze „těch schopnějších“ uživatelů, nýbrž všech, a proto má svůj význam i pro práci s uživateli s těžkým stupněm zdravotního postižení.

**Shrnutí:** U Klienta č. 1 je možné sledovat jeho vývoj, který vychází z IP – od paličkování a vyšívání, přes práci na PC, směrem k pobytu v komunitní sociální službě a zaměstnání. V jeho případě se jednalo o postupný vývoj, s podporou určitých oblastí, tak aby byl schopen obstat v běžném životě. Z předložených IP byl vybrán i plán uživatele s přiznaným IV. stupněm příspěvku na péči, u kterého bylo zjištěno, že DOZP 1 s tímto uživatelem na IP pracuje.

**DOZP 2** V interním dokumentu zařízení se uvádí, že „*S osobními cíli se v zařízení začínalo pracovat od roku 2004 při I. členění klientů do oddělení. Byla vedena dokumentace a v ní zmapovány dovednosti a možnosti. V návaznosti na to bylo zahájeno plánování služby tak, aby docházelo k získání určitých dovedností – uvařit si čaj, kávu atd. V rámci uplatňování standardů byl stanovený pracovní tým, jehož cílem byl zejména úzký kontakt s klientem, a to tak, aby stanovení osobních cílů skutečně vycházelo z požadavků a potřeb klienta. Funkcí klíčového pracovníka bylo pověřeno celkem 32 zaměstnanců...*“ (DOZP 2, nedatováno, Rozvojový plán).

Respondent 4 vysvětluje: „*jejich první cíle byly takový jakože... něco bych si chtěl koupit, někam bych se chtěl podívat, jo, tohle byly jejich cíle, co by vlastně chtěli a teď vlastně postupem času, vlastně oni, jejich cíle, cíl je chtěl bych být sám, chtěl bych se osamostatnit, chtěl bych žít jak normální v uvozovkách... jako lidi, jo. Fakt se o sebe starat a dokázat sám jako samostatně bydlet. To se u nich opravdu posunulo, ne u všech, ale jako hodně jich jako takto přemýšlí...*“ (R4, s. 3)

Pro konkrétní představu jsou následně uvedeny cíle z roku 2003 jednoho z uživatelů DOZP 2: „*Výchovný cíl říjen: Zaměřily jsme se na cestování; byly jsme v XX (nedalekém městě) na večeri spojenou s návštěvou mše svaté. V obchodě jsme objednaly věnečky na hrob.*

*Klientka XY oslavila X-té narozeniny, ve spolupráci se sestřičkou upekly řezy, udělaly obložené chlebičky a pozvala kamarády na oslavu (...) Výchovný cíl - listopad: Klientka XY drží redukční dietu, potřebuje snížit svoji hmotnost. Proto se nevyhýbá žádné rozcvičce, chodí též na rehabilitační cvičení. Snaží se v mezích možností udržovat pořádek v kuchyňce a ve svém pokojíčku. Bezproblémová. Ráda si chodí popovídat s p. farářem a na mši.“ (DOZP 2, Individuální plán uživatele XY, rok 2003).*

## **Příklad II:**

Klientka č. 1, rok narození 1946, příspěvek na péči ve stupni I, v DOZP 2 od roku 1981.

V prosinci 2012 si podala Klientka č. 1 Přihlášku pro zájemce o bydlení v tzv. individuálním bytě, jako důvod byl uveden: „*Chtěla bych bydlet se svou kamarádkou X a Y*“. Od ledna 2013 žije v bytě spolu s dvěma dalšími uživateli. V době nástupu do bytu byl stanoven tento cíl: „*Získat dovednosti k samostatnému způsobu života*. V plánu Klientky č. 1 byly stanoveny tyto dílčí cíle na 12/2013: „*pokračovat v samostatných nákupech, pokračovat v tvorbě jídelníčků, pokračovat v hospodaření s přidělenou částkou, příprava na vánoční svátky – pečení vánočního cukroví, výzdoba, nákupy vánočních dáreků (...) Podařilo se: Nakupovat Klientka č. 1 chodí ve dvojicích, sama si nevěří. Brán ohled na její věk. Sestavování jídelníčku děláme společně. Hospodaření s finanční částkou Klientka č. 1 moc nechce, protože má dojem, že jí ošidí a moc si nevěří...*“ (DOZP 2, IP Klientky č. 1, rok 2013). Dílčí cíle na 6/2014: „*prohlubovat dosažené dovednosti, zvládnout přípravu složitějšího oběda, pokračovat v procvičování zamykání a odemykání dveří (...) Podařilo se: procvičujeme zamykání i odemykání dveří. Zevnitř bytu se nám daří, jak zamykat, tak odemykat, ale z venku Klientce č. 1 nejde odemknout, protože tam není klika, ale kula* (DOZP 2, IP Klientky č. 1, rok 2014). „*Vyjádření uživatele k plánovanému cíli: (prosinec 2014) Chci být samostatná, jak to půjde podle mých možností k mému věku.*“

**Shrnutí:** IP uživatele, který žije v bytě, s podporou pracovníků, je zaměřený na vykonávání běžných činností – samostatné nákupy, zamykání/odemykání dveří aj. Díky IP je možné mapovat oblasti, ve kterých potřebuje uživatel větší podporu pracovníků, na co je potřeba se v individuálním případě zaměřit. V porovnání s IP z roku 2003 je možné sledovat postupný vývoj, dříve byla práce s uživateli zaměřena spíše na zážitky v podobě výletů, sociální kontakt apod.



### 5.1.3 Praktická příprava uživatelů na přechod

„Někteří lidé žijící v ústavech neměli příležitost rozvíjet své základní dovednosti, které jsou nezbytné pro jejich každodenní život, případně je v důsledku institucionalizace ztratili. Je proto užitečné jim před odchodem z ústavu pomáhat při rozvoji těchto dovedností každodenního života.“ (CEG 2012, s. 135) V takovém případě, je na místě uživatele podpořit v nábviku běžných činností jako je např. nakupování, praní a žehlení, nakládání s financemi apod.

Daný indikátor má ověřit, zda poskytovatel připravuje uživatele na přechod do přirozeného sociálního prostředí/komunitní služby, v čem konkrétně příprava spočívá a jakým způsobem je zajišťována.

**DOZP 1** Zařízení má od roku 2010 v provozu tzv. Tréninkové bydlení, které se nachází v areálu zařízení a jehož hlavním účelem je připravit uživatele služby na samostatný život v přirozených podmínkách. Kapacita tzv. Tréninkového bydlení je 10 uživatelů.

Respondent 3 sděluje: „*Tréninkové bydlení projekt jsme začali psát někdy v roce 2008, 2009 a tam už jsme přemýšleli i nad tím, že by uživatelé přecházeli do budoucna buď do jiných chráněných bydleních anebo že bychom časem se pokusily ty byty, potažmo chráněné bydlení zřídit také...*“ (R4, s. 1) Dříve, než projekt vznikl, byly v zařízení byty tzv. chráněné bydlení, v rámci kterých byla podporována samostatnost uživatelů. Výroční zpráva z roku 2004 uvádí, že: „*V areálu ÚSP je vyčleněna bytová jednotka pro bydlení pod dohledem pro čtyři klienty. Tato forma bydlení vede k větší samostatnosti a odpovědnosti klientů.*“ (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2004). Respondent 5 k tomu dodává: „*tak jak se teď hodně prosazuje to, aby se zařazovali do života, si myslím, že to byl udělaný první krok...*“ (R5, s. 2)

Účelem tzv. Tréninkového bydlení je „*aby se uživatelé naučili samostatně pracovat, běžné činnosti denní, jo (...) Aby se zapojili do normálního života, většinové společnosti. Takže se tam učí prát, žehlit, uklízet, vařit, nakupovat, samostatně cestovat, jo (...) Hospodařit s penězi a veškeré tady tyhle nácviky tam provádíme, aby byli uživatelé schopni se vlastně o sebe postarat...*“ (R1, s. 2) a dále k tomu dodává „*protože na oddělení mají vlastně ten denní režim úplně odlišný než na tom tréninkovém bydlení a veškeré služby a tady tyhle činnosti se tam vlastně... osvojují třeba jenom v rámci kroužku, což není tak často. Tam se třeba učí jenom vařit, někde v kroužku, ale třeba praní, žehlení, to jim vlastně poskytuje prádelna...jo, tady tuhle službu. Takže s tímto vlastně nedojdou vůbec do kontaktu.*“ (R1, s. 2)

Je zřejmé, že v ústavním zařízení nepřijdou uživatelé do kontaktu s běžnými každodenními činnostmi, které by museli/mohli sami vykonávat, protože řadu z toho za ně udělá personál. S přihlédnutím k individuálním schopnostem každého uživatele, motivaci pro přechod, míru postižení atd. dochází i k situacím, kdy se uživatelé z přípravné fáze na přechod vrací zpět do původní služby.

Respondent 1 k tomu dodává: *„když tam přijdou uživatelé, kteří zjistí, že vlastně třeba to tréninkové bydlení třeba vůbec není pro ně, tak se samozřejmě můžou vrátit zpátky na oddělení.“* (R1, s. 2) Respondent 4 sdělení doplňuje *„někteří už cítí takový ten tlak na svoji osobu, že z toho třeba tréninkového bydlení se raději vrací zpátky na oddělení. Jo, že těch povinností je na ně moc.“* (R4, s. 2) Respondent 5 dodává: *„i se stalo, že zkusili a vrátili se zpět na oddělení, protože ona ta představa...té jak kdyby, já nevím, té volnosti, nebo budu moct jít, kam chci nebo... zastínila to, že taky budu muset něco dělat pro to, že já nevím... řeknu třeba namazat si chleba, nachystat si oběd, ono... to je něco s čím oni v životě nepřišli do styku, když to tak vezmete. Od malička jim to bylo nachystáno, tak nějaká představa toho, že já si tu paštiku musím jít koupit...“* (R5, s. 2)

Ne vždy se setká představa uživatele o svobodném životě mimo zařízení, s realitou všedního dne a s tím co je jeho přirozenou (povinnou) součástí.

Je nutné rovněž uvést zkušenost z DOZP 1, že: *„většina těch uživatelů z první várky už je na chráněném bydlení, tak na DOZP už přichází...na tréninkové bydlení už přichází uživatelé, jejichž schopnosti již nejsou na takové úrovni, aby takové věci zvládali.“* (R4, s. 2)

K přechodu do komunitní služby Respondent 3 dodává: *„v této době, provádíme tzv. audit uživatelů, kdo z uživatelů je schopný jít ještě na chráněné bydlení. Protože problém je ten, že uživatel mentálně na to má, ale v kombinaci se zdravotním problémem/my, a to je hlavně epilepsie a diabetes, tak zde už nastává problém, na kolik je schopný sám zvládnout, anebo i sám ten uživatel chce jít zpět.“*(R3, s. 1)

Zde vyvstává otázka, kolik uživatelů z původního zařízení bude ještě moci přejít do komunitní sociální služby, potažmo přirozeného sociálního prostředí? „Do vlastního bydlení s terénní sociální službou mohou jen lidé s nižším stupněm postižení, protože lidé s těžším postižením by to, jak se říká, „nezvládli“ (MPSV, 2012b, s. 35) Jedná se o „trend“, kdy jsou uživatelé rozdělováni do různých forem služeb dle stupně jejich postižení.

**Shrnutí:** První byt pro „samostatné bydlení“, který byl součástí areálu zařízení, byl v provozu již kolem roku 2004. Uživatelé dostali prvotní příležitost učit se samostatnosti. Přirozeným vývojem pak vzniklo tzv. Tréninkové bydlení, které se nachází rovněž v zařízení, avšak nabízí uživatelům zcela jiný denní režim a usiluje o nácvik běžných činností, tak aby byli uživatelé schopni přejít do komunitní služby a fungovat jako většinová společnost. Poznatkem DOZP 1 je fakt, že ne všichni uživatelé zvládnou nároky, které příprava na přechod obnáší a v některých případech se vrací zpět do služby DOZP. Nutno podotknout, že do tzv. Tréninkového bydlení jsou vybíráni „schopnější“ uživatelé, u kterých je předpoklad, že zvládnou adaptaci na přirozené prostředí. Na přechod do přirozeného sociálního prostředí/komunitní sociální služby nejsou připravováni uživatelé s těžkým stupněm postižení.

**DOZP 2** Od roku 2002 probíhala příprava vybraných uživatelů v oblasti samostatnosti a sebeobsluhy a to díky rozsáhlé rekonstrukci budovy A, kde došlo k účelnému využití prostor, které umožňovaly, aby si uživatelé vyzkoušeli, vše, co patří k běžnému životu např. zhotovení hlavního jídla, práci s elektrickými spotřebiči aj. (DOZP 2, nedatováno, Interní dokument Současnost).

Respondent 4 sděluje: „to bylo tak, že klienti vlastně se začali učit takové větší samostatnosti, než tomu bylo dřív, že vlastně jsme je nejdříve začali učit, že jako příprava snídání, pak teprve se potom postupovala pomalinku, že třeba jednoduchý moučník a takovým stylem. Potom se občas už začal vařit i oběd, vždycky byla skupinka klientů, se kterýma ten den se vlastně vařilo a takhle se vlastně učili tady ten chod domácnosti. Učili jsme je používat mikrovlnou troubu, učili jsme je používat rychlovarnou konvici, aby dokázali zapnout myčku, pračku... vlastně obsluha těch elektrospotřebičů, to taky jakoby následovalo. Bylo tam i to, že jsme je učili na samostatné vycházky, že dřív vlastně to tak nebyvalo, protože klienti chodili pouze s doprovodem.“ (R4, s. 2) a dále uvádí „v rámci DOZP 2 byli vytipováni klienti, kteří vlastně měli ty své mentální schopnosti i dovednosti na takové úrovni, že byl předpoklad, že by mohli do chráněného bydlení, aniž by se o chráněném bydlení ještě mluvilo.“ (R4, s. 2)

S přípravou na samostatný život souvisí také schopnost nakládat s financemi a pohyb mimo areál zařízení, což nebyvalo uživatelům v minulosti zcela běžně umožněno. S finančními prostředky disponoval např. sociální pracovník zařízení a uživatelé ti „šikovnější“ mohli opustit zařízení za určitých podmínek. „Od roku 2001 zahájen program kapesné a také propustky. V návaznosti na stávající stav v roce 2000 to byl výrazný posun

*v přístupu ke klientům. Klienti mají podle svých schopností a dovedností možnost vycházet ze zařízení na propustku a je jim tak umožněn volný pohyb po obci. Tohoto způsobu vycházek mají možnost využívat klienti, kterým to jejich fyzické a psychické možnosti dovolují...“ (DOZP 2, nedatováno, Rozvojový plán)*

Aby nedocházelo k přípravě uživatelů bez možnosti přechodu do navazující služby – v podobě samostatného bydlení, je nutné, aby poskytovatel tento přechod buď zprostředkoval či zajistil vlastními silami.

Respondent 3 dodává: *„nebylo dáno, že by byl prostě... striktně nějaký projekt jakoby nějakého chráněného bydlení, nebo něčeho, ale v zásadě už jsme se začali připravovat na to, že samozřejmě nemá smysl ty klienty učit něco naplano, že by to mělo mít nějaký výstup (...) Takže už někdy, mám pocit v roce 2007 se začli rozpracovávat materiály tady k tomuto a mezitím se s těma klientama teda pracovalo.“ (R3, s. 2)*

Začátkem roku 2014 bylo v zařízení vybudováno tzv. oddělení pro přípravu na chráněné bydlení (DOZP 2, nedatováno, Interní dokument Současnost).

Respondent 3 k tomu dodává: *„Je to vlastně opravdu samostatné oddělení, kde mají klienti své pokoje, žijí tam v takové komunitě i s muži“ a doplňuje „je to vyčleněná skupina, ze které se potom budou vyťahovat ti klienti prioritně do těch bytů, které třeba připravujeme.“ (R3, s. 2) Uživatelé jsou v rámci oddělení připravováni i na takové situace, které je v reálném životě mohou potkat. „My v rámci té přípravy se učíme i takové záležitosti s těmi klienty, jako je reakce na situace, na které nebyli zvyklí, tzn., zatelefonuje člověk, který něco nabízí, osloví je na ulici člověk, který jim chce nabídnout nějaký úžasný zboží...“ (R3, s. 5)*

Faktorem, který může mít výrazný vliv na samotnou přípravu uživatele je jeho věk. Respondent 4 uvádí: *„Čím je to mladší klient, je to jednodušší. Už jenom to, že se líp učí nové věci, že tady u těch starších klientů jde spíš o to, abyste (...) Ano, něco je naučíte, ale je tam určitej strop, po kterej můžete jít. Pak už to třeba fakt vidíte, že to nejde.“ (R4, s. 6).*

V jednom z bytů, které DOZP 2 pronajímá pro své uživatele je průměrný věk obyvatel 63,7 let. (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2013). Respondent 4 k tomu dodává: *„ale je to fakt o tom, že oni se navzájem naučili si pomáhat, mezi sebou ti klienti, jo že. Já bych řekla, že v tom zařízení jsou tak spíš sami jako pro sobe trošičku, jak kdyby sobci a tady je*

*učíte, že musijou... že by měli být jako dohromady a musí si navzájem pomoci“ a doplňuje „že je učíte, že když nedosáhnu někam, tak prosím tě, pomoz mi, uděláš to?“ (R4, s. 6)*

V reálném životě nastanou situace, se kterými uživatelé během pobytu v zařízení nepřišli do přímého kontaktu, je na nich samotných, jak se s novými věcmi zvládnou vyrovnat, byť za podpory personálu.

**Shrnutí:** DOZP 2 podporovalo uživatele v nácviku sebeobslužných úkonů již od roku 2002. V této době začal fungovat systém tzv. propustek a kapesného, tedy vybraní uživatelé mohli opouštět za určitých podmínek zařízení a nakládat se svými financemi. Rekonstrukcí jedné z budov byly uzpůsobeny prostory pro nácvik manipulace s elektrospotřebiči, přípravu stravy apod. Kolem roku 2007 začala být připravována koncepce oddělení, které by bylo zaměřeno na přípravu uživatelů na přechod do komunitní služby, toto oddělení bylo vybudováno v roce 2014, ale již před tím určitým způsobem fungovalo. Uživatelé jsou na oddělení vybíráni, pokud mají zájem, mohou přejít do komunitní sociální služby.

Přirozeně se novým věcem lépe učí mladší lidé, ale i vysoký věk nemusí být překážkou pro to, aby se člověk přizpůsobil zcela novému prostředí a dennímu režimu, což dokazuje praxe DOZP 2 s přechodem uživatelů vyššího věku do samostatného bytu.

Otázkou je také to, zda je vhodné, aby se připravovali uživatelé přímo v zařízení, byť se jedná o vyčleněné oddělení. Za předpokladu, že je zde zcela odlišný denní režim, než ve stávající službě, personál k uživatelům přistupuje jinak – ve smyslu podpory, nikoliv péče, pak snad ano.

Na závěr uvedu příklad, který je důkazem toho, jak důležitou roli hraje příprava. Jedná se o osobní zkušenost Respondenta 5 z DOZP 1.

*„...než jsem začala pracovat tady (...) pracovala jsem ve XX (nedaleká obec) v domě s pečovatelskou službou, starala jsem se o seniory a byly tam dva byty, které byly sociální a v době, kdy jsem tam pracovala asi třetí rok, tak tam přišel chlapec tady z tohoto zařízení, nabyt svéprávnosti a umístili ho ve XX (nedaleká obec) do toho bytu a já jsem ho dostala na starosti. A... my jsme na to byli absolutně nepřipraveni, ale to jsem pochopila, až jsem začala pracovat tady a až jsem začala pracovat tady, tak jsem se mu i omlouvala, protože mně to přišlo, že mě děsně zneužívá... budu mu říkat třeba Honzo, jo (smích). Tak*

*Honzo ve víkend si uděláš to a to, já ti koupím... to si ohřeješ. No slovo ohřeješ pro něho... rozumíte mně... já jsem to nechápala, já si říkala, vždyť on si neumí ani párek ohřít, to nemyslí vážně. No tak dáš do kastrólku vodu, dáš to tam, a jak to začne bublat, no ale pro něho... ani to jak dlouho to má bublat, pro něho i polívka z pytlíku, to byl hrozný problém... já jsem bydlela kousek od toho, tak on samozřejmě vždycky došel a... prosím... Tak já jsem šla a udělala. Jsem si říkala, to snad není možný, on se to v životě nenaučí. Takže až jsem začala pracovat tady v tomto zařízení, tak jsem si říkala, no tak... on na to nebyl vůbec připravený.“ (R5, DOZP 1, s. 6-7)*

#### **5.1.4 Vstup do komunitní sociální služby**

„Dostupné studie obecně potvrzují, že pokud jsou poskytovány vysoce kvalitní komunitní služby, většina uživatelů péče, kteří byli dříve umístěni v institucích, jasně upřednostňuje komunitní péči a projevují velkou míru osobní spokojenosti a sociálního začlenění...“ (Evropská společnost, 2009, s. 13)

Každý máme právo zvolit si své místo - náš domov, které nám přinese pocit bezpečí a jistoty, v kterém budeme obklopeni lidmi, na kterých nám záleží a kam se budeme rádi vracet. Totéž platí i pro uživatele pobytové (ústavní) služby; mají právo zařízení opustit a najít „svůj domov“ např. i v komunitní sociální službě.

Indikátor si klade za cíl zjistit, zda poskytovatel plánuje a realizuje přechod svých uživatelů ze stávajícího zařízení do přirozeného sociálního prostředí/komunitní sociální služby a jaké možnosti k tomu využívá. Dále pak zjistit počet uživatelů, kteří již žijí mimo původní zařízení.

**DOZP 1** V lednu roku 2012 došlo k pronajmutí prvního bytu v centru města pro tři uživatele. Bylo nastaveno financování, vybavení bytu, které bylo zajištěno ze sponzorských darů, byly zpracovány dokumenty a zabezpečeno personální zajištění. (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2012). Respondent 4 sděluje: „*teprve potom, když jsme zjistili, že to jde, tak jsme se dohodli se zřizovatelem na pronájmu dalších.*“ (R4, s. 3). V roce 2013 byl pronajat další byt, rovněž v centru města, pro tři uživatele.

V Rozvojovém plánu na období 2013-2016 je uveden následující záměr: „*Pronajímat pro své uživatele byty v běžné městské zástavbě. V rámci možností, které má zařízení k dispozici, se snaží umožnit alespoň části uživatelů, kteří se na co nejvíce samostatný*

*život připravovali v rámci tréninkového bydlení, bydlet mimo areál DOZP 1 jen s minimální nutnou podporou pracovníků.“*

V současné době má DOZP 1 v pronájmu celkem 6 bytů. Čtyři z nich jsou přímo v centru města, další dva jsou situovány v sídlištích, v okrajových částech města. Všechny byty jsou bariérové. Byty tvoří celkem 11 pokojů, z toho 6 jednolůžkových pokojů, 5 dvoulůžkových. (DOZP 1, 2015, Transformační plán). Od ledna 2015 je poskytovatelem zajišťována služba Chráněné bydlení.

Respondent 4 sděluje: *„z tréninkového bydlení odešlo těch šestnáct uživatelů, kteří jsou v našem chráněném bydlení, potom odešli další dva nebo tři do jiných komunitních služeb. Dva šli do chráněného bydlení sv. Michaela v Brně a jeden odešel do chráněného bydlení, které má zřízeno občanské sdružení Proutek v jižních Čechách...“* (R4, s. 2) Již v minulosti odešlo několik uživatelů z DOZP 1 do komunitní služby anebo zpátky do rodiny, nejedná se však o vysoká čísla, např. v roce 2007 odešli dva uživatelé do „domácí péče“ a jeden do jiného zařízení (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2007).

Co se týká hledání možností bydlení vhodného pro uživatele, tak Respondent 3 sděluje: *„máme vynikající spolupráci s realitní kanceláří XX (uvádí název RK), takže využíváme na to tu realitní kancelář. Takže tady touto cestou.“* (R3, s. 4)

Pokud jde o zájem ze strany uživatelů o bydlení mimo původní zařízení, pak Respondent 4 udává: *„Pro ně je to něco nového, a všechno co je nové, nějakým způsobem láká. Ti uživatelé, kteří jsou teď na bytech na chráněném bydlení, tak o tom vcelku rádi vykládají a samozřejmě zvýrazňují ty výhody tzn., že můžou jít večer ven, zajdou si na pivo, nebo do cukrárny, nebo takhle, mají t blízko do města, nemusí chodit přes ten nadjezd a tím pádem to láká i ty ostatní, takže když je výběrové řízení na volná místa v bytech, tak se tam hlásí poměrně dost uživatelů, ale zase narážíme na to, že občas se tam dostane uživatel, který to po krátké době vzdá. Protože zjistí, že to není to, co si představoval. Takže zájem je velký, možná by byl menší, kdyby si dokázali uvědomit, co to po nich všechno bude vyžadovat.“* (R4, s. 3)

Nabízí se otázka, zda by uživatelé nechtěli využít jiné komunitní služby, třeba i mimo okres. K tomu Respondent 4 sděluje: *„Dělali jsme ty dotazníky míry nezbytné podpory a tam se vlastně řešila ta otázka, takže část uživatelů, která byla schopna pochopit, na co se jich ptáme, tak se vyjádřila, ale většina chtěla zůstat tady v okolí, ale měli jsme teda pár*

*cestovatelů, kteří tu už teda nejsou, protože si přáli odejít někam pryč, viz ty jižní Čechy, Brno atd., nebo Olomouc dokonce. Takže ty už jsou pryč. Ale myslím si, že většina je nějak fixována tady na toto okolí.“ (R4, s. 11) S tím také souvisí dostupnost komunitních sociálních služeb, na území kraje je celkem 17 služeb Chráněného bydlení s kapacitou 228 lůžek.*

Co se týká nastavení služby, Respondent 1 uvádí: *„Ono se to zas až tak moc neliší od toho tréninkového bydlení, jenom v tom, že jsou vlastně ve městě, ale ten duch té služby je dá se říct pořád stejný, jako jo, nebo téměř jo, tady třeba ten pracovník je delší dobu a tam už spíš funguje ten telefonický kontakt. (...) Naši uživatelé i z tréninkového i z chráněného bydlení využívají služby ve městě, i co se týče třeba pedikúry, ošetření nohou, kadeřníka... tady tohle všechno využívají mimo DOZP 1.“ Představa o způsobu zajištění služby do budoucna je dle Respondenta 1 následující: *„že by třeba ten den nebo dva už zvládli bez těch pracovníků a byli by třeba jenom na tom telefonickém kontaktu s tím pracovníkem, což by bylo úplně super jako někde se to už podařilo, že ten už zvládli sami, a to si myslím, že by to bylo úplně perfektní. Protože oni pořád tak nějak si říkají... ano vy ste tady a my jsme rádi, že jste tady... pořád tam mají ty ochranné křídla a vědí, že tam jsme a vědí, že tam nejsou sami.“ (R1, s. 6)**

V souvislosti se spokojeností uživatelů Chráněného bydlení Respondent 1 sděluje: *„vidím i na nich samotných, že mají z toho velmi dobrý pocit, když se přestěhovali i když třeba nevěděli, co od toho mají očekávat a byli takový trošku na vážkách, teď si myslím, že jsou nadšení. Máme třeba tři uživatele, kteří jsou nově přestěhovaní na bytě ve městě a taky byli takoví spíš, že neví, co je tam čeká a kdo ví, jak to všechno bude a teď jsou úplně nadšení. Nevrátili by se zpátky (smích).“ (R1, s. 8)*

**Shrnutí:** První byt zařízení pronajalo v roce 2012, jelikož se tato zkušenost osvědčila, byl v roce 2013 pro uživatele pronajat další byt. V současné době má zařízení pronajatých celkem 6 bytů, ve kterých žije 16 uživatelů. V minulosti zařízení opustilo několik málo uživatelů, kteří přešli do jiné (komunitní) služby, nebo do domácí péče. Z důvodu chybějící komunitní sociální služby v okrese, se poskytovatel rozhodl registrovat službu Chráněné bydlení, která je určena pro uživatele zařízení.

**DOZP 2** V roce 2012 se podařilo zajistit byt pro dva uživatele DOZP 2, jednalo se o manželský pár, který žije ve stejné obci, ve které se nachází původní zařízení. V roce 2013 bylo ubytováno mimo původní zařízení dalších deset uživatelů. V současné době má



DOZP 2 v pronájmu 5 bytů<sup>54</sup>, z toho jeden se nachází v nedalekém městě, zbývající jsou ve stejné obci jako zařízení.

Než došlo k pronajmutí prvního bytu, tak tomu předcházela dlouhodobá příprava, Respondent 1 k tomu dodává: „*Ta příprava vlastně spočívala zase někdy od toho roku 2002, kdy my jsme začínali s kapesným, kdy my jsme začínali s vycházkami, kdy my jsme měnili přístup k těm klientům...*“ a dále sděluje „*Tady jsou lidé, kteří jsou těžce postižení a jsou tady lidé, kteří by tady nemuseli být. A toho jsme si byli vědomi jakoby od počátku, takže to šlo... zase to byla celá škála těch našich jakoby přípravných kroků a nešlo jakoby ten náš projekt zpustit z ničeho nic v tom roce 2000. Nešlo. Nebyli na to připraveni ani zaměstnanci ani klienti. Ty přípravné kroky to bylo o tom, že oni prostě úplně změnili ten svůj život, oni měli možnost si najednou začít vařit kávu, oni mohli si prostě hospodařit s nějakou finanční částkou, oni mohli se prostě jako dostat do těch svých skříní, do toho svého mála, co v tom ústavu jakoby měli.*“ (R1, s. 3)

I když jsou uživatelé na život v bytě dlouhodobě připravováni, některé zažité zvyky si s sebou nesou i do nového „domova“. Respondent 3 k tomu dodává: *My když jsme měli ten byt v tom městě, tak se nám stalo, protože jsme jednali s těmi spolubydlícími a tam byly nějaké obavy ze začátku, ale pak jsme se to samozřejmě snažili řešit a docela se nám podařilo pak navázat dobrou spolupráci, a když jsme do toho bytu chodili, tak paní sousedka (smích) tam naproti říkala, že byla strašně překvapená, že někdy ti naši klienti si nechali pootevřené dveře. Jakoby hlavní dveře od toho bytu a já když jsem potom s nima o tom mluvila, tak oni říkali, že prostě jako... měli pocit, že chtěli jako vědět, co se tam na té chodbě děje. Jak vlastně v těch velkých zařízeních to tak je, že ti klienti tak všechno ví a všechno můžou sledovat (smích)... Tak měli pocit, že když se zavřou, tak vlastně jakoby přijdou o něco, že prostě to potřebujou taky tak.*“ (R3, s. 5-6)

Představa samostatného bydlení je pro některé uživatele velkou neznámou. Respondent 3 k tomu sděluje: „*když jsme obsazovali čtvrtý byt, tak zhruba polovina těch klientů... opravdu strašně jakoby chtěli a potom tam byli klienti, o kterých jsme věděli, že by si to užili, že by to zvládli, ale ti měli z toho přechodu strach. Nakonec jsme to udělali tak, že jsme umístili ty klienty, kteří opravdu se přihlásili, měli zájem začít nějak fungovat a u těch klientů, kteří si nebyli jisti, nebo měli nějaké obavy jsme to dělali tak, že jsme je do těch bytů zvali a ukazovali jim, jak to tam funguje, že prostě ten asistent je tam s nimi, že opravdu to*

---

<sup>54</sup> Informace k datu 20.3.2015.

*není o tom, že je to úplně odloučení a v zásadě se nám podařilo po určité době opravdu třeba... získat pro tuhle tu věc klientku, která ze začátku tvrdila, že v žádném případě odtud neodejde (smích), tak ale muselo se to tak nějak pořád ověřit a tak nějak měla pořád ten pocit, že ... že jako potřebuje to zázemí tady, takový to vykročení, udělat ten krok do nějakýho neznáma.“ (R3, s. 6)*

Jak vnímají nový „domov“ samotní uživatelé, z pohledu pracovníků, kteří jim nejenom s adaptací na nové prostředí pomáhají? Respondent 4 přináší svůj osobní pohled: *„Minimálně bych řekla, že pro ty klienty je to najednou pocit dospělosti a pocit jako když se vám osamostatní dcera, nebo syn a jdou si za svým. Tak v podstatě tady tím si prošli všichni ti klienti, najednou jsou ve svém. Což jakoby v zařízení našeho typu nikdy nebudou úplně ve svém, oni mají svůj pokoj, mají svoje věci, ale není to jejich byt, jejich dům, nejsou to jejich sousedi (smích).“ (R3, s. 9)* Respondent 4 dále doplňuje *„No, když se jich zeptáte, tak v první řadě vám všichni řeknou, že mají klid. Že mají, že mají klid, my si to třeba ani vůbec neuvědomujeme, protože máme pocit, že pro ty klienty děláme, co můžeme v tom zařízení, ale prostě je to pořád zařízení a je to určitý řád a tady na těch bytech prostě je to o tom, že oni si vlastně řídí ten svůj den, jak chtějí, že jim nikdo do toho. (...) Ano samozřejmě, teď třeba ano je ten oběd, tak jakože takhle, ale jinak si opravdu celý ten den řídí sami, řídí si o to, že si vybírají, kam by chtěli jít na výlet, kam by se chtěli jít podívat, můžou zajít do kina, kamkoliv a fakt si to řídí sami! Co jsme fakt jako zvyklí z domu si to třeba ani jako... já jsem z toho byla sama překvapená, že vlastně pro ně bylo, jakože máte lednici a máte nakoupené jídlo, že si můžete jít do té lednice, kdy chcete a vzít si, co chcete. Pro nás to přijde úplně normálně a pro ně je to wau, to my sme nikdy jako neměli, protože, že jo, na těch odděleních nemůžete mít obrovitánskou lednici a vyber si, co chceš.“ (R4, s. 4)*

Co představuje přechod uživatelů do komunitní sociální služby pro pracovníky, jaké jsou jejich zkušenosti? Respondent 4 uvádí: *„Pozitivní... vidíte tu strašnou spokojenost na nich, že se vám... že si řeknete, že se vám to vyplatilo, že ste pro ně udělala něco fakt fajn a negativní možná... musíte se s tím naučit, jako i vy... jako žít a pracovat.“ (R4, s. 10)*

**Shrnutí:** DOZP 2 pronajalo první byt v roce 2012, v současné době má v pronájmu 5 bytů, ve kterých žije 14 uživatelů. V průběhu let, které strávili někteří uživatelé v zařízení, si vytvořili tak silnou fixaci na zařízení samotné i místo, kde se nachází, že nemají zájem odejít. Velkou obavou je to, že pokud do komunitní služby přejde personál z původního zařízení, pak

hrozí, že si s sebou ponese zažitá pracovní rituály, což představuje velké riziko. Nutno podotknout, že zaběhlé zvyklosti si s sebou nesou i uživatelé, což prezentuje příklad výše.

### 5.1.5 Pracovní uplatnění

Pracovní činnost je běžnou součástí života lidí bez postižení a měla by být i příležitostí pro uplatnění schopností a dovedností osob se zdravotním handicapem. Také uživatelé pobytových služeb by měli být podpořeni v zapojení do této oblasti, nejenom v rámci pracovních činností přímo v zařízení, ale i na otevřeném pracovním trhu. Za vykonanou práci by měli být spravedlivě finančně odměňováni.

Tento ukazatel má za cíl zmapovat, jak je oblast pracovního uplatnění uživatelů pobytové sociální služby naplňována, jaké příležitosti využívá poskytovatel k zapojení svých uživatelů do pracovních činností.

**DOZP 1** Pracovní činnost byla zpočátku soustředěna zejména v samostatných pracovních dílnách např. dřevařská, košíkářská atd. Uživatelé vypomáhali ale i v tzv. ošetřovných skupinách, prádelně a na rehabilitaci. Dále vykonávali práce na zahradě, nebo v rámci údržby areálu ÚSP. Ve výroční zprávě z roku 2004 je uvedeno: „*Jsou zapojováni všichni klienti, jejich pracovní zařazení je konzultováno s praktickou lékařkou a jeho rozsah je předem určen.*“ S uživateli pracovali instruktoři pracovní výchovy a vychovatelé v rámci pracovních výchovných činností. (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2004). Ve Výroční zprávě z roku 2012 je uvedeno, že s některými uživateli byly uzavřeny Dohody o pracovní činnosti, o jakou činnost se jedná, nebylo uvedeno. (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2012).

Respondent 3 uvádí: „*máme zaměstnaných osm uživatelů mimo naše zařízení, tzn. v technických službách a v nemocnici XX, teď se nám rýsuje roznos letáků, to je...tam už si myslím, že jsme schopni zabezpečit pro tři čtyři uživatele.*“ (R3, s. 2) Respondent 4 doplňuje: „*zaměstnáváme čtrnáct uživatelů na dohody u nás a co se týká otevřeného pracovního trhu, tak nebýt zásahu ředitele, jeho kontaktů a možností, tak si myslím, že do dnešního dne nemáme zaměstnaného asi žádného uživatele, mimo DOZP 1.*“ (R4, s. 4)

Co se týká hledání příležitostí, tak Respondent 4 sděluje: „*Obcházeli jsme hodně zaměstnavatelů tady v okolí, ale jako nikdo neměl zájem zaměstnávat člověka s handicapem. (...) Tam s nimi stejně musí chodit ten náš pracovník, aby jim asistoval, nebo jim pomáhal, kdyby se dostali do situace, kterou by nezvládli.*“ (R4, s. 4) Respondent 3 doplňuje informaci,

týkající se příležitostí: „*spolupráce nulová, úřad práce nulová reakce. Ti na nás zděšeně hleděli, odeslali nás na Ligu vozičkářů, tam byla snaha, ale tam nám na rovinu řekli, že to je tak prostě pro postižené slepé, hluché, nebo somaticky postižené, ale pro mentálně postižené. (...) Zkoušeli jsme domluvu v zemědělských závodech na sběr meruňky... tam jsou dané takové tvrdé limity pracovní, že by si naši uživatelé nevydělali.*“ (R3, s. 4)

DOZP 1 si je vědomo omezených možností v pracovní oblasti a touto problematikou se hodlá dále zabývat. „*Budeme k tomu dělat kulatý stůl, pozveme k tomu soukromé firmy...*“ uvedl záměry Respondent 3. (R3, s. 4)

„*Chráněné dílny a denní centra pro lidi s postižením představují zastaralý model poskytování služeb, který shromažďuje a segreguje pod záminkou ochrany, přípravy na zaměstnání a volby. Ale je jim odepřen přístup k typickým výstupům kvalitního života.*“ (Quip – Společnost pro změnu, 2008, s. 7)

Respondent 1 k tomu sděluje: „*ti, kteří vlastně pracují dvakrát v týdnu na té brigádě mimo DOZP 1 a ten jeden uživatel vlastně také odjíždí denně na brigádu mimo DOZP 1, tak to je v pořádku si myslím, ale samozřejmě nejsou ty možnosti pro ty ostatní uživatele, aby tam..., aby měli mimo domov všichni tu práci, jo... takže jsme rádi aspoň za to, že někteří z uživatelů. Ale uživatelé si vlastně osvojují ty pracovní návyky i tady tímhle, že tady pracují, protože oni tady pracují např. tady pracují ve stolařské dílně, jo, nebo v prádelně a podobně.*“ (R1, s. 4) a Respondent 4 doplňuje: *Určitě by bylo lepší mít klasické zaměstnání, ale lepší je něco než nic, no.*“ (R4, s. 5)

**Shrnutí:** DOZP 1 má zaměstnaných 8 uživatelů mimo zařízení, konkrétně se jedná o práci u technických služeb a pro zdejší nemocnici, dalších 14 uživatelů na DPČ a v hledání příležitostí i nadále pokračuje. S ohledem na aktuální situaci na pracovním trhu není jednoduché najít vhodné pracovní uplatnění pro osoby s mentálním postižením. Původně byli uživatelé zapojováni zejména do aktivit v rámci samostatných dílen, nebo pomáhali s údržbou areálu, v prádelně, na zahradě apod.

**DOZP 2** Od roku 2001 funguje v zařízení úsek pracovní terapie a postupem času se vyprofilovalo několik samostatných dílen. Ve Výroční zprávě z roku 2006 se uvádí, že v dílnách pracuje téměř polovina všech uživatelů, z nichž téměř většina dochází pravidelně. Uživatelé se mohou zapojit do projektu tzv. podporovaného zaměstnávání, který vznikl na základě jejich žádosti s tím, že by si chtěli přivydělat nějaké peníze na koupi např.

fotoaparátu apod. Byli zapojeni v oblasti úklidu a údržby. (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2006). Do pracovní činnosti na zahradě je zapojeno 6 uživatelů a 1 uživatel, v prádelně 2 uživatelky, dalších 48 vypomáhá na ošetřovacích jednotkách anebo jsou zapojeni ve výchovně-pracovních dílnách. Uživatelé, kteří pracují mimo DOZP 2 jsou zapojeni do projektu podporovaného zaměstnávání a dojíždí do nedalekého města, kde se věnují navlékání korálků, jedná se o 6 uživatelů. Jeden uživatel pracuje na Dohodu na úseku údržby (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2007).

V roce 2008 měli možnost se uživatelé zapojit do pracovní činnosti, navlékání korálků, v rámci chráněné dílny. Činnost byla vykonávána 2x týdně přímo v zařízení, pod dohledem pracovníků externího zaměstnavatele (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2008).

V roce 2009 byla uzavřena pracovní smlouva několika uživatelů s externí organizací.<sup>55</sup> Uživatelé za práci dojíždí 2x týdně do nedalekého města. (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2009). V roce 2010 a 2011 bylo zapojeno 10 uživatelů, v roce 2012 jich bylo 5. Respondent 1 k tomu dodává: „Dostávají plat, dokonce dvě byly na rekvalifikačním kurzu, háčkují tam nějaká zvířátka, čas od času to tady prodávají, když my máme jarmark, takže... jako plat dostávají, mají tam mzdu.“ (R1, s. 7) S příslušnou organizací DOZP 2 spolupracuje i nadále.

K současné situaci Respondent 1 sděluje: „My jsme v letošním roce... se nám podařilo získat finanční prostředky... ti naši klienti, někteří pracují v těch dílnách a my prodáváme ty výrobky, takže v letošním roce se podařilo získat X tisíc korun na dohody a teď od března. (...) Tato částka je na tyto činnosti, ale že za touto činností já musím skutečně vidět, že člověk něco vyrobí. Ne, že tam chodí do té dílny. Musím vidět, že ten člověk vyrobí nějakou figurku v keramické, nebo něco udělá, co se prodává.“ (R1, s. 7) V souvislosti k dalším možnostem uvádí: „Teď jsem měla nějaké jednání s nějakou... nějakou firmou, která podniká v sociálním podnikání... a možná se do budoucna najde nějaká taková činnost, jakoby přebírání šroubků, nebo nějaké kabely. Další úmysl mám a to je... teprve je chci pozvat, přemyslím o jednom našem... tomu XX (jmenuje klienta) je asi pětadvacet let a on je plný síly a on potřebuje pracovat. On sice pracuje jakoby tady, ale myslím si, že by mu hodně prospělo, kdyby odešel do práce mimo zařízení. Takže mám v úmyslu, ale nevím, jak to dopadne, s pekárnou z XX (jmenuje město), která nám dodává, jako jestli by tam nemohl jezdit na určitou dobu a jestli by jim tam nemohl s něčím pomáhat.“ (R1, s. 7)

<sup>55</sup> Jedná se o NNO, která mj. zajišťuje pracovní potřeby osob se zdravotním postižením.

Respondent 3 k aktuální situaci na pracovním trhu dodává: „*To je docela problém, protože to město, ve kterém jsou, nebo které sousedí tak okolo nás, tak žádné pracovní příležitosti v zásadě nejsou. My jsme dostali příležitost od jedné chráněné dílny, která tedy byla speciálně vytvořena v tom městě, a dojíždělo nám tam zhruba osm klientů. V současné době, tak jak nám klienti vlastně stárnou a už nezvládají ten přesun na to pracoviště, tak nám tam dojíždí dva klienti muži a z toho bytu ve městě nám tam dochází jedna žena. K aktuální situaci Respondent 3 sděluje: „Máme tady jednoho muže, který tady pracuje na dohodu, a momentálně zpracováváme zhruba u deseti, musela bych se podívat přesně, a jednáme s opatrovníky, protože bysme chtěli, aby tady na dohodu mohli k nám chodit vykonávat nějakou činnost.“ (R3, s. 6)*

V souvislosti se zapojením uživatelů z bytů do pracovní činnosti Respondent 4 sděluje: *Z těchto klientů, co jsou tady na bytě, tak nikdo zaměstnaný není, ale z klientů třeba, co jsou na... pánové na horním bytě, tak tam vlastně do zaměstnání dojíždí jeden klient a jeden z klientů teda měl by být zaměstnaný u nás v zařízení. Že by tam mělo být nějaké podporované zaměstnání.“ (R4, s. 5)*

Pracovní činnost, a nemusí se jednat pouze o tu na otevřeném pracovním trhu, by měla být součástí běžného života uživatelů nejenom z komunitních služeb, ale i rezidenčního zařízení. Součástí jejich života by mělo být vykonávání smysluplné činnosti např. i v podobě zaměstnání.

**Shrnutí:** DOZP 2 využívá pro zaměstnávání svých uživatelů chráněnou dílnu, kterou navštěvuje několik uživatelů, pár uživatelů je zaměstnaných v zařízení. V současné době je snahou vedoucího managementu navýšit počet uzavřených DPČ a další pracovní možnosti hledá i mimo zařízení. Zpočátku se jednalo činnost v různých pracovních dílnách, šlo zejména o to, zapojit uživatele zařízení do smysluplné aktivity, za účelem změny prostředí, osvojení si pracovních návyků apod.

## **5.2 Indikátory z oblasti struktury pracovníků a požadavků na ně kladených**

V rámci tohoto ukazatele jsou sledovanými oblastmi struktura a vzdělávání pracovníků. V oblasti poskytování služeb mají pracovníci nezastupitelnou roli. Průběžné

prohlubování znalostí a dovedností, počet pracovníků a struktura pracovních pozic ovlivňuje kvalitu poskytované služby.

### 5.2.1 Struktura pracovníků

Především počet pracovníků v přímé péči má bezprostřední vliv na kvalitu poskytované služby. „Nízký počet zaměstnanců vykonávajících přímou péči je jedním z hlavních důvodů nízké kvality života obyvatel ústavů.“ (MPSV, 2007, s. 9)

Dílčí indikátor si klade za cíl zmapovat vývoj struktury a počtu pracovníků v přímé péči vybraných zařízení. V případě, že je poskytovatelem zajišťována komunitní sociální služba, pak ověřit, k jaké změně ve skladbě a počtu pracovníků došlo, zda se jedná o pracovníky poskytovatele či nově přijaté.

**DOZP 1** V Poslání z roku 2004 se uvádí: „*poskytování komplexní péče mentálně postiženým od 3 let věku, zajišťování zdravotní a sociální péče, uspokojování základních životních potřeb a pomoci odborného personálu i specializované úkony zdravotní péče, poskytování výchovy a vzdělání...*“, je zdůrazněna zdravotní a sociální péče, výchova a vzdělávání, čemuž odpovídá i následující skladba pracovníků. Ve vztahu ke kapacitě služby, která byla 250 uživatelů, činil pracovní úvazek zdravotnických pracovníků 37,5 (ve složení lékař, vrchní sestra, staniční sestra, nutriční terapeut, všeobecná sestra, ošetřovatelka, sanitářka, fyzioterapeut), pracovní úvazek pedagogických pracovníků 15 a úvazek pracovníka sociální péče (obslužná péče), pracovníka sociální péče (základní výchovná péče) a sociálního pracovníka 61,02. Celkový úvazek všech pracovníků byl 163,91 vč. THP<sup>56</sup> a manuálně pracujících (DOZP 1, Výročná zpráva z roku 2004).

V následujících letech docházelo k postupnému snižování počtu zdravotnických a pedagogických pracovníků, k navyšování pracovníků sociální péče. V roce 2008 činil počet úvazků zdravotnických pracovníků 26,5, pracovní úvazek pedagogických pracovníků 14 a pracovníků sociální péče 89 (pracovník sociální péče - obslužná péče, pracovník sociální péče - výchova prací, sociální pracovník). Celkový počet pracovních úvazků byl 180,2 a kapacita zařízení byla 235. (DOZP 1, Zpráva o činnosti příspěvkové organizace z roku 2008).

---

<sup>56</sup> THP, tj. technicko-hospodářští pracovníci.

V květnu 2010 došlo ke zřízení tzv. Tréninkového bydlení a počet pracovníků v sociálních službách byl navýšen o 3. (DOZP 1, Zpráva o činnosti příspěvkové organizace z roku 2010).

V průběhu let se vyvíjelo také Poslání zařízení, ve znění z roku 2012 se uvádí mj. *„Služba usiluje o co největší možné zachování a rozvoj soběstačnosti a podporuje osamotňování uživatelů vzhledem k jejich možnostem, čímž se snaží snižovat závislost na službě a dále posilovat jejich rozhodovací schopnosti, odpovědnost a především podmínky pro zapojení do běžného života společnosti, pro využívání veřejných služeb a institucí a tím podporovat sociální začlenění.“* (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2012). Což značí, že došlo ke změně pojetí poskytované služby, která se zaměřuje především na podporu autonomie uživatelů, než na zdravotní péči a výchovu.

V roce 2013 byla kapacita zařízení 230 uživatelů, pracovní úvazky zdravotnických pracovníků činily 24, úvazek pedagogických pracovníků – vychovatel byl 6, úvazek pracovníků sociální péče – PSS a sociálního pracovníka byl 103, celkový počet úvazků všech zaměstnanců činil 181 (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2013). V roce 2014 byla kapacita zařízení 230 uživatelů, pracovní úvazky zdravotnických pracovníků činily 21,5, úvazek pedagogických pracovníků byl 7, úvazek pracovníků sociální péče – PSS a sociálního pracovníka byl 116, celkový počet všech zaměstnanců byl 184,7 (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2014). V roce 2015 je kapacita zařízení 220 uživatelů, celkový počet pracovníků 180, úvazek 176,7 z toho pracovníci v přímé péči 129,9<sup>57</sup> (DOZP 1, 2015, Transformační plán).

Respondent 2 ke struktuře pracovníků po roce 1992<sup>58</sup> sděluje: *„V té době tady byly fakt samý ženy, těch mužů bylo málo, jo...“* (R2, s. 5) Nutno podotknout, že se jedná o zařízení, které bylo výhradně určeno pro chlapce a muže. Nedostatek pracovníků – mužů, ovlivňoval samotnou výchovu uživatelů. Respondent 2 k tomu dodává: *„Tam to bylo vidět, že ti kluci třeba neuměli čurat ve stoje, když to tak řeknu, nebo vyšívali a takový věci.“* (R1, s. 5)

K současné situaci v zařízení Respondent 5 sděluje: *„No, jsou tu muži občas, ale je jich málo teda. Takže převládají ženy. Přebíhají ženy. My na oddělení teda nemáme muže. (...) Třeba takový sportovní záležitosti a tady třeba i ty turistický trasy a tak, ten chlap tam vnese trošku něco jinýho. (...) Samozřejmě zas tady u té naší skupiny, kde jsou víc postižení*

<sup>57</sup> Není uvedeno, zda se jedná o pracovníky sociální péče, či je započítán i úvazek zdravotnických pracovníků.

<sup>58</sup> Jedná se o dobu, kdy Respondent 2 nastoupil do zařízení.



*a je tam potřeba víc tady té péče kolem něho, než toho, že ho vezme někde na zápas, což by mu nic neřikalo, tak zas tam si myslím, že ta ženská je víc na místě, než ten chlap.“ (R5, s. 8)*

Ke struktuře pracovníků Šelner (2012, s. 67) uvádí: „I personál v zařízeních by měl být smíšený, aby si člověk s postižením mohl podle své vůle a potřeby najít osobu, které by se mohl svěřit, ke které má důvěru...“

Dříve bylo u některých pracovníků patrné dominantní vystupování vůči svým kolegům, Respondent 4 k tomu dodává: „*Vychovatel vlastně plánoval činnost skupiny, nebo jednotlivých uživatelů a měl poslední slovo v tom, co se bude dít. A ti pracovníci v sociálních službách byli defacto vykonavateli jejich pokynů, ale to už se hodně změnilo.*“ (R4, s. 4)

Od ledna 2015 je DOZP 1 poskytovatelem služby Chráněné bydlení, současná kapacita je 16 uživatelů, počet pracovníků 15, úvazek 9 (DOZP 1, 2015, Transformační plán). Respondent 4 k personálnímu zajištění služby dodává: „*Jinak pracovníci, kteří pracovali na tréninkovém a na bytech, teď zajišťují chráněné bydlení.*“ (R4, s. 6) Zařízení předem ověřovalo: „*jestli teda budou mít zájem přejít do toho chráněného bydlení, tak všichni nám teda řekli, že ano. Takže jsme s nimi počítali. Výhodou je asi to, že už znají ten provoz, možná u některých nevýhodou je, určitá zaběhnutost v těch ústavních zvyklostech, to si myslím, že jo.*“ (R4, s. 6)

Přechod pracovníků z původního zařízení do komunitního typu služby přináší jisté výhody, ale v některých ohledech i komplikace, které spočívají zejména v tom, že si pracovníci s sebou nesou zažité pracovní rituály, což potvrzuje i Respondent 4: „*Na tom chráněném bydlení je mnohem menší možnost kontroly, než na oddělení, protože tam kromě sebe nikoho jiného nemají. Nechodí tam vedoucí pracovník, nebo není tam vedoucí pracovník jak na oddělení atd. Takže jsme právě hodně spoléhali na výběr těch lidí, kteří to mají v sobě, a nebude potřeba je kontrolovat. Kvůli tomu, že tam nejsou všichni, kteří to v sobě mají, tak to přináší občas problémy.*“ (R4, s. 6)

K personálnímu zabezpečení tzv. Tréninkového bydlení Respondent 4 sděluje: „*Možná je tam zdánlivě velký počet pracovníků na počet uživatelů ve srovnání s DOZP, ale vyplývá to z toho, že mi po těch pracovnících chceme, aby s těmi uživateli dělali individuální nácviky. Znamená to, že pokud má někdo vařit, někdo jiný se má učit žehlit a někdo jiný se má učit nakládat s penězi a někdo samostatně cestovat, tak jeden člověk to není schopný samostatně obsáhnout. Takže přesto, že je tam deset uživatelů, kteří jsou na tom...se*

*schopnostmi dobře, tak je tam větší poměr pracovníků, než na oddělení, kde je deset uživatelů, kteří jsou na tom výrazně hůř. Čili to ze začátku, možná až do teď, mezi pracovníky dělá zlou krev, protože nerozumí tomu, proč jich je tam tolik.“ (R4, s. 3) Jiný způsob práce s uživateli si žádá i větší počet pracovníků, tak aby bylo naplněno poslání služby: „Cílem tréninkového bydlení je zvýšit kompetence, dovednosti, schopnosti a znalosti uživatelů. Současně v nich také probudit vědomí odpovědnosti, rozvíjet v maximální míře samostatnost a minimalizovat nadměrnou péči, která tomu brání.“ (DOZP 1, 2013, Metodika Tréninkového bydlení, s. 2).*

**Shrnutí:** V zařízení již dříve převládal počet pracovníků sociální péče nad zdravotnickým a pedagogickým personálem; v průběhu let docházelo k postupnému snižování počtu zdravotnických a pedagogických pracovníků. Se vznikem tzv. Tréninkového bydlení byl navýšen počet pracovníků v sociálních službách o 3; princip této služby vyžaduje, aby byl poměr pracovníků k uživatelům větší, než je tomu na klasickém oddělení služby DOZP. Do služby Chráněné bydlení byli převedeni pracovníci z původního zařízení, což s sebou přináší jisté výhody – znalost uživatelů, pracovního prostředí apod., ale rovněž komplikace, které znamenají to, že si pracovníci nesou zažité pracovní zvyklosti z původní ústavní služby, což odporuje principům služby komunitního typu. V zařízení stále převládá počet pracovníků-žen, nad muži, což je v určitých ohledech nevyhovující, zejména pokud se jedná o službu určenou převážně chlapcům a mužům.

**DOZP 2** V roce 2006 byla kapacita zařízení 186 uživatelů, přímou péči uživatelům zajišťoval úsek sociální a zdravotní péče v počtu 51 pracovníků (střední zdravotní pracovnice, ošetřovatelka, pracovnice přímé obslužné péče, fyzioterapeut), dále pak 8 pracovníků z úseku pracovní terapie a 2 sociální pracovnice. Celkový počet personálu byl 87 (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2006).

Poslání z roku 2007 bylo formulováno následovně: „*Posláním DOZP 2 je zajistit handicapovaným lidem v nepříznivé situaci potřebnou pomoc, právo na uchování nebo rozvíjení jejich společenských návyků, pracovních dovedností a schopností mít možnost pracovního uplatnění, mít svoje zázemí, právo na ochranu a bezpečí...“* V tomto roce byla kapacita 183 uživatelů, z toho 26 uživatelů služby Domov se zvláštním režimem<sup>59</sup>. Celkový počet pracovníků byl 99, z toho sociálních pracovníků 49 (tj. sociální pracovník, PSS - základní výchovná činnost, PSS - obslužná péče) a 23 zdravotnických pracovníků (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2007).

---

<sup>59</sup> Služba Domov se zvláštním režimem byla poskytována do roku 2011.

V roce 2011 byla kapacita zařízení 170 uživatelů, celkový počet pracovníků byl 130, z toho pracovníci sociální péče 80, zdravotničtí pracovníci 10 a 1 sociální pracovník (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2011). V roce 2013 pracovalo v zařízení celkem 128 pracovníků, z toho 83 pracovníků sociální péče, 16 zdravotnických pracovníků a 2 sociální pracovníci, kapacita zařízení byla 160 uživatelů. V roce 2015 je kapacita zařízení 160 uživatelů, počet pracovníků sociální péče je 75 včetně 7 pracovníků terapie (Sděleno Respondentem č. 3).

V průběhu let došlo k navýšení pracovníků přímé péče, což potvrzuje i Respondent 1: *„došlo k opravdu výraznému navýšení zaměstnanců. (...) Bez odpovídajícího počtu zaměstnanců není možné tu službu plnit dobře.“* (R1, s. 10) Respondent 4 ke struktuře pracovníků dodává: *„vlastně pracovníci z přímé péče, to zůstává pořád stejný, akorát s tím rozdílem, že vlastně dřív s náma pracovaly vlastně sestry, zdravotní, který vlastně teď jsou na samostatným úseku vlastně a nejsou v té přímé péči, starají se jenom o to, co se týče zdravotnictví. Přibyli spíš pracovníci, kteří se vlastně zabývají tím, že... pro ty volnočasové aktivity těm klientům, jo že vlastně pro ty různé terapie.“* (R4, s. 4) A doplňuje informaci k postavení určitých pracovníků: *„když jsem nastoupila, tak to bylo o tom, že co řekla sestra, nebo pracovník, tak tak to bylo. Ba naopak, když ste se těch klientů snažila zastat, tak ještě vás, tak jako...“* (R4, s. 9)

Od roku 2012 jsou pro uživatele pronajímány byty, ve kterých se učí samostatnému pobytu a potřebnou podporu jim zajišťují pracovníci – asistenti. Zda se jednalo o zcela nové pracovníky, nebo o pracovníky z původního zařízení, Respondent 4 dodává: *„Všichni jsme z původního zařízení, protože co si teda já osobně myslím, tak já... nedokážu si úplně představit, že by přišel úplně někdo cizí z venku. A vlastně s těma klientama, že by je vůbec neznal a začal s něma pracovat...“* (R4, s. 8) Dle sdělení Respondenta č. 3 je služba zajištěna celkem 4 pracovníky v sociálních službách.

**Shrnutí:** V DOZP 2 již v minulosti převládal počet pracovníků sociální péče nad počtem zdravotnických pracovníků, jejichž počet postupně klesal. Původně byla přímá péče společně vykonávaná zdravotnickými pracovníky i pracovníky sociální péče, v současné době je jejich pracovní činnost oddělena, avšak založena na „týmové“ spolupráci. S potřebou aktivizace uživatelů stoupal počet pracovníků, kteří se zabývají pracovní terapií. Personální obsazení v bytech je zajištěno pracovníky z původního zařízení.

## 5.2.2 Vzdělávání pracovníků

S přijetím zákona o sociálních službách byl definován nejenom okruh pracovníků vykonávajících činnost v sociálních službách, ale byl stanoven požadavek na jejich odbornou způsobilost a další vzdělávání. Pracovníci mohou výrazným způsobem ovlivnit postoj uživatelů na přechod do komunitní služby, podílejí se na jejich přípravě a v době adaptace na nové prostředí a podmínky jim zajišťují potřebnou podporu. K čemuž může pozitivně přispět vzdělávání a např. sdílení tzv. dobré praxe.

Ukazatel má za cíl ověřit, zda plány vzdělávání pracovníků reagují na potřeby uživatelů, ve smyslu přechodu do komunitní sociální služby a v případě, že poskytovatel zajišťuje službu komunitního typu zjistit, zda vzdělávání reaguje na specifika této služby.

**DOZP 1** Dle Výroční zprávy z roku 2006 bylo vzdělávání zaměřeno zejména na zdravotnické pracovníky, pro které bylo realizováno celkem 17 vzdělávacích akcí, pro pracovníky sociální péče to bylo 6 vzdělávacích akcí a pro sociální pracovníky 3. Vzdělávání bylo zaměřeno mj. i na standardy kvality sociálních služeb, jež byly pro tu dobu velmi aktuálním tématem v souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách.

V roce 2007 došlo k navýšení počtu vzdělávacích akcí pro sociální pracovníky, celkem jich bylo realizováno 13, stále však převažuje počet seminářů určených pro zdravotnické pracovníky, kterých bylo 20. Tématem hromadných vzdělávacích akcí byl např. Syndrom vyhoření, Kvalita života seniorů aj. (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2007). V roce 2008 bylo jedním z témat např. Alternativní a augmentativní komunikace, Supervize aj. (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2008). V dalších letech byl navýšen počet vzdělávacích akcí pro sociální pracovníky a pracovníky sociální péče (dále uváděno jako PSS). Témata vycházela zejména z potřeb pracovníků pro práci s uživateli, např. Psychiatrické minimum, Práva a povinnosti uživatelů sociálních služeb, Řízení rizik a rizikové plány (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2011).

Respondent 4, dle individuálního vzdělávacího plánu, absolvoval roce 2010 tyto semináře: Individuální plánování; První pomoc; Eticky myslet, lidsky pečovat; Psychiatrické minimum. Pro doplnění je vhodné uvést, že v té době Respondent 1 pracoval s uživateli na přípravě pro přechod do komunitní sociální služby v tzv. Tréninkovém bydlení.

V roce 2011 bylo tématem školení např. Podpora sociálních dovedností u lidí s mentálním postižením; Práva a povinnosti uživatelů sociální služby aj. V roce 2012 pak např. Podnikání v sociálních službách; Volnočasové aktivity aj., V roce 2013 Efektivní komunikace v sociálních službách; Seznámení s programem Bon Appetit; Péče o pečující aj. V roce 2014 to bylo 10 kroků transformace; Možnosti práce s klienty, kteří hledají pracovní uplatnění; Základy psychohygieny aj. (DOZP 1, Individuální vzdělávací plán zaměstnance, Respondent 1). Respondent 1 ke vzdělávání dodává: „*Myslím si, že by se hodilo třeba víc nějakých stáží i v jiných chráněných bydleních, což jsme vlastně měli zájem, tak to teďka budeme v tom roce 2015 umožněno, v minulém roce jsme byli taky na stáži, takže já si myslím tady v tom, že bychom určitě uvítali víc možností vzdělávání, co se týče toho chráněného bydlení, tréninkového...*“ (R1, s. 6)

Ve vzdělávacím plánu Respondenta 4, se objevuje vzdělávací seminář, který vychází z podpory přechodu uživatelů do komunitní služby až v roce 2012, konkrétně se jedná o Řízení transformace pobytových sociálních služeb; Chráněné bydlení v praxi; Konference – vzděláváním k deinstitucionalizaci; Transformace sociálních služeb – konference. V roce 2013 pak proběhlo Setkání v rámci projektu MPSV transformace sociálních služeb; Posilování kompetencí lidí žijící v ústavech; setkání v rámci projektu *Transformace sociálních služeb*; Workshop – Vyhodnocení nezbytné míry podpory uživatelů. V dalším roce absolvoval Respondent 4 seminář Transformace – další informace, Finanční řízení sociální služby v transformaci (DOZP 1, Individuální vzdělávací plán zaměstnance, Respondent 4).

Uvedené semináře vycházejí zejména z projektu *Transformace sociálních služeb* a Respondent 4 doplňuje: „*tahle část projektu je hodně zaměřena na tu měkkou podporu, takže toho vzdělávání v rámci projektu je fakt dost. Druhá věc je ta, že ne všechny témata jsou jakoby potřebný, který nám nabízí, furt se opakujou dokola ty stejný věci, který lidi už slyšeli dvakrát třikrát a je problém i přes snahu nám sem třeba poslat nějakýho lektora, který by měl pro nás přínosný téma.*“ (R4, s. 8)

Dále byl předložen Individuální plán vzdělávání pracovníka - PSS, kde témata jednotlivých seminářů vychází zejména z potřeb uživatelů služby DOZP, v roce 2010 např. Ošetřovatelské standardy; Individuální plánování s uživateli s těžkým a hlubokým mentálním postižením. Z roku 2012 např. Péče o imobilní klienty; Základy komunikace s agresivním uživatelem; v roce 2013 byla absolvovaná stáž v zařízení XX (zařízení poskytuje službu

DOZP pro osoby s mentálním postižením), v roce 2014 absolvoval pracovník školení na téma Paliativní péče aj. (DOZP 1, Individuální vzdělávací plán zaměstnance).

Respondent 5 k tématu vzdělávacích seminářů dodává: „*někdy si poslechnem víc, že by se to týkalo domova důchodců, než že by se to týkalo takhle, ale zas člověk má trochu přehled a větší rozhled, ale je to přínos, samozřejmě.*“ (R5, s. 7)

**Shrnutí:** V DOZP 1 byly vzdělávací semináře kolem roku 2006 zaměřeny zejména na podporu vzdělávání zdravotnických pracovníků, postupem času se navyšoval počet vzdělávacích akcí u PSS a sociálních pracovníků, což bylo ovlivněno i postupnou změnou struktury a počtu zaměstnanců v průběhu let. Vzdělávání, které vychází z podpory uživatelů na přechod do komunitní služby, je zabezpečeno (až od roku 2013) zejména díky projektu *Transformace sociálních služeb*, do kterého je zařízení zapojeno. Právě tento projekt je zaměřen na tzv. měkkou část, což obnáší právě vzdělávání, supervizi, sdílení dobré praxe formou návštěv jiných zařízení, která např. realizují transformaci apod. Pracovníci vnímají podporu ve vzdělávání pro oblast práce s uživateli na přechodu, či v komunitní sociální službě spíše nedostatečně. Témata dalších vzdělávacích akcí vychází zejména z potřeb širokého spektra uživatelů zařízení.

**DOZP 2** Ve Výroční zprávě z roku 2007 jsou uvedeny následující vzdělávací akce určené pro zdravotně-sociální úsek: Imobilizační syndrom – plán péče o imobilní klienty; Syndrom vyhoření; Komunikace s psychotiky; Násilí na klientech; Péče o seniory; Komunikace s klienty v pobytových zařízeních aj. (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2007). Dle předloženého interního dokumentu DOZP 2 byli PSS v roce 2010 proškoleni v oblasti Standardů kvality; Sexuální výchovy a osvěty; V přístupu ke klientům, kteří verbálně nekomunikují. V roce 2011 pak PSS absolvovali kurz Bazální stimulace a Kurz sebeobrany. Sociální pracovník v téže roce absolvoval školení Komunikace s nemocnými a osobami se zdravotním postižením; Komunikace s rodinou; Sexualita MP aj.

Od roku 2012 jsou PSS umožněny stáže v zařízeních, které poskytují službu DOZP osobám s mentálním postižením. Respondent 3 ke stáži sděluje: „*Byli jsme loni v zařízení, které poskytuje chráněné bydlení, ale musím se přiznat upřímně, moc se jim nechtělo nám poskytovat informace (smích) v tomto směru, takže spíš jsme nahlíželi třeba do toho původního zařízení a potom máme zkušenost s dalším zařízením, kde teda i aktivně pracují v té oblasti transformace. Tam zase byli velice ochotní a bylo to jakoby příjemný se podívat,*

*jak to tam třeba dělají s těmi klienty, ale zase říkám, byla to jiná klientela, byla to trošku jiná situace, než je to třeba u nás. (...) Takže i na těch stážích jsou jakoby ty zkušenosti hodně rozdílný. (...) Většinou se fakt jedná o to, aby naši pracovníci si rozšířili obzor, aby se podívali, jak se pracuje někde jinde.“ (R3, s. 8)*

Témata vzdělávacích seminářů vychází zejména z přímé práce s uživateli služby DOZP, v souvislosti s jejich věkem a zdravotním stav např. v roce 2013 proběhlo vzdělávání na téma Základy doprovázení těžce nemocných a umírajících klientů sociálních služeb; Alzheimerova demence; Somatické symptomy v paliativní péči aj. Respondent 3 k tématům vzdělávání dodává: *„zařízení prošlo třeba v loňském roce poměrně rozsáhlým vzděláváním o umírání, o lidech, kteří stárnou, o vlastně práci s lidmi, kteří jsou tady v nějakém stavu, který už není slučitelný s takovým tím běžným aktivním způsobem života. Takže ono, i když to není přímo určené vzdělávání pro asistenty, nebo lidi, kteří jsou spojeni s chráněným bydlením, tak je to vzdělávání, které se může odrazit jakoby i tady v této skupině. (...) Tu skupinu těch uživatelů, které tady máme a kteří nám opravdu stárnou, tak se snažíme v podstatě to vzdělávání směřovat, tak aby ti pracovníci byli schopni reagovat na to, že ti klienti se dostanou do věku, který pro ně bude nějakým způsobem kritický a budou se s tím muset jakoby srovnat a to se týká v podstatě třeba i klientů na bytech.“ (R3, s. 8)*

Ve vztahu ke službě, která je uživatelům poskytována v bytech Respondent 3 dodává: *„Samozřejmě jakoby myslím si, že by nebylo úplně špatné, kdybychom měli víc vzdělávání ohledně toho chráněného bydlení, ale na druhou stranu mám takovou zkušenost, že každé zařízení si jde takovou svou cestou, která není úplně aplikovatelná třeba na naše podmínky. Takže ono to je spíš... o tom, posbírat ty zkušenosti, vyzkoušet, co v tom zařízení jde, jak na to ti klienti budou reagovat, jestli je to pro ně přijatelné, jestli je to aplikovatelné pro to zařízení, na tu klientelu.“ (R3, s. 8) Respondent 4 doplňuje: *„No, co se týká seminářů a školení, co by se týkalo jenom chráněného bydlení, tak takový semináře jsme teda vlastně žádné jakoby neměli, že vlastně se to víceméně odvíjí od té praxe, že za tu dobu, co jsme nasbírali za zkušenosti a vlastně... co jsou další byty, ty už jsou zase na tom líp, protože už víte co.“ (R4, s. 8)**

**Shrnutí:** DOZP 2 koncipuje témata vzdělávacích akcí především s přihlédnutím na potřeby uživatelů služby DOZP, které vychází z široké cílové skupiny, jejich věku a zdravotního stavu. Vzdělávání je zaměřeno na problematiku stárnutí, paliativní péči apod. Je nutné podotknout, že v zařízení se nachází tzv. oddělení paliativní péče, na kterém je

zajišťována péče umírajícím s cílem, umožnit těmto uživatelům dožití v prostředí, ve kterém mnohdy strávili celý svůj život, aniž by museli odejít např. do zařízení hospicového typu. Podpora vzdělávání pracovníků, kteří pracují s uživateli v bytech je nedostatečně zajištěna, vyjma návštěv organizací, které poskytují službu např. Chráněné bydlení, nejsou v této oblasti pracovníci jinak vzděláváni.

## 5.3 Indikátory z oblasti procesů

Mezi dílčí indikátory patří využití příležitosti zapojit se do projektu MPSV, modernizace a přístup vedoucího managementu k moderním trendům. Východiskem pro sledování tohoto indikátoru byly zejména rozhovory s respondenty, Výroční zprávy a další interní dokumenty zařízení.

### 5.3.1 Modernizace

Potřeba pobytových služeb bude i nadále přetrvávat, tyto služby by se však měly co nejvíce přibližovat přirozenému prostředí. „Tento požadavek je charakterizován především malou kapacitou zařízení - snížit kapacitu zařízení v souladu s dobrou praxí EU (...), vybavením - zařízení ani oblečení personálu nesmí připomínat nemocnici, režimem a způsobem života klientů - individualizovaný režim a umístěním v běžné zástavbě.“ (MPSV, 2007, s. 15) Směřování investic by mělo vycházet z filozofie transformace. „Investice do původního zařízení nejsou vynakládány, pouze v případě, kdy by bylo ohroženo zdraví uživatelů. Místo výstavby nebo nákladné rekonstrukce stávajících ústavních zařízení budou finanční zdroje směřovány k podpoře vzniku chráněných bytů a domů v přirozené zástavbě.“ (MPSV, 2009, s. 13-14)

Indikátor sleduje celkovou proměnu podoby zařízení ve vztahu k prostředí a ve vztahu k uživatelům. Cílem je rovněž zjistit, zda a případně v jakém objemu byly/jsou vynakládány a na co konkrétně použity finanční prostředky a zda je počítáno s investicemi i do budoucna.

**DOZP 1** V roce 2004 byla kapacita zařízení 250 uživatelů. Převažovali vícelůžkové (tři a vícelůžkové) pokoje v počtu 58, v zařízení byl pouze 1 jednolůžkový pokoj a 13 dvoulůžkových. Uživatelé byli rozděleni do 23 skupin - 8x pracovní výchovná skupina, 4x výchovná - z nichž ve 3 je pracováno s těžce mentálně a kombinovaně postiženými, a 11x



skupina ošetřovných. Počet uživatelů ve skupině je 7-14 (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2004).

V dalších letech docházelo k postupnému snižování kapacity, i nadále převládal počet vícelůžkových pokojů a do zařízení byly investovány další finanční prostředky např. v roce 2006 rekonstrukce sociálního zázemí budovy II ve výši 962.951 Kč, rekonstrukce rehabilitace v budově II ve výši 639.003 Kč, v roce 2011 rekonstrukce sociálního zázemí budovy III ve výši 1.080.931 Kč aj. (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2006, 2011). V roce 2010 byla kapacita zařízení 230, počet vícelůžkových pokojů je postupně snižován, i tak jich je v zařízení 43 (max. šestilůžkové pokoje), dále 36 dvoulůžkových a 3 jednolůžkové pokoje (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2010).

V roce 2015 je kapacita zařízení 220 uživatelů, z toho je 6 míst vyhrazeno pro ženy, které jsou do zařízení nově přijímány od začátku roku 2015. V současné době žijí v zařízení 2 ženy, obývají byt (v minulosti tzv. chráněné bydlení) v areálu zařízení. V prostorách zařízení – na odděleních, nejsou prozatím vytvořeny podmínky pro společný pobyt mužů a žen např. oddělené sociální zázemí. V zařízení je celkem 81 pokojů, z toho 6 jednolůžkových, 33 dvoulůžkových a 42 tři a vícelůžkových (max. pětilůžkové). DOZP 1 zajišťuje tzv. Tréninkové bydlení s kapacitou 10 uživatelů (z celkového počtu 220) a poskytuje službu Chráněné bydlení s kapacitou 16 uživatelů.

K dřívější podobě ubytovacích prostor uživatelů a prostředí zařízení Respondent 2 uvádí: *„tenkrát mám pocit, že jich bylo dokonce deset v té skupině a měli jednu ložnici, kde spali prostě všichni. (...) Když to vezmu zpátky tady bývaly bohužel i mříže na těch oknech... tady když se jezdilo a ještě sem to zařízení neznal, tak se jelo tady po silnici a podívali ste se a řekli si tam jsou s prominutím blázni, mříže jo... tak to prostě bylo fakt hrozný.“* (R2, s. 8) A pokračuje popisem pokojů: *„u nás byly jenom postele defacto, co měli kluci, a skříň na oblečení no a to bylo prostě v jedné skříni měli všichni, jo...“* (R2, s. 8)

Respondent 4 k vzhledu prostředí dodává: *„je to maličkost, ale když jsi v tom prostředí denně, tak je výzdoba pokojů, chodeb atd. Takže taky se to zdobí výrobky uživatelů, nebo výrobky z dílen, nebo si tam můžou nakoupit různé věci. Dřív byl problém, že to nebylo, protože se říkalo, že by to uživatelé strhali, snědli by to, udusili by se tím a tak dál. Teď to vlastně je i na těch skupinách, kde jsou vlastně uživatelé s nejtěžším postižením. (...) Před rokem 2000 probíhala každé ráno vizita, dokonce byly snad i nějaké ranní rozcvičky...“*

*(přemýšlí) no, na vycházky, jestli se chodilo, tak ve velkých skupinách. (...) Že byly nějak dokonce dány návštěvní dny, kdy rodiče si mohli buď přijet na návštěvu anebo si odvést dítě domů.“ (R4, s. 9-10)*

Postupem času došlo i ke změně pracovního oděvu personálu, Respondent 2 sděluje: *„Návštěvy na nemocnici, dřív jako šel pracovník, tady se nosilo bílý oblečení, já sem byl jak sněhulák prostě a teď se šlo na nemocnicu a byli jsme jak nějakí zřizenci, jo. Teďka prostě chodíme skoro v civilu, jo.“ (R2, s. 9)*

O přístupu pracovníků k uživatelům dodává: *„Tenkrát opravdu, prostě kafe si pamatuju zamčený ve skříňce, kluci v neděli po obědě, otevřem kafe... a to mi připadlo strašně hrozný jako, že ti kluci čekajou až jim někdo milosrdně v neděli otevře skříňku od kafe a dá jim to kafe. (...) A někteří ti vychovateli, nebo ti ošetřovatelé v té minulosti se chovali jako že nadřazeně jo. Ty máš cukrovku, takže ty žádný cukroví nemůžeš a neudělali nic pro to, aby teda šli a koupili mu dietní oplatek, nebo něco.“ (R2, s. 11) K moci pracovníků Šelner (2012, s. 123) uvádí: „nebezpečí zneužití moci je vysoké, zejména u klientů, kteří jsou na pečovatelské nebo ošetřovatelské péči velmi nebo zcela závislí v instituci.“*

Respondent 5 popisuje zkušenost s uzavřeným oddělením: *„Za mě, když jsem před těmi deseti nebo jedenácti lety nastoupila, tak ještě bylo vlastně uzamknuté oddělení (..) Oddělení vlastně se úplně přestalo zamykat a najednou se zjistilo, že oni ani nejsou zvyklí, prostě rozumíte... ty dveře... je možnost je otevřít a oni je ani nevyužívají, protože oni jsou prostě zvyklí neodcházet sami. (...) Jsou hoši, který nepřesvědčíte, že on může sám sejít z těch schodů a jít... rozumíte mně? Že za ty roky byl zvyklí, on se pořád jako díval (naznačuje, jak se uživatel otáčí směrem za pracovníkem a natahuje ruku), jako pojďme, jako že by se mnou šel...“ (R5, s. 5)*

Ve vztahu k dalším investicím směrem do zařízení Respondent 3 sděluje plány: *„Povést na budově I přebudování celé budovy a máme v současné době zpracovanou takovou vizi té budovy, kde by se pokoje změnilly na dvoulůžkové buňky a zlepšit podmínky pro uživatele s vysokou mírou podpory a uživatele imobilní. (...) Úplná... humanizace nazvěme to, oddělení našeho zařízení, oddělení I, řekněme se pohybujeme v částce teď řekněme předběžně teď, co máme udělaný první odhad udělaný kolem padesáti milionů korun. Tzn. žádná levná záležitost. (...) Tento rok jsme dostali až téměř devět milionů na opravy, na rozšíření.“ (R3, s. 2)*

Co se týká dalšího snižování kapacity zařízení, tak Respondent 3 upřesňuje: „Nebudeme přibírat nové uživatele, tzn., nebudeme nikoho dávat pryč, ale nebudeme přibírat nové, ale spíš to dostat na tu částku z dvěsta třiceti, nebo dvěsta dvaceti na sto sedmdesát uživatelů, tzn., že část budeme mít na bytech řekněme takových dvacet a to máte sto devadesát, tzn. snížit to o těch třicet. (...) Můj sen je mít na pokoji po dvou uživatelích. Takže spíš přirozenou cestou, nebudeme nabírat a tím, že upravíme pokoje. Otázka jiná je, kdo to zaplatí, protože pokud snížíte počet uživatelů, tak se vám sníží příjem, protože oni nám platí... oni nám platí za službu, ale zůstanou nám tady budovy, někdo je musí opravovat, topit, údržba tzn., to je moje otázka zřizovateli... a zaplatíte to?“ (R3, s. 6) Respondent 4 snížení kapacity potvrzuje: „V transformačním plánu máme napsáno, že do roku dva dvacet bychom se chtěli dostat tuším na sto sedmdesát uživatelů z těch dvě stě dvaceti.“ (R4, s. 9)

Se začátkem roku 2015 byly do zařízení přijaty první ženy – uživatelky. Ke koedukaci Respondent 4 sděluje: „je to strašně čerstvý, máme tady dvě ženy zhruba měsíc, měsíc a půl. Učíme se, začínáme. (...) Zvažovalo se to v minulosti, ale vždycky se našlo něco akutnějšího, co bylo prostě potřeba řešit.“ (R4, s. 11) Respondent 5 k tomu sděluje: „Nedokáží si to představit, při takové masy mužů, když najednou sem vnikne žena, co to s nima bude dělat... nevím, nevím. Nedokáží to posoudit.“ (R5, s. 8)

**Shrnutí:** DOZP 1 snížilo kapacitu z 250 v roce 2004, na 220 v roce 2015 a počítá s dalším snižováním kapacity na 170 uživatelů. Vzhledem k celkové kapacitě zařízení se nejedná o příliš radikální snižování. Za významné humanizační prvky je možno považovat navyšování počtu jedno a dvoulůžkových pokojů, nicméně stále se v zařízení nachází až pětilůžkové pokoje. Z oken zmizely mříže, což evokovalo v minulosti spíše psychiatrické zařízení, nežli sociální službu a oddělení se otevřela – nejsou již zamykána, uživatelé se mohou volně pohybovat po areálu zařízení i mimo něj. Počátkem roku 2015 byly do zařízení přijaty první ženy, které v současné době obývají byt v areálu zařízení. DOZP 1 není prozatím připraveno pro pobyt žen na jednotlivých odděleních. V životě je však zcela běžné společné soužití mužů a žen, přirozené je navazovat vztah, zakládat rodinu atd. „V tomto smyslu musejí být zařízení přístupná oběma pohlavím (heterogenní)“. Šelner (2012, s. 67) Je počítáno s dalšími investicemi, které povedou k humanizaci prostředí, zejména k zajištění většího počtu dvoulůžkových pokojů - v případě budovy I k vytvoření buněk, které přinesou uživatelům větší míru soukromí. Další finanční prostředky budou potřeba na běžnou údržbu zařízení.

**DOZP 2** V roce 2006 byla kapacita zařízení 186 uživatelů, kteří byli rozděleni do 6 oddělení podle stupně postižení a míry soběstačnosti; pro těžce zdravotně postižené uživatele byla vytvořena speciální ošetrovatelská jednotka, kde jim byla poskytována maximální odborná ošetrovatelská rehabilitační péče.

V roce 2001 byla zahájena rekonstrukce budovy A s cílem zvýšit ubytovací standard uživatelů služby, která byla dokončena na konci roku 2003. V budově B bylo ubytování původní, nevyhovujícího standardu, nacházeli se zde až čtrnáctilůžkové pokoje; v roce 2004 byla zahájena rekonstrukce. V zařízení se nacházel i jeden sedmnácti lůžkový pokoj, převažoval počet vícelůžkových pokojů nad jednolůžkovými, které byly 4. (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2006). V roce 2010 byla kapacita zařízení 176, z toho 30 uživatelů služby Domov se zvláštním režimem, počet jednolůžkových pokojů byl 7, dvoulůžkových bylo 33, tři a více lůžkových 24, z toho byl 1 jedenáctilůžkový. (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2010). Specifikem služby je práce v tzv. komunitě, kdy se skupinou uživatelů pracuje stálý personál, což představuje mj. větší prostor pro individuální práci. V roce 2013 byla kapacita 160 uživatelů, počet jednolůžkových pokojů byl 11, dvoulůžkových bylo 30, tři a vícelůžkových 22 - max. sedmilůžkový pokoj (DOZP 2, Výroční zpráva z roku 2013).

Respondent 1 k přeměně zařízení sděluje: *„Tak. Taková ta transformace, ta přeměna toho zařízení, to opravdu začínalo od toho roku 2000, kdy jsem sem nastoupila do toho zařízení a tady ta přeměna toho zařízení a samozřejmě to je to, že vlastně nejenom přeměna zařízení jako takového, ale také změna přístupu k těm klientům. (...) V zařízení bylo dvě stě devět klientů a bylo tady sedmdesát tři zaměstnanců. Zařízení bylo v takovém stavu, že tady samozřejmě s ohledem na tu kapacitu byly i sedmnácti lůžkové pokoje, kde nebyl dán prostor vůbec, protože ani nebylo možné pro osobní věci, byly tu jenom kovové postele, jedna vedle druhé. Ty skříně byly na těch chodbách. Bylo tady zejména hodně zdravotních sester (...) Začaly se řešit dílny, začala se řešit terapie, protože... v podstatě bylo velmi nutné, prostě těm klientům dát i nějakou šanci, nějaké činnosti. Do té doby to bylo zejména v podstatě, že ten čas byl rozdělený od jednoho jídla k druhému jídlu a od vlastně toho vstávání po to uléhání.“* (R1, s. 1) K současné podobě zařízení uvádí: *„Samozřejmě máme i vícelůžkové pokoje, ale i ty vícelůžkové pokoje se snažíme jakoby oddělit, buďto nábytkem, nebo nějakými závěsy, tam, kde to jde a vytvořit... my tomu říkáme... takový pracovní název kóje, ale jsou to takové prostory pro toho jednoho človíčka, kde má všechno to svoje.“* (R1, s. 2)

V roce 2006 přišel, do zařízení původně určeného pouze ženám, první muž. Respondent 1 se k tomu vyjadřuje následovně: „Původně to byly ty ústavy mužské, ženské, ale přece jen za tou bránou ten život tak není oddělený. Jsou prostě muži, ženy... žijí společně. Samozřejmě, že to byla dost velká averze zaměstnanců, protože pro ně to bylo jednodušší, byli zvyklí už na ty ženy, byli různé argumenty, ať se to týká, já nevím, prostě sociálních zařízení a takových věcí. Přece i doma jako žije rodina a fungují jako muži, ženy dohromady, takže nenechala jsem se jakoby odradit tady tím, těmito argumenty...“ Zařízení uspořádalo svým klientům v několika případech dokonce i svatbu. Respondent 1 uvádí: „My jsme jim potom dělali svatbu. (...) Potom byla další svatba, takže prostě to byl ten důvod, že... nedá se oddělit ten mužský a ženský svět. (...) Tak žije (uvádí jména klientů – muže a ženy), vedle (uvádí jména klientů – muže a ženy) další pokoj, pak další pokoje jsou ženy, máme prostě rozdělené, jak je to s těmi toaletami, všechno se dá. Pokud chcete, tak to jde, tak to jde... To já vnímám jako nejcennější.“ (R1, s. 2)

K investicím do zařízení Respondent 1 sděluje: „Samozřejmě jako každý dům, jako každá nemovitost chce, pokud tedy má být funkční, tak prostě upravovat, opravovat a vlastně tím pádem investovat. Takže to je vždycky o tom, že třeba v letošním roce se nakoupí nějaké zvedáky, nějaké židle, nějaká myčka, budou se opravovat komunikace, bude se upravovat prádelna, prostě už takové ty běžné. Vim, že my si hodně věcí uděláme sami, mně strašně záleží na tom, aby to zařízení nechátralo, tzn., na každý rok máme nějaký plán, které oddělení, kde se udělá jakoby taková generální oprava toho oddělení. To je o tom starat se o ten majetek. Ne, že bychom tady už něco budovali. Prostě to udržovat.“ (R1, s. 9)

V souvislosti se skutečností, že se v případě budovy B jedná o kulturní památku, Respondent 1 sděluje: „Já vím, že ty prostory toho zámku nejsou úplně ideální, není to super moderní zařízení. Ale když se projdete po tom zařízení a kdokoliv k nám přijde, tak jsou příjemně jakoby překvapeni, že dá se žít i tady. Víte, je to o tom, že tady to nadpodlaží... tam, když jsem přišla, bylo sto devět klientů, dneska je tam třicet devět... největší ocenění... bylo to, že v posledních letech sem chtěli jít bývalí zaměstnanci, co tady byli, obyvatelé z obce a nevadilo jim, jako seniorům, že jdou do zařízení, které bylo prioritně pro ty mentálně postižené. (...) Nebo tady máme rodinné příslušníky, tzn., jsou tady maminky, které jezdily za těmi svými dcerami, zestárly, prodaly dům a šly bydlet sem. Mají tady jednolůžkový pokoj a jsou v kontaktu s tím svým děckem. Pořád je to pro ně dítě.“ (R1, s. 9-10)

Respondent 4 k modernizaci zařízení doplňuje: *To zařízení se posunulo tak strašně moc, že to se nedá ani říct. Už jenom to, že se vybudovaly pracovny, že ti klienti netráví většinu času jenom na těch pokojích a vlastně jenom tak nebloumají po těch chodbách, že se jim věnujou ti pracovníci... Fakt se to posunulo úplně neskutečně. Už jenom i to stravování, já jenom když si vzpomenu, když jsem nastoupila a viděla jsem, jakým stylem se podává jídla a to..., nebo koupelny. Dvě koupelny na celý oddělení, na padesát čtyři klientů. Ty koupelny si už teďka nikdo nedovede představit, jaká to byla prostě hrůza. To fakt bylo hrozný.“ (R4, s. 9)*

**Shrnutí:** V případě DOZP 2 byla kapacita zařízení snížena ze 186 v roce 2006, na 160 v roce 2015. Je nutné konstatovat, že snížení kapacity není příliš výrazné. V oblasti humanizace se v průběhu let zvyšoval počet jedno a dvouúžkových pokojů, stále se však v zařízení nachází vícelůžkové pokoje (max. sedmilůžkový pokoj). Výraznou komplikací je fakt, že se v případě budovy B jedná o kulturní památku, tudíž není možné realizovat potřebné a žádoucí rekonstrukce, které by vedly k zvýšení ubytovacího standardu uživatelů. Zařízení se však snaží s touto „překážkou“ vypořádat konkrétně tím, že pokoj uživatelů byl rozdělen nábytkem, tím vznikl samostatný prostor pro každého uživatele. Co se týká koedukace, tak DOZP 2 přijalo prvního muže již v roce 2006, v zařízení společně žijí i páry, dokonce bylo uspořádáno několik svateb. Soužití mužů a žen je pracovníky vnímáno kladně a je považováno za přirozený jev. Do zařízení byly v průběhu let investovány nemalé finanční částky, které byly použity zejména k rekonstrukci budov. Zpočátku se jednalo zejména o zvýšení ubytovacího standardu uživatelů, vytvoření prostor pro pracovní činnost apod. Další investice budou vynaloženy především v souvislosti s běžnou údržbou budov, rozsáhlejší rekonstrukce není plánována.

### **5.3.2 Využití příležitosti zapojit se do projektu MPSV**

Cílem sociálních služeb je mj. podpora sociálního začlenění uživatelů. „Být sociálně začleněn znamená být součástí komunity, žít v běžných místech, kde žijí i ostatní lidé, mít možnost volby a kontroly nad vlastním životem, zastávat hodnotné a důstojné sociální role, mít možnost navazovat a rozvíjet smysluplné vztahy, učit se a růst, získávat více vlastních kompetencí.“ (MPSV, 2013, s. 42)

Aby byla naplněna sociální integrace uživatelů ústavní služby je potřebná změna a proto je nutné, aby zařízení hledalo a využilo zejména takové příležitosti, které se nabízí.

Tento indikátor má za cíl ověřit, zda je zařízení zapojeno do pilotního projektu MPSV *Podpora transformace sociálních služeb*, nebo navazujícího projektu *Transformace sociálních služeb*. Dále zjistit, zda má zařízení zpracován tzv. transformační plán, který mapuje přechod uživatelů do přirozeného sociálního prostředí, komunitní služby. A zjistit, jaký postoj k procesu transformace zaujímá vedoucí management a pracovníci zařízení.

**DOZP 1** Od ledna 2013 probíhá projekt MPSV *Transformace sociálních služeb*, do kterého je zařízení zapojeno. V roce 2013 proběhla 4 setkání s konzultantkou z MPSV, sociální pracovníci a pracovníci koordinačního (transformačního) týmu se účastnili také setkání v rámci transformace v jiných městech (DOZP 1, Výroční zpráva z roku 2013).

*„V případě DOZP 1 se jedná o částečnou transformaci, což je skutečnost, se kterou DOZP 1 do projektu, po dohodě se zřizovatelem vstupoval.“* (DOZP 1, 2015, Transformační plán) Respondent 4 k zapojení do projektu dodává: *„my jsme na začátku vstupu do projektu dostali informace jiné, než které jsou teďka prezentovány. Nevím, i já sám mám z toho takový rozpačitý pocit a to jsem do toho šel vcelku jako s dobrým pocitem, že se tady udělá něco velkého pro ty uživatele.“* A dále sděluje směrem k transformaci: *„Když vidím, jaké problémy některé služby mají, tak si nemyslím, že to je tak růžový, jako že se postaví barák a tím se vyřeší prostě jeden problém. Asi mi to trošku otevřelo oči. Neříkám, že to zavrhuju, to ne, ale asi by to chtělo mít nějaký záruky toho, že to bude pokračovat dál. Ne že to skončí s koncem projektu.“* (R4, s. 8)

Respondent 3 k podmínkám týkající se výstavby nových objektů pro zajištění komunitní sociální služby sděluje: *„Pokud budeme chtít stavět, tak nám na to peníze dají, ale řeknou, že nesmíme opravovat stávající budovu, což je postaveno na hlavu, my jinde budeme stavět a tady nám to bude padat na hlavu, potom po nás, když tu budovu budeme chtít prodat, nebo pronajít, ale v dezolátním stavu, jako hospodář se musím starat i o stávající budovy.“* (R3, s. 2) Investice do původního zařízení jsou palčivým tématem, které výrazně ovlivňuje (znemožňuje realizaci) transformace pobytové služby.

V souvislosti s myšlenkou úplné transformace Respondent 1 sděluje: *„úplná transformace, to si nedokážu představit, protože někteří uživatelé jsou na tom zdravotně tak špatně a závislý na té službě, na zdravotní péči, větší ošetrovatelské péči, že si nemyslím, že by určitě mohli být někde ve městě.“* (R1, s. 8) Respondent 3 dodává: *„Myslím si, že toto zařízení je hlavně pro uživatele s velkou mírou podpory a má význam, aby tady zůstalo. Toto zařízení*

*bylo v roce šedesát dva, šedesát jedna postaveno na zelené louce jako zřízení pro mentálně postižené, naproti XX nemocnici s tím záměrem, že zde budou uživatelé s velkou mírou podpory, kteří potřebují zároveň lékařskou péči. Jestliže jsme něco postavili a fungovalo to, tak panebože to nerušíme a nelikvidujeme.“ (R3, s. 3)*

Respondent 3 uvažuje o dalším směřování, konkrétně vybudování objektu pro službu DOZP, a s tím vyvstává otázka: *„To není úplně zmapované, zda ve XX (blízké město), tj. vzdálené městečko asi dvacet, pětadvacet kilometrů vybudovat službu pro zdravotně mentálně postižené... DOZP, toto je otázka, to tam není plně zmapované, na kolik by se to vyplatilo, hlavně peníze na to jsou z Evropské unie, ale otázka jiná je, protože nám to bude financovat Kraj, zda je to ufinancovatelné...“ (R3, s. 2)*

Jaký postoj k transformaci Respondent 3 zaujímá, sděluje: *„Transformace se má, to je pokus, to není dané, nikde nenajdete ve vyhlášce, ve směrnici, v zákonu transformace, že musí se všichni transformovat, to není pravda. Transformace je jeden z pokusů, jak změnit sociální služby. Ale už se z toho zase udělalo dogma, že to je jenom jeden (...) Já třeba vidím i cestu v té humanizaci.“ (R3, s. 6)* Respondent 4 pohled na transformaci vedoucího managementu doplňuje: *„Nejsem přesvědčený, že je přesvědčené vedení o významu, nebo o smyslu toho, co se děje, tak tím pádem je asi těžké, aby to v sobě měli i pracovníci a teď to myslím, v souvislosti s těma komplikacema, které přináší jednání se zřizovatelem, které přináší to, že jsme nedostali slíbeného pracovníka, tím pádem služby na chráněném bydlení se musí spojovat a není to dobrý, myslím to, že jsme dostali o třetinu méně peněz na roční rozpočet chráněného bydlení, takže se to bude muset lepit z peněz DOZP. Jo. Takhle to jsou asi věci, které trošku komplikují soulad s tou myšlenkou transformace.“ (R4, s. 7)*

To, jak vnímají transformaci pracovníci zařízení, Respondent 4 sděluje: *„Transformaci lidi obecně moc nevnímají dobře z toho důvodu, že se bojí, že se jedná o rušení toho zařízení, tím pádem, že přijdou o místo.“ (R4, s. 7)* Respondent 3 doplňuje: *„A mezi pracovníky, co vím, tak velké nadšení mezi tím... mezi tím není. (...) Jsou tady lidi, co už mají něco za sebou...a začnete vychvalovat jak je to výborné a vníkájí, navíc jako řekněme si... to je ta zase typická česká povaha, my na všechno tvrdíme, že je to výborné, ale my už neřekneme, že jsou tam problémy. A ti pracovníci si to zjistí, že jsou tam problémy a jaké jsou tam problémy tady v těchto transformovaných...“ (R3, s. 5)*



Jelikož se transformace netýká pouze uživatelů, ale i rodičů (zákonných zástupců, opatrovníků), je nutné znát i jejich pohled. Respondent 3 k tomu sděluje: „*Tak u rodičů je to jednoznačné... že jsou tvrdě proti transformaci. A když byl ten kulatý stůl kolem té transformace, byli tam tři rodiče, řekněme rodiče neovlivnitelní, všechno vysokoškolsky vzdělání, tvrdě proti transformaci a vytkli mně, že bych chtěl transformovat dál.*“ (R3, s. 6)

**Shrnutí:** DOZP 1 je zapojen do projektu MPSV *Transformace sociálních služeb* a má zpracovaný Transformační plán (k datu 12.3.2015 v připomínkovacím řízení JMK, MPSV), dle kterého se počítá s částečnou transformací zařízení. Nutno podotknout, že někteří pracovníci mají z probíhajícího projektu značné rozpaky, v tom smyslu, že jejich původní představa se zcela neztotožňuje s průběhem samotného projektu. Transformace není personálem vnímána jednoznačně pozitivně, je provázena určitou nejistotou a obavami z budoucího směřování služby. Podle některých není úplná transformace vhodným řešením pro uživatele služby. Vedoucí management přistupuje k transformaci s rozmyslem. Transformovat ano, ale pouze část uživatelů. Smysl je spatřován spíše v humanizaci zařízení, které je nutné zachovat z několika důvodů, jedním z nich je zajištění péče osobám s těžkým stupněm postižením, pro které bylo původně vybudováno.

**DOZP 2** Respondent 1 k zapojení do projektu MPSV uvádí: „*Z počátku jsem se snažila, a měla jsem představu o té transformaci, o tom projektu, který je vlastně hrazený z evropských peněz, měla trochu jiné představy, tak jsem si myslela, že se podaří třeba nějakým způsobem bud' nějaké malé domečky, ale odděleně, ne jako... Jenomže po zjištění právě tady těch podmínek toho projektu jsem z toho velmi rychle vycouvala. (...) Když si to člověk vlastně přečte, tak je to vlastně postupné snižování té kapacity až úplné zrušení toho zařízení.(...) Když jsem si uvědomila, kolik finančních prostředků bylo vloženo do té rekonstrukce zařízení a když vnímám to, že vlastně z řad veřejnosti jsou požadavky na umístování tady právě těch lidí s demencí, prostě do... zvláštním režimem do toho zařízení, nebo do té pobytové služby se zvláštním režimem, Alzheimerova nemoc a další diagnózy, tak prostě jsem si říkala, že to by byla jako nesmírná škoda tady jít touto cestou, takže to byla jedna taková, taková nastavená podmínka. Druhá věc, je tam v těch podmínkách také to, že to ubytování těch klientů musí být mimo obec toho zařízení. A to bylo pro mě dost důležité, protože prostě ti lidé velmi těžko po tolika letech života v tom zařízení zpřetrhají tak najednou z ničeho nic ty vazby. To je prostě takové umělé to zpřetrhání jako. Takže to byla další taková věc, jako když jsem si říkala, to není dobře. Takže my jsme nakonec si zvolili svoji cestu, vycouvala jsme teda z toho projektu té transformace a my tomu říkáme taková ta naše, náš*

*projekt samostatné bydlení a začali jsme tím, že jsme začali pronajímat byty pro naše klienty.*“ (R1, s. 4) DOZP 2 není zapojeno do žádného z projektů realizovaných MPSV.

Pohled pracovníků na transformaci (úplnou) je následující: *„Já si nedokážu představit, že by se tady ten ústav prostě zrušil. Já si myslím, že by tím ta klientela strašně trpěla, to si teda nedokážu představit. Jo, že by vlastně ty klienty od sebe rozdělili, jo. Tady pro ně tady je to domov, oni tady bydlí vlastně a prostě, kdyby se měli zase roztrhnout a jít někam pryč... to vůbec.*“ (R2, s. 6) Respondent 3 k tomu dodává: *Nemyslím si, že je to úplně šťastné řešení. Tím bych to skončila... (smích).*“ A dále sděluje: *„Po těch zkušenostech, které mám i s tím, co vlastně opravdu jsme dělali třeba s tím umisťováním těch uživatelů vlastně... mimo to zařízení, s ohledem na to, že jsou tady klienti, kterým je přes devadesát let, si myslím, že to není reálné. A mluvím i z té zkušenosti, z toho, že vím, jak strašnou... ne strašnou, ale jak velkou si dovedli ti lidi... lidi, kteří tady žijí jako klienti, vybudovat vazbu na prostředí, ve kterém žijí a nemyslím tím zařízení, ale tu obec, na ty lidi, kteří tady žijou, kteří je prostě znají a opravdu tady žijí takovým tím klasickým stylem... prostě lidi na venkově, kteří mají ten svůj dům svoji zahrádku a plkají spolu přes plot a pomlouvají sousedy (smích) a představa, že vlastně takovej člověk jakoby... já nevím, váš dědeček by se musel přestěhovat do něčeho supermoderního a ještě strašně daleko, tak si myslím, že to není úplně reálný tady tohle...“* (R3, s. 7)

**Shrnutí:** DOZP 2 není zapojeno do žádného z projektů MPSV. Původně bylo zapojení do projektu zvažováno, vedoucí management se však po vyhodnocení podmínek projektu rozhodl nezapojit. Výrazným faktorem, který ovlivnil vstup do projektu, jsou investice vynaložené do původního zařízení, nákladné rekonstrukce, postupná humanizace prostředí atd. Zařízení v současné době realizuje transformaci dle svého uvážení, po svém. Někteří pracovníci jsou přesvědčeni, že DOZP 2 je pro uživatele „domovem“ a jejich vazba na zařízení i obec, ve které žijí je tak velká, že by jim odchod ze zařízení spíše ublížil.

### **5.3.3 Přístup vedoucího managementu**

Vedoucí management udává směr, jakým se sociální služba ubírá, ovlivňuje její budoucí směřování. Johnová (2008, s. 10) k tomu sděluje: *„Z výzkumů procesů transformace plyne, že skvělé vedení ústavů pohánějící proces změny je zásadním elementem („Je nutno se spoléhat na zanícení a odhodlání nejvyššího managementu prosazovat změnu!“).*

Indikátor si klade za cíl ověřit, jak pracovníci vnímají postoj vedoucího managementu ke změnám – v souladu s moderními trendy, jak jsou o plánovaných změnách informováni. A jak je plánováno budoucí směřování služby, jaká je vize zařízení.

„Stávající poskytovatele ústavních služeb je nutné podporovat tak, aby sami transformovali svou činnost směrem ke službám poskytovaným v přirozeném prostředí, směřujícím k naplňování individuálních potřeb uživatelů a v případě, kdy toto není možné s ohledem na situaci uživatelů, maximálně přiblížit pobyt uživatelů životu v domácím prostředí“. (MPSV, 2007, s. 6).

**DOZP 1** K oblasti předávání informací týkajících se plánovaných změn Respondent 4 uvádí: „*My se scházíme...dřív to bylo jednou za dva týdny, teď je to za tři týdny za měsíc v rámci nějakého koordinačního týmu, kde jsou zastoupeny všechny profesní skupiny jako vedoucí pracovníci a tam se řeší všechny potřebné věci, nejenom transformační, ale i věci týkající se služby, nicméně děláme tam vždycky transformační okénko, ve kterém se řekne, co se udělalo za dobu od poslední schůzky a tímhle se ty informace dostávají k lidem a taky tam řešíme nějaké věci, které jsou potřeba rozhodnout, jestli to bude tak, nebo tak i ve vztahu k té transformaci. (...) Transformační skupina oficiálně neexistuje*“. (R4, s. 9) Respondent 1 k tomu uvádí: „*Tak my jsme měli transformační supervize... tam jsme měli transformační supervize i pracovníků podporovaného tenkrát, teďka už chráněného bydlení, takže si myslím, že tyto informace se nám předávají jako dobře, no.*“ (R1, s. 7)

V návaznosti na to, jak vnímají pracovníci postoj vedoucího managementu k integraci uživatelů do přirozeného prostředí, jak jsou „naladěni“ na změny v této oblasti, sděluje Respondent 1: „*(smích) Tak samozřejmě, jdou v tom, jako jak ti uživatelé si to mohou dovolit, jaké mají potřeby, jak už zdravotní, tak se jedná třeba o uživatele s vyšší mírou podpory a co se týče těch uživatelů s nízkou mírou podpory, tak si myslím, že vlastně jsme už tady v tomhle udělali hodně velký krok, že máme vlastně šestnáct uživatelů ve městě a teď deset uživatelů na podporovaném bydlení, takže si myslím, že...*“ (R1, s. 7) Respondent 4 situaci dokresluje a uvádí: „*Ředitel mluví sám o tom, že kdyby ho netlačili do nějakých vysokých počtů, nechtěli to rychle, tak že to chráněné bydlení by mu nevadilo atd., atd. Ale tím, že se po nás chce výkon, výkon, výkon a rychle, rychle, tak se tomu člověk prostě*

*přirozeně nějakým způsobem brání.*“ (R4, s. 7) Zde se nabízí otázka, jaký postoj, či jakou formu podpory zařízení poskytuje její zřizovatel<sup>60</sup>...

A jaké plány má vedoucí management v oblasti transformačních procesů? Dle vize uvedené v transformačním plánu: *„V jednání je možnost částečného využití budovy bývalého internátu zdravotní školy v XX. Z jednání se zástupci Města XX vyplynulo, že je značně reálná šance na rekonstrukci stávajícího objektu na bytový dům. Pokud by k rekonstrukci došlo, DOZP 1 by mohl využívat v rámci tohoto bytového domu několik bytů pro své uživatele.*“ (DOZP 1, 2015, Transformační plán)

Respondent 3 k tomu sděluje: *„Takže představa je, že v XX bychom vybudovali ještě, získali zedva zetři byty a to z internátu zdravotní školy, zároveň je představa, že bychom tam zřídili dílnu nejenom pro naše uživatele, ale pro všechny řekněme postižené, handicapované v XX, to by využívali v dopoledních hodinách. (...) My provádíme transformaci, ale u uživatelů, u kterých to jde, ale zapomínáme na velikou skupinu, což je u nás sedmdesát procent uživatelů, kteří mají střední a hlavně vysokou míru podpory, tzn., že od vozičkářů, přes hydrocefalus, máme zde uživatele po suicidě, tzn. zabezpečit této skupině lepší podmínky...“* (R3, s. 1-2)

Dle transformačního plánu zařízení: *„Je nutné myslet i na ostatních 220 uživatelů, kteří žijí v DOZP. Ideálním způsobem by byla humanizace stávajícího prostředí a postupné snižování počtu uživatelů. (...) DOZP 1 si jako vysokou prioritu klade i zaměstnávání uživatelů.*“ Respondent 3 sděluje: *„Jak budeme pokračovat dál, zda budeme mít další zařízení, ukáže řekněme rok dva roky... za prvé, jestli na to máme uživatele, za druhé, zda budou na to finance, celkem finance by na to byly, ale aby to bylo dále ufinancovatelné v dalších letech, to znamená hlavně, co bude za tři roky za pět let, deset let.*“ (R3, s. 1)

**Shrnutí:** Vzhledem k tomu, že se DOZP 1 podařilo integrovat do komunitní služby již 16 svých uživatelů a i do budoucna hledá možnosti pro další uživatele např. formou pronájmu bytů od města XX, tak pracovníci hodnotí přístup vedoucího managementu v tomto směru kladně. V zařízení je počítáno s částečnou transformací, proto do budoucna vedoucí management počítá zejména s humanizací zařízení, aby byly důstojné podmínky pro pobyt v zařízení zajištěny i sobám těžkým stupněm postižení, pro které není prozatím počítáno s přechodem do služby komunitního typu. Je zvažována výstavba objektu v nedalekém měst,

---

<sup>60</sup> Tato oblast nebyla výzkumníkem zjišťována.

kde by byla poskytována služba DOZP. Kapacita zařízení by se měla snížit na 170 uživatelů, cca do roku 2020. Pozornost do budoucna bude i nadále zaměřena na zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Zařízení s úplnou transformací nepočítá.

**DOZP 2** Jak vnímají postoj vedoucího managementu k transformačním změnám, respektive k integraci uživatelů do přirozeného prostředí pracovníci vysvětluje Respondent 3: *„Pokud by vedení nebylo nakloněno změnám, tak bychom se nedostali do takové situace, v jaké jsme. Teď myslím v tom rozvoji toho samostatného bydlení a tak, určitě.“* (R3, s. 8)

V blízké budoucnosti zařízení plánuje registraci nových služeb, Respondent 1 k tomu dodává: *Ta kapacita v této chvíli, když to vezmu, tak vychází na Domov pro osoby se zdravotním postižením 78, Domov se zvláštním režimem 62 a Chráněné bydlení 20, ale to se bude měnit. (...) Pokud se týká té vize, tak vidím to tak, že... samozřejmě to Chráněné bydlení, tam budeme připravovat ještě další klienty. Chráněné bydlení to budou především lidé, kteří jsou naši stávající klienti, protože když jsme to debatovali tady, dost těžko si dokážu představit, že by do tohoto našeho způsobu bydlení, kdy je to opravdu v té zástavbě a kdy ten podíl toho pracovníka, není tam pořád s nimi ten pracovník. (...) Asi větší podíl klientů bude Domov se zvláštním režimem a postupně se bude snižovat jakoby kapacita služby Domov pro osoby se zdravotním postižením. (...) Myslím si, že zařízení by mělo reagovat na tu poptávku a samozřejmě tomu uzpůsobíme vzdělávání našich zaměstnanců. Jako na ty cílové skupiny.“* (R1, s. 9) V oblasti přechodu uživatelů do bytů, za účelem samostatného bydlení Respondent 3 sděluje: *„V současné době máme předjednány další dva byty a v podstatě děláme takový spíš pasivnější výběr mezi těmi klienty, protože tam bude trošku větší časový úsek, mělo by to být v roce 2015, ale ne úplně na začátku a zatím jsme v takové fázi spíš příprav, ale samozřejmě, chtěli bychom pokračovat tady v tomhle tom, co se osvědčilo aspoň prozatím.“* (R3, s. 8-9)

**Shrnutí:** DOZP 2 počítá s registrací nové služby Domov se zvláštním režimem, vzhledem k postupně se měnící struktuře uživatelů, v souladu s jejich potřebami i s ohledem na poptávku po tomto druhu služby. Dokonce je počítáno s tím, že se bude kapacita DOZP na úkor DRZ postupně snižovat. Zařízení bude registrovat službu Chráněné bydlení, v tuto chvíli se připravují potřebné náležitosti. V pronájmu bytů hodlá zařízení i do budoucna dále pokračovat, v jednání je pronájem dalších bytů. Pracovníci vnímají „transformační kroky“ vedoucího managementu pozitivně, v integraci vybraných uživatelů spatřují příležitost pro tyto lidi. Zařízení nepočítá s úplnou transformací.

## 5.4 Zjištění

Na úvod je vhodné říci, že obě zařízení úspěšně integrovala část svých uživatelů do přirozeného prostředí, konkrétně do sociální služby komunitního typu. V těchto krocích i nadále obě zařízení hodlají pokračovat; za tímto účelem DOZP 1 registrovalo službu Chráněné bydlení, DOZP 2 registraci této služby připravuje. V obou případech je však plánován přechod pouze několika málo uživatelů. Do přípravy jsou vybíráni pouze ti uživatelé, kteří mají o přechod do komunity zájem a současně se jedná o osobu s lehkým, případně středně těžkým stupněm postižení. Zbývající část uživatelů zůstává i nadále v zařízení. Pro přechod do přirozeného prostředí zatím není počítáno s osobami s těžkým stupněm postižení.

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, řada z nich má přímou souvislost s humanizací prostředí. Další investice budou vynakládány v souvislosti s údržbou, opravami a nezbytnou rekonstrukcí obytných částí zařízení. 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, v případě DOZP 2 je jedna z budov kulturní památkou, což neumožňuje výrazné úpravy, které by zvýšily ubytovací standard uživatelů, v případě DOZP 1 není zařízení připraveno na společné soužití mužů a žen – partnerský život atd. Příležitost zapojit se do projektu transformace MPSV využilo pouze DOZP 1, očekávání některých pracovníků se však nenaplnila. DOZP 2 tuto příležitost zvažovalo, avšak z důvodu zejména plnění protransformačních podmínek, ze vstupu do projektu ustoupilo.

S postupem času prošla obě zařízení výraznou proměnou, zejména co se týká změny prostředí. Byly snižovány počty vícelůžkových pokojů, i přesto se v zařízení stále takové nachází, uživatelé si mohou své pokoje vybavit dle svého přání a vkusu, jejich osobní věci již nejsou ukládány do společných skříní, jsou jim nabízeny různé aktivizační činnosti a terapie, což pro ně představuje smysluplné trávení volného času a posilování vlastních schopností a dovedností, někteří se mohou zapojit do pracovní činnosti a vydělat si tak vlastní peníze atd.

Kapacita v zařízeních byla postupně snižována, v případě DOZP 1 bude snížena na „konečných“ 170 do roku 2020, v případě DOZP 2 bude kapacita snižována na úkor postupnému navyšování kapacity služby Domov se zvláštním režimem, jejíž registrace je plánovaná. V případě žádného ze zařízení se ovšem nejedná o radikální snížení počtu uživatelů s přihlédnutím k celkové kapacitě služby; obě zařízení lze označit za velkokapacitní.

Pracovníci, kteří s vybranými uživateli pracují na přechodu do komunitní služby, anebo přímo ve službě komunitního typu jsou pro tuto oblast nedostatečně vzděláváni. Témata seminářů a školení vychází především z potřeb pracovníků, kteří pracují s uživateli služby DOZP. S přechodem pracovníků do komunitní služby souvisí riziko, které může zcela potlačit principy této služby. Jedná se o případ, kdy není pracovník plně ztotožněn s posláním takové služby a používá metody práce z původního zařízení. Pracovníci vnímají transformaci služby vesměs negativně. Důvodem může být obava ze ztráty zaměstnání, někteří z nich se domnívají, že taková změna by některým uživatelům mohla spíše uškodit a nejsou zcela přesvědčeni o jejím pozitivním přínosu.

Obě zařízení připravují vybrané uživatele na přechod do přirozeného prostředí, v případě DOZP 1 bylo k tomuto účelu vybudováno tzv. Tréninkové bydlení, které simuluje přirozené prostředí a běžný denní rytmus. DOZP 2 za tímto účelem vyčlenilo jedno ze svých oddělení, kde jsou uživatelé podporováni v nácviu běžných činností. Je otázkou, zda je vhodné jejich umístění přímo v areálu zařízení a do jaké míry dokáží přiblížit přirozené sociální prostředí např. život rodiny v běžných podmínkách.

## **5.5 Diskuse**

Cílem diplomové práce bylo zjistit, zda vybraná zařízení, která zajišťují službu Domov pro osoby se zdravotním postižením a jejich cílovou skupinou jsou osoby s mentálním, resp. kombinovaným postižením, prochází od roku 2003 vývojem v souladu s moderními trendy. Bylo zjištěno, že žádné ze zařízení nepočítá s úplnou transformací, lze říci, že se jedná především o částečnou transformaci, která se týká relativně nízkého počtu uživatelů vzhledem k celkové kapacitě, která i po postupném snižování zůstává stále vysoká, nad 150 uživatelů v obou případech. Vedoucí management obou organizací uvedl hned několik argumentů, které lze označit za protitransformační a jeho snahou je naopak stávající zařízení zachovat. Obě příspěvkové organizace v průběhu let naplňovaly zejména humanizační kroky a s tímto trendem je i do budoucna počítáno. Humanizace představuje

zlepšení podmínek ve stávajícím „ústavním“ zařízení vč. pozitivní změny přístupu k uživatelům, ale neznamená cestu k integraci osob do běžného života. Naopak, humanizace a s tím související vynaložené finanční prostředky je jedním z argumentů pro zachování zařízení.

V souvislosti s nastavením výzkumu bylo obtížné definovat indikátory moderních trendů, jejichž sledování by poskytlo validní výsledky výzkumu. Během zpracování získaných dat a informací se ukázalo, že rozsah stanovených ukazatelů byl velmi široký, pokud by byl stanoven menší počet indikátorů, přineslo by to možnost hlubší analýzy. Původně bylo počítáno s větším počtem zařízení zapojených do výzkumu a rovněž bylo zamýšleno provést rozhovory s pracovníky Odboru sociálních věcí Krajského úřadu Jihomoravského kraje, v jejichž pracovní kompetenci je proces transformace a plánování rozvoje sociálních služeb na území kraje. V souvislosti s rozsahem práce bylo od výše uvedených záměrů nakonec upuštěno. Za slabinu výzkumu považují časový prostor vyhrazený pro návštěvu zařízení - v rámci jednoho dne bylo nutné provést rozhovory s vybranými respondenty, absolvovat prohlídku zařízení a projít dokumentaci, která byla předložena v místě poskytování služby. Jako vhodný postup se naopak osvědčila analýza dokumentů organizace před vstupem do zařízení, což přispělo k lepšímu poznání služby a pomohlo při sestavování otázek určených pro respondenty.

Domnívám se, že provedený výzkum může posloužit jako zdroj užitečných informací pro plánování strategie transformace pobytových služeb a rozvoje služeb na území Jihomoravského kraje. Za účelem získání komplexních informací o stavu příspěvkových organizací a představě jejich dalšího směřování se nabízí možnost provést výzkum i v ostatních zařízeních zřizovaných krajem včetně zjištění postoje Jihomoravského kraje k procesu deinstitucionalizace a způsobu zajištění podpory samotným organizacím.

Dle analýzy, kterou provedlo NC PTSS na území Jihomoravského kraje v roce 2012 bylo zjištěno, že se zde nachází 18<sup>61</sup> služeb typu Domov pro osoby se zdravotním postižením, jejichž celková kapacita byla 1 284 lůžek, z toho bylo označeno za ústavní 1 266 lůžek, tj. 16 služeb, 18 lůžek jako neústavní, tj. 2 služby (NC PTSS, nedatováno, s. 45). V doporučeních k transformaci ústavní péče na území Jihomoravského kraje se uvádí informace „že existující ústavní služby v Jihomoravském kraji je možné transformovat do roku 2025.“ (NC PTSS, nedatováno, s. 12)

---

<sup>61</sup> Údaj k datu 1.3.2012; jedná se o zařízení včetně příspěvkových organizací kraje.



Uvedená informace vybízí čtenáře k zamyšlení, zda v uvedeném časovém horizontu je reálné transformovat ústavní zařízení, neboť výzkum ukázal, že některá zařízení sociálních služeb nejsou procesu transformace zcela nakloněna...

## **Závěr**

Téma diplomové práce bylo zvoleno za účelem zjištění, zda vývoj pobytových služeb sociální péče odpovídá soudobým trendům, které jsou v dnešní době tolik diskutované. Deinstitutionalizace představuje odklon od ústavní péče, jsou preferovány tzv. komunitní služby, které umožní setrvání osoby se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí s možností využívat běžně dostupné veřejné služby. I přes tento aktuální trend existuje v naší zemi stále vysoký počet ústavních služeb; přístup k moderním trendům (vč. transformace, humanizace) a jejich zavádění do praxe je z pozice zadavatelů, zřizovatelů a poskytovatelů individuální.

V rámci diplomové práce byly prezentovány případové studie dvou příspěvkových organizací, jejichž zřizovatelem je Jihomoravský kraj a která poskytují službu Domov pro osoby se zdravotním postižením pro uživatele s mentálním resp. kombinovaným postižením; pozornost byla zaměřena na velkokapacitní zařízení s kapacitou větší než 100 uživatelů. Vývoj vybraných služeb byl sledován na základě stanovených indikátorů, které vychází z moderních trendů - deinstitutionalizace, transformace a humanizace. Ukazatele byly rozděleny do tří částí, konkrétně se jedná o oblast přímé práce s uživateli, oblast struktury pracovníků a požadavků na ně kladených a oblast procesů. Analýzou dokumentů a rozhovory s respondenty byly získány potřebné relevantní informace, které mapují vývoj služby od roku 2003 po současnost. Zásadním zjištěním je, že obě zařízení v průběhu let procházela změnou v souvislosti s trendem humanizace, avšak nezvažují cestu úplné transformace, snahou je zařízení zachovat a pokračovat v dalších humanizačních krocích.

Zejména rozhovory s respondenty, kteří jsou v organizaci dlouhodobě zaměstnaní, mi poskytly zajímavý vhled do vývoje zařízení, což mi zajistilo možnost srovnání podoby zařízení kolem roku 2003 a jejich současné situace. Informace získané od pracovníků různých pracovních pozic mi rozšířily úhel pohledu na danou problematiku a s tím související skutečnosti, a zároveň přispěly ke komplexnímu obrazu dané služby. Slyšet jejich vyjádření, názory a argumenty pro mě bylo velmi obohacující. Zpracování diplomové práce pro mě bylo osobním přínosem a zajímavou zkušeností. Díky výzkumu mi bylo umožněno sledovat vývoj

zařízení a jejich proměnu v čase, rovněž mě přimělo přemýšlet nad procesem deinstitutionalizace a transformace v kontextu dalších skutečností. Doufám, že práce bude pro čtenáře stejně přínosná, jako byla pro mě a stane se tak podnětem k zamyšlení o dalším směřování služeb.

Na prezentovaných případech vybraných příspěvkových organizací je možné pozorovat proměnu směřující od zařízení, která vykazují určité rysy tzv. totální instituce směrem k zařízením, jejichž snahou je poskytovat kvalitní služby v souladu s moderními trendy. Za tímto vývojem je vidět práce a úsilí pracovníků jednotlivých zařízení, jejich snaha původní situaci a podmínky v zařízení změnit ku prospěchu svých uživatelů, za což mají můj obdiv. Nesmíme však zapomenout, že ústavní zařízení nikdy nedokáže zajistit podmínky srovnatelné se životem v přirozeném sociálním prostředí; je to zejména rodina, přátelé, pocit bezpečí a jistoty, co dělá náš domov domovem. Proces deinstitutionalizace znamená příležitost, která může změnit mnoho životů – stávajících uživatelů ústavních služeb včetně těch potenciálních. I přes rizika, komplikace a mnohdy i negativní hodnocení tohoto procesu si osoby se zdravotním postižením zaslouží život srovnatelný s životem většinové společnosti.

Současnou situaci lze definovat následovně: „Lidé s postižením musí dělat kompromisy, které běžně člověk dělat nemusí, a proto lze konstatovat, že není dosaženo požadavku odstavce a článku 19 na to, aby lidé se zdravotním postižením měli možnosti a volby srovnatelné s lidmi bez postižení.“ (Johnová, Strnad, 2013, s. 8)

Věřím, že soudobé trendy vnesou do oblasti sociálních služeb tolik potřebnou změnu, která pozitivně ovlivní jejich budoucí vývoj a osudy lidí se zdravotním postižením.

## Literatura

Bednář, M. (2012). *Kvalita v sociálních službách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

Common European Guidelines (2012). *Společné evropské pokyny k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity. Pokyny pro provádění a podporu trvalého přechodu od ústavní péče k alternativám péče realizovaným v rodině a v rámci komunity u dětí, osob se zdravotním postižením, osob s duševním onemocněním a starších osob v Evropě*. Belgie: Evropská expertní skupina pro přechod od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity.

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

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

European Coalition for Community Living (2009). *Náhled na Článek 19 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením*. Náhledová zpráva 2009. Quip - Společnost pro změnu v rámci projektu INSPIRACE.

Emerson, E., Rameharan, P. (2010). *Models of service delivery*. Learning disability: a life cycle approach/edited by Gordon Grant. Maidenhead: McGraw-Hill/Open University Press.

Evropská společenství (2009). *Zpráva odborné skupiny o přechodu od institucionální péče na péči komunitní*. Evropská komise: Generální ředitelství pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti.

Grunewald, K. (2003). *Zavřete ústavy pro mentálně postižené. Každý může žít v otevřené společnosti*. Praha: Quip – Společnost pro změnu.

Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.

Cháb, M. (2004). *Svět bez ústavů*. Praha: Quip - Společnost pro změnu.

Jihomoravský kraj (2002). *Koncepční záměry účelné sítě vybraných lůžkových zařízení sociálních služeb v Jihomoravském kraji (domovy důchodců, ústavy sociální péče)*. Brno: Krajský úřad JMK, odbor sociálních věcí a zdravotnictví.

Jihomoravský kraj (2005). *Koncepční záměry účelné sítě vybraných lůžkových zařízení sociálních služeb v Jihomoravském kraji (domovy důchodců, ústavy sociální péče)*. Brno: Krajský úřad JMK, odbor sociálních věcí a zdravotnictví.

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.

Johnová, M., Strnad, J. (2013). *Deinstitucionalizace a článek 19 Úmluvy o právech osob s postižením*. Sociální práce/Sociálna práca, ročník 13, s. 7-8.

Kořínková, D. (2008). *Překážky transformace ústavní péče*. Praha: Quip – Společnost pro změnu.

Krhutová, L. (2013). Lidé se zdravotním postižením. In Matoušek, O. (Eds.). *Encyklopedie sociální práce* (s. 387-388). Praha: Portál, s.r.o.

Kubalčíková, K. (2013). Deinstitucionalizace. In Matoušek, O. (Eds.). *Encyklopedie sociální práce* (s. 248-249). Praha: Portál, s.r.o.

Kulichová, R. (2013). *Transformace: lidé, nebo domovy?* Sociální služby, ročník: XV, s. 34-35.

Mach, J. (2013). *Názory pro a proti transformaci pobytových zařízení sociální péče*. Sociální služby, ročník: XV, s. 38-40.

Malá, K. (2014). *Transformace služeb sociální péče s ohledem na individuální potřeby uživatele*. Ošetrovatelská péče, č. 1, s. 26.

Malík Holasová, V. (2014). *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J., Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalization and community living – outcomes and costs: report of a European Study*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

Matoušek, O. (1999). *Ústavní péče*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON)

Matoušek, O. (2005). *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál

Matoušek, O. a kol. (2011). *Sociální služby: legislativa, ekonomika a plánování, hodnocení*. Praha: Portál.

MPSV (2012a). *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením*. Praha: MPSV ČR

MPSV (2012b). *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů. Možnosti využití mezinárodních a vnitrostátních kontrolních k ovlivňování transformace ústavní péče a naplňování práv uživatelů sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR.

MPSV (2013). *Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb*. Praha: MPSV ČR.

Občanská poradna Brno (2004). *Adresář poskytovatelů sociálních služeb v Jihomoravském kraji*. Brno: Občanská poradna

Sládek, M. (2013). *Inspekce kvality v rezidenčních zařízeních sociálních služeb – etické aspekty*. Praha: FHS UK.

Šelner, I. (2012). *Fenomén Člověk s postižením*. Olomouc: Caritas – Vyšší odborná škola sociální Olomouc

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

Vávrová, S. (2009). *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*. Zlín: FHS UTB.

## Internetové zdroje

European Network of Independent Living (2012). *ENIL's key definitions on Independent Living* [on-line]. Dostupné 7.4.2015 z <http://www.enil.eu/policy/>.

Jihomoravský kraj (2012): *Aktualizace strategické vize Strategie rozvoje Jihomoravského kraje do roku 2020* [on-line]. Dostupné 31.10.2014 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=175435&TypeID=2>.

Jihomoravský kraj (2013a): *Krajský plán pro vytváření rovných příležitostí osob se zdravotním postižením na období 2010–2012* [on-line]. Dostupné 31.10.2014 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=33195&TypeID=1>.

Jihomoravský kraj (2013b): *Programové prohlášení Jihomoravského kraje pro volební období 2012-2016* [on-line]. Dostupné 31.10.2014 z <http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?ID=214836&TypeID=2>.

Moravskoslezský kraj (nedatováno). *Souhrnná zpráva o procesu transformace v Moravskoslezském kraji* [on-line]. Dostupné 06.04.2015 z [https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/soc/souhrnna\\_zprava\\_o\\_procesu\\_transformace\\_msk.pdf](https://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/soc/souhrnna_zprava_o_procesu_transformace_msk.pdf).

MPSV (2003): *Bílá kniha v sociálních službách* [on-line]. Dostupné 29.10.2014 z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila\\_kniha.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf).

MPSV (2007): *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [on-line]. Dostupné 02.01.2015 z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf).

MPSV (nedatováno). *Priority rozvoje pro období 2009-2012* [on-line]. Dostupné 29.10.2014 z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority\\_rozvoje\\_soc\\_sluzeb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf).

MPSV (nedatováno). *Podkladový materiál k semináři pro veřejné opatrovníky k problematice výkonu opatrovnictví uživatelů služeb sociální péče ve vztahu k procesu transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb* [on-line]. Dostupné 02.01.2015 z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady\\_pro\\_opatrovniky\\_final.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/15636/podklady_pro_opatrovniky_final.pdf).

MPSV (2009): *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením* [on-line]. Dostupné 30.10.2014 z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/8585/umluva\\_o\\_pravech.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/8585/umluva_o_pravech.pdf).

MPSV (2011). *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. Příloha č. 1B.* (Verze podle pokynu č. 1 ze dne 25.10.2011) [on-line]. Dostupné 30.10.2014 z [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7871/priloha\\_1B.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7871/priloha_1B.pdf).

MPSV (2012). *Bydlení (nejen) pro lidi se zdravotním postižením* [on-line]. Dostupné 25.10.2014 z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14029/ManualArchitekturyBydleni.pdf>.

MPSV (2015). *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na rok 2015* [on-line]. Dostupné 6.4.2015 z <http://www.mpsv.cz/files/clanky/20258/III.pdf>.

NC PTSS (2011): *Odpor občanů vůči záměru vybudovat v jejich sousedství službu pro lidi s postižením* [on line]. Dostupné 7.4.2015 z <http://www.trass.cz/Download.aspx?param=T2lkOmk6NTMxODw/JSQKDT5GaWxlSWQ6aTo1MzI1PD8lJAoNPkNyYzpzOjE4MTk0MjY0NTAxMzIxMTEwNzI5M2MxZjM1M2FmZWQ4YWY0MjIzODdlYWU3ZTVjYmNmMTM8PyUkCg0%2BVHlwZTpzOkNvbnRlbnQ8PyUkCg0%2BTWV0aG9kOnM6SW5saW5lPD8lJAoNPg%3D%3D>.

NCPTSS (nedatováno). *Ústavní sociální služby pro osoby s postižením v Jihomoravském kraji. Přehled a charakteristika ústavních pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením* [on-line]. Dostupné 10.4.2015 z <http://www.trass.cz/Download.aspx?param=T2lkOmk6OTA2NDw/JSQKDT5GaWxlSWQ6aTo5MDY1PD8lJAoNPkNyYzpzOjM3MjMzMjY5MDIyMzM3NDUxMzk0YTQ1Mzg4ZjYxZjJkMTU1MjRjNDg4YzUzMzNlMzUzZTU8PyUkCg0%2BVHlwZTpzOkNvbnRlbnQ8PyUkCg0%2BTWV0aG9kOnM6SW5saW5lPD8lJAoNPg%3D%3D>.

NC PTSS (nedatováno). *Doporučení Jihomoravskému kraji k transformaci ústavní péče v péči komunitní* [on line]. Dostupné 10.4.2015 z [http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0CE4QFjAI&url=http%3A%2F%2Ffiles.kocianka5.webnode.cz%2F200000060e47bde579f%2FDoporučeníKrajum\\_JihomoravskyKraj\\_FINAL.pdf&ei=eQISVZP4OIH8ywOcoHwBw&usq=AFQjCNH\\_X9xYG1AWlSqH6asRtBRhFlNBQ&bvm=bv.90491159,d.bGQ](http://www.google.cz/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=9&ved=0CE4QFjAI&url=http%3A%2F%2Ffiles.kocianka5.webnode.cz%2F200000060e47bde579f%2FDoporučeníKrajum_JihomoravskyKraj_FINAL.pdf&ei=eQISVZP4OIH8ywOcoHwBw&usq=AFQjCNH_X9xYG1AWlSqH6asRtBRhFlNBQ&bvm=bv.90491159,d.bGQ).

Quip (2008): *Rozhovor s Johnem O'Brienem* [on line]. Dostupné 7.4.2015 z <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/005/000634.pdf>.

Veřejný ochránce práv (2009). *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením* [on line]. Dostupné 29.10.2014 z <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/zprava-z-navstev-mentalne-postizeni-cerven-2009/>.



## **Prameny**

### **Seznam pramenů DOZP 1:**

Individuální plány klienta č. 1 (vč. Osobního profilu klienta č. 1)

Individuální vzdělávací plán Respondent č. 1, 4, PSS (2010-2014)

Metodika Tréninkového bydlení, aktualizace 2013

Rozvojový plán na období 2013-2016

Transformační plán, zpracovaný k datu 13.2.2015

Výroční zpráva z roku 2004, 2006, 2007, 2011, 2012, 2013, 2014

Zpráva o činnosti příspěvkové organizace z roku 2008, 2010

Webový portál poskytovatele

### **Seznam pramenů DOZP 2:**

Individuální plán klienta XY, 2003

Individuální plány klienta č. 1

Interní dokument, Současnost, nedatováno

Interní dokument, Vzdělávání pracovníků (2010-2013)

Rozvojový plán, nedatováno

Rozvojový plán 2009-2011

Výroční zpráva z roku 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2013

Webový portál poskytovatele

### **Zákony**

*Zákon o sociálních službách. Zákon č. 108/2006 Sb., v účinném znění ke dni 23.1.2012.*

*Vyhláška, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení. Vyhláška č. 182/1991 Sb., ve znění účinném do 13.12.2005.*

## **Seznam tabulek**

Tabulka č. 1 Struktura respondentů, DOZP 1

Tabulka č. 2 Struktura respondentů, DOZP 2

Tabulka č. 3 Struktura uživatelů dle přiznaného stupně příspěvku na péči, DOZP (1)

Tabulka č. 4 Struktura uživatelů dle míry nezbytné podpory, DOZP (1)

Tabulka č. 5 Struktura uživatelů dle přiznaného stupně příspěvku na péči, CHB (DOZP 1)

Tabulka č. 6 Struktura uživatelů dle míry nezbytné podpory, CHB (DOZP 1)

Tabulka č. 7 Struktura uživatelů dle přiznaného stupně příspěvku na péči, DOZP (2)

Tabulka č. 8 Struktura uživatelů dle přiznaného stupně příspěvku na péči, byty (DOZP 2)