

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Transformace služby Domov pro osoby se zdravotním postížením DNR Svitavy

Diplomová práce

Autor: Bc. Švejcarová Simona, DiS.
Studijní program: Speciální pedagogika a logopedie
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti
a management speciálních zařízení
Vedoucí práce: PhDr. Neubauerová Lenka

Hradec Králové

2016



Zadání diplomové práce

Autor: Simona Švejcarová, DiS.
Studium: P14K0341
Studijní program: N7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika rehabilitační činnosti a management speciálních zařízení
Název diplomové práce: **Transformace služby Domov pro osoby se zdravotním postižením DNR Svitavy**
Název diplomové práce AJ: The Transformation of the home for people with disabilities in DNR Svitavy

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Diplomová práce s názvem Transformace služby Domova pro osoby se zdravotním postižením v DNR Svitavy předkládá aktuální tematiku procesu transformace, jejímž hlavním úkolem je přizpůsobit poskytované sociální služby klientům tak, aby odpovídaly co nejvíce přirozenému prostředí života. Cílem této práce je zmapovat připravenost a očekávání klientů a pracovníků v sociálních službách od procesu transformace a zjištění rozvoje sebeobslužných kompetencí klientů a potřebnou míru podpory v novém bydlení. Práce by také měla zmapovat možnou transformaci tohoto zařízení do budoucna, ve srovnání s dalším zařízením tohoto typu. Klíčová slova: transformace, domov pro osoby se zdravotním postižením, sociální služby
Thesis called The Transformation of home for people with disabilities in DNR Svitavy presents the actual topic of transformation, its main task is to adapt provided social services to clients that will be similar to natural environment of life. The aim of this work to chart preparedness and expectations of clients and employees in social services from the transformation process and finding developments of self-care skills of the clients and the necessary level of support in the new housing. This work should also to chart the eventual transformation of this organization in the future in comparison with toher organization of this type. Key words: the transformation, the home for people with disabilities, social services

PIPEKOVÁ, J.- Kapitoly ze speciální pedagogiky ČERNÁ, M. a kol. - Česká psychopedie MICHALÍK, J. - Poradenství pro uživatele sociálních služeb MPSV- Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. MPSV- Standardy kvality sociálních služeb VÁGNEROVÁ, M. - Psychopatologie pro pomáhající profese KOŘÍNKOVÁ, J. - Překážky transformace ústavní péče KRUTILOVÁ, D., ČAMSKÝ, P., SEMBDMER, J. - Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality sociálních služeb

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Neubauerová

Oponent: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 27.1.2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala (pod vedením vedoucí diplomové práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne:

.....

Podpis studenta

Poděkování

Děkuji PhDr. Neubauerové Lence za odborné vedení diplomové práce, za její ochotu a trpělivost a hlavně za věcné připomínky a cenné rady, které mi během konzultací poskytla a pomohla mi tak dokončit diplomovou práci v této podobě.

Anotace

ŠVEJCAROVÁ, Simona. *Transformace služby Domov pro osoby se zdravotním postižením DNR Svitavy*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2016. 67 s. Diplomová práce

V teoretické části jsou popsány osoby se zdravotním postižením v pobytových sociálních službách, je vymezeno zdravotní postižení, konkrétně pak osoby s mentálním a kombinovaným postižením. Jejich specifické zvláštnosti a vliv ústavní péče na tyto jedince. Dále jsou popsány sociální služby včetně zákona o sociálních službách, standardů kvality sociálních služeb, individuální plánování a služba domov pro osoby se zdravotním postižením. Poslední kapitola je věnována procesu transformace, jeho charakteristika, kritéria, průběh a možné překážky. Zmíněn je i projekt v rámci Pardubického kraje. Praktická část diplomové práce prezentuje výzkumné šetření, jehož cílem bylo popsat průběh a výsledky realizovaných etap transformace v porovnání s dalším zařízením. Dále jsou zjišťovány dílčí cíle výzkumného šetření.

Klíčová slova: transformace, zdravotní postižení, sociální služby, domov pro osoby se zdravotním postižením

Annotation

ŠVEJCAROVÁ, Simona. *The transformation of service The home for people with disabilities in DNR Svitavy*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2016. 67 pp. The Diploma Thesis

The theoretical part of the work describes persons with disabilities in social housing care. It will be defined what a disability stands for as well as what we mean by mental disability and combined disability. We focus on specifics and effects of institutional care which are followed subject sputinto. We also describe specifics of social care, social care law, social care quality standards, individual planning, and serviceThe home for people with disabilities. The last chapter deals with proces of the transformation, itsspecifics, criteria, and possible obstacles. We mention Pardubice region projects as well. Practical part of the diploma thesis presents research survey which aims atdescribing and the process and results of the transformation in comparison to other facilities. Sub-goal soft here search are included as well.

Keywords: transformation, disability, social care, home for people with disabilities

Obsah

| | |
|---|----|
| Úvod..... | 8 |
| 1 Osoby se zdravotním postižením..... | 10 |
| 1.1 Zdravotní postižení - vymezení | 10 |
| 1.2 Osoby s mentálním postižením..... | 11 |
| 1.3 Osoby s kombinovaným postižením..... | 14 |
| 1.4 Zvláštnosti osob s postižením | 15 |
| 1.5 Vliv ústavní péče na osobnost jedince s postižením..... | 17 |
| 1.6 Sociální integrace osob s postižením..... | 18 |
| 2 Sociální služby..... | 19 |
| 2.1 Zákon o sociálních službách | 20 |
| 2.2 Standardy kvality sociálních služeb..... | 21 |
| 2.3 Individuální plánování v sociálních službách..... | 23 |
| 2.4 Domov pro osoby se zdravotním postižením jako poskytovatel sociálních služeb..... | 23 |
| 3 Proces transformace..... | 24 |
| 3.1 Charakteristika procesu transformace..... | 24 |
| 3.2 Kritéria transformace | 26 |
| 3.3 Průběh transformace | 27 |
| 3.4 Možné překážky procesu transformace sociálních služeb v ČR..... | 28 |
| 3.5 Projekt „Podpora transformace poskytování sociálních služeb v Pardubickém kraji“ .. | 29 |
| 4 Výzkumné šetření | 30 |
| 4.1 Hlavní cíl výzkumu, dílčí cíle..... | 30 |
| 4.2 Metodologie diplomové práce | 30 |
| 4.3 Charakteristika zkoumaného místa..... | 31 |
| 4.4 Prezentace výzkumného šetření..... | 33 |
| 4.5 Závěry výzkumného šetření..... | 52 |
| Závěr..... | 56 |
| Seznam užitých zkratk | 58 |
| Seznam grafických příloh | 59 |
| Seznam použité literatury a zdrojů | 60 |
| Přílohy diplomové práce..... | 64 |

Úvod

Žijeme ve společnosti, jejíž součástí jsou i minoritní skupiny osob, mezi které bychom mohli zařadit i osoby se zdravotním postižením. Liší se od zdravé společnosti především ve svých potřebách, způsobu života, ale i jeho kvalitě. V dnešní době je na trhu pro tyto osoby velká nabídka služeb, které jim pomáhají jejich život zkvalitňovat. Jednou z nich je právě i pobytová sociální služba domov pro osoby se zdravotním postižením.

Již pátým rokem pracuji v zařízení, které tuto sociální službu poskytuje. V minulosti byli lidé se zdravotním postižením spíše vylučováni ze společnosti, společnost je odmítala. Klienti tohoto zařízení byli zavřeni za betonovými zdmi velkého ústavu a ven se dostali pouze v doprovodu řádových sester. V současné době je však situace zcela opačná, neustále se mluví o potřebě nového typu pobytových sociálních služeb. Jedná se tedy o přehodnocení a přetransformování současných pobytových služeb tak, aby se jejich život co nejvíce přiblížil životu většinové společnosti a zároveň aby se co nejvíce začlenili do společnosti. Proces transformace je však dlouhodobý, nemůžeme očekávat, že vše půjde hladce a hned. Důležitá je připravenost a podpora nejen ze strany státu, ale i občanů, pracovníků v zařízeních, uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich rodinných příslušníků. Tato myšlenka se u nás objevuje poslední desetiletí velmi intenzivně.

Cílem této diplomové práce je popsat průběh a výsledky již realizovaných etap transformace pobytové služby DOZP v Domově na rozcestí Svitavy, její úspěšnost či neúspěšnost.

Teoretická část diplomové práce se skládá ze tří kapitol. První kapitola přiblíží základní poznatky o lidech se zdravotním postižením, které využívají pobytové sociální služby. Dále vymezí zdravotní postižení, konkrétně se pak zaměří na osoby s mentálním a kombinovaným postižením a jejich zvláštnosti. Zaměří se i na vliv ústavní péče na tyto jedince i na proces integrace osob s postižením do společnosti. Ve druhé kapitole budou vymezeny sociální služby, jejich legislativní zakotvení (zákon č. 108/2006 Sb.), zavedení standardů kvality sociálních služeb a zmíněno bude také individuální plánování v této službě a domov pro osoby se zdravotním postižením. Poslední, třetí, kapitola teoretické části bude charakterizovat proces transformace sociálních služeb, kritéria a průběh transformace včetně možných překážek tohoto procesu. Následně pak informovat i o konkrétním projektu transformace poskytování sociálních služeb v Pardubickém kraji.

Praktická část diplomové práce bude obsahovat výzkumné šetření, seznámení s výzkumnými metodami, charakteristikou výzkumného místa, výzkumného vzorku a

průběhu výzkumného šetření a prezentaci výzkumného šetření. Hlavním cílem je bude popsat průběh a výsledky realizovaných etap transformace služby DOZP v DNR Svitavy, dále zjistit, zda u klientů přestěhovaných do domků, proběhla transformace úspěšně. Porovnat dva pronajaté domky, z pohledu výhod a nevýhod a následně přiblížit plánový průběh transformace zařízení do budoucna. Na závěr bude průběh transformace DNR porovnán s průběhem dalších dvou zařízení stejného typu. Výzkumné šetření bude kvalitativní, za použití metod studia dokumentace, případové studie a pozorování.

1 Osoby se zdravotním postižením

Každý jedinec, který se narodí, ať už zdravý nebo postižený, má své místo ve společnosti. Narozením vzniká u každého způsobilost k právům a povinnostem, bez ohledu na jeho zdravotní stav. Lidé s postižením mají právo na život stejně tak, jako my ostatní. Odlišnost, která je mezi intaktní společností a lidmi se zdravotním postižením, jsou jejich specifické potřeby a především potřeba pomoci druhé fyzické osoby.

Lidé s postižením byli v minulosti vnímáni svým okolím spíše ambivalentně. Potýkali se s odmítáním, vyhýbáním a s ignorací od svého okolí. (Blažek, Olmrová, 1885)

Denně se setkávám s postiženými lidmi, protože s nimi pracuji. I v současné době nastávají situace, kdy jsou tito lidé stigmatizováni společností a i přes veškeré snahy o jejich zapojení do společnosti, odmítání.

Člověk, který nemá vhlad do této problematiky, si neuvědomuje, s jakými problémy se potýkají lidé s postižením při každodenních úkonech během svého života. Většina z nich je odkázána na pomoc druhých, ale to neznamená, že se od nás liší tak moc, že je mezi sebe nepřijmeme.

Boris Titzl se k této problematice o postoji vůči lidem s postižením vyjádřil takto: *„Uzavřeme tedy tuto vstupní úvahu konstatováním, že zdravotní omezení, která jsme si zvykli označovat jako postižení, provázejí lidstvo od samého začátku, existují a existovat přes veškeré úsilí patrně budou. Tato realita prostupující každou společností je i polem, na němž se řeší nejednoduchý vztah těch silnějších, zdravých a nepostižených, kteří se prezentují jako majorita k těm slabším, nemocným, postiženým, kteří jsou v postavení minoritním.“* (Titzl, 1998, s. 7)

1.1 Zdravotní postižení - vymezení

Abychom mohli definovat zdravotní postižení, je dobré se nejdříve zaměřit na zdraví samotné. Zjednodušeně řečeno, zdravý člověk je ten, který není nemocný.

Dle Světové zdravotnické organizace (dále jen WHO) je zdravý stav duševní, tělesné, ale i sociální pohody a neznamená to, že jde pouze o nepřítomnost nemoci. (uzis.cz[online])

Zdraví se nedá definovat jednoslovně, to jestli jsme zdraví, ovlivňuje řada faktorů. Novosad se o zdraví vyjádřil: *„Neschopnost organismu vyrovnat se s prostředím vyvolává nemoc. Zdraví i nemoc je tedy životní proces. Mezi krajními jevy „zdraví“ – „nemoc“ existuje plynulá řada kvalitativních rozdílů, které kvantitativním nárůstem přecházejí buď na jednu, nebo na druhou stranu.“* (Novosad, 2009, s. 14)

Výše zmíněné tedy znamená, že zdravotní postižení značně ovlivňuje naše zdraví. Najde se opět řada možností, jak definovat zdravotní postižení. Fischer a Škoda se ve své publikaci zmiňují o zdravotním znevýhodnění: *„Jako zdravotní znevýhodnění je chápáno zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.“* (Fischer, Škoda, 2008, s. 73)

Dle Vágnerové: *„Zdravotní postižení lze vymezit jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. V důsledku toho dochází k narušení, omezení či úplnému chybění některé ze standardních funkcí resp. kompetencí.“* (Vágnerová, 2004, s. 161)

Se zdravotním postižením souvisí i pojmy, jako je defekt, handicap nebo disability. Defekt je spíše pojem zastaralý, který se dnes už nepoužívá a dle Sováka ho lze chápat jako chybění, nedostatek, vadu nebo ztrátu ve stavbě organismu a jeho funkcích. (Sovák, 1986)

Více se začaly užívat další dva termíny, po přijetí mezinárodní klasifikace, a jsou to handicap a disability. Handicap je chápán jako znevýhodnění v rámci společenského prostředí a disability je naopak omezení funkce nebo ztráta části těla či orgánu nebo jeho celku. (Renotierová in Renotierová a kol., 2005, s. 20)

„V roce 1980 přijala Světová zdravotnická organizace novou klasifikaci vad, která rozlišovala především mezi vadou, postižením a handicapem. Vadou se rozumí ztráta nebo abnormálnost orgánu nebo jeho části, postižení je bráno jako omezení nebo ztráta, které vyplývá z vady a nakonec handicap, jinak nazývaný jako znevýhodnění, je nevýhoda, která jedince omezuje nebo znemožňuje.“ (Švejcárová, 2014, s. 12)

Zdravotní postižení je spíše obecný pojem, který zahrnuje různé typy postižení, a některým z nich budou věnovány následující podkapitoly.

1.2 Osoby s mentálním postižením

Osoby s mentálním postižením jsou považovány za jednu z nejpočetnějších skupin mezi postiženými lidmi.

Pojmy mentální postižení a mentální retardace (dále jen MR) se používají v české praxi jako synonyma. Dle terminologického a výkladového slovníku speciální pedagogiky je mentální postižení pojem, který zahrnuje všechny jedince s IQ pod 85, což znamená osoby s MR, ale i s hraničním pásmem MR. (Vašek a kol., 1993) Znamená to tedy, že speciální pedagogové spíše používají pojem „mentální postižení“ a v lékařství se naopak více používá pojem „mentální retardace“. (Vašek, Š. 1995)

V dnešní době je problém stanovit vhodnou definici mentálního postižení, bývá vymezována řada definic od stručných po více obsáhlé. Všechny však mají jeden společný prvek a tím je snížení intelektových schopností jedince. (Valenta, Müller, 2007)

Jednou z nejvíce užívaných definic, která bývá označována jako komplexní, je definice Dolejšího: „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko – fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostacích nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.*“ (sec. cit. Dolejší, M. 1973, s. 38 in Bartoňová, M., Bazalová, B., Pipeková, J. 2007, s. 13)

Mentální retardace je považována za postižení intelektu, které způsobují individuální změny jak v intelektu, tak v oblasti emotivní, ale i při začleňování se do společnosti. (Beirne-Smith, 2006)

Švarcová (2006) uvádí, že za mentálně postižené (retardované) jsou považováni jedinci, u kterých zaostává vývoj kognitivních funkcí, mají odlišný vývoj některých psychických funkcí a dochází u nich k poruchám chování.

„*Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a časně i postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.*“ (Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. a kol., 2012, s. 31)

Dle Bazalové je MR stav, který je provázen snížením intelektových schopností, ke kterému dochází v průběhu vývoje jedince a ovlivňuje to právě myšlení, učení i schopnost přizpůsobit se okolí. Je to stav trvalý a může být vrozený nebo časně získaný. (Bazalová in Pipeková, 2006)

Jak bylo zmíněno výše, MR může být vrozená, získaná nebo sociálně podmíněná. Pokud jde o vrozenou, nebo i časně získanou do dvou let dítěte, je charakteristická celkovým snížením rozumových schopností. Sociálně podmíněná MR, dříve označována i jako zdánlivá, je ovlivněna vnějším prostředím, není poškozena CNS. (Bazalová in Pipeková, 2010)

Získaná MR, neboli demence, je diagnostikována až po druhém roce života a jedná se o organicky podmíněný syndrom, kdy dochází k úbytku rozumových funkcí, hlavně pak paměti a inteligence. (Vágnerová, 2004)

Klasifikace mentální retardace

Snížení intelektových schopností je u každého jedince individuální a určení výšky inteligenčního kvocientu (IQ) má v pravomoci odborný psycholog a používá k tomu testy inteligence (př. Stanford – Binetův test, Wechslerovy zkoušky inteligence) u dětí od 3 let a u dětí do 3 let je to Gesellova škála nebo škála Bayleové. (Přinosilová, 2007)

„Od roku 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Podle této klasifikace je mentální retardace uvedena v kapitole F- Duševní poruchy, pod písmeny F70- F79.“

(Dlouhá, 2011, s. 15)

Tabulka 1: Klasifikace dle stupně MR (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007)

| | Stupeň | IQ | Důsledky |
|-----|--------------------|---------|---|
| F70 | Lehká MR | 50 – 69 | <ul style="list-style-type: none">- obtíže ve škole- mnozí schopnost pracovat- udržování dobrých sociálních vztahů |
| F71 | Středně těžká MR | 35 – 49 | <ul style="list-style-type: none">- opožděnost v dětství- u některých i určitá hranice nezávislosti a soběstačnosti- přiměřená komunikace |
| F72 | Těžká MR | 20 – 34 | <ul style="list-style-type: none">- potřeba trvalé péče |
| F73 | Hluboká MR | do 20 | <ul style="list-style-type: none">- nesamostatnost- pomoc při pohybu, komunikaci i hygieně |
| F78 | Jiná MR | | <ul style="list-style-type: none">- nelze přesně určit MR pro přidružená postižení smyslové, tělesné, poruchy chování a autismus |
| F79 | Nespecifikovaná MR | | <ul style="list-style-type: none">- pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit |

Etiologie MR

V případě jakéhokoli postižení se nejedná pouze o jednu příčinu, ale na jejím vzniku se podílí řada faktorů.

„Etiologie mentálního postižení je stejně variabilní a komplikovaná jako jeho symptomatologie. Je to dáno celou řadou faktorů podílejících se na vzniku tohoto specifického stavu, vykazujícího se významně sníženou inteligencí (vyžadujícího společenskou podporu). Obecně platí, že tak jako neexistují dva jedinci s naprosto identickou symptomatologií, neexistují ani dvojníci se stejným počátkem intelektové abnormality. Proto je velmi problematické vytvářet adekvátní etiologické kategorie.“ (Valenta, Müller in Valenta, Michalík, Lečbych a kol, 2012, s. 55)

Mentální retardace může vzniknout v těchto obdobích:

- prenatálním neboli před narozením dítěte – jedná se o infekce matky, působení toxických látek, RTG záření, úrazy matky nebo špatná strava...
- perinatálním neboli v období porodu – protahovaný porod, přidušení,...
- postnatálním neboli po porodu a nejdéle do 2 let – infekce, záněty, nádory, úrazy, špatná strava,...

(Bazalová in Pipeková, 2006)

1.3 Osoby s kombinovaným postižením

Osoby s kombinovaným neboli vícenásobným postižením tvoří nejsložitější skupinu jak z hlediska etiologie, diagnostiky, přístupu, tak i vzdělávání.

Dle Ludíkové (2005) se v české republice používají termíny vícenásobné postižení, kombinované postižení nebo kombinované vady a všechny jsou brány jako synonyma. Při tomto typu postižení se u jedince sdružuje více postižení najednou, které se vzájemně ovlivňují a mění se během vývoje jedince. (Sovák, 1983)

„Situace, že vícenásobná postižení jsou nejednotně chápána, se odráží i v přístupech ke kategorizaci, neboť lze sice volit celou řadu kritérií, podle kterých je možné dělit tuto heterogenní skupinu, ale vždy dojdeme k zjištění, že provedené členění není zcela vyhovující, že stav dokonale nepopisuje, a že přináší i jistá překrytí a současně nepopsané případy. Už základní dělení na kategorii lehce a těžce vícenásobně postižená je diskutabilní, neboť kde existuje hranice, co je lehký a co je těžký stupeň. Velmi často se setkáváme s členěním ve vztahu k mentální retardaci, kdy se jedná o kombinace mentální retardace se smyslovým postižením, tělesným postižením či poruchou chování. Samostatnou kategorií tvoří jedinci s duálním senzoryckým postižením zraku a sluchu, kteří jsou označováni za osoby hluchoslepé.“ (Ludíková in Renotierová a kol., 2005, s. 304)

Etiologie kombinovaného postižení

Určit jednoznačnou příčinu u těchto postižení se někdy nepodaří z důvodu rozmanitosti etiologie. I v tomto případě se může jednat o infekce, genetickou dědičnost, nemoci, úrazy, záněty, traumata apod. (Ludíková in Renotierová a kol., 2005)

„Již samotná široká škála etiologických faktorů a následně pestré projevy jednotlivých klientů s kombinovanými vadami s sebou přináší očekávání rozličné míry socializace u těchto jedinců. Cílem veškeré péče o osoby s kombinovanými vadami by mělo být dosažení

maximální míry socializace, která je pochopitelně u každého jedince jiná.“ (Ludíková, 2005, s. 11)

1.4 Zvláštnosti osob s postižením

Zvláštnosti osob s mentálním postižením

U osob s mentálním postižením dochází k poškození psychomotorického vývoje, což se projevuje v různých oblastech. Poškození se objevuje v oblasti poznávací, chování jedince, citového prožívání, motoriky a komunikace. (Pipeková, J. 2006)

U jedinců s mentálním postižením záleží především i na stupni MR, čím těžší stupeň, tím se dané rysy (zvláštnosti) projevují výrazněji.

Michalík Jan se zmiňuje o obecné rovině zvláštností, mezi něž patří úzkostné chování, závislost na rodině, infantilní chování, poruchy chování i komunikace, agrese a impulzivita, snížená paměť, zvýšená potřeba bezpečí apod. (Michalík, J. 2011)

Oblast motoriky bývá narušena především dle stupně postižení. Z počátku je vývoj opožděn, může se objevit neobratnost, nebo může být motorika výrazně narušena, mohou se objevovat samovolné pohyby a v těch nejtěžších případech jde o omezení pohyblivosti až úplnou imobilitu (nepohyblivost). (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

V oblasti vnímání může být narušena prostorová a časová orientace, nerozlišuje figuru a pozadí a nevnímají detaily. Celkové vnímání je zpomalené. Myšlení je pak konkrétní a nedůsledné. (Vágnerová, 2004)

Paměť je u těchto osob zpravidla mechanická, těžko si zapamatovávají. Rychle zapomínají a vybavené informace jsou nepřesné. Pozornost je spíše krátkodobá, měli by častěji relaxovat. V citovém prožívání neumějí ovládnout své emoce, jsou až příliš otevření vůči cizím lidem. (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012)

Při komunikaci mohou mít problémy jak s porozuměním sdělovanému, tak naopak s vyjádřením se. (Beirne-Smith, 2006)

Všechny výše uvedené zvláštnosti však nejsou jasně dané u každého člověka s mentálním postižením. U každého se jeho postižení projevuje individuálně a platí zde, že záleží především na stupni MR.

Jedinci s lehkou mentální retardací (LMR)

U jedinců s LMR se zhruba do tří let objevuje lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, mezi třetím a šestým rokem jsou pak viditelné problémy jako je omezení slovní zásoby, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, obsahová chudost, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Nejvýraznější problémy se pak objevují v období školní docházky – konkrétní mechanické myšlení, omezená schopnost logického myšlení, slabší paměť, jemná a hrubá motorika lehce opožděna, porucha pohybové koordinace. Rozvoj sociálních dovedností je zpomalen. V oblasti emoční se projevuje afektivní labilita, impulzivnost a úzkostnost. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci. Jedinci s tímto stupněm mentální retardace se vzdělávají podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole praktické, mají možnost integrace do běžné základní školy při splnění stanovených podmínek integrace. Mnoho dospělých je schopno práce a úspěšného udržování sociálních vztahů. (Dlouhá, 2011)

Jedinci se středně těžkou mentální retardací (STMR)

Rozvoj myšlení a řeči je u těchto jedinců výrazně opožděn, opoždění přetrvává až do dospělosti. Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý – tvoří jednoduché věty nebo větní spojení. Někdy se u těchto lidí setkáme pouze s nonverbální komunikací. Slabá schopnost kombinace a usuzování. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná. Emocionální labilita, časté nepřiměřené afektivní reakce. Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základní škole speciální, i tito lidé mohou být integrováni do běžné základní školy. V dospělosti jsou schopni zvládnout jednoduché pracovní zařazení, nejčastěji pod dohledem asistenta nebo v chráněném prostředí. (Michalík, 2011)

Jedinci s těžkou mentální retardací (TMR)

Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku, objevuje se značná pohybová neobratnost. Častá kombinace s tělesným postižením a celkovým postižením CNS. Možnost osvojení základních hygienických návyků a prvků sebeobsluhy – někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Značné omezení psychických procesů, poruchy pozornosti. Minimální rozvoj komunikačních dovedností, řeč je jednoduchá, omezena na jednoduchá slova, může se však stát, že se slovní zásoba u jedince

nevytvorí. Výrazné narušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita. Poznávají blízké osoby, potřeba celoživotní péče. Vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu v základní škole speciální, obvykle v rehabilitačních třídách. Často jsou umísťovány do pobytových zařízení poskytující sociální služby. (Dlouhá, 2011)

Výše uvedené stupně MR jsou charakterizovány více, jedná se o stupně, které se objevují u jedinců žijících v zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření.

Zvláštnosti osob s kombinovaným postižením

Tak jako u této skupiny nelze jednoznačně určit příčinu, tak ani nelze jednoznačně určit specifické zvláštnosti.

„U těchto osob se objevují nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti, díky tomu vyžadují speciálně pedagogickou péči a individuální přístup, speciální metody, ostatně jako i další druhy postižení. Právě tyto nedostatky u těchto osob souvisí s výskytem dvou či více rozdílných postižení a jejich kombinace.“ (Švejcarová, S. 2014, s. 24)

I v tomto případě platí, že záleží na stupni postižení, ale především na kombinaci daných typů postižení.

1.5 Vliv ústavní péče na osobnost jedince s postižením

V životě se rodíme s potřebami, které je důležité naplňovat, abychom procházeli zdravým vývojem. Pro každého z nás je důležitá rodina, která nám vytváří domov, dává nám pocit jistoty, lásky a bezpečí.

„Osobnost jedince se vytváří tím způsobem, že na jeho vrozenou biologickou základnu působí v dalším životě vlivy přírodního a zvláště společenského prostředí. Z interakce mezi jedincem a prostředím vznikají reflexy a spoje, na jejichž fyziologické základně se postupně vytvářejí individuální zkušenost a individuální paměť.“ (Jenší a kol., 1981, s. 39)

To, jak se v životě člověk chová, je dáno především výchovou v rodině, ale následně i vlivem sociálního prostředí, ve kterém žijeme. A právě i ústavní péče má vliv na jedince s postižením, protože je to prostředí, ve kterém on žije.

Podle Matouška: *„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí.“* (Matoušek, 1999, s. 19)

Dle Matouška je ústav také zařízení, kde o postižené pečují zaměstnanci na profesionální úrovni. (Matoušek, 1999)

V dnešní době se již pojem „ústavní péče“ nepoužívá. S přijetím zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se ústavy sociální péče přejmenovaly na Domovy pro osoby se zdravotním postižením. I když dochází dnes k humanizaci a transformaci těchto Domovů, některé ústavní prvky v nich stále přetrvávají.

Život v pobytovém institucionálním zařízení působí na každého člověka jinak. Služby v těchto zařízeních jsou dnes poskytovány na takové úrovni, aby byl život uživatelů co nejvíce srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Jsou podporováni v kontaktu s rodinou, v případě zájmu rodiny, ale i se společenským prostředím. To, jaký vliv má na jedince život v institucionálním zařízení je zcela individuální, někdo v nich žije dlouhá léta a považuje je za svůj domov, ale někdo naopak v těchto zařízeních strádá, je citově deprimovaný a s touto skutečností se nechce smířit.

1.6 Sociální integrace osob s postižením

Lidé s postižením byli v minulosti segregováni, vylučováni ze společnosti a potýkali se s odmítáním a nepřijetím do majoritní společnosti. V ústavních zařízeních byli separováni od společnosti, ale existují i důkazy, že už v období antiky bylo o tyto lidi pečováno. S přijetím zákona č. 108/2006 nastal zvrat, kdy se jednou z hlavních priorit stalo začleňování osob s postižením do společnosti. Závislost postižených na okolí často vede k jejich podceňování a negativnímu hodnocení. Mají nízký sociální status a v mnoha případech na ně není brán ohled. (Vágnerová, 2004)

Novosad uvádí: *„Pojmem sociální integrace, nověji inkluze, označujeme proces rovnoprávného společenského začleňování specifických minoritních skupin (jako jsou např. etnické a národnostní menšiny, lidé se zdravotním postižením, staří občané, sociálně nepřízpůsobiví lidé) do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti.“* (Novosad, 2009, s. 21)

Jednou z nejhlavnějších překážek socializace je považována komunikace. Je to dáno omezeným rozvojem komunikačních schopností, proto postižení často nerozumí nebo se sami nedokáží vhodně vyjádřit. Komunikace mezi zdravými a postiženými má své rysy, tato interakce netrvá příliš dlouho, je méně empatická a spíše projevem lítosti, ze strany zdravého člověka. (Vágnerová, 2012)

Míra socializace není u všech jedinců stejná. Jsou rozlišovány čtyři základní stupně socializace:

- Integrace – jedná se o nejvyšší stupeň socializace, kdy je jedinec plně začleňován do společnosti, je nezávislý a samostatný.
- Adaptace – je dalším stupněm, který je charakterizován schopností jedince se přizpůsobovat společenskému prostředí.
- Utilita – je označováno jako sociální „upotřebitelnost“, jedinec je nesamostatný a v některých případech i závislý na okolí.
- Inferiorita – je nejnižším stupněm socializace, kdy je jedinec ze společnosti vyčleněn, protože je odkázán na péči druhých, aby byly uspokojeny jeho základní životní potřeby.

(Novosad, 2009)

2 Sociální služby

Výzkumné šetření bude realizováno v zařízení, které poskytuje sociální služby lidem se zdravotním postižením. Proto tato kapitola informuje o sociálních službách, které jsou legislativně zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a v návaznosti na i o předpisech, které jsou nezbytnou součástí této oblasti.

Na našem trhu je nabízeno velké množství služeb, mohou je využívat jak jednotlivci, tak skupiny osob a každá ze služeb určitým způsobem uspokojuje naše potřeby. Mezi ně patří také již zmíněné sociální služby. *„Všechny služby, krátkodobé, dlouhodobé, poskytované oprávněným uživatelům, jejichž cílem je zvýšení kvality klientova života, případně i ochrana zájmů společnosti. Základními sociálními službami jsou podle českého návrhu zákona o sociální pomoci: ubytování, stravování, hygiena, pomoc při zajištění chodu domácnosti, kontakt se společenským prostředím, poradenství, pomoc při prosazování práv a zájmů, služby výchovné, vzdělávací a aktivizační a sociálně terapeutické služby. Z těchto komponent se skládají komplexy služeb poskytované klientům.“* (Matoušek, 2003, s. 214)

Matoušek ve své knize o sociálních službách popisuje sociální služby jako služby, které jsou poskytovány lidem, co jsou ve svém životě společensky znevýhodnění, s cílem zlepšit kvalitu života těchto lidí, se snahou začlenit je co nejvíce do společnosti a chránit je před riziky, které jim jejich znevýhodnění přináší. (Matoušek, 2011)

Novosad (2009) chápe sociální služby jako služby, které jsou určeny osobě, nebo skupinám osob, jež se ocitly v nepříznivé životní situaci, a tato služba jim nabízí možnost jejich situaci vyřešit.

Dle Michalíka (2009) jsou sociální služby rozděleny na služby ambulantní, pobytové a terénní. Při využívání ambulantních služeb dochází uživatel do zařízení, nebo je v případě potřeby doprovázen a dopravován. Pobytová služba je poskytována přímo v zařízeních sociálních služeb, uživatel v zařízení žije. Opakem je pak terénní služba, která je uživateli poskytována v jeho přirozeném prostředí.

Každému z uživatelů sociálních služeb by měly být služby tzv. šité na míru, znamená to, že by měly být individuální, dle potřeb uživatele. Měly by ho aktivovat, podporovat v samostatnosti a snažit se zlepšit jeho nepříznivou situaci. (Klíma, T. in Mühlpachr, P. 2008)

„Cílem sociálních služeb je umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti, i přirozené vztahové sítě, zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem. Poskytované služby zachovávají a rozvíjejí důstojný život těch, kteří je využívají, jsou bezpečné a odborné.“ (Straková, M., Čermáková, K. 2008, s. 11)

2.1 Zákon o sociálních službách

Od počátku působení poskytování sociálních služeb je hlavním motivem snaha pomoci chudým, ale i sociálně slabým lidem.

V raném středověku se začaly sociální služby poskytovat v rámci přijetí křesťanství za státní náboženství. O chudé, nemocné a jakkoli sociálně slabé pečovaly řádové sestry. (Matoušek, O. 2007)

Hlavním diskutabilním tématem bylo, a stále je, zkvalitnění a zefektivnění systému sociálních služeb v našem státě. (Kozlová, 2005)

Mnoho let byl připravován zákon, který by přispěl ke změnám v oblasti sociálních služeb. K jeho schválení došlo 14. 3. 2006 a v účinnost pak vstoupil 1. 1. 2007. Byl nazván Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. (Krutilová a kol., 2008)

„Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v plném znění, v první řadě mění přístup k osobám, které chtějí sociální služby využívat, případně už tak dělají. Zákon zaručuje všem osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci pomoc či podporu.“ (Straková, M., Čermáková, K. 2008, s. 2)

Dle §1 odst. 1 zákona č. 108/2006 Sb. se upravují podmínky pro poskytování pomoci a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci a děje se to právě v rámci sociálních služeb, příspěvku na péči, sociálního poradenství, inspekcí poskytovaných služeb apod.

Veškerá pomoc a podpora poskytovaná osobám v rámci sociálních služeb musí zachovávat jejich lidskou důstojnost. Dále musí dbát na individuální potřeby těchto lidí, aktivovat je, motivovat, podporovat v samostatnosti a především podporovat v kontaktu se společenským prostředím a v začleňování se do něj. (zákon č. 108/2006 Sb., §2)

Zkvalitnění a zefektivnění sociálních služeb však zůstává velmi diskutabilním tématem i v současnosti. Neustále se řeší jak financování, tak dostupnost a kapacita zařízení sociálních služeb. (Marek a kol., 2013)

Při poskytování sociálních služeb se uzavírá smlouva mezi uživatelem a poskytovatelem, která se uzavírá dle podmínek Občanského zákoníku.

2.2 Standardy kvality sociálních služeb

Pro vysvětlení této problematiky je na začátku nutné zmínit význam slov standard a kvalita. „*Standard lze definovat jako normu požadované úrovně kvality sociální služby, jejíž dosažení je prokazatelné a ověřitelné.*“ (Kozlová, 2005, s. 56)

„*Kvalita = hodnota. Předpokládáme, že co je kvalitní, je také hodnotné. Je potřeba se domluvit, co je v konkrétním případě hodnotou, tedy stanovit normu, tj. standard... Lze říci, že kvalitní sociální služba je individuální, odborná, bezpečná a dostupná.*“ (Kolektiv autorů, 2011, s. 53)

V květnu 2000 byl u nás zahájen projekt „Hodnocení kvality služeb poskytovaných v ústavech“, které byly řízeny přímo ministerstvem (MPSV). Cílem projektu bylo zjistit úroveň kvality poskytovaných služeb. Díky tomu vznikla první metodika, jak hodnotit kvalitu těchto služeb. Avšak tento projekt navázal na projekt předešlý a to Česko – britský projekt MOLSA, jehož cílem bylo ověřit použití Standardů kvality sociálních služeb v praxi. (Kozlová, 2005)

MPSV pak v roce 2002 připravilo standardy kvality jako metodiku. Na základě přijetí již zmíněného zákona o sociálních službách a vyhlášky MPSV č. 505/2006, se po drobných úpravách staly závaznou normou. (Michalík, J. 2008)

„*Standardy popisují, jak má vypadat kvalitní sociální služba. Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií, nikoli návrhem zákona či vyhlášky. Jejich smyslem je*

umožnit průkazným způsobem posoudit kvalitu poskytované služby, nikoli stanovit, jaká práva a povinnosti mají zařízení a uživatelé sociálních služeb.“ (MPSV, 2003, s. 4)

Standardy kvality sociálních služeb jsou rozděleny do tří kategorií a to na procedurální, zabývající se správnými postupy; dále personální, řešící personální otázky a provozní, zabývající se provozem. (Kozlová, 2005)

Procedurální standardy

Procedurální standardy řeší vztahy mezi uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb. Vymezují individuální práci s uživateli a ochranu jejich práv. Udávají, jak by poskytovaná služba měla vypadat a jak postupovat při jednání se zájemcem o službu. Jeden z těchto standardů se zabývá stížnostmi na kvalitu služby a postup při jejich řešení. Jedná se o standardy č. 1 – 8. (Johnová, M. 2003)

Na základě těchto standardů má poskytovatel stanové poslání, cíle a zásady poskytování sociálních služeb. Před přijetím probíhá s uživatelem sociální šetření, kde je uživatel informován o podmínkách a možnostech poskytování služby. Jsou zjišťovány jeho osobní cíle a požadavky na poskytovatele. Na základě toho je se zájemcem o službu písemně uzavřena smlouva, dle vnitřních pravidel. (Kudrnáčková, J., Vítková, N. 2010)

Personální standardy

Personální standardy jsou č. 9 a č. 10, které se zabývají personálním zajištěním služeb, podmínkami pro pracovníky a dále i profesním rozvojem zaměstnanců. (MPSV, 2004)

Provozní standardy

Provozní standardy jsou č. 11 – 15. „*Charakterizují předpoklady pro poskytování kvalitních služeb v takovém prostředí, které odpovídá svým charakterem potřebám cílové skupiny.*“ (Valenta, M., Müller, O. 2007, s. 234)

Především se jedná o dostupnost služeb a informovanost veřejnosti. Zmíněny jsou i nouzové a havarijní situace, ekonomické zabezpečení, ale i rozvoj kvality služeb. (MPSV, 2004)

Ve standardech je viditelná rovnoprávnost mezi uživatelem a poskytovatelem sociálních služeb. Důležité je zachování lidské důstojnosti, dbát na přání a rozhodnutí uživatelů, ale i respekt jejich názorů.

2.3 Individuální plánování v sociálních službách

Individuální plánování (dále jen IP) je jedním ze standardů kvality sociálních služeb, je to standard č. 5 a patří do procedurálních standardů.

Individuální plánování je považováno za nástroj, který by měl pomoci pracovníkům ujasnit si, co vlastně mají dělat. Důležité je nejprve zjistit, jaká je situace člověka, který žádá o poskytování sociálních služeb. Společně s uživatelem se dohodnou na cílech, kterých by chtěl dosáhnout a zároveň těch, co zlepší jeho nepříznivou životní situaci.

Každé ze zařízení, poskytující sociální služby, s tímto standardem pracuje. Dle něj si každé zařízení tvoří vlastní metodiku pro IP. Je to velmi živý proces, IP je nutné aktualizovat, upravovat a vyhodnocovat. Jako koordinátorka IP metodicky vedu klíčové pracovníky uživatelů. Každý z uživatelů se přímo podílí na tvorbě svého IP, ať už aktivně, nebo pasivně.

Klíčový pracovník má při IP velmi důležitou roli, je pro uživatele rádcem, velmi blízkou osobou a rovnocenným partnerem. Uživatel by se s ním měl cítit v bezpečí a důvěřovat mu.

„Klíčovým pracovníkem je nazýván zaměstnanec poskytovatele, který je na základě zákona o sociálních službách určen každému jednomu uživateli pro individuální plánování průběhu sociálních služeb a pro hodnocení naplňování osobních cílů. Je to tedy zaměstnanec poskytovatele, který má určité kompetence, zastává většinou souběh rolí, nese zodpovědnost za plánování a průběh služby.“ (Kolektiv autorů, 2011, s. 115)

2.4 Domov pro osoby se zdravotním postižením jako poskytovatel sociálních služeb

Pro zdravotně postižené existuje několik typů sociálních služeb, které mohou využívat a jedním z nich je právě služba domov pro osoby se zdravotním postižením.

Tyto Domovy byly až do roku 2006 nazývány jako Ústavy sociální péče. (Matoušek, 1999)

Byly to instituce, které zřizoval obvykle stát a poskytovaly celoroční nebo týdenní pobyty. (Kozlová, 2005)

S přijetím zákona o sociálních službách se tyto instituce nově nazývají Domovy pro osoby se zdravotním postižením. (Matoušek, 2007)

„Domov pro osoby se zdravotním postižením (dříve ústav sociální péče) je jednou ze základních forem sociálních služeb. Převážně se využívá, jestliže náročnost a rozsah potřebné

péče překračuje možnosti rodiny a je nutné zajistit přechodně nebo trvale komplexní péči člověku, který ji potřebuje.“ (Hurtová, M., Bazalová, B. 2009, s. 16)

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují obvykle pobytové sociální služby lidem, kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, a jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

V této době se domovy pro osoby se zdravotním postižením stále rozvíjejí a to především v bydlení, v péči, ale i v materiálním a technickém vybavení. Tento rozvoj je provázen současnými trendy, kterými jsou integrace, normalizace, humanizace a deinstitucionalizace.

Integrace je dle výkladového slovníku socializace postižených a narušených do společnosti. (Vašek a kol., 1995)

Normalizace znamená, že lidé s postižením mají stejná práva na život jako intaktní společnost. (Matoušek, 2007)

Při humanizaci je na prvním místě nutnost projevit zájem o klienta. (Pipeková, j. 2006)

Deinstitucionalizace je odklon od klasického systému péče ve velkých institucích do jiného typu bydlení (př. Menších domků a bytů). (Vašek a kol., 1995)

Do Domovů jsou uživatelé obvykle přijímáni na žádost zákonných zástupců, opatrovníků, rodiny, lékařů apod. Domovy jsou zřizovány na základě Zřizovací listiny, která se řídí Organizačním řádem vydaným zřizovatelem. (Pipeková, J. 2006)

3 Proces transformace

3.1 Charakteristika procesu transformace

Proces transformace a deinstitucionalizace je aktuálně řešeným tématem v oblasti sociálních služeb. Některé rodiny, pečující o zdravotně postiženého člena, se nemohly smířit s myšlenkou, že jej umístí do ústavního zařízení mezi další zdravotně postižené osoby. Začal tak rozvoj nestátních neziskových organizací, které poskytovaly moderní sociální služby a vyvíjely tak tlak na veřejné instituce a stavěly se do opozice velkým ústavním zařízením. (domovbezzamku[online])

Některá zařízení začala s prvními pokusy transformace, které nebyly nikým shora vedeny, ale vedla si je samotná zařízení. Hlavním z takových průkopníků byl Ústav sociální péče v Horní Poustevně, dnes zvaný Integrované centrum Horní Poustevna. (Součková, L., Štěpánková, L. 2010)

Samotná transformace může mít různou podobu a formu. Často se tímto pojmem rozumí přechod z velkých pobytových zařízení do menších domků nebo bydlení podobné přirozenému domácímu prostředí.

„Transformace je změna velkokapacitních ústavů služby pro lidi s postižením na bydlení a podporu v běžném prostředí. Lidé s postižením díky transformaci přecházejí z velkých ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je obvyklý pro jejich vrstevníky.“ (mpsv[online])

Pro úspěšnost transformace je nutná osvěta a to nejen veřejnosti, ale i samotných uživatelů. Všichni zúčastnění jakožto uživatelé, pracovníci, celé zařízení, obce, kraje i jednotlivé resorty, by měli být o všem informováni a dopředu připraveni. Aby současní poskytovatelé začali sami transformovat a přiblížili tak život uživatelů životu v domácím prostředí, je nutné je podporovat finančně a metodicky je doprovázet.

„Cílem transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, především mentálním a duševním, je vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňujících život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče.“ (mpsv[online])

S transformací souvisí i tzv. humanizace, nejen lidí s postižením, ale celé společnosti, aby se naučila tyto lidi přijímat mezi sebe a respektovat je. Jedná se o to, aby se postupně rozpustila velkokapacitní zařízení a jejich uživatelé byli přistěhováni do přirozeného prostředí. (Švarcová, 2006)

„Hlavní priority procesu transformace pobytových sociálních služeb jsou vyjádřeny v dokumentu „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127.“ (Strategický dokument [online])

Tohoto projektu se účastní 32 zařízení v naší republice a spolupracují na něm všechny kraje ČR. Projekt je financován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, který se realizuje od dubna 2009. (mpsv[online])

„Koncepte je vypracována v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, tj. Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006 – 2008 a na léta 2008 – 2010, Bílou knihou v sociálních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je vytvořena v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod.“ (mpsv[online])

Na tento pilotní program, ukončený v roce 2013, navázal projekt Transformace sociálních služeb, do kterého bylo zapojeno 40 zařízení v ČR, a který byl ukončen v srpnu 2015. Jeho úkolem bylo zmapovat situaci v jednotlivých zařízeních poskytující sociální služby a jejich možnosti vedoucí k transformaci. Na základě zmapovaných situací je zařízením zajištěna podpora transformace, je podporována informovanost o tomto procesu, ale i vytvářen systém spolupráce, na vertikální i horizontální úrovni, mezi zúčastněnými subjekty transformace. Především je podporován samotný proces zkvalitňování života lidí žijících v pobytových zařízeních sociální péče. (mpsv.cz [online])

3.2 Kritéria transformace

Kritéria neboli podmínky transformace, jsou závazné a to především při čerpání prostředků z Integrovaného operačního programu. Jejich záměrem je předložit určitý rámec, jak má transformace vypadat. (mpsv[online])

V oblasti transformace hovoříme o těchto kritériích:

- Technická kritéria mají za cíl snižovat kapacitu dosavadních zařízení a vytvořit síť sociálních služeb v běžné komunitě. Řeší oblasti jako je domácnost uživatelů, lokalitu, prostředí, zázemí apod. (Součková, L., Štěpánková, L. 2010)
- Provozní kritéria se vztahují na všechny druhy domácností. Sleduje se umístění domácnosti a začlenění do prostředí, dále kvalita interiéru i exteriéru společně s vybavením. Budova musí být způsobilá k bydlení, aby bylo příjemné a upravené a odpovídalo potřebám uživatelů. Kostečka, J., Jaburková, M. 2009
- Procedurální kritéria se vztahují na objekty a poskytované služby jak v bytech, tak rodinných domech, změn v původních zařízeních, terénních i ambulantních služeb. Zajímají se o způsob, jakým jsou sociální služby poskytovány a jakými metodami. (Vávrová, S. 2009)
- Personální kritéria se zabývají přijímáním pracovníků do přímé péče. Počet je určován dle kapacity služby a potřeb uživatelů. Každý pracovník prochází výběrovým řízením, je seznámen s prostředím a po přijetí probíhá zkušební doba, během které je sledována a vyhodnocována jeho práce. Průběžně jsou vzděláváni a účastní se supervizí, které realizují odborníci. (mpsv[online])

3.3 Průběh transformace

Podstatou transformace je změna myšlení ve způsobu poskytování sociálních služeb a probíhá v deseti krocích:

1. Osvěta

Aby mohla transformace začít, je důležité zvýšit informovanost o tomto procesu a to nejen u veřejnosti, ale i u veřejné správy, poskytovatelů, i samotných uživatelů, opatrovníků a souvisejících služeb. Pokud si neuvědomíme cíl transformace a možnost negativních důsledků dosavadních podmínek života v instituci na uživatele, může se transformace setkat s odporem. (Kolektiv 2007)

2. Řízení procesu

Proces transformace by měl být řízen týmem, který je k tomu v zařízení sestaven a za průběh transformace zodpovídá. Transformační tým by měl tvořit ředitel instituce, ekonom, sociální pracovník, vychovatel, vedoucí pracovník, zástupce pracovníků přímé péče, zástupce zřizovatele, konzultant, popřípadě opatrovník. Vždy se dbá na potřeby uživatele. (mpsv[online])

3. Národní analýza

Všechna zařízení spolupracují při vytváření analýz na národní úrovni, kdy se analýzy zaměřují především na lidské, fyzické a finanční zdroje.

4. Místní analýza a analýza instituce

Tyto analýzy se zaměřují na uživatele a na jejich rodiny, na personál i samotnou instituci. Každý z uživatelů je posuzován dle jeho schopností, je mu vytvořen plán péče, a zda je umístěn v zařízení, které odpovídá jeho potřebám. (Kolektiv 2007)

5. Plánování služeb

Všechny organizace by měly vytvořit transformační plán na základě údajů z provedených analýz. (mpsv[online])

6. Plánování přesunu zdrojů

Poskytovatel má povinnost všechny zúčastněné osoby seznámit s transformačním plánem a podat návrh na možnosti využití stávající budovy, která bude opuštěna.

7. Příprava a přemístění uživatelů

Je nutné dbát na to, aby přemístění uživatelů nebylo pro ně stresující, aby byli dopředu připraveni, ale to platí i u personálu. Před nastěhováním by se měli jak uživatelé, tak pracovníci, seznámit s novou domácností a budovat si k ní vztah a důvěru. (Součková, Štěpánková, 2010)

8. Příprava a přemístění zaměstnanců

Vše je založeno především na komunikaci mezi zaměstnanci, ale i na informovanosti ze strany vedení. Pracovníci by měli být motivováni a připraveni na změnu prostředí. (Špidla a kol.[online])

9. Logistické plánování celého procesu

Před samotným stěhováním je nutné si vytvořit časový harmonogram a podle něho postupovat. Ohled se bere na potřeby a připravenost uživatelů, ale i na personální a finanční zajištění. (mpsv[online])

10. Sledování a hodnocení

Největším důkazem úspěšnosti transformace je samotná spokojenost a stav uživatelů. Důležitý je i názor uživatelů na změnu prostředí. (Špidla a kol.[online])

3.4 Možné překážky procesu transformace sociálních služeb v ČR

Transformace se může potýkat se třemi hlavními překážkami, jimiž jsou finanční prostředky, negativní postoj ke změně nebo řešení otázky, co bude s opuštěnými budovami.

I když se zdá, že změna bydlení může přinést určité úspory v rozpočtu sociálních služeb, tak samotné provedení transformace může navýšit náklady. Jedná se o financování pronájmů či staveb, vybavení nemovitostí apod. Bez potřebných finančních prostředků je proces transformace obtížnější, ale v případě dobře plánovaného managementu a rozvoje sociálních služeb, je možné této překážce předejít. (Vávrová, S. 2009)

Transformace změní život především uživatelům, ale určitým způsobem ovlivní i jejich rodiny, blízké a opatrovníky. Problémem může být nedostatečná informovanost, která vyvolá v uživatelích, ale i rodinách, strach ze ztráty dosavadní životní jistoty. Bojí se změnit

prostředí, nechtějí se stěhovat, protože jsou spokojeni tam, kde žijí. Rodina se obává, že se může zhoršit i zdravotní stav uživatele, protože není schopný žít v nové domácnosti a získat tak větší samostatnost a možnost se ještě rozvíjet.

Nejedná se však jen o negativní názor ze strany uživatelů a jejich blízkých, odpor se objevuje i ze strany pracovníků, kteří mají ze změny také strach, čeká je tak hodně práce, mají strach ze ztráty určité jistoty. V tomto případě musíme zohlednit i názor veřejnosti, která se často staví vůči těmto lidem negativně. Ve všech případech je důležitá a potřebná informovanost, již výše zmíněná. (mpsv[online])

Pokud se transformace úspěšně podaří a velkokapacitní zařízení je zcela opuštěno, je nutné vymyslet nové využití prázdné budovy.

3.5 Projekt „Podpora transformace poskytování sociálních služeb v Pardubickém kraji“

Realizátorem tohoto projektu se stalo Občanské sdružení INSTAND. Cílem bylo zpracovat transformační plány příspěvkových organizací v Pardubickém kraji, poskytující sociální služby lidem se zdravotním postižením, informovat je o záměru projektu a poskytnout jim podporu, vzdělávání a supervizi. Do projektu se zapojilo šest příspěvkových organizací Pardubického kraje, do kterých pravidelně dojížděli odborní konzultanti. Projekt trval v časovém rozmezí od října 2013 do června 2015. (Instand[online])

Transformační plány byly zpracovány pracovníky zařízení s podporou konzultantů, odborníků i zřizovatele, čímž je Krajský úřad v Pardubicích. Zpracování plánu probíhalo ve čtyřech etapách, po dokončení byly plány odevzdány ke schválení a projekt ukončen. Vše bylo financováno ze zdrojů ESF prostřednictvím OPLZZ a ze státního rozpočtu ČR a rozpočet projektu byl necelých 5 milionů. (Instand[online])

Zařízení, ve kterém proběhne výzkumné šetření je Domov na rozcestí ve Svitavách, právě jedno z 6 zařízení v Pardubickém kraji, které bylo do tohoto projektu zapojeno.

4 Výzkumné šetření

4.1 Hlavní cíl výzkumu, dílčí cíle

Hlavním cílem výzkumného šetření této diplomové práce je popsat průběh a výsledky již realizovaných etap transformace pobytové služby DOZP v Domově na rozcestí Svitavy a porovnat s průběhem a výsledky transformace s dalším zařízením tohoto typu.

Konkrétní dílčí cíle praktické části bakalářské práce:

Cíl č. 1: Porovnat život klientů v jednotlivých domcích.

Cíl č. 2: Zjistit, zda byla transformace u přestěhovaných klientů, z hlavní budovy do domků, úspěšná.

Cíl č. 3: Přiblížit další plánované etapy transformace tohoto zařízení.

4.2 Metodologie diplomové práce

Pro výzkumné šetření byly v této diplomové práci zvoleny metody kvality, jednalo se o použití studia dokumentace, o případové studie a následně pozorování. Celé výzkumné šetření je tedy kvalitativní.

„Kvalitativní výzkum se provádí pomocí delšího a intenzivního kontaktu s terénem nebo situací jedince či skupiny jedinců. Tyto situace jsou obvykle banální nebo normální, reflektují každodennost jedinců, skupin, společností nebo organizací.“ (Hendl, 2005, s. 51)

Případová studie

Případová studie, často také označována jako kazuistika, je metodou používanou pro kvalitativní výzkum. Jedná se o podrobný popis jednoho nebo více případů, kdy se shromáždí data a ty se pak dále analyzují. (Švaříček- Šed'ová, 2007)

„V případové studii jde o zachycení složitosti případu, o popis vztahů v jejich celistvosti. Případová studie v sociálně-vědním výzkumu je podobná mikroskopu: její hodnota závisí na tom, jak dobře je zaostřena.“ (Hendl, 2005, s. 104)

Případová studie usiluje o zachycení složitosti případu a o jeho komplexní popis.

Studium dokumentů

Studium dokumentů je spíše doplňující metoda nebo technika, která má spíše informační charakter. Je jednoduchá a nenáročná, neobsahuje žádné výpočty nebo analýzy. Dá se dělit dle dostupnosti na veřejné a osobní, poté dle původu na primární a sekundární, a také dle způsobu vzniku na vzniklé spontánně nebo vyvolané výzkumníkem. (Olecká, 2010)

Pozorování

Pozorování je považováno za jednu z nejtěžších metod sběru dat v kvalitativním výzkumu. Nejčastěji se používá pozorování zúčastněné, kdy se jedná o dlouhodobé a systematické sledování určitých aktivit ve zkoumaném terénu a jejímž cílem je objevit a nějakým způsobem reprezentovat sociální život a proces. (Švaříček- Šed'ová, 2007)

Pozorování se snaží neovlivňovat průběh pozorovaných jevů. Pozorování musí být plánové, přesné a musí být přesně zaznamenané.

4.3 Charakteristika zkoumaného místa

Zařízení, ve kterém probíhalo výzkumné šetření je bývalý Ústav sociální péče, dnes nazývaný jako Domov na rozcestí (dále jen DNR). DNR má své sídlo ve Svitavách, T. G. Masaryka 33 a je příspěvkovou organizací zřízenou Pardubickým krajem. DNR poskytuje dospělým lidem s mentálním či kombinovaným postižením individuální podporu a pomoc a vytváří jim důstojné životní podmínky, aby byly srovnatelné s běžným způsobem života jejich vrstevníků.

Budova DNR je bývalý klášter, má tedy bohatou historii, ale bohužel se z ní příliš mnoho nezachovalo. Nejstarším objektem je kaple, která byla původně dřevěná, při požáru byla zničena a poté vystavěna jako kamenná. Důležitou osobou pro DNR byl v historii Thomas Christ, zámožný svitavský občan, který chtěl, aby řádové sestry pečovaly o nemocné staré občany a malé děti, proto věnoval městu peníze, aby postavili klášter. Na přání Thomase tedy v klášteře působily řádové sestry a to sv. Vincence de Paul a poté i sestry řádu svatého Bazila. Součástí kláštera byla velká zahrada a rozsáhlé hospodářství. Během roku 1920 bylo do kláštera přestěhováno, z místní nemocnice, oddělení pro nemocné ženy. Následně se zřídilo také oddělení pro staré a osamělé ženy a mateřská škola. Péče byla tedy zajišťována řádovými sestrami, ale na nemocničním oddělení působili lékaři z nemocnice.

Klášter přešel v roce 1945 do vlastnictví státu a to na základě dekretu prezidenta republiky. V roce 1948 se pak mění péče v této instituci na státní ústav pro oligofrenní ženy. Nově zde začaly sloužit spolu s řádovými i civilní sestry, ústav řídil Okresní národní výbor a

později Okresní úřad ve Svitavách. V 70. letech byl pak ústav přejmenován na Ústav sociální péče a byl řízen Okresním ústavem sociálních služeb. Od roku 1993 má právní subjektivitu.

Obrázek 1: Původní budova ústavu s kaplí



V roce 2002 se zřizovatelem ústavu stal Pardubický kraj. V roce 2007 byla pak organizace přejmenována na Domov na rozcestí Svitavy. Ve stejném roce pak proběhla registrace dvou služeb, poskytovaných v této organizaci – domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) a chráněné bydlení (CHB). Služba CHB byla poskytována pouze na vile v běžné městské zástavbě, ale již v roce 2008 se tato služba začala rozšiřovat také do běžných bytů v panelových domech ve Svitavách.

V roce 2010 proběhly velké změny v poskytování služeb. Část budovy DNR byla uvolněna pro Seniorcentrum města Svitavy. Poskytování sociálních služeb se tak přesunulo do komunitních služeb, v souladu se zásadami humanizace, transformace a deinstitucionalizace poskytování sociálních služeb. Služba CHB se tedy rozšířila na 47 klientů, poskytuje se na vile a v 11 bytech ve městě Svitavy. V roce 2012 byla zaregistrována další služba a to podpora samostatného bydlení a následně v roce 2013 i služba odlehčovací. Více informací o zařízení naleznete na webových stránkách www.dnrsvitavy.cz.

Obrázek 2: Současná budova Domova na rozcestí Svitavy



Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumným vzorkem v tomto šetření byli dospělí lidé s mentálním či kombinovaným postižením, kteří bydleli na hlavní budově DNR a využívali pobytové sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením. Konkrétně se jedná o 16 klientů, kteří byli jako první zapojeni do procesu transformace služby DOZP a byli přestěhováni z hlavní budovy do pronajatých domků ve městě Svitavy. U těchto klientů jsem prováděla pozorování a zaznamenávala jsem změny, u kterých k nim došlo po přestěhování z hlavní budovy do domků.

Průběh výzkumného šetření

Výzkumné šetření probíhalo v zařízení poskytující pobytovou sociální službu DOZP, tedy v DNR Svitavy. Byl stanoven hlavní cíl výzkumného šetření a následně tři konkrétní cíle. Pro zjištění hlavního cíle byla použita technika studia dokumentace, v tomto případě byl použit vytvořený dokument přímo zařízením a to „Transformační plán Domova na rozcestí Svitavy“. Pro zjištění konkrétních cílů pak byly použity další metody kvalitativního výzkumu. Cíl č. 1 byl zjišťován pomocí případových studií jednotlivých, přestěhovaných klientů, tyto klienti byli vybráni z toho důvodu, že u nich došlo k výrazným změnám po přestěhování z hlavní budovy, nebo naopak na ně měla transformace negativní vliv a byla tedy neúspěšná. Cíl č. 2 pak pomocí metody pozorování a cíl č. 3 byl zjišťován opět pomocí studia dokumentace, Transformační plán DNR. Následně pak byly výsledky výzkumného šetření porovnány s výsledky transformace jiného zařízení tohoto typu.

4.4 Prezentace výzkumného šetření

Transformace Domova na rozcestí Svitavy – průběh a výsledky

V říjnu 2013 byl Domov na rozcestí (DNR) zapojen do procesu transformace pobytových sociálních služeb v Pardubickém kraji, kdy bylo realizátorem projektu občanské sdružení Instand. Pravidelně dojížděla do zařízení jednou za šest týdnů konzultantka, která koordinačně vedla transformační tým DNR. Transformační tým postupně sestavil transformační plán zařízení, který byl schválen radou Pardubického kraje a MPSV. V první části tohoto projektu, v časovém rozmezí od ledna 2014 do června 2014, probíhala analýza potřeb, přání a míry podpory klientů. V tomto časovém rozmezí se také začala plánovat první etapa procesu transformace, kterou bylo pronajmutí domku na ulici T. G. Masaryka č. p. 30, naproti hlavní budově. Majitel domku provedl rekonstrukci, podle požadavků našeho zařízení. Transformační tým vybral 10 klientů, u kterých začala probíhat příprava, nácvik dovedností a

byl zpracován plán přechodu. S klienty se postupně nacvičovaly činnosti, které byly spojené s chodem domácnosti. Byli vybráni pracovníci, kteří budou na domku pracovat. Na domek šly pracovnice, které v zařízení již delší dobu pracují a na oddělení pak byly přijaty nové pracovnice. Během srpna 2014, kdy se rekonstrukce domku blížila ke konci, se vybraní klienti šli do domku podívat. Probíhala tak jejich motivace, vybrali si pokoje, ve kterých by chtěli bydlet a dokonce i spolubydlíci na svůj pokoj. Dne 6. října 2014 se klienti přestěhovali z hlavní budovy na domek, sami se podíleli na stěhování svých osobních věcí, větší nábytek (postele, skříně,...) stěhovala údržba DNR. Nově pronajatý domek dostal název „Domek TGM“. Jedná se o dvoupodlažní objekt a je tedy po celkové rozsáhlé rekonstrukci.

Ubytovací kapacita domku je stanovena pro 10 klientů a pracuje tu šest pracovnic (PSS), které se střídají na směny a to denní a noční, vždy slouží po jedné.

V přízemí budovy se nachází pracovna personálu, prostorná jídelna s kuchyňským koutem, prostorný obývací pokoj a pokoj pro 2 klienty. Dále je k dispozici koupelna, dvě WC pro klienty a WC pro personál, úklidová místnost. Vstup do sklepa. Celé přízemí a vstup do budovy je řešeno bezbariérově.

V 2. nadzemním podlaží se nachází 4 dvoulůžkové prostorné a světlé pokoje, sklad, 2 WC a 2 sprchové kouty. Vytápění je plynové, umístěné v podlaze. Vybavení společných prostor je nové, výzdoba odpovídá věkové skupině klientů a charakteru poskytované služby. Obrazové ukázky vnitřních prostor domku viz příloha 1.

Obrázek 3: Domek TGM



Na jaře 2015 se začalo jednat o pronajmutí dalšího domku. Majitel domku opět provedl rekonstrukční úpravy, které odpovídali požadavkům našeho zařízení. Tentokrát se jednalo o domek pro menší počet klientů. Na základě analýzy přání a potřeb klientů bylo vybráno 6 klientů, u kterých začala příprava, nácvik dovedností a plán přechodu byl u nich také zpracován. V září 2015 se klienti, společně s vybranými pracovníky, mohli na domek podívat, vybrat si pokoje a spolubydlíci a sami se rozhodnout, zda chtějí v domku bydlet nebo ne. V listopadu 2015 byl pak domek plně připraven k přestěhování klientů na domek a 28. listopadu 2015 se klienti, se všemi svými věcmi, na domek přestěhovali.

Domek se nachází na adrese Svitavy Hraniční 1390/17, v centru města. Nově pronajatý domek dostal název „Domek HRA“. Jedná se také o dvoupodlažní domek po rekonstrukci. Ubytovací kapacita je však stanovena pro 6 klientů, tedy o 4 méně než domek první. V přízemí budovy se nachází pracovna personálu, 2 dvoulůžkové pokoje, 2 WC a sprchový kout. Součástí tohoto podlaží je vchod na dvorek, kde je možnost venkovního posezení během příznivého počasí. Úklidová místnost a vchod do sklepa. V 2. nadzemním podlaží se nachází kuchyň, obývací pokoj, 2 dvoulůžkové pokoje, koupelna s vanou a WC. V mezipatře je vchod na venkovní terasu, která je zasklená.

Vytápění je plynové. Vybavení společných prostor je nové, výzdoba odpovídá věkové skupině klientů a charakteru poskytované služby. Obrazové ukázky vnitřních prostor domku viz příloha 2.

Obrázek 4: Domek HRA



Na základě dvou realizovaných etap transformace služby DOZP došlo také k humanizaci stávajícího prostředí pobytové služby DOZP. Před zahájením transformace využívalo pobytovou službu DOZP v DNR 58 klientů. 40 klientů bydlelo na 3. oddělení ve dvoulůžkových, třílůžkových i čtyřlůžkových pokojích (2 čtyřlůžkové pokoje, 8 třílůžkových pokojů a 4 dvoulůžkové pokoje). Na 2. oddělení za kaplí bydlelo 8 klientů (3 dvoulůžkové pokoje a 2 jednolůžkové) a na 2. Oddělení nad prádelnou bydlelo 10 klientů (4 dvoulůžkové a 2 jednolůžkové pokoje). Po přestěhování klientů do domků se jednotlivá oddělení rozměnila. Na 3. oddělení vymizely čtyřlůžkové pokoje a zůstaly pouze třílůžkové a dvoulůžkové (7 třílůžkových a 5 dvoulůžkových), bydlí tu v současné době 31 klientů. 2. oddělení za kaplí bylo zcela zrušeno. Pracovní personálu se přestěhovala do prostor bývalé denní místnosti a na 2. oddělení nad prádelnou nyní žije 11 klientů (4 dvoulůžkové pokoje a 3 jednolůžkové pokoje).

Porovnání života klientů v Domku TGM a Domku HRA

Na základě dlouhodobějšího pozorování pronajatého Domku TGM (období od října 2014 do února 2016) a pozorování Domku HRA (období od listopadu 2015 do února 2016) byly vypořovány výhody i nevýhody života klientů v jednotlivých domcích.

Velkou výhodou života klientů na Domku TGM je jeho lokalita, protože se nachází přímo naproti hlavní budově DNR oproti Domku HRA, který se nachází přes půl města od hlavní budovy. Klienti z Domku TGM si tedy mohou každý den docházet na hlavní budovu na oběd do centrální jídelny (v doprovodu pracovníků) a na Domek HRA je oběd dovážen služebním autem v jídlonosičích. Na hlavní budovu se klienti z Domku HRA dostanou pouze autem, vzdálenost jim dělá problémy, vzhledem k jejich zdravotnímu stavu by tedy pěšky nedošli.

Na Domek TGM dochází zdravotní sestra 3 krát za den podat klientům léky, popřípadě zajistit potřebnou ošetrovatelskou péči. Na Domek HRA musí být sestry dováženy služebním autem a to pouze ráno, kdy nachystají léky na celý den do lékovek a klienti si je berou sami v přítomnosti pracovnice PSS. V případě potřeby ošetrovatelské péče se klienti odvezou na Domov autem.

Klienti z Domku TGM jsou v častějším kontaktu s ostatními klienty a pracovníky na hlavní budově. Mohou si dojít v doprovodu pracovnice pro kapesné k paní pokladní v jakýkoliv domluvený den. Z Domku HRA musí být klienti přivezeni všichni ve stejný den. Stejně tak to funguje, pokud do DNR přijde lékař do ordinace k paní vrchní (př. psychiatr, praktický lékař, kožní,...).

Domek TGM je v přízemí bezbariérový, žijí tu tedy i dvě klientky na vozíku. Domek HRA je bariérový, proto je každý z klientů chodící, tudíž i s nižší mírou podpory oproti klientům na invalidním vozíku.

Na Domku TGM žije 10 klientů a slouží 6 pracovníc, na Domku HRA žije 6 klientů a slouží 5 pracovníc, což není příliš velký rozdíl na to, že se liší počet klientů o 4.

Úspěšnost transformace u přestěhovaných klientů

Při zahájení projektu, podporovaného sdružením Instand, byla u všech klientů zjišťována míra podpory, podílely se na něm sociální pracovníce DNR a vedoucí jednotlivých oddělení. Do prvních fází byli vybráni klienti s nejnižší mírou podpory, ale i klienti s vyšší mírou podpory, kteří měli zájem se přestěhovat z hlavní budovy do domků. S každým z vybraných klientů se prováděly individuální rozhovory, pokud někdo z nich odmítl, jejich rozhodnutí bylo respektováno a možnost přestěhování se byla nabídnuta dalším klientům. Se stěhováním klientů museli souhlasit i opatrovníci, se kterými jednala osobně ředitelka DNR.

Pro zjišťování úspěšnosti transformace u přestěhovaných klientů byla pak zvolena metoda případové studie. Bylo vybráno 6 klientů, u kterých byla případová studie zpracována, jména klientů nejsou pravdivá. U některých z nich byla transformace velmi úspěšná, a došlo u nich k viditelnému posunu v jejich samostatnosti, u dalších transformace také proběhla úspěšně, ale není u nich posun k samostatnosti tak viditelný, a u některých z nich transformace bohužel úspěšná nebyla, to byl hlavní důvod pro výběr právě těchto šesti klientů.

Případová studie 1

Jméno: klientka Jana

Pohlaví: žena

Věk: 53 let

Zdravotní stav: snížení intelektových schopností, stupeň lehké mentální retardace, poruchy chování, klientka je zcela mobilní

Současný stav: Pobytovou službu v DNR využívá klientka od roku 1994. Důvodem jejího umístění byla nemožnost rodiny se o klientku dále starat z důvodu zdravotního stavu klientky a poruch chování. Klientčiny rodiče ji navštěvují, ale nemohou jí poskytnout potřebnou péči z důvodu jejich vysokého věku. Klientka potřebuje podporu a dopomoc v oblasti péče o vlastní osobu, péče o domácnost, podpora vhodného chování vůči ostatním, kontaktu se společnostmi a jiné.

Celková charakteristika: Klientka se cítí dobře v menším kolektivu lidí, nejraději má zaběhnutý systém svého dne. Veškeré změny jí jsou s předstihem vysvětlovány a je na ně opakovaně upozorňováno, aby měla klientka dostatek času na jejich vstřebání. Klientka se pohybuje samostatně po vnitřních i vnějších prostorách domova. Mimo domov částečná orientace, proto nutný doprovod pracovníka. Klientka je orientovaná v čase. U klientky se občas střídají rychle nálady (úsměv- pláč). Má velice ráda své soukromí a svůj klid. Klientka je svéhlavá.

Vztahy: Se zaměstnanci vychází dobře, mimo domek se moc neprojevuje. Pozdraví a více sama od sebe nemluví, pouze odpovídá na dotazy. Při pobytu ve větším a rušnějším kolektivu, bývá klientka negativistická. Často slovně napadá ostatní klienty, bezdůvodně napomíná jejich chování a je podrážděná.

Zájmy a denní aktivity: Klientka pomáhá s drobnými pracemi na domku – myje a utírá nádobí, uklízí nádobí z myčky. Se slovní podporou pracovníka si klientka utírá prach a zalévá květinu na svém pokoji. Klientka chodí na vycházky a na nákupy do města. Klientka má ráda svůj klid.

Dosažené vzdělání: Klientka má dokončené základní vzdělání, umí číst, psát, zvládá jednoduché početní operace.

Komunikace s okolím: Odpovídá na dotazy a sdělení většinou krátce jedním slovem. Někdy je potřeba danou otázku opakovat. Svá přání a potřeby sdělí. Při komunikaci navazuje klientka oční kontakt. Při rozhovoru je potřeba být s klientkou v klidném prostředí. Při pobytu ve větším a rušnějším kolektivu bývá klientka roztěkaná, nesoustředí se na komunikaci.

Specifické potřeby klientky: - dioptrické brýle, léky (3 x denně), doprovod mimo areál domku, pobyt v menším kolektivu, dodržovat svůj systém dne, nijak výrazně ho nenarušovat, slovní připomenutí aktivit, inkontinentní pomůcky.

Při pobytu klientky Jany na hlavní budově u ní byl, na základě šetření sociálních pracovníků, zjištěn 3. stupeň závislosti. Klientka Jana se nezapojovala do činností na oddělení, byla samotářská a udržovala blízký vztah pouze se svojí spolubydlící na pokoji. Při aktivizačních činnostech v ateliéru nebyla příliš komunikativní a často slovně napadala ostatní klienty. Při komunikaci odpovídala pouze jednoslovně, nebo neodpověděla vůbec. Klientka Jana potřebovala dopomoc pracovníka ve všech činnostech spojených s chodem domácnosti, s péčí o vlastní osobu, v oblasti hygieny i jiné.

V první fázi transformace byla klientka Jana přestěhována na Domek TGM, kde je jedna domácnost pro 10 klientů. Došlo u ní k velkým pokrokům, začala být komunikativnější, zvláště pak s cizími lidmi, kteří Domek navštíví. Přivítá je a v souvislých větách s nimi komunikuje. Dokonce mluvila do televize a ráda ukazuje návštěvám prostředí Domku. Klientka Jana začala mluvit v souvislých větách, nepoužívá vulgární výrazy tak často, jako dříve. Začala se zapojovat do všech činností spojených s chodem domácnosti, její stupeň závislosti byl přehodnocen a snížen na 2. stupeň, nyní potřebuje u většiny činností pouze slovní podporu a dohled pracovníka. V rámci individuálního plánování se klientka Jana v nové domácnosti učila třídít, prát, skládat a žehlit prádlo. Naučila se třídít prádlo, vložit prádlo do pračky a sušičky a žehlit pouze rovné věci (př. ručníky), odmítala obsluhu pračky i sušičky, již nebyl viditelný žádný posun k větší samostatnosti. Z toho důvodu, i na její přání, byl cíl ukončen. Klientka Jana dříve doma vysávala, ale neumí složit a zapnout vysavač, proto tuto činnost nyní nedělá, ale chtěla by to zase zkusit. Proto se nově učí složit, zapnout vysavač, vysávat a vysavač následně uklidit. U klientky je viditelný posun k lepšímu, pobyt v domácnosti s menším počtem klientům ji prospívá a stále se v některých činnostech rozvíjí. Největší změna, která u ní proběhla po přestěhování, byla v jejích komunikačních schopnostech. Klientka začala rozvíjet svoji slovní zásobu a již nehovořila jednoslovnými výrazy, ale začala používat celé, pro okolí srozumitelné věty. Sama se zapojuje do rozhovoru i s lidmi, které nezná. Dříve by odešla a nejevila o druhé zájem. Další velký posun nastal v domácích pracích, kdy se klientka naučila třídít, prát, žehlit a skládat prádlo. Naučila se pomáhat při vaření a vysávat. Nyní pracuje na tom, aby se naučila starat se sama o své osobní věci a udržovat si pořádek ve svém pokoji.

Vyjádření klientky: *„Mám velký pokoj a bydlím s Martičkou Simonko. Pomáhám sestřičkám, peru prádlo a umím ho i skládat. Dělam pomazánky, líbí se mi tu. Jezdí za mnou maminka s tatínkem, vozí mi dobroty. Chodím s Haničkou nakupovat. Nechci zpátky na oddělení.“*

Vyjádření klíčové pracovnice: *„Jana byla vždy samotářská, ale na domku se její chování značně změnilo. Má zájem o činnosti, se kterými se neměla možnost na oddělení setkat. Nejvíce se u Jany zlepšila její komunikace, když s jednoslovných vět začala tvořit dlouhé a smysluplné věty. Její agresivní chování se utlumilo, u klientky přetrvává pouze používání vulgárních výrazů vůči ostatním klientům. Klientku se v těchto projevech snažíme napomínat a omezovat. Klientce přestěhování prospělo, na oddělení na ni byla fixována jedna z jejích spolubydlících, což vedlo ke zhoršování agresivních projevů u klientky.“*

Případová studie 2

Jméno: klientka Marta

Pohlaví: žena

Věk: 65 let

Zdravotní stav: snížení intelektových schopností, stupeň středně těžké mentální retardace, kombinace s tělesným postižením

Současný stav: Klientčiny rodiče již nežijí. Od roku 1976 klientka využívá pobytovou službu v Domově na rozcestí ve Svitavách, protože nemá nikoho, kdo by se o ni postaral a ona není schopna žít samostatně bez pomoci druhé fyzické osoby. Klientka Marta potřebuje podporu a pomoc v sebeobslužných činnostech, osobní hygieně, při kontaktu s okolím a jiné.

Celková charakteristika: Klientka Marta je přátelská, nekonfliktní, občas bývá svéhlavá. Klientka se pohybuje samostatně po prostorách domku, přesto je někdy nutná podpora personálu v nerovném prostředí. Pro zdolání delších vzdáleností a mimo domek klientka používá mechanický vozík střídavě s chůzí. Orientuje se v prostředí domku, kde pobývá. Pokud se klientce něco líbí, vydává libé zvuky a usmívá se, nelibost dokáže vyjádřit také zvuky, odchodem nebo odstrčením.

Vztahy: Klientka Marta velmi ráda navazuje komunikaci, přijde k druhé osobě, postaví se před ni a snaží se komunikovat pomocí zvuků nebo jednoduchých slabik a gestikulací rukou.

Zájmy a denní aktivity: Ráda prohlíží a listuje v knihách, někdy i maluje pastelkami či vodovými barvami. Sleduje TV, poslouchá hudbu. Velký zájem projevuje o pískací gumové pomůcky.

Dosažené vzdělání: Klientka nedosáhla žádného vzdělání.

Komunikace s okolím: Projevy slovní komunikace mají podobu zvuků (např. mlaskání), nebo jednoduchých slabik („no“, „eee“). Zvládne jednoduše naznačit pomocí gest, co potřebuje. Spokojenost dokáže vyjádřit úsměvem, který je doprovázen příjemným pobroukávajícím zvukem, nebo citoslovcem „hm“. Nespokojenost vyjadřuje např. tak, že nabízený předmět odstrčí, k druhému člověku se otočí zády. Klientka M. je shledána, na základě pozorování, jako klientka nekomunikující.

Specifické potřeby klientky: - mimo domek doprovod na mechanickém vozíku, inkontinentní pomůcky, mletá strava, ortopedická obuv, léky (3 x denně), bandáže dolních končetin, rizikový plán (zvýšené riziko zaskočení stravy).

Klientka Marta bydlela na 3. oddělení, u klientky byl zjištěn 3. stupeň závislosti a potřebovala dopomoc ve všech činnostech (hygiena, stravování, péče o vlastní osobu, při pohybu,...). K chůzi používala klientka ortopedickou obuv (celodenně), její chůze byla nejistá a vrávoravá, všude potřebovala doprovod pracovníka, popřípadě dopomoc při zvládnání nerovného terénu. U klientky byla i značně ochablá jemná motorika, kdy nedokázala uchopit některé předměty, pouze se zajímala o gumové pískací pomůcky. Většinou tedy klientka potřebovala dopomoc od pracovníků.

V první fázi transformace byla klientka Marta také přestěhována na Domek TGM, kde je jedna domácnost pro 10 klientů. Zpočátku jí trvalo, než si zvykla na nové prostředí. Její pokoj se nachází v patře, musela být tedy doprovázena pracovníkem, protože se bála schodů. Pracovnice s ní postupně nacvičovaly chodit do schodů i ze schodů, aby se klientka přestala bát. Z jedné strany se držela zábradlí a z druhé ji držela pracovnice. Po nějakém čase se klientka držela jenom zábradlí a pracovnice šla za ní. Klientka se však přestala bát a začala se po schodech nahoru vydávat sama. Chůzi do schodů tedy zvládá, ale ze schodů potřebuje stále podporu pracovnice. Začala se také zajímat o činnosti, které pro ni byly zcela nové, a to je příprava snídaní, svačín a večeří. Pracovnice ji zapojují do činností, s ohledem na její schopnosti. Klientka Marta začala sama utírat stoly a uklízet věci, které nebyly na svém místě. Více se snaží navazovat kontakt s pracovníky, klienty i návštěvníky domku, ať už dotekem nebo vydáváním různých zvuků. Největší posun je tedy u klientky vidět v oblasti jemné a hrubé motoriky. V porovnání s pobytem na hlavní budově, kde se dokázala sama pohybovat pouze po rovné chodbě na patře, kde bydlela, tak na domku si dokáže dojít sama i do schodů do svého pokoje a přijít z patra do přízemí a to bez pomoci pracovnice. Klientka také začala jevit zájem o pomáhání při vaření, zapojuje se do jednoduchých činností, jako je loupání, míchání, vsypávání surovin apod., čímž rozvíjí svoji jemnou motoriku.

Vyjádření klíčové pracovnice: *„Klientka Marta není schopná se slovně vyjádřit, ale s pracovnicemi domku jsme vyzorovaly, že je klientka na domku spokojená. Často vydává výskavé zvuky, které připomínají smích a snaží se navazovat kontakt jak s pracovníky, tak s ostatními klienty. Dlouhodobě s klientkou pracujeme na rozvoji jemné i hrubé motoriky. Na oddělení se klientka naučila chodit samostatně pouze po dlouhé rovné chodbě, ale po přestěhování na domek a díky každodennímu nácviku s pracovnicí, se naučila chodit po schodech nahoru i dolů samostatně. Dokonce se naučila chytit kliku dveří a otevřít je. Zapojuje se do jednoduchých činností spojených s vařením, jako je míchání nebo mazání. Klientka na domku dostala možnost seznámit se s činnostmi, které nebyly na oddělení možné provádět. Přestěhování na klientku zapůsobilo velmi pozitivně.“*

Případová studie 3

Jméno: klientka Marie

Pohlaví: žena

Věk: 62 let

Zdravotní stav: snížení intelektových schopností, stupeň lehké mentální retardace, klientka špatně slyší

Současný stav: U klientky Marie došlo ke zhoršení zdravotního stavu, což ji už neumožňovalo vést samostatný život bez pomoci a podpory druhé osoby. Její rodiče již nežijí, má pouze švagra, který leží na LDN v Pardubicích. Klientka nemá nikoho jiného, kdo by se o ni postaral. Proto od roku 1990 využívá pobytové služby v DNR a potřebuje podporu a dopomoc v sebeobslužných činnostech, osobní hygieně, při kontaktu s okolím a jiné.

Celková charakteristika: Klientka je svéhlavá, ale přátelská. Bývá často plačtivá a lítostivá. Klientka potřebuje větší časový prostor ke všem činnostem (oblékání, strava, hygiena), má pomalé tempo pohybu. Chůze je uskutečňována drobnějšími, rychlými kroky s typickým předklonem. Klientka často zapomíná, proto se jí musí většina věcí připomínat. Orientuje se v čase i místě.

Vztahy: Klientka je velmi podezřívavá k ostatním klientům. K personálu má kladný vztah. Reaguje kladně na cizí lidi.

Zájmy a denní aktivity: Svůj volný čas ráda tráví na pokoji, kde vyšívala, poslouchá rádio, počítá příklady

Dosažené vzdělání: Klientka dokončila své vzdělání v 5. třídě. Umí číst, částečně psát, ovládá jednoduché početní úkony. Je schopna napsat pár vět s vynecháním některých písmen.

Komunikace s okolím: Její slovní projev je velmi tichý, až šeptavý, často hůře vyslovuje jednotlivá slova či věty, kdy je pak slovní projev pro druhou osobu nesrozumitelný. Zcela nesrozumitelným se stává, pokud se k projevu přidá pláč. Komunikaci často doprovází samovolný odchod slin. Při nepochopení, nebo okamžitému neuspokojení její potřeby svůj hlas zvyšuje a v afektu používá vulgarismy.

Specifické potřeby klientky: - dioptrické brýle, léky (3 x denně), doprovod mimo areál domku, mletá strava, umělá zubní náhrada (horní i dolní), pomůcka na ochranu oděvu, poskytnutí delšího časového prostoru.

Klientka Marie bydlela na 2. oddělení za kaplí. Většinu času trávila na svém pokoji, kde vyšívala. Klientka má své typické pomalé tempo a ve všech činnostech potřebovala dostatek časového prostoru, aby je mohla dokončit. Z důvodu více klientů na oddělení však

někdy tento prostor dostat nemohla a docházelo u ní k plačtivým až hysterickým projevům. Klientce nebylo rozumět, co požaduje. Na oddělení se vyhýbala ostatním klientům a neustále je osočovala, že jí nadávají, nebo ubližují. Odmítala se zapojovat do činností spojených s chodem domácnosti a většinu času trávila zavřená na svém pokoji.

Ve druhé fázi transformace byla klientka Marie přestěhována na Domek HRA, kde je jedna domácnost pouze pro 6 klientů. Po přestěhování na domek klientka své chování zcela změnila. Na domku si se všemi klientkami rozumí a říká, že je má ráda. Ráda chodí s pracovníci nakupovat suroviny na vaření a do samotného vaření se začala zapojovat. Zajímá se o všechny činnosti spojené s chodem domácnosti a je velmi vstřícná k lidem, kteří domek navštíví. Na vlastní přání se klientka učí vstávat na budík, aby měla dostatek časového prostoru, který potřebuje. Během doby, co bydlí na domku, se naučila používat mikrovlnnou troubu, zpočátku nechápala nastavení ohřevu, ale postupem času se to naučila a pokud potřebuje pomoc, řekne si o ni. Klientka projevila zájem o umývání a utírání nádobí, časem by se chtěla naučit pracovat s myčkou na nádobí. Klientka je v těchto činnostech podporována, aby byla co nejvíce samostatná. Největší změna, která u klientky proběhla, byla v oblasti péče o domácnost. Klientka začala všechny činnosti, jako je umývání nádobí, zametání, vytírání apod., dělat samostatně, kdežto na hlavní budově je vykonávala pouze s pracovníci nebo vůbec.

Vyjádření klientky: „*Líbí se mi tu, nikdo mi nenadává. Holky si semnou povídají. Ráda umývám nádobí a chodím se sestřičkou na nákupy. Pomáháme při vaření a učím se prát prádlo, zatím mi to nejde, ale to půjde Simonko.*“

Vyjádření klíčové pracovnice: „*Když bydlela Maruška na oddělení, tak většinu času trávila sama na svém pokoji. Obviňovala ostatní, že ji nadávají, že ji nemají rádi a berou jí věci. K veškerým činnostem, spojených s péčí o vlastní osobu, musela být klientka připomínána pracovníci, které na ni museli i dohlížet a poskytovat jí podporu a dopomoc. Po přestěhování na domeček si klientka najednou začala sama udržovat pořádek ve svém pokoji. S ostatními klientky na domku vychází velmi dobře, je přátelská a v mnoha směrech jim pomáhá. Zapojuje se sama do domácích prací, jako je umývání a utírání nádobí, vysávání, praní prádla, nákupy a vaření. Marušce se na domečku líbí, je tu spokojená a naučila se otevírat dveře návštěvám.*“

Případová studie 4

Jméno: klientka Jaroslava

Pohlaví: žena

Věk: 57 let

Zdravotní stav: snížení intelektových schopností, stupeň lehké mentální retardace, poruchy chování, psychické poruchy

Současný stav: Rodiče klientky již nežijí, byla jediné dítě. Klientka využívá pobytové služby v DNR od roku 2001, z důvodu jejího zdravotního stavu, kdy není schopna žít samostatně bez podpory pomoci druhé fyzické osoby a neměl se o ni kdo jiný postarat. Není v pravidelném kontaktu s nikým z rodinných příslušníků. Klientka potřebuje podporu a dopomoc v oblasti osobní hygieny, podporu v péči o domácnost a podporu v udržování kontaktu se společenským prostředím. Klientka by se ráda přestěhovala na chráněné bydlení.

Celková charakteristika: U klientky se občas projevují negativní příznaky (chudá mimika obličeje, negativistická nálada, neschopnost soustředit se po delší dobu, zvýšená unavitelnost). Ojedinele se vyskytují problematické rysy chování (pouštění vodovodních kohoutků ve všech prostorech, vyhazování věcí – odpadkový koš, okno). Klientka slovně obviňuje personál, že jí chce ublížit. Klientka k jakékoli činnosti musí dojít vlastním rozhodnutím, pokud by tomu bylo jinak, klientka se uzavře do sebe a na své okolí nereaguje.

Vztahy: Klientka má ráda klid a upřednostňuje samotu před pobytem v kolektivu.

Zájmy a denní aktivity: Většinu nabízených aktivit (vycházky, výlety, ateliér) odmítá. Náplň volného času si určuje sama.

Dosažené vzdělání: Klientka absolvovala základní vzdělání, poté se vyučila v dělnickém oboru jako obráběčka kovů. Po vyučení pracovala několik let jako dělnice. Nabyla schopnosti číst, psát, počítat.

Komunikace s okolím: Klientka Jaroslava lépe komunikuje s osobami, které dobře zná. Velmi specifická je komunikace s opačným pohlavím, kdy se v přítomnosti mužů stává hovornou, humornou, společenskou. Její slovní projev je velmi tichý, nenápadný. Při komunikaci povětšinou nenavazuje oční kontakt. Odpovídá v krátkých větách, odpověď přichází po delší době od položení otázky a je tematicky blízká dotazu. Někdy se však může mísit realita a fantazijní svět.

Specifické potřeby klientky: - drcené léky, doprovod mimo zařízení

Klientka Jaroslava bydlela na 3. oddělení na třílůžkovém pokoji. Od samého začátku, co přišla do DNR, bylo jejím velkým přáním se přestěhovat na chráněné bydlení. U klientky

často docházelo k velkým výkyvům nálad. Byla tichá, vyhledávala samotu, nezapojovala se do kolektivu a ostatních si nevšímala. Někdy však začala být agresivní na ostatní klientky, napadala je, osočovala personál, že jí chce ublížit. Ve dvou případech musela být použita i místnost bezpečného pobytu, aby byla zajištěna bezpečnost jak ostatních klientů, tak i klientky samotné.

U klientky došlo na delší dobu k zlepšení jejího zdravotního stavu, byla tedy v rámci první etapy transformace přestěhována na Domek TGM. Zpočátku zde byla klientka spokojená, usmívala se a začala být více komunikativní. Zapojovala se do činností spojených s chodem domácnosti. V červnu 2015 došlo u klientky k výraznému zhoršení jejího chování. Projevil se u ní neklid, neustále chodila do pokojů klientů, fyzicky je napadala a sama měla pocit, že jí napadají psi, kteří ji i pokousali. Po domluvě se sloužící SZP byla přemístěna do hlavní budovy DNR, do místnosti bezpečného pobytu. Druhý den pak byla hospitalizována do psychiatrické léčebny ve Svitavách. Primářka psychiatrie tyto události řešila zvýšením tlumících léků u klientky, když se klientka při hospitalizaci zklidnila, tak se po týdnu se vrátila na Domek. Klientka však začala odmítat jídlo, tvrdila, že je otrávené, snažila se několikrát shodit TV, myčku i ledničku, snažila se zapnout indukční desku, přičemž dlaně pokládala na plotýnky. Po domluvě sloužící zdravotní sestry s vedoucí oddělení a primářkou psychiatrie ve Svitavách, byla klientka přestěhována z Domku zpět na 3. oddělení. Primářka opět upravila klientce medikaci a u klientky došlo k výraznému zlepšení jejího zdravotního stavu, na domek se už ale vrátit nechtěla a na oddělení, kde nyní bydlí, tráví nejraději čas na svém pokoji, kde je sama.

Vyjádření klientky: *„Líbilo se mi na domečku, ale nemůžu tam být. Nejsem zdravá, paní doktorka říkala, že mi bude lépe na oddělení.“*

Vyjádření klíčové pracovnice: *„Paní Jaroslava si přála od samého začátku přestěhovat se na chráněné bydlení a být více samostatná. Často se u ní objevovaly psychické poruchy, které se projevovaly agresivitou. Klientka je však velmi schopná a při zahájení procesu transformace dostala možnost se přestěhovat na domek. Sama řekla, že uvidí, až se na domek podívá. Když byl domek hotový, šli jsme se tam i s klienty podívat. Jaruška si vybrala svůj pokoj a začala se těšit na stěhování. Ze začátku bylo její chování zcela v pořádku, ale postupem času se začaly znovu objevovat psychické poruchy. Začala napadat pracovnice domku i klienty. Musela být zavřena do místnosti bezpečného pobytu a následně ji primářka žitavské psychiatrie hospitalizovala. Ani po jejím návratu se nic nezlepšilo, proto bylo jediným řešením vrátit ji zpět na oddělení.“*

Případová studie 5

Jméno: klientka Dagmara

Pohlaví: žena

Věk: 55 let

Zdravotní stav: Downův syndrom, snížení intelektových schopností, stupeň lehké mentální retardace

Současný stav: Rodiče klientky již byli vyššího věku, když se narodila, a nebyli schopni se o ni sami postarat. Klientka pobývala v rodině své sestry, ale z důvodu zhoršení zdravotní stavu už jí rodina nemohla poskytnout potřebnou péči, nyní s nimi pouze udržuje písemný kontakt, občas klientku rodina navštíví. Klientka tedy od roku 1979 využívá pobytovou službu v DNR, protože není schopna žít samostatně bez pomoci druhé fyzické osoby. Klientka potřebuje podporu a dopomoc v oblasti sebeobslužných činností, v osobní hygieně, v péči o domácnost, kontaktu se společnostmi a jiné.

Celková charakteristika: Klientka je klidné povahy, je společenská, ráda se směje. Potřebuje větší časový prostor na vykonání nějaké aktivity. Snadno a ráda se zapojuje do nových činností. Ráda hovoří o jídle, jídlo je její oblíbené téma k hovoru. Klientka bývá občas tvrdohlavá, svoji nelibost projevuje tak, že na druhou osobu nereaguje (jako by ji neslyšela). Pro klientku je typická pomalá, opatrná chůze. Jakmile je klientka více rozrušená z náhlé změny, nebo jiné aktivity, začne se třást a nereaguje na personál.

Vztahy: Klientka je velmi společenská, ráda pobývá v kolektivu.

Zájmy a denní aktivity: Největším zájmem klientky je malování, vybarvování, opisování. Volný čas tráví na svém pokoji, kde poslouchá písničky z rádia a maluje, nebo tráví čas na obývacím pokoji s ostatními klientkami a také maluje. Ráda utírá nádobí. Ráda zpívá, umí mnoho písní.

Dosažené vzdělání: Klientčino dosažené vzdělání nebylo zjištěno.

Komunikace s okolím: Klientka mluví v krátkých jednoduchých větách. Klientka nerozezná rozdíl mezi tykáním a vykáním.

Specifické potřeby klientky: - léky (3 x denně, mleté maso, rizikový plán, mechanický vozík mimo zařízení, dostatek času

Klientka Dagmara bydlela na 2. oddělení nad prádelnou na jednolůžkovém pokoji. Nejraději trávila čas na společné jídelně, kde si vykreslovala své omalovánky. Pravidelně navštěvovala ateliér, který je ve stejné budově. Jezdila tedy výtahem a zapojovala se do výtvarných, pracovních i hudebních aktivit. Objevovaly se u ní často stavy, kdy přestala

vnímat okolí, její pohled byl nepřítomný a objevoval se u ní i motorický neklid. Personál musel dát klientce dostatek času, nenaléhat na ni.

Klientce byla nabídnuta možnost, přestěhovat se. Klientka projevila zájem a v rámci druhé etapy transformace se přestěhovala na Domek HRA. Tento domek není bezbariérový. Zpočátku klientka dokázala vyjít schody do patra, kde měla svůj pokoj. Většinu času trávila v obývacím pokoji nebo v kuchyni. Během pár dní se u ní objevil strach ze schodů a začaly se u ní objevovat častěji stavy, kdy se zarazila a neudělala ani krok. Po dobu čtyř měsíců, co klientka na domku bydlela, dokázala jít ven pouze dvakrát a to za odměnu (návštěva cukrárny nebo kavárny). Klientka začala nabírat na váze a nechtěla sejít z patra dolů. Byly vyčerpány všechny možnosti, jak klientku namotivovat, aby schody sešla. V jednom případě se podařilo, že klientka sešla schody, aby mohla navštívit kavárnu, kde si dala kávu a něco sladkého. Tato motivace však přestala fungovat a klientka odmítala se ke schodům přiblížit. Po dohodě všech pracovníků domku s vedoucí domku a paní ředitelkou, byla klientka přestěhována koncem února 2016 zpět na 2. oddělení nad prádelnou, z důvodu ochrany jejího zdraví. Při stěhování musely klientku ze schodů doprovázet čtyři pracovnice, dvě ji podpíraly za paže a další dvě šly před ní a za ní. Scházení schodů trvalo více jak půl hodiny a klientka se během scházení nejméně třikrát zastavila a odmítala jít dál. V běžném denním režimu by nebylo možné zajistit klientce tuto asistenci při scházení schodů. Nyní si klientka musí znovu zvyknout na prostředí oddělení, neustále mluví o domku, že se tam chce vrátit. Její návrat na domek je zatím odložen, dokud klientka neodbourá svůj strach z bariérového prostředí. Pracovnice s klientkou budou zkoušet chůzi po schodech i na oddělení.

Vyjádření klientky: „*Nó, líbí. Kafičko jsem měla, dobrý bylo. Chci na domeček. Zase tam půjdu.*“

Vyjádření klíčové pracovnice: „*Paní Dagmara byla na domečku velmi spokojená, pokud nemusela scházet schody z patra do přízemí. Její pokoj byl v patře, kde všichni trávili nejvíce času v obývacím pokoji nebo v kuchyni. Během čtyř měsíců, kdy klientka na domku bydlela, sešla schody pouze dvakrát a to za asistence 4 pracovníků. Klientka se bála scházet schody, vždy se zarazila a nehnula se z místa. V tu chvíli se rozklepala, nereagovala na naše pokyny a začala křičet. Museli jsme počkat, až se klientka zklidní, což trvalo třeba i půl hodiny. Klientka přibrala 8 kilo a veškeré dopomoc při hygieně a při péči o její osobu byla náročná. Klientku jsme se snažili motivovat, ale postupem času už nezabrala ani motivace formou návštěvy kavárny, kterou měla velmi oblíbenou. Po konzultaci s vrchní sestrou a praktickou lékařkou, po domluvě s vedoucí domku a ředitelkou domova, jsme klientku přestěhovali zpět*

na oddělení, kde má k dispozici výtah a nemusí scházet schody. Šlo nám především o klientčino zdraví, protože by se za chvíli sotva hýbala.“

Případová studie 6

Jméno: klientka Marienka

Pohlaví: žena

Věk: 71 let

Zdravotní stav: snížení intelektových schopností, stupeň lehké mentální retardace

Současný stav: Klientčiny rodiče již nežijí. Klientka má bratra, který se ale z důvodu vyššího věku a zdravotního stavu není schopen o klientku postarat. Od roku 1960 využívá klientka pobytovou službu v DNR, protože není schopna žít samostatně bez pomoci druhé fyzické osoby. Klientka potřebuje podporu a dopomoc při sebeobslužných činnostech, osobní hygieně, při zvládnání jednoduchých domácích prací, kontaktu s okolím a jiné.

Celková charakteristika: Klientka má přátelskou povahu, často u sebe nosí své oblíbené věci, jako je taška, album s fotkami, plyšový pes apod. Tyto věci také ráda rozdává ostatním.

Vztahy: Snadno navazuje kontakty, s každým hned komunikuje. Má ráda společnost klientů i personálu.

Zájmy a denní aktivity: Klientka ráda stele postele sobě i ostatním klientkám. Ráda utírá nádobí. Někdy si maluje. Chodí ráda nakupovat do města.

Dosažené vzdělání: Klientka nedosáhla žádného vzdělání.

Komunikace s okolím: Při slovním projevu je narušena klientčina výslovnost. Řeč je nesrozumitelná, pracovníce, které klientku znají, se v jejím způsobu vyjadřování orientují. Na položenou otázku dokáže odpovědět „ano (no), ne“. Zvládá tvořit jednoduché věty, při řeči výrazně používá mimiku v obličeji. Často místo slovního vyjádření využívá klientka gesta, kdy si sama dokáže ukázat, co potřebuje nebo chce. Sdělenému slovu rozumí dobře.

Klientka nerozlišuje rozdíl mezi tykáním a vykáním.

Specifické potřeby klientky: - strava omezena na tuky, mletá strava, mechanický vozík mimo DNR, rizikový plán, léky (3 x denně)

Klientka Marienka bydlela na 2. oddělení nad prádelnou ve dvoulůžkovém pokoji. Klientka nejvíce času trávila na oddělení na svém pokoji, kde si stále uklízela a stlala postel. Pomáhala s činnostmi spojenými s chodem domácnosti. Chodila si dolů do prádelny, kde si nechávala vyprat svého plyšového psa. Docházela do ateliéru na výtvarné činnosti. Navazovala kontakt s ostatními a na oddělení byla velmi spokojená.

Klientka Jana dostala možnost se přestěhovat na domek, byla se na domku podívat, líbilo se jí tam a se stěhováním souhlasila. V rámci druhé etapy transformace se tedy přestěhovala na Domek HRA. Byla tu s klientkami, které zná a rozumí si s nimi. Klientka pomáhala s nádobím a stláním postelí. U klientky však došlo ke zhoršení zdravotního stavu, během tří dnů, co na domku bydlela. Více jak týden byla hospitalizována v nemocnici ve Svitavách, kde se léčila s plicní embolií a po propuštění musela být přestěhována na 3. oddělení, kde slouží zdravotní sestry. Denně jí musí být aplikovány injekce na ředění krve, což nebylo možné na domku dostatečně zajistit. Od doby, co klientka bydlí na 3. oddělení, se její stav spíše zhoršil a to v oblasti chůze, která je vrávoravá a klientka těžce udrží rovnováhu. Její současný stav nedovoluje, aby se na domek vrátila kvůli bariérovosti, která na domku je.

Vyjádření klientky: „Mám Alík. Stlala postele. Líbí sestřičky, utírala nádobí. Nó sama.“

Vyjádření klíčové pracovnice: „Klíčovou pracovnící Marienky jsem od listopadu, kdy byla z nemocnice převezena sem na naše 3. oddělení. Po přestěhování klientky na domek se u klientky zhoršil zdravotní stav, měla plicní embolii a byla hospitalizována v místní nemocnici. Na našem oddělení je proto, že denně potřebuje píchat injekce od zdravotních sester, což nebylo možné zajistit na domku. Klientka tu měla být pouze dočasně, po dobu léčby, ale u klientky došlo ke zhoršení její chůze a rovnováhy. Klientka se začíná pohybovat většinou s podporou pracovnice, přestala chodit po schodech, používá výtah, který ale na domku není. Zatím to nevypadá, že by se přestěhovala zpět na domek, ale tady na oddělení je spokojená, líbí se jí tu a pomáhá při stláním postelí.“

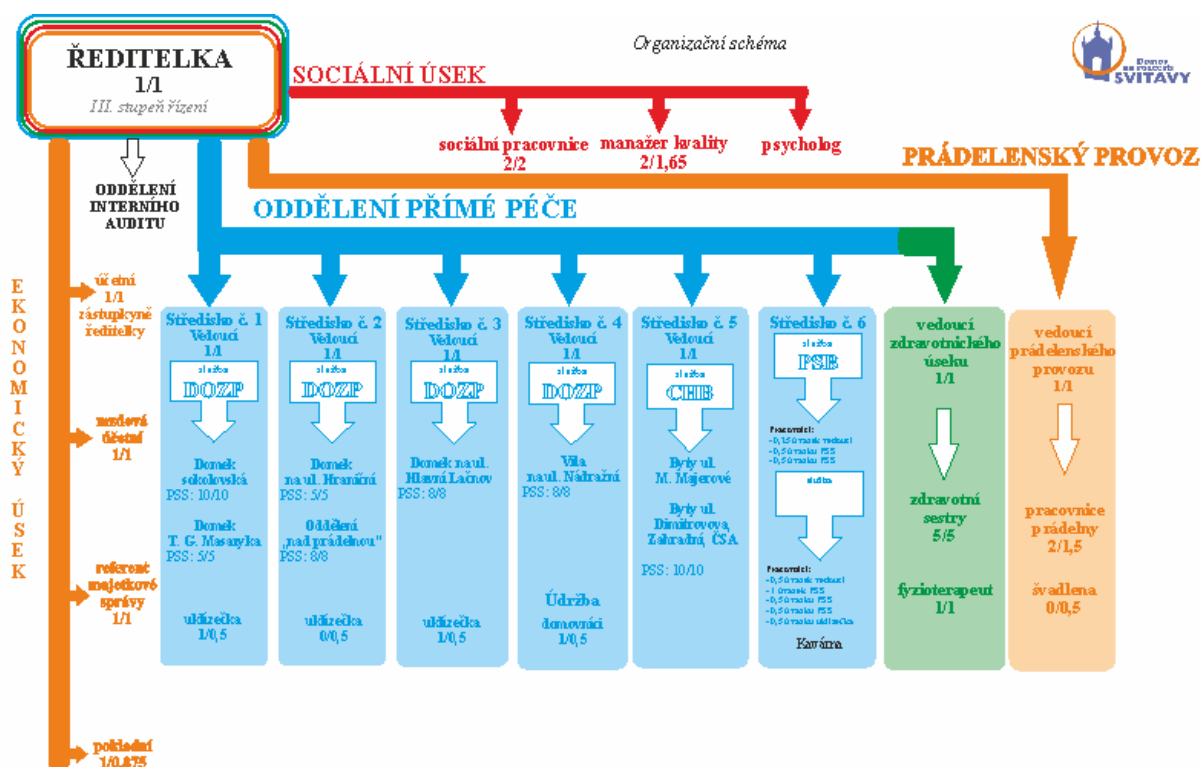
Plánovaný průběh transformace zařízení do budoucna

V prosinci 2015 vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) dokument zvaný „Specifická pravidla pro žadatele a příjemce“, jehož součástí jsou kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace. Tento dokument udává všem zařízením, která prochází transformací, jak mají postupovat při zřizování nových služeb, podle čeho vybírat lokalitu, vymezují kapacitu služby, vybavení prostředí apod. Na základě tohoto dokumentu došlo k rozhodnutí, že všechna transformovaná zařízení musí opustit hlavní budovu zařízení. Celý dokument je k nahlédnutí u ředitelky DNR Svitavy.

Transformační tým DNR na základě výše uvedeného dokumentu zpracoval nový transformační plán. Byl sestaven časový harmonogram, podle kterého bude transformace realizována. V roce 2016 se realizuje příprava plánované transformace, vyjednává se s Pardubickým krajem její schválení. V roce 2017 by mělo dojít k částečnému opuštění hlavní

budovy, kdy bude přestěhován ekonomický úsek do budovy na ulici Purkyňova a dílny, které se nyní na této budově nachází, budou přestěhovány do pronajatých prostor bývalé pojišťovny a bude zaregistrována nová služba „Sociálně terapeutické dílny“, která bude poskytovat sociální služby i nové cílové skupině, lidé s psychiatrickým onemocněním. Ve stejném roce bude zahájena výstavba dvou nových domků. Oba domky budou splňovat veškeré požadavky zařízení, aby sem mohli být přestěhováni i klienti s nejvyšší mírou podpory. Jeden z domků bude postaven na ulici Sokolovské, kde budou dvě bytové jednotky, každá pro 6 klientů, dále tu bude zázemí vrchní sestry a zdravotních sester. Druhý domek bude postaven pro 12 klientů (2 domácnosti po 6) v Lačnově. Posledních 10 klientů zůstane v menší budově, která se teď nachází v areálu DNR, ale je zcela samostatná. Ve stejné budově zůstane ateliér pro aktivizační činnosti klientů a prádelna. Dokončení výstavby dvou domků je plánováno na konec roku 2018 a tím by mělo dojít k úplnému opuštění budovy a jejímu vrácení městu Svitavy. DNR Svitavy jako jediné zařízení v Pardubickém kraji opustí zcela stávající budovu. Veškeré úseky pak budou nazývány jako střediska, DNR Svitavy bude mít celkem 6 středisek a každé z nich bude mít svého vedoucího, který bude zajišťovat veškerý chod středisek. První středisko bude tvořit Domek TGM, kde bude pracovat 5 PSS a Domek na ulici Sokolovské, kde bude pracovat 10 PSS, 5 SZP a vedoucí zdravotnického úseku. Druhé středisko budou tvořit Domek HRA, kde bude pracovat 5 PSS a 2. oddělení „nad prádelnou“ s 8 PSS. Třetí středisko bude Domek na ulici Hlavní v Lačnově, kde bude 8 PSS. Čtvrté středisko bude Vila na ulici Nádražní s 8 PSS. Páté středisko bude tvořeno byty chráněného bydlení na ulici Marie Majerové, ulici Dimitrovova, Zahradní a ČSA, kde bude celkem 10 PSS. Poslední šesté středisko bude tvořena službou podpora samostatného bydlení a nově zřízenou službou, sociálně terapeutické dílny. Součástí bude také kavárna DNR. V dílnách bude pracovat 1 PSS na celý úvazek a 2 PSS na 0,5 úvazek. V PSB budou 2 PSS na 0,5 úvazek. Vedoucí pak bude mít 0,25 úvazek na PSB a 0,5 úvazek v sociálně terapeutických dílnách a 0,25 úvazek jako koordinátor IP na CHB.

Obrázek 5: Grafické znázornění plánovaného průběhu transformace DNR Svitavy



Průběh a výsledky transformace dalšího zařízení poskytující pobytové sociální služby v Pardubickém kraji

Pro srovnání s jiným zařízením jsem si vybrala Domov sociálních služeb Slatiňany (dále jen DSS), se kterým již dlouhá léta spolupracujeme. DSS Slatiňany byl vybrán jako jedno ze zařízení do tzv. nulté fáze procesu transformace. Transformační tým, stejně jako u ostatních zařízení, vypracoval transformační plán, který byl schválen Radou Pardubického kraje a MPSV. Jejich cílem bylo navrácení uživatelů do prostředí běžného života. Za způsob, jak toho dosáhnout, zvolili výstavbu nových domů a bytů. DSS Slatiňany předložil celkem dva projekty. V prvním projektu se jednalo o výstavbu 6 nových dvojdomků a 1 byt celkem pro 68 uživatelů a ve druhém projektu se jednalo také o výstavbu 6 nových dvojdomků a 1 bytu pro 76 uživatelů. Celá transformace se tedy týkala dohromady 144 uživatelů. Všech 12 dvojdomků bylo postaveno v okresech Pardubice a Chrudim, nejdále do 18 km od Slatiňan. Dva nové byty nebyly pronajaté, ale koupené. Vše bylo financováno Evropským sociálním fondem prostřednictvím integrovaného operačního programu, rozpočtem Pardubického kraje a Státním rozpočtem ČR.

Celá transformace tohoto zařízení byla dokončena v červnu 2015. Jednalo se o několikaletý proces, který změnil život 144 uživatelům. Slatiňany jsou tak prvním zařízením, poskytujícím pobytové sociální služby, které dokončilo celkovou transformaci zařízení. (DSS[online])

4.5 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo popsat průběh a výsledky realizovaných fází transformace služby DOZP v DNR Svitavy a porovnat je s výsledky transformace dalšího zařízení tohoto typu. Za použití techniky studia dokumentace (Transformační plán DNR) byl popsán průběh a výsledky transformace daného zařízení a následně srovnáno s dalšími dvěma zařízeními tohoto typu. V rámci transformace v DNR Svitavy byly během dvou fází pronajaté dva domky. Jeden domek přímo naproti hlavní budově, kde je jedna domácnost pro 10 klientů a druhý domek, vzdálený přes půl města Svitavy, kde je jedna domácnost pro 6 klientů. Dohromady tedy bylo přestěhováno 16 klientů a díky tomu došlo také k humanizaci stávajícího prostředí DNR. Byly odbourány čtyřlůžkové pokoje, byla opuštěna jedna z menších budov, kde se nacházelo 2. oddělení za kaplí, toto oddělení bylo zrušeno a zůstalo pouze 2. oddělení nad prádelnou.

Ve srovnání s transformací DSS Slatiňany, není DNR Svitavy zdaleka u konce. DSS Slatiňany byl zapojen do prvotního projektu, od kterého se odvíjel projekt, kterého se DNR účastní. Transformace ve Slatiňanech již byla dokončena, byly postaveny nové domky a koupeny byty. Uživatelé tohoto zařízení byli přestěhováni i do lokality vzdálené až 18 km od hlavní budovy zařízení. Transformace v DNR Svitavy však probíhá odlišně, domky byly pouze pronajaté, což je pro transformaci nevýhodou, protože se nemohla stanovit kritéria, jako ve Slatiňanech, která musí být při výstavbě domků splněna, aby se tam mohli nastěhovat klienti s jakoukoli mírou podpory. V pronajatých domcích se pracuje s prostory, které jsou dané a nějaké velké stavební úpravy jsou nemožné. Znamená to tedy, že vybavení a pak i klienti samotní se musí podřídit prostoru. Již nyní jsou viditelné problémy, jako je nedostatečná šířka dveří pro vozíky, špatné otevírání dveří, nedostatečný prostor v koupelnách i WC apod. Při výstavbě nových domků se všechny kritéria, která musí domky mít, dohodnou dopředu, a domky jsou pak postaveny klientům tzv. na míru. Slatiňany dostali na tento projekt veškeré finance, které potřebovali, jak na výstavbu domů, zakoupení bytů, vybavení, ale i na dostatek personálu. Při transformaci DNR Svitavy musí jít veškeré schválení financí přes zřizovatele (Pardubický kraj), ne vždy schválí to, co zařízení žádá. Na

rozdíl od Slatiňan není ještě transformace DNR Svitavy zdaleka u konce. Ukončení transformace se plánuje do konce roku 2019.

Konkrétní cíle výzkumného šetření byly zaměřeny na tyto oblasti:

Cíl č. 1: Porovnat život klientů v jednotlivých domcích.

Tento cíl byl zjišťován metodou pozorování. U Domku TGM probíhalo pozorování od října 2014 do února 2016, na Domku HRA pak od listopadu 2015 do února 2016. Každý z domků má své výhody i nevýhody, záleží však na tom, zda se to bere z pohledu transformace, nebo z pohledu samotného zařízení a zaměstnanců.

Bezbariérové prostředí

V našem zařízení jsou klienti vyšší věkové skupiny (průměrný věk 65 let), dochází ke zhoršování jejich zdravotního stavu, což vede i ke zhoršení mobility klientů. Každý z domků, který se v období transformace pronajme či postaví, by měl mít bezbariérové prostředí. Což Domek HRA nemá a právě to byl důvod, proč musela být jedna z klientek přestěhována zpět na hlavní budovu a transformace u ní byla neúspěšná.

Podávání léků

Ve službě DOZP by dle zákona měly léky podávat zdravotní sestry. Na žádném domku však zdravotní sestry nejsou, pouze pracovníce v sociálních službách (dále jen PSS). V tomto případě je tedy velká výhoda Domku TGM, který je přes silnici naproti hlavní budově a zdravotní sestry sem třikrát denně dochází, aby rozdaly léky. Na Domku Hra se to muselo vyřešit tak, že každé ráno musí zdravotní sestry jet služebním autem (popřípadě je musí někdo zavést) na domek a léky připravit na celý den do lékovek. Klienti si pak berou léky s PSS.

Stravování

V pracovních dnech klienti z domku odebírají obědy z centrální jídelny DNR. Klienti z Domku TGM si na oběd dochází v doprovodu pracovníce do centrální jídelny. Na Domek Hra musí být obědy dováženy pracovním autem v jídlonosičích. O víkendech si oba domky obědy vaří.

Návštěva lékařů na DNR

Klienti z Domku TGM dojdou v doprovodu pracovníce do ordinace vrchní sestry, kam dochází pravidelně lékaři (zubař, psychiatr, praktický lékař, kožař). Klienti z Domku HRA musí být dovezeni služebním autem a poté zase odvezeni zpět na domek. Tuto fakultativní

služby si klienti musí hradit z vlastních peněz. Při návštěvě jiných lékařů, mimo DNR, klienty doprovází pracovníce na mechanickém vozíku, nebo opět služebním autem.

Výše jsou uvedené ty oblasti, ve kterých se jednotlivé domky odlišují. Ze všech těchto oblastí je viditelné, že velkou roli, v současné době, hraje vzdálenost domku od hlavní budovy. Pro Domek TGM je velkou výhodou, že je hlavní budova přes silnici a naopak pro Domek HRA je velkou nevýhodou jeho vzdálenost od hlavní budovy. V budoucnu však, kdy bude ekonomický úsek přestěhován do jiných prostor, hlavní budova bude opuštěna a všichni klienti i pracovníci budou přestěhováni do domků, budou mít všichni stejné podmínky.

Cíl č. 2: Zjistit, zda byla transformace u přestěhovaných klientů, z hlavní budovy do domků, úspěšná.

Tento cíl byl zjišťován pomocí případových studií. Bylo vybráno 6 klientů, u kterých byla zpracována případová studie. Klienti, u kterých byla případová studie zpracována, byli vybráni z toho důvodu, že transformace přinesla jejich životu viditelné změny. U třech klientek ukázala případová studie neúspěšnost při transformaci a klientky musely být přestěhovány zpět na hlavní budovu. V jednom případě sehrála roli bariérovosti prostředí, kdy se klientka nepřizpůsobila a musela být přestěhována zpět na oddělení, kde má k dispozici výtah. Ve dvou dalších případech to byl zdravotní stav, který zapříčinil jejich návrat na oddělení, na hlavní budovu. Další tři případové studie však ukázaly úspěšnost transformace u přestěhovaných klientů, u kterých je vidět výrazné zlepšení. U jedné z nich se jednalo především o oblast komunikace, kdy začala klientka více komunikovat a začala rozvíjet svoji slovní zásobu, komunikuje v celých větách a oslovuje i osoby, které jsou pro ni neznámé. U další došlo ke zlepšení v oblasti hrubé a jemné motoriky, kdy klientka začala být samostatná a naučila se chodit po schodech nahoru i dolů, což na oddělení nezvládala bez pomoci pracovníce. Z pozorování i vyplynulo, že statní klienti, kteří na domcích žijí, jsou spokojeni. Chválí si nové prostředí, mají větší možnost se zapojovat do všech činností spojených s chodem domácnosti a jsou v mnoha směrech více samostatní.

Cíl č. 3: Přiblížit další plánované etapy transformace tohoto zařízení.

Pomocí techniky studia dokumentace (Transformační plán) byl přiblížen budoucí plán pro transformaci DNR Svitavy. Začátkem roku 2017 přesunout dílny na ulici Purkyňova do nových pronajatých prostor a zaregistrovat tak novou sociální službu Sociálně terapeutické dílny. Následně přestěhovat, ve stejném roce na jaře, administrativu na ulici Purkyňova. V roce 2017 zahájit výstavbu dvou nových domků, na ulici Sokolovská a v Lačnově, dále přestěhovat celou údržbu na vilu, na ulici Nádražní. Na přelom roku 2018 a 2019 se plánuje dostavění nových domků, následné přestěhování všech klientů a pracovníků, čímž dojde k hlavnímu cíli celé transformace DNR Svitavy, a to je opuštění stávající budovy. Tato budova, s dvorem i zahradou, případně městu Svitavy.

Tato diplomová práce ukazuje průběh transformace daného zařízení v praxi. Účelem celé transformace je opuštění hlavní budovy a vytvoření komunitního bydlení pro klienty zařízení. Z těchto fází, které již byly, v rámci zařízení, realizovány, si zařízení může vzít ponaučení při realizaci nově plánovaných fází. Ať už v lokalitě, umístění nových domků, vybavenosti, personálním obsazení, apod. Zařízení mohou mezi sebou spolupracovat a vzájemně si předávat rady a zkušenosti z praxe. Nejdůležitější je však interní spolupráce zaměstnanců v zařízení. Pravidelně by se měly konat transformační schůzky a to nejen transformačního týmu, ale všech zaměstnanců i klientů, aby byli všichni informováni o tom, co se plánuje a jaký bude postup realizace těchto plánů. Pokud by byla nízká informovanost, může docházet k neshodám mezi zaměstnanci. Neinformovanost může také způsobit obavy o své pracovní místo, což může vést k celkovému rozpadu celého pracovního týmu. Zařízení by mělo zvážit každý svůj krok a nedělat unáhlená rozhodnutí.

Závěr

Diplomová práce informuje o průběhu a výsledcích procesu transformace služby DOZP v Domově na rozcestí ve Svitavách. Srovnává dva pronajaté domky, zjišťuje úspěšnost transformace u přestěhovaných klientů a přibližuje plánované etapy transformace v budoucnu. Srovnává transformaci tohoto zařízení s dalšími zařízeními tohoto typu.

První kapitola podává základní informace o lidech se zdravotním postižením, vymezuje zdravotní postižení, konkrétně pak osoby s mentálním a kombinovaným postižením, s jejich zvláštnostmi. Stručně popisuje vliv ústavní péče na osobnost jedince s postižením a možnosti sociální integrace u těchto osob.

Ve druhé kapitole jsou vymezeny sociální služby, které jsou zakotveny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zmiňuje důležitá pravidla, která jsou součástí Standardů kvality sociálních služeb, jak probíhá individuální plánování a charakterizuje sociální službu Domov pro osoby se zdravotním postižením.

Třetí kapitola popisuje proces transformace, jeho charakteristiku, jaká jsou kritéria tohoto procesu a jeho průběh. Zmiňuje i možné překážky transformace a konkrétně pak popisuje projekt, realizovaný v rámci Pardubického kraje.

Čtvrtá kapitola prezentuje samotné výzkumné šetření, kde bylo hlavním cílem popsat průběh a výsledky transformace služby DOZP v DNR Svitavy, ve srovnání s dalšími zařízeními tohoto typu. Konkrétní cíle se pak zaměřily na porovnání jednotlivých pronajatých domků, jejich výhody a nevýhody. Dále na zjištění úspěšnosti transformace u přestěhovaných klientů a na přiblížení plánovaných etap transformace do budoucna. K výzkumnému šetření byly použity metody kvalitativní a to studium dokumentace, pozorování a případové studie.

Tato diplomová práce může sloužit především jako zhodnocení realizovaných fází transformace pro samotné zařízení. Na základě výsledků, prezentovaných v praktické části, si zařízení může dát pozor na určité nedostatky, které se v pronajatých domcích vyskytly. Může se inspirovat jiným zařízením, které transformací také prochází, nebo i přijít na to, jak by to vypadat nemělo. Pro zařízení je dobré vědět i to, že pokud se uživatelé různých zařízení stěhují do okolních měst a vesnic, mohou se setkat s negativním postojem občanů, což se v případě transformace DNR Svitavy, zatím, nestalo, protože veškeré domky a byty se snažíme hledat přímo ve Svitavách nebo v některé z jejich okrajových částí.

Na celkovém výzkumném šetření je až překvapující, jak velký pokrok klienti, po přestěhování z hlavní budovy na domky, během zkoumaného období udělali. Nejen, že transformační proces přispívá k rozvoji jejich samostatnosti a to nejen v péči o vlastní osobu,

kde již často potřebují jen slovní podporu pracovníka místo dopomoci, ale především v činnostech spojených s chodem domácnosti. Klienti mají možnost zapojovat se do přípravy jídel, sestavovat si společně s personálem jídelníček na celý týden, chodit na nákupy, prát si své osobní prádlo, podílet se na úklidu společných prostor, ale především si udržovat pořádek ve svých pokojích. Po přestěhování klienti získali větší soukromí, mají větší možnost volby a rozvíjení sebe sama. Je vidět, že transformace proběhla ke spokojenosti všech přestěhovaných klientů, u kterých proběhla samozřejmě úspěšně.

Dovolím si na závěr říct, že transformace, která nyní probíhá ve vybraných zařízeních poskytující pobytové sociální služby v mnoha krajích na území České republiky, bude i nadále velkým přínosem při osamostatňování klientů a jejich začlenění do společnosti.

Seznam užitých zkratek

apod. – a podobně

CNS – centrální nervová soustava

DNR – Domov na rozcestí

DNZ – Domov na zámku

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

DSS – Domov sociálních služeb

IP – individuální plánování

IQ – inteligenční kvocient

LMR – lehká mentální retardace

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MR – mentální retardace

PSS – pracovník v sociálních službách

př. – příklad

resp. – respektive

STMR – středně těžká mentální retardace

TMR – těžká mentální retardace

WHO – Světová zdravotnická organizace

Seznam grafických příloh

Tabulka 1 – Klasifikace dle stupně MR

Obrázek 1 – Původní budova ústavu s kaplí

Obrázek 2 – Současná budova Domova na rozcestí Svitavy

Obrázek 3 – Domek TGM

Obrázek 4 – Domek HRA

Obrázek 5 – Grafické znázornění plánovaného průběhu transformace DNR Svitavy

Seznam použité literatury a zdrojů

- BARTOŇOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.; PIPEKOVÁ, J.: *Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 150 s. ISBN 978-80-7315-144-7
- BLAŽEK, B.; OLMROVÁ, J. *Krása a bolest: úloha tvořivosti, umění a hry v životě trpících a postižených*. Praha: Panorama, 1985. 413 s.
- BEIRNE-SMITH, M.: *Mental retardation: an introduction to intellectual disabilities*. N. J.: Pearson Prentice Hall, c2006. 543 pp. ISBN 0-13-118189-0
- DLOUHÁ, Jana a kol. *Úvod do psychopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 94 s. ISBN 978-80-7435-122-8
- FISHER, S.; ŠKODA, J.: *Speciální pedagogika*. Praha: Triton, 2008. 206 s. ISBN 978-80-7387-014-0
- HURTOVÁ, M.; BAZALOVÁ, B.: *Zavádění standardů kvality sociálních služeb v Domově sociálních služeb Slatiňany*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2009. Bakalářská práce
- HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2005. 408 s. ISBN 978-80-7367-485-4
- JENŠÍ, Jana kol. *Metodika výchovné práce v ústavech sociální péče*. Praha: MPSV, 1981. 344 s.
- JOHNOVÁ, M. (ed.). *Standardy kvality sociálních služeb*. Praha: MPSV, 2003. s. ISBN 80-86552-98-5
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Tábor, 2011. 272 s. ISBN 978-80-904668-1-4
- KOSTEČKA, J.; JABURKOVÁ, M.: *Podpora pracovníků transformujících se zařízení*. Praha: Fakulta humanitních studií Karlovy univerzity, 2009. Diplomová práce
- KOZLOVÁ, L. *Sociální služby*. Praha: Triton, 2005. 80 s. ISBN 80-7254-662-7
- KRUTILOVÁ, D.; ČÁMSKÝ, P.; SEMBDNER, J. *Sociální služby*. Praha, 2008. 223 s. ISBN 978-80-254-3427-7
- KUDRNÁČOVÁ, J.; VÍTKOVÁ, M.: *Role zařízení sociálních služeb v životě osob s mentálním postižením*. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2010. Diplomová práce
- LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. 1.vyd. Olomouc, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7
- MAREK, J. a kol.: *Sociální služby na rozcestí*. Praha, 2013. 296 s. ISBN 978-80-905248-3-5
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 1.vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s.

ISBN 80-7178-549-0

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s.

ISBN 80-85850-76-1

MATOUŠEK, Oldřicha kol. *Sociální služby*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. 2. vyd. Praha: Portál, 2011. 200 s. ISBN 978-80-2620-041-3

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3

MICHALÍK, Jan. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Olomouc: VCIZP – sekce vzdělávání, 2008. 219 s. ISBN 80-903658-1-7

MÜHLPACHR, P.: *Speciální pedagogika v interdisciplinárních a multidisciplinárních souvislostech*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. 71 s. ISBN 978-80-210-4762-4

NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMNACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB: *Jak na to: příklady dobré praxe v deinstitucionalizace*. Praha: MPSV, 2013. 75 s. ISBN 978-80-7421-045-7

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. 1.vyd.Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-509-7

OLECKÁ, I.; IVANOVÁ, K.: *Metodologie vědecko-výzkumné činnosti*. Olomouc: Moravská vysoká škola Olomouc, 2010. 44 s. ISBN 978-80-87240-33-5

PIPEKOVÁ, Jarmila (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0

PŘINOSILOVÁ, D.: *Diagnostika ve speciální pedagogice – Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-7

RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. (ed.). *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc, 2005. 313 s. ISBN 80-244-1073-7

SOVÁK, M.: *Nárys speciální pedagogiky*. 6.vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 230 s.

SOUČKOVÁ, L.; ŠTĚPÁNKOVÁ, L.: *Transformace ústavů sociální péče pro občany s mentálním postižením*. Zlín: Fakulta humanitních studií Tomáše Bati, 2010. Diplomová práce

STRAKOVÁ, M.; ČERMÁKOVÁ, K.: *Standardy kvality sociálních služeb – příručka pro uživatele*. Praha: MPSV, 2008.

ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7

- ŠVARŤÍČEK, R.; ŠEĎOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1.vyd. Praha: Portál, 2007. 340 s. ISBN 978-80-7367-313-0
- ŠVEJCAROVÁ, S.: *Role aktivizačního pracovníka v Domově pro osoby se zdravotním postižením*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta, 2014. Bakalářská práce
- TITZL, Boris. *Postižený člověk ve společnosti- hledání počátků*. Praha: Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 1998. 120 s. ISBN 86039-30-7
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3.vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2012. 816 s. ISBN 978-80-262-069-65
- VALENTA, M.; MICHALÍK, J.; LEČBYCH, M. a kol.: *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1
- VALENTA, M.; MÜLLER, O.: *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. 3. uprav. a dop. vydání. Praha: PARTA, 2007. 392 s. ISBN 978-80-7320-099-2
- VAŠEK, Š. a kol.: *Speciální pedagogika. Terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelství, 1995. 245 s. ISBN 80-02-00864-4
- VÁVROVÁ, S. (ed.): *Kontext transformace pobytových služeb*. Zlín: Fakulta humanitních studií Tomáše Bati, 2009. 6 - 21 s. ISBN 978-80-7318-869-6

Internetové zdroje

- Domov bez zámku: Historie Domova bez zámku. Náměšť nad Oslavou, 2010. [cit. 2.11.2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.domovbezzamku.cz/historie/>>
- DSS: Transformace DSS Slatiňany [online]. Slatiňany: DSS, 2011. [cit. 17.2.2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.dss.cz/31-transformace-dss-slatinany/>>
- INSTAND: Institut pro podporu vzdělávání a rozvoj kvality ve veřejných službách. Instand, z. ú., Praha: 2015. [cit. 15.11.2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.instand.cz/cz/podpora-transformace-pobytovyh-socialnich-sluzeb-v-pardubickem-kraji.html>>
- KOŘÍNKOVÁ, D.: Překážky transformace ústavní péče. Praha: Quip, 2008. [cit. 23.10.2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/004/000600.pdf>>

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených problémů MKN-10. [online] [cit. 6.9.2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

MPSV: Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. Praha: MPSV ČR. [cit.10.10.2015]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>

MPSV: Podpora transformace sociálních služeb [online]. Praha: MPSV ČR, 2010. [cit.15.10.2015]. Dostupné na WWW: <<http://mpsv.cz/cs/7058/>>

MPSV: Sociální služby [online]. Praha: MPSV, 2007. [cit.9.9.2015]. Dostupné na WWW:<<http://www.mpsv.cz/cs/9>>

MPSV: Usnesení vlády ČR o Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti [online]. Praha: Vláda ČR, 2007. [cit. 8.10.2015]. Dostupné na WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3859/usneseni_vlady.pdf>

MPSV. Standardy kvality sociálních služeb [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2008. [cit. 30.9.2015]. Dostupné na WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/5963>>

Dokumenty

Transformační tým DNR: *Transformační plán*. Svitavy, 2015. 163 s.

Integrovaný regionální operační program: *Specifická pravidla pro žadatele a příjemce – Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace*. 2015. 32 s.

Pardubický kraj: *Strategie transformace příspěvkových organizací Pardubického kraje v oblasti sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením a duševním onemocněním*. 2015. 47 s.

Přílohy diplomové práce

Příloha 1: Obrazové ukázky vnitřních prostor Domku TGM



Obrázek 1: Obývací pokoj



Obrázek 2: Kuchyň s jídelnou



Obrázek 3: Jeden z pokojů



Obrázek 4: Vana v koupelně v přízemí

Příloha 2: Obrazové ukázky vnitřních prostor Domku HRA



Obrázek 1: Kuchyň s jídelnou



Obrázek 2: Obývací pokoj



Obrázek 3: Jeden z pokojů



Obrázek 4: Koupelna v patře