

UNIVERZITA PALACKÉHO
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Odlehčovací služby

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

Doc. PhDr. Olga Krejčířová, Ph.D.

Vypracovala:

Bc. Jana Kubaláková

Olomouc 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně a použila jen literaturu a prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne 4. 4. 2011

.....

vlastnoruční podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala všem, kteří mi umožnili vypracovat tuto diplomovou práci. Děkuji vedoucí mé diplomové práce Doc. PhDr. Olze Krejčířové, Ph.D za cenné rady, připomínky a čas, který mi při zpracování této práce věnovala. Děkuji za pomoc a čas, který mi věnovali rodinní pečující a pracovníci odlehčovacích služeb občanského sdružení Rodinná pohoda ve Vyškově, kde probíhalo výzkumné šetření.

OBSAH

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD | 6 |
| TEORETICKÁ ČÁST | 8 |
| <i>1 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE</i> | 8 |
| 1.1 Historie sociálních služeb | 8 |
| 1.2 Role sociálních služeb v systému sociální ochrany | 10 |
| 1.3 Dokumenty týkající se sociální ochrany v rámci Evropské unie | 12 |
| 1.4 Základní druhy a formy poskytování sociálních služeb | 13 |
| 1.5 Jednotlivé druhy sociálních služeb, jejich popis | 15 |
| 1.6 Registrace a inspekce sociálních služeb | 21 |
| 1.7 Standardy kvality sociálních služeb a jejich význam | 21 |
| 1.8 Financování sociálních služeb | 23 |
| 1.9 Komunitní plánování | 24 |
| <i>2 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY – RESPITNÍ PÉČE</i> | 25 |
| 2.1 Vysvětlení pojmu odlehčovací služby a jejich forem | 25 |
| 2.2 Uživatelé odlehčovací služby a příspěvek na péči | 27 |
| 2.3 Poskytovatelé odlehčovací služby | 28 |
| 2.4 Pracovníci odlehčovací služby | 29 |
| 2.4.1 Sociální pracovník | 29 |
| 2.4.2 Pracovníci v sociálních službách | 30 |
| 2.4.3 Ostatní pracovníci | 31 |
| 2.5 Základní činnosti a úkony při poskytování sociální služby | 32 |
| 2.6 Úhrada nákladů za sociální službu | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 3 RODINNÁ POHODA, O. S. | 35 |
| 3.1 Historie vzniku, poslání a cíl organizace | 35 |
| 3.2 Nejčastější druhy postižení u našich klientů | 36 |
| 3.2.1 Osoby s mentálním postižením a autismem | 37 |
| 3.2.2 Osoby s tělesným postižením a kombinace vad a poruch | 38 |
| 3.2.3 Osoby s demencí | 40 |
| 3.3 Druhy poskytovaných služeb v rámci sdružení | 42 |
| 3.4 Fakultativní činnosti | 46 |
| | |
| PRAKTICKÁ ČÁST | 47 |
| | |
| 4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ | 47 |
| 4.1 Teoretická východiska výzkumu | 47 |
| 4.2 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz | 48 |
| 4.3 Metodika výzkumu | 49 |
| 4.4 Charakteristika zkoumaného souboru a rozbor ankety výzkumného šetření | 50 |
| 4.5 Vyhodnocení hypotéz | 55 |
| 4.6 Závěr výzkumu | 56 |
| | |
| ZÁVĚR | 58 |
| | |
| Seznam odborné a použité literatury | 60 |
| | |
| Seznam jiných zdrojů | 62 |
| | |
| Seznam příloh | 63 |

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá problematikou poskytování odlehčovací služby, která je součástí systému sociálních služeb v České republice. Poskytování sociálních služeb je v dnešní době důležitou otázkou všech rodin. Mně je tato problematika velice blízká, protože se stala mojí profesní záležitostí. Nejvíce zkušeností mám z poskytování odlehčovacích služeb, proto má práce bude této službě věnována.

Teoretická část diplomové práce obsahuje 3 kapitoly. V první vysvětlím systém sociálních služeb poskytovaných v České republice. Zmiňuji zde jak historické pojetí, tak současnou situaci sociálního systému nejen u nás, ale i v zahraničí. Pro doplnění představím veškeré sociální služby poskytované. Zajímavá je i otázka financování sociálních služeb společně s úhradou nákladů za poskytnutou službu. Po seznámení se zákonem o sociálních službách v druhé kapitole rozeberu podrobněji sociální službu poskytovanou dle zákona č. 108/2006, o sociálních službách, § 44 odlehčovací služby. Představím způsoby poskytování odlehčovací služby, formy poskytování odlehčovací služby, uvedu příklady poskytovatelů, uživatelů a pracovníků odlehčovací služby. Zajímavé je také rozložení registrovaných odlehčovacích služeb po celé České republice. Vyhláška č.505/2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách upravuje základní činnosti a úkony při poskytování této sociální služby.

Ve třetí kapitole konkrétně rozeberu činnost občanského sdružení Rodinná pohoda, které nabízí odlehčovací služby terénní po celém Jihomoravském kraji od roku 2005.

Praktická část zahrnuje výzkum potřeb uživatelů odlehčovací služby na území Jihomoravského kraje, která je poskytována občanským sdružením Rodinná pohoda. Cílem diplomové práce je objasnit význam odlehčovací služby v naší republice a napomoci poskytovatelům sociálních služeb zjištěnými údaji ke zkvalitnění této služby. Ve výzkumném šetření jsem si dala za úkol zjistit u uživatelů služeb jaká je jejich spokojenost s poskytovanými službami, jaké jsou jejich potřeby a jaká je u nich ochota za tyto služby zaplatit. Dotazníkové

šetření jsem na závěr doplnila statistikou poskytování odlehčovací služby terénní za období 2009, 2010 vypracovanou v organizaci Rodinná pohoda, o. s. (příloha č. 6)

Byla bych ráda, kdyby tato práce byly přínosem nejen studentům speciální pedagogiky, či sociální pedagogiky, ale také všem, kteří tyto informace mohou použít jako zpětnou vazbu při poskytování sociálních služeb.

TEORETICKÁ ČÁST

1 SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE

1.1 Historie sociálních služeb

Doposud došlo v sociálním systému k mnohým změnám. Zůstává však fakt, že tyto služby byly a stále jsou situovány pro pomoc potřebným. Pokud si přiblížíme historii vzniku sociálních služeb, potvrdí se nám teorie izolace problémových lidí od normálních lidí, postupně se upravující k integraci až inkluzi těchto jedinců do společnosti.

„Služby byly a stále jsou motivovány snahou pomoci chudým, případně jinak sociálně slabým, a současně se do nich promítá zájem osob (nebo skupin) disponujících mocí na udržování společenské rovnováhy.“ (O. Matoušek a kol., 2007, s. 17).

První sociální služby se objevily v raném středověku po přijetí křesťanství. Církev byla institucí zabezpečující chudé. Vznikaly řády orientované na tuto sociální pomoc, první řád a nejvýznamnější byl řád sv. Františka, který vznikl ve 13. století.

„Kláštery spolu s farnostmi tak představovaly v podstatě první „instituce“, které plánovitě a více či méně organizovaně poskytovaly dlouhodobou pomoc chudým, nejvíce právě prostřednictvím služeb věcného charakteru (strava, nocleh, případně ošacení).“

(O. Matoušek a kol., 2007, s. 18)

Ve středověku se ze strany státu docházelo k sociálnímu vyloučení lidí, kteří se vymykali tzv. normálnímu obyvatelstvu.

„Ještě v renesanční době bylo např. běžné vsazovat tuláky, chudé, blázny na lodi, které pluly od města k městu jako jakési pohyblivé ústavy, nebo je v rámci veřejných zábavných akcí vymrskávat z města. Cikáni byli vystěhováni do vzdálených kolonií, vsazováni na galeje nebo využíváni k nuceným pracím...“ (O. Matoušek a kol., 2007, s. 19)

První chudinské zákony byly vydány v 16. a 17. století anglickou královnou Alžbětou I., poskytování sociálních služeb se začalo byrokratizovat. Služby byly převážně ústavního charakteru, vznikaly všeobecné špitály, v 18. a 19. století vznikaly sirotčince pro opuštěné děti, blázince pro duševně nemocné lidi, starobince pro staré lidi, aj. Předvojem nynějšího sociálního zákona byl v 19. století zákon o domovském právu a chudinský zákon.

„V Rakousko – Uhersku se prováděcími zákony k výše citovanému obecnímu zákonu staly zákon č. 105/1883 ř.z., o domovském právu, a chudinský zákon č. 59/1868 čes. z. z. Tyto právní předpisy později recipoval právní řád Československé republiky zákonem č. 11/1918 Sb.

Zákon o domovském právu stanovil obsah práva domovského jako právo na pobyt v obci a nárok na zaopatření chudinské. Právo domovské v tuzemské obci příslušelo každému státnímu občanu československému, ovšem pouze v jedné obci (Weyr, 1924).“(O. Matoušek a kol., 2007, s. 21)

Na přelomu 19. a 20. století se snažila církev vytvářet organizace zaměřené na práci s mládeží – Salesiánská kongregace, Skaut, které jsou funkční dodnes. Byly jedním z pokusů o vytvoření preventivních sociálních služeb.

Po vzniku Československa došlo k rozmachu dobrovolné sociální péče, mezi nejvýznamnější dobrovolný spolek působící v tomto období patřila např.: Společnost Československého červeného kříže. Dále vznikala poradenská zařízení – poradny pro volbu povolání, pro duševní zdraví, městské sociální poradny, poradny pro matky s dětmi aj.

V druhé polovině 19. století vznikaly stacionáře, komunitní centra. Rozvíjely se terénní služby, klienti byli kontaktováni v jejich prostředí. Začaly se vypracovávat preventivní a terapeutické programy zaměřené převážně na ohrožené skupiny např. děti z nefunkčních rodin, děti postižené syndromem CAN, oběti trestných činů aj. Někteří klienti byli podporováni

chráněným či podporovaným bydlením, chráněným či podporovaným zaměstnáváním. Objevily se první formy osobní asistence, rozvíjely se svépomocné skupiny a centra.

V padesátých letech byl vytvořen jednotný systém sociálního zabezpečení. Ve starém systému sociální péče existovala dávka sociálního zabezpečení – tzv. příspěvek při péči o osobu blízkou nebo jinou osobu. V devadesátých letech začaly vznikat nestátní organizace jako občanská sdružení nebo obecně prospěšné společnosti. Daná situace přinášela mnoho problémů, proto v roce 2006 byl přijat nový zákon o sociálních službách, který spolu s dalšími právními předpisy přinesl očekávanou změnu systému sociální péče.

„Cílem reformy sociálních služeb je vytvoření a postupné zavedení takového systému sociálních služeb, který bude respektovat důstojnost uživatelů a podporovat jejich nezávislost, zvýší společenskou a ekonomickou spoluúčasť uživatelů, a to zejména upřednostněním individuálních potřeb oprávněného jedince“ (L. Kozlová, 2005, s. 50)

1.2 Role sociálních služeb v systému sociální ochrany

System sociální ochrany se skládá ze tří, vzájemně se doplňujících subsystémů. První z nich, označovaný jako **sociální pojištění**, představuje odložení části spotřeby na budoucí sociální situace a jeho cílem je zachovat v přiměřeném rozsahu, popř. po stanovenou dobu, dosažený standard životní úrovně, a to pomocí dávek nahrazujících příjem. Druhý, **státní sociální podpora**, posiluje příjmy v dohodnutých sociálních situacích a při udržení motivace k ekonomické aktivitě zabraňuje propadu velkých skupin obyvatel do chudoby. Nově koncipovaný třetí subsystém, **sociální pomoc**, slouží občanům, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci. Cílem sociální pomoci je kompenzování sociálních důsledků a odstraňování bariér vyplývajících ze společenského znevýhodnění v důsledku konkrétní sociální události, vyrovnání příležitostí občanů k rovnoprávné účasti na ekonomické aktivitě a společenském životě, zmírnění nebo odstranění dočasně nepříznivé sociální situace způsobené osobnostní či vztahovou krizí, případně způsobem života, a zabezpečení základních životních potřeb občanů, kteří se ocitli v

hmotné nouzi. Sociální pomoc umožňuje tyto situace řešit a napomáhá tak kvalitnějšímu způsobu života jednotlivců, skupin a společností. Sociální pomoc se realizuje prostřednictvím poskytování dávek anebo sociálních služeb fyzickým osobám, případně skupinám osob v nepříznivé sociální situaci. Platná právní úprava umožňuje poskytovat osobám, které si nejsou schopny zabezpečit své základní životní potřeby (zpravidla z důvodu věku či zdravotního postižení) některé typy služeb (zejména ústavní péči nebo pečovatelskou službu); významná část zejména moderních typů a forem sociálních služeb, vhodněji reagujících na změny v poptávce, však není v právním řádu vůbec definována. To zásadně brání žádoucímu rozvoji sociálních služeb a negarantuje občanům jako uživatelům, že tyto služby jsou poskytovány ve standardní kvalitě, případně že jsou vůbec dostupné.

Základními **prvky sociálních služeb** se rozumí specifické činnosti, které fyzická osoba z důvodu existující nepříznivé sociální situace není schopna vykonávat vlastními silami nebo bez cizí podpory, nebo podmínky k těmto činnostem, které jsou pro ni v dané situaci nedostupné. Těmito základními prvky sociálních služeb se rozumí ubytování, hygiena, stravování, pomoc při sebeobsluze, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, poskytnutí informace, pomoc při prosazování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační služby a psychoterapie.

Komplexy sociálních služeb jsou definovány prostřednictvím cílů, kterých má být poskytováním služby dosaženo, prostřednictvím cílových skupin osob, kterým je služba určena, výčtem obligatorních a fakultativních základních prvků sociálních služeb, ze kterých se daný komplex skládá, způsobu, jakým je komplex poskytován, a vymezením časového trvání jeho poskytování. Konkrétní obsah poskytované služby je stanoven v individuálním plánu pomoci, který respektuje individuální potřeby uživatele, vychází z charakteru nepříznivé sociální situace uživatele a je s uživatelem dohodnut. Pokud řešení nepříznivé sociální situace uživatele nevyžaduje poskytování všech základních obligatorních prvků a pokud s tím uživatel souhlasí, nemusí individuální plán pomoci obsahovat všechny obligatorní základní prvky, které jsou

uvedené v dané definici komplexu sociální služby. Individuální plán pomoci se může v průběhu poskytování služby změnit s ohledem na nastalou změnu potřeb uživatele.

1.3 Dokumenty týkající se sociální ochrany v rámci Evropské unie

V rámci Evropské unie byla schválena celá řada významných dokumentů, které jednak přispívají ke koordinaci systémů sociální ochrany jednotlivce (např. Evropská úmluva o sociálním zabezpečení, Evropská sociální charta), nebo které stanovují minimální standardy sociální ochrany (např. Evropský zákoník sociálního zabezpečení a Protokol k němu). Evropská sociální charta Rady Evropy (1961) se odlišuje od ostatních mezinárodních dokumentů v tom, že vedle práva na sociální zabezpečení obsahuje také právo na sociální pomoc a využití služeb sociální péče (sociální pomoci). Vychází při tom z principu, že každý, kdo nemá dostatečné prostředky, má právo na sociální a zdravotní pomoc. Mezi základní závazky smluvních stran mimo jiné patří i snaha zajistit účinný výkon práv tělesně nebo duševně postižených osob na odbornou přípravu k výkonu povolání, rehabilitaci a na profesní a sociální re-adaptaci (čl. 15).

Na tento dokument navazuje „Revidovaná sociální charta Rady Evropy“ (1996), která obsahuje všechna práva obsažená v původní chartě a práva nová. V současné době je RESCH vázáno 9 členskými státy Rady Evropy (Bulharsko, Kypr, Estonsko, Francie, Irsko, Itálie, Rumunsko, Slovinsko a Švédsko). V současné době se i v ČR jedná o její ratifikaci. Mezi nová ustanovení patří i čl. 15 odst. 3 – Právo na nezávislý život, kde se ochrana poskytovaná dosud těmto osobám, např. v oblasti profesní rehabilitace, rozšiřuje na nezávislý život a sociální integraci. Na základě tohoto článku musí státy rozvinout mnohosektorovou politiku pro osoby se zdravotním postižením založené na moderním pojetí rehabilitace, která realizuje práva těchto osob na ochranu prostřednictvím prostředků rehabilitace, tj. vedle zdravotní péče také poradenství, vzdělávání a profesní přípravy místo zajišťování institucionalizované sociální péče. Toto opatření zavazuje státy k přijímání pozitivních opatření ve vztahu k osobám se zdravotním postižením.

Nový přístup Evropského společenství je založen na principech respektování důstojnosti, nezávislosti a soukromí zdravotně postižených, tj. podpora koncepce samostatného života, přizpůsobení vzdělávacího a školicího systému zdravotně postiženým, zejména přijetí aktivnějších opatření v oblasti zaměstnanosti, která by podporovala přístup těchto osob k otevřenému a podporovanému zaměstnání, zavedení nové koncepce sociální podpory, která by vedla k jejich aktivní účasti na rehabilitaci co nejbližší jejich bydliště (Community Based Rehabilitation), zavedení individuálního přístupu v poskytování sociálních služeb, vybudovat příslušné informační systémy, zapojení nevládních organizací, odstraňování bariér, rozvíjení povědomí a šíření informací o prevenci před vznikem zdravotního postižení a po jeho vzniku o právu těchto osob na účast na životě společnosti.

Rada ES v roce 1999 jednala o stavu a vývoji v prosazování rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a schválila Rezoluci Rady 1999/C186/02. Téhož roku schválila Komise Rady řadu protidiskriminačních opatření, z nichž je možno uvést například Akční program pro potírání diskriminace, návrh ustavení roku 2003 jako Evropského roku zdravotně postižených a na organizování každoročního Evropského dne zdravotně postižených.

1.4 Základní druhy a formy poskytování sociálních služeb

Dle Matouška (2007) se projevuje částečné překrývání sociálních služeb širší kategorií veřejných služeb, které jsou poskytovány v zájmu veřejnosti. „Na rozdíl od služeb komerčních jsou financovány z veřejných rozpočtů, jsou podrobněji definovány legislativou než jiné služby a díky tomu jsou více závislé na politickém rozhodování státu, krajů a obcí. Sociální služby však může být poskytována i jako služba komerční, a to na základě obchodního kontraktu mezi poskytovatelem a uživatelem.“(O. Matoušek a kol., 2007, s. 9)

Poskytování sociální služby je důležité, protože bez jejího působení by velká část obyvatelstva byla sociálně vyloučena.

Dle Králové a Rážové (2009) je úkolem sociálních služeb napomáhat osobám řešit jejich nepříznivou sociální situaci, do které se dostaly z důvodu věku nebo nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných vážných důvodů.

Dle zákona o sociálních službách je možné sociální služby rozdělit podle jejich cíle a zaměření do 3 základních skupin:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence.

V celém systému sociálních služeb má **sociální poradenství** specifickou funkci. Velice výhodné pro uživatele služby je bezplatné poskytování sociálního poradenství. Dle zákona má každý nárok bezplatně se informovat na pomoc ve své nepříznivé, tíživé životní situaci a získat také informaci, jak těmto situacím předcházet.

Dle Králové, Rážové (2009) do **služeb sociální péče** se zahrnují takové druhy sociálních služeb, které napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Poskytují se jak v domácím prostředí osob, tak v zařízeních sociálních služeb. Cílem těchto služeb je umožnit osobám v co nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to jejich nepříznivá sociální situace vyžaduje.

Služby sociální prevence mají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, dále mají chránit tak společnost před vznikem a působením nežádoucích sociálních jevů. Tyto služby jsou zaměřeny na osoby, jejichž nepříznivá situace je způsobena krizovou sociální situací, životními návyky a způsobem života vedoucím ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícím prostředím a ohrožením práv a zájmů způsobeným trestnou činností jiné osoby.

Zákon obsahuje rovněž dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat, jsou to služby:

- pobytové
- ambulantní
- terénní.

1.5 Jednotlivé druhy sociálních služeb, jejich popis

„Zákon definuje jednotlivé druhy sociálních služeb stanovením účelu sociální služby, vymezením okruhu osob, pro který je sociální služba určena, a výčtem základních činností, kterými je určen obsah dané sociální služby. Prováděcí vyhláška k zákonu pak stanoví, jaké úkony v rámci základních činností se u daného druhu sociální služby poskytují.“ (J. Králová, E. Rážová, 2009, s. 71)

V příloze č. 1 pro zjednodušený náhled uvádím tabulku jednotlivých sociálních služeb, Tabulka č. 1: Výčet a zařazení jednotlivých druhů sociálních služeb. Nyní jednotlivé služby podrobněji vysvětlím. Přesně jsou stanovené zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb., § 37-§70.

Sociální poradenství může být poskytováno jako základní poradenství nebo odborné sociální poradenství, bezplatně. **Základní sociální poradenství** musí zajistit každý poskytovatel sociální služby, rozumí se jím poskytování potřebných informací o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo o možnostech jejího předcházení. **Odborné sociální poradenství** se zaměřuje na problematiku potřeb různých specifických sociálních skupin lidí např. manželské poradny, poradny pro osoby se zdravotním postižením, občanské poradny aj.

Osobní asistence je terénní služba poskytována osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba je poskytována v průběhu 24 hodin dle potřeb uživatele, většinou v jeho přirozeném domácím prostředí. V současné době se začala

využívat jako doprovod do školských zařízení, za různými aktivizačními činnostmi. „Zjednodušeně lze říci, že osobní asistence je kompenzace těch činností, které nemůže klient vykonávat sám a které jej omezují v životě, v uspokojování osobních potřeb, při vzdělávání nebo v zaměstnání, prostřednictvím osobního asistenta.“ (Kozlová, 2005, s. 27)

Pečovatelská služba je poskytována ambulantní či terénní formou, lidem se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Pečovatelskou službou jsou zajišťovány jednotlivé úkony v předem dohodnutém časovém úseku, převážně v domácnostech (sem se řadí i domy s pečovatelskou službou) a v zařízeních sociálních služeb (např.: centrum denních služeb). Dnes jsou tyto služby zajišťovány nejen příslušnou obcí, ale například i soukromými agenturami pečovatelské služby.

Tísňová péče je terénní služba, jedná se o nepřetržitou distanční hlasovou a elektronickou komunikaci s ohroženými osobami, hovoříme o ní v případě pomoci v důsledku náhlého zhoršení zdravotního stavu.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní či ambulantní služby, poskytují se osobám se zdravotním postižením a seniorům, které mají snížené schopnosti v oblasti komunikace nebo orientace. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Podpora samostatného bydlení – cílem této terénní služby je podpora osob, které žijí ve své vlastní domácnosti, ale potřebují pomoc, kontrolu jinou fyzickou osobou např. při zajištění chodu domácnosti, při podpoře při zvládnutí výchovy dětí v rodině. Většinou se brzy osamostatní, na rozdíl od **chráněného bydlení**, kde je třeba dlouhodobější pomoc, někdy až trvalá.

Odlehčovací služby jsou poskytovány formou ambulantní, terénní, pobytovou, jejím cílem je zabezpečit odpočinek pečujícím a postarat se v době jejich relaxace o chronicky nemocné, zdravotně postižené osoby. Služba je poskytována na určitou, přechodnou dobu.

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby zaměřené převážně na výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zabraňují sociální izolaci uživatelů služby. Podobná zařízení jsou **denní stacionáře**, kde uživatelé potřebují každodenní péči přes den, na noc přicházejí domů. **Týdenní stacionáře** zajišťují pobytové služby v pracovní dny, ve dnech pracovního klidu uživatelé služby zůstávají ve vlastním domácím prostředí.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením (jsou pro osoby se zdravotním postižením), **domovy pro seniory** (jejich cílovou skupinou jsou senioři), **domovy se zvláštním režimem** (pro osoby s chronickým duševním onemocněním, s různým typem demence, nejčastěji Alzheimerovou demencí) jsou pobytové služby, nahrazují uživatelům pobyt v jejich domácím prostředí, uživatelé potřebují každodenní celodenní péči.

Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče jsou určeny pro osoby, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a proto pokud jim není zajištěna další péče, nemohou být propuštěni ze zdravotnického zařízení.

Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.

Telefonická krizová pomoc je terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami.

Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. Tlumočnické služby zahrnují např. tlumočení pomocí znakového jazyka pro sluchově postižené, tlumočení pomocí Lormovy dotekové abecedy.

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení.

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby zpravidla pro osoby do věku 26 let, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy.

Krizová pomoc je terénní, ambulantní nebo pobytová služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami. Poskytnuté ubytování nepřesahuje 7 dní.

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Intervenční centra poskytují pomoc osobě ohrožené násilným chováním jiné osoby. je Na základě rozhodnutí o vykázaní ze společného obydlí nebo zákazu vstupu do něj vydaného podle zvláštního právního předpisu, je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc do 48 hodin od doručení opisu tohoto rozhodnutí. V tomto případě je součástí služby koordinace pomoci poskytované orgány veřejné správy a dalšími právníckými a fyzickými osobami osobě ohrožené útokem.

Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež- poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jevy. Cílem služby je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet

podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Služba může být poskytována osobám anonymně.

Noclehárny- poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí přenocování.

Služby následné péče jsou terénní služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi a sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením jsou poskytovány formou ambulantní nebo terénní. Rodinám s dětmi je poskytována v případě, kdy je ohrožen vývoj dítěte v důsledku dlouhodobé krizové sociální situaci a rodiče ji nedokáží sami bez pomoci překonat. Sociálně aktivizační služby se rovněž poskytují seniorům – lidem v důchodovém věku a osobám se zdravotním postižením, kde hrozí jejich sociální vyloučení. Tyto služby obsahují tyto základní činnosti:

- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie. Služba obsahuje tyto základní

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

Terénní programy jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně.

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. Služba poskytovaná formou terénních nebo ambulantních služeb obsahuje tyto základní činnosti:

- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služba poskytovaná formou pobytových služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb obsahuje vedle základních činností tyto základní činnosti:

- poskytnutí ubytování,
- poskytnutí stravy,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.

1.6 Registrace a inspekce sociálních služeb

Oprávnění k poskytování sociálních služeb vzniká na základě rozhodnutí o registraci. Na rozhodnutí o registraci je právní nárok. Pokud jsou splněny stanovené podmínky, musí být rozhodnutí o registraci vydáno. Věcně příslušným správním orgánem k vydání rozhodnutí je krajský úřad, jehož místní příslušnost se řídí u fyzické osoby trvalým pobytem, u právnické osoby podle jejího sídla.

Krajský úřad vede registr poskytovatelů sociálních služeb v listinné podobě a zpracovává ho v elektronické podobě, jeho správcem je Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Kontrolou poskytování sociálních služeb je inspekce, která je prováděna formou státní kontroly podle zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole.

„ Ministerstvo provádí inspekci u poskytovatelů sociálních služeb, vůči nimž kraj vykonává funkci zřizovatele nebo zakladatele. Krajským úřadem je prováděna inspekce u všech zbývajících poskytovatelů, t.j.u poskytovatelů zřízených nebo založených obcemi, u tzv. nestátních subjektů a u zařízení sociálních služeb zřizovaných ministerstvem.“ (J. Králová, E. Rážová, 2009, s. 162)

1.7 Standardy kvality sociálních služeb a jejich význam

Standardy kvality sociálních služeb ověřují při inspekci kvalitu poskytované sociální služby. Standardy kvality spolu s kritérii, která je naplňují, jsou dány ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Poskytovatel sociální služby je povinen mít zpracované zmíněné standardy, všichni zaměstnanci je musí znát a dodržovat. Podrobněji v příloze č. 5 Standardy kvality sociálních služeb

Jedná se o tyto standardy (č. 1 –15):

Č. 1- Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,

Č. 2 – Ochrana práv osob,

Č. 3 – Jednání se zájemcem o sociální službu

- Č. 4 – Smlouva o poskytování sociální služby
- Č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby
- Č. 6 – Dokumentace o poskytování sociální služby
- Č. 7 – Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby
- Č. 8 – Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
- Č. 9 – Personální a organizační zajištění sociální služby
- Č. 10 – Profesní rozvoj zaměstnanců,
- Č. 11 – Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby,
- Č. 12 – Informovanost o poskytované sociální službě
- Č. 13 – Prostředí a podmínky
- Č. 14 – Nouzové a havarijní situace
- Č. 15 – Zvyšování kvality sociální služby

Ve veřejných službách, ke kterým sociální služby neodmyslitelně patří, se kvalita odvíjí především od uspokojení potřeb a zájmů uživatelů, avšak důležitým kritériem jsou také zájmy zadavatelů služeb, což jsou ty subjekty, jež služby objednávají a platí z veřejných rozpočtů. Standardy kvality představují soubor kritérií, který by měl ovlivňovat schopnost služeb naplnit zájmy a potřeby obou uvedených skupin, tedy uživatelů i zadavatelů. Kritéria zadaná ve standardech kvality jsou měřitelná, což je důležité pro poskytovatele, jež zajímá kvalita vlastních služeb, ale i pro vnější hodnotitele služeb. Při porovnání kritérií se skutečností má hodnotitel možnost zjistit, co je u poskytovatele sociálních služeb v pořádku a co je třeba změnit (Hyánek, V., Prouzová, Z., Škarabelová, S. a kol. 2007).

Kritéria standardů můžeme dělit na personální (zahrnují kvalifikaci, praxi, podmínky pro odborný růst, supervize, apod.), provozní (pomůcky pro práci s klienty, hygienické, stravovací a ubytovací možnosti, technika, vybavení budovy, apod.) a procedurální (zahrnují vedení dokumentace, přijímací a výstupní proceduru, provozní řád, náplň programů a jejich personální zajištění, spolupráci s jinými službami (formy následné péče, apod.) (Matoušek, O. 2003).

Standardy kvality sociálních služeb jsou formulovány obecně a předpokládají, že poskytovatelé sami definují důležitá kritéria ve své dokumentaci (zaměřená především na konkrétní skupinu uživatelů, kterým organizace poskytuje sociální služby).

U poskytovatelů sociálních služeb je prováděna **inspekce kvality v sociálních službách**, kterou řídí a organizuje krajský úřad (u poskytovatelů vůči nimž vykonává kraj funkci zřizovatele, organizuje inspekci Ministerstvo práce a sociálních věcí). Předmětem inspekce je stanovený okruh sledovaných činností a situací (plnění podmínek registrace poskytovatele, plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb uvedených v zákoně a kvalita poskytovaných sociálních služeb). Právě pro hodnocení kvality poskytovaných služeb slouží standardy kvality sociálních služeb. Hodnocení plnění standardů kvality je prováděno systémem bodů a upravuje jej vyhláška č. 505/2006 Sb. Podstatné pro vztahy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb je, že výsledkem inspekce kvality v sociálních službách je inspekční zpráva, podávající přehled o způsobech plnění standardů kvality u konkrétního poskytovatele (Michalík, J. 2008).

1.8 Financování sociálních služeb

„Na financování sociálních služeb mohou být poskytnuty dotace ze státního rozpočtu a dotace z rozpočtů obce nebo kraje. V souladu se zákonem č.218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), na poskytnutí dotace není právní nárok. S účinností od 1. 1. 2008 jsou krajské úřady povinny se podílet se na finanční kontrole využití dotací na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům zapsaným v registru.“ (J. Králová, E. Rážová, 2009/2010, s. 188)

Dalšími prostředky k zajištění chodu organizace, která je poskytovatelem sociální služby, jsou vyhlášené granty, nadační příspěvky, sponzorské dary, různé sbírky – tzv. kasičky, benefiční koncerty. Dále jsou to vlastní platby uživatele za poskytnutí služby, opět stanovené zákonem, podrobněji popíše v kapitole 2. 6. úhrada nákladů za sociální službu.

1.9 Komunitní plánování

Metoda komunitního plánování sociálních služeb je jednou z metod, jak plánovat rozvoj sociálních služeb v komunitách. Dle Ministerstva práce sociálních věcí je komunitní plánování otevřený proces zjišťování potřeb zdrojů a hledání nejlepších řešení v oblasti sociálních služeb.

„Pomocí komunitního plánování lze plánovat sociální služby v komunitě tak, aby:

- odpovídaly místním **potřebám**,
- byly poskytovány **efektivně**, tedy aby:
 - d, byly podporovány pouze **skutečně užitečné služby**,
 - e, **prostředky** (finanční, materiální a lidské zdroje) byly **využívány účelně** a cíleně,
 - f, byly vyhledány **nové zdroje** pro zajištění potřebných sociálních služeb,
- na plánování sociálních služeb **participovali** (nebo měli možnost participovat) všichni, kterých se to týká.“ (Zatloukal, 2008, s. 34)

Účastníci komunitního plánování sociálních služeb jsou:

- **zadavatel** – zástupce obce či kraje, jeho cílem je zajistit potřebné služby svým občanům, aby byly v co nejlepší kvalitě, finančně i místně dostupné,
- **poskytovatelé** – subjekty, poskytující a nabízející sociální služby
- **uživatelé** – osoby, které se ocitly v nepříznivé tíživé sociální situaci a jsou jim proto poskytovány sociální služby.

Skupina, v níž jsou zastoupeni tito účastníci (zadavatel, poskytovatel, uživatel), se nazývá **triáda**. Komunitní plánování probíhá na úrovni obcí, krajů, stanovuje se na období 3-5 let. Je finančně podporováno z prostředků EU v rámci grantů.

2 ODLEHČOVACÍ SLUŽBY – RESPITNÍ PÉČE

2.1 Vysvětlení pojmu odlehčovací služby

„ U respitní péče (respite care – CR) se zastavíme poněkud obšírněji, neboť přes řadu výhod dosud v českých podmínkách nezdolala. Zmíněný pojem vznikl v 60. letech v USA a označuje úlevovou, odlehčovací, zástupnou péči...“(L. Novosad, 2000, s. 48)

Odlehčovací služby dle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., jsou využívány osobami, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které jinak pečuje zpravidla rodina nebo i jiné osoby, a to v jejich domácnosti. Cílem této služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek.

L. Novosad (2000) popsal, že v zemích kde je respitní péče součástí zákona o sociální péči, lze vysledovat čtyři základní modely respitní péče:

- první model, **respitní péče poskytovaná doma**, rodina si vybírá odbornou i laickou pomoc, osobu či agenturu, s níž byla v minulosti spokojena, není narušen chod rodiny
- druhý model, **respitní péče poskytovaná formou náhradní rodiny** mimo domov, jde o období pěstounské péče
- třetí model, **respitní péče poskytovaná formou péče v kolektivu** mimo domov, jedná se o péči v zařízeních – školky, stacionáře
- čtvrtý model, **respitní péče dlouhodobě poskytovaná mimo domov** – tento typ je určen pro osoby s těžkým postižením, kteří potřebují trvalou lékařskou péči, většinou je tedy poskytován v nemocnicích.

U nás je v dnešní době odlehčovací služba poskytována ve formě terénní, ambulantní nebo pobytové.

Terénní odlehčovací služby umožňují člověku s jakýmkoliv zdravotním omezením zůstat v jeho přirozeném domácím prostředí. Pracovník v sociálních službách (osobní asistent) dochází na pomoc do rodiny v dobu, kdy pečující potřebuje odpočinek, zástup za svoji osobu. S pomocí

pracovníka v sociálních službách klient zvládá situace, které by bez pomoci druhého člověka bylo nemožné.

Ambulantní odlehčovací služby jsou většinou poskytovány ve formě stacionářů – denních, týdenních, denních center (uživatel sem dochází) a jejich součástí pak bývá pobytová odlehčovací služba, která může být i ve zdravotnických zařízeních, u hospicové péče, v léčebnách dlouhodobě nemocných. Uživatelé služby zde mohou pobývat pouze omezenou dobu (většinou max. po dobu 3 – 6 měsíců), pak si je příbuzní převezmou do péče zpět domů.

Šafránková (2002) dělí formy odlehčovacích služeb dle doby trvání, a to na krátkodobou (vystřídání rodinného pečujícího na několik hodin během dne), střednědobou (celodenní péče v denním stacionáři, denním centru či domovince) a dlouhodobou (týdenní až měsíční pobyt v ošetrovatelském nebo jiném zařízení v době dovolené či léčení pečujícího).

Odlehčovací služby zajišťují podporu pečujících, rodiny potřebují podporu nejen fyzickou, ale i psychickou.

„Stačí k tomu málo. Zkuste to. Zpomalte, zastavte se s člověkem, který pečuje o druhého, a nechte ho chvíli povídat o jeho těžkostech a trápení a nehodnoťte to, co povídá, neopravujte ho, neříkejte, že to tak není a že jiní jsou na tom hůře. Nejde o pravdivost sdělení ani o paragrafy, jde o pomoc tomu, kdo pečuje o druhého člověka a současně i o pomoc tomu nemocnému, který není třeba přítomen. Pečující člověk se tím vyprávěním uvolní, postěžuje si, ulehčí si tím, opětovně bude mít chuť dál nemocnému sloužit a pomáhat...“ (J. Šiklová, Pečuj doma 4/2010, Noviny pro pečující laiky)

„Vyhořet může bohužel každý, ať je to profesionální pečovatel, zdravotní sestra nebo rodinný příslušník. Je nutno dbát na prevenci syndromu vyhoření, a všimnout si již náznaků problémů. Aby si pečující odpočinul, může využít realitní péči pro svého blízkého a sám jet na dovolenou, odpočinout si a načerpat nové síly. Možná to zní, odložte své blízké do nějakého

zařízení, ale kdo nepracuje v sociálních službách nebo se nestará o své rodinné příslušníky, těžko pochopí, že prostě v jisté fázi, už člověk prostě nemůže dál.“ (Eva Lenochová, časopis Sociální péče 1/2008)

2.2 Uživatelé odlehčovací služby

Uživatel služby je ten, kdo využívá sociální služby, někdy je také označován za klienta.

Uživatele odlehčovací služby můžeme dělit do několika skupin. Při registraci sociální služby se stanovuje okruh osob, pro které je sociální služba určena:

- věková struktura:

mladší děti (od 7 do 10let)

starší děti (11- 15 let)

dorost (16 –18 let)

mladší dospělí (19 – 26 let)

dospělí (27 – 64 let)

mladší senioři (65 – 80 let)

starší senioři (nad 80 let)

bez omezení věku

- podle pohlaví – muži, ženy
- podle druhu postižení

osoby s tělesným postižením

osoby s mentálním postižením

osoby se sluchovým postižením

osoby s chronickým onemocněním

osoby se zrakovým postižením

osoby s kombinovaným postižením

osoby s chronickým duševním onemocněním – schizofrenie

Nejčastější onemocnění u našich uživatelů popíše v kapitole 3.2 Nejčastější druhy postižení u našich uživatelů služby.

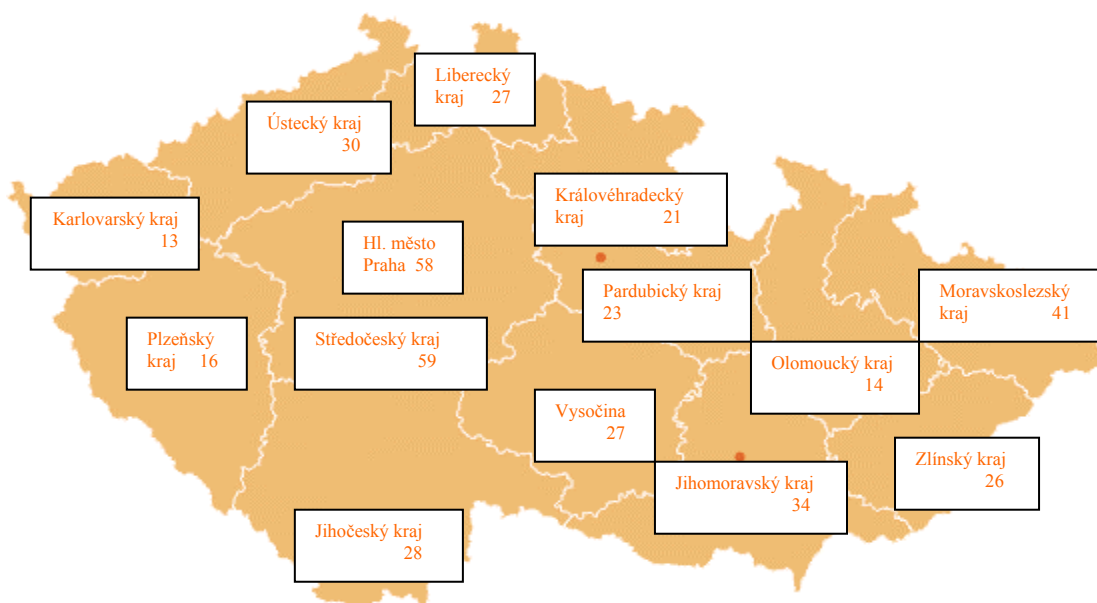
2.3 Poskytovatelé odlehčovacích služeb

Zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby mohou být v naší republice obce, kraje a MPSV- příspěvkové organizace. Dále to mohou být i nestátní neziskové organizace - občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby, pak jsou to nadace – ty mohou činnost sociálních služeb pouze financovat

Jednotlivé organizace se zaměřují většinou na určitou cílovou skupinu lidí, určitého věku, s daným typem postižení – mají stanovenou cílovou skupinu pro poskytování sociální služby (viz. příloha č. 2 Příklady organizací poskytujících odlehčovací služby)

Stále je převaha pobytových odlehčovacích služeb, i když trendem celé společnosti je zajištění péče, jak zdravotní i sociální, v přirozeném domácím prostředí. V registru poskytovatelů sociálních služeb je k 1. 1. 2011 uveden počet poskytovatelů odlehčovacích služeb v ČR (257).

Mapa rozložení registrovaných odlehčovacích služeb dle krajů



2.4 Pracovníci odlehčovací služby

„V sociálních službách vykonávají odbornou činnost kromě sociálních pracovníků:

- pracovníci v sociálních službách,
- zdravotničtí pracovníci,
- pedagogičtí pracovníci,
- další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.“

(Zákon č.108/2006 Sb.)

2.4.1 Sociální pracovník

Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně-právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, provádí sociálně – právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, depistážní činnost, sociální poradenství, sociální rehabilitaci.

V každé sociální službě musí být sociální pracovník, jeho předpoklady k výkonu povolání jsou:

- způsobilost k právním úkonům
- zdravotní způsobilost
- bezúhonnost
- odborná způsobilost

„Právní úprava předpokladů pro výkon povolání sociálního pracovníka obsažená v zákoně o sociálních službách je obecní právní úpravou, která se vztahuje nejen na činnost sociálního pracovníka v sociálních službách, ale i na činnost sociálních pracovníků vykonávanou podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, ve zdravotnických zařízeních, ve věznicích...“(J. Králová, E. Rážová, 2009/2010, s. 171)

2.4.2 Pracovník v sociálních službách

Pracovníkem v sociálních službách je ten, kdo vykonává:

- **přímou obslužnou péčí** o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb a jejich práce spočívá:
 - v nácviku jednoduchých denních činností,
 - v pomoci při osobní hygieně a oblékání,
 - v manipulaci s přístroji, pomůckami, s prádlem,
 - v udržování čistoty a osobní hygieny,
 - v podpoře soběstačnosti,
 - v posilování životní aktivizace,
 - ve vytváření základních sociálních a společenských kontaktů,
 - v uspokojování psychosociálních potřeb,
- **základní výchovnou nepedagogickou činnost**, která spočívá:
 - v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků
 - v působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity
 - v provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy,
 - v zabezpečování zájmové a kulturní činnosti
 - v provádění osobní asistence,
- **pečovatelskou činnost v domácnosti osoby** spočívající:
 - ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi,
 - v komplexní péči o jejich domácnost,
 - v zajišťování sociální pomoci
 - v provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka,

- v poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci,
- v organizačním zabezpečování a komplexní koordinaci pečovatelské činnosti.

„Při uznávání odborné kvalifikace nebo způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie k výkonu povolání sociálního pracovníka nebo dalších pracovníků vykonávajících odbornou činnost v sociálních službách se postupuje podle zákona č.18/2004 Sb., o uznávání odborné kvalifikace a jiné způsobilosti státních příslušníků členských států Evropské unie.“(Sokol, R. ,Trefilová,V., 2008, s. 180)

2.4.3 Ostatní pracovníci v sociálních službách

Při poskytování sociálních služeb vykonávají činnost pedagogičtí a zdravotničtí pracovníci. Předpoklady pro výkon jejich činnosti neupravuje zákon o sociálních službách, ale zvláštní právní předpisy.

Předpoklady pro výkon činnosti pedagogických pracovníků jsou stanoveny zákonem č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

Předpoklady pro výkon činnosti zdravotnických pracovníků jsou stanoveny zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, a zákonem č.95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti.

Při poskytování sociálních služeb mohou pomáhat rovněž dobrovolníci. Podmínky jejich působení jsou upraveny zákonem č.198/2002 Sb., o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě).

„Dobrovolník je člověk, který bez nároku na finanční odměnu poskytuje svůj čas, svoji energii, vědomosti, dovednosti ve prospěch ostatních lidí či společnosti.“(Tošner, J.,Sozanská,O., 2006, s. 35)

2.5 Základní činnosti a úkony při poskytování odlehčovací služby

Odlehčovací služby obsahují tyto základní činnosti a úkony (upravuje § 44 zákona o sociálních službách, § 10 prováděcí vyhlášky):

a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu:

1. pomoc a podpora při podávání jídla a pití,
2. pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
3. pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík,
4. pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,

b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:

1. pomoc při úkonech osobní hygieny,
2. pomoc při základní péči o vlasy a nehty,
3. pomoc při použití WC,

c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:

1. zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
2. pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování,

d) poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:

1. ubytování,
2. úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,

e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:

1. doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázet zpět,
2. pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob,

f) sociálně terapeutické činnosti:

socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:

1. pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,
2. pomoc při vyřizování běžných záležitostí,

h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:

1. nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností,
2. podpora při zajištění chodu domácnosti.

2.6 Příspěvek na péči a stupně závislosti, úhrada nákladů na péči

V souvislosti s přijetím zákona o sociálních službách a zavedením příspěvku na péči byly zrušeny dávky – zvýšení důchodu pro bezmocnost, příspěvek při péči o osobu blízkou.

Nárok na příspěvek na péči má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti.

Závislost osoby na pomoci jiné fyzické osoby se posuzuje na základě hodnocení schopnosti osoby zvládat celkem 36 stanovených úkonů, a to 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti.

Rozlišují se tyto stupně závislosti:

- a) stupeň I (**lehká závislost**) a příspěvek zde činí za kalendářní měsíc u osob starších 18 let **800 Kč** (změna od 1. 1. 2011 v souvislosti s přijetím vládních úsporných opatření, příspěvek byl snížen z částky 2000 Kč), u osob do 18 let zůstává na částce ve výši **3000 Kč**,

- b) stupeň II (**středně těžká závislost**) – příspěvek zde činí za kalendářní měsíc u osob starších 18 let **4000 Kč**, u osob do 18 let **5000 Kč**,
- c) stupeň III (**těžká závislost**) – příspěvek zde činí za kalendářní měsíc u osob starších 18 let **8000 Kč**, u osob do 18 let **9000 Kč**,
- d) stupeň IV (**úplná závislost**) – příspěvek zde činí **12000 Kč**.

Lidé, kteří pobírají příspěvek na péči, jej mohou využít na zaplacení rodinného příslušníka, jiné fyzické osoby nebo poskytovatele sociální služby, kteří jim pomáhají zvládat jejich nepříznivou tíživou situaci.

Některé sociální služby se poskytují bez úhrady nákladů (např.: sociální poradenství, raná péče, krizová pomoc, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi) a některé za částečnou či plnou úhradu nákladů. Uživatel si hradí stravu a ubytování v pobytových a ambulantních zařízeních – týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením. U jiných druhů sociální služby se jedná o úhradu za základní činnosti (osobní asistence, pečovatelská činnost, odlehčovací služby aj.) Maximální výši úhrady za základní činnosti stanoví u každého druhu sociální služby prováděcí právní předpis, tj. vyhláška č. 505/2006 Sb.

Úhrada za odlehčovací služby

Maximální výše úhrady za poskytování odlehčovacích služeb s účinností od 1. 1. 2008 činí:

- a) 100 Kč za hodinu podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů za úkony uvedené v § 10 odst. 1 vyhlášky, s výjimkou dále uvedených úkonů pod písm. b) a c); pokud poskytování těchto úkonů včetně času nezbytného k jejich zajištění netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí;
- b) za úkon- zajištění stravy – uvedený v §10 odst. 1 písmeno c) bodě 1 vyhlášky:
 - 1. 150 Kč denně za celodenní stravu v rozsahu minimálně 3 hlavních jídel,
 - 2. 75 Kč za obědvčetně provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy;
- c) 180 Kč denně celkem za úkony zajišťující poskytnutí ubytování uvedené v § 10 odst. 1 písm. d) vyhlášky, včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování.

3 RODINNÁ POHODA, O. S.

Praktická část diplomové práce se týká výzkumného šetření v neziskové organizaci Rodinná pohoda o. s., která poskytuje sociální služby, proto další kapitola bude pojednávat o této organizaci.

3.1 Historie vzniku, poslání a cíl organizace

Občanské sdružení Rodinná pohoda vzniklo v roce 2005 jako nestátní nezisková organizace.

Posláním organizace je pomáhat rodinám pečujícím o své blízké (s jakýmkoliv handicapem, nebo třeba jen nemocným) v jejich domácím přirozeném prostředí, přispívat k zabezpečení zdravotní a sociální péče v terénu, podporovat rozvoj osobnosti lidí s hendikepem.

Cílem je:

- pomoci rodinám pečujícím o své příbuzné
- optimalizovat rodinné prostředí, díky asistenci mohou rodiny lépe plnit své přirozené úlohy
- podpořit rodinu psychicky i fyzicky, protože celodenní péče o hendikepované je velice náročná
- předejít syndromu vyhoření u pečujících
- zabránit umístění hendikepovaných do ústavní péče
- zamezit sociální izolaci rodiny a podpořit sociální integraci (předpokladem u dětí je školní integrace)
- zlepšit kvalitu života zdravotně postižených a jejich rodin
- nabídnout odborné poradenství, zvýšit tak informovanost klientů o svých právech

3.2 Nejčastější druhy postižení u našich uživatelů

Většina našich uživatelů jsou osoby s mentálním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s tělesným postižením a senioři trpící různými typy demence.

K jednotlivým druhům postižení se budu věnovat podrobněji.

3.2.1 Osoby s mentálním postižením a autismem

Mentální postižení je širší pojem než mentální retardace. Terminologický a výkladový slovník Špeciálna pedagogika (Vašek a kol., 1994) vymezuje mentální postižení „jako střešní pojem používaný v pedagogické dokumentaci a který orientačně označuje všechny jedince s IQ pod 85 (tj. jedince v pásmu současně chápané mentální retardace s pásmem dříve používaného pojmu slaboduchost).“ (Valenta, M., Müller, O., 2009, s. 13).

Dle MKN – 10:

Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich.

Dle Valenty a Müllera (2009, s. 16) lze mentální retardaci definovat „jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.“

Klasifikace mentální retardace

V České republice je ke klasifikaci mentální retardace využívána 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (ICD-10, MKN – 10), kterou vydala Světová zdravotnická organizace. V ní se mentální retardace rozlišuje dle druhu, stupně a typu postižení.

Dle druhu postižení je pro mentální retardaci používáno označení F 70-79.

Dělení dle stupně postižení

F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50

F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35

F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20

F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

F 78 Jiná mentální retardace

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

Dle typu postižení je mentální postižení děleno na typ **eretický** (hyperaktivní, verzatilní, neklidný), typ **torpidní** (hypoaktivní, apatický, netečný). (Valenta, Müller, 2009, s. 9)

V literatuře se můžeme setkat s termíny **oligofrenie** (mentální retardace vrozená či raně získaná) a **demence/deteriorace** inteligence (mentální retardace získaná po 2. roce života). Od pojmu oligofrenie odlišujeme pojem **pseudooligofrenie** (nepravá oligofrenie, též sociální debilita), vyjadřovala se tím výchovná a sociální zanedbanost.

Autismus – název pochází z řeckého slova autos =sám. Je to pervazivní vývojová porucha, nověji porucha autistického spektra (PAS). Vývoj jedince probíhá odlišným způsobem od jedince zdravého, jsou zasaženy všechny složky osobnosti jedince.

Uvnitř autistického spektra se projeví kvalitativní postižení především ve třech oblastech (triáda). Jsou to:

- komunikace
- sociální chování – interakce
- představivost – imaginace (stereotypní okruh zájmů).

„Je třeba jasně definovat vztah mezi mentální retardací a autismem. **Pozor, pokud je člověk autista, neznamená to, že automaticky musí být mentálně postižený.** Peeters (1998) uvádí, že většina autistů (asi 60%) trpí střední a těžkou mentální retardací (**nejvíce autistů je v pásmu střední mentální retardace**), 20% vykazuje lehkou mentální retardaci a 20 % má

průměrnou až nadprůměrnou inteligenci. (Aspergerův syndrom)“(Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007, s. 131)

Dle MKN – 10 mezi pervazivní vývojové poruchy (F84) patří: Dětský autismus Atypický autismus, Rettův syndrom, Aspergův syndrom a Jiné pervazivní vývojové poruchy, nespecifikované.

3.2.2. Osoby s tělesným postižením a kombinace vad a poruch

„Tělesným postižením rozumíme takové vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností (srov. Kraus, J. Šandera, O. 1975, s. 6), ať tato poškození vznikají na základě dědičnosti, nemoci nebo úrazem.“(Vítková, M., 2006, s. 39)

U poruch pohybového aparátu mluvíme o obrnách, deformacích, malformacích a amputacích.

Rozdělení tělesných postižení:

1. mozková pohybová postižení – obrny- týkají se centrální a periferní nervové soustavy. Dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí). Mezi závažná centrální poškození patří **dětská mozková obrna (DMO)**, ta je jedním z nejčastěji se vyskytujícím neurovývojovým onemocněním. Jde o neprogresivní, ale ve svých projevech nikoli neměnným postižením vyvíjejícího se mozku (Kraus, J. 2005). Jedná se o centrální postižení, vznikající před narozením, při porodu nebo brzy po porodu dítěte. Dominujícím je motorické postižení, může však dojít i k postižení smyslových funkcí (Vítková, M., 2006). Přibližně u dvou třetin jedinců s DMO se vyskytuje i mentální handicap různého stupně a často také další onemocnění a komplikace (epilepsie, smyslová postižení, vývojová dysartrie apod.) (Slowík, J. 2007). Těžší druh DMO má 4 formy: hypotonickou, diparetickou, hemiparetickou a kvadraparetickou. Dalším vážným onemocněním mozku jsou mozkové záněty, mozkové nádory, mozkové příhody. Po úraze vznikají traumatické obrny (otřes mozku - komoče, stlačení mozku-komprese, zhmoždění mozku – kontuze.

2. vrozeným postižením je **rozštěp páteře** (spina bifida) bez poškození míchy a plen, meningokéla – rozštěp páteře a míšních plen, meningomyelokéla – rozštěp páteře, plen a míchy,
3. těžkým postižením je **roztroušená skleróza mozkomíšní** – projevuje se ložiskovými změnami mozku a míchy,
4. svalová onemocnění – **progresivní svalová dystrofie** (myopatie),
5. **deformace** mohou být získané, vznikají důsledkem nesprávného držení těla – skoliózy, kyfózy, podle místa vzniku se dělí na krční, hrudní, bederní,
6. **malformace** jsou patologická vyvinutí různých částí těla, nejčastěji končetin, patří mezi vrozené vývojové vady, amélie – částečné chybění končetiny, fokomelie – končetina navazuje přímo na trup
7. **amputace** – umělé odnětí části končetiny od trupu – při úrazech nebo cíleně při onemocnění cév.

V praxi se často setkáváme s kombinací dvou a více různých vad nebo poruch u jediného člověka, jde o natolik různorodou skupinu znevýhodnění, že prakticky není možné vytvořit jednotný klasifikační systém, není ustálená terminologie: používají se pojmy kombinované postižení, postižení více vadami, vícenásobné postižení apod. (Ludíková, 2003 in Slowík, 2007)

Ve věstníku Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (Věstník MŠMT č. 8/1997) je uvedena definice „za žáka s vícenásobným postižením je považován žák postižený dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, přičemž by každé z nich vzhledem k jeho hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení žáka do speciální školy příslušného typu“. Pro potřeby resortu školství jsou tito žáci děleni do následujících tří skupin dle následujícího členění: Společným znakem první skupiny je mentální retardace (sdružují se tělesné, smyslové vady, vady řeči, psychická onemocnění, vývojové poruchy učení a chování). Druhá skupina je tvořena žáky s kombinací tělesných, smyslových a řečových vad, kde specifickou skupinu tvoří děti hluchoslepé. Do třetí skupiny jsou zahrnutí žáci s autismem a autistickými rysy.

Často se setkáváme s členěním skupiny osob s vícenásobným postižením ve vztahu k mentálnímu postižení, jedná se o kombinace mentálního postižení s postižením smyslovým, tělesným nebo poruchou chování. Samostatnou kategorií je skupina jedinců s duálním senzoričným postižením zraku a sluchu, tedy osoby hluchoslepé (Ludíková, L. in Renotiérová, M. 2006). Lidé s hlucholepotou nebývají zcela nevidomí a současně neslyšící, vyskytuje se u nich většinou kombinace zrakového a sluchového postižení různých stupňů. Toto postižení způsobuje potíže hlavně v přístupu k informacím, komunikaci a mobilitě (Slowík, J. 2007).

Mentální postižení se kombinuje nejčastěji s jiným postižením a stává se velmi závažným symptomem, obecně platí, že čím hlubší je mentální postižení, tím pravděpodobnější je i přidružení somatické vady. Ze somatických vad dochází nejčastěji ke kombinaci s DMO nebo epilepsií. Z dalších častých postižení kombinujících se s mentálním postižením je autismus. Současně s jakýmkoliv jiným druhem znevýhodnění či postižení se může také vyskytovat snížená sociální přizpůsobivost a poruchy chování. Nejčastějším problémem bývá snížená úroveň rozumových schopností, či přímo přítomnost mentálního handicapu u jedinců s poruchami chování (Slowík, J., 2007).

Kombinaci mentálního postižení a DMO většinou provází i další poruchy, například vady řeči (dysartrie, anartrie – narušená respirace, fonace i artikulace), oční vady (strabismus, amblyopie, atrofie zrakových nervů, refrakční vady, poruchy okohybných nervů), poruchy sluchu a epilepsie.

3.2.3 Osoby s demencí

„Definice demence podle 10. decenální revize mezinárodní klasifikace nemocí zní:
„Demence (F00-F03) je syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, jazyk a úsudek.

Vědomí není zastřeno. Obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace. Tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek.“(Kučerová, H.,2006, s. 9)

„Demence je označením pro syndrom, jehož nejvýznamějším projevem je úbytek komplexu kognitivních funkcí, především inteligence a paměti.“(Vágnerová, M., 1999, s. 137)

Demence je získané postižení, lze ji diagnostikovat až po druhém roce života. Demence je soubor příznaků, který je vyvolaný organickými změnami centrální nervové soustavy. Jde zejména o postupující poruchu paměti, poruchy myšlení, poruchy řeči i motoriky, poruchy chování (agresivita, skleslost, obscénní chování), ztráta orientace v prostředí, ztráta nebo oslabení schopnosti vykonávat dříve běžné denní aktivity. Demence můžeme rozdělit do několika typů:

Atroficko-degenerativní demence. Do této skupiny demencí patří Alzheimerova choroba, korová nemoc s Lewyho tělísky, demence při Parkinsonově chorobě, Huntingtonova chorea, Pickova choroba a další vzácně se vyskytující demence. Primární příčinou těchto demencí je degenerativní postižení mozku.

Sekundární, symptomatické demence – jsou vyvolané jinými příčinami (např. infekčním onemocněním, úrazem či otravou).

Ischemicko-vaskulární demence – její příčinou je patologie mozkových cév, kterou signalizují mozkové infarkty. Tato skupina zahrnuje multiinfarktovou demenci, vaskulární demenci s náhlým začátkem a další vzácné typy vaskulárních demencí.

Demence smíšeného typu. Jde asi o 10% demencí, vznikajících na smíšeném podkladě. Nemocný trpí jak vaskulárním poškozením mozku, tak i Alzheimerovou chorobou.

V závislosti na příčině dochází během demence k úpadku jednotlivých psychických funkcí, což probíhá v různém tempu. Průběh onemocnění je individuální.

Rozvoj demence lze dělit do čtyř stádií:

1. První stadium (lehká demence), kdy nemocný potřebuje kontrolu a pouze občasnou pomoc.
2. Druhé stadium (střední demence), je již závažnější a u nemocných dochází k dezorientaci časem a místem, potřebují tedy dohled a trvalou pomoc.
3. Ve třetím stadiu (těžká demence) je již nemocný zcela dezorientován, nejen časem a místem, ale i osobou, jedinec stává inkontinentním a je zcela odkázán na péči svého okolí.
4. Během čtvrtého stadia (terminálního) je již nemocný upoután na lůžko a navázání kontaktu s ním je silně limitováno. Takto nemocný je naprosto závislý na ošetrovatelské péči.

3.3 Druhy poskytovaných služeb v rámci sdružení

Občanské sdružení Rodinná pohoda patří mezi poskytovatele sociálních služeb registrovaných u Krajského úřadu Jihomoravského kraje podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Organizace má registrované tyto služby:

- **odlehčovací služby** - terénní od 1. 11. 2007
- **centrum denních služeb** – ambulantní od 1. 8. 2008
- **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** – terénní od 15. 1. 2010
- **sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi** – ambulantní i terénní od 15. 1. 2010

Odlehčovací služby

Forma poskytování: terénní

Cílovou skupinu tvoří: osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby se zrakovým postižením, senioři.

Věková struktura cílové skupiny: bez omezení věku.

Kapacita: 30 uživatelů

Místo poskytování sociální služby: Jihomoravský kraj, převážně Vyškovsko

Provozní doba: 365 dní v roce, včetně svátků, sobot a nedělí, v čase od 7.00 do 22.00 hod.

Centrum denních služeb – Pohoda

Forma poskytování služby: ambulantní

Cílovou skupinu tvoří: osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby se zrakovým postižením.

Věková struktura cílové skupiny: ve věku od 7 do 26 let.

Místo poskytování sociální služby: Slavkov u Brna, Malinovského 280

Službu využívají klienti ze Slavkova a okolních vesnic (celkem 10 uživatelů).

Provozní doba: 8.00 – 12.00 hod, v pracovní dny – pondělí až pátek.

Pracovníci centra denních služeb nabízí uživatelům kromě základních potřeb i zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity, které jsou rozvrhnuty do týdenního plánu. S tímto plánem činností jsou uživatelé seznámeni a sami se podílí na jejich výběru.

Cílem všech provozovaných zájmových, vzdělávacích a volnočasových aktivit je podpora osobních a sociálních schopnosti a dovednosti umožňující sociální začleňování.

Mezi tyto činnosti patří například muzikoterapie, výtvarné činnosti, rozvoj všeobecných znalostí a dovedností, vaření, canisterapie, základy angličtiny, opakování znalostí získaných během studia ve škole atd.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Forma poskytování služby: ambulantní, terénní

Cílovou skupinu tvoří: osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby se zrakovým postižením, děti a mládež ve věku od 6 do 26 let ohrožené společensky nežádoucími jevy.

Věková struktura cílové skupiny: děti kojeneckého věku (do 1 roku), děti předškolního věku (1-6 let), mladší děti (7-10 let), starší děti (11-15 let), dorost (16 –18 let), mladí dospělí (19 – 26 let).

Měsíční kapacita služby:

terénní (50 uživatelů – většinou mateřské a základní školy)

ambulantní – (10 uživatelů, dochází maminky s dětmi z Mateřského centra Radost)

Sociálně aktivizační služby pro osoby se zdravotním postižením a seniory

Forma poskytování služby: terénní

Cílovou skupinu tvoří: osoby s chronickým onemocněním, osoby s jiným zdravotním postižením, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením, osoby se sluchovým postižením, osoby se zdravotním postižením, osoby se zrakovým postižením, senioři

Věková struktura cílové skupiny: dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let), starší senioři (nad 80 let)

Měsíční kapacita: 100 klientů

Příklady konkrétních činností:

- navštěvujeme pobytová zařízení Domov u rybníka Víceměřice, Domov na zámku Nezamyslice, kde probíhá canisterapie, plavání se zdravotně postiženými
- v dalších zařízeních mají zájem o trénování paměti – Dům s pečovatelskou službou Drnovice, Moravský Krumlov, Domov pro seniory Jevišovice, Rosice

Sociální služby zajišťují pracovníci v sociálních službách, kteří dochází do rodin i do zařízení, kde naplňují cíle a poslání organizace. (Příloha č.4 Organizační schéma Rodinné pohody o. s.). Na závěr jsem doplnila práci fotodokumentací z jednotlivých služeb (Příloha č. 5 – Fotodokumentace služeb).

Principy poskytování sociálních služeb

- respektování osobnosti a lidských práv
- podpora individuality a nezávislosti klientů
- interpersonální komunikace
- péče je poskytována kvalifikovaným a motivovaným personálem, který pracuje podle zásad dobré a bezpečné práce
- soustavné vzdělávání zaměstnanců
- individuální přístup ke klientovi
- flexibilita v přístupu ke klientovi, úprava individuálních plánů dle požadavků a potřeb klienta
- realizace efektivního pracovního procesu příslušných pracovníků, monitoring jejich pracovních výkonů přímými a nepřímými nadřízenými

3.4 Fakultativní činnosti

Občanské sdružení má v nabídce svých služeb jako fakultativní činnost **půjčování kompenzačních pomůcek**, které jejich uživatelé potřebují při poskytování služby- elektrické polohovací postele, příslušenství k nim – matrace, hrazda, stolek k lůžku, dále mechanické vozíky, toaletní křesla, chodítka.

Stále více uživatelů potřebuje zároveň **zdravotní a ošetrovatelské služby**, pokud jsou ochotni uhradit si tuto péči, jsme schopni jim je zajistit prostřednictvím našeho zdravotnického personálu (registrovaných zdravotních sester). Většinou klienti zdravotní péči využívají k převazům ran (bércové vředy, proleženiny), cévkování, aplikacím injekcí, odběrům biologického materiálu.

Provádíme i **rehabilitaci** u klientů – cvičení na lůžku, nácvik chůze, u uživatelů s poruchou vědomí – bazální stimulaci.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

V praktické části diplomové práce jsem použila metodu kvantitativního výzkumu, prostřednictvím kterého jsem zjišťovala vytyčené cíle výzkumného šetření. Vypracovaný dotazník k výzkumu obsahuje 9 položek, jeho cílem bylo charakterizovat sledovanou skupinu respondentů, zhodnotit spokojenost uživatelů odlehčovacích služeb občanského sdružení Rodinná pohoda, zjistit nejčastěji využívané nabízené úkony, jaké další potřeby uživatelé mají a zda jsou ochotni na péči přispívat z vlastních finančních zdrojů.

4.1 Teoretická východiska výzkumu

Trend sociální péče prochází transformací. Je upřednostňována péče v přirozeném prostředí, ruší se institucionální péče, název ústavní péče je zrušen. Průměrná délka života se zvýšila. Počet starých lidí na světě roste. V kontextu demografického stárnutí nárůstem počtu seniorů se zvýší počet lidí s potřebou pomoci při běžných aktivitách každodenního života a závislostí na pomoci druhé osoby. Tuto skutečnost doplňuje snížení umístování lidí s jakýmkoliv hendikepem do pobytových zařízení. Na základě změn v sociálním systému naší republiky (zákon o sociálních službách umožňuje pobírání příspěvku na péči) se rodiny více rozhodují pro variantu pečovat o své příbuzné sami, potřebují si však zároveň najít čas i na odpočinek, hledají za sebe zástup, vzniká tak poptávka po službách sociální péče – osobní asistenci, odlehčovacích službách, pečovatelské službě ...

4.2 Cíle výzkumu a stanovení hypotéz

Pro zpracování výzkumného šetření jsem si stanovila tyto cíle a hypotézy.

Cíle

1. Zmapovat spokojenost uživatelů občanského sdružení Rodinná pohoda při poskytování odlehčovacích služeb v Jihomoravském kraji

1. Zjistit ochotu uživatelů péči spolufinancovat.
2. Zjistit zda mají uživatelé jiné potřeby, jaká služba jim chybí.

Hypotézy

H1

- Domnívám se, že více jak 70% respondentů je spokojených s poskytováním odlehčovací služby.

H2

- Domnívám se, že 50 % respondentů dělá potíže s přispíváním na poskytování péče a nechtějí službu hradit z vlastních finančních zdrojů.

H3

- Domnívám se, že respondenti mají zájem o fakultativní činnosti, a proto je vhodné doplňovat služby dle potřeb uživatelů.

4.3 Metodika výzkumu

Sběr dat probíhal formou dotazování respondentů prostřednictvím anonymního dotazníku. Dotazováno bylo celkem 58 respondentů (30 uživatelů sociální služby, 28 osob pečujících v domácnosti). Dotazník je jeden z nejběžnějších nástrojů, umožňující sběr dat pro různé typy výzkumu, jeho prostřednictvím je možné získat informace rychlým a nenáročným způsobem. Pro zpracování dat v diplomové práci bylo využito počítačového programu Windows-Microsoft Word a Microsoft Excel. Získaná data z dotazníku byla zpracována do tabulek četností, grafů výsečových, v některých případech sloupcových. Výsledky jsem doplnila slovním vyhodnocením. Dotazník je v příloze č. 3.

Výzkum byl prováděn v průběhu měsíců říjen a listopad 2010 s 30 uživateli služeb a 28 pečujícími o osoby se zdravotním postižením v rámci poskytování odlehčovací služby v občanském sdružení Rodinná pohoda. Při výzkumném šetření, které proběhlo v domácnostech uživatelů, bylo použito anonymního dotazníku, který obsahoval 9 položek, 8 uzavřených, jednu otevřenou (č. 8). Nejdříve byli respondenti svými klíčovými pracovníky seznámeni s průběhem šetření, poté byly domluveny termíny vyplňování dotazníků. V některých domácnostech bylo třeba s uživateli dotazníky vyplňovat, neboť to vyžadoval jejich zdravotní stav. Někteří uživatelé vzhledem ke své diagnóze nebyli schopni zodpovědět otázky (děti a mládež s mentálním postižením, uživatelé v těžkém stadiu Alzheimerovy demence).

Pro ověření hypotézy č. 1 sloužila položka v dotazníku č. 7. Hypotézu č. 2 jsem ověřovala položkou č. 9. Položky č. 6, 8 jsem využila k ověření hypotézy č. 3.

4.4 Charakteristika zkoumaného souboru a rozbor ankety výzkumného

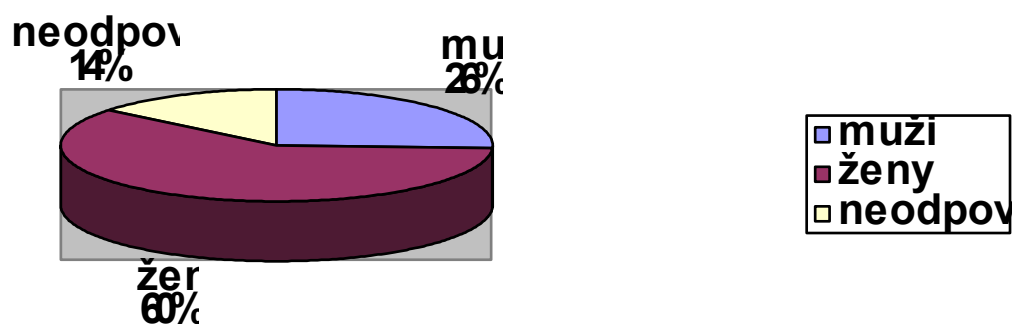
šetření

K získání základních identifikačních údajů o jednotlivých respondentech sloužily položky č. 1,2, 3,4, 5.

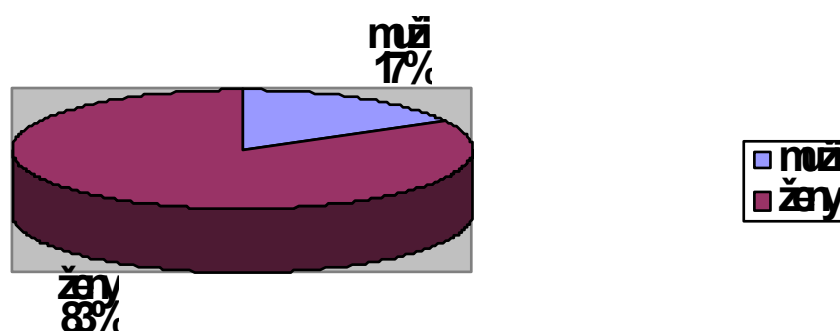
Výzkumného šetření se zúčastnili respondenti z řad uživatelů odlehčovací služby občanského sdružení Rodinná pohoda a příbuzní, kteří pečují o uživatele v jejich domácím prostředí.

Identifikace respondentů

Graf č. 1 Pohlaví respondentů - uživatelů



Graf č. 2 Pohlaví respondentů - pečujících



Z výsledků výzkumného šetření je patrné, že z celkového počtu 60 dotazovaných respondentů bylo pohlaví mužského 13(9 uživatelů, 4 pečující) a pohlaví ženského 42(16 uživatelů, 26 pečujících), 5 respondentů neodpovědělo.

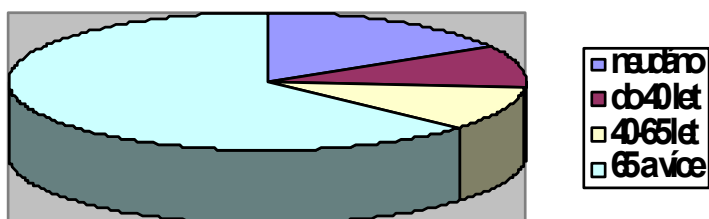
Tabulka č. 1 Věk uživatelů

| Věk | počet | muž | žena |
|------------|-------|-----|------|
| pod 40 let | 3 | 1 | 2 |
| 40-65 let | 3 | 2 | 1 |
| 65 a více | 19 | 6 | 13 |

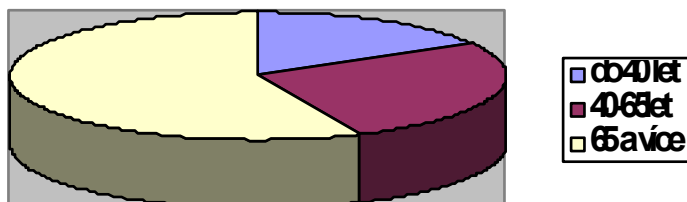
Tabulka č. 2 Věk pečujících

| Věk | počet | muž | žena |
|---------------|-------|-----|------|
| pod 40 let | 5 | 0 | 5 |
| 40 – 65let | 8 | 2 | 6 |
| 65 a více let | 17 | 2 | 15 |

Graf č. 3 Věk uživatelů



Graf č. 4 Věk pečujících



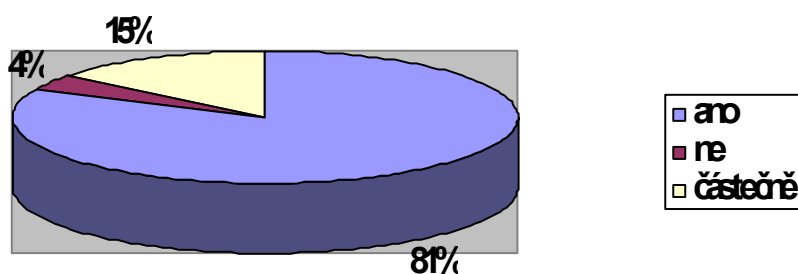
Největší počet uživatelů i pečujících byl ve věku 65 a více let, jsou to manželské páry, které žijí společně. Věk pečujícího se snižuje, pokud pečuje jiný rodinný příslušník než manžel(ka) – dcera, syn, vnučka apod. Další skupinu tvoří rodiče dětí s postižením v počtu 5 pečujících ve

věku pod 40 let. Zde se věk zvýší, pokud dítě vyrůstá stále v domácím prostředí a stárne společně s rodiči.

Vyhodnocení hypotézy č. 1

Hypotézu č. 1 jsem ověřovala položkou dotazníku č. 7.

Graf č. 5 Hodnocení poskytované služby



Z celkového počtu respondentů uvádí 45 (81%), že je plně spokojeno s poskytováním služby. 8 respondentů (15%) částečně, protože zjistili, že by jim více vyhovovala pobytová služba a 2 respondenti (4%) vyjádřili úplnou nespokojenost, protože o službě měli jinou představu.

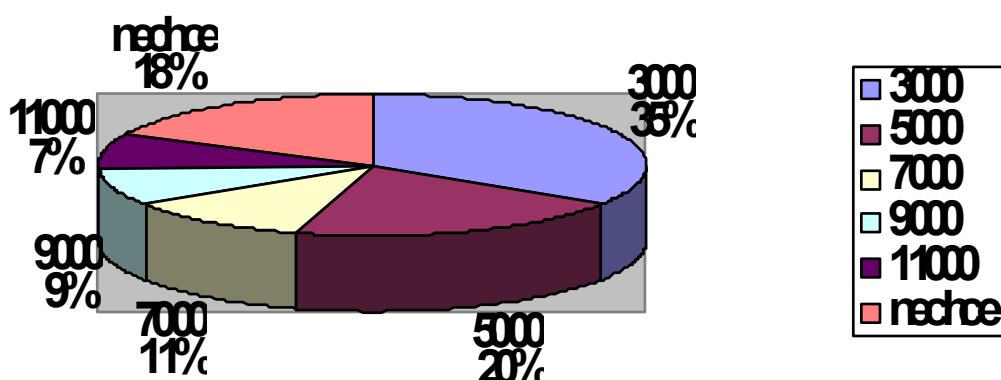
Vyhodnocení hypotézy č. 2

Hypotézu č. 2 jsem ověřovala položkou č. 9.

Tabulka č. 3 Ochota financovat sociální služby

| Ochota zaplatit za soc. služby | počet | % |
|--------------------------------|-------|-----|
| 3000 Kč | 19 | 35 |
| 5000 Kč | 11 | 20 |
| 7000 Kč | 6 | 11 |
| 9000Kč | 5 | 9 |
| 11000Kč | 4 | 7 |
| Nechci financovat | 10 | 18 |
| celkem | 55 | 100 |

Graf č. 6 Ochota zaplatit za sociální služby



Jak je patrné z grafu a tabulky z celkového počtu 55 respondentů nechce financovat sociální služby 10 respondentů (18%), 19 respondentů (35%) je ochotno přispívat 3000 Kč, 11 respondentů (7%) je ochotno přispívat 5000 Kč, 6 respondentů (11%) 7000 Kč, 5 respondentů (9%) 9000 Kč, 4 respondenti (7%) 11000Kč.

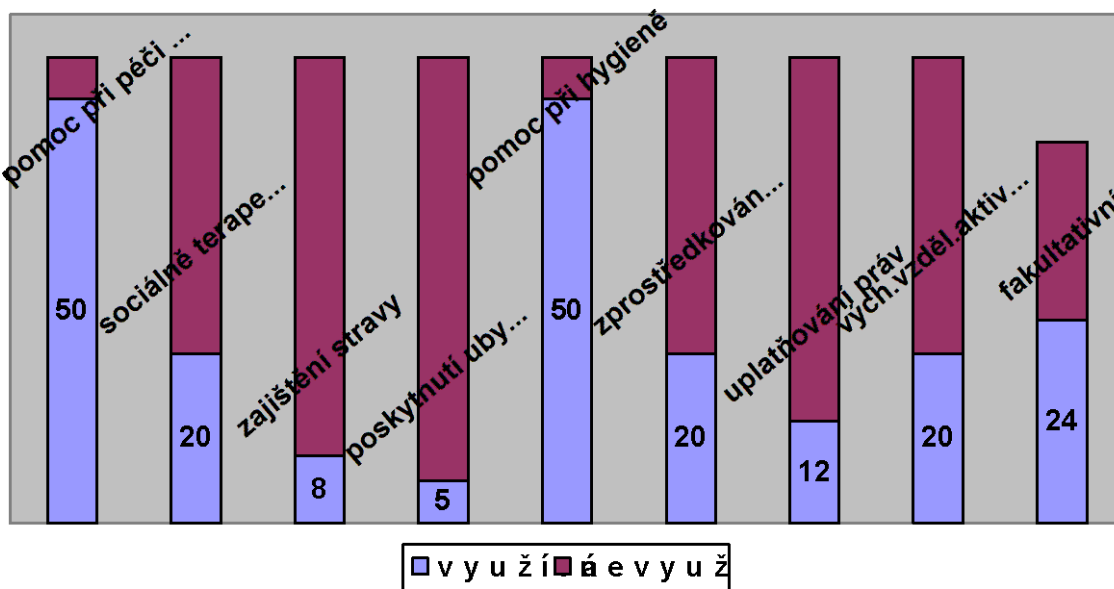
Vyhodnocení hypotézy č. 3

Položky č. 6, 8 jsem využila k ověření hypotézy č. 3.

Tabulka č. 4 Četnost využívaných činností při poskytování služby

| Poskytované činnosti a úkony | využívá | nevyužívá |
|---|---------|-----------|
| Pomoc při péči o vlastní osobu | 50 | 5 |
| Pomoc při osobní hygieně | 50 | 5 |
| Zajištění stravy | 5 | 50 |
| Poskytnutí ubytování | 5 | 50 |
| Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím | 20 | 35 |
| Sociálně terapeutická činnost | 20 | 35 |
| Pomoc při uplatňování práv, vyřizování běžných věcí | 12 | 43 |
| Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti | 20 | 35 |
| Fakultativní činnost | 24 | 21 |

Graf č. 7 Četnost využití činností a úkonů při poskytování služby



V průběhu poskytování odlehčovací služby respondenti (50) využívají nejvíce pomoci při péči o vlastní osobu, při pomoci u osobní hygieny, o zprostředkování kontaktu se společenským prostředím projevilo zájem 20 respondentů, o sociálně terapeutickou činnost se zajímá také 20 respondentů a o výchovnou, vzdělávací a aktivizační činnost opět 20 respondentů. Pobytovou službu by chtělo využít 5 respondentů. Pomoc při zajištění stravy potřebuje 8 respondentů. Pomoc při uplatňování práv a vyřizování běžných záležitostí potřebuje 12 respondentů. Fakultativních činností využívá 24 respondentů.

4.5 Vyhodnocení hypotéz

Cílem výzkumu bylo zjistit spokojenost uživatelů s poskytováním odlehčovací služby v občanském sdružení Rodinná pohoda, dozvědět se jejich potřeby a jak jsou ochotni přispívat za využití sociální služby.

Hypotéza č. 1

„Domnívám se, že více jak 70% respondentů je spokojených s poskytováním odlehčovací služby.“

Hypotézu jsem ověřovala položkou dotazníku č. 7.

Z celkového počtu respondentů uvádí 45 (81%), že je plně spokojeno s poskytováním služby. 8 respondentů (15%) částečně, protože zjistili, že by jim více vyhovovala pobytová služba a 2 respondenti (4%) vyjádřili úplnou nespokojenost, protože o službě měli jinou představu.

Závěr: hypotéza č. 1 se potvrdila.

Hypotéza č. 2

„Domnívám se, že 50 % respondentů dělá potíže s přispíváním na poskytování péče a nechtějí službu hradit z vlastních finančních zdrojů.“

Hypotézu jsem ověřovala položkou č. 9.

Z celkového počtu 55 respondentů nechce financovat sociální služby 10 respondentů, což je 18%, 19 respondentů je ochotno přispívat 3000 Kč, 11 respondentů 5000 Kč, 6 respondentů 7000 Kč, 5 respondentů 9000 Kč, 4 respondenti 11000.

Závěr: hypotéza č. 2 se nepotvrdila.

Hypotéza č. 3

„Domnívám se, že respondenti mají zájem o fakultativní činnosti, a proto je vhodné doplňovat služby dle potřeb uživatelů.“

Hypotézu jsem ověřovala položkami č. 6, 8.

Z celkového počtu 55 respondentů fakultativních činností využívá 24 respondentů, je to více jak 50%. Fakultativní služby jsou třetí nejvíce žádanou činností při poskytování odlehčovací služby.

Závěr: hypotéza č. 3 se potvrdila.

4.6 Závěr výzkumu

Provedená výzkumná šetření měla potvrdit cíle práce a ověřit stanovení hypotéz.

Cíle byly splněny v empirické části této práce. Z výsledků provedených dat výzkumu, lze konstatovat, že ze sledovaného souboru uživatelů a pečujících se jedná o většinu žen, které jsou převážně seniorského věku. Z výzkumu je patrné, že ještě pořád existuje společné soužití více generací, čímž si zajistí rodiny péči sami, ale podporu potřebují. Nejčastěji v rámci odlehčovací služby využívají pomoc při péči o vlastní osobu (50 respondentů), pomoc při osobní hygieně (50 respondentů), protože pečující jsou senioři a tyto činnosti jsou fyzicky náročné. Mnoho respondentů (24) využívá fakultativní činnosti – půjčování kompenzačních pomůcek, rehabilitaci, zdravotnické úkony. Je pro ně jednodušší využívat služby u jedné organizace, nemusí si zvykat na nové pracovníky. Zájem o výchovné vzdělávací aktivizační činnosti, o sociálně terapeutickou činnost a zprostředkování kontaktu se společenským prostředím projevilo 20 respondentů (u všech uvedených činností). Malý zájem měli respondenti (8) o zajištění stravy, jsou to uživatelé žijící sami, což vysvětluje u ostatních nezájem z důvodu jejich soužití s dalším rodinným příslušníkem. 5 respondentů chtělo využívat pobytové služby. O pomoc při uplatňování práv, vyřizování běžných záležitostí projevilo potřebu 12 respondentů.

Při hodnocení poskytování sociální služby uvedlo 45 respondentů plnou spokojenost, patřili mezi uživatele, kteří využívali zároveň fakultativní služby, čímž se ucelilo uspokojení jejich potřeb. 8 respondentů bylo spokojeno částečně, vyhovovala by jim více pobytová služba, zde šlo převážně o pečující s dětmi s postižením, kterým tato služba chyběla v případě jejich nemoci či dovolené. 2 respondenti byli nespokojeni, protože očekávali od služby úplně něco jiného, nedokázali však potřebu popsat.

Z šetření je patrné, že všichni nejsou ochotni financovat sociální služby ve stejné výši. Z celkového počtu 55 respondentů nechce financovat sociální služby 10 respondentů, většina (19 respondentů) je ochotno přispívat nejnižší možnou nabízenou částkou 3000 Kč, 11 respondentů

by bylo ochotno hradit 5000 Kč, 6 respondentů 7000 Kč, 5 respondentů 9000 Kč, 4 respondenti 11000Kč. Vyšší částku žádný respondent neudal.

Vzhledem k tomu, že respondenti využívají odlehčovací služby v domácím prostředí, jednoznačně preferují péči rodinného příslušníka před péčí institucionální. Oceňují existenci sociálních služeb, které vnímají jako zálohu, když rodinný příslušník nemůže z nějakého důvodu pomáhat.

ZÁVĚR

Diplomová práce řeší poskytování odlehčovacích služeb, zároveň by měla objasnit, potvrdit jejich potřebnost. Cílem práce bylo získat informace o spokojenosti uživatelů s poskytováním služby, zda mají jiné potřeby, než které jsou jim nabízeny a zda jsou ochotni přispívat na poskytování služby z vlastních finančních prostředků.

V první kapitole jsem vysvětlila problematiku systému sociálních služeb, až potom jsem se mohla v druhé kapitole věnovat odlehčovací službě, která vychází z předpokladu, že člověk, pečující o své dítě nebo jinou blízkou osobu s postižením, potřebuje odpočinek, volný čas i podmínky k vyřízení běžných záležitostí a udržování sociálních kontaktů. Proto je třeba, aby byl občas ve výkonu péče zastoupen buď asistentem či pečovatelem, který na určitou dobu přebírá péči o člověka s postižením za něj, nebo zařízením, které jej na několik hodin denně či několik týdnů v roce zastoupí. V práci jsou charakterizovány jednotlivé skupiny osob s postižením, jejichž rodinní příslušníci využívají odlehčovacích služeb, v podstatě službu může využít každý, pokud existuje pro ně vhodný poskytovatel. Bohužel jsem zjistila, že pro mnohé skupiny uživatelů tato služba chybí. Třetí kapitola se věnuje činnosti občanského sdružení Rodinná pohoda, které poskytuje sociální služby po celém Jihomoravském kraji. V této organizaci proběhlo výzkumné šetření, které je zpracováno v poslední kapitole.

Potvrdily se hypotézy spokojenosti u klientů a potřeba využívání fakultativních činností. Jak je známo, člověk je tvor jedinečný, má individuální potřeby, proto i požadavky u uživatelů služeb nejsou stejné. Bohužel ještě stále dožívá generace, která měla služby zdarma, proto si těžce zvyká na novou situaci. Lidé nechtějí přispívat na sociální služby.

Uvádím statistiku poskytování odlehčovací služby občanského sdružení Rodinná pohoda, kde je vidět nárůst klientů i s počtem hodin poskytnutých v rámci této služby.

V odborném časopise Sociální služby (leden 2010, s.31) mne oslovilo pár slov k zamyšlení:

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybená.“ (Adrian D. Ward)

SEZNAM ODBORNÉ A POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. Psychopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. ISBN: 978 – 80 – 7315 – 161 - 4
2. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ E. Sociální služby a příspěvek na péči. ANAG, 2009. ISBN: 978 – 80 – 7263- 559 – 7
3. KRAUS, J. a kol. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2005. ISBN: 80 –247 –1018-8
4. KUČEROVÁ, H. Demence v kazuistikách. Praha: Grada, 2006. ISBN: 80 – 247-1491 - 4
5. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada, 2008. ISBN: 978 – 80 – 247 – 2138 -5
6. MICHALÍK, J. Smluvní vztahy v sociálních službách. VCIZP – sekce vzdělávání, Olomouc, 2008, NRZP, Praha, 2008. ISBN: 80 – 903658-1-7.
7. MICHALÍK, J. Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb. NRZP, Praha 2007. ISBN: 80-903657-2-8.
8. MICHALÍK, J. a kol. Poradenství uživatelům sociálních služeb. VCIZP – sekce vzdělávání, Olomouc, 2008, NRZP, Praha, 2008. ISBN: 978 – 80 – 903658-2-7.
9. NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Portál, Praha, 2000. ISBN: 80 – 7178 – 197 – 5.
10. SLOWÍK, J. Speciální pedagogika. 1.vyd. Praha : Grada, 2007. ISBN: 978-80-247-1733-3.
11. SLOWÍK, J. Komunikace s lidmi s postižením. Praha: Portál, 2010. ISBN: 978 – 80 – 7367 – 691 - 9
12. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb. Praha: ASPI, 2008. ISBN: 978- 80 – 7357 – 316 – 4
13. PIPEKOVÁ, J. a kol. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. ISBN: 80 – 85931- 65 - 6

14. TOŠNER, J., SOZANSKÁ O. Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích. Praha: Portál, 2006. ISBN: 80 – 7367-178 -6
15. VALENTA, M., MÜLLER, O., Psychopedie. Praha: PARTA, 2009. ISBN: 978 – 80 – 7320 – 137 – 1
16. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 1999. ISBN: 80 – 7178 – 496 – 6
17. VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 2006. ISBN: 80 – 7315 – 134
18. ZATLOUKAL, L. Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování. Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN: 978 – 80 – 244 – 2128 – 5
19. Odborný časopis Sociální služby. Měsíčník vydávaný Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR. Ročník 12. Číslo: 1/2010. ISSN : 1803 – 7348
20. Pečuj doma. Noviny pro pečující laiky. Vychází 4x do roka. Vydává Moravskoslezský kruh, o.s. Číslo 4/2010

SEZNAM JINÝCH ZDROJŮ

Internetové zdroje a další zdroje

Internetový portál Jihomoravského kraje. Adresář sociálních služeb v Jihomoravském kraji.pdf.

[online]. C 2008 [cit. 2010-10-11]. Dostupný na WWW: <<http://www.kr-jihomoravsky.cz/Default.aspx?PubID=39397&TypeID=12>>.

Internetové stránky Asociace pomáhající lidem s autismem. [online]. [cit. 2010-2-11]. Dostupný

na<http://www.lbbw.cz/img/edee/u/sponsorship/popis_realizace_projektu_bawag.pdf>.

Internetové stránky České alzheimerovské společnosti. [online]. C 2004–2010 [cit. 2010-1-10].

Dotupný na WWW: <<http://alzheimer.cz/?PageID=641>>.

Internetové stránky občanské společnosti Rodinná pohoda. [online]. C 2010[cit 2010-12-11].

Dotupný na WW:<<http://www.rodinnapohoda.wgz.cz>>.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online], MPSV ČR [cit. 2009-30-1]. Dostupné na

www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6195/zakon_108_2006.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

- Č. 1 Tab. č. 1: Výčet a zařazení jednotlivých druhů sociálních služeb
- Č. 2 Příklady poskytovatelů odlehčovacích služeb v ČR
- Č. 3 Dotazník
- Č. 4 Organizační schéma Rodinné pohody o. s.
- Č. 5 Standardy kvality sociálních služeb
- Č. 6 Statistika poskytování odlehčovací služby terénní za období 2009, 2010 v organizaci Rodinná pohoda, o. s.
- Č. 7 Fotodokumentace jednotlivých služeb

Příloha č. 1

Tab. č. 1: Výčet a zařazení jednotlivých druhů sociálních služeb

| Druhy sociálních služeb | | |
|--------------------------------|--|--|
| Sociální poradenství | Služby sociální péče | Služby sociální prevence |
| Odborné sociální poradenství | Osobní asistence | Raná péče |
| Základní sociální poradenství | Pečovatelská služba | Telefonická krizová pomoc |
| | Tísňová péče | Tlumočnické služby |
| | Průvodcovské a předčitatelské služby | Azylové domy |
| | Podpora samostatného bydlení | Domy na půl cesty |
| | Odlehčovací služby | Kontaktní centra |
| | Centra denních služeb | Krizová pomoc |
| | Denní stacionáře | Intervenční centra |
| | Týdenní stacionáře | Nízkoprahová denní centra |
| | Domovy pro osoby se zdravotním postižením | Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež |
| | Domovy pro seniory | Noclehárny |
| | Domovy se zvláštním režimem | Služby následné péče |
| | Chráněné bydlení | Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi |
| | Sociální služby poskytované ve zdravotnickém zařízení ústavní péče | Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením |
| | | Sociálně terapeutické dílny |
| | | Terapeutické komunity |
| | | Terénní programy |
| | | Sociální rehabilitace |

Zdroj: Králová, J., Rážová, E. Sociální služby a příspěvek na péči. 2009/2010

Příloha č. 2

Příklady poskytovatelů odlehčovací služby

Celorepublikově působící

Pobytové

Oblastní charita Červený kostelec([http:// www.ochck.cz](http://www.ochck.cz))

Ústav sociální péče pro zrakově postižené v Brně v Chrlicích (<http://uspchrlice.cz>)

Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně v Králově poli, Kociánka (<http://www.kocianka.cz>)

Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hrabyni

Paraple ([http://www. paraple. cz](http://www.paraple.cz))

Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA ([http:// www.praha.apla.cz](http://www.praha.apla.cz))

Pobytová, terénní, ambulantní

Kolpingova rodina Smečno (<http://www.dumrodin.cz>) - spinální muskulární atrofie

Centrum sociálních služeb LADA Lukavec

Hlavní město Praha

Terénní

Arcidiecézní charita Praha, Středisko pečovatelská služba

Cesta domů, hospicové občanské sdružení (<http://www.cestadomu.cz>)

Hewer – občanské sdružení (<http://www.pecovatel.cz>)

Pobytové

Centrum sociální a ošetrovatelské pomoci Praha 15

Hloubětínský paprsek, Praha – Hloubětín

Jedličkův ústav a Mateřská škola a Základní škola a Střední škola, Praha 2 -Vyšehrad

Jihočeský kraj

Terénní

Domácí hospic JORDÁN, o.p.s., Odlehčovací služby, Tábor

Oblastní charita Strakonice, Odlehčovací služba

Pobytové

Centrum sociální pomoci Vodňany, odlehčovací služba

Centrum sociálních služeb Jindřichův Hradec, Domov seniorů České Velen

Jihomoravský kraj

Pobytové

Domov pro osoby se zdravotním postižením – Srdíčko, Brno – Šelepova

Domov pro osoby se zdravotním postižením – TEREZA (Brno – Řečkovice)

Oblastní charita Vyškov – Zařízení sociální integrace

Terénní

Diecézní charita Brno – Odlehčovací služba Oblastní charity Tišnov

Domov pro mne, o. s., Brno

Rodinná pohoda, o. s. Vyškov

Gabriela, o. s., Hospic sv. Alžběty, Brno – Kamenná

Pobytové i terénní

Sanus (Brno, Bílovice nad Svitavou), (<http://www.sanusbrno.com>)

Slezská diakonie - Eliada , Brno (<http://www.eliada.cz>)

Karlovarský kraj

Pobytové

Domov pro seniory a dům s pečovatelskou službou Mariánské Lázně, příspěvková organizace

Farní Charita Karlovy Vary -Odlehčovací služba při Denním stacionáři pro staré a zdravotně postižené občany

Ambulantní

Správa zdravotních a sociálních služeb Cheb, Domov pro osoby se zdravotním postižením, týdenní a denní stacionář "Mája"

Královéhradecký kraj

Pobytové

Duha, o. p. s., Nový Bydžov (<http://www.pomocseniorum.cz>)

Léčebna dlouhodobě nemocných Rybitví (<http://www.ldn-rybitvi.cz>)

SENIOR CENTRUM Hradec Králové o. p. s.

Terénní

Občanské sdružení Spokojený domov – střediska v Jičíně, Mnichově Hradišti, Mladé Boleslavi

Liberecký kraj

Terénní

CENTRUM PRO ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ Libereckého kraje o.s.

Centrum pro zdravotně postižené Jablonec nad Nisou (<http://www.czplk.cz>)

Centrum pro zdravotně postižené Semily

Centrum pro zdravotně postižené Česká Lípa

Centrum pro zdravotně postižené Liberec

Pobytové

Hospic sv. Štěpána, o. s. Litoměřice

Hospicová péče sv. Zdislavy, o.p.s., Česká Lípa, Liberec (<http://www.hospiczdislavy.cz>)

Jedličkův ústav, příspěvková organizace Liberec

Moravskoslezský kraj

Terénní

Centrum pro rodinu a sociální péči, o.s. – Projekt VÝZVA – služba RESPIT Ostrava (<http://www.prorodiny.cz>)

CURA MEDICA s.r.o, Karviná (<http://www.curamedica.cz>)

Slezská diakonie, Tabita - odlehčovací služby, pobočka Jablunkov, Třinec, Český Těšín

Pobytové

Domov Pohoda, příspěvková organizace Bruntál (<http://www.domovpohoda.cz>)

Domov pro seniory Frýdek - Místek, příspěvková organizace

Charita Bohumín, Dům pokojného stáří sv. Františka v Bohumíně

Olomoucký kraj

Pobytové, ambulantní

DĚTSKÝ KLÍČ Šumperk, o.p.s.

Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc – bez omezení věkem

Terénní

Charita Zábřeh – Středisko odlehčovacích služeb Zábřeh (<http://www.charitazabreh.cz>)

Pardubický kraj

Terénní

Charita Přelouč

Národní institut pro integraci osob s omezenou schopností pohybu a orientace ČR, Krajská organizace Pardubického kraje, o. s., Středisko sociálních služeb Salvia, Svitavy

Pobytové

Charita Svitavy, Světlanka – odlehčovací služba

Plzeňský kraj

Terénní

Domácí ošetrovatelská péče, Domažlice (<http://www.pece-doma.cz>)

Pobytové

Hospic sv. Lazara, Plzeň (<http://www.hsl.cz>)

HOSPIC v MOSTĚ, o.p.s.

Městský domov pro seniory, Domažlice

Ambulantní

Sdružení občanů Exodus – Dům Exodus Třemošná

Středočeský kraj

Terénní, ambulantní

ALKA, o.p.s., Centrum péče o handicapované ALKA, Příbram

Ambulantní

ARPZPD v ČR, o. s. Klub "Hornomlýnská", Centrum FILIPOVKA, Praha

Pobytové

ANIMA ČÁSLAV, o.p.s.

Domov pro seniory Dobřichovice

Domov Ráček o.p.s., Rakovník

Domov Domino, poskytovatel sociálních služeb Zavidov

Ústecký kraj

Terénní, ambulantní

Středisko Arkadie Bratislavská, Teplice

KOSTKA KRÁSNÁ LÍPA p.o., Krásná Lípa u Rumburka

Pobytové

Agentura "NADĚJE", Děčín

Domov pro osoby se zdravotním postižením Kytlice

Město Štětí, Dům s chráněnými byty

Kraj Vysočina

Terénní

Hospicové hnutí - Vysočina, o. s., Středisko hospicové péče Jihlava (<http://www.hhv.cz>)

DIANA TŘEBÍČ, o.p.s. - Domácí hospicová péče

Diecézní charita Brno, Domácí hospicová péče Třebíč

Pobytové

Domov pro seniory Třebíč - Manž. Curieových, příspěvková organizace Domov pro seniory

Velké Meziříčí, příspěvková organizace

Zlínský kraj

Terénní

Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, klub Auxilium, o. s., Centrum Auxilium

Pobytové

Centrum pro seniory, příspěvková organizace, Holešov

Diakonie ČCE – STŘEDISKO Vsetín, Domov pro seniory Vsetín Ohrada

Oblastní charita Kroměříž - Charitní dům pokojného stáří, Cetechovice

Oblastní charita Uherské hradiště – Domov pokojného stáří Boršice

Sociální služby města Kroměříže, příspěvková organizace, Domov pro osoby se zdravotním postižením Barborka

Příloha č. 3

Dotazník pro uživatele odlehčovací služby a rodinné pečující

Vážený pane, vážená paní

dotazník, který držíte v ruce, má sloužit k posouzení potřeb uživatelů odlehčovacích služeb a ke zjištění, zda jsou občané ochotni se podílet na jejich spolufinancování.

Vámi vyplněný dotazník a jeho statistické zpracování bude tvořit praktickou část diplomové práce – Odlehčovací služby.

Děkuji Vám za vstřícnou spolupráci.

Bc. Jana Kubaláková, studentka Pedagogické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci

Označte křížkem

1. Jsem:

- uživatel sociální služby
- pečující osoba

2. Pohlaví uživatele služby:

- žena
- muž

3. Pohlaví pečující osoby:

- žena
- muž

4. Věk uživatele služby:

- do 18 let
- 18 – 26 let
- do 40 let
- 40 – 65 let
- 65 a více

5. Věk pečující osoby:

- 19 – 40 let
- 40 – 65 let
- 65 a více

6. Jaké úkony v rámci poskytování odlehčovací služby využíváte?

- pomoc při péči o vlastní osobu (podpora při jídle, pití, oblékání)
- pomoc při osobní hygieně
- zajištění stravy
- poskytnutí ubytování (v rámci pobytové služby)
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (doprovod do školy, zdravotnických zařízení, do zaměstnání...)
- sociálně terapeutická činnost (podpora vlastních schopností a dovedností)
- pomoc při uplatňování práv, vyřizování běžných záležitostí
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- fakultativní činnost: jakou?.....

7. Jste s poskytováním sociální služby spokojeni?

- ano
- ne
- částečně

V případě, že odpovíte ne, částečně, zodpovězte otázku č. 8

8. Co Vám při poskytování služby chybí, jaké vnímáte nedostatky?

.....

.....

9. Za sociální službu jsem ochotný(á) zaplatit v průměru měsíčně:

- 3000 Kč
- 5000 Kč
- 7000 Kč
- 9000 Kč
- 11000 Kč
- jinou částku
- nechci financovat

Příloha č. 4

Organizační schéma Rodinné pohody o. s.

| |
|---------------------------|
| ŘEDITEL ORGANIZACE |
| SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK |

| ODLEHČOVACÍ SLUŽBY | CENTRUM DENNÍCH SLUŽEB - POHODA | SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO RODINY S DĚTMI | SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE ZP A SENIORY |
|---|---|---|--|
| Pracovník v soc.sloužbách Přímá obslužná péče | Vedoucí pedagogický pracovník | Pedagogičtí pracovníci | Pedagogičtí pracovníci |
| Zdravotnický personál | Pracovník v sociálních službách Výchovná nepedagogická činnost Pečovatelská činnost | Pracovník v sociálních službách – Pečovatelská činnost | Pracovník v sociálních službách – Pečovatelská činnost |
| dobrovolníci | dobrovolníci | dobrovolníci | dobrovolníci |

Ostatní:

Administrativní pracovník – účetní

Webmaster

Psycholog – supervizor

Fundraiser

Příloha č. 5

Standardy kvality sociálních služeb

Znění kritérií Standardů je obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV č. 505/2006 Sb., prováděcího předpisu k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění (www.mpsv.cz).

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována
- b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace
- c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje
- d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby. Podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje.

2. Ochrana práv osob

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy
- c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby
- c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle

d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Kritérium

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby

c) Poskytovatel má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritérium

a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele

c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě

d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Kritérium

- a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat
- b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejich individuálně určených potřeb
- c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně stanovenou strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována
- b) Poskytovatel má písemně zpracovanou vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců; kritérium není zásadní
- c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje
- d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

10. Profesní rozvoj zaměstnanců

Kritérium

- a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace
 - b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje
 - c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje
 - d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje, kritérium není zásadní
 - e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka
- Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kritérium

Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Kritérium

Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena

13. Prostředí a podmínky

Kritérium

- a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob

b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Kritérium

a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení

b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít

c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Kritérium

a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytování sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob

b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby

d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby

Příloha č. 6

Statistika poskytování odlehčovací služby terénní za období 2009, 2010

v organizaci Rodinná pohoda, o. s.

Statistika využití odlehčovací služby rok 2009

| Měsíc/počet | Uživatelé | Hodiny |
|---------------|-----------|----------------|
| leden | 12 | 627,5 |
| únor | 16 | 623,5 |
| březen | 15 | 697 |
| duben | 15 | 803,25 |
| květen | 13 | 706,5 |
| červen | 15 | 797,5 |
| červenec | 22 | 855,5 |
| srpen | 20 | 798,5 |
| září | 15 | 775 |
| říjen | 14 | 582,5 |
| listopad | 14 | 622 |
| prosinec | 14 | 715 |
| celkem | 37 | 8603,75 |

Celkem využilo službu v průběhu roku 37 uživatelů, průměrně měsíčně jich bylo 15, poskytnuto bylo celkem 8603,75 hodin pomoci.

Statistika využití odlehčovací služby rok 2010

| Měsíc/počet | Uživatelé | Hodiny |
|---------------|-----------|--------------|
| leden | 13 | 745 |
| únor | 15 | 817 |
| březen | 12 | 1021 |
| duben | 15 | 1018,5 |
| květen | 12 | 932,5 |
| červen | 13 | 922 |
| červenec | 11 | 902,5 |
| srpen | 13 | 1012 |
| září | 13 | 1069 |
| říjen | 15 | 1028 |
| listopad | 17 | 1096 |
| prosinec | 17 | 992,5 |
| celkem | 32 | 11556 |

Celkem využilo službu v průběhu roku 32 uživatelů, průměrně měsíčně jich bylo 13, poskytnuto bylo celkem 11556 hodin pomoci.

Srovnání statistik

I když v roce 2009 využilo službu více uživatelů než v roce 2010, nepotřebovali tolik hodin pomoci jako uživatelé v roce 2010. Uživatelé po získání důvěry zvyšují počet hodin potřeby služby, úbytek uživatelů je způsoben jejich úmrtím nebo umístěním do ústavních zařízení.

Příloha č. 7 – fotodokumentace jednotlivých služeb

Fotografie - odlehčovací služby v domácím prostředí



Fotografie Centrum denných služeb - Pohoda



Fotografie - sociálně aktivizační činnosti pro rodiny s dětmi – pobytová akce



Fotografie - sociálně aktivizační činnost – pro osoby se ZP a seniory – pobytová akce



Fotografie - sociálně aktivizační služby pro osoby se ZP a seniory - plavání



Fotografie - sociálně aktivizační činnosti pro osoby se ZP a seniory – trénování paměti



Fakultativní činnost - canisterapie

