

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie



**ANALÝZA ČINNOSTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE VZTAHU K OSOBÁM
SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Analysis of activity of social services relating to the handicaped people

Bakalářská diplomová práce

Ivana Wollnerová

Vedoucí diplomové bakalářské práce: Mgr. Jitka Hanáčková

Olomouc 2014

Prohlašuji, že jsem tuto závěrečnou bakalářskou diplomovou práci vypracovala samostatně a uvedla v ní veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem použila.

.....
Ivana Wollnerová

V Olomouci dne 31. 3. 2014

Děkuji Mgr. Jitce Hanáčkové za odborné vedení a cenné podněty při zpracování mé bakalářské práce.

Jednotlivec nemůže vyřešit všechny své sociální problémy a stát se nemůže
vyvázat ze své odpovědnosti za sociální oblast.

Helena Haškovcová, Fenomen stáří.

OBSAH

Úvod.....	7
1 Poskytování sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince.....	9
1.1 Vymezení a definování sociálních služeb	9
1.2 Vymezení pojmu zdravotní postižení.....	10
1.3 Zdravotně postižení vyžadující sociální služby.....	12
1.4 Vývoj poskytování sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince.	14
1.5 Současná náplň sociálních služeb pro zdravotně postižené	17
1.6 Zařízení poskytující sociální služby pro zdravotně postižené.....	19
1.7 Komunitní plánování sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince....	20
2 Poskytování sociálních služeb v mikroregionu Valašskomeziříčsko... 23	
2.1 Přehled zařízení sociálních služeb věnujících se zdravotně postiženým v regionu Valašskomeziříčska- Kelečska	23
2.1.1 Charita Valašské Meziříčí.....	24
2.1.2 Diakonie Českobratrské církve evangelické, středisko Valašské Meziříčí	24
2.1.3 Sociální služby Vsetín	25
2.1.4 Ostatní poskytovatelé sociálních služeb	26
2.2 Komunitní plánování sociálních služeb v mikroregionu Valašské Meziříčí.	27
2.3 Plánovaná výstavba Seniorparku Valašské Meziříčí.....	30
2.4 Analýza informovanosti obyvatel o sociálních službách provedená společností Factum Invenio	31
3 Předmět výzkumné části práce	33
3.1 Kritéria výběru respondentů	33
3.2 Problematika výzkumu u zdravotně postižených jedinců	34
3.3 Struktura dotazníku a otázek.	35

3.4 Organizace výzkumu	36
3.5 Vyhodnocení uzavřených otázek dotazníku.....	36
3.6 Vyhodnocení otevřených otázek dotazníku.....	39
3.7 „Domov“ Dolní Rozpité	41
4 Zjištěné problémy v poskytování sociálních služeb v mikroregionu Valašské Meziříčí - Kelečsko z pohledu jejich příjemců	44
Závěr.....	46
Použitá literatura a ostatní zdroje.....	48
Přílohy:.....	56
Anotace.....	65

Úvod

Stárnutí populace a nárůst zdravotních postižení jako důsledek celé řady onemocnění a úrazů je obecně uznávanou skutečností, která ve svém důsledku vede k růstu poptávky po sociálních službách.¹ Za posledních více než dvacet let doznalo poskytování sociálních služeb celou řadu změn, kdy hlavní byl odklon od paternalistického přístupu k zdravotně postiženým jedincům. To se promítlo i do systému poskytování těchto služeb, kde dochází i v současnosti k celé řadě změn, jak v platné legislativě spojené s poskytováním sociálních služeb, tak i ve vlastní organizaci těchto služeb. Jedná se hlavně o dopad poslední novelizace zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách a převedení podstatné části agendy týkající se sociálních služeb do působnosti Úřadu práce, který také zajišťuje veškerou výplatu příspěvků na sociální služby.

Při hledání vhodného tématu své bakalářské práce jsem vycházela z vlastních zkušeností při zajišťování poskytování sociálních služeb, kdy se setkávám s celou řadou problémů jak administrativního rázu, tak ze strany příjemců sociálních služeb, kterým činí potíže se v celém systému orientovat.

Pro širší uvedené problematiky jsem zúžila svůj zájem na stávající stav sociálních služeb ve vybraném regionu z pohledu jejich uživatelů.

Cílem mé práce je analyzovat činnost sociálních služeb pro zdravotně postižené v místě obce s rozšířenou působností – města Valašské Meziříčí.

Svou práci jsem rozčlenila do čtyř samostatných oddílů:

První část mé práce se bude ve stručnosti věnovat vymezení obsahu sociálních služeb, charakteristice pojmu zdravotní postižení, současně platné legislativě vymezující sociální služby, typologii zdravotních postižení a nabídce existujících sociálních služeb tak, jak jejich poskytování umožňuje platná legislativa. V této souvislosti nelze pominout též komunitní plánování sociálních služeb.

Druhá část se bude věnovat na základě dostupných informací a dokumentů analýze poskytovaných sociálních služeb v mikroregionu Valašskomeziříčsko-

1 Této skutečnosti věnovala již v roce 1989 v publikaci Fenomen stáří Helena Haškovcová.

Kelečsko. Do analýzy zahrnu i výsledky komunitního plánování, které proběhlo jak na úrovni města Valašské Meziříčí, tak i mikroregionu.

Třetí část práce doplním dotazníkem zjišťujícím poptávku po sociálních službách a jejich poskytování z pohledu jejich uživatelů, jejich rodinných příslušníků, případně blízkých osob pečujících o zdravotně postižené jedince. Vzhledem k náročnosti celé problematiky, nestandardnímu složení respondentů a omezeného rozsahu této práce, má tato část charakter pilotního výzkumu.

V závěrečné části chci zhodnotit získané informace včetně výsledků provedeného průzkumu a uvést doporučení, která by měla mít praktický dopad nejen v mé vlastní práci při poskytování příspěvků na sociální péči, ale byla by přínosem i pro klienty, kteří tuto péči potřebují.

1 Poskytování sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince

1.1 Vymezení a definování sociálních služeb

Při vymezení toho, co je nutné chápat jako sociální službu, se setkáme s různými přístupy. Toto se projevuje, jak v různých dokumentech definujících sociální služby, tak v určité nejasnosti, kam položit hranici mezi sociálními službami a ošetrovatelskou péčí. Proto považuji pro potřeby této práce za vhodné, úvodem definovat nejen obsah sociálních služeb, ale i jejich vymezení vůči medicínskému pojetí ošetrovatelské péče.

Matoušek (2007, str. 9) uvádí, že „sociální služby se částečně překrývají s širší kategorií veřejných služeb“, které definuje jako „služby poskytované v zájmu veřejnosti“. V rámci služeb poskytovaných veřejnosti pak jako sociální služby vymezuje, že „jsou poskytované osobám společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu života, případně je v maximální míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli“ (Matoušek 2007, str. 9).

Na oficiálních stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí je definována náplň sociálních služeb takto: „Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetrování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů“ (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2013, [online]).

Zákon o sociálních službách pak vymezuje sociální služby takto:

- a) „sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,
- b) nepříznivou sociální situací oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, 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 fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3).

Z těchto rozdílů vyplývá rozdílné chápání sociálních služeb, pojetí podle Matouška (2001, str. 9) je širší a zahrnuje pod sociální služby i úkony poskytované zdravotně postiženým jinými institucemi, než vyplývá ze současné praxe Ministerstva práce a sociálních věcí. Pro potřeby této práce budu vycházet z platné legislativy, nebudu do sociálních služeb zahrnovat úkony prováděné zdravotnickými zařízeními a hrazenými ze zdravotního pojištění, i když by vyhovovaly pojetí sociálních služeb podle Matouška (2001). Omezení dané platnou legislativou chápu jako administrativní vymezení kompetencí mezi oblastí sociální péče a zdravotnictví, ke kterému musí nutně u zdravotně postižených jedinců docházet.

1.2 Vymezení pojmu zdravotní postižení

Protože tato práce analyzuje činnost sociálních služeb, je nutné vymezit pro potřeby této práce okruh příjemců, kteří jsou zároveň zdravotně postižení.

Sociální služby jsou poskytovány podstatně širšímu okruhu potřebných jedinců, naopak ne každé zdravotní postižení vyžaduje poskytování sociálních služeb.

Současná legislativa považuje za zdravotní postižení vyžadující sociální služby „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, §3). Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti definuje osoby se zdravotním postižením jako „fyzické osoby, které jsou uznány jako invalidní orgánem sociálního zabezpečení“ (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, §67). V současné době je míra zdravotního postižení charakterizovaná pomocí vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 359/2009 Sb. Tato stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti, které slouží nejen k stanovení posudku o invaliditě, ale i jako vodítko potřebnosti využívání sociálních služeb a následně i nároku na příspěvek a uhrazení výdajů za tyto služby. Vyhláška rozeznává osoby plně

invalidní, jinak též osoby s těžším zdravotním postižením, osoby částečně invalidní a osoby zdravotně znevýhodněné.

Tento přístup k definování zdravotního postižení ale není jedinou možností, jiné hledisko najdeme v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví Světové zdravotnické organizace, která uvádí, že disability je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí“ (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF, 2009, str. 9).

Současná mezinárodní klasifikace ve svém přístupu neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situaci každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví se tedy neomezuje jen na popis určitého zdravotního postižení, ale nahlíží na jedince ve vztahu k jeho prostředí a životním situacím. Uplatňuje se tak celostní přístup k jedinci, ten zahrnuje biologický, psychologický, sociální a spirituální pohled na potřeby klienta, tento přístup je takto chápán jako holismus. Dochází tak k podstatné revizi náhledu na zdravotní postižení z prvního vydání v roce 1980, kdy dělení podle jednotlivých orgánů bylo nahrazeno dělením podle systémů, které daleko víc vyhovuje i praxi poskytování sociálních služeb. Příkladem může být postižení zraku, které může být způsobeno jak poškozením oka nemocí nebo úrazem, tak i příčinou mimo vlastní oko v podobě onemocnění zrakového centra v mozku.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením stanovuje ve svém prvním článku tuto definici osob se zdravotním postižením: „Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, Sbíрка mezinárodních smluv č. 10/2010, str. 96).

Z těchto několika příkladů vyplývá, že pohled na to, co lze chápat pod pojmem zdravotní postižení, není jednotný a liší se podle jednotlivých přístupů: zda se jedná o legislativní přístup, který slouží k administrativním účelům, například jako

podklad k nárokování dávky. Jiný pohled má mezinárodní klasifikace jednotlivých poruch či jiné dokumenty, jako je například definice zdraví, tedy definice nepřítomnosti nemoci, zdravotního postižení podle Světové zdravotnické organizace, která definuje zdraví takto: „Zdraví je stav tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci.“ (Jarošová 2003, str. 3).

S tím souvisí i vymezení pojmu normality: „Vymezení normy je obtížné a nejednoznačné. Norma může být chápána statisticky, funkčně nebo sociokulturně. Mnohdy může být odchylka od normy pozitivní, a tudíž sociálně žádoucí; popř. být neutrální. Hranice mezi normou a abnormalitou představuje jakési kontinuum. Jeho vymezení závisí na mnoha faktorech, především na aktuální úrovni dané společnosti, u různých skupin se může lišit, vyvíjí se v čase a nemá definitivní platnost.“ (Vagnerová 2004, str. 23). Další problém vzniká ze vztahu : stáří – nemoc – zdravotní postižení. Pokud vycházíme z prezentovaného názoru lékařů: „Existují zdraví senioři? Dle lékařů - ne. Možná se člověk může cítit dobře, ale nemůže být zdrav. V tomto věku tělo již určitě nějaká opotřebení vykazuje.“ (Bukáčková 2008, str. 35) Ne každé onemocnění obecně a tedy i ne každé onemocnění seniorů vede ke zdravotnímu postižení. Kumulace různých onemocnění ve vyšším věku se svými dopady na jedince, jako je snížená hybnost, smyslové postižení v podobě zhoršené kvality zraku a sluchu, ale vedou, jak uvádí řada autorů, ke zvýšené potřebě sociálních služeb právě u seniorů.²

Pro účely této práce budu vycházet jednak z mezinárodní definice postižení – „disability“ uvedené v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví a z pojetí, které je použito v legislativě při definování nároku na sociální služby s návazností na nárok sociálních dávek.

1.3 Zdravotně postižení vyžadující sociální služby

Při dělení zdravotních postižení na jejich jednotlivé druhy se setkáme jak s medicínským modelem, tak sociálním modelem. Medicínský model chápe postižení jako individuální záležitost u jedince, kdy příčina je v onemocnění konkrétního

2 Srovnej Vagnerová 2004, Holmerová 2007, Haškovcová 2010, které uvádějí celou řadu příkladů.

orgánu, toto vyhovuje při léčbě, která je zaměřená na konkrétní příčinu v podobě nemocného orgánu a snaží se o její odstranění.

Sociální model chápe zdravotní postižení jako výsledek vztahů jedince, kde je přítomen určitý nedostatek zdraví s jeho okolím, které může mít velice pestré povahu. Tyto bariéry mohou mít fyzickou povahu, například v podobě stavebních bariér v budovách, na cestě, konstrukce vozidel hromadné dopravy, nebo dokonce odmítání zdravotně postižených přepravovat dopravním prostředkem (Alibismus a pokrytectví, [online]). Zde jde ale již spíše o sociální bariéru v podobě odmítání ze strany společnosti. Bariéru může ale představovat i sám zdravotně postižený jedinec, který se dobrovolně izoluje od lidí, přestože žádná fyzická bariéra neexistuje³. Pro stanovení potřeby jednotlivých sociálních služeb je proto nutné vycházet ze sociálního modelu zdravotního postižení, který také jako jediný vyhovuje holistickému přístupu k zdravotně postiženému jedinci. Sociální model se neomezuje na jednu složku, ale chápe jedince jako bio-psycho-sociální jednotku, kdy i omezení plynoucí z nemoci vzniklé na biologickém základě spolu s psychickými omezeními se projeví v sociální oblasti.

Medicínský i sociální model se prolínají, navíc ne všechna zdravotní postižení vyžadují sociální služby, proto se v mé práci zaměřím pouze na postižení, kde jejich charakter přesahuje do sociální oblasti.

Jsou to podle mých poznatků z mé praxe tato postižení⁴:

- a) Zraková postižení, která ovlivňují činnosti v běžném životě a u kterých nedostačuje běžná optická korekce.
- b) Sluchová postižení spočívající ve snížené nebo zcela chybějící schopnosti slyšet a která ovlivňují činnosti v běžném životě.
- c) Tělesná postižení jako je porucha pohybového ústrojí, která může být jak celková, tak částečná, pokud omezuje jedince v běžném životě.
- d) Mentální postižení - mentální retardace, představují: „Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny

3 Setkala jsem se v vozičkářem, který měl ve svém domě na venkově zařízené bezbariérové bydlení včetně bezbariérového přístupu do domu. Ten však prakticky neopouštěl a izoloval se od dřívějších přátel, kteří ho opakovaně zvali mezi sebe.

4 Srovnej Krhutová 2005 a Oláh 2012.

složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti.“ (Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN) a přidružených zdravotních problémů 2010, str.242). Dále do mentálních postižení patří demence, která představuje úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti během života postiženého jedince.

- e) Duševní nemoci, hlavně psychózy, pokud představují pro nositele závažnou bariéru vůči jeho okolí projevující se neschopností navazovat sociální vztahy, nebo naopak v tom, že ho jeho okolí odmítá.
- f) Vnitřní postižení zahrnující prakticky široké spektrum somatických nemocí, které nejsou zahrnuté ve výše uvedených bodech. Jde například o nemoci srdce, roztroušenou sklerózu, epilepsii, nemoci dýchacích cest a další, pokud pro nositele představují omezení v běžném životě a v navazování vztahu se svým okolím.
- g) Kombinovaná postižení představují kombinaci dvou či více postižení. Ve svém důsledku představují zpravidla nejzávažnější formy postižení, hlavně pokud jde o kombinaci s mentálním nebo duševním onemocněním.

1.4 Vývoj poskytování sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince

Z historického hlediska je těžké oddělit sociální péči a sociální služby pro zdravotně postižené, jak od obecně poskytovaných sociálních služeb, tak od péče o nemocné a umírající. Jednak jednotlivé kategorie potřebných plynule přecházely do jiné a také instituce pečující o potřebné nebyly v péči natolik vyhraněné, aby poskytovaly potřebnou pomoc jenom jedné určité skupině potřebných jedinců.

Významnou změnu v poskytování sociálních služeb představovalo opuštění paternalistického přístupu, kdy jednotlivé služby byly poskytovány pomocí státních institucí v podobě přechodu na „...diferencující redistribuční schéma, které zaručuje minimální příjem za určitých podmínek spolupráce a další finanční požitky vázané na pracovní status nebo specifický nárokový status. Je to tedy převážně důchodový a dávkový systém, v jehož rámci zauímají osobní služby klientům jen velmi malé místo“ (Řezníček 1994, str. 21). Vlastní služby v současné době poskytují decentralizovaní poskytovatelé na základě vícezdrojového financování, na

kterém se podílí vedle vlastních příjemců, ti si služby platí ze svých prostředků a z příspěvků na sociální péči vyplácených potřebným jedincům státem. Toto je doplněno prostředky poskytovanými na činnost těch institucí samosprávnými jednotkami a charitativními organizacemi.

Tato významná změna proběhla poměrně nedávno, v povědomí většiny příjemců sociálních služeb je dosud zažitá praxe z doby před více než dvaceti lety. K tomu přistupují podstatné legislativní změny z posledních několika let, které se odklánějí od paternalistického přístupu.

Rysy paternalistického přístupu najdeme již v chudinském zákonu z roku 1868, jež „upravil ... povinnost obce pečovat o občana , který se ocitnul v nouzi a příslušel do obce domovským zákonem“ (Matoušek 2001, str. 115). Tento stav trval až do vzniku Československé republiky v roce 1918.

Následky první světové války přinesly značné množství zdravotně postižených válečných veteránů s invaliditou coby důsledek zranění za války a nemocných důsledkem dlouhodobé podvýživy. Vzniklo Ministerstvo sociální péče, sociální zákonodárství, zavádělo se sociální pojištění pro případ nemoci, stáří a invalidity. Vlastní péče o zdravotně postižení jedince zůstávala v péči sítě starobinců, chudobinců a chorobinců. Stát postupně sjednocoval složky sociální péče, financování bylo realizováno v naprosté většině na základě dobročinnosti.

Po druhé světové válce došlo k podstatným změnám, hlavně po roce 1948, kdy zrušením institutu domovského práva Zákonem o zrušení domovského práva (Zákon č. 174/1948 Sb., o zrušení domovského práva) přešla sociální péče z domovské obce na obec bydliště, případně obec pobytu.

Podstatnou úpravu pak představuje Zákon o sociálním zabezpečení z roku 1956, který ve svém §50 definuje úlohu státu v péči o zdravotně postižené. §61 určuje ústavní zaopatření v „ústavech pro osoby s trvalými tělesnými nebo smyslovými vadami, jichž ošetřování ve zdravotnickém zařízení není nutné“ (Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení) a „pro osoby, jež pro trvale upravené chorobné stavy nepotřebují léčebné péče ve zdravotnickém zařízení, avšak potřebují ústavního zaopatření“ (Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení).

Uvedený paragraf zákona ještě dodává, že „v ústavech se poskytuje osobám v nich umístěným potřebné zaopatření, příležitost k vhodné pracovní činnosti a kulturní péče“ (Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení).

Následující paragraf pak určuje že: „ústavy sociální péče zřizují, provozují a udržují výkonné orgány národních výborů, dobrovolné organizace, církve a náboženské společnosti; zřizovat je mohou též podniky a jednotná zemědělská družstva“ (Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení).

V praxi ale nestátní zařízení ve své většině byla postupně převedena pod správu státu. Šlo jednak o ústavy, které fungovaly již před přijetím této zákonné normy. Nově zřizované ústavy vzniklé po roce 1948 byly většinou umístěny v starých adaptovaných objektech, které nevyhovovaly pro zvolený účel.

Zde již plně převládl paternalistický přístup v zajišťování sociálních služeb, kdy se jednotliví zdravotně postižení jedinci stávali pasivními příjemci sociálních služeb na základě přidělového systému, tak jak to vidíme u § 64 Zákona o sociálním zabezpečení, který stanovil úlohu národních výborů „...vyhledávají osoby, jež potřebují zvláštní péče“ (Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení). Pokračování uvedeného paragrafu pak určovalo formu sociálních služeb: „Podle potřeby mohou jim zejména zajistit stravování za výhodnějších podmínek, poskytnout přiměřenou věcnou nebo peněžitou výpomoc a po případě i jinak pečovat o zlepšení jejich životních podmínek a uspokojování kulturních potřeb; k těmto účelům mohou být zřizovány jídelny, kluby a jiná zařízení“ (Zákon č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení). Byl tak dán rovněž právní podklad ke zřizování prvních klubů důchodců, pečovatelské služby, případně dalších služeb.

Zákon č. 121/1975 Sb., o sociálním zabezpečení ve svých § 93 až 95 navazuje na dosavadní platnou právní úpravu, stejně jako následná právní úprava zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení.

I když od šedesátých let vznikala řada nových zařízení, které již vyhovovaly standardům doby, tak přetrvávala celá řada ústavů sociální péče ve starých nevyhovujících objektech, které neposkytovaly ubytovaným zdravotně postiženým jedincům dostatek soukromí, docházelo k jejich přeplňování, či dokonce byly porušovány hygienické normy.

Po roce 1990 byla předkládána reforma celého systému včetně potřebných legislativních změn, docházelo k postupnému posilování sociálních služeb ambulantního charakteru, jako je pečovatelská služba nebo asistenční služby. Vznikala řada nestátních neziskových organizací poskytujících sociální a ošetrovatelské služby. Potřebnou legislativní změnu umožňující další rozvoj sociálních služeb přinesl až Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

1.5 Současná náplň sociálních služeb pro zdravotně postižené

Náplň sociálních služeb a výše příspěvků poskytovaných potřebným jedincům je v našich podmínkách definovaná na základě zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí, které uvádí v jednotlivých paragrafech tyto způsoby pomoci: „zajišťování péče o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytování informací, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psychoterapie a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách).

Zde je otázkou, zda do sociálních služeb, popřípadě v jakém rozsahu, patří zdravotní péče, kterou zdravotně postižení jedinci často nutně potřebují, lze ji zahrnout do ošetrovatelské péče jako je například provádění převazů, podávání léků, případně další podobné úkony. Jako vodítko, zda se ještě jedná o sociální službu, lze vzít způsob úhrady této služby – zda je hrazená ze zdravotního pojištění, či ze sociálních dávek. Podrobně je obsah služeb na základě sociálních dávek určen vyhláškou Ministerstva práce a sociálních věcí č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, respektive její novelizací vyhláškou č. 391/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Přesto zde zůstává jistý problém v případě, že jde o služby plně hrazené přímo potřebným jedincem, případně jeho rodinou.

Toto stanovisko ale nekoresponduje s obecným posláním a cíli sociální práce. Současné pojetí sociální práce ji vymezuje jako zajištění sociálního fungování (Matoušek 2001, str. 184). Matoušek zde uvádí řadu definic sociálního fungování,

cituje ale i Navrátila a Musila, kteří „ukazují, že osudy klientů bývají obvykle natolik specifické, že je obtížné vtěsnat je do schémat“. (Matoušek 2001, str. 186) Stejně i bio-psycho-sociálního pojetí jedince v psychologii, i medicíně respektuje sociální rozměr jedince a pracuje s ním, nelze proto hranici, kdy končí sociální služba a začíná jiná – psychologická nebo lékařská, přesně vymežit. Z toho vychází i praxe většiny zařízení, která poskytují nejen sociální služby. Variabilnost pojetí sociální práce a na to navazujících sociálních služeb ilustruje i různorodost a časový vývoj definice sociální práce, jak je vidíme například u Mojžíšové (Mojžíšová neuvedeno, str.5 a 6).

Podle Schimmerlingové a Novotné sociální péče: „...pomáhá uspokojovat společnosti objektivně uznávané sociální potřeby občanů“ (Schimmerlingová a Novotná 1992, str. 15) a dále pokračují: „Současné formy sociální péče, tj. dávky a služby sociální péče doplňují u nás všeobecná sociálně politická opatření, formulované právními normami“ (Schimmerlingová a Novotná 1992, str. 15).

Do sociálních služeb je Ministerstvem práce a sociálních věcí hlavně zahrnut rozvoj nebo zachování soběstačnosti uživatele služeb, návrat do původního domácího prostředí a obnovení či zachování původního životního stylu v podobě osobní asistence a pečovatelské služby, jejíž rozsah je upraven § 5 a 6, Vyhlášky č.505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Pro úplnost uvádím definici sociální práce, jak ji uvádí Mezinárodní federace sociálních pracovníků:

„Sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha. Užívaje teorií lidského chování a sociálních systémů, sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím. Pro sociální práci jsou klíčové principy lidských práv a společenské spravedlnosti“ (Sociální revue 2013, [online]).

1.6 Zařízení poskytující sociální služby pro zdravotně postižené

Při vymezení zařízení poskytujících sociální služby vycházím z toho, jaké služby tato zařízení poskytují a z platné legislativy, která je definována v díle III. zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který rovněž spolu s vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, částečně novelizovanou vyhláškou č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb. Tyto vyhlášky provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který uvádí služby sociální péče (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách):

- Osobní asistence, jako terénní službu poskytovanou osobám s cílem zajistit jejich soběstačnost, jež je poskytována docházejícím pracovníkem v místě bydliště potřebného jedince.
- Pečovatelská služba, jejíž rozsah je prakticky shodný s osobní asistencí, je rovněž poskytována také ambulantně.
- Průvodcovské a předčitatelské služby, tyto služby jsou hlavně určeny pro jedince se smyslovým postižením.
- Podpora samostatného bydlení u jedinců se sníženou soběstačností, pokud je tato dána zdravotním postižením včetně duševního onemocnění a to včetně chráněného bydlení, které je jinak zmíněno v zákoně samostatným paragrafem.
- Odlehčovací služby ve vyhlášce uváděné se svojí náplní v podstatě kryjí s osobní asistencí a pečovatelskou službou, jde o částečný nebo dočasný zástup za rodinné příslušníky nebo blízké osoby pečující o zdravotně postiženého jedince.
- Centra denních služeb částečně pro zdravotně postižené poskytují stejné služby jako pečovatelská služba, na rozdíl od ní jsou zdravotně postižení klienti schopni sami do těchto center docházet nebo se dopravit.
- Denní stacionáře mají také shodnou náplň poskytovaných služeb jako pečovatelská služba, zpravidla jsou využívány jedinci, u kterých je vhodný trvalý dohled třetí osoby. Jde o pobyt ve specializovaném zařízení po část dne.
- Týdenní stacionáře se od denních liší pouze nepřetržitým pobytem i přes noc.

- Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují v podstatě stejné služby jako týdenní stacionáře, navíc je zde služba trvalého ubytování potřebného pro zdravotně postiženého.
- Domovy pro seniory je nutné rovněž do přehledu zahrnout, poskytované služby sice mají menší rozsah než domovy se zdravotním postižením, vzhledem k věku a zvyšující se nemocnosti během stárnutí také jejich klienti vykazují zdravotní postižení, které musí poskytovaná péče reflektovat.
- Domovy se zvláštním režimem mají upravený režim tak, aby vyhovoval péči o nesoběstačné osoby s demencí.
- Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou určeny pro ty, u kterých není již z lékařského hlediska nutná hospitalizace ve zdravotnickém zařízení, ale z různého důvodu je není možné propustit domů, případně čekají na umístění v zařízení sociálních služeb s trvalým pobytem.

1.7 Komunitní plánování sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince

Zákonem č. 108/2006 Sb., sociálních službách, v platném znění, je uloženo krajským úřadům v § 95 zpracovávat ve spolupráci s obcemi na území kraje střednědobý „plán rozvoje sociálních služeb“ (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění), obcím je sice v § 94 tato povinnost uložena pouze fakultativně, mnohé větší obce si ale tyto plány vypracovávají, často pro celý mikroregion, který se shoduje s okruhem obcí, které spadají pod obec s rozšířenou působností. Tento postup podporuje i skutečnost, že organizace poskytování sociálních služeb a okruh působnosti jednotlivých poskytovatelů se většinou shoduje s hranicemi mikroregionu nebo oblastí, pro kterou obec s rozšířenou působností zajišťuje výkon státní správy.

Komunitní plánování je pak metodou, která obcím umožňuje zapojit se do plánování, vytváření střednědobých plánů více složek včetně poskytovatelů a příjemců těchto služeb optimalizuje a zkvalitňuje (Komunitní plánování [online]).

Komunitní plánování bylo v České republice realizováno v rámci projektu Equal Evropské unie v letech 2005 až 2008 s názvem: „Komunitní plánování jako nástroj

pro posilování sociální soudržnosti a podporu sociálního začleňování a předcházení sociálnímu vyloučení sociálně znevýhodněných osob na trhu práce“ (Centrum komunitní práce Ústí nad Labem, [online]). Celý projekt byl v rozsahu 72% dotován z prostředků Evropského sociálního fondu (Iniciativa společenství Equal, [online]). Cílem projektu bylo plánovat „rozvoj služeb na daném území pro určité skupiny znevýhodněných osob v určitém čase“ (Centrum komunitní práce Ústí nad Labem, [online]). Město Valašské Meziříčí bylo jedním z měst, která se stala přímými účastníky projektu.

Tak jak je komunitní plánování v uvedeném projektu prezentováno, chápu jako proces mající za cíl vytvoření optimálního složení sociálních služeb, v našem případě služeb pro zdravotně postižené jedince v regionu, čehož se má dosáhnout zapojením všech složek, které se na poskytování služeb podílejí, jejich příjemců a také potencionálních příjemců, kterými jsou všichni občané daného regionu, tedy celé komunity. Výsledný komunitní plán, pokud vychází ze všech zjištěných potřeb daného regionu a prostředků, které jsou k dispozici, dává předpoklad k účelnému a optimálnímu využití zdrojů, kde se střetávají různé požadavky jak příjemců, tak poskytovatelů sociálních služeb.

V plánování sociálních služeb pak dále narážíme na stejný problém, který musí řešit i medicína: „Udržitelná medicína každopádně uznává, že součástí jakéhokoliv modelu zdravotnictví je a vždy bude přidělový systém. Žádný model totiž nemůže poskytnout každému vše, co potřebuje. Naše tužby budou vždy přesahovat naše prostředky, zejména tehdy, když už samotný pokrok v medicíně zvyšuje očekávání veřejnosti. Ale abychom byli spravedliví: přidělový systém vyžaduje znalosti a všeobecný souhlas těch, kterých se dotýká“ (Callahan 2004 [online]). Toto ještě zvyšuje význam komunitního plánování. Jedině zapojením všech účastníků, vzájemnou výměnou informací o volných prostředcích, možnostech jednotlivých poskytovatelů, existujících požadavcích příjemců sociálních služeb a potenciální poptávce po těchto službách, lze vytvořit reálný plán a využít optimálně jak kapacitních možností, tak dostupných prostředků. Na druhé straně pak zapojení příjemců těchto služeb umožní řešit řadu problémů vyplývajících z jejich nerealistických představ a požadavků.

Proces komunitního plánování zahrnuje tyto účastníky (Topolovský 2004, str. 2):

Uživatele sociálních služeb, v našem případě zdravotně postižené jedince, kterým jsou služby určeny a kteří je využívají. Jejich přínosem pro celý proces je zviditelnění svých zájmů a možnost se vyjádřit, jak sami potřebu sociálních služeb vidí, a spolupodílení se na konečné podobě sociálních služeb.

Poskytovatele sociálních služeb, a to bez ohledu na zřizovatele, ti znají fungování služeb a systémové i provozní záležitosti. Dokáží také popsat stávající poptávku i předpokládané trendy.

Zadavatele sociálních služeb, kteří odpovídají za zajištění těchto služeb v daném regionu a garantují realizaci výstupů komunitního plánování.

Veřejnost se pak skládá ze všech ostatních zájemců, kteří jsou ochotní se na komunitním plánování spolupodílet.

2 Poskytování sociálních služeb v mikroregionu

Valašskomeziříčsko – Kelečsko

S ohledem na cíl této práce, kterou je analýza činnosti sociálních služeb pro zdravotně postižené v místě obce s rozšířenou působností – města Valašské Meziříčí, je proto vhodné uvést přehled zařízení a poskytovatelů sociálních služeb v tomto mikroregionu v současnosti a plánování nových zařízení v nejbližší budoucnosti. Tato kapitola informuje o stavu poskytovaných služeb včetně probíhajícího procesu komunitního plánování. Komunitní plán je podkladem, na jehož základě se poskytují sociální služby pro zdravotně postižené.

2.1 Přehled zařízení sociálních služeb věnujících se zdravotně postiženým v regionu Valašskomeziříčska – Kelečska

Chceme-li analyzovat poskytování sociálních služeb ve sledovaném regionu, je nutné vycházet z jejich aktuální nabídky a rozsahu tak, jak je nabízejí oficiální dokumenty. Následující přehled mapuje stav v době psaní této práce spolu se změnami, ke kterým v nabídce služeb dochází.

2.1.1 Charita Valašské Meziříčí

Charita Valašské Meziříčí poskytuje celou řadu jak sociálních, tak i jiných služeb, v přehledu uvedu jen služby, které jsou určeny pro zdravotně postižené a které byly využívány klienty z mikroregionu Valašské Meziříčí (Výroční zpráva Charita Valašské Meziříčí 2012 [online]):

- **Amika** – má ve své náplni sociální rehabilitaci psychicky nemocných jedinců. Podmínkou poskytnutí služby je doporučení příslušného odborníka z oboru psychiatrie nebo psychologie. V roce 2012 poskytlo své služby celkem 30 klientům.

- **Centrum osobní asistence** slouží klientům od sedmi let věku, dospělým a seniorům. V roce 2012 využívalo jeho služby celkem 21 klientů, z toho bylo 16 seniorů a pět ve věku od sedmi do 26 let .
- **Charitní pečovatelská služba Kelč** pečovala v roce 2012 celkem o 37 klientů, v roce 2012 řešila problém vzniklý s ukončením poskytování prostor pro činnost České spořitelny.

2.1.2 Diakonie Českobratrské církve evangelické, středisko Valašské Meziříčí

Diakonie poskytuje v podstatě stejné služby jako Charita (Výroční zpráva Diakonie 2011 a 2012, [online]). V roce 2011 se přestěhovala do nových prostor v budově bývalé Léčebny dlouhodobě nemocných, výhledově by se tak všechny poskytované služby (jak se ještě zmíním) soustředily do několika sousedících objektů. Diakonie nabízí tyto služby (Výroční zpráva Diakonie 2011 a 2012, [online]):

- **Denní stacionář** měl v uváděném roce 2011 denní kapacitu 10 klientů, celkem jej za celý rok využívalo 30 klientů.
- **Pečovatelská služba** byla zaměřená na zachování sociálního začlenění klientů a zabránění sociálnímu vyloučení, v roce 2011 využívalo služeb celkem 261 klientů.
- **Osobní asistence** byla v roce 2011 poskytována 17 klientům.
- Jako samostatnou službu nabízí Diakonie **Podporu samostatného bydlení**, která je svou náplní velice blízká osobní asistenci.
- **Denní stacionář pro seniory** , který je určen pro seniory nad 65 let věku, jde o nové zařízení, které je v provozu teprve od 26. listopadu 2013.
- **Hospic Citadela – Domov pro seniory** má sice v názvu „hospic“, ve skutečnosti ale jde o zařízení sociálních služeb, které je k Hospici Citadela organizačně přiřazeno. Jedná se o dvě oddělení, každé mající 21 lůžek – oddělení Sociálních lůžek a Domov se zvláštním režimem. V roce 2012 využilo služeb sociálních služeb celkem 49 klientů a Domova se zvláštním režimem 40 klientů.
- **Hospic Citadela – odlehčovací služby**. Sociální charakter této služby je zacílen spíše na nejbližší okolí klientů, kterým je tak umožněno po určitou dobu mít

jedince, o kterého pečují, ve specializovaném zařízení, jde vlastně o jakousi „dovolenou“. V roce 2012 využilo této služby 84 klientů.

- **Další služby**, které Diakonie nabízí, spočívají v půjčování pomůcek, mezi něž patří například chodítka a invalidní vozík.
- **Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** využívalo celkem 34 klientů, z toho sedm ambulantně. Služba byla ale k 1.8.2011 ukončena pro nedostatek prostředků.

2.1.3 Sociální služby Vsetín

Sociální služby Vsetín jsou příspěvkovou organizací a ze sociálních služeb provozují (Sociální služby Vsetín, 2013 [online]):

- **Domov pro seniory Podlesí** s kapacitou 203 klientů slouží nejen pro občany z mikroregionu, ale i pro Vsetínsko. Usnesením Rady Zlínského kraje č. 13 ze dne 17.6.2013 Rada „bere na vědomí plán útlumu Domova pro seniory Podlesí...“ a „...schvaluje zastavení přijímání uživatelů do služby domovy pro seniory,“... ..“s účinností od 18.06.2013“ (Rada Zlínského kraje, výpis usnesení z 13. zasedání ze dne 17.06.2013 [online]).
- **Domov se zvláštním režimem Podlesí** poskytuje své služby 18 klientům, rovněž zde není řada klientů z Valašskomeziříčska – Kelečska (ústní sdělení).
- **Domov pro seniory Rožnov pod Radhoštěm**. I když je mimo sledovaný region, má stejného zřizovatele a připadá v úvahu pro pobyt potřebných jedinců ze sledovaného regionu.

Do ledna 2012 byl k dispozici jako pobytová služba Domov s chráněným bydlením, Zlínský kraj se ale rozhodl provozování tohoto zařízení ukončit. Budova nadále slouží jako ubytovací zařízení pro seniory spravované městem Valašské Meziříčí prostřednictvím firmy AVAL s.r.o, ale již bez poskytování sociálních služeb (Město Valašské Meziříčí [online]).

2.1.4 Ostatní poskytovatelé sociálních služeb

Podané ruce, sociální družstvo

Sociální družstvo Podané ruce zajišťuje pečovatelskou službu a osobní asistenci v obcích Střítež nad Bečvou a Zašová, které jsou součástí mikroregionu (Podané ruce, sociální družstvo, 2013 [online]).

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, oblastní pobočka Vsetín

Vsetínská pobočka SONS v mikroregionu Valašské Meziříčí, poskytuje sociální služby pro své členy – nevidomé a slabozraké (Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, 2013 [online]).

Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž, o.p.s. pobočka Valašské Meziříčí

Ambulantně nebo terénně poskytuje tyto služby:

- Sociálně aktivizační služby sloužící k zlepšení nebo alespoň zachování sociálního kontaktu (Poradenské centrum pro sluchově postižené, 2013 [online]).
- Tlumočnické služby pro tlumočení z a do znakového jazyka (Poradenské centrum pro sluchově postižené ,2013 [online]).

Centrum Auxilium Vsetín

Poskytovatel služby, Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, klub Auxilium, o. s. zajišťuje pro mikroregion Valašské Meziříčí služby pro osoby ve věku od jednoho roku do 40 let, s tělesným, mentálním nebo kombinovaným postižením. Z mikroregionu Valašskomeziříčsko - Kelečsko poskytuje centrum služby 28 klientům (Centrum Auxilium Vsetín, [online]).

Centrum pro lidi se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny Valašské Meziříčí

Tato příspěvková organizace poskytuje jedincům se zdravotním – tělesným nebo mentálním postižením hlavně sociálně pracovní terapii (Centrum pro lidi se zdravotním postižením, [online]). V současné době podle poskytnutých informací pracovníky centra poskytuje služby 21 klientům, kapacita není plně vytížená, Centrum by mohlo uspokojit 24 klientů.

Domov pro seniory Panny Marie Královny, Choryně

Zřizovatelem tohoto domova je Institut Krista Velekněze s návazností na Římskokatolickou církev, děkanát Jeseník (Římskokatolická farnost Choryně, [online]). V roce 2013 se na tento domov obrátilo celkem devět žadatelů z mikroregionu Valašské Meziříčí - Kelečsko (ústní sdělení).

2.2 Komunitní plánování sociálních služeb v mikroregionu Valašské Meziříčí

Komunitní plánování sociálních služeb se v mikroregionu Valašské Meziříčí provádí od července 2005, kdy bylo přijato usnesení Rady města Valašské Meziříčí, které schválilo zapojení města do procesu komunitního plánování, bylo rozhodnuto vypracovat první komunitní plán města a byla uzavřena smlouva s cílem tento projekt realizovat, partnerství s Diakonií ČCE a Charitou ve Valašském Meziříčí. Na celý projekt byla získána dotace z fondů Evropské unie s termínem dokončení 30. května 2008.

Cílem celého projektu bylo „Nastavení efektivní spolupráce Města Valašského Meziříčí jako zadavatele, všech poskytovatelů registrovaných sociálních služeb a realizátorů činností souvisejících se sociálními službami jako poskytovatelů, konečných uživatelů služeb a veřejnosti“ (Komunitní plán města, str. 11) a „vytvoření efektivního systému sociálních služeb a navazujících činností, který pohotově reaguje na místní potřeby komunity žijící ve Valašském Meziříčí a integrovaných obcích“ (Komunitní plán města, str. 11).

V této etapě se komunitní plánování již netýkalo pouze města Valašské Meziříčí, ale celého mikroregionu. Prvním cílem mělo být schválení komunitního plánu sociálních služeb a následně vypracovat katalog sociálních služeb.

Výsledný 1. komunitní plán sociálních služeb města Valašské Meziříčí na období 2008–2010 obsahuje v kapitole „Podklady a informace potřebné k plánování“ (Komunitní plán města, str. 15) celou řadu údajů týkajících se jednak demografického složení obyvatelstva, stávající sítě sociálních služeb pro zdravotně postižené, frekvence využívání a počtu klientů sociálních služeb, ale i další řadu údajů a tvrzení, u kterých není uvedeno, jakým způsobem byly získány.

Podle zpracované analýzy mají zdravotně postižení jedinci zájem hlavně o pomoc s péčí o vlastní osobu, sociální poradenství, pomoc při zajištění stravování a sociální kontakty. Jako nejvíce vyhovující způsob sdělení o poskytovaných sociálních službách považují letáky dodávané do domácností, ale také přístupné u lékařů, dále s žádostí o informace se obracejí na pracovníka zařízení poskytujícího sociální služby, na osobu blízkou, na lékaře a na osobu již službu využívající.

V kapitole „Výstupy komunitního plánování ve Valašském Meziříčí za jednotlivé cílové skupiny“ (Komunitní plán města, str. 27) je uvedena celá řada cílů směřovaných převážně na udržení stávajícího stavu. Samotné komunitní plánování je charakterizováno jako cyklický proces „...tvorí spirálu, v níž se fáze, témata a mnohé problémy cyklicky opakují a je nutné se jimi opětovně zabývat na nové úrovni vývoje.“(Komunitní plán města, str. 8). V dostupných zdrojích se mi však nepodařilo zjistit, zda a jak bylo plnění tohoto komunitního plánu kontrolováno.

Jako další dokument komunitního plánování vznikl 1. komunitní plán sociálních a souvisejících služeb v mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko na období let 2012-2016 (Komunitní plán mikroregionu). V podkladech zmiňovaných jako nutných pro plánování je uváděná celá řada dokumentů, nikoliv však předcházející 1. Komunitní plán města Valašské Meziříčí. Dokument byl vytvořen v rámci projektu „Zavádění procesů komunitního plánování sociálních a souvisejících služeb v regionu Valašskomeziříčsko a Kelečsko“, financovaného z prostředků Evropského sociálního fondu prostřednictvím operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu České republiky.

Podklady potřebné k vypracování tohoto plánu byly podle uváděných zdrojů získány převážně na základě vlastních znalostí prostředí účastníků komunitního plánování, dále na základě dotazníkových šetření provedených jednotlivými pracovními skupinami pro zmapování aktuálního stavu a potřeb v obcích mikroregionu a údajů od jednotlivých obcí. Na základě získaných dat pak plán definuje obsah cílů a opatření pro oblast Lidé se zdravotním postižením. Vychází při tom z předpokládaného počtu jedinců se zdravotním postižením, který uvádí ve výši 4300 jedinců z asi 42000 obyvatel mikroregionu, které zdravotní postižení nějakým způsobem omezuje jak v běžných aktivitách, tak i ve společenském uplatnění. Jako hlavní cíl si plán stanovuje podporu zajištění dostatečné sebepečce a

maximálního začlenění do společnosti, to je pak realizováno řadou předpokládaných opatření členěných celkem do pěti oblastí (Plán mikroregionu, str. 42).

Jako součást cíle číslo 5 komunitního plánu je uváděno vytvoření metodiky pro mapování poptávky po sociálních službách a dalších aktivitách pro lidi se zdravotním postižením na území mikroregionu. To má být realizováno zavedením funkční evidence poptávky po sociálních službách s tím, že nebude sledovaná jen poptávka ze strany občanů, ale i tzv. skrytá poptávka na základě informací zájmu o sociální služby ze strany poskytovatelů a samospráv jednotlivých obcí.

V tomto plánu jsem nenalezla, že by se počítalo s jinou metodikou provádění průzkumu potřebnosti sociálních služeb a s opatřeními, která by zlepšila informovanost občanů o možnostech využívat sociální služby. Dále v tomto plánu není zohledněna problematika možnosti získat příspěvek na poskytované sociální služby na základě zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů v platném znění. Zapojení samotných uživatelů sociálních služeb v plánu není akcentováno.

Při komunitním plánování předpokládám střet zájmů, kdy uživatelé sociálních služeb budou zákonitě požadovat jejich co největší rozsah s maximem služeb hrazených z veřejných zdrojů, proti této skutečnosti stojí zájem zřizovatelů a i provozovatelů, zvláště když do hry vstoupí i otázka zisku pro provozovatele jednotlivých služeb. Pokud vezmu v úvahu již zmíněnou skutečnost, že v maximálním možném rozsahu, který by vycházel ze současných možností techniky a medicíny, není žádný model sociálních služeb ufinancovatelný, je při plánování těchto služeb nutný kompromis mezi reálnými možnostmi a požadavky uživatelů služeb, případně i veřejnosti, která není uživatelem služeb, ale také je neposkytuje.

Péče o seniory je v 1. komunitním plánu sociálních a souvisejících služeb v mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko zpracovaná samostatnou pracovní skupinou a vlastní plán jí věnuje oddělenou kapitolu. Problematika zdravotně postižených a seniorů je ale velice blízká, počet zdravotních postižení s věkem roste a značná část seniorů je zároveň nějakým způsobem zdravotně postižená. Řada služeb, jako je například pečovatelská služba nebo osobní asistence má význam jak

pro zdravotně postižené mladšího věku, tak i pro seniory. Potřeba sociálních služeb s věkem roste.

Oba zmiňované plány vypracované v rámci projektů komunitního plánování kopírují existující strukturu poskytovatelů sociálních služeb a nepočítají s jejich významným rozšířením či podstatnějšími změnami. Komunitní plány slouží jako závazný podklad při plánování poskytování sociálních služeb, proto je nutné je zahrnout do analýzy činnosti sociálních služeb ve zkoumaném mikroregionu.

2.3 Plánovaná výstavba Seniorparku Valašské Meziříčí

Jak je z předcházejícího zjištění zřejmé, nepočítá se se změnou stávajícího stavu a může nastat situace, kdy z kapacitních důvodů již nebude možné umístění nových klientů do stávajících zařízení.

V současné době jsou schváleny změny spojené s rozsáhlými investicemi, které se týkají Domova pro seniory v Podlesí, „Projekty nových domovů navazují na záměr útlumového režimu v Domově pro seniory Podlesí. Současný stav domova v Podlesí je totiž podle Nersesjan nevyhovující a celková rekonstrukce by vyšla dle odborného odhadu na více než 200 milionů korun“ (Zlínský kraj získal miliony korun na stavbu dvou nových domovů pro seniory [online]). Domov v Podlesí je v současné době dominantním zařízením svého typu v mikroregionu Valašské Meziříčí, v současné době již nejsou do něj přijímáni další uživatelé (viz. Kapitola 2.1.3). Dochází tak k dost podstatnému snižování kapacity uvedeného zařízení v době, kdy výstavba náhradního domova ještě ani nezačala. Výstavba je plánovaná do dvou etap, kdy stavební práce první etapy mají začít v březnu 2014 s termínem dokončení v dubnu následujícího roku, plánovaná kapacita je 42 ubytovacích míst (Rozvojový projekt Domov pro seniory Seniorpark Valašské Meziříčí [online]), podle původních plánů však stavba vykazuje již takřka půlroční zpoždění Paradoxem je, že Katalog sociálních služeb ve Zlínském kraji [online] služby

Domova pro seniory v Podlesí stále nabízí⁵, i když noví uživatelé již nejsou přijímáni.

2.4 Analýza informovanosti obyvatel o sociálních službách provedená společností Factum Invenio

Ve dnech 18. listopadu až 20. prosince 2010 provedla společnost Factum Invenio (Závěrečná zpráva o zjištění informovanosti obyvatel ve vztahu k sociálním službám za ORP Valašské Meziříčí)⁶ výzkumné reprezentativní šetření názorů obyvatel mikroregionu Valašské Meziříčí s cílem zjistit, jak občané mikroregionu vnímají sociální služby. Průzkum byl proveden celkem u osmdesáti respondentů reprezentujících vzorek populace formou standardizovaného rozhovoru, který byl prováděn na základě dotazníku. Z otázek položených v tomto výzkumu mají přímý vztah k mé práci tyto tři dotazy:

1. Máte dostatek informací o sociálních službách ve vašem okolí?

Na tuto otázku 47% respondentů uvedlo rozhodný nesouhlas s tvrzením, že mají dostatek informací o sociálních službách ve svém okolí, a 33% spíše nesouhlasí, celkem tedy 80% respondentů uvádí, že má nedostatek informací o sociálních službách. (Závěrečná zpráva 2010, str. 16)

2. Z jakého zdroje byste nejraději informace o sociálních službách získávali? Můžete uvést více zdrojů.

Zde jsou jako preferovaný zdroj uváděny internetové stránky Městského úřadu – 56% respondentů, dále pak osobní návštěvu městského úřadu uvádí 34% , osobní návštěva poskytovatele sociálních služeb a informace pomocí letáků distribuovaných do domácností – v obou případech 21%.

3. Znáte „Katalog sociálních služeb Zlínského kraje“? (Závěrečná zpráva 2010, str. 16)

Znalost existence tohoto katalogu uvedlo pouze 6% respondentů. (Závěrečná zpráva 2010, str. 16)

5 Stav k 14. únoru 2014

6 Dále „Závěrečná zpráva 2010“

Průzkum byl zaměřený nikoliv na příjemce sociálních služeb, ale na běžnou populaci. (Závěrečná zpráva 2010, str. 6.) Klienti sociálních služeb a jejich blízcí představují specifickou skupinu osob, u kterých je nutné respektovat řadu skutečností vyplývajících právě z jejich zdravotního postižení. Problém nevidím v provedení výzkumu, který se podle mého názoru vyznačoval profesionalitou, ale v jeho zadání, kdy by bylo přínosnější mít jako cílovou skupinu potenciální příjemce sociálních služeb.

Tuto zkrácenou informaci o výsledcích výzkumu společnosti Factum Invenio uvádím pro možnost srovnání s informacemi, které budou výstupem praktické části mé bakalářské práce.

3 Předmět výzkumné části práce

Ve výzkumné části práce, ve které je mým cílem analyzovat činnost sociálních služeb pro zdravotně postižené v daném regionu, chci zjišťovat názory respondentů na rozsah a kvalitu sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince. Volím k tomu formu dotazníku s vědomím, že vlastní výzkum bude nutné modifikovat na podmínky cílové skupiny.

V první části dotazníku se zjišťuje spokojenost respondentů s poskytovanými sociálními službami, která je doplněná otázkou, zda rozsah některé služby považují za nedostatečný. Tato otázka je dále doplněna zjišťováním názoru respondentů na způsob informování o sociálních službách, který by jim nejlépe vyhovoval.

Vzhledem k věkové a zdravotní situaci příjemců sociálních služeb považuji za neefektivní vydání jednorázového propagačního materiálu a jeho umístění na internet. Za optimální bych považovala spolupráci s příslušnými lékaři, kteří by měli doporučit potencionálním klientům danou službu bez ohledu, jestli jde o ošetřovatelské úkony nebo sociální službu.

3.1 Kritéria výběru respondentů

Výběr respondentů do průzkumu byl prováděn podle těchto kritérií:

1. Zdravotně postižení jedinci, u kterých je předpokládaná potřeba zajištění některé ze sociálních služeb, osoby o tyto jedince pečující, sdílející domácnost, případně jejich příbuzní, a to bez ohledu na skutečnost zda nějakou sociální službu využívají.

2. Jedinci, kteří sice nepatří mezi zdravotně postižené, ale předpokládají u sebe možnost zdravotního postižení vyžadující nějakou sociální službu nebo předpokládají tuto možnost u osoby žijící ve společné domácnosti nebo osoby blízké, popřípadě přišli do kontaktu s některou institucí zajišťující sociální služby.

Z toho vyplývá, že výzkum nebude prováděn mezi běžnou populací.

Do výzkumu nebudou dále zařazeni respondenti: v pracovním poměru v některé organizaci poskytující sociální služby, v pracovním poměru ve státní správě v úseku sociálních služeb, členové některé komise samosprávy a členové zastupitelstev, a to i v případě, že jsou poživateli sociálních služeb pro tělesně postižené. Důvodem jejich nezařazení je předpoklad plné informovanosti ve všech položených otázkách a předpoklad ovlivnění výzkumu s cílem dosažení co nejlepšího výsledku vzhledem ke střetu zájmů.

Počet zpracovaných dotazníků je limitován nemožností prostého rozdáni dotazníkových archů a předpokládanou nutností značnému počtu respondentů s vyplňováním dotazníku pomoci, případně jej vyplnit formou rozhovoru.

3.2 Problematika výzkumu u zdravotně postižených jedinců

Výzkum pomocí dotazníku je zaměřen, vedle rodinných příslušníků, na osoby, které jsou příjemci sociálních služeb z důvodu zdravotního postižení. Provádění výzkumu u zdravotně postižených jedinců, pokud vycházím ze svých zkušeností s těmito osobami, představuje určité specifikum. U řady z nich je přítomno smyslové postižení zraku nebo sluchu, které ovlivňuje jejich vnímání, případně schopnost písemného projevu, určitým problémem může být i vyšší věk. Jedinci s postižením zraku - pokud budeme chtít i od nich získat vyplněný dotazník - se neobejdou bez pomoci, u respondentů se sluchovým postižením - nedoslýchavostí ve vyšším věku - je rovněž nutné počítat s problémy, zvláště s nutnou verbální komunikací, bez které se ani u vyplňování dotazníku neobejdeme: „Sluch se zhoršuje pomalu, nedoslýchaví často tuto vadu před okolím tají... ..při běžné konverzaci často neporozumí správně obsahu hovoru, ostýchají se opakovaně ptát, jejich odpovědi mohou být nesprávné, dochází k nedorozuměním...“ (Čechová 1995, str. 99).

Specifickou skupinou mohou být jedinci s počínající demencí, většinou na podkladě Alzheimerovy choroby. „Onemocnění začíná plíživě a řada odborníků uvádí, že k plnému rozvoji nemoci je „cesta dlouhá“ a trvá zpravidla až 12 let“ (Haškovcová 2010, str. 263).

Pro některé respondenty může být jejich zdravotní postižení limitujícím faktorem ve správném pochopení a vyplnění dotazníku, na tazatelovi je rozhodnutí, zda

dotazník nechá k vyplnění respondentovi, anebo nechá jej respondentem vyplnit s pomocí, kdy si ověří, zda jednotlivým otázkám plně porozuměl, nebo jej na základě obdržených odpovědí sám vyplní, případně jej z výzkumu vyřadí.

Znamená to, že v odůvodněných případech bude zapotřebí použít standardizovaného rozhovoru, kdy otázky dotazníku poslouží jako podklad. Prosté vyplnění dotazníku je tak formou strukturovaného rozhovoru, který „dovoluje jak ústní, tak písemnou formu“ (Žižlavský 2003, str. 70).

3.3 Struktura dotazníku a otázek

Dotazníkový arch má úvodní sdělení, které informuje respondenty i případné tazatele o účelu průzkumu spolu s poučením o ochraně osobních dat. Skutečnost, že sběr informací je svěřen více tazatelům, případně některé archy budou respondenti vyplňovat sami, obsahuje i identifikační položku - která by umožnila vyřadit archy s případným podezřením na opakované vyplnění týmž respondentem - v podobě uvedení jeho věku. Formulace je volená tak, aby byla maximálně zajištěná anonymita respondenta a tím jeho ochrana. Důraz na ochranu osobních údajů má dále za cíl zlepšit ochotu respondentů zapojit se do průzkumu.

Otázky jsou zaměřené na obecnou informovanost respondentů o sociálních službách včetně možnosti získání příspěvku na financování těchto služeb a zjištění, jakým způsobem informace získali. Porovnání údajů z dřívějších výzkumů prováděných v rámci komunitního plánování při tvorbě komunitního plánu města Valašské Meziříčí i mikroregionu Valašské Meziříčí umožní posoudit můj předpoklad formulovaný v úvodu této práce.

Při formulaci otázek bylo až na výjimky použito uzavřených a polouzavřených otázek zaměřených přímo na zkoumaný problém míry informovanosti. V případě otevřených otázek je možnost odpovědi omezena okruhem zkoumaného problému. Hlavním důvodem pro volbu převážně uzavřených otázek je předpoklad jednoznačného zpracování odpovědí a tím vyvození výsledků, které umožní naplnit cíl této práce.

Dotazník obsahuje tři okruhy otázek, první se týká příspěvku na péči, respektive informovanosti o možnosti získání tohoto příspěvku, druhý okruh je zaměřen na

míru informovanosti a na zdroje informací o sociálních službách pro zdravotně postižené a třetí se věnuje dostatečnosti nabídky těchto služeb (vzor dotazníku příkládám v příloze).

3.4 Organizace výzkumu

Výzkum byl realizovaný v době od 1. února do 28. února 2014 distribucí do zařízení, která poskytují sociální služby pro zdravotně postižené jedince. Zde byla část dotazníků vyplněna prostřednictvím pracovníků těchto zařízení, většinou formou řízeného strukturovaného – standardizovaného rozhovoru. Rozhodnutí, zda vyplní dotazník na základě rozhovoru, či jej nechá vyplnit respondentovi, případně nechá vyplnit s pomocí, bylo ponecháno na tazatelích. Důvodem k tomuto kroku byla skutečnost, že se jedná o pracovníky, kteří mají praktické zkušenosti s prací se zdravotně postiženými jedinci. Tazatelé byli instruováni v tom smyslu, že v případě, že mají pochybnosti, zda respondent chápe obsah otázek, jej do výzkumu nezařazovat, otázky pouze tlumočit a tazatele neovlivňovat nápovědnými komentáři či otázkami.

Další část dotazníků byla předložena zdravotně postiženým jedincům a jejich rodinným příslušníkům při provádění sociálních šetření. Tazatelé byli instruováni stejným způsobem jako pracovníci v zařízeních sociálních služeb, třetí skupinu tvořili náhodně vybraní respondenti a jejich rodinní příslušníci, o kterých je známo, že využívají nějakou sociální službu.

3.5 Vyhodnocení uzavřených otázek dotazníku

Otázky dotazníku byly členěny do tří okruhů:

- První okruh otázek zjišťoval, zda respondenti mají nějaké zdravotní postižení, zda čerpají příspěvek na péči a zda využívají nějakou sociální službu (otázky č. 2, 6 a 12). Otázka č. 12 byla doplněna o možnost doplnění jiného zdravotního postižení, než uvedená v nabídce.

- Další skupina otázek byla zaměřena na kvalitu a rozsah poskytovaných služeb (otázky 4 a 5, doplněné otevřenými otázkami č. 7 a 8).

Průzkumu se účastnilo celkem 72 respondentů, sedm dotazníků bylo z hodnocení vyřazeno, v pěti případech se dotazník vrátil pouze částečně vyplněný, ve dvou případech byl vyřazený pro jeho zmatečnost. Tento dotazník byl vyplněn přímo respondentem, nebo odpovědi v otevřených otázkách se netýkaly tématu dotazníku, u uzavřených otázek (např. u otázky č. 5 zatrhl obě protichůdné možnosti). Do hodnocení bylo zařazeno 65 dotazníků s rozmezím věku od 27 do 91 let, s průměrným věkem 61 let. V dalších 23 případech se oslovení jedinci odmítli výzkumu účastnit, případně si vyzvedli dotazník, ale ten již vyplněný nevrátili.

Mezi respondenty jednoznačně převažovali respondenti s pohybovým postižením, druhou největší skupinu tvořili jedinci s mentálním postižením. Žádné zdravotní postižení uváděli rodinní příslušníci.

Tabulka č. 1: Přehled jednotlivých zdravotních postižení respondentů.

Druh zdravotního postižení	pohybové	zrakové	sluchové	mentální	jiné	žádné
Počet	35	6	2	9	3	18

Vzhledem k tomu, že někteří respondenti mají kombinované zdravotní postižení, jejich součet přesahuje počet respondentů.

Příspěvek na péči pobíralo celkem 47 respondentů, z toho 28 respondentů uvedlo využívání konkrétní sociální služby.

Využívání sociální služby ve smyslu Zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách uvedlo celkem 24 respondentů, vyřazené byly odpovědi, kde byla uvedená služba neodpovídající Zákonu o sociálních službách.

Tabulka č. 2: Zdroj informací jednotlivých respondentů o možnosti získat příspěvek na péči.

Zdroj informace	sdělovací prostředek	pracovníci sociálních služeb	známí či rodina	na úřadě	jinde
Počet	17	9	39	10	12

Protože někteří účastníci ankety uvedli dvě, v jednom případě tři možnosti, převyšuje celkový počet odpovědí v tabulce č. 2 počet respondentů.

Tabulka č. 3: Sociální služby využívané respondenty

asistenční služba	4
dovoz obědů	5
dovoz obědů, asistenční služba	4
denní stacionář	3
domov pro seniory	2
pečovatelská služba	2
podpora samostatného bydlení	2
zapůjčení pomůcky	1
respitní odlehčovací služba	1

Jako zdroj informací jednoznačně dominují známí a rodina, kombinace rodiny a známých versus úřad nebo pracovníci sociálních služeb je v pěti případech. Zarážející je nízký počet pracovníků v sociálních službách.

Stav obecné informovanosti zdravotně postižených hodnotilo jako nedostatečný 14 respondentů, jako dostatečný 24 a 27 míru informovanosti nedokáže posoudit.

U dotazu, kde budou respondenti přednostně hledat informace o sociálních službách, jich naprostá většina jako zdroj informací preferuje lékaře, až po nich

pracovníky příslušných úřadů, spolky a organizace uvedla jen naprostá menšina, tuto skutečnost by bylo možné vysvětlit nízkým počtem zdravotně postižených respondentů se zrakovým a sluchovým postižením, kteří mají své vlastní organizace, které je sdružují. Podrobněji se k tomuto problému vrátím v části hodnotící odpovědi na otevřené otázky.

Tabulka č. 4: Kdo by měl informovat zdravotně postižené o nabídce sociálních služeb:

Měl by informovat o sociálních službách	lékař	organizace a spolky zdravotně postižených	pracovníci úřadů	někdo jiný
počet	38	11	28	0

Úroveň poskytování sociálních služeb považuje jako vyhovující 12 respondentů, tj. 18.5 %, částečně vyhovující 41 respondentů, tj. 63 % a nevyhovující 12, tj. 18.5 %. Poměr těch, kteří hodnotí sociální služby jako zlepšující se, proti těm, kteří je hodnotí jako zhoršující se, je 35:30, tj. 54 % ku 46 %.

3.6 Vyhodnocení otevřených otázek dotazníku

Na tyto otázky část respondentů – 22 neodpověděla vůbec, popřípadě odpověděla pouze na některé otázky. Odpovědi jsem rozdělila do dvou skupin: na otázku č. 11 týkající se informovanosti respondentů o sociálních službách pro zdravotně postižené a na druhou skupinu s odpověďmi na otázku, které sociální služby respondenti postrádají částečně nebo úplně.

V otázce č. 11: „Doporučujete-li cokoli pro zlepšení informovanosti o poskytovaných sociálních službách, uveďte:“ vedle povšechných doporučení jako je informování pomocí sdělovacích prostředků a tisku, případně letáků, uvedli někteří respondenti tato doporučení:

„Přehled poskytovaných služeb + kontakt na daném území, např. 1x za rok jako příloha zpravodaje, který obdrží každá domácnost.“

„Možná by měla být každá osoba základně informována již při odchodu do důchodu a s důchodem by mohla být distribuovaná karta s telefonními čísly kam a jak se o pomoc obrátit.“ „Brožurky s nabídkou soc. služeb v čekárnách lékařů.“ „Informační materiály v čekárnách lékařů.“

Poměrně obsáhlá byla odpověď: „Chybí souhrnná nabídka sociálních služeb, která by běžnému občanovi přehledně nabídla, o co může žádat na úřadu práce a co mu nabídne např. Charita, Diakonie. Každý si hledí svého a potřebný, zdravotně postižený občan musí pracně zjišťovat, co mu kdo může nabídnout. Dle mého by pomohla jednoduchá brožurka, kde by bylo jasně a stručně vypsáno o co všechno a kde se může v jednotlivé obci – městě žádat.“ se u respondenta objevila přes skutečnost, že materiály s přehledem nabízených sociálních služeb byly v nedávné minulosti vydány a jsou dostupné na internetu.

Další respondent uvádí: „Myslím si, že pokud člověk přijde na úřad, měl by dostat kompletní informace o dávkách, na které má nárok. Někdo se doví, že má nárok na dávku k bydlení, ale už mu neřeknou, že by mohl mít také nárok na další dávky. Například v hmotné nouzi, příspěvek na dítě atd. Lidé si mezi sebou šušejí o různých dávkách, ale pokud sám o konkrétní dávku nepožádá, nikdo mu neřekne, že by měl žádat i o další, když úředník vidí, že by na některou dávku dosáhl. Respondent se sice zmiňuje o jiných dávkách, než je příspěvek na péči, názor je ale nutné srovnat s odpověďmi na otázku č. 3, kde naprostá většina respondentů uvádí, že čerpá informace o možnosti získat příspěvek na péči od rodinných příslušníků a známých.

Celkem 37 respondentů na tuto otázku neodpovědělo, nebo odpovědělo „nevím“, „nedovedu posoudit“

Na otevřenou otázku č. 7: „Které sociální služby jsou podle mého názoru poskytovány v nedostatečném rozsahu“ bylo ze strany jedinců s mentálním postižením ve třech případech uvedeno poskytování příspěvku na bydlení, který je pro ně „nesrozumitelný“ - zde by bylo potřeba specifikovat, co pod pojmem nesrozumitelný mysleli, předpokládám, že jde zřejmě o komplikovanost jeho vyřizování a že nerozumí, zda na něj mají nárok, dále bylo z okruhu osob s

mentálním postižením ve dvou případech zmíněno -, „nedostatek pobytových zařízení v souvislosti s chráněným bydlením“. Jeden respondent uvedl nedostatek chráněných dílen v regionu. V jednom případě respondent uvedl „nedostatek chráněných dílen, možnost výdělku“. Nejvíce respondentů uvedlo postrádání pobytových zařízení pro seniory - celkem v 11 případech, z toho ve čtyřech případech ve spojení s odlehčovacími službami. Samostatně uvedlo nedostatek odlehčovacích služeb pět respondentů. Poskytování asistenčních služeb považovalo za nedostatečné šest respondentů. 37 respondentů na tuto otázku neodpovědělo, nebo odpovědělo, že toto nedovedou posoudit.

Na otázku č. 8: „Které sociální služby pro zdravotně postižené postrádám úplně“ odpovědělo celkem 19 respondentů, ostatní na tuto otázku buď neodpověděli vůbec, nebo v několika případech odpověděli „nedovedu posoudit“. Většina odpovědí patřila do předchozí otázky, jako: „málo pečovatelských služeb“, „nedostatek denních stacionářů pro seniory“, „pobytová zařízení“ nebo „odlehčovací služba“. Ve všech těchto případech respondenti uvedli stejnou nebo podobnou odpověď - i v otázce č. 7: „Které sociální služby jsou podle mého názoru poskytovány v nedostatečném rozsahu?“ Náměty, které představují neposkytované sociální služby v mikroregionu Valašské Meziříčí - Kelečsko, byly celkem čtyři: „týdenní stacionáře“, „přítomnost další osoby v noci“, „pomoc lidem, kteří pečují o blízkou osobu“ - respondent charakter této pomoci bohužel nespecifikoval, a „společnost pro starší lidi“. Jeden z respondentů do této otázky uvedl „garance kvality služeb“.

3.7 „Domov“ Dolní Rozpíté

Při hodnocení dotazníkových listů jeden respondent uváděl jako využívanou službu ubytovací zařízení pro seniory, které nebylo uvedené v dostupných zdrojích, včetně nově spuštěného elektronického katalogu sociálních služeb Zlínského kraje (Elektronický katalog sociálních služeb [online]). I když se jmenované zařízení nenachází ve sledovaném mikroregionu, bylo na dotazníku respondenta z mikroregionu Valašské Meziříčí - Kelečsko uvedené jako využívané. Provedla jsem proto průzkum s cílem získat o tomto zařízení informace a doplnit je do přehledu v kapitole 2.1 Přehled zařízení sociálních služeb věnujících se zdravotně postiženým

v regionu Valašskomeziříčsko - Kelečsko. Zlínským krajem není toto zařízení registrované.

Vzhledem k celkově negativnímu hodnocení sociálních služeb respondentem jsem se rozhodla si přezkoumat validitu jmenovaného dotazníku ověřením existence uváděného zařízení sociálních služeb. Na internetu je dostupná prezentace a nabídka služeb: „Penzion Rozpité: Zaměřujeme se na ubytování pro seniory a invalidní důchodce různého věku, imobilních, odkudkoliv z ČR a SR. Dále se zaměřujeme na zprostředkování asistenční služby - ošetřovatelské (kromě zdravotních úkonů) 24 hodin denně.

Penzion Rozpité se nachází v obci Dolní Bečva, 5 km od Rožnova pod Radhoštěm, v malebném údolí v Dolním Rozpitém, obklopen lesy.

Zaměřujeme se na úroveň domácí péče s vlídným přístupem všech ošetřovatelů a zaměstnanců penzionu.

Nadmořská výška 500m, dojezd k penzionu po asfaltové komunikaci. Penzion má vlastní zahradu s příjemným posezením v přírodě. Klienti mají možnost zřízení vlastní zahrádky, možnost využití dílny k zájmovým činnostem nebo sportovního rybolovu v chovné nádrži“ (Penzion domov seniorů Dolní Rozpité, [online]).

V přehledu podnikatelských subjektů Zlínského kraje je jako provozovatel a předmět činnosti firmy uvedeno:

„Martina Janostyaková - Penzion pro seniory Rozpité. Firma: Martina Janostyaková - Penzion pro seniory Rozpité. Kraj: Zlínský, Dolní Bečva. Domov důstojného stáří pro seniory, invalidní důchodce, parkinson, alzhaimer. choroba, stařecká demence“ (Zlín firmy, [online]).

Provozovatelem je Martina Janostyaková, která má tato živnostenská oprávnění: Hostinská činnost, zprostředkování obchodu a služeb, velkoobchod a maloobchod, ubytovací služby, realitní činnost, správa a údržba nemovitostí, provozování cestovní agentury a průvodcovská činnost v oblasti cestovního ruchu, praní pro domácnost, žehlení, opravy a údržba oděvů, bytového textilu a osobního zboží, poskytování služeb osobního charakteru a pro osobní hygienu, poskytování služeb pro rodinu a domácnost (Živnostenský rejstřík, [online]).

Jde o bývalé rekreační středisko ROH, které má v katastru nemovitostí zapsaného majitele: Odborový svaz skla, keramiky a porcelánu, náměstí Winstona

Churchilla 1800/2, Žižkov, 11359 Praha jako objekt občanské vybavenosti bez orientačního i popisného čísla (Nahlížení do katastru nemovitostí, [online]). Objekt je vybaven jako standardní hotel, nemá výtah, je řešen bariérově na úrovni 70. – 80. let minulého století. Živnostenské oprávnění „Poskytování služeb osobního charakteru a pro osobní hygienu“ podle Nařízení vlády obsahuje vedle „seznamovacích a svatebních kanceláří, astrologů.... ...Poskytování služeb pro osobní hygienu a služeb souvisejících s péčí o vzhled osob, zejména provozování solných jeskyní, veřejných lázní, umýváren, WC, veřejných prádelen a podobně“ (Nařízení vlády ze dne 23. července 2008 o obsahových náplních jednotlivých živností, str. 63). Z předmětu podnikání je vyloučeno: „poskytování kosmetických služeb, manikúra, pedikúra, holičství a kadeřnictví, činnosti, při nichž je porušována integrita lidské kůže, provozování solárií, poskytování masérských, regeneračních a rekondičních služeb ani provozování bazénů, saun, fit-center a jiných sportovních zařízení a zařízení sloužících regeneraci a rekondici“ (Nařízení vlády ze dne 23. července 2008 o obsahových náplních jednotlivých živností, str. 63).

U živnostenského oprávnění „Poskytování služeb pro rodinu a domácnost“ je výslovně uvedeno, že se netýká „poskytování sociálních služeb podle zákona o sociálních službách“ (Nařízení vlády ze dne 23. července 2008 o obsahových náplních jednotlivých živností, str. 63). Provozovatelka přitom inzeruje volné místo ošetřovatele – pečovatele: „Ošetřovatelé ve zdravotnických a sociálních zařízeních - Ošetřovatelé - pečovatelé pro seniory... ...Náplň práce: Zajištění ošetřovatelské péče seniorů dle jejich potřeb“ (Úřad práce, aktivní volná místa, [online]).

Z výše uvedeného vyplývá, že Domov Dolní Rozpité nelze považovat za zařízení, které poskytuje sociální služby, za nějž je někteří respondenti mylně považovali.

4 Zjištěné problémy v poskytování sociálních služeb v mikroregionu Valašské Meziříčí - Kelečsko z pohledu jejich příjemců

Cílem mé práce, k jehož dosažení postupnými kroky průběžně směřuji, je analyzovat činnost sociálních služeb pro zdravotně postižené v místě obce s rozšířenou působností – města Valašské Meziříčí. V této kapitole uvedu na základě provedeného průzkumu hlavní zjištění, ke kterým jsem dospěla.

Výsledky šetření provedené společností Factum Invenio

O poskytovaných sociálních službách vykazovali respondenti mého výzkumu podstatně větší informovanost, než respondenti v šetření provedeném společností Factum Invenio. Zarážející je disproporce v uváděném zdroji informací, kdy v mém výzkumu jednoznačně dominují rodinní příslušníci a známí. Internet jako zdroj informací nebyl výslovně uvedený, zahrnovala jej jednak možnost „jinde“ případně i „sdělovací prostředek“. V otázce „Kdo by měl informovat zdravotně postižené o nabídce sociálních služeb“ byla tato možnost umožněná volbou „někdo jiný“ - tuto volbu však nevyužil žádný respondent.

Je zde nutné zohlednit jednotlivé cílové skupiny výzkumů, které byly odlišné . V mém případě šlo o příjemce sociálních služeb a jejich rodinné příslušníky, výzkum společnosti Factum Invenio byl zaměřen na běžnou populaci.

Katalog sociálních služeb Zlínského kraje jako zdroj informací v mém výzkumu nevedl nikdo.

Informovanost příjemců sociálních služeb: Respondenti by uvítali průběžnou možnost získávání informací, nejlépe v situaci aktuálního vzniku potřeby sociální služby. Ve své většině považují za nejlepší místo, kde by měly být informace

k dispozici, ordinace lékařů, byla vzpomenua forma letáků nebo nástěnek. Katalogy sociálních služeb jako výstupy komunitního plánování jsou prakticky neznámé.

Rozsah poskytovaných sociálních služeb nepovažují respondenti za dostačující, uvádějí nedostatečné pobytové služby v podobě domovů pro seniory, nedostatečný rozsah asistenčních služeb včetně jejich nedostupnosti „mimo běžnou pracovní dobu“, tj. ve večerních hodinách a dnech pracovního klidu. Rovněž postrádají odlehčovací služby pro rodinné příslušníky zdravotně postižených jedinců.

Z 47 sledovaných respondentů pobírajících příspěvek na péči jich 40% nevyužívá žádnou sociální službu, na druhou stranu uvádějí nedostatek poskytovaných sociálních služeb.

V regionu působí zařízení poskytující pobytové sociální služby, aniž k tomu má potřebná oprávnění. U tohoto zařízení lze předpokládat nedostatky ve kvalitě a rozsahu poskytovaných služeb.

Závěr

Práce se zaměřila na analýzu poskytovaných sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince.

První část práce vymezuje obsah sociálních služeb, vymezuje služby patřící do ošetrovatelské péče, specifikuje rozsah sociálních služeb tak, jak jsou poskytované na základě platné legislativy. Zmiňuje proces „komunitního plánování“, které je prováděné s cílem zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb a plánování jejich rozsahu.

Druhá část analyzuje současný stav v poskytování sociálních služeb jednotlivými spolky a organizacemi. Dominantními poskytovateli je Diakonie Českobratrské církve evangelické Valašské Meziříčí, Charita Valašské Meziříčí a Sociální služby Vsetín. Tyto poskytovatele doplňují další - menší poskytovatelé sociálních služeb místního významu, nebo zaměření jen na úzkou cílovou skupinu zdravotně postižených jedinců.

V mikroregionu Valašské Meziříčí proběhl dvakrát proces komunitního plánování. První organizovalo město Valašské Meziříčí, podruhé vyústilo ve vytvoření 1. komunitního plánu sociálních a souvisejících služeb mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko. Druhý v pořadí vytvořený komunitní plán nenavazoval na svého předchůdce a ani nevyužil podklady, které sloužily při zhotovení komunitního plánu města.

Práce uvádí informace o plánování výstavby Seniorparku ve Valašském Meziříčí, který má v budoucnu nahradit stávající Domov pro seniory v Podlesí včetně dopadu na lůžkovou kapacitu ubytovacích sociálních služeb pro seniory.

V rámci komunitního plánování proběhl průzkum společnosti Factum Invenio, jehož výstupy byly použity v rámci 1. komunitního plánu mikroregionu Valašskomeziříčsko-Kelečsko.

Třetí výzkumná část práce provedla pilotní průzkum s cílem zjistit rozsah a kvalitu sociálních služeb pro zdravotně postižené jedince. Pilotní charakter průzkumu byl zvolen vzhledem k specifickému charakteru cílové skupiny respondentů, kdy nebyl k dispozici žádný dostupný materiál nebo práce, která by v

minulosti podobný průzkum prováděla. Výzkum potvrdil můj předpoklad, že jednorázová distribuce materiálů v podobě brožur a letáků, stejně jako internetová prezentace není efektivní. Respondenti považují za nejvhodnější možnost získání informací o sociálních službách u lékařů, v podobě tištěných informací v čekárnách, případně na nástěnkách. Vysvětlují to skutečností, že zdravotně postižení jedinci navštěvují lékaře pravidelně, takže informace o sociálních službách mají v prostorách čekáren, případně ordinací přístupné v době jejich aktuální potřeby. Jako další zdroj uvedli respondenti pracovníky úřadů a spolky či organizace zdravotně postižených jedinců. Všechny uvedené zdroje jsou trvale dostupné, to znamená v době aktuálního vzniku potřeby využití sociální služby.

Většina respondentů hodnotila úroveň sociálních služeb jako pouze částečně vyhovující nebo nevyhovující, postrádali hlavně pobytová zařízení a dostatečné asistenční služby. Většina respondentů je přesvědčena, že úroveň poskytování sociálních služeb se zlepšuje.

Jeden z dotazníků uváděl jako zařízení sociální péče i Domov pro seniory Dolní Rozpité, proto jsem se rozhodla ověřit pravdivost těchto informací. Z dostupných pramenů vyplývá, že jde o zařízení, které funguje v rozporu s platnými předpisy a u kterého není záruka poskytování kvalitních sociálních služeb.

Použitá literatura a ostatní zdroje

Monografie:

[1] BUKÁČKOVÁ, J. *Stáří v kontextu lidského života*. Brno, 2008. Diplomová práce. FFMU.

[2] ČECHOVÁ, Věra, Marie ROZSYPALOVÁ a Alena MELLANOVÁ. *Speciální psychologie*. 3., nezm. vyd. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. Učební texty (Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví). ISBN 80-701-3342-2.

[3] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Panorama, 1990, 365 s. Pyramida (Panorama). ISBN 80-703-8158-2.

[4] HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Havlíček Brain Team, 2010, 365 s. ISBN 978-80-87109-19-9.

[5] HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

[6] JAROŠOVÁ, D. *Základy veřejného zdravotnictví*. Ostrava, 2003. Distanční text. Ostravská univerzita.

[7] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8473-7.

[8] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.

[9] MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807-3673-109.

[10] MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. *Teorie a metody sociální práce*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, neuvedeno.

[11] OLÁH, Michal. *Metódy sociálnej práce v praxi*. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, 2012. ISBN 978-80.

[12] SCHIMMERLINGOVÁ NOVOTNÁ, Věra a Věra NOVOTNÁ. *Sociální práce, její vývoj a metodické postupy*. 1. vyd. Praha, 1992, 128 s. ISBN 80-706-6483-5.

[13] TOPOLOVSKÝ, M., a kol. *Průvodce procesem komunitního plánování sociálních služeb*. Ministerstvo práce a sociálních věcí, Praha: 2004.

[14] VÁGNEROVÁ, M., *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál 2004.

[15] ŽIŽLAVSKÝ, Martin. *Metodologie: pro sociální politiku a sociální práci*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2003, 142 s. ISBN 80-210-3110-7.

Dokumenty:

[16] 1. komunitní plán sociálních služeb města Valašské Meziříčí na období 2008-2010, Valašské Meziříčí: Město Valašské Meziříčí 2008.

[17] 1. komunitní plán sociálních a souvisejících služeb v mikroregionu Vlašskomeziříčsko–Kelečsko na období let 2012-2016: Svazek obcí Mikroregion Valašskomeziříčsko–Kelečsko, Valašské Meziříčí: Valašské Meziříčí 2012.

[18] Akční plán rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro rok 2014 III. Prováděcí část Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb ve Zlínském kraji pro období 2012 – 2014, Zlín: Odbor sociálních věcí Krajského úřadu Zlínského kraje 2013.

[19] Diakonie Českobratrské církve evangelické, výroční zpráva 2012 hospic Citadela.

[20] Katalog sociálních služeb města Valašské Meziříčí, Valašské Meziříčí: Město Valašské Meziříčí 2008.

[21] Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF, Praha: Grada 2009.

[22] Mezinárodní statistická klasifikace nemocí (MKN) a přidružených zdravotních problémů, desátá revize, Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2013.

[23] Výroční zpráva Diakonie Českobratrské církve evangelické Středisko Valašské Meziříčí 2011, Valašské Meziříčí 2012.

[24] Výroční zpráva Charita Valašské Meziříčí 2012, Charita Valašské Meziříčí 2013.

[25] Závěrečná zpráva o zjištění informovanosti obyvatel ve vztahu k sociálním službám za ORP Valašské Meziříčí, Společnost Factum Invenio 2011.

Zákony a vyhlášky:

[26] Nařízení vlády ze dne 23. července 2008 o obsahových náplních jednotlivých živností.

[27] Předpis č. 174/1948 Sb. Zákon o zrušení domovského práva.

[28] Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Sbírka mezinárodních smluv Česká republika, 10/2010 částka 4 ze dne 12. února 2010.

[29] Vyhláška č.505/2006 Sb. ze dne 15. listopadu 2006, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

[30] Vyhláška č. 359/2009 Sb. ze dne 9. října 2009, kterou se stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě a upravuje posuzování pracovní schopnosti pro účely invalidity (vyhláška o posuzování invalidity).

[31] Vyhláška č. 391/2011 Sb. ze dne 30. listopadu 2011, kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

[32] Zákon č. 55/1956 Sb. ze dne 30. listopadu 1956 o sociálním zabezpečení.

[33] Zákon č. 121/1975 Sb. ze dne 12. listopadu 1975 o sociálním zabezpečení.

[34] Zákon č. 100/1988 Sb. ze dne 16.6.1988. o sociálním zabezpečení.

[35] Zákon č. 435/2004 Sb., ze dne 13. května 2004 o zaměstnanosti.

[36] Zákon č. 108/2006 Sb. ze dne 14. března 2006 o sociálních službách v platném znění.

[37] Zákon č. 329/2011 Sb. ze dne 13. října 2011 o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů v platném znění.

Internetové zdroje

[38] CALLAHAN, D. Udržitelná medicína. *Project syndicate* [online]. 2004 [cit. 2013-08-04]. Dostupné z:

<http://www.project-syndicate.org/commentary/sustainable-medicine/czech#pHADydvzdYGAZOym.99>

[39] Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel [online]. 2013 [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://www.asnep.cz/>

[40] Centrum Auxilium Vsetín [online]. 2013 [cit. 2013-09-20]. Dostupné z: <http://auxilium.cz/historie.html>

[41] Centra komunitní práce Ústí nad Labem [online]. 2013 [cit. 2013-08-15]. Dostupné z: <http://komunitniplanovani.com/>

[42] Centrum pro lidi se zdravotním postižením, Sociálně terapeutické dílny [online]. 2013 [cit. 2013-08-15].

Dostupné z: <http://centrumvm.wgz.cz/rubriky/aktuality/nove-stranky-centra>

[43] Charita Valašské Meziříčí: oficiální stránky [online]. 2013 [cit. 2013-08-15]. Dostupné z: <http://www.valmez.charita.cz/?q=sluzby>

[44] Diakonie Valašské Meziříčí [online]. 2013 [cit. 2013-08-15]. Dostupné z: <http://www.diakoniev.m.cz/nabizene-sluzby/>

[45] Elektronický katalog sociálních služeb ve Zlínském kraji [online]. 2013 [cit. 2013-09-25]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzbyzk.cz/>

[46] Katalog sociálních služeb ve Zlínském kraji [online]. 2013 [cit. 2013-09-14]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzbyzk.cz/sluzby/domov-pro-seniory-podlesi-305/>

[47] Komunální plánování [online]. 2013 [cit. 2013-09-14]. Dostupné z: <http://www.komunitniplanovani.com/>

[48] Ministerstvo práce a sociálních věcí, oficiální stránky [online]. 2013 [cit. 2013-09-14]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/9

[49] Nařízení vlády ze dne 23. července 2008 o obsahových náplních jednotlivých živností: Ministerstvo průmyslu a obchodu [online]. 2013 [cit. 2013-08-07]. Dostupné z: <http://www.mpo.cz/dokument82761.html>

[50] Péče o seniory [online]. 2013 [cit. 2013-09-01]. Dostupné z: <http://www.peceoseniory.cz/detail-zarizeni/614-domov-s-chranenym-bydlenim-valasske-mezirici/>

[51] Penzion domov seniorů Dolní Rozpíté [online]. 2013 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.penzion-domov-senioru.cz/uvod-dum-senior>

[52] Podané ruce, sociální družstvo Zubří [online]. 2013 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.podane-ruce.estranky.cz/>

[53] Poradenské centrum pro sluchově postižené Kroměříž [online]. 2013 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.chcislyset.cz/>

[54] Rada Zlínského kraje, výpis usnesení z 13. zasedání dne 17.06.2013 [online]. 2013 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.kr-zlinsky.cz/vypisy-usneseni-rzk-2013-cl-2146.html>

[55] Rozvojový projekt Domov pro seniory Seniorpark Valašské Meziříčí: I.etapa [online]. 2013 [cit. 2013-10-07]. Dostupné z: <http://www.kr-zlinsky.cz/domov-pro-seniory-seniorpark-valasske-mezirici-i-etapa-cl-2336.html>

[56] Římskokatolická farnost Choryně [online]. 2013 [cit. 2013-09-02]. Dostupné z: <http://choryne.farnost.cz/klaster.html>

[57] Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR [online]. 2013 [cit. 2013-09-02]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/index.php>

[58] Sociální revue [online]. 2013 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace>

[59] Sociální služby Vsetín [online]. 2013 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.socialnisluzbyvsetin.cz/>

[60] Státní zdravotní ústav: oficiální stránky [online]. 2013 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.szu.cz>

[61] Svaz tělesně postižených v České republice [online]. 2013 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.svaztp.cz/start/>

[62] Úřad práce: aktivní volná místa [online]. 2013 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.urad-prace.org/7082530758>

[63] Zlín firmy [online]. 2013 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://www.zlin-firmy.cz/firmy/185943-martina-janostyakova-penzion-seniory-rozpite/>

[64] Zlín.cz [online]. 2013 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://zlin.cz/504785n-zlinsky-kraj-ziskal-miliony-korun-na-stavbu-dvou-novych-domovu-pro-seniory>

[65] Živnostenský rejstřík [online]. 2013 [cit. 2013-08-14]. Dostupné z: <http://zivnostensky-rejstrik.cz/martina-janostyakova-73351407/>

Přílohy:

1. Použitý dotazník
2. Informační leták „Co potřebuje senior“
3. Graf 1 – věkové složení respondentů
4. Graf 2 – Druhy zdravotního postižení respondentů
5. Graf 3 – Zdroj informací jednotlivých respondentů o možnosti získat příspěvek na péči
6. Graf 4 – Kdo by měl informovat zdravotně postižené o sociálních službách

1. Použitý dotazník

Dotazník

Tento dotazník je anonymní a včetně zaznamenaných odpovědí na otázky bude sloužit k vypracování závěrečné - bakalářské práce na závěr mého studia na Filosofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci. Vyplněný dotazník nebude nikomu dalšímu poskytnutý. V samotné práci nebudou uvedené žádné údaje, které by mohly vést k identifikaci respondentů.

1) Věk: ____ let

2) Je Vám poskytován příspěvek na péči?

a) ano

b) ne

3) O možnosti získání příspěvku na péči jste se dozvěděl:

a) ze sdělovacích prostředků (např. televize, internet ,noviny)

b) od pracovníků nabízejících sociální služby

c) od známých , rodiny

d) na úřadě (např. Obecní úřad, úřad práce)

e) jiným způsobem (uveďte jakým) _____

4) Úroveň poskytování sociálních služeb považujete za:

a) nevyhovující

b) částečně vyhovující

c) zcela vyhovující

5) Stav v poskytování sociálních služeb se:

a) zlepšuje

b) zhoršuje

6) Využívám tuto sociální službu: (Pokud žádnou sociální službu nevyužíváte, uveďte „ŽÁDNOU“)

7) Které sociální služby jsou podle mého názoru poskytovány v nedostatečném rozsahu: _____

8) Které sociální služby pro zdravotně postižené postrádám úplně:

9) Kdo by měl zajišťovat informovanost zdravotně postižených osob o možnostech sociálních služeb: (zakroužkujte jednu i více možností)

a) lékař (např. praktický, odborný, specialista)

b) organizace a spolky sdružující zdravotně postižené (např. Auxilium Vsetín, Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR, Diakonie, Charita)

c) pracovníci obecních, městských úřadů, úřadu práce

d) někdo jiný - uveďte kdo _____

10) Je informovanost o sociálních službách poskytovaná zdravotně postiženým v dostatečném rozsahu ?

a) ano

b) ne

c) nedokáži posoudit

11) Doporučujete-li cokoliv pro zlepšení informovanosti o poskytovaných sociálních službách, uveďte :

12) Druh mého zdravotního postižení:

a) Pohybové

b) Zrakové

c) Sluchové

d) Mentální

e) Jiné (uved'te jaké) _____

f) Žádné

2. Informační leták „Co potřebuje senior“

Aktivační a motivační programy

Může využít senior, který se o sebe i domácnost stará sám.

Podprogram	Podprogram, územní působnost	Web, e-mail	Telefon
Dobrovolnické centrum	ADPA, Valašské Meziříčí	dobrovolnyci.cz	731 489 410
Univerzita 3. věku	Okresní škola, Valašské Meziříčí	osvucenagpm.cz	571 735 555
Klub důchodců	Město Valašské Meziříčí		606 724 904
Sedlácká ústředna a výstavnice	Společnost Město, o.p.s. Valašské Meziříčí	dsr@generum.cz	
Tržbištná a sport	dlr-stadski.nabdy		

Terénní služby do domácnosti

Rokud dce senior, který již potřebuje nějakou pomoc, zůstane doma - lze kombinovat s pomocí blízkých.

Podprogram	Podprogram, územní působnost	Web, e-mail	Telefon
Okresní střediska služeb	Dělnice CCE, Valašské Meziříčí a okolí	www.dlbipomoc.cz sestreny@dlbipomoc.cz	571 612 466 731 968 397
Denní střediska	Dělnice CCE, Valašské Meziříčí a okolí	www.dlbipomoc.cz sestreny@dlbipomoc.cz	571 612 466 731 968 397
Prevenční střediska služeb	Čiňka, Káň a okolí	www.dlbipomoc.cz preveni@dlbipomoc.cz	571 619 433 731 971 151
Okresní střediska	Dělnice CCE, Valašské Meziříčí a okolí	www.dlbipomoc.cz sestreny@dlbipomoc.cz	571 612 466 731 968 397
Denní střediska péče	Dělnice CCE - okresní střediska a hospic Čiňka	www.dlbipomoc.cz sestreny@dlbipomoc.cz www.cstrediska.cz	571 612 466 731 968 397 571 629 884
Tržbištná služba	Dělnice CCE - okresní střediska a hospic Čiňka	www.dlbipomoc.cz sestreny@dlbipomoc.cz dlrsta.org.cz/cz/dobrovolnyci.cz	571 612 466 731 968 397 596 613 513

Poradenské

Parťák mezi ambulantními službami.

Podprogram	Podprogram, územní působnost	Web, e-mail	Telefon
Okresní střediska vědi	Město Valašské Meziříčí	www.valaskastrediska.cz	571 674 566 606 739 916
Úřední práce	Valašské Meziříčí	www.poradnaempoc.cz	571 680 111
Okresní střediska	o.s. Pod Úřad, Valašské Meziříčí	www.okresnystrediska.cz poradna@podurad.cz	571 629 808 606 619 252

Pobytové služby

Neradi péči zanedbává doma, může senior či jeho blízcí využít těchto služeb.

Podprogram	Podprogram, územní působnost	Web, e-mail	Telefon
Náhradní péče v nemocnici	Apl, Valašské Meziříčí	www.nemocnice.cz	571 758 481 571 758 471
Okresní střediska služeb	Dělnice CCE - hospic Čiňka	www.cstrediska.cz hospic@strediska.cz	571 629 884
Sociální ústředna	Dělnice CCE - hospic Čiňka	www.cstrediska.cz hospic@strediska.cz	571 629 884
Denní střediska - domovy se zvláštním režimem	Dělnice CCE, Veselí	www.dlbipomoc.cz sestreny@dlbipomoc.cz	571 999 404 731 294 654
Denní střediska - domovy pro seniory	Sociální služby, Veselí	www.socialsluzbyveseli.cz	571 443 307
Hospicní péče	Dělnice CCE - hospic Čiňka	ds.podpora@dlbipomoc.cz hospic@strediska.cz	571 443 302 571 629 884

Co potřebuje senior?



Tento list je součástí projektu

Valašské Meziříčí – město přátelské rodině

podporovaného z neovvěstí dotace poskytnuté ze státního rozpočtu, Obec přátelská rodině (MPSV).

Vznikl ve spolupráci s týmem komunitního plánování sociálních služeb ve Valašském Meziříčí.

Spracováno ve spolupráci s občanským sdružením Město Valašské Meziříčí a v dalších dolech.





Co potřebuje senior... Když chce pečovat o své zdraví a rozvoj



Co potřebuje senior... Když potřebuje pomoc a chce zůstat doma



Co potřebuje senior... Když potřebuje pobytové zařízení



Univerzita 3. věku
studium na vysoké škole

Tělovýchovná a sportovní zařízení
tlačárna a oddíl pro seniory, např. Tl. Sport pro všechny, Salsu, Klub, zájmové turistů, Sport-Reduk a další

Seniorské kluby
volnočasové aktivity, Klub důchodců, Sedět a víc neznamená nic

Veřejný internet
Městská knihovna

Dobrovolnické centrum
pokud chce senior pomáhat druhým

2
Kontakty na uvedené služby najdete na straně 5.



Opětovatelická služba
zdravotní služby v domácnosti

Občanská poradna
odborné bezplatné poradenství

Tísňová linka
možnost připojení se na SOS signalizační systém

Období sociálních věcí
Městského úřadu, Úřad práce
poradenství, dárky, příspěvky

Pecovatelská služba
pomoc v péči o sebe i o domácnost, včetně půjčování pomůcek

Osobní asistence
pomoc a podpora v péči o sebe i domácnost – časově neomezeno

Domácí hospicová péče
kompletní odborná péče o člověka nevytěžitelně nemocného a umírajícího

Denní stacionář
možnost denního pobytu, volnočasové programy, pomoc v péči o sebe (včetně senioři s onemocněním Alzheimerovu chorobou a jiným typem demence)

3
Kontakty na uvedené služby najdete na straně 6.



Následná péče v nemocnici
zdravotní péče na omezenou dobu

Domov se zvláštním režimem
určeno lidem s chronickým duševním onemocněním, osobám s Alzheimerovu chorobou a jiným typem demence

Domov pro seniory
stálá sociální a zdravotní péče časově neomezeně

Odlehčovací služby
možnost ulehčení se sociálními i opětovatelickými službami na omezenou dobu

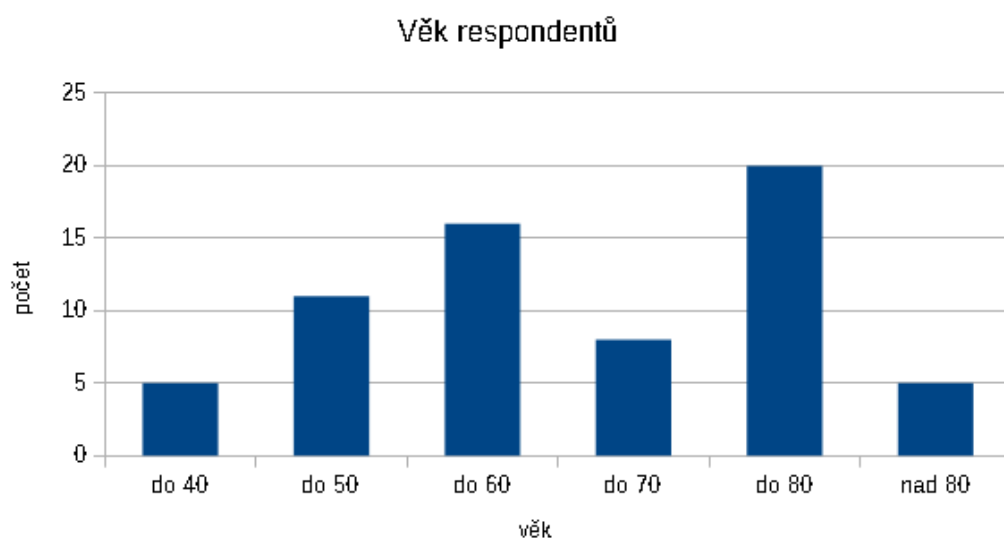
Hospicová péče
určeno nevytěžitelně nemocným a umírajícím

Sociální úzká
možnost ubytování se sociálními i opětovatelickými službami na omezenou dobu

4
Kontakty na uvedené služby najdete na straně 6.



3. Graf 1 – věkové složení respondentů

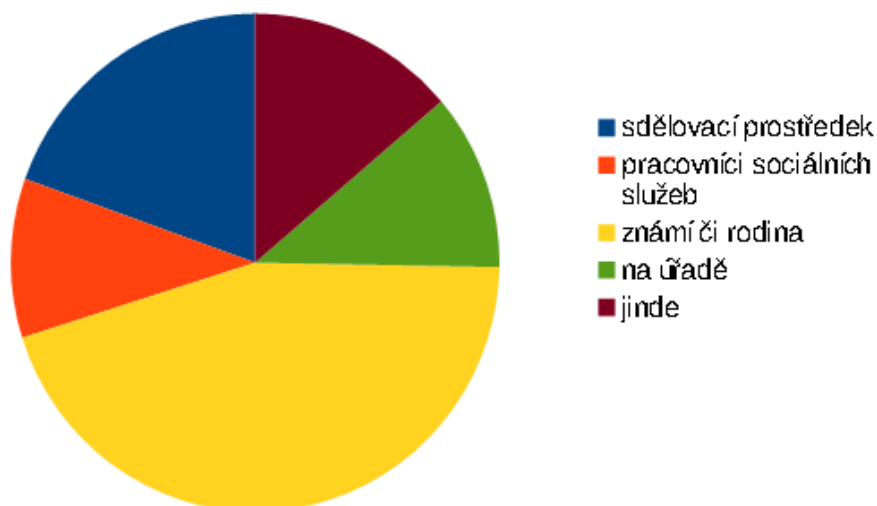


4. Graf 2 – Druhy zdravotního postižení respondentů



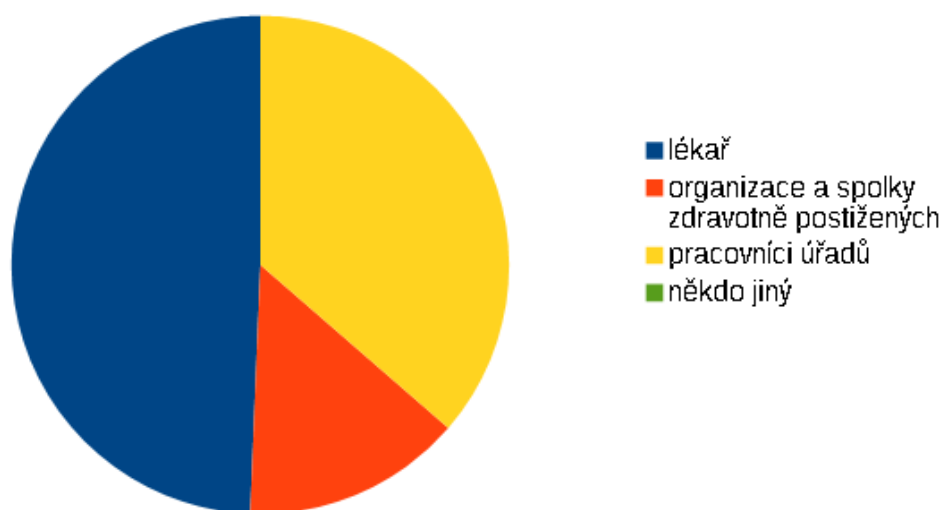
Graf 3 – Zdroj informací jednotlivých respondentů o možnosti získat příspěvek na péči.

Zdroj informací jednotlivých respondentů o možnosti získat příspěvek na péči.



Graf 4 – Kdo by měl informovat zdravotně postižené o sociálních službách

Kdo by měl zdravotně postižené informovat o sociálních službách



Anotace

Jméno a příjmení autora: Ivana Wollnerová

Název katedry a fakulty: Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
FF UP

Název bakalářské diplomové práce: Analýza činnosti sociálních služeb ve vztahu k osobám se zdravotním postižením.

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Hanáčková

Počet znaků: 75827

Počet příloh: 6

Počet použitých zdrojů: 65

Klíčová slova: Sociální služby, zdravotní postižení, příspěvek na péči, mikroregion Valašskomeziříčska a Kelečska, komunitní plánování.

Poskytování sociálních služeb včetně příspěvku na péči doznalo jako důsledek změn v legislativě a přístupu k poskytování sociálních služeb v posledních několika málo letech značné změny. Cílem bakalářské práce je analyzovat činnost sociálních služeb pro zdravotně postižené v působnosti obce s rozšířenou působností – města Valašské Meziříčí. Práce mapuje aktuální stav poskytovaných sociálních služeb, způsob informování potencionálních příjemců sociálních služeb a názory příjemců sociálních služeb, jak vnímají změny vyplývající ze změn legislativy a odklonu od paternalistického přístupu v poskytování sociálních služeb. Analýza je provedena na základě dostupných dokumentů a výstupů komunitního plánování s přihlédnutím k platné legislativě. Práce je doplněná empirickou částí zjišťující využívání sociálních služeb, využívání příspěvku na péči, informačních zdrojů, ze kterých potencionální příjemci sociálních služeb čerpali informace a zjištění názorů respondentů na možnosti zlepšení informovanosti a poskytování sociálních služeb. Vzhledem ke specifičnosti cílové skupiny a náročnosti tématu má výzkum pilotní charakter.

Keywords: social services, handicapped, contribution to care , Microregion of Val.Meziříčí and Microregion of Kelč, community planning

Annotation:

The purpose of my bachelor thesis is to analyse the topical situation of social services which are afforded, the way how to inform the potential receivers of those services and their opinions how they take in the changes, following from legislative changes and from turning away from paternalistic accsses in affording of social services - these all having the respect to the microregion Val.Meziříčí. The analysis is done on the basis of accessible documents and the way out of communit planning with a respect to current legislative.

This thesis is completed with empirical part following how are used the social services, the contribution to care, the information sources from which the potential receivers of social services take the informations. There are also the opinions of respondents what is the possibility to be better informed as to the affording of social services. This research has a pilot character regarding to the specificity of goal group and exactivity of thema.