

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

Katedra psychologie

Aleš Zahel

3. ročník – prezenční studium

Obor: Speciální pedagogika – komunikační techniky

TRANSFORMACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Bakalářská práce

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.

Olomouc 2011

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Transformace v sociálních službách“ vypracoval samostatně pod odborným dohledem vedoucí bakalářské práce a za použití pramenů uvedených v závěru bakalářské práce.

V Olomouci, 30. 01. 2011

.....

Poděkování

Rád bych poděkoval slečně Mgr. Lucii Křeménkové, Ph.D. za vydatnou pomoc a odborné vedení mé bakalářské práce.

Děkuji dále i paní Bc. Aleně Mertové, vedoucí vychovatelce z domova pro osoby se zdravotním postižením ve Městě Albrechticích „Krajánek“ za její čas, informace a materiály, které mi poskytla k vypracování této bakalářské práce.

Aleš Zahel

OBSAH

ÚVOD	6
I. VÝVOJ PÉČE O KLIENTY SE ZDRAVOTNÍM ČI MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V PRŮBĚHU STALETÍ	8
1.1. ANTICKÁ SPOLEČNOST	10
1.2. STŘEDOVĚK	11
1.3. OBDOBÍ RENESANCE.....	12
1.4. 18., 19. a 20. STOLETÍ.....	14
1.5. OBDOBÍ II. SVĚTOVÉ VÁLKY.....	15
1.6. OBDOBÍ PO II. SVĚTOVÉ VÁLCE	16
1.7. 1989 - PO SOUČASNOST	17
II. SOCIÁLNÍ SLUŽBY A JEJICH KATEGORICKÉ ROZŘAZENÍ	19
2.1. Služby pro seniory	20
2.2. Služby pro osoby se zdravotním postižením	21
2.3. Služby pro osoby trpící duševní poruchou	22
III. TRANSFORMACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	23
3.1. Sociální služby v ČR.....	25
3.2. Zásady poskytování sociálních služeb.....	25
IV. TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	26
4.1. PROCES TRANSFORMACE A JEJÍ PLÁNOVANÝ PRŮBĚH.....	28
4.2. INVESTIČNÍ NÁKLADY PRO VYBRANÉ SKUPINY OBYVATEL SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	30
V. TRANSFORMACE DOZP KRAJÁNEK	36
5.1. STĚŽEJNÍ PILÍŘE PROCESU TRANSFORMACE	36
5.1.1. Cíle transformace DOZP Krajánek	36
5.1.2. Základní body postupu transformace	36
5.1.3. Zúčastněné strany transformace	37
5.1.4. Etapy transformace.....	37
5.1.5. Vztah asistenta a uživatele a jejich vzájemná spolupráce.....	38
5.1.6. Proces individuálního plánování	38
5.2. PRŮBĚH PŘECHODU UŽIVATELŮ DO CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ DO „VILY KRAJÁNEK“	40
5.3. TRANSFORMACE DOZP HARMONIE	42
ZÁVĚR	45
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	46
SEZNAM PŘÍLOH	48
ANOTACE	52

ÚVOD

Cíle bakalářské práce se dotýkají oblasti sociálních služeb, důraz je kladen na přiblížení a konkretizování této důležité sféry pomáhajících profesí, a především pak i procesu transformace uvedeného odvětví, které v současnosti v České republice probíhá, a které je hojně diskutováno a konfrontováno.

Transformace v sociálních službách je fenomén, který je uplatňován teprve až v posledních letech. Týká se přechodu od klasické péče o osoby se zdravotním či mentálním postižením v bývalých „ÚSP“ (ústavy sociální péče, dnes domovy pro osoby se zdravotním postižením), směrem k péči v tzv. chráněných bydleních. Tento proces si klade za cíl integraci klientů a uživatelů těchto služeb do intaktní společnosti a samozřejmě jejich osamostatnění a emancipaci.

Při výběru tématu „Transformace v sociálních službách“ mě ovlivnilo poznání, že současný člověk, který není zaměstnán v oblasti sociálních věcí, popřípadě do ní není nikterak zainteresován, si nedokáže vyložit pojem „transformace“ v tom smyslu, ve kterém je zmiňován. Pojem transformace znamená ukončení zastaralé a nesmyslné segregace klientů či uživatelů sociálních služeb a klade si za cíl postupné integrování a resocializaci těch osob. Dle listiny základních lidských práv a svobod¹ jsou si všichni lidé rovni a mají nárok na stejné zacházení a rovné příležitosti ke svému vlastnímu plnohodnotnému rozvoji a uplatnění.

Resocializace² a integrace³ uživatelů sociálních služeb je tedy pravým záměrem a cílem transformace v sociálních službách. Ne vždy tomu tak bohužel bylo a s politováním musím říci, že mnohdy v průběhu vývoje lidské společnosti, jsme se my lidé od cíle tohoto procesu odklonili.

¹ Dostupná z <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

² Znovuvedení do společnosti, znovuzačlenění jedince do normální společnosti.

³ sjednocení, ucelení, splynutí, proces spojování ve vyšší celek; začlenění, zapojení

V první části mé bakalářské práce se budu nejprve zabývat problematikou a vývojem péče o osoby se zdravotním postižením (dále jen klient / klienty) od středověku až po současnost, poté budou zmíněny sociální služby jako takové a následně bude přiblíženo zařízení pro osoby se zdravotním postižením v Městě Albrechticích na Bruntálsku „KRAJÁNEK“ a průběh procesu transformace, který byl v tomto zařízení zahájen v roce 2008. V závěru své bakalářské práce představím příspěvkovou organizaci Harmonie, která v současnosti zajišťuje celý proces a organizaci transformace DOZP Krajánek (domov pro osoby se zdravotním postižením). V Harmonii proces transformace již proběhl dle stanovených kritérií a je vzorem pro zařízení, která mají proces přechodu do chráněných bydlení a proces transformace teprve naplánován do budoucích let. Celou transformaci poskytování sociálních služeb regionu Moravskoslezského kraje zajišťuje Moravskoslezský kraj-krajský úřad Moravskoslezského kraje.

I. VÝVOJ PÉČE O KLIENTY SE ZDRAVOTNÍM ČI MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V PRŮBĚHU STALETÍ

Historicky byl vývoj péče o klienty v průběhu staletí velice nerovnoměrný, nejednotný a mnohdy i samozřejmě nesnadný. Vzhledem k tomu, že se lidstvo v průběhu staletí mnohdy odklonilo od adekvátní péče o tyto osoby, v následné pasáži, přiblížit historický vývoj a přístup k dnešním uživatelům sociálních služeb.

Obecně lze z pohledu jednotlivých historicko – společenských epoch hovořit o následujícím kontinuu vývoje postojů společnosti k minoritě postižených (Vančová, 2005):

- Společnost bez mentálně postižených.
- Mentálně postižení mimo společnost.
- Mentálně postižení vedle intaktních.
- Mentálně postižení mezi intaktními.
- Mentálně postižení spolu s intaktními.

Samozřejmě, že stejně jako i na ostatní problematické oblasti existuje více názorů nebo rozdělení, setkáváme se i zde s pohledy či názory dalších odborníků. Dále je vhodné přiblížit rozdělení Sovákovo a Jesenského, kteří jsou jistě průkopníky rozvoje speciální pedagogiky a péče o klienty.

Historický vývoj přístupu k osobám s postižením dle Sováka (1980)

1. **Stádium represivní** – vyvrhování ze společnosti.
2. **Stádium zotročování** – otrocké vykořisťování.
3. **Stádium charitativní** – náboženské postoje.
4. **Stádium renesančního humanismu** – hledání lidského poměru.
5. **Stádium rehabilitační** – péče z ekonomických důvodů.
6. **Stádium socializační** – rehabilitace za účelem sociálního a pracovního uplatnění.
7. **Stádium prevenční** – předcházení defektivitě.

Kysučan a Kuja (1980, in Sovák, 1980) dále rozšiřují uvedený vývoj o **stádium integrační** – společné vzdělávání v běžných školách (bylo realizováno v období 70. let 20. století v tehdejší Československu).

Historický vývoj přístupu k osobám s postižením dle Jesenského (2000)

1. **Stádium represivně lhostejných postojů** (vyloučení slabých a nemocných, kteří snižovali zdatnost a schopnost přežít skupiny, k níž náleželi).
2. **Stádium výběrově utilizačních postojů** (vykořisťování handicapovaných; zacházení jako s otroky).
3. **Stádium charitativních postojů** (zde se uplatňovala velká role církve a s ní její láska k bližnímu; zajištění základních lidských potřeb).
4. **Stádium humánně filantropických postojů** (vliv renesance; uplatňoval se názor, že i handicapovaný má svá práva a povinnosti; zřizování léčeben, ústavů apod.).
5. **Stádium altruisticko segregáčních postojů** (integrace handicapovaných do společnosti z ekonomického hlediska; bylo jednodušší jejich zapojení do pracovního procesu, než zdarma poskytovat podporu).
6. **Stádium rehabilitačně emancipačních postojů** (integrace pomocí pracovní i společenské rehabilitace klientů; na druhé straně uzavírání handicapovaných do ústavů s celoročním pobytem).
7. **Stádium preventivně integračních postojů** (cílem je zde integrace a partnerské soužití handicapovaných s intaktními⁴; uplatňuje se listina práv a svobod).
8. **Stádium nevyřazování handicapovaných z hlavního proudu** (rozvoj reedukačních systémů, technických a kompenzačních pomůcek; prevence faktorů, které fyzické či mentální vady způsobily).

Nyní se dostávám k části, vývoje péče o klienty v průběhu staletí. Zde krátce představím vývoj a změny péče o tyto osoby od období antiky, přes středověk, renesanci 18. – 20. století až po současnost. Jako největší milník v přístupu k osobám s handicapem zmíním i péči a zacházení s osobami s mentálním či fyzickým postižením v průběhu II. světové války a v období následujícím těsně po ní.

⁴ Intaktní populace je chápána jako neporušená, nedotčená populace (Hartl, 2009).

1.1. ANTICKÁ SPOLEČNOST

Antická společnost měla značně bohatou teorii duševních poruch (melancholie⁵, mánie⁶, delirium⁷, ad.), které si jednotlivé antické školy vykládaly po svém (např. škola Epikurejců), přičemž za etiologii poruch považovali organický základ.

Hippokrates dokazoval, že mentální onemocnění vzniká z poruch mozku. Pozdější stoikové (viz Stoicismus⁸) i epikurejci (viz Epikureizmus⁹) si zase všímali vztahů mezi jedincem a společností. Jako poslední mnou zmiňovaný velký lékař antiky Galén definoval i symptomatické psychické poruchy.

Nicméně v praktické rovině měla starověká společnost na „péči“ o duševně a jinak postižené jedince poměrně vyhraněný názor, jehož symbolem se stala z historie nechvalně populární spartská skála, na úpatí, které končil krátký život těch postižených, jež otec po narození „nezvedl z prahu svého domu“. A tehdejší, na svou dobu vyspělá římská civilizace přejala od starých Řeků v rámci jejich kulturního odkazu i tuto tradici (s tím rozdílem, že skály Tajgetu byly nahrazeny řekou Tiber) (Valenta, 2007).

Je třeba dodat, že celá starověká civilizace byla „mentálně“ nastavena tak, že problematickým byl vnímán až jedinec s hlubším stupněm mentální retardace, jež se kombinuje většinou se somatickým¹⁰, popř. smyslovým postižením. Jinými slovy řečeno, jedinec s lehkou mentální retardací naší civilizace by ve starých civilizacích egejské oblasti nebyl „mentálně retardovaný“. Jak je vidět, starověký lékař (a to ani v intencích následujících klasifikací) se klasifikací mentální retardace nezabýval.

⁵ Tehdejší společnost chápala melancholii jako těžkomyslnost (Valenta, 2007).

⁶ Porucha nálady (afektivní porucha), expanzivní nebo podrážděná nálada s bludy nebo halucinacemi (Valenta, 2007).

⁷ Blouznění, třeštění, zmatenost s halucinacemi (Valenta, 2007).

⁸ Názor zdůrazňující sebeovládání, vyrovnanost (Valenta, 2007).

⁹ Starořecký ideál duševního klidu a blaženosti, dosažených rozumným užíváním života (Valenta, 2007).

¹⁰ Vztahující se k tělu, tělesný; protikladem je duševní, psychický (Hartl, 2009).

V centru pozornosti byli tedy tělesně postižené osoby a také „šílenci“, jak vyplývá z první klasifikace duševních poruch vypracované Hippokratem a to již čtyři století před Kristem (Černoušek, 1994):

- **Phrenitis** je akutní duševní porucha s horečkou.
- **Mania** je dle tehdejších výkladů akutní choroba bez horečky.
- **Melancholie** byla chápána jako chronické šílenství.
- **Epilepsie** byla považována za boží nemoc.
- **Hysterie** byly označovány za křeče.
- **Skytská nemoc** bylo označení patrně pro transvestismus.

1.2. STŘEDOVĚK

Raný středověk nenavázal na vědění antických myslitelů a koncept duševní poruchy jakožto nemoci vůbec neuznával – „Codex Theodosianus“¹¹ dokonce odsuzuje vše, co pochází z magie a vyhlašuje trestání všech „posedlých“, čímž byly duševní poruchy vyňaty ze sféry medicíny a staly se předmětem démonologie (Zvolský, 1994).

Nicméně již od raného středověku vznikají klášterní hospitály jakožto útulky pro staré, nemohoucí i duševně nemocné osoby (např. r. 520 v Lyonu, o něco později v Kolíně nad Rýnem, ad.), kde o postižené pečoval mnich s jistou medicínskou průpravou.

Ve středověku je také zaznamenáván vznik prvních azylových zařízení pro kretény (při špitálech v Churu a Sitten ve Švýcarsku a v admonském klášteře ve Štýrsku – r. 1074). Přesto byly duševní poruchy ve středověku chápány více jako posedlost zlým duchem a je velmi pravděpodobné, že mnoho osob upálených pro čarodějnictví by dneska neslo diagnózu mentální retardace (Kysučan, 1982).

¹¹ Codex Theodosianus (Theodosiův kodex) je sbírka zákonů z doby pozdní antiky. V roce 438 jej vydal východořímský císař Theodosius II., formálně za spoluvlády tehdy jedenáctiletého západořímského císaře Valentiniana III. Jedná se o důležitou oficiální kodifikaci veškerého tehdy platného práva (vůbec první od Zákona dvanácti desek z 5. stol. př. n. l.), zahrnující zejména všechna císařská nařízení vydaná od roku 312. Wikipedie [online]. 2011, 23. 01. 2011 [cit. 2011-03-11]. Wikipedie. Dostupné z WWW: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Codex_Theodosianus>

Iritující inspirací pro spisovatele i malíře se stal podivný středověký „institut péče o mentálně a jinak duševně postižené“, jímž byly tzv. „lodě bláznů“. Lodě naložené bláznů a plující od města k městu jsou zaznamenávány v německém písemnictví, bláznů vyhnaných městskou radou za hradby velkých měst. Lodě bláznů brázdily hladiny středověké Evropy patrně nejen proto, aby se radnice měst navždy zbavily jejich nepohodlného nákladu, ale byly i dopravními prostředky směřujícími k terapeutickým cílům – do poutních míst i naopak (Foucault, 1993).

Podle Foucaulta s tímto „putováním bláznů za uzdravením“ souvisí také vznik podivuhodné a svobodně organizované komunity duševně postižených v belgické vesnici Gheel poblíž Antverp, kde se z poutního místa stalo místo vyhrazené, posvátná země, kde se mělo šílenství dočkat svého vysvobození, ale kde člověk zároveň v duchu starých témat vykonával cosi jako obřad oddělení (Foucault, 1993).

1.3. OBDOBÍ RENESANCE

Období renesance přineslo kromě umělecké fascinace tématem „lodí bláznů“¹² a bláznů všeobecně také první klasifikaci duševních poruch, v níž jsou jednoznačně utříděni nedobrovolní pasažéři těchto lodí, tj. klasifikací, v níž jsou poruchy intelektu odděleny od ostatních duševních poruch (poruchy emocionální, prožívání vlastních halucinací a představ). Stalo se tak v díle basilejského lékaře Felixe Plattera nazvaném „Pojednání o nemocích ducha“. Platter zde vede jasnou hranici mezi poruchami vědomí, psychózami v dnešním slova smyslu a mentální retardací nazvanou Imbecilitas mantis.

Imbecilitas mentis (duševní zblbnutí):

- hebetudo mentis (idiocit),
- tarditas ingenii (imbecilita),
- imprudentia seu defectus iudicii (slabomyslnost),
- oblivio (zapomnětlivost),
- memoria zminuta (velká ztráta paměti) (Černoušek, 1994).

¹² Jedná se o alegorický pojem, který se vyskytoval převážně v umění a literárních dílech Západu; nejedná se o pejorativní pojem.

Ovšem renesance je, a to především z našeho pohledu, spojena se jménem jednoho z největších humanistů – J. A. Komenského, který ve svých dílech mimo jiné hájil nutnost vzdělávat všechny děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení¹³.

Postupem času vystřídaly „lodě bláznů“ tzv. „věže bláznů“, což jinými slovy znamená, že slabomyslní jedinci a duševně či mentálně choří lidé byli uzavíráni do azylových domů, špitálů, věží a pevností, kde byli přikováni ke zdem a za malý finanční obnos byli vystavováni a ukazováni lidem jako pouťová atrakce.

Teprve až Filip Pinel prolomil tuto zvrácenost a docílil toho, že ve špitálech – věznicích byly sejmuty postiženým okovy, kazajky a dozorcům byly odejmuty biče z rukou. Represi nahrazuje pozvolna léčbou založenou na morální akci, jejíž součástí bylo v rámci „přirozených léků“ také to, co bychom dneska nazvali ergoterapií.

Filip Pinel se zabýval také teorií, v níž medicínsko – biologický přístup ke klientovi spojoval s pohledem psychosociálním, jak ostatně napovídá titul jeho základního a nejznámějšího díla a sice Lékařsko – filozofické pojednání o mentálním odcizení čili o mánii.

Jinak řečeno se Pinel (1798, in Valenta a kol., 2007) na idiocii (tj. slabomyslnost) díval jako na afektivní a rozumovou retardaci, a to vrozenou či získanou, přičemž rozlišoval čtyři stupně:

1. Stav blízký zvířeti.
2. Stav, kdy jsou některé pojmy a potřeby zachovány.
3. Hloupost, tj. stav, kdy je na nižší úrovni zachována řeč a rozum.
4. Imbecilita – stav s postupným úbytkem rozumových schopností.

¹³ „... od učení moudrosti a vzdělávání ducha nesmí být nikdo vyjímán, neřku-li vzdalován ... Není tedy nikoho, komu by moudrost nebyla potřebná, i když jeden je postaven na vyšší stupeň než druhý, nikdo nesmí být zanedbáván zcela ...“ (KOMENSKÝ, 1948, s. 269).

V tomto místě se dostávám (viz poznámky výše) k současné historii vývoje péče o osoby se zdravotním postižením na území dnešní České republiky. Služby poskytované současným uživatelům sociálních služeb se setkávaly i v novověku s mnohými úskalími.

1.4. 18., 19. a 20. STOLETÍ

Tato tři století jsou velmi charakteristická změnou přístupu společnosti k duševně či mentálně a zdravotně postiženým lidem. Pro lepší představu si uveďme následující historické mezníky.

- **Rok 1174 – Všeobecný Tereziánský školní řád** – první zákonné ustanovení na území naší země řešící školní docházku dětí, který byl dílem pruského reformátora Johanna I. Felbigera, který zastával názor, že nenadaní žáci by měli být přítomni výuce a učitel by jejich malé nadání neměl trestat.
- **Rok 1863 – Zákon o domovském právu** – v podstatě první legislativní úprava zabývající se skutečnou péčí o „úchylné“ jedince, neboť ustanovuje nárok postižených na sociální pomoc. V praxi to přineslo rozvoj zemských ústavů pro duševně, tělesně a smyslově postižené občany.
- **Rok 1869 – Zákon o obecných školách** – velmi nepříznivý dopad na osoby s mentálním a fyzickým postižením, vylučoval je ze vzdělávání.
- **Rok 1905 – Řád školní o vyučování** – umožnil s povolením zemských školních úřadů zřízení zvláštní pomocné či podpůrné třídy, kterou by mohly navštěvovat (kromě dětí smyslově postižených) i méně nadané děti, aby se předešlo, řečeno tehdejší odbornou terminologií, „duševní zakrslosti“ říšského obyvatelstva (Valenta, 2007).

1.5. OBDOBÍ II. SVĚTOVÉ VÁLKY

V roce 1933, krátce poté, co se Hitler dostal k moci, dochází k vydání prvního ze série nařízení proti lidství a lidskosti. 14. července 1933 je schválen Zákon o prevenci dědičně zatíženého potomstva. Přivedli jej na svět nacisté, jeho kmotry a porodníky však byli němečtí lékaři, především psychiatři¹⁴. Ze zákona se postupně vyvíjí dokonalý systém zaměřený nikoliv na „prevenci“, ale na likvidaci těch, kteří pseudokritériím zdraví nevyhovují.

Původně zamýšlel Hitler začít s programem likvidace těchto obyvatel až po zahájení války. Nakonec „divoké“ vraždění probíhalo (zatím bez oficiálního „posvěcení“) za zdi lékařských ústavů už od poloviny třicátých let. V říjnu 1939, měsíc po přepadení Polska a zahájení „skutečné“ druhé světové války, podepisuje Hitler v tichosti dekret, podle něž „říšský vedoucí Bouhler a Brandt¹⁵ jsou s plnou odpovědností pověřeni rozšířit kompetence jmenovitě určených lékařů tak, aby mohla být pacientům, podle lidských měřítek nevyлéčitelně nemocným, po kritickém posouzení jejich stavu poskytnuta milosrdná smrt“ (Michalík, 2005).

Posudkoví lékaři v terénu vyhledávali zdravotně postižené, sáhodlouhé dotazníky se odesílaly na adresu T4¹⁶. Jednalo se o naplnění výnosu Říšského ministerstva vnitra, který ukládal povinnost všem porodním asistentkám a vedoucím lékařům porodnic ohlásit Říšskému výboru k vědeckému podchycení těžkých geneticky a dědičně podmíněných onemocnění všechny narozené děti s viditelným postižením. Jako motivaci pro svou aktivitu získávaly porodní asistentky odměnu dvě marky za každé hlášení. Později přišlo nařízení z léta 1940 – podle něj ošetřující či ústavní lékaři zařízení pro postižené byli povinni vyplnit o chovancích dotazníkový formulář. Po jejich potvrzení přichází na scénu autobusy společnosti pro převoz, jež mířily do některého z ústavů likvidace. Nejznámějšími byly Brandenburg (už tehdy měl plynovou komoru, „sprchy“ a spalovací pece), Grafeneck ve Würtensbersku, Hartheim (Linec v Rakousku) a Sonnenstein u Pirny. Později přibývají Hadamar a Bernburg (Michalík, 2005).

¹⁴ Např. Ernst Rödin.

¹⁵ Doktor medicíny.

¹⁶ Krycí adresa „Veřejně prospěšné nadace pro ústavní péči“, Tiergartenstrasse 4.

Likvidaci postižených postupně provázely protesty části německého obyvatelstva. Obecně se uvádějí tři příklady vedoucí nakonec k oficiálnímu (ovšem jen zdánlivému) zákazu likvidace postižených. Protestantský biskup Wurm píše v březnu 1940 stížnost na Ministerstvo vnitra – lidé v jeho diecézi jsou neklidní a jsou-li tyto zprávy pravdivé, je třeba tomu zabránit. Ozývá se dokonce i papež Pius XII., byť poněkud nesměle, neboť „ukončení života, který podle obecného rozhodnutí ztratil cenu, se nesrovnává s přirozenými a božími zákony“. Těmto hlasům ještě mašinérie odolala, na jaře 1941 odvážný berlínský biskup Konrad von Preysing a později katolický arcibiskup von Galen protestovali zcela otevřeně. Arcibiskupovo kázání bylo dokonce rozmnožováno a distribuováno po Německu. Psal se rok 1941, válka na východě začínala¹⁷. 24. srpna 1941 byl program vraždění s krycím názvem eutanazie oficiálně zastaven (Michalík, 2005).

Pro úplnost dodávám, že na vyvraždování dětí se, minimálně v Hartheimu, podílely i řádové sestry. Je popsáno svědectví jeptišky, která držela v ruce košík s deformovaným šestnáctiletým chlapcem a protestovala proti tomu, že nebylo „vybráno“ k likvidaci v koncentračním táboře.

Neoficiálně – a o nic méně rozsáhleji – program pokračoval dále. Speciální dětská oddělení při dětských klinikách nemocnic, za všechny jmenujme alespoň odborné dětské oddělení Am Spiegelgrund dnešní psychiatrické nemocnice města Vídně, likvidovala tisíce dětí (Michalík, 2005).

1.6. OBDOBÍ PO II. SVĚTOVÉ VÁLCE

Po únorových událostech v r. 1948 nastala nová politická situace a v jejím důsledku všeobecná reorganizace všech sdružení a spolků. Jednou z nich byla Ústřední jednota invalidů, do které byly v r. 1949 včleněny české i slovenské spolky a to především z politických důvodů. Pojem jednota byl nanejvýš sympatický. Budovatelské úsilí zasáhlo i invalidy. Práce bylo dost, nevidomí odcházejí do továren, beznozí se stávají traktoristy aj. Toto společenské klima dokumentují i propagační časopisy, jako byla např. Práce invalidů aj.

¹⁷ Uvádí se, že Hitlerův vlak nedaleko Norimberku musel čekat až bude na jinou kolej převeden vlak duševně nemocných a mentálně postižených. Tehdy prý se obyvatelé projevovali nesouhlasnými výkřiky.

V r. 1952 byla po dlouhém očekávání organizačně připravena, tj. ideologicky zpracována, vstoupit do jednotné organizace i Družina válečných poškozců. Vznikl tak Svaz československých invalidů s řídicím aparátem včetně politicko-organizačního oddělení, které rozhodovalo o zásadním zaměření činnosti a kladlo důraz na ideově politické školení členstva (Michalík, 2005).

Vznikla jednotná organizace všech invalidů organizačně a také názorově. Jako přechodný kompromis byla v r. 1969 ustavena Federace čs. invalidů se samostatnými svazy jako výraz "demokratizace" těchto společenských organizací (Michalík, 2005).

Rok 1970 - V období reálného socialismu nebyla činěna prakticky žádná opatření k rovnoprávnému začleňování zdravotně postižených do společnosti. Na invaliditu bylo pohlíženo jako na medicínskou kategorii a neschopnost opatřovat si prostředky na živobytí prací. Zdravotně postižení byli umísťováni do ústavů sociální péče často proto, aby nebyli společností na očích. Společnost neusilovala o odstraňování fyzických a psychických bariér nezbytných k začleňování zdravotně postižených do běžného života. Svaz invalidů byl formální společenskou organizací bez zásadního vlivu na politiku a opatření týkající se jeho členů (Michalík, 2005).

Po roce 1989 dochází k otevření se české společnosti světu a tím pádem k šíření vlivů ze zahraničí. V této souvislosti se mění i názory a postoje k fyzicky či mentálně handicapovaným spoluobčanům. Mění se i chápání situace zdravotně postiženého, zjišťují se příčiny handicapu, objevuje se snaha o léčení, rehabilitaci klienta jeho opětovnou integrací do společnosti (Adamec, 2008).

1.7. 1989 - PO SOUČASNOST

Období v letech 1990 – 1993 je charakterizováno řadou společenských změn, které s sebou přinesly mnoho kvalitativních změn v postavení občanů se zdravotním postižením. Dochází ke vzniku Vládního výboru pro zdravotně postižené občany, řady nevládních sdružení, přijetí prvního Národního plánu pomoci nebo přijetí prvních právních norem respektujících specifika občanů se zdravotním postižením.

Po roce 1996 se sociální služby odklonily od ústavní péče a začala se zdůrazňovat důležitost setrvání lidí v jejich přirozeném prostředí. Další změny se odehrávají díky reformě veřejné správy, kdy do systému poskytování sociálních služeb vstoupily, mimo státu, obce a kraje.

Kvalita poskytovaných služeb se u jednotlivých poskytovatelů značně liší, uživatelé služeb nemají vždy možnost podílet se na způsobu poskytování služby atd. Tato značně neuspokojivá situace vedla k přípravě reformy sociálních služeb, jejímž cílem bylo vytvořit především takový systém, kde by sociální služby byly finančně i územně dostupné, odpovídaly potřebám uživatelů a reagovaly na místní potřeby, sloužily jako nástroj ke zvýšení nezávislosti uživatelů a působily proti sociálnímu vyloučení (Adamec, 200

II. SOCIÁLNÍ SLUŽBY A JEJICH KATEGORICKÉ ROZŘAZENÍ

Dříve než přiblížím problematiku transformace v sociálních službách, uvedu kategorické rozřazení sociálních služeb jako takových a vysvětlím pojem sociální služby ve znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Předmětem úpravy zákona o sociálních službách je úprava podmínek pro poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči. (č. 108/2006 Sb. §1)

Zákon dále vymezuje, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí sociálního poradenství. Poskytnutá pomoc a podpora musí být v souladu se zachováním lidské důstojnosti a dále musí vycházet z individuálních potřeb osoby.

Matoušek a Koldinská (2007) uvádí, že sociální služby se částečně překrývají se službami veřejnými. Veřejné služby jsou poskytovány veřejnosti a na rozdíl od služeb komerčních jsou financovány z veřejných rozpočtů a tím pádem jsou závislé na politickém rozhodování státu.

V zahraniční literatuře se můžeme také setkat s pojmem humanitní služby. V této oblasti pracují lidé, kteří se zabývají poskytováním služeb lidem např. zdravotně znevýhodněným. Může se jednat jak o profesionály, ale i o dobrovolníky. Do pojmu humanitní služby spadají i oblasti zdravotnické, vzdělávací, ale i administrativní. V našem, českém prostředí se humanitní, potažmo humanitární služby vztahují na užší význam a to především na poskytování materiální pomoci lidem v akutní nouzi.

V České republice můžeme do systému sociálních služeb zahrnout tyto oblasti:

- Služby pro nezaměstnané, služby zabývající se chudobou a bezdomovectvím.
- Služby pro děti a rodiny.
- Služby pro rizikové děti a mládež.
- Služby pro staré lidi.
- Služby pro etnické menšiny.
- Služby pro uprchlíky.

- Služby pro lidi se zdravotním postižením.
- Služby reagující na krize.
- Služby pro osoby s duševní nemocí.
- Služby pro nemocné.
- Služby pro osoby se závislostmi.
- Služby související s výkonem spravedlnosti.
- Služby pro občany (Matoušek, 2007).

V souvislosti s mou bakalářskou prací blíže rozvedu služby pro seniory, pro osoby se zdravotním postižením a služby pro osoby trpící duševními poruchami.

2.1. Služby pro seniory

Do roku 2006 v ČR existovaly domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou, domovy neboli penziony pro důchodce. Všechny tyto služby zahrnuje nová legislativa pod jednotný pojem domovy pro seniory. Tato zařízení poskytovala a poskytují seniorům ubytování, stravu, úklid, praní a žehlení prádla, skupinové programy a mimo jiné je zde dostupná i zdravotnická péče. Některé domovy mají i specializovaná ošetrovatelská oddělení popřípadě i oddělení s péčí pro osoby trpící různými typy demencí (Matoušek, 2007).

Další služby si uživatelé sociálních služeb, žijící v jejich přirozeném prostředí, mohli objednat a to např. vedení domácnosti, nákupy potravin nebo doprovázení na úřady při administrativních záležitostech, aj.

Mezi další služby, a to nejen pro seniory, mohu uvést ve zkratce např. léčebny dlouhodobě nemocných, v některých našich nemocnicích se zavádějí systémy tzv. návratné péče a sociální lůžka. Dále sem patří pečovatelská služba, denní centra pro seniory nebo osobní asistence poskytovaná nestátními organizacemi (Matoušek, 2007).

2.2. Služby pro osoby se zdravotním postižením

V roce 2006 byla novou legislativou vytvořena pouze dvě zařízení a to domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem. Do tohoto roku spadaly pod tyto dva termíny např. ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro mentálně postiženou mládež a dospělé, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženými vadami, ale i ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany.

V současné době se uplatňuje nový trend a to zavádění aktivizačních programů. Aktivizační programy znamenají odklon od plánování programu pro uživatele podle představ asistentů a ošetřovatelů, směrem k plánování programu podle přání, představ a potřeb klienta. Některá zařízení pro své soběstačnější uživatele zřizují i tzv. chráněná bydlení. Chráněná bydlení jsou zřizována mimo ústavní péči a mimo zajištění stravy a ubytování, poskytují i možnosti zprostředkování kontaktu s okolním prostředím. Další formou služeb jsou denní popřípadě týdenní stacionáře, které vedle jiných služeb poskytují vzdělávací, aktivizační a výchovné služby. Jinou variantou může být odlehčovací neboli respitní služba, která je poskytována prostřednictvím pečovatele pro uživatele, o kterého je jinak pečováno rodinnými příslušníky. Smyslem této pomoci je, aby si rodina, zajišťující poskytování péče, na určitou dobu mohla odpočinout a přestat pečovat a starat se o zdravotně či mentálně handicapovaného člena své rodiny (Matoušek, 2007).

V neposlední řadě je velmi důležitá služba sociálně terapeutických dílen, dříve nazývána jako chráněné dílny. Tato služba je určena klientům, kteří nejsou schopni se uplatnit na trhu práce a je zaměřena na rozvoj pracovních návyků, zlepšení pracovních dovedností a mimo jiné zahrnuje i stravování a dopomoc při výkonu hygieny.

Mezi další služby poskytované pro osoby se zdravotním postižením uvedu např. pečovatelskou službu, sociálně aktivizační služby, průvodcovské nebo předčitatelské služby, aj. (Matoušek, 2007).

2.3. Služby pro osoby trpící duševní poruchou

Duševní nemoci, jakými jsou např. schizofrenie nebo určité typy mánií, nemají statický průběh a jsou velice složité. U poruchy může dojít k odeznění příznaků, může být popřípadě zcela vyléčena, ale má trvalý defekt. Porucha se může také opakovat a v mezidobích mohou být potíže méně naléhavé a nedochází k markantnímu omezení klienta. U duševních poruch se jedná o měnící se proces a ne o trvalý stav a tudíž poskytované služby musí reagovat na změnu v potřebách klienta (Matoušek, 2007).

Na požadavek přizpůsobování se měnícím se potřebám klienta odpovídá systém řízené péče, který se nyní zkouší i v některých zařízeních na území České republiky. Tzv. managerem péče může být mimo psychiatra nebo psychologa také sociální pracovník, který řídí koordinaci péče, ale podle své kvalifikace může také určité služby poskytovat sám.

V době akutních potíží se využívá lůžkových nebo ambulantních zdravotnických zařízení. Ústavní péče v psychiatrickém zařízení je nutná u klientů, kteří nejsou schopni si zajistit základní potřeby a u klientů, kteří představují vážné nebezpečí nejen pro sebe, ale i pro své okolí.

K dalším službám poskytovaným pro osoby s duševní poruchou řadíme výše uvedené chráněné bydlení, které by mělo být první volbou pro osoby, které nemohou nebo nechtějí bydlet s rodinou a jejichž zdravotní a psychický stav toto dovoluje. Dále lze uvést podporované zaměstnání, jež je také první variantou pro osoby, které se samy bez pomoci nemohou uplatnit na trhu práce. (Matoušek, 2007)

III. TRANSFORMACE V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Jak jsem zmínil výše, proces transformace byl podmíněn značnou nespokojeností se současnou úrovní a kvalitou poskytovaných sociálních služeb. Transformace sociálních služeb neprobíhá pouze u nás v ČR, ale v celé Evropě.

Česká republika se v posledních letech připojila ke členům EU, kteří si uvědomují nutnost a odpovědnost za odstranění bariér bránících občanům se zdravotním či mentálním handicapem v jejich plnohodnotné resocializaci a integraci do ostatní společnosti. Z tohoto důvodu byly přijaty tři národní plány (viz. níže), které by měly přispět ke zkvalitnění postavení těchto uživatelů sociálních služeb.

Národní plány:

1. **Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům**¹⁸ odstranění nejzávažnějších případů diskriminace, zahájení systémových změn v oblasti podpory občanů se zdravotním postižením.
2. **Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení**¹⁹.
3. **Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením**²⁰.

Dále byl „Vládním výborem pro zdravotně postižené občany“ vypracován „*Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením*“ na roky 2006 – 2009 (přijat usnesením vlády ČR č. 1004, r. 2005). Tento plán obsahoval definici nutnosti transformace systému sociálních služeb ve vztahu k občanům se zdravotním handicapem. Tento systém by měl být rozvíjen a měl by cíleně poskytovat služby, podporující sociální integraci těchto občanů. Cílem těchto změn je vytvoření kvalitního, moderního, dostupného a efektivního systému sociálních služeb, odrážejících změny ve společnosti. Tento systém by měl být srovnatelný s ostatními systémy zemí EU (Adamec, 2008)

¹⁸ přijat usnesením vlády ČR č. 466, r. 1992.

¹⁹ schválen usnesením vlády ČR č. 493, r. 1993

²⁰ přijat usnesením vlády ČR č. 256, r. 1998

V následující části své práce představím jednotlivé evropské modely sociálních služeb, vysvětlením, co by měly sociální služby splňovat v rámci Evropské unie a následně uvedu typy poskytovaných sociálních služeb v ČR.

Sociální služby patří mezi významné složky sociální politiky jednotlivých států a současně jsou také velmi dynamicky rostoucím odvětvím ekonomiky. Neustále vzrůstá počet těch, kteří sociální služby potřebují, i těch, kteří v této oblasti pracují. Neexistuje však mezinárodně obecně uznávaná definice sociálních služeb. Oborníci uvažovali, zda je možné definovat modely sociálních služeb.

Anntonen a Sipila (1996, in Munday, 1998) navázali na práci Esping Andersona a popsali čtyři modely sociálních služeb:

- a) **Skandinávský model sociálních služeb** – tento systém je založen na principu univerzalizmu; služby jsou dostupné na základě občanského principu.
- b) **Model rodinné péče** – toto je typické pro středomořské země (např.: Řecko, Španělsko, Itálie, aj.); stát poskytuje služby jen v omezené míře; klasickým poskytovatelem jsou příbuzní, rodina, přátelé (jedná se tedy o neformální sektor).
- c) **Britský model** – založen na testování příjmů; služby jsou zajištěny občanům s omezenými příjmy, kteří je skutečně potřebují.
- d) **Středoevropský subsidiární²¹ model** – primární odpovědnost za sociální péči má rodina, největším poskytovatelem sociálních služeb je neziskový sektor (např. Nizozemí, Německo).

Dle platného práva Evropské unie (dále jen EU) spadají sociální služby do kategorie služeb v obecném zájmu a mají zvláštní místo jako pilíř evropské společnosti a evropského hospodářství. Služby mají v zemích EU společné hodnoty a cíle, kterými jsou:

- univerzalita,
- kontinuita,
- kvalita,
- cenová dostupnost,
- ochrana uživatelů (MSK, 2010).

²¹ Subsidiární znamená podpůrný, dodatečný, pomocný, náhradní. Dostupné z ABZ.cz slovník cizích slov [online]. 2005 [cit. 2011-04-05]. On-line hledání. Dostupné z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>>.

3.1. Sociální služby v ČR

Sociální služby, poskytované v rámci České republiky lze rozdělit na tyto formy:

- a) Pobytové sociální služby – to jsou služby zaměřené na ubytování uživatelů v zařízeních sociálních služeb.
- b) Ambulantní sociální služby – klient za těmito službami dochází, je dopravován, popřípadě je doprovázen jinou osobou do daného zařízení, ale ubytování není součástí poskytované služby (např.: denní stacionář).
- c) Terénní sociální služby – tyto služby jsou uživateli poskytovány přímo v jeho přirozeném, domácím prostředí (MSK, 2010)

3.2. Zásady poskytování sociálních služeb

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování.

IV. TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybral transformaci pobytových sociálních služeb (dříve charakterizovanou jako ústavní péče²²). Důvodem pro tuto volbu byla má první asistenční praxe, kterou jsem vykonával ve výše zmiňovaném domově pro osoby se zdravotním postižením Krajánek, kde byla právě zahájena transformace tohoto zařízení, která ve mně zanechala hluboký dojem a velice mě zaujala.

Jak jsem uvedl v předešlých odstavcích, lidé s různým typem handicapu byli v historii často segregováni na okraji společnosti. Vznikaly velké budovy ústavního typu, především na okrajích měst a nezabydlených částech obcí, ve většině případů ve starých zámcích nebo nevyužívaných léčebných zařízeních. Tato situace byla podmíněna především tehdejšími způsoby smýšlení o lidech s různými druhy postižení. Jednalo se spíše o představy nebezpečí ze strany těchto dnešních uživatelů sociálních služeb a intaktní společnost měla potřebu ochrany před nimi.

V současné době se situace převratně mění a dochází k odklonu od poskytování sociálních služeb ve velkých a nevyhovujících budovách (typu starých zámků), kde byly služby poskytovány bez jakéhokoliv kontaktu s běžnou populací a běžnými zdroji. Tento fenomén směřuje k poskytování sociálních služeb v běžné zástavbě, která odpovídá současným standardům moderního bydlení a umožňuje plné zapojení klientů do okolní společnosti. Transformace pobytových sociálních služeb je nesnadný proces, který potrvá mnoho desítek let. Hlavním důvodem transformace pobytových sociálních služeb jsou především negativa těchto zařízení.

Transformace musí vycházet z obecných cílů, mezi které zahrnujeme:

1. **Handicapovaní lidé jsou „občané“**, žijící v běžném prostředí a využívající veřejné zdroje.
2. **Orientace na inkluzi** – žítí spolu (opačné stanovisko segregace, která byla uplatňována v dřívějších dobách).

²² Pojem ústavní péče byl zakotven v dřívější legislativě (vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení) v souvislosti s poskytováním péče v zařízeních sociální péče.

3. **Spolupráce se širokým okolím a veřejností** při návratu osob s postižením z domovů pro osoby se zdravotním postižením do jejich přirozeného prostředí .

Spolu s obecnými cíli jdou ruku v ruce i principy transformace:

1. **Princip humanizace**²³ – zaměření na uživatele služeb jako na individualitu (důležitým pomocníkem v tomto zaměření jsou standardy kvality sociálních služeb).
2. **Princip individualizace** – zaměření se na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí.
3. **Princip služby v přirozeném prostředí člověka** (MSK, 2010).

Z výše uvedeného vyplývá, že dodržování těchto principů a cílů je velice důležité pro úspěšný proces a průběh transformace. Osoba žijící v budovách s ústavní orientací je dle mého názoru velice omezená ve svých právech a svobodách.

Z hlediska porušování práv a osobních svobod klienta jde např. o:

- Porušování práva na soukromí (mnohokrát se stává, že klient žije několik desítek let na vícelůžkových pokojích)
- omezení osobní svobody (musí se přizpůsobovat režimu a vnitřním pravidlům zařízení).
- nemůže si sám brát léky (léky rozdává pouze zdravotnický personál).
- uživatelé nesmí používat kuchyň nebo nesmí mít na pokojích elektrický spotřebič (dodržení bezpečnosti).
- aj.

Pokud opomeneme, že výše jmenované příklady jsou v rozporu s dodržováním Listiny základních práv a svobod, musíme mít na paměti, že i toto se může negativně podepsat na psychickém stavu člověka, může dojít k celé řadě reakcí např. frustraci a následně agresivitě ze strany klientů.

²³ Humanizace znamená polidšťování nebo zlidštění. Dostupné z ABZ.cz slovník cizích slov [online]. 2005 [cit. 2011-04-05]. On-line hledání. Dostupné z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>>

Během procesu transformace pobytových sociálních služeb vychází MSK z obecných principů normality:

- Zachování rytmu běžného dne a týdne.
- Oddělení sféry práce od sféry bydlení a volného času.
- Prožívání běžného ročního rytmu.
- Respektování vývojové fáze člověka s postižením.
- Respektování vlastních přání, potřeba rozhodnutí a nárok na uznání.
- Akceptování života ve světě obou pohlaví.
- Dostupnost běžného životního standardu jako základní předpoklad pro samostatný život.
- Život v běžných životních podmínkách (Nirj, 1994).

4.1. PROCES TRANSFORMACE A JEJÍ PLÁNOVANÝ PRŮBĚH

Proces transformace spočívá především v návratu lidí z ústavních služeb do přirozeného prostředí. Tento proces je dlouhodobý a náročný. Týká se jak náročnosti na lidské zdroje a to nejen přípravy realizátorů, ale především výběru a přípravy uživatelů dané sociální služby na nový způsob jejich života. Transformační proces je rovněž náročný na zdroje financování a jejich zajištění. Z tohoto pohledu můžeme proces transformace rozdělit (rozplánovat) na několik fází:

a) Úvodní fáze – individuální plánování.

- V této úvodní fázi by měly být zahrnuty dovednosti, schopnosti a potřeby jednotlivých uživatelů sociálních služeb. Mimo jiné se do těchto okruhů samozřejmě zahrnuje IVP (individuální plán klienta), způsobilost k právním úkonům, přehodnocení osobní situace každého uživatele, lékařské záznamy (zahrnující anamnézy, diagnózy a seznam medikace), ověřování původního bydliště uživatele a vazby s rodinnými příslušníky. Od tohoto se odvíjí veškeré potřeby klienta v jeho vlastním přirozeném životě. Je velice žádoucí a přínosné navázání kontaktu s odborníky, kteří jsou schopní a fundovaní dané oblasti přezkoumat a popřípadě přehodnotit.

- V dostatečném předstihu příprava klienta na potenciální možnost stěhování (ať už se jedná o přemístění do chráněného bydlení, podporovaného samostatného bydlení nebo o pečovatelskou službu či osobní asistenci).
- b) Vytýčení záměru zařízení (směřování a cíle).
- Cílem tohoto bodu je uvolňování stávajících zařízení, jakými jsou například dispozičně nevyhovující objekty, kterými mohou být historické budovy či zámky.
 - Někteří klienti mohou využít jiných typů služeb, než jen ústavní péči (např. chráněná bydlení).
- c) Změna myšlení personálu.
- Personál je zainteresován do celého procesu transformace.
 - Podmínkou úspěšného procesu transformace je přiměřená a odpovídající kvalifikace personálu s kvalitní praxí.
 - V průběhu transformace je potřeba využití intervence fundovaných odborníků, kteří budou pracovat a dohlížet na současné pracovníky a odborně je budou podporovat v klíčových momentech (odborná supervize²⁴, průvodce zavádění standardů kvality²⁵).
 - Propojení managementu a vedení zařízení. V čele organizace by měl být manager, který bude mít jasnou vizi transformace a tu bude uplatňovat nejen ve svém zařízení, ale i před veřejností.
 - Stávající kvalifikovaní pracovníci zůstanou součástí zařízení a to i v případě změny druhu poskytované služby. U těchto stávajících zaměstnanců je třeba podporovat vzdělávací aktivity se zaměřením na konkrétní, specifickou oblast
- d) Navázání spolupráce všech zúčastněných subjektů.
- V průběhu transformace je důležité podporovat participaci uživatelů, jejich rodin, pracovníků zařízení a dalších zúčastněných osob, včetně vydefinování jejich kompetencí v rámci transformačního procesu.

²⁴ Supervize je odborný název pro dohled, dozor, kontrolu nebo inspekci Dostupné z ABZ.cz slovník cizích slov [online]. 2005 [cit. 2011-04-05]. On-line hledání. Dostupné z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>>.

²⁵ Kvalifikovaný odborník pro zavádění SQSS (standarty kvality sociálních služeb), tento odborník může být interní nebo externí [Ministerstvo práce a sociálních věcí : články [online]. Fides populi, 2008 [cit. 2011-03-13]. Role průvodce. Dostupné z WWW: <www.mpsv.cz/files/clanky/5971/7_role_pruvodce.pdf>.]

e) Finanční zajištění transformace sociálních služeb.

- Finanční zajištění je důležité po celou dobu průběhu transformace.
- Finanční náklady jsou vynaloženy na proškolení pracovníků sociálních služeb, na náklady spojené s provozem, různé typy investic.
- Finanční zajištění je důležité i po skončení procesu transformace a to v dalším rozvoji sociálních zařízení a transformované služby (MSK, 2010).

Finanční zajištění a vynaložené investice, které jsou určeny na transformaci pobytových sociálních služeb, korigují a determinují jisté investiční zásady.

Stejně jako při poskytování sociálních služeb, musíme přihlížet k potřebám, přáním a pohodlí uživatelů i při budování ubytování a sociálního zázemí. Každá skupina má jiný handicap a s ním i spojené znevýhodnění. Může se tedy jednat o osoby s fyzickým postižením, mentálním, s různými psychiatrickými diagnózami nebo se může jednat o děti, dospělé či seniory. Samozřejmě musíme mít na zřeteli i to, že představy a požadavky se mění klient od klienta. Všechny výše zmiňované skupiny mají řadu odlišných specifik.

Rovněž nesmíme opomenout i legislativní stránku věci, tzn. že při rekonstrukci a výstavbě je velmi podstatné respektovat aktuální legislativu²⁶.

4.2. INVESTIČNÍ NÁKLADY PRO VYBRANÉ SKUPINY OBYVATEL SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Nyní se zaměřím na specifikaci investičních zásad ve dvou skupinách, a to na děti do 26 let se zdravotním postižením a na seniory.

4.2.a Děti se zdravotním postižením do věku 26 let (Moravskoslezský kraj 2010, s. 43 – 45)

Bydlení a technická vybavenost (kapacita, velikost, sociální zázemí):

- při budování kvalitního pohodlného ubytování je důležité mít na paměti, abychom vycházeli z individuálních představ, potřeb jednotlivého dítěte a samozřejmě

²⁶ Zákon č. 183/2006 sb., o územním plánování a stavebním řádu (stavební zákon), ve znění pozdějších předpisů; vyhláška č. 369/2001 sb., o obecných technických požadavcích zabezpečující užívání staveb osobami s omezenou schopností pohybu a orientace, ve znění pozdějších předpisů, apod.

z omezení plynoucích z jeho fyzického handicapu. Nejvíce se osvědčilo a přineslo výsledky bydlení rodinného typu. Standardním modelem je ubytování na jednolužkovém, maximálně dvoulůžkovém pokoji a i toto je determinováno hlavně věkem a individuální potřebou dítěte.

Další variantou je bydlení komunitního typu:

- za komunitní bydlení se považuje dům se samostatnými byty, které se velice přibližují bydlení v panelovém domě. Prioritou je opět to, aby tyto samostatné byty odpovídaly a připomínaly bydlení v rodině. Především jsou zde poskytovány sociální služby pro osoby se zdravotním postižením, popřípadě služby chráněného bydlení pro osoby mladší 21 let. Dále je zde možnost poskytnutí návazných služeb pro osoby v rozmezí 21 – 26 let, kterými mohou být např. individuální bydlení, skupinové bydlení nebo ubytování komunitního typu.

Jednotlivé požadavky na bydlení:

- a) **Kapacita bydlení** – maximem jsou 3 byty v domě; maximem je 18 dětí v domě, zahrada, technické a sociální zázemí; 6 – 8 dětí v bytě, 2 děti na pokoj, 4 pokoje v bytě (z toho 3 ubytovací místnosti pro děti a 1 jeden obývací pokoj sloužící jako společenská místnost; dále kuchyň s kuchyňskou linkou a jídelním stolem, technické zázemí a sociální zařízení.
- b) **Velikost bydlení** (vše se odvíjí od cílových skupin a stavebních dispozic objektu) – minimální velikost pokoje pro 2 děti je 20 m², minimální velikost pokoje pro 1 dítě je 12 m²; dalšími technickými požadavky jsou např. protiskluzová podlaha, bezbariérovost, sprchový kout nebo madla u WC aj.
- c) **Prostory pro personál** – sociální zařízení (WC, šata a šatní skříňka), pracovna s vybavením pro vedení dané služby (kartotéka, apod.).

Prostředí:

- a) **Nároky na lokalitu** – služby v dané lokalitě nejsou adekvátně zajištěny, popřípadě úplně chybí.
- b) **Kapacita zařízení** v dané lokalitě nesmí přesahovat procentuální výskyt osob se zdravotním handicapem v populaci.
- c) **Nároky na prostředí** – stavba musí být integrována do obydlené části, nikoli odsunuta na periférii města či obce; v dané lokaci musí být zajištěny i ostatní

služby, které neposkytuje a nezprostředkovává poskytovatel sociálních služeb, těmito službami mohou být např. tyto:

- Školská zařízení – běžné školy, školy speciální (mateřské školy, základní a střední školy), pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum, aj.
- Občanská sdružení.
- Služby poskytující kulturní vyžití – kina, divadla, sportovní zařízení, kadeřnictví, restaurace, domy dětí a mládeže, kadeřnictví, apod.
- Pečovatelské služby.
- Zdravotní péče – zubní lékař, pediatr, odborný lékař a rehabilitace.

d) Dostupnost městské hromadné dopravy

Cílová skupina:

- Zařízení není blíže kategorizováno, v daném zařízení poskytující sociální služby žijí jak chlapci, tak i dívky.
- Kategorizace probíhá až v rámci jedné věkové skupiny, druhu postižení a znevýhodnění.

Zaměstnanci:

- Počet zaměstnanců se odvíjí od počtu klientů, kteří využívají sociální služby a také podle jejich handicapu.
- Blíže určuje počet personálu a výkon jejího činnosti zákon o sociálních službách²⁷.

4.2.b Senioři (Moravskoslezský kraj 2010, s. 49 – 51)

Bydlení a technická vybavenost (kapacita, velikost, sociální zázemí):

- Senioři mohou setrvat ve svém přirozeném prostředí za splnění velmi důležitých předpokladů do poměrně vysokého věku a závislost na pomoci jiné osoby se liší, senior od seniora.

²⁷ Zákon o sociálních službách 108/2006 sb.

- V případě samostatného bydlení je velmi podstatné seniora informovat a o možnostech využití terénních nebo ambulantních služeb.
- Pro seniory je velice důležitý a směrodatný pocit zcela domácího prostředí, ke kterému dopomáhají aspekty, jakými jsou např. chování domácího zvířete, pěstování rostlin na zahradě nebo sociální kontakty uskutečňované se svými sousedy (právě např. na zahradě).

Bohužel ne všechny domovy pro seniory jsou schopny toto svým obyvatelům poskytnout a zajistit, vzhledem k tomu, že v daném zařízení mohou být ubytováni i uživatelé s alergickými potížemi, jinými např. respiračními potížemi nebo určitými psychiatrickými diagnózami. Jistě musíme brát v potaz i to, že uživatelův (seniorův) zdravotní stav se může změnit ze dne na den a potom vyvstává otázka, kdo se o danou zahradu či zvíře bude starat. Z mých osobních zkušeností rodinní příslušníci v mnoha případech nejeví o svého seniora zájem, natož pak o jím vypěstované rostliny.

Kapacita:

- Maximální počet osob je 40.
- 1 – 2 lůžkové pokoje – opět samozřejmě závisí na individuálních potřebách a přáních klienta, nebo zda vyjádřili přání bydlet samostatně nebo v páru.
- Za samozřejmost se pokládá sociální zařízení – pro každý pokoj oddělené a samostatné WC s koupelnou; popřípadě jedno sociální zařízení pro danou komunitu.

Vybavenost:

- Velmi podstatnou částí domova pro seniory je společenská místnost, kde se mohou setkávat klienti, kteří svůj volný čas nechtějí trávit o samotě. Vybavenost této místnosti by měla být televize a její příslušenství, popřípadě společenské hry pro zkrácení dlouhé chvíle klientů a k zapojení do komunity. Samozřejmě klienti mají také možnost vlastnit televizi, nábytek a jiné drobné předměty a doplňky ve svých pokojích.
- Společenské místnosti by měly být vybaveny a zařízeny tak, aby splňovaly veškeré aspekty obývacího pokoje, měly by být útulné, prostorné a pohodlné.

- Domov pro seniory není možné vybavit veškerými veřejnými službami, jakými jsou např. kadeřník nebo restaurace; klienti by měli těchto služeb využívat v místní komunitě, čím se zároveň budou zapojovat do ostatní společnosti.
- Pro uživatele, jejichž zdravotní stav nedovoluje využití těchto služeb v komunitě města či obce by vedení zařízení mělo zajistit fakultativní²⁸ služby a umožnit klientovi trávit volný čas mimo zařízení domova pro seniory.
- Další vybavenost zahrnuje menší kuchyňku či kuchyňský kout, kde si klient bude moci sám uvařit kávu; technické zázemí s pračkou a sušičkou pro vyprání drobného prádla.
- Jídelny a stravovací místnosti je přínosnější budovat menší, pro menší počet klientů, aby se klienti mohli stravovat spíše komunitně než hromadně.

Velikost pokojů:

- Minimální velikost pokoje pro 2 osoby činí 20 m².
- Minimální velikost pokoje pro 1 osobu činí 12 m².
- Vše se odvíjí od individuálních potřeb klienta a jeho handicapu; pokoje pro osoby, jejichž zdravotní stav zabraňuje samostatnému pohybu a jsou odkázáni na pomoc jiné osoby, popřípadě jsou trvale upoutáni na lůžko, by pokoje měly být větší cca 25 m².

Prostory pro personál:

- Prostory pro personál by měly zahrnovat šatnu se šatní skříňkou, sociální zařízení (WC, sprcha), denní místnost pro personál, popřípadě prostor pro léky a hygienické potřeby.
- Pro vedení je třeba zřídit kancelář s kartotékou pro dokumentaci a PC.

²⁸ Fakultativní znamená nezávazný, nepovinný, volitelný, nebo možný (Hartl, 2009)

Obslužné prostory:

- V zařízení by měl být vyčleněn prostor pro prádelnu, přípravu stravy, technické zázemí. Stravovací prostory, jak jsem zmínil již výše, je dobré zřizovat spíše menší, než velkou místnost pro hromadné stravování (je třeba dodržovat soukromí klientů a jejich přání stravovat se spíše v menší komunitě).
- Je možné zvážit i služby zajišťované externími dodavateli, např. dovážení stravy, popřípadě veřejné prádelny.

Prostředí:

a) Nároky na lokalitu.

- Vybudování tohoto typu zařízení se odvíjí stejně jako vybudování domova pro osoby se zdravotním postižením do 26 let a tedy podle toho, zda je v obci dostačující domov pro seniory popřípadě, jestli v obci úplně chybí.

b) Nároky na prostředí.

- Bezprostřední okolí domova pro seniory by mělo zahrnovat dostupné zdroje, jakými jsou veřejné služby, které není provozovatel domova pro seniory schopen poskytnout ani zajistit.
- Mimo jiné by toto zařízení mělo být vybudováno v klidné zóně města či obce, nikoli na jejich periférii.
- V blízkosti zařízení by se měla vyskytovat zastávka městské hromadné dopravy.

Cílová skupina:

- Domov pro seniory je zřízen pro všechny osoby, bez rozdílu pohlaví.
- Skladba uživatelů se maximálně určuje stejným věkovým rozvrstvením, fyzickým omezením nebo popřípadě zdravotním znevýhodněním daných uživatelů sociálních služeb (KÚ MSK, 2010).

V. TRANSFORMACE DOZP KRAJÁNEK

V této části bakalářské práce bude pozornost kladena na průběh transformace domova pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) Krajánek ve Městě Albrechticích na Bruntálsku. V současné chvíli jde o aktuální proces, probíhající v uvedeném zařízení. V minulém roce úspěšně proběhla první fáze přechodu do chráněného bydlení. Problematika transformace, žel neoplývá literárními publikace, spíše je zahrnuta v některých metodikách, směrnicích a vyhláškách KÚ Moravskoslezského kraje. Z tohoto důvodu se v mé práci spíše jedná o technické a metodické informace.

5.1. STĚŽEJNÍ PILÍŘE PROCESU TRANSFORMACE

5.1.1. Cíle transformace DOZP Krajánek:

1. Zajistit spolupráci se všemi návaznými službami a propojení služeb v rámci celé organizace Harmonie.
2. Důsledně oddělit oblast bydlení od denních aktivizačních činností a podpory volnočasových aktivit.
3. Zaměřit podporu při vedení domácnosti tak, aby se uživatel cítil bezpečně a služba podporovala naplnění jeho přání.
4. Poskytovat sociální službu na odborné a profesionální úrovni tak, aby došlo k maximálnímu sociálnímu začlenění uživatelů do komunity.

5.1.2. Základní body postupu transformace:

- a) Příprava a realizace přechodu vybraných klientů do chráněného bydlení a jejich podpora při resocializaci do okolního přirozeného života.
- b) Sestavení a ověření metodiky přípravy uživatelů současného domova.
- c) Realizace vzdělávání pracovníků pro tuto přípravu a samotné poskytování služby chráněného bydlení.
- d) Pomoc klientům při vyhledávání práce na chráněném nebo otevřeném trhu práce.
- e) Kooperace s městskými institucemi a začlenění uživatelů chráněného bydlení do jejich využívání.

5.1.3. Zúčastněné strany transformace:

- KÚ MS kraje, Domov pro osoby se zdravotním postižením Krajánek Město Albrechtice, projektant nového zařízení chráněné bydlení Krajánek.
- 11 uživatelů, kterých se přechod týká.
- Organizace, která celou přípravu transformace organizuje – koordinační tým pro transformaci Krajánku, který dále úzce spolupracuje s ostatním personálem i uživateli sociálních služeb Krajánku.
- Společnost a široká veřejnost – je velice podstatné přiblížit život osob se zdravotním postižením okolí a změnit jeho myšlení v tom, že v životě těch spoluobčanů není potřeba cokoli měnit. Velký podíl na této změně myšlení má propagace v místní kabelové televizi, prezentace formou tisku a webových stránek, spolupráce na úseku komunitního plánování v oblasti Města Albrechtice a Krnova. V tiskovinách a na webových stránkách se uveřejňuje program a běžný život, který se odehrává v DOZP Krajánek a u jeho obyvatel (Juráň, 2009).

5.1.4. Etapy transformace – proces transformace byl rozdělen do dvou klíčových etap:

1. V první etapě proběhla rekonstrukce vily v nemocničním komplexu ve Městě Albrechticích a bezprostředně po ní došlo k přechodu vybraných uživatelů do chráněného bydlení zřízeného právě v této vile. Rekonstrukce této vily byla ukončena v závěru roku 2009 a přechod klientů se uskutečnil v dubnu roku 2010.
2. Ve druhé etapě procesu transformace by mělo dojít k rekonstrukci stávajícího objektu domovy pro osoby se zdravotním postižením, ve kterém by mělo dojít i ke změně stávající poskytované služby a to na poskytování chráněného bydlení (tato služba by měla být poskytována pro 15 uživatelů). Předpokladem rekonstrukce tohoto objektu je vytvoření třech bytů, které budou k dispozici pro 15 uživatelů. V suterénu rekonstruovaného objektu se mají nacházet sociálně terapeutické dílny, jichž budou využívat uživatelé sociálních služeb Města Albrechtice a Krnovska. Tento objekt pochází z konce 19. století. V 70. letech 20. století byla budova přestavěna na rekreační zařízení a od roku 1991 sloužil tento objekt jako ústavní zařízení pro osoby s mentálním postižením. Celý tento objekt je plně bariérový, chodby jsou příliš úzké a navzdory třem poschodím se v celém objektu nenachází výtah. Obslužný provoz je ve velice dobrém stavu a technický stav objektu je na dobré úrovni, s potřebou drobných oprav.

Pro přípravu přechodu uživatelů do chráněného bydlení je zapotřebí dodržování jistých pravidel, která pomohou klientům k lepší adaptaci na nové prostředí. Každý klient má stanoveného klíčového pracovníka, se kterým spolupracuje a již ve stávajícím domově ho připravuje na přechod do nového prostředí. Při určování klíčového pracovníka se spolupracuje i s názorem uživatele a v případě nespokojenosti se stanoveným klíčovým pracovníkem je možné ho změnit. Klíčoví pracovníci mají zajištěnu podporu ze strany transformačního týmu Krajánku v podobě konzultací, náslechlů a informačních schůzek. Základním úkolem role klíčového pracovníka je rozvíjení klientových dovedností a samoobslužných činností, které uživateli pomohou zvládnout proces přechodu.

V neposlední řadě je nutné zajistit ochranu soukromých dat, klientových údajů a také zajistit spolupráci asistentů s ostatním personálem domova, opatrovníky a rodinnými příslušníky.

5.1.5. Vztah asistenta a uživatele a jejich vzájemná spolupráce:

Základním kamenem kvalitní a plnohodnotné spolupráce asistenta a uživatele je systém individuálního plánování. Asistenti jsou proškoleni ve tvorbě individuálního plánu a jsou metodicky vedeni vedoucím úseku přímé péče. Velmi podstatným aspektem v individuálním plánu je analýza uživatelů (MSK, 2010).

5.1.6. Proces individuálního plánování by měl zahrnovat tyto fáze:

- porozumění situaci,
- identifikace změny,
- vyjednávání, domlouvání,
- společná práce,
- revidování²⁹ (Juráň, 2009).

5.1.6a. Výše uvedené body budou následně podrobněji rozvedeny:

- a) Porozumění situaci – porozumění situaci je velice důležitý aspekt v procesu transformace. Je velmi podstatné, jestli uživatel chápe a rozumí situaci, ve které se zrovna nachází. Vzájemná důvěra mezi uživatelem a asistentem je stejně důležitá jako způsob, jak se klient a asistent domlouvají na určitých specifických záležitostech a nadcházejících situacích.

²⁹ Revidování znamená přezkoumání nebo zjišťování správnosti

- b) Identifikace změny – ověřování toho, zda má uživatel dostatek informací o změnách, které se ho bezprostředně týkají a mají vliv na jeho rozhodování.
- c) Vyjednávání a domlouvání – toto je velice kritický moment v uživatelově a asistentově plánování, je to určité vymezení rizikových situací a nácvik přechodu do jiného, neznámého a nového prostředí.
- d) Společná práce – zde hraje podstatnou roli asistentova kompetence a rozhodnutí o jeho intervenci³⁰, zda nechá klientovi pocítit a prožít následky vlastních rozhodnutí. Vždy zde není důležitý jen výsledný cíl, ale i samotný průběh směřující k cíli.
- e) Revidování – vyhodnocení a revidování společné práce klienta a asistenta je velice efektivní. Uvědomění si toho, v čem je třeba pokračovat, co je důležité změnit a čím se není potřeba nadále zabývat. V tomto okamžiku už není důležitá pouze úzká spolupráce klienta a asistenta, ale celého týmu pracovníků, který se podílí a dopomáhá uživatelům v přechodu do chráněného bydlení.

Dalšími aspekty kvalitní spolupráce jsou dokumenty, které ovlivňují asistentovo chování ve vztahu ke klientovi a těmito dokumenty jsou „Etický kodex sociálního pracovníka“ a „Etický kodex pracovníka v sociálních službách“. Etický kodex sociálního pracovníka byl vypracován společností sociálních pracovníků a je dostupných ve dvou verzích. Jednou verzí je mezinárodní etický kodex a druhou variantou je etický kodex společnosti sociálních pracovníků České republiky.

Pro přesnější představu uvádím dále osnovu etického kodexu SSP ČR ve vztahu ke klientovi (úplné znění je přiloženo v příloze č. 1).

Pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi:

- Sociální pracovník podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti.
- Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.
- Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům.
- Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení.

³⁰ Intervence je chápána jako zásah nebo zákrok v něčí prospěch

- Sociální pracovník podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které mají nárok.
- Sociální pracovník podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů.
- Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci.

Etický kodex pracovníka v sociálních službách je v základě stejný pro všechna zařízení a jeho pracovníky, jen každé zařízení si ho upravuje podle jím poskytované služby. V přílohách přikládám etický kodex sociálních pracovníků, zaměstnaných v příspěvkové organizaci Harmonie (viz dále).

5.2. PRŮBĚH PŘECHODU UŽIVATELŮ DO CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ DO „VILY KRAJÁNEK“ (dále jen CHBVK)

S přípravou na transformaci organizace Krajánek bylo započato již v roce 2007. První etapa transformace spočívala ve vybudování chráněného bydlení ve vile Krajánek, do které se první uživatelé nastěhovali v roce 2010. Na ni navazuje druhá fáze, která by měla být realizována do roku 2013. Realizací obou fází dojde k celkové transformaci sociálních služeb poskytovaných organizací Krajánek, příspěvková organizace, Město Albrechtice.

Aby bylo možno po ukončení rekonstrukce vily Krajánek provést přestěhování vybraných klientů do nových obytných prostor, bylo nutno, je na tento proces důkladně připravit a naplánovat.

Organizačně - technické zajištění:

Předpokládané stěhování do vily bylo naplánováno na počátek února 2010, po převzetí a zkolaudování rekonstruovaného objektu. Samotné stěhování bylo záměrně rozděleno do dvou etap a to z důvodu klidnějšího a systematičtějšího přechodu. První etapa proběhla 1. – 2. 2. 2010 a druhá etapa následně 3. – 4. 2. 2010. Mezi další úkoly, které bylo potřebné zajistit, bylo zajištění dopravy ke stěhování osobního majetku uživatelů. Uživatelé se stěhovali průběžně v pořadí dle umístění v jednotlivých bytech a pokojích.

V současné době ke dni 18. 3. 2011 bydlí ve Vile Krajánek jedenáct uživatelů, z toho 9 muž a 2 ženy. Vzájemná spolupráce klientů a asistentů spočívala také ve společném stěhování, při ukládání osobních věcí a obeznámení se s rozmístěním spotřebičů v bytech a umístěním sociálního zázemí. Uživatelé měli možnost si rozmístit drobný nábytek dle vlastního rozhodnutí. Vedoucí chráněného bydlení následně seznámil klienty a jejich asistenty s novým prostředím a jeho bezprostředním okolím.

Mimo jiné bylo samozřejmě nutné také zajistit provoz stávajícího objektu DOZP Krajánek (Juráň, 2009).

Personální zajištění:

Personální služba v chráněném bydlení ve vile Krajánek je zajištěna jednou vedoucí funkcí a pěti asistenty zaměstnanými v sociálních službách, kteří pracují v denních a nočních 12-ti hodinových směnách a to v intervalech pondělí až neděle.

Požadavky na vedoucí funkci:

Vedoucí CHBVK je podřízen vedoucímu chráněného bydlení Harmonie a současně je nadřízen pěti asistentům v sociálních službách. Požadavky na jeho vzdělání jsou bakalářské studium v oboru sociální práce nebo nástavbové studium VOŠ v oboru sociální práce, popřípadě 200 hodinový akreditovaný kurz pro sociální pracovníky a PSS³¹. Vedoucí pracovník CHBVK vykonává současně kromě vedoucí a metodické práce také některé činnosti sociálního pracovníka. V této práci a s ní spojených činnostech jej vede sociální pracovník DOZP Krajánek. Pracovní úvazek vedoucího CHBVK zahrnuje jen 8 hodinové směny a to pouze v ranních hodinách v intervalu pondělí až pátek.

Asistenti jsou podřízeni vedoucímu CHBVK a je na ně kladen požadavek 200 hod. akreditovaného kurzu pro PSS. Asistenti CHBVK se pravidelně střídají ve 12-ti hodinových směnách, vždy po jedné směně. Na ranní směně spolupracují s vedoucí CHBVK a ve veškerých činnostech spadajících do sociálních záležitostí (Juráň, 2009).

³¹PSS je zkratka pro pomocnou sociální službu

5.3. TRANSFORMACE DOZP HARMONIE

Harmonie, příspěvková organizace (Krajánek je jedním z jejich pracovišť), poskytuje celoroční pobytové služby osobám s mentálním postižením a kombinovaným postižením, ve věku 18 ti let a starším, jak mužům, tak ženám. Hlavním cílem Harmonie není poskytování pouze ubytování a stravy pro své klienty, ale mimo jiné i poskytování volnočasových aktivit a hlavní důraz je kladen na individuální přístup k lidem s mentálním postižením a rozvojem jejich vlastní soběstačnosti. Hlavním nástrojem tohoto plánu se stává využívání služeb veřejnosti a resocializace do běžného života společnosti.

DOZP Harmonie, příspěvková organizace, v souladu s přijatou Konceptí kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, prochází transformačním procesem jako celek. V současné době DOZP Harmonie poskytuje služby na několika pracovištích:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením v Krnově - ulice Chářovská.
- Domov pro osoby se zdravotním postižením v Krnově - ulice Za Drahou.
- Domov pro osoby se zdravotním postižením v Městě Albrechticích (**DOZP Krajánek**).
- Chráněné bydlení v Krnově - ulice Opavská.
- Chráněné bydlení v Městě Albrechticích.
- Sociálně terapeutické dílny v Městě Albrechticích a v Krnově.

Cílová skupina Harmonie:

Sociální služby jsou v tomto zařízení poskytovány uživatelům, kteří jsou postižení nejen lehkou, středně těžkou i těžkou mentální retardací, ale i kombinovaným zdravotním postižením. Služby jsou poskytovány i osobám plně imobilním.

Možnosti chráněného bydlení využívají uživatelé s lehkou mentální retardací a z hlediska mobility převažují uživatelé bez omezení pohybu.

Sídlo Harmonie se dříve nacházelo v nevyhovujícím plně bariérovém zámku v Hošťálkovech. Moravskoslezský kraj ze svého majetku vyčlenil objekt v Krnově, který prošel rekonstrukcí a přístavbou, čímž vzniklo moderní bezbariérové zařízení, které poskytuje útočiště svým uživatelům od ledna roku 2007.

Tento objekt je bývalá základní škola, ve které bylo zbudováno podkrovní bydlení a došlo k přístavbě, propojené s původní budovou na úrovni každého podlaží. V tomto objektu se nachází 29 dvoulůžkových pokojů a 2 jednolůžkové. Každý pokoj má stavebně oddělené vlastní sociální zařízení. Bezbariérový přístup pro imobilní klienty je zajištěn výtahem, který je navržen jako lůžkový a je přizpůsoben pro osoby se sníženou možností pohybu a orientací.

Celý objekt je řešen tak, aby došlo ke vzniku komunit. Služba je poskytována 60 uživatelům, ubytovaných v 7 komunitách. Jedno podlaží je věnováno uživatelům, kteří vyžadují ošetrovatelskou péči, dochází k prevenci dekubitů a k polohování. Zdravotní péči, kterou vyžadují takto handicapovaní klienti, poskytují diplomované zdravotní sestry. K celému objektu náleží zahrada s altánem a krbem.

Hlavním úmyslem nově vybudovaného zařízení v Krnově bylo chtěné soužití a resocializace klientek do společnosti a s tím související potlačení mechanismů, které vedly k problematickému jednání a chování uživatelék. Došlo takto k zajištění intimity a soukromí, vytvoření prostředí, které je zvukově izolované a prakticky vybavené. Služby jsou především poskytovány na základě potřeb klientů.

Kromě pobytové služby, kterou Harmonie poskytuje v Krnově, poskytuje dále i výše zmíněné možnosti chráněného bydlení a to ve Městě Albrechticích.

Tato varianta vznikla rekonstrukcí objektu MSK, čímž vznikly tři nové bytové jednotky. Služba je poskytována 20 uživatelkám. Celý objekt je rozdělen do tří podlaží a bezbariérový přístup je opět zajištěn výtahem. V prvním poschodí se nachází 4 dvoulůžkové pokoje, obývací pokoj, kuchyň, technické zázemí, sociální zařízení a sociální zázemí pro personál. Druhé patro je situováno stejným způsobem a ve třetím patře se nachází jen dva dvoulůžkové pokoje a se společným sociálním zařízením.

Poskytování tohoto druhu péče uživatelkám, podporuje jejich samostatnost a nenásilné začleňování do společnosti. Dále tato služba respektuje právo na soukromí, vlastní rozvržení a trávení dne a působí proti sociálnímu vyloučení.

Město Albrechtice nabízí těmto klientkám pracovní příležitost v místní rehabilitační dílně, jejíž provoz byl zahájen v roce 2004. Uživatelky sem mohou docházet a posilovat takto své pracovní dovednosti a návyky. Klientky se zde mohou věnovat keramice, textilní výrobě jako je vyšívání, háčkování nebo tkaní koberců, dále košíkářství, výroba svíček, aj. Výrobky je samozřejmě možno zakoupit na předvánočních trzích, ale i v průběhu roku. Výtěžek z prodeje je použit na další rozvoj dílny.

Z výše uvedeného vyplývá, že proces transformace v zařízení Harmonie přinesl mnohá zlepšení a pokrok nejen v přístupu k uživatelům se zdravotním postižením, ale v jejich samotném životě. Proces transformace je velice důležitým aspektem v životech takto handicapovaných osob a snad se bude postupně realizovat nejen v uvedeném Krajánku, ale i v mnoha dalších bývalých ústavních zařízeních.

5.4. Rozhovor se zaměstnanci Harmonie a Krajánku

Z důvodů autentičnosti mé práce jsem se rozhodl oslovit zaměstnance těchto zařízení a požádal jsem je o vyplnění dotazníků, které nám přiblíží jejich postoj a stanovisko k probíhajícím změnám. Oslovil jsem přibližně 19 zaměstnanců, bohužel ani jeden z nich nebyl ochoten podělit se o své názory. Zajímal mne nejen jejich profesní pohled na plánované transformace a přechody z ústavní péče na chráněná bydlení, ale i jejich lidský pohled na danou problematiku.

Neochotu ke spolupráci při vyplňování dotazníků si vysvětluji především tak, že ve zmiňovaných zařízeních v době mého oslovení probíhala souběžně finanční kontrola. Vedení DOZP mě na tuto skutečnost upozornilo, ale bohužel odpovědi na dotazníky jsem neobdržel.

ZÁVĚR

Bakalářská práce se v úvodní části zabývá tematikou vývoje péče o mentálně a fyzicky handicapované spoluobčany a lidské bytosti jako takové. Z historie jsme obeznámeni s nelehkými podmínkami, jež tito lidé zažívali a měli bychom se tedy z chyb našich předků poučit a k jejich opakování by již nemělo docházet. I tito lidé, navzdory svým fyzickým omezením, mentálním handicapům nebo se stařeckou demencí (tady pozor, demence je psychická porucha, což ve Vašem případě asi spadá do mentálního handicapu – takto to vymezení není přesné, spíše je špatné) si jistě zaslouží lidské zacházení a určitou kvalitu života.

Dále je tato práce zaměřena na přiblížení pojmu sociální služba, co tento pojem znamená a jaké jsou možné kategorie tohoto sociálního odvětví. Blížeji charakterizuje služby již zažitě, ale obeznamuje i s novými, kvalitnějšími trendy poskytovaných služeb.

Poslední část je věnována samotnému procesu transformace, přičemž nejprve je terminologicky a obsahově ukotven pojem transformace, dále se pozornost soustředí na způsoby jejího aktuálního i možného průběhu i na oblasti, kterých se transformace vlastně dotýká. Pro lepší a komplexnější uchopení pojednávané problematiky jsou v závěru představeny dvě konkrétní organizace (domovy) - nejprve domov pro osoby se zdravotním postižením Krajánek, ve kterém je transformace aktuálně realizována a následně i příspěvková organizace Harmonie, ve které již transformace úspěšně proběhla.

Transformace je důležitým procesem v životech osob, ať už fyzicky či mentálně postižených, anebo osob v seniorském věku, který usiluje o zvýšení životního standardu a humanizaci lidského života.

Seznam použitých zdrojů

Literatura

1. HARTL, Pavel, et al. *Psychologický slovník*. 2. Praha : Portal, 2009. 774 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
2. JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. Vydání. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000. 275s. ISBN 80-7041-196-1.
3. JURÁŇ, M. *Harmonogram přechodu skupiny obyvatel domova pro osoby se zdravotním postižením do chráněného bydlení Krajánek v Městě Albrechticích*. Město Albrechtice, 2009.
4. KOMENSKÝ, J. A. *Vševýchova*. 1. Vydání. Praha : Státní nakladatelství, 1948. 269s.
5. KRAJSKÝ ÚŘAD MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE. *Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji*. Moravskoslezský kraj. 2010. 112s.
6. MATOUŠEK, O. et al. *Sociální služby : Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vydání. Praha : Portal, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
7. NIRJE, B. Das Normalisierungsprinzip, In: *Vierteljahresschrift für Heilpädagogik und ihre Nachbargebiete 1*, 1994, s. 12 – 32.
8. PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
9. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 2. upravené vydání. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1974. 213s.
10. *Úplné znění zákona o sociálním zabezpečení: Sociální služby*. Ostrava : Sagit, 2010. 288 s. ISBN 978-80-7208-794-5.
11. VALENTA, M . et al. *Psychopedie*. 3. Vydání. Praha : Parta, 2007. 443s. ISBN 978 – 80 – 7320 – 099 – 2.

Internetové stránky

1. ADAMEC, Petr. *Kraj moravskoslezský : Transformace pobytových sociálních služeb* [online]. 2008. Ostrava : 2008 [cit. 2011-02-27]. Koncepce kvality soc. služeb v Moravskoslezském kraji. Dostupné z WWW: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/transformace_ustavni_pece.html>.
2. *ABZ.cz slovník cizích slov* [online]. 2005 [cit. 2011-04-05]. On-line hledání. Dostupné z WWW: <<http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>>.
3. *Ministerstvo práce a sociálních věcí : články* [online]. Fides populi, 2008 [cit. 2011-03-13]. Role průvodce. Dostupné z WWW: <www.mpsv.cz/files/clanky/5971/7_role_pruvodce.pdf>.
4. *ÚSP - Harmonie : Základní informace o procesu transformace zařízení sociálních služeb* [online]. 2007. 2007 [cit. 2011-03-17]. Transformace. Dostupné z WWW: <<http://www.usp-harmonie.cz/transformace>>.
5. *Moravskoslezský kraj : veřejná správa* [online]. 2010 [cit. 2011-03-13]. Obecná východiska transformace pobytových sociálních služeb. Dostupné z WWW: <http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/transformace_ustavni_pece.html>.
6. *Wikipedie* [online]. 2011, 23. 01. 2011 [cit. 2011-03-11]. Wikipedie. Dostupné z WWW: http://cs.wikipedia.org/wiki/Codex_Theodosianus

Seznam příloh

Příloha č. 1: Etický kodex sociálních pracovníků

Přílohy

Etický kodex sociálních pracovníků

1. Etické zásady 1. 1. Sociální práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců tak, jak jsou vyjádřeny **v dokumentech relevantních pro praxi sociálního pracovníka**, a to především ve Všeobecné deklaraci lidských práv, Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte a **dalších mezinárodních deklaracích a úmluvách**. Dále se řídí Ústavou, Listinou základních práv a svobod a dalšími zákony tohoto státu, které se od těchto dokumentů odvíjejí.

1. 2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

1. 3. Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v takové míře, aby současně nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob.

1. 4. Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a sdružení občanů svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

1.5. Sociální pracovník **dává přednost** profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.

2. Pravidla etického chování sociálního pracovníka

2. 1. Ve vztahu ke klientovi 2. 1. 1. Sociální pracovník **podporuje své klienty k vědomí vlastní odpovědnosti**.

2. 1. 2. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

2. 1. 3. Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. **Sociální pracovník jedná s každým člověkem jako s celostní bytostí. Zajímá se o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usiluje o rozpoznání všech aspektů života člověka. Sociální pracovník se zaměřuje na silné stránky jednotlivců, skupin a komunit a tak podporuje jejich zmocnění.**

2. 1. 4. Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty a informuje ho o jejich potřebnosti a použití. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby, které nemají způsobilost k právním úkonům v plném rozsahu (zejména nezletilé děti) nebo tehdy, kdy jsou ohroženy další osoby. **V případech, kde je to v souladu s platnými právními předpisy**, umožňuje účastníkům řízení nahlížet do spisů, které se řízení týkají.

2. 1. 5. Sociální pracovník **podporuje klienty při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení**, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které jsou zaměstnáni, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Podporuje klienta při řešení problémů týkajících se dalších sfér jeho života.

2. 1. 6. Sociální pracovník **podporuje klienty při hledání možností jejich zapojení do procesu řešení jejich problémů**.

2.1.7. **Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.** 2. 2. **Ve vztahu ke svému zaměstnavateli**

2. 2. 1. Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.
2. 2. 2. V zaměstnavatelské organizaci spolupůsobí při vytváření takových podmínek, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky vyplývající z tohoto kodexu.
2. 2. 3. Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

2. 3. Ve vztahu ke kolegům

2. 3. 1. Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vyhledává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytovaných sociálních služeb.
2. 3. 2. Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů a ostatních odborných a dobrovolných pracovníků. Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě vhodným způsobem.
- 2.3.3. Sociální pracovník iniciuje a zapojuje se do diskusí týkajících se etiky se svými kolegy a zaměstnavateli a je zodpovědný za to, že jeho rozhodnutí budou eticky podložená.

2. 4. Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

2. 4. 1. Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání.
2. 4. 2. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.
2. 4. 3. Působí na to, aby odbornou sociální práci prováděl vždy kvalifikovaný pracovník s odpovídajícím vzděláním.
2. 4. 4. Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy.
2. 4. 5. Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.
- 2.4.6. Sociální pracovník spolupracuje se školami sociální práce, aby podpořil studenty sociální práce při získávání kvalitního praktického výcviku a aktuální praktické znalosti.

2. 5. Ve vztahu ke společnosti

2. 5. 1. Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na případy porušování zákonů a oprávněných zájmů občanů.
2. 5. 2. Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a zvyšování sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, v politice státu i v politice mezinárodní.
2. 5. 3. Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.
2. 5. 4. Působí na rozšíření možností a příležitostí ke zlepšení kvality života pro všechny osoby, a to se zvláštěm zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.
2. 5. 5. Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

2.5.6. Sociální pracovník požaduje uznání toho, že je zodpovědný za své jednání vůči osobám, se kterými pracuje, vůči kolegům, zaměstnavatelům, profesní organizaci a vzhledem k zákonným ustanovením, a že tyto odpovědnosti mohou být ve vzájemném konfliktu.

Etické problémové okruhy Tyto problémové okruhy by měly být rozpracovány v rozšířeném kodexu, který by byl zaměřen na specifika sociální práce v různých oblastech. Sociální práce s jednotlivcem, rodinami, skupinami, komunitami a organizacemi vytváří pro sociálního pracovníka situace, ve kterých musí nejen eticky hodnotit, vybírat možnosti, ale i eticky rozhodovat. Sociální pracovník eticky uvažuje při sociálním šetření, sběru informací, jednáních a při své profesionální činnosti o použití metod sociální práce, o sociálně technických opatřeních a administrativně správních postupech z hlediska účelu, účinnosti a důsledků na klientův život.

A. Základní etické problémy jsou

- kdy vstupovat či zasahovat do života občana a jeho rodiny, skupiny či obce (např. z hlediska prevence či sociální terapie společensky nežádoucí situace), - kterým sociálním případům dát přednost a věnovat čas na dlouhodobé sociálně výchovné působení, - kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovaly klienta ke změně postojů a k odpovědnému jednání a nevedly k jejich zneužití, - kdy přestat se sociální terapií a poskytováním služeb a dávek sociální pomoci

B. Další problémové okruhy,

které se občas vyskytují a vyžadují etické hodnocení a rozhodování vyplývají z následujících situací, kdy loajalita sociálního pracovníka s klientem se dostane do střetu zájmů - při konfliktu zájmu samotného sociálního pracovníka se zájmem klienta, - při konfliktu klienta a jiného občana, - při konfliktu mezi institucí či organizací a skupinou klientů, - při konfliktu zájmu klientů a ostatní společností, - při konfliktu mezi zaměstnavatelem a jeho sociálními pracovníky.

C. Sociální pracovník má ve své náplni roli pracovníka,

který klientům pomáhá a současně má klienty kontrolovat. Vztahy mezi těmito protichůdnými aspekty sociální práce vyžadují, aby si sociální pracovníci vyjasnili etické důsledky kontrolní role a do jaké míry je tato role přijatelná z hlediska základních hodnot sociální práce.

Postupy při řešení etických problémů

1. Závažné etické problémy budou probírány a řešeny ve skupinách pracovníků v rámci Společnosti sociálních pracovníků ČR (dále jen Společnost). Sociální pracovník má mít možnost: diskutovat, zvažovat a analyzovat tyto problémy ve spolupráci s kolegy a dalšími odborníky, event. i za účasti stran, kterých se týkají.
2. Společnost může doplnit a přizpůsobit etické zásady pro ty oblasti terénní sociální práce, kde jsou etické problémy komplikované a závažné.
3. Na základě tohoto kodexu je úkolem Společnosti pomáhat jednotlivým sociálním pracovníkům analyzovat a pomáhat řešit jednotlivé problémy.

Etický kodex byl schválen plénem Společnosti sociálních pracovníků 19. 5. 2006 a nabývá účinnosti od 20. 5. 2006.

Anotace

Jméno a příjmení:	Aleš Zahel
Katedra:	Katedra psychologie
Vedoucí práce:	Mgr. Lucie Křeménková, Ph.D.
Rok obhajoby:	2011

Název práce:	Transformace v sociálních službách
Název v angličtině:	Transformation in social services
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá historií péče o handicapované osoby v průběhu staletí, pojmem sociální služby, kategoriemi sociálních služeb a procesem transformace. Proces transformace je přiblížen pomocí DOZP Krajánek a příspěvkovou organizací Harmonie.
Klíčová slova:	Handicap – klient – postižení – proces – služby – transformace – uživatel - zařízení
Anotace v angličtině:	Bachelor thesis deals with history of care of handicapped people along centuries, conception social services, caregories of social services and process of transformation. Process of transformation is approached by DOZP Krajánek and contributory organization Harmonie.
Klíčová slova v angličtině:	Handicap – client – impairment – process – services – transformation – user - institution

Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1: Etický kodex sociálního pracovníka
Rozsah práce:	45 str.
Jazyk práce:	český