

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA



Ústav speciálněpedagogických studií
Obor: speciální pedagogika

Rigorózní práce

Deinstitucionalizace sociálních služeb jako cesta k prosazení práv osob
se zdravotním postižením

Dita Dočekalová

Olomouc 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem rigorózní práci na téma „*Deinstitutionalizace sociálních služeb jako cesta k prosazení práv osob se zdravotním postižením*“ vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury. Dále uvádím, že výše uvedené téma nebylo použito k získání jiného nebo stejného vědeckého titulu.

V Praze dne 17. listopadu 2023

.....

podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala ředitelům Domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří mi vyšli vstříc při vytváření praktické části této práce, a dále bych ráda poděkovala všem klientům, se kterými jsem spolupracovala. Taktéž děkuji své rodině, která mi zajistila kvalitní podmínky pro studium.

Anotace

Tato rigorózní práce se zabývá procesem deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb. K nastartování celého přechodu k jinému typu sociálních služeb došlo v České republice až v roce 2006, a to přijetím Zákona o sociálních službách, i když ve světě již probíhal mnohem dříve. Přestože náklady na tuto pomoc jsou mnohem větší než je klasický institucionální model péče, směřuje to k tomu, aby klienti mohli žít ve své vlastní komunitě a s podporou jejich nezávislosti na okolí.

První část je věnována historiografickému vývoji sociální péče u nás a postupně přechází k rozboru procesu transformace sociálních služeb i s tím, jaká rizika a výhody může deinstitucionalizace pro uživatele přinést, a to nejen u nás, ale i ve Slovenské republice.

Další část je věnována otázce, jestli je transformace sociálních služeb tak, jak je nastavena, pro klienty přínosem a zda je skutečně zaměřena na pomoc a podporu lidem s postižením.

Z dotazníkového šetření, z rozhovorů s uživateli i ředitelem jednoho z Domovů vyplynulo, že provoz sociálních služeb podle systému deinstitucionalizace znamená orientaci na člověka, na potřeby uživatele a jeho sociálního začleňování. Dle výsledků šetření mohou žít uživatelé mimo instituci spokojeně, pokud jim stát a společnost proto dokáže vytvářet vhodné podmínky.

V závěru práce jsou popsány doporučení pro praxi, kterým by bylo vhodné se při implementaci deinstitucionalizace i nadále věnovat, přestože se zdá, že je v současné době systém již dobře nastaven, řádně probíhá a je společností přijímán.

Klíčová slova: deinstitucionalizace, transformace, uživatel, poskytovatel, sociální služba, sociální integrace, osoba se zdravotním postižením

Anotation

This thesis deals with the process of deinstitutionalisation of residential social services. The whole transition to a different type of social services started in the Czech Republic only in 2006, with the adoption of the Social Services Act, even though it had been happening much earlier in the other countries. Although the costs of this type of assistance are much higher than the classic institutional model of care, it aims to enable clients to live in their own community and with the support of their independence from their surroundings.

The first part of my thesis deals with historiographical development of social care in our country and gradually moves to an analysis of the process of transformation of social services, including the risks and benefits that deinstitutionalisation can bring for users, not only in our country, but also in the Slovak Republic.

The following part aims to explain the question of whether the transformation of social services as it is set up is beneficial for clients and whether it is really aimed at helping and supporting people with disabilities.

From the questionnaire survey, from the interviews with the users and the director of one of the Homes, it emerged that the operation of social services according to the system of deinstitutionalisation means orientation towards the person, the needs of the user and his social inclusion. According to the results of the survey, users can live happily outside the institution if the state authorities and society can create suitable conditions for them.

At the end of the thesis, recommendations for practice are described, which would be appropriate to continue to pay attention to during the process of implementation of deinstitutionalisation, even though it seems that the system is currently well set up, runs properly and is accepted by society.

Key words: deinstitutionalization, transformation, user, provider, social service, social integration, disabled person

Obsah

TEORETICKÁ ČÁST	8
ÚVOD	8
1. HISTORIOGRAFICKÝ VÝVOJ PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ	12
1.1 HISTORICKÝ VÝVOJ NÁRODNÍ SOCIÁLNÍ POLITIKY	13
1.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE OD ROKU 1918 – 1945	14
1.3 POVÁLEČNÉ OBDOBÍ 1945 – 1948	15
1.4 ŠEDESÁTÁ LÉTA	16
1.5 SEDMDESÁTÁ A OSMDESÁTÁ LÉTA	17
1.6 PŘED ROKEM 1989	17
1.7 PO ROCE 1989	18
2. ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	19
2.1 CHARAKTERISTIKA ZMĚN V SYSTÉMU SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PO PŘIJETÍ ZÁKONA O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	19
3. PŘIJATÉ ZÁKONY A USNESENÍ K PROCESU DEINSTITUCIONALIZACE	24
4. PROCES DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V KONTEXTU NÁRODNÍ SOCIÁLNÍ POLITIKY	26
4.1 DEINSTITUCIONALIZACE A ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	29
5. PROCES DEINSTITUCIONALIZACE	34
5.1 ZÁKLADNÍ MYŠLENKY DEINSTITUCIONALIZACE	34
5.2 CÍLE DEINSTITUCIONALIZACE	35
5.3 KRITÉRIA DEINSTITUCIONALIZACE	35
5.4 RIZIKA PROCESU DEINSTITUCIONALIZACE	36
6. DEINSTITUCIONALIZACE V ČESKÉ REPUBLICE	41
6.1 FORMY POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V SOULADU S TRANSFORMACÍ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	42
6.2 PROCES TRANSFORMACE V JEDNOTLIVÝCH KRAJÍCH	46
6.2.1 Hlavní město Praha	46
6.2.2 Středočeský kraj	48
6.2.3 Jihočeský kraj	49
6.2.4 Plzeňský kraj	49
6.2.5 Karlovarský kraj	49
6.2.6 Ústecký kraj	50
6.2.7 Liberecký kraj	53
6.2.8 Královéhradecký kraj	53
6.2.9 Pardubický kraj	54
6.2.10 Kraj Vysočina	54
6.2.11 Jihomoravský kraj	55
6.2.12 Zlínský kraj	56
6.2.13 Olomoucký kraj	58
6.2.14 Moravskoslezský kraj	58
7. DEINSTITUCIONALIZACE NA SLOVENSKU	60
8. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO PROSTŘEDÍ	63
8.1 ÚSTECKÝ KRAJ	63
8.2 CHARAKTERISTIKA POSKYTOVATELŮ ZAPOJENÝCH DO VÝZKUMU	64
8.2.1 Domov „Bez zámků“ Tuchořice, p. o.	64
8.2.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, p. o.	64
8.2.3 Domovy sociálních služeb Litvínov, p. o.	65
PRAKTICKÁ ČÁST	66
9. TERÉNNÍ ŠETŘENÍ	66

9.1 Kvantitativní šetření	66
9.1.1 Dotazníkové šetření	66
9.1.2 Hypotézy	68
9.2 Kvalitativní šetření	69
9.2.1 Rozhovor	69
9.3 Etika výzkumu	70
9.4 Výsledky kvantitativního šetření	70
9.4.1 Dotazníky	70
9.4.1 Testování hypotéz	81
9.5 Výsledky kvalitativního šetření	84
9.5.1 Rozhovory	84
10. Závěr	93
11. Literatura	99
Seznam grafů	104
Seznam tabulek	105
Seznam obrázků	106
Použité zkratky	107
12. Přílohy	108

TEORETICKÁ ČÁST

ÚVOD

Zdravotní postižení provází lidstvo od samého počátku existence a v každé době lze nalézt stopy přítomnosti handicapovaných osob, to znamená osob, které se se svým postižením narodili či se postižení stalo důsledkem závažné nemoci nebo úrazu. Zároveň s existencí takto postižených osob přichází i snaha pomáhat a napravovat vady. V historii se setkáváme spíše s pomocí primitivní, někdy až se segregací takových osob, s vývojem společnosti a vyspělostí přichází pokus o nápravu postižení a léčbu. Snahou byly pokusy zabránit zhoršování stavu nemocného či postiženého člověka a zajistit co nejlepší kvalitu života, která byla samozřejmě v důsledku nemoci či postižení výrazně zkrácena. Z historických záznamů víme o existenci celé řady přístupů k těmto osobám, ale nebyly vždy jednoznačné.

Současné pohledy se obracejí jednoznačně k humanistickému přístupu, který akcentuje u postiženého člověka lidskou důstojnost, individualitu a začleňování handicapovaných osob do běžné společnosti. Jde o celosvětový trend. V naší republice se tento proces urychlil zvláště po vstupu do Evropské unie. Změny se týkají hlavně v oblasti sociální pomoci a podpory, účasti na běžném životě společnosti, v kontaktu s rodinami a blízkými osobami a také v začlenění do prostředí komunity. Všechny tyto principy jsou zahrnuty v pojmu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb. V bývalém Československu se o potřebě změny v poskytování sociálních služeb hovořilo již delší dobu, ale zásadní změna proběhla až s přijetím Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Transformace pobytových sociálních služeb se nedá zvládnout v jedné pětiletce, jde o dlouhodobý proces, který zasahuje do různých odvětví národního hospodářství, ale který je velmi nutný. Sociální služby se stále poskytují v nevyhovujících podmínkách starých objektů a zámků, ale prostory tam nezajišťují dostatečnou podporu uživatelů pro jejich život v přirozeném prostředí.

Hlavním motivem transformace by mělo být naplnění lidských práv osob se zdravotním postižením, která jsou dána úmluvou OSN „O právech lidí se zdravotním postižením“.

Transformace má za úkol humanizaci a restrukturalizaci služeb, vytvoření funkční sítě zařízení poskytující tyto služby na základě potřeb těchto osob, a to nejen pro dospělou populaci, ale také pro děti a seniory.

Velkým úkolem je změna myšlení osob, a to nejen těch, kteří sociální služby poskytují, ale i rodinných příslušníků, veřejnosti, institucí a dalších.

Transformace přináší postupný přechod péče z pobytových sociálních služeb na služby komunitního charakteru. Postupně bude utlumována péče v nevyhovujících, velkokapacitních zařízeních. Vzniknou nové typy služeb – jako je například chráněné bydlení, podporované zaměstnávání, aj. Péče bude poskytována převážně formou individuální podpory na základě potřeb každého uživatele. Systém péče musí být schopen poskytnout pomoc a podporu ve všech oblastech života uživatele sociální služby, to znamená zajištění a podporu při bydlení, práci, sociální i společenský statut.

Je nutné počítat i s neúspěchy, jako je například negativní postoj společnosti, rodinných příslušníků i institucí, kteří si mohou myslet, že osoby, zvláště s velkým postižením, nemohou za sebe rozhodovat a potřebují stále, aby za ně nesl odpovědnost někdo jiný.

Rovněž je nutné počítat s tím, že uživatelé, kteří dosud roky žili v ústavních zařízeních, zde cítili pocit bezpečí a měli vypěstovanou závislost na péči druhé osoby. Také se musí pracovat i s rodinou, která na nový typ péče nemusí přistoupit.

Důležitým faktorem jsou i náklady na deinstitucionalizaci. Sice je podepsáno memorandum, ale mohou nastat nečekané a nepředvídatelné situace, které mohou ekonomiku země postihnout tak, že na financování nových typů služeb a na komunitní výstavbu a zřízení nových typů služeb nebudou finance. S tím souvisí i riziko spojené s nesouhlasem společnosti v souvislosti s přijetím postižených osob do blízkosti jejich obydlí nebo nesouhlas stavebního řízení se stavbou nových objektů. Velkým rizikem může být nedostatek vhodných pozemků pro realizaci transformace.

Transformace pobytových sociálních služeb je převratným krokem v péči o osoby se zdravotním postižením. Prvními kroky si některá zařízení již prošla. Proces přesto není ukončen, pokračuje, má před sebou ještě hodně překážek a problémů a ve své rigorózní práci chci zjistit a popsat, jak se zatím transformaci daří, co se podařilo, co naopak a jak

celý proces transformace vnímají ti, kterých se týká především, a to uživatelé i poskytovatelé sociálních služeb.

Deinstitucionalizace a transformace pobytových sociálních služeb je pojem, o kterém se více či méně začalo mluvit v souvislosti s přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tato rigorózní práce je náhledem na vývoj deinstitucionalizace nejen v České republice, ale i na Slovensku a poukazuje na proces realizace transformace, které by měly umožňovat lepší chápání práv osob se zdravotním postižením žijících v sociálních službách, a to převážně u těch, kteří rozhodují o způsobu života osob s postižením, o jejich zapojení do běžného života a o míře podpory, která se jim dostane. Podstatou deinstitucionalizace totiž je, že problém uživatele lze pochopit, a poté jej vyřešit tehdy, když jej interpretuje uživatel sám.

První kapitola této práce je zaměřena na vymezení základních pojmů, které se týkají sociálních služeb obecně a deinstitucionalizace a transformace.

Druhá kapitola se věnuje deinstitucionalizaci v kontextu národní sociální politiky a na tuto navazuje ta, ve které bude pozornost věnována vývoji národní sociální politiky před rokem 1989, a to až do dnešní doby. Pojem transformace byl před rokem 1989 byl téměř neznámý, jedinou možnou alternativou pro osoby se zdravotním postižením byla péče ústavní.

Následující kapitola bude nejobsáhlejší, protože bude popisovat vývoj transformace v České republice, zvláště pak po roce 1989, a to s odkazem na mezinárodní ustanovení a úmluvy. Chronologicky budou popsány jednotlivé snahy vedoucí k transformaci. Práce bude pokračovat popsáním jednotlivých kroků ze strany MPSV, i kroků na úrovni krajů, kteří jsou ve velké míře zřizovateli sociálních zařízení. .

Další kapitola bude věnována procesu transformace na Slovensku, kde se procesu transformace také věnují.

V poslední kapitole budou popsány jednotlivé kroky, které je nutné udělat během transformačního procesu, na jehož konci je spokojený uživatel žijící v přirozeném

sociálním prostředí, nesoucí za svůj život odpovědnost, a který si za způsob svého života rozhoduje sám.

Kvantitativní šetření bude zaměřeno na nový způsob poskytování sociálních pobytových služeb. Cílem výzkumu bude zjistit, jak nový způsob péče o osoby se zdravotním postižením a jiný náhled na tyto nemocné může ovlivnit a již ovlivnil vnímání postižení samotných osob, ale i uspokojení jejich potřeb i motivaci k získávání většího sebevědomí a lepšího pocitu začlenění do společnosti. Výzkum může být i inspirací pro ty, kteří stále principy transformace odmítají přijmout nebo se zcela neztotožnili s tím, zda transformace a deinstitucionalizace sociální péče má smysl. Dotazníkovým šetřením budou osloveni uživatelé vybraných zařízení, kteří si již transformací prošli.

Součástí praktické části budou tabulky a grafy, které zpracují výsledky šetření a ukáží na skutečnost, jak transformaci sociálních služeb vnímají samotní uživatelé, co se dosud podařilo a co ne a co na cestě k úplné transformaci je ještě potřeba udělat.

Nedílnou součástí praktické části bude také doporučení pro praxi směřované převážně k ústavům, kde proces transformace nebyl zahájen nebo ještě není ukončen a může být i jakousi pomůckou a návodem pro případné kompetentní orgány, pro které by tato zjištění této práce mohlo být inspirací v případném dalším rozhodování o postupu a pokračování transformace sociálních služeb.

1. HISTORIOGRAFICKÝ VÝVOJ PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ

Historie péče o zdravotně postižené se objevují v pramenech starověkého Řecka a Říma. Obecně tehdy platilo, že postižené dítě se buď usmrcovalo ne ponechalo na odlehlém místě s nadějí, že ho někdo najde a ujme se ho. V období starověkého Říma bývala běžná praxe, že se postižené dítě vhodilo do řeky Tibery. Ve starověku platila tvrdá represivní opatření vůči lidem s postižením nebo zdravotně znevýhodněným a patřily mezi velmi rozšířené jevy. Řada pramenů ale dokazuje, že i zdravotně postižení přežili a péči o ně převzali rodinní příslušníci nebo i pomoc od obce nebo státu (Slowík, 2007).

Ve většinové společnosti se ale začala péče o handicapované vyvíjet. Změnil se pohled na člověka jako na objekt milosrdenství a v období středověku se objevuje přístup ochrany a pomoci. Objevují se řeholní řády orientované na péči o potřebné, zakládají se klášterní špitály a hospice. V období středověku se ale začíná rodit praxe užívání klecových lůžek. Tato technika omezování tělesné svobody se vztahovala na zvláštní třídu „zuřivců“ nebo na jedince, o které se okolí odmítalo postarat. Středověk se též vyznačoval zvláštní institucí, která byla nazývána jako „lod' bláznů“. Této lodi se říkalo také opilý koráb (Černoušek, 1994). Lod', ze které nebylo úniku, zabezpečovala, že se postižený člověk nedostane zpět do města a je vydán velké nejistotě řeky. Tyto lodě se pohybovaly po velkých říčních cestách. Ve stejné době se zřizují též „věže bláznů“. Tyto věže sloužily jako prostory, v nichž byli nemocní a pomatení lidé ukazováni za poplatek jako monstra, jako podivné lidské ZOO.

V novověku a s rozvojem vědeckého poznání a především medicíny nastupuje programová péče o handicapované spojená se specializací v přístupu k jedincům s různými druhy postižení. Poprvé se objevuje názor, že nejde jen o péči o potřebné, ale také o zajištění podmínek, aby dokázal samostatně žít ve většinové společnosti a poprvé bylo na takového člověka nahlíženo jako na biopsychosociální osobnost. V této době dochází k zakládání institucí zaměřenou na pomoc a péči různě postiženým osobám. Řada těchto zařízení dodnes existuje na původním místě.

Propojování léčby s výchovou a vzděláváním bylo charakteristické zvláště pro období přelomu 19. a 20. století. V tomto období se ale preferuje převážně péče ústavní, a tím docházelo k úplné segregaci postižených osob.

1.1 Historický vývoj národní sociální politiky

První zmínky o sociální péči zasahují již do historie, už ve středověku existovala soustava institucí zajišťujících péči o potřebné. Tato péče měla charakter dobrovolné a charitativní práce, převážně v církevních institucích nebo také v kláštorech. Vznikají řádové nemocnice, útulky pro chudé, zmrzačené, pro sirotky, slepce, ale i pro osoby s nepříznivými životními podmínkami, například pro ty s vysokým počtem dětí nebo stížené živelní pohromou.

Tyto nemocnice a chudobince spravují řeholní řády. Již v roce 920 zřídil první špitál kníže Boleslav I., do něhož byli umístováni ti, kteří mu věnovali svůj majetek nebo dar. Daru se říkalo „nadační nárok“.

Špitály byly téměř zrušeny v období husitských válek a ve prospěch potřebných byly pořádány sbírky.

Co by ochránářské organizace pak na sklonku středověku vznikala cechovní sdružení a bratrstva.

V době renesance vzniká nová společenská třída, tzv. měšťanstvo, to přebírá církevní péči, a také se rozvíjí i péče léčebná. Městský špitál v Praze je založen roku 1484. Od 16. století se zakládají sirotčince – ústavy pro opuštěné děti. Postarat se o osoby v nouzi ukládal v roce 1552 i Ferdinandův policejní řád. První velkou pražskou institucí založenou roku 1620 byla nemocnice Milosrdných bratří, která kromě péče léčebné zajišťovala i péči sociální.

Na konci 18. století ztrácí katolická církev své rozhodující postavení v péči o chudé. Za vlády Josefa II. byly zrušeny špitály, které nevyhovovaly po hygienické stránce a byly zřizovány nové zdravotnicko-sociální organizace. V roce 1789 byl založen chorobinec na Karlově s oddělením pro duševně nemocné muže a ženy, v témže roce je zřízena

porodnice a v roce 1790 Všeobecná nemocnice. V roce 1789 byl založen pražský nalezinec.

V roce 1868 byl přijat chudinský zákon, ten ukládal obcím postarat se o své potřebné spoluobčany. Kromě péče základní byla povinnost zajistit svému spoluobčanovi i umístění do ústavu, i cizího, ale na náklady domovské obce.

Občanský zákon, přijatý v roce 1811, jako první zákonná norma, zabezpečoval právní postavení dítěte v rodině – nárok na ochranu, výživu apod.

V roce 1904 vznikají nestátní okresní komise pro péči a mládež, které přerozdělovaly prostředky ze sirotčího fondu, ale i stravu a ošacení.

1.2 Sociální práce od roku 1918 – 1945

Po roce 1918 nově vzniklý stát přijal sociální legislativu Rakouska – Uherska. Zlepšení sociálních poměrů širokých vrstev a snaha o smazání největších sociálních rozdílů, které vyplývaly z velké majetkové rozdílnosti společnosti, byly cílem sociální politiky té doby.

Centrálního řízení sociální péče se ujímá po roce 1918 stát a zároveň se v té době rozvíjí i dobrovolná sociální péče. Dobrovolná a veřejná sociální péče tvořily základ sociální pomoci a navzájem se prolínaly. Na základě spolkového práva, na podkladě náboženského nebo národnostního principu vznikaly dobrovolné organizace.

V roce 1908 vznikla „Zemská péče o mládež“, jejíž snahou bylo zřídit ve všech soudních okresech centra umožňující spolupráci občanů, spolků a dobročinných zařízení s úřady v péči o mládež. Spolky se v té době zabývaly i péčí o zdravotně postižené. Byl podporován vznik odborných ústavů, jako je Masarykova liga proti tuberkulóze, Český červený kříž, Spolek pro péči o hluchoněmé, slepé nebo spolek „Humanita“ pro péči o zdraví dělnictva.

Dobrovolnou péči a chudé a mládež vykonávala celá řada dobrovolných spolků a organizace, jako například Charita, České srdce, YWCA a YMCA - Křesťanské sdružení mladých žen a mužů, Armáda spásy, Sociální ochrana státních zaměstnanců,

Ústředí sociální práce v církvi československé, Ústřední spolek v péči o nezaměstnané, Židovská ústředna pro sociální péči a celá řada dalších.

Koncem roku 1931 bylo v naší republice 5 140 spolků a 8 857 ústavů a zařízení pro dobročinnou a komunitní péči. Z ústavů byly nejčastěji zřizovány chudobince – v té době jich bylo 4 307, dále opatrovny, mateřské školy aj.

Velké, lůžkové ústavy, se zřizovaly jako výchovné ústavy pro tělesně nebo duševně nemocné, i v nejmenších osadách se zřizovaly chudobince.

Ústřední zaopatřovací ústav v Praze – Krči, dokončený v roce 1929 měl na tehdejší dobu úseky sociální péče velmi vyspělé. Ústav měl 21 budov, 5 chorobinců pro dospělé nevléčitelně nemocné, 5 starobinců, v jednom z nich mohli bydlet manželé, dětská ozdravovna a dětský chorobinec. Ve své době byl tento ústav nejdokonalejším zařízením v Evropě. V ústavu byl k dispozici divadelní sál, kino, lesní divadlo, přírodní bazén, rehabilitační bazény, knihovna aj.

Za druhé světové války byl v areálu německý lazaret a chovanci byli postupně vystěhováváni. Po roce 1947 využívala areál Rudá armáda, po tomto roce došlo ke změně a dosud je znám jako fakultní Thomayerova nemocnice.

1.3 Poválečné období 1945 – 1948

Po roce 1945 dochází k vlně znárodňování majetku osob, těch, kteří sympatizovali s fašismem. Snižuje se počet příslušníků majetných tříd, ale i těch nejchudších. Byly tak položeny základy k rovnostářské společnosti i k rovnostářskému pojetí sociální politiky. Projevilo se to v Košickém vládním programu z dubna 1945.

Po politickém převratu v roce 1948 se k moci dostává jediná politická strana. Sovětský svaz přebírá systém plánování a řízení, a to i v oblasti sociální politiky a práce.

Stát, reprezentovaný Komunistickou stranou, znárodnil veškerý majetek a převzal na sebe i fondy důchodového, sociálního, nemocenského a úrazového pojištění a připojištění a sociální ochranu a sociální zabezpečení všeho obyvatelstva. Centrální úřady

přerozdělovaly finanční prostředky na sociální péči a realizátory všech rozhodnutí byly národní výbory řízené Ministerstvem vnitra.

Domovské právo bylo v roce 1948 zrušeno a nahrazeno státním občanstvím, povinnost sociálního zabezpečení všech občanů přešlo na stát, sociální péče byla redukována především na poskytování finančních dávek.

Ve druhé polovině 50. let, po smrti J. V. Stalina a K. Gottwalda, dochází k určitému politickému rozvolnění. Začínají se objevovat první názory, že je nutné myslet na všechny osoby, které sociální péči potřebují, a s tím přichází myšlenka na zřízení funkce profesionálních pečovatelek.

1.4 Šedesátá léta

Černá (2008) uvádí, že nové trendy v pobytových službách se objevily ve Skandinávii a Velké Británii na počátku 50. a 60. let 20. století. Mluvílo se ale spíše o decentralizaci a zkvalitňování životních podmínek v ústavech

V tehdejší Československu je sociální péče stále řízena centrálně, přesto dochází k určité renesanci a objevují se i mezi komunisty kritiky dosavadního systému sociální práce. Druhá polovina šedesátých let však přináší novou koncepci sociální politiky, znovu přichází na řadu sociální péče a sociální školství.

Pražské jaro v roce 1968 otevřelo otevřenou diskuzi o chybách v sociální péči, vychází první učebnice sociálního zabezpečení a jedná se o otevření oboru sociální práce jako vědního oboru.

V době reálného socialismu se o sociálních problémech hovořilo jako o nemoci. Náprava se děla zavíráním postižených osob do psychiatrických léčeben, Domovů důchodců, Léčeben dlouhodobě nemocných, protialkoholních léčeben aj.

Novátorem v této době byl MUDr. J. A. Trojan z Thomayerovy nemocnice, jenž jako první vytvořil koncepci geriatrické péče, síť gerontologických ambulancí včetně vzdělávání geriatrických sester.

Zásluhou České lékařské společnosti bylo udrženo i sociální školství, kterému hrozilo zredukování vyšších sociálních škol pouze na školy střední.

1.5 Sedmdesátá a osmdesátá léta

V období normalizace spadlo sociální zabezpečení do působnosti Ministerstva práce a sociálních věcí, částečně i do působnosti Ministerstva vnitra a Ministerstva spravedlnosti. Dávky důchodového zabezpečení vyplácel Úřad důchodového zabezpečení, služby a dávka poskytovaly Národní výbory. Zřizují se posudkové a dávkové komise, a také komise péče o rodinu a děti. Okresy byly zřizovateli většiny ústavů sociální péče. Byla rozšířena pečovatelská služba, v terénu začínají pracovat geriatrické sestry.

Byly vydávány metodické příručky pro sociální pracovnice, ale sociální práce se jako samostatná odborná disciplína nerozvíjí.

Střední vzdělávání sociálních pracovníků bylo zaměřeno spíše na výkon správních činností, zcela chyběli sociální pracovníci s vysokoškolským vzděláním. Proto ještě před rokem 1989 dochází prostřednictvím České lékařské společnosti J. E. Purkyně k jednání s některými fakultami o možnosti zřízení kateder či oddělení sociální práce (Vrtišková, 2009).

1.6 Před rokem 1989

V tomto období byly přijaty dva zásadní dokumenty, a to „Všeobecná deklarace lidských práv“ v roce 1948 a „Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení a trestání“ v roce 1988.

Rok 1989 odstartoval v České republice rozsáhlé změny ve všech oblastech – politické, ekonomické i sociální, ale trvalo téměř 20 let, než byl přijat nový zákon o sociálních službách, který završil snahy o modernizaci systému sociální péče v postkomunistické éře (Wikipedie, 2023).

1.7 Po roce 1989

Politické a ekonomické změny, které v letech 1989 – 1990 proběhly, ukázaly celou řadu vzniklých sociálních problémů, na které nebyla společnost připravena. Nové sociální problémy, a to bezdomovectví, neskryvaná prostituce, migrace uprchlíků přes naše území, zvýšená kriminalita, ale i vypořádání se s velkým počtem vězňů, kteří byli amnestováni prezidentem republiky. Je potřeba řešit domácí násilí, gamblerství, zneužívané a týrané děti a neutěšené podmínky osob umístěných v ústavech sociální péče.

První snahy o deinstitucionalizaci sociálních služeb se objevují v devadesátých letech. Do sociálních služeb vstupují charity a církevní organizace a vznikají nové nevládní a neziskové organizace, které se zaměřují jednak na sociální péči, ale objevují se i nové oblasti sociální péče. Soudy začaly zřizovat střediska Probační a mediační služby, funkce tzv. probačních úředníků, za účelem ukládání tzv. alternativních trestů. Dochází ke změně myšlení, kdy i postižení občané mají stejné právo žít kvalitní život běžným způsobem. Průkopníkem mezi zařízeními byla Horní Poustevna.

Proces deinstitucionalizace prošel dlouhým vývojem, který ukončilo přijetí Zákona o sociálních službách v roce 2006.

Kritikové deinstitucionalizace poukazují na to, že kombinace ekonomických i kulturních faktorů může vést k reinstitucionalizaci nebo transinstitucionalizaci, tedy přesunutí lidí z jednoho druhu instituce do jiné, což se v USA stalo v podobě růstu počtu vězňů lidí (Fakhoury, Priebe, 2007).

Matoušek (2022) uvádí, že úspěch deinstitucionalizace je těsně spojený s dostupností finančních prostředků na adekvátní alternativní služby a podporu lidí s duševním onemocněním nebo postižením.

2. ZÁKON O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Zákon o sociálních službách přinesl zásadní změny v sociální péči, byl přijat po dlouhých letech legislativní stagnace v oblasti poskytování sociálních služeb a byl a stále je jakýmsi revolučním předělem v sociálních službách. Ovlivnil situaci v institucionální péči osob se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním, a to velmi pozitivně, hlavně z pohledu kvality služeb, starostlivosti a péče o klienta závislého na sociální péči.

Zákon o sociálních službách přinesl do sociální péče celou řadu pozitivních změn, a sice integraci, podporu a ochranu znevýhodněných osob. Přinesl nové povinnosti pro poskytovatele těchto služeb, zavedl standardy kvality jako nepřekročitelné minimum při poskytování péče, otevřel nové možnosti péče o zdravotně postižené, výrazně posílil práva uživatelů a dal zákonný rámec v celé řadě činností, které jsou spojeny se žádostí o službu, přijímáním uživatele do služeb a uzavírání smlouvy o poskytování péče. Zákon též uzákonil vzdělání pro zaměstnance v sociálních službách.

2.1 Charakteristika změn v systému sociálních služeb po přijetí zákona o sociálních službách

Poskytovatelem sociálních služeb se může stát jakákoliv právnická nebo fyzická osoba, samosprávné celky, ministerstvo a jiné organizační složky za těchto podmínek:

- poskytovatel musí získat oprávnění k poskytování služeb na základě registrace. Registrací sociálních služeb byl pověřen každý krajský úřad, pod který poskytovatel správně spadal.
- podmínkou získání registrace je zajištění materiálních, hygienických a technických podmínek, také zabezpečení služby dostatkem personálu. Proces registrace je poměrně důležitý proces, protože není možné přidělit registraci bez předchozího prozkoumání všech důležitých aspektů a procesů, které jsou při poskytování služeb důležité.

- poskytovatel musí mít uzavřenou pojistnou smlouvu pro případ odpovědnosti za škodu, způsobenou při poskytování služby pro případ nepředvídaných událostí, a to v jak materiálním zabezpečení, tak i v oblasti vlastního poskytování služby

- veškeré změny musí poskytovatel do 15 dnů písemně hlásit registrujícímu orgánu. Těmito změnami jsou například změny v personálním obsazení, kdy registrující orgán musí mít přehled o tom, zda personál splňuje požadavky na vzdělání a kompetence v poskytování sociálních služeb.

Zrušení registrace na poskytování služby může nastat ve chvíli, pokud poskytovatel přestane splňovat podmínky pro poskytování kvalitní služby a pokud poskytovatel nenaplnuje standardy kvality. Podnět pro odebrání registrace může vzejít od inspektorů kvality poskytování sociálních služeb nebo na základě oznámení o vážných pochybeních v péči jednak ze strany uživatelů, či jiných osob či organizací.

Zákon o sociálních službách přinesl celou řadu nových dávek, pomoci i přístupů ke zdravotně handicapovaným osobám i přístupů k sociální práci.

1. Příspěvek na péči:

Příspěvek je vyplácen prostřednictvím Úřadů práce osobám závislým na pomoci jiné osoby za účelem zajištění potřebné pomoci při všech základních úkonech péče o vlastní osobu, sebedpěči a sebeobsluhu.

Pomoc může být poskytována rodinnými příslušníky, přáteli, sousedy nebo i poskytovatelem sociální služby. Posouzení potřebné pomoci provádí pracovník Úřadu práce, který vypracuje posudek o zdravotním stavu uživatele i míře schopností v péči o sebeobsluhu a tento posudek spolu s lékařskou zprávou předává na Lékařskou posudkovou službu. Ta potom vydá definitivní stanovisko. Posudkoví lékaři popisují 10 ucelených oblastí každodenního života člověka, jak dokáže zvládnout základní životní potřeby.

Výše příspěvku pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc (MPSV, 2023):

- 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 13 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- 12 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

O příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce České republiky.

Základní druhy poskytovaných služeb dle § 32 (MPSV, 2023):

A, sociální poradenství

B, služby sociální péče

C, služby sociální prevence

Formy poskytování sociálních služeb dle § 33:

- Sociální služby se poskytují jako pobytové, ambulantní a terénní
- Pobytovými službami se rozumí služby spojené s ubytováním v zařízení sociálních služeb
- Ambulantními službami se rozumí služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování
- Terénní – jsou poskytovány v přirozeném prostředí klienta

Zařízení sociálních služeb dle § 34:

Pro poskytování sociálních služeb se zřizují tato zařízení sociálních služeb:

- centra sociálních služeb
- denní stacionáře
- týdenní stacionáře
- domovy pro osoby se zdravotním postižením
- domovy pro seniory
- domovy se zvláštním režimem
- chráněné bydlení
- azylové domy
- domy na půl cesty
- zařízení pro krizovou pomoc
- nízkoprahová denní centra
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež
- noclehárny
- sociálně terapeutické dílny
- pracoviště rané péče
- intervenční centra
- zařízení následné péče

Kombinací zařízení a sociálních služeb lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra.

Základní činnosti při poskytování služeb dle § 35:

A:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
- poskytování ubytování, případně přenocování
- pomoc při zajištění chodu domácnosti

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- sociální poradenství
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů, při obstarávání osobních záležitostí
- telefonická krizová pomoc
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

B:

Rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí právní předpis.

C:

Základní činnosti uvedené u jednotlivých druhů sociálních služeb v § 37, 38, 39 až 52 a § 54 až 70 jsou poskytovatelé sociálních služeb povinni vždy zajistit.

D:

Fakultativně mohou být při poskytování sociálních služeb zajišťovány další činnosti.

3. PŘIJATÉ ZÁKONY A USNESENÍ K PROCESU DEINSTITUCIONALIZACE

Dočekalová (2015) uvádí, že v roce **1990** byla přijata Úmluva o právech dítěte, v roce **1991** byly vypracovány dva plány, a to „Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům“ a „Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení“, které podporují vlastní aktivitu a iniciativu postižených. Dalším důležitým dokumentem byla Listina základní práv a svobod, ta byla přijata v roce **1993** a „Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením“ v roce **1997**. Dále v roce **1998** vznikl prováděcí předpis, který až do roku **2006** upravoval typy ústavní péče.

Standardy kvality sociálních služeb vznikají na MPSV v roce **2002** a zabývají se kvalitativní povahou poskytovaných služeb, tím, jak jsou zabezpečeny podmínky ve službě, jaká je povaha vztahu mezi uživateli a pracovníky, jak jsou chráněna práva a důstojnost uživatelů, jak jsou naplňovány principy individuálního poskytování služby a směřování k sociálnímu začleňování (MPSV, 2023).

Bílá kniha v sociálních službách byla přijata v roce **2003**. Jedná se o zásady vycházející z evropského pojetí sociální politiky a jsou podstatou komunitního plánování sociálních služeb, mezi které patří nezávislost a autonomie, začlenění a integrace, respektování potřeb, partnerství a kvalita.

Dle Databáze strategií (2023) vznikl v roce **2005** na základě usnesení vlády č. 1004 „Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením na období 2006 – 2009“, který obsahuje důležité okruhy, a to podporu a vznik dobrovolnických center, podporu při vytváření informačních materiálů a vzdělávání osob se zdravotním postižením ve zdravotnických zařízeních, podporu zlepšení využitelnosti zdravotní péče pro osoby se zdravotním postižením, a dále podporu center rehabilitace s důrazem na specializaci pro jednotlivé skupiny osob se zdravotním postižením.

Revolučním je rok **2007**, kdy vstupuje v platnost Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení výše

uvedeného zákona. Cílem tohoto zákona je podpora procesu sociálního začleňování a sociální soudržnost společnosti. Jako první dodržuje lidskoprávní přístup ke každému uživateli a definuje formu a typ služeb.

Dle Zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách musí být služba dostupná, efektivní, bezpečná, kvalitní a hospodárná.

Tato kritéria zajišťují, že služba bude dostupná pro všechny osoby bez ohledu na jejich ekonomické možnosti či míru zdravotního postižení, služba bude každému uživateli tzv. „ušita na míru“, bude respektovat zájmy a práva uživatelů, bude poskytována kvalifikovanými osobami a hodnocena nezávislými hodnotiteli a peněžní prostředky budou vynakládány ve prospěch uživatelů.

Zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách byl v České republice započat proces deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb.

4. PROCES DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB V KONTEXTU NÁRODNÍ SOCIÁLNÍ POLITIKY

Transformace ústavní péče je takzvanou změnou v poskytování sociálních služeb, která umožní osobám, žijícím dosud v zařízení ústavním, žít v běžných podmínkách a dochází tedy tím ke zlepšení kvality jejich života. Pojem kvalita života je pojmem poměrně širokým, ale v obecné jde hlavně o to, jak sám jedinec chápe své postavení ve světě, kde žije a zda dochází k plnohodnotnému naplnění jeho potřeb ve vztahu k jeho očekávání, cílům a zájmům.

Důvody pro realizaci deinstitucionalizace jsou stavěny na humánním a akceptujícím lidském přístupu, který vychází ze základního předpokladu, že každý člověk chce žít ve svém sociálně přirozeném prostředí, které nazývá svým domovem, a má na to právo (Společné stanovisko k deinstitucionalizaci sociálních služeb, 2020).

V publikaci Kvalita života osob se speciálními potřebami (Ludíková, 2014) jsou popsány modely kvality života, které rozlišuje WHO. Jde o vhodnost prostředí – životní prostředí, sociální kapitál, prosperitu a životní úroveň, užitečnost života – vyšší cíle než přežít, životaschopnost jedince – zdraví, způsobilost a vlastní hodnocení života, což znamená spokojenost, pocit smysluplnosti a subjektivní pohody. Z tohoto hodnocení plyne, že kvalitu života ovlivňuje více atributů. Z uvedené koncepce vyplývá, že naplnění této koncepce v podstatě nelze zajistit poskytnutím ústavní péče.

V minulosti byla služba poskytována v polorozpadlých a nevyhovujících budovách nemocničního typu. Uživatelé žili ve vícelůžkových pokojích, kdy pokoj pro 8 uživatelů nebyl výjimkou, měli málo nábytku, volnočasový program jim organizovala zařízení a byl povinný polední a noční klid. Umístění předcházelo zbavení způsobilosti k právním úkonům.

Ústavy byly za plotem a pod zámekem, o návštěvách rozhodoval personál. Oblečení se nakupovalo pro všechny stejné, což tyto lidi při společných procházkách stigmatizovalo a poukazovalo na to, odkud jsou. V každém zařízení byla okna vybavena

mříží, síťová a klecová lůžka. Klecová lůžka „ulehčovala“ práci personálu, který nechtěl nebo neměl chuť s uživatelem pracovat. Nezřídka se objevovaly i tělesné tresty.

Každá ústavní péče s sebou přináší hluboký zásah do života uživatele a může i do budoucna ovlivňovat principy deinstitucionalizace.

Negativním projevem může být hospitalismus, což je vlastně zcela přizpůsobení ústavním podmínkám, kdy klient čerpá veškeré zaopatření a dá se říci, že „má vše na zlatém podnose“. Na chodu zařízení se nepodílí, nemá zájem o lidi, nedokáže se orientovat v běžných situacích, a tím může dojít až k regresi formou přejídání, ztráty schopnosti komunikace, nepřiměřeně dlouhým spánkům nebo projevům automatizovaných pohybů, projevujících se například kýváním ze strany na stranu.

Druhým důležitým projevem je i ponorková nemoc, je stavem, který odpovídá životu například ve věznicích. V počátku se projevuje stavem euforie, to je po čase vystřídáno obdobím nepřátelství, agrese a může vyústit až k úplnému vyřazení z kolektivu.

Třetím projevem může být šikana. Rizikovým faktorem jsou uzavřené prostory s nedostatkem dalších podnětů. Šikana může přicházet ze strany uživatel vzájemně, ale bohužel i ze strany personálu, což se může projevovat podáváním menších porcí jídla nebo sexuálním obtěžováním.

V poslední řadě je třeba také zmínit ztrátu soukromí. Vícelůžkové pokoje nejsou ničím neobvyklým.

Dále uživatelé většinou nemohou disponovat se svými vlastními finančními prostředky. Jsou pod stálým dozorem, vše probíhá organizovaně, jako je například stravování, vykonávání hygieny, výměna osobního prádla nebo jiných pomůcek.

Negativní rizika popisuje Matoušek (1999) takto:

- nemožnost navázat vztah k jedné osobě a stabilní společenské skupině
- časté změny prostředí i uživatelů a personálu
- nedostatek zkušeností normálního života

- uživatel je nucen se přizpůsobovat režimu a potřebám ostatních spolubydlících
- nedostatečné informace nebo celkové neošetření pravidel partnerství a sexuality
- sexuální zneužívání, a to jak mezi uživateli služby navzájem, ale i ze strany personálu

Negativní zkušenosti není ale možné paušalizovat. Někteří uživatelé si na život v zařízení zvykli a nedokážou si představit samostatný život někde mimo instituci, protože v ní prožili celá desetiletí svého života. Plánovanou změnu přechodu z instituce na péči komunitní je třeba volit citlivě s ohledem na každého jedince. U jedinců, kteří jsou celý život zvyklí na život v instituci, může vytržení z kolektivního soužití způsobit pocit ještě větší samoty a izolace. Nejedno ze zařízení, která transformací prochází, zažilo, že museli být uživatelé po přechodu do komunitního bydlení vráceni zpět do zařízení ústavního. Hlavním důvodem bývá, že spolu všichni žili jako rodina, přechodem spolu ztratili kontakt.

Transformací sociálních služeb rozumíme přechod z ústavního modelu sociálních služeb na nový typ služby, a tím tedy začlenění uživatelů do běžné společnosti. Cílem je poskytnout jim takovou míru podpory, jakou potřebují k přirozenému způsobu života, a tím jsou schopni převzít odpovědnost za svůj život, péči o sebe, svoji domácnost, mohou rozvíjet své zájmy a koníčky. Transformace zahrnuje i humanizaci stávajících ústavů, tak, aby vyhovovaly podmínkám transformace i pro ty uživatele, kteří přecházet nechťejí. Péče by měl vycházet z jejich potřeb a možností, a to i s ohledem na jejich psychomotorický vývoj. Péče by měla být zaměřena na zvyšování sebeobsluhy a soběstačnosti. Transformací i humanizací sociální péče ale také rozumíme udržení osob se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí, čili doma. Je třeba zajistit důstojné podmínky pro práci osob, které o ně pečují, také dostatek kompenzačních pomůcek, dávek a příspěvků. Je třeba vytvořit novou cílovou skupinu, a to skupinu pečujících. Transformace sociálních služeb jde v současné době ruku v ruce s transformací psychiatrické péče. Psychiatrická péče se ještě donedávna potýkala se stejnými problémy, jaké má sociální péče a vzhledem k tomu, že v Domovech pro osoby se zdravotním postižením v Domovech se zvláštním režimem žije mnoho osob s naroubovanými psychickými chorobami, nelze tyto dvě transformace od sebe dělit.

Z historie víme, že postoj k osobám se zdravotním postižením se měnil. Ústavní zařízení se budovala za městem s předsudkem, že tyto osoby musí být před okolím chráněny. Teorie závislosti na sociální službě byla charakteristická pro dobu před rokem 1989, ale již v té době západoevropské země pracovali s myšlenkou, že i osoby se zdravotním postižením mohou žít plnohodnotný život ve svém přirozeném prostředí.

Česká republika se však dlouhodobě potýká s nedostatkem lůžek pro osoby se zdravotním postižením a věková struktura uživatelů Domovů pro osoby se zdravotním postižením představuje nejvyšší zastoupení v kategorii 27 – 65 let (Trass, 2023).

4.1 Deinstitutionalizace a zákon o sociálních službách

Velkou změnu v poskytování sociálních služeb přináší Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb., který vstupuje v platnost v lednu **2007** a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona.

Dále Vláda České republiky v roce **2007** schvaluje „Koncepci podpory transformace pobytových služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“, jejíž součástí je i „Podpora transformace sociálních služeb“.

Čámský, Sembdner a Krutilová (2011) uvádí, že pojem deinstitutionalizace se v sociálních službách používá ve smyslu přechodu od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí a pojem transformace sociálních služeb představuje proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách. Jedná se o přechod od institucionální péče ke službám komunitního typu – např. podporu samostatného bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence, podporované zaměstnávání atd.

Je to proces, který je naplánován na období několika, možná i desítky let.

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením je od roku **2007** součástí právního řádu České republiky a stanoví konkrétní požadavky na užívání práv osob se zdravotním postižením, jejich plné začlenění a účast ve společenství ostatních lidí.

Jedná se například o to, že si osoba s postižením sama zvolí místo svého pobytu, bude mít přístup ke všem službám, které jsou potřeba pro její nezávislý život a aby všechny služby určené pro širokou veřejnost byly též přístupné osobám s postižením.

V únoru **2009** byla skupinou nezávislých odborníků vypracovaná zpráva pro Evropskou komisi o přechodu od institucionální péče na komunitní péči. V dubnu **2009** vznikl Pilotní projekt „Podpora transformace sociálních služeb“, jehož součástí byl vznik Národního centra podpory transformace sociálních služeb. V listopadu **2009** byl v České republice zveřejněn závazný dokument „Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče“, jehož cílem bylo nastavit jasný rámec transformace vybraných zařízení na základě individuálních potřeb uživatelů (MPSV, 2023).

Dle MPSV (2023) Česká republika ratifikovala v průběhu roku **2010** Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením a koncem tohoto roku přijala Evropská komise dokument s názvem Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením pro roky 2010 – 2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu, jehož záměrem je zlepšení postavení osob s handicapem a zlepšení jejich situace, a to především prostřednictvím provádění Úmluvy OSN.

V roce **2012** si resort práce a sociálních věcí vytyčuje úkol stanovit prioritní oblasti pro okruh sociálního začleňování pro čerpání z veřejných rozpočtů České republiky a pro využívání Strukturálních fondů Evropské unie. Cílem Vize a budoucí Strategie je naplnění národního cíle redukce chudoby a snižování míry sociálního vyloučení Národního programu reforem České republiky vycházejícího ze strategie Evropa 2020.

Mezi lety **2012 a 2020** přichází na řadu reforma psychiatrické péče, jejíž cílem je zlepšení podmínek jejího poskytování, jako je např. snížení doby léčení a přesun osob z ústavního léčení do přirozeného prostředí. Tato reforma vychází z celosvětových trendů a doporučení Světové zdravotnické organizace v oblasti duševního zdraví.

Reforma psychiatrické péče vychází z těchto principů:

- rozvoj komunitní a semimurální péče, jenž je dle Vackové (2015) druhem sociální péče, která je poskytována v kombinované formě prostřednictvím komunitních center, kdy klient může zůstat ve svém přirozeném sociálním prostředí
- do popředí se dostává primární péče, neboť problémům je lépe předcházet
- po vzoru transformace v sociálních službách dochází ke snaze o transformaci psychiatrických nemocnic a léčeben
- důraz je též kladen na další vzdělávání odborných pracovníků pečujících o duševní zdraví

V roce 2013 byl pilotní projekt „Podpora transformace sociálních služeb“ ukončen, a zároveň započal projekt nový, a to „Transformace sociálních služeb“, a dále byl vydán Manuál transformace ústavní péče, který má být pomocníkem k uplatnění strategií a politik sociálního začleňování a dosažení požadovaných cílů.

2014: Dohoda o partnerství pro programové období 2014 – 2020 pro Českou republiku

V roce 2015 byla zpracována strategie sociálního začleňování pro rok 2015, a dále pro léta 2016 – 2020.

Strategie zastřešuje hlavní oblasti významné pro sociální začleňování osob sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených. Strategie ukazuje směr, kam by mělo řešení sociálního vyloučení ubírat, prosazuje společensky odpovědné hodnoty vztahující se k sociálnímu vyloučení a upozorňuje na nedostatky při hledání řešení sociálního vyloučení.

V roce 2015 také vznikl Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015 – 2020.

Hlavními cíli jsou:

- dlouhodobě trvající nepříznivá situace v oblasti zaměstnávání osob se zdravotním postižením vyžaduje nutnou revizi systému podpory zaměstnanosti této skupiny osob
- zvýšenou pozornost je nutné věnovat také podpoře inkluzivního vzdělávání
- je třeba nalezení transparentního a efektivního způsobu financování sociálních služeb, podpora a zachování specifických dotačních programů

V březnu **2016** Vláda České republiky schvaluje Národní strategii rozvoje sociálních služeb 2016 – 2025. Ta se skládá z několika hlavních částí a zahrnuje tematické okruhy pokrývající prakticky celou oblast sociálních služeb a poskytuje tak návod, jak by se měly sociální služby

Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016 – 2025 bohužel zůstala v deklaratorní rovině, není naplňovaná a obsahuje statě, podle kterých mohou být i nadále rozvíjeny ústavní velkokapacitní instituce, což se i v dnešní době děje (MPSV, 2023).

V roce **2017** vzniká Akční plán přechodu od ústavní péče k podpoře v komunitě s pomocí terénních, ambulantních a pobytových sociálních služeb komunitního typu pro léta 2019 – 2021. Ve své podstatě jde o materiál velmi rozsáhlý, ale je obecný, neboť neobsahuje plán skutečné změny, neobsahuje jednotlivé kroky a tak také nelze od něho očekávat, že by mohl přinést nějakou změnu v systému sociálních služeb směrem k jejich deinstitucionalizaci.

Nemůže též být zárukou pro evropské dotace hlavně v tom, že by garantoval, že nebudou **financovány nové instituce.**

V roce **2020** vláda České republiky schvaluje nový Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021 – 2025. Jde o strategický dokument, který určuje směřování vládní politiky ČR v oblasti vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. Od roku 1992, kdy byl vypracován první plán, došlo ke zlepšení podmínek pro kvalitní a důstojný život zdravotně postižených a byl nápomocný pro jejich integraci do společnosti. Národní plán podpory rovných

příležitostí pro osoby se zdravotním postižením je předlohou pro zpracovávání Krajských plánů. V každém kraji České republiky je tento plán zpracován a zajišťuje rovná práva a vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením, a to hlavně v oblasti dostupnosti důstojného a nezávislého života této skupiny osob a vytvoření co nejméně omezujícího prostředí, která umožní osobám se zdravotním postižením samostatný život s využitím jejich schopností a dovedností.

Národní plán podpory se zaměřuje hlavně na tyto oblasti:

1. Osvětová činnost – zaměřená na podporu informovanosti laického obyvatelstva a zejména odborného personálu o právech osob se zdravotním postižením a nabídce sociálních, poradenských a jiných podpůrných institucí, zdravotním postižením
2. Oblast zdravotnictví a sociální péče – v co největší míře odstraňovat bariéry při ošetření a hospitalizaci handicapovaných osob
3. Oblast sociální péče - vytvářet podmínky pro samostatný život v rodině a v komunitě, podporovat služby, které umožňují co nejdéle setrvání handicapovaných osob v přirozeném prostředí,
4. Zaměstnávání osob se zdravotním postižením – zajistit a umožnit osobám se zdravotním postižením pracovat podle svých možností
5. Oblast kultury a volnočasových aktivit – i pro osoby se zdravotním postižením vytvářet vhodné podmínky pro volnočasové aktivity a účasti na kulturních akcích
6. Mimořádné události a krizové situace – zajistit ochranu a bezpečnost osob se zdravotním postižením

5. PROCES DEINSTITUCIONALIZACE

Deinstitucionalizace sociálních služeb znamená postupný a dlouhodobý proces změny ústavní péče na péči komunitní. Hlavním cílem je, aby uživatelé mohli žít ve svém domově a způsobem života podle své vlastní volby a možností.

Dle Ben-Moshe (2020) lze proces deinstitucionalizace také chápat jako společenské hnutí, způsob myšlení a ideologii, která mění pohled na duševní chorobu a postižení a vede k emancipaci lidí s těmito nálepkami.

5.1 Základní myšlenky deinstitucionalizace

V každém kroku je nutné sledovat, zda kroky směřují k začleňování uživatelů sociálních služeb do běžného života, zda při přechodu do nového typu služby nežijí izolovaně a zda jim služba poskytuje vhodnou míru podpory.

Dalším principem je zjišťování, zda jsou naplňována práva uživatelů sociálních služeb a proces deinstitucionalizace není v rozporu s jejich potřebami a zájmy.

Změny v procesu deinstitucionalizace se musí týkat všech uživatelů sociálních služeb, i těch, kteří vyžadují vysokou míru podpory.

Rozhodování o deinstitucionalizaci se týká každého uživatele sociálních služeb, musí být zabezpečeno bezpečí, zvláště u těch osob, u kterých si nejsme zcela jisti jejich přáním.

Důležité je také informování veřejnosti, zvyšování povědomí o otázkách spojených se zdravotním postižením, využívání sociálních služeb, zásad a prvků deinstitucionalizace.

Deinstitucionalizace sociálních služeb se dotýká všech oblastí života uživatele, zahrnuje zaměstnávání, vzdělávání, zdravotní péči, právní odpovědnosti a jiné.

5.2 Cíle deinstitucionalizace

Aby byly naplněny všechny vize deinstitucionalizace, je nutné zabezpečit tři základní kritéria:

1. zastavit institucionalizaci dalších osob
2. transformovat ústavní péči
3. zajistit uživateli v komunitě vhodnou, dostupnou a kvalitní pomoc pro jeho samostatný život

5.3 Kritéria deinstitucionalizace

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo kritéria sociálních služeb a kritéria transformace, která vstoupila v platnost dne 1. dubna 2022. Jejich účelem je jednoznačně stanovit, co jsou a co nejsou sociální služby a nastavit podmínky pro realizaci projektů sloužících k transformaci sociálních služeb v České republice (MPSV, 2023).

Vydaná kritéria vychází z činnosti Konzultační skupiny k deinstitucionalizaci zřízené MPSV, jakož i ze společných jednání se zástupci krajských úřadů a velmi úzce navazuje na regionální operační program IROP a Operační program Zaměstnanost – OPZ schválené Evropskou komisí v roce 2012.

Kritéria jsou parametrem, který blíže vymezuje pojem komunitních sociálních služeb pro osoby v nepříznivé životní a sociální situaci, která nastává v důsledku jejich zdravotního postižení.

Vytyčují základní podmínky a procesy, které nemají být opomenuty, nesmí dojít k rizikovým situacím.

Mohou být podkladem hodnotitele pro projektové žádosti za účelem vzniku nových sociálních služeb neb při transformaci ústavů. Mohou být ale nástrojem, jak dále řídit proces transformace do dalších služeb.

Kritéria vychází z myšlenky, že být sociálně začleněn znamená žít v místech, kde žijí ostatní lidé, mít možnost volby a kontroly nad svým životem, navazovat smysluplné

vztahy, pracovat, vzdělávat se. Služba podporuje rozvoj a udržování schopností, dovedností a k podpoře uživatele vedoucí k jeho samostatnosti. Služba uživatele individuálně podporuje a vede ho k odpovědnosti za jeho vlastní život. Služby nenahrazují veřejně dostupné služby jako je například služba kadeřníka, zdravotnického zařízení a jiné. Služba je vymezena provozním i materiálně technickým charakterem.

Nedílnou součástí Kritérií tvoří přílohy, které blíže specifikují některé podmínky stanovené v kritériích.

Mezi tyto přílohy patří:

Transformační plán – sloužící k nastavení procesu transformace pobytové sociální služby, a to včetně popisu výchozího i cílového stavu

Studie proveditelnosti – je povinnou přílohou k transformačnímu plánu, dodává detailní informace včetně ekonomické proveditelnosti transformačního projektu

Metodika k vyplnění transformačního plánu – pomůcka k vyplnění transformačního plánu

5.4 Rizika procesu deinstytucionalizace

Trass (2023) uvádí, že proces transformace je dlouhodobý a složitý úkol s velkým množstvím zapojených aktérů. Mohou ji doprovázet rizika, která proces jako takový poté zpomalují nebo jej mohou až zastavit. Z tohoto důvodu MPSV vytvořilo části dokumentů, a to:

1. Systém řízení rizik
2. Analýza rizik
3. Registr rizik

Zde je žebříček rizik transformace (Dočekalová, 2015):

1. Rizika ze strany uživatelů:

- postupné zhoršování zdravotního stavu uživatelů
- riziko zneužití uživatele, včetně zneužití osobních dat uživatelů (zneužití pro získání úvěrů, půjček, uzavírání nevhodných smluv)
- strach z nového prostředí
- neochota uživatelů se procesu transformace účastnit
- nepřijetí uživatelů v jejich novém bydlení v nové lokalitě
- neschopnost zvládnout samostatný život v novém prostředí
- nevhodné podmínky pro trávení volného času
- chybějící finanční prostředky pro samostatný život
- ovlivňování uživatele jinými osobami, například zaměstnanci nebo rodinnými příslušníky
- konflikty s veřejností v novém bydlišti

Neadekvátní reakce na změnu a s ní spojené důsledky – zvýšená odpovědnost za sebe, nároky na samostatnost, které se mohou projevit formou odmítání, agrese, případně zhoršení zdravotního stavu uživatelů.

2. Rizika ze strany opatrovníků a rodinných příslušníků uživatelů:

- někteří opatrovníci nemají zájem o větší autonomii uživatelů
- opatrovníci mohou během procesu transformace změnit svůj názor
- nesouhlas rodin některých uživatelů s jejich stěhováním a větším osamostatněním
- obava rodin uživatelů z přesunu do jiného zařízení
- nespokojenost a nesouhlas blízkých osob se způsobem nově poskytované služby

3. Riziko ze strany zaměstnanců přímé péče:

- špatně odhadnutá schopnost uživatele zapojeného do transformace
- obavy zaměstnanců z nového způsobu života uživatelů
- neschopnost pružně reagovat na změny a odpor vůči změnám
- v době přípravy uživatele na přechod a při přechodu do nového typu služeb zvýšená zátěž na zaměstnance

4. Rizika ze strany vyššího a středního managementu:

- rozpory v týmu – někteří zaměstnanci jsou pro, jiní proti
- nepřizpůsobení se zaměstnanců nově nastaveným podmínkám
- předávání nevhodných způsobů práce novým zaměstnancům
- vytváření teoretických – nefunkčních postupů a pravidel
- podcenění přípravy uživatelů s vysokou mírou podpory na přechod
- formální provádění transformace
- direktivní způsob řízení managementu, který neumožňuje zapojení zaměstnanců do procesu transformace
- neochota transformujícího zařízení spolupracovat se jinými subjekty

5. Rizika ekonomická:

- nedostatek finančních prostředků pro zřízení nových služeb
- neočekávaně drahý provoz nové služby
- nepravidelnost plateb
- nedostatek a nejistota finančních prostředků pro provoz nové služby
- ekonomické ztráty při nevhodně zvolených dílčích postupech v procesu transformace
- nedostatek financí na realizaci investičního projektu

6. Rizika procesní:

- nedostatek vhodných nemovitostí a pozemků
- nevhodný výběr pozemků pro realizaci transformace
- změna postoje zřizovatele
- možnosti vzniku nepředvídatelných událostí a komplikací
- časové tlaky vzhledem k účasti v IOP
- nejednotnost výkladů právních norem
- nesouhlas účastníků územního řízení, stavebního řízení se stavbou
- nedostatečné personální zajištění nových služeb
- změna podmínek nebo nejasné podmínky individuálního projektu
- nedodržení kritérií transformace (finanční limity apod.)
- nedodržení termínů na všech úrovních
- zařízení se netransformuje celé, řada uživatelů zůstává v původním zařízení v nevyhovujících podmínkách
- nevhodné nastavení nově vzniklé služby
- provozování nově vytvořených služeb nebude ekonomicky únosné
- nevhodné nastavení nově vzniklé služby

7. Vazby na region a místní komunitu:

- konflikty s veřejností
- nepochopení procesu deinstitucionalizace ze strany institucí a odborné veřejnosti, například lékařů, místních samospráv, úředníků
- nedostatek koordinace a spolupráce poskytovatelů sociálních služeb v regionu
- nedostatek politické podpory ze strany kraje
- nové služby neodpovídají reálným potřebám uživatelů
- nedostatek pracovních příležitostí pro uživatele služeb
- problém s registrací uživatelů u obvodních lékařů v nových lokalitách
- postoje sousedů
- málo nabídek pro denní programy a volnočasové aktivity
- nesouhlas místní samosprávy s umístěním nové služby

- nedostatečné zdroje dobrovolníků
- nepřijetí uživatelů místní komunitou

Identifikace rizik je důležitou součástí každého procesu, neméně deinstitucionalizace sociálních služeb. Díky identifikaci je možné zabránit podceňování některého z výše uvedených rizik, případně je možné jej správně vyhodnotit a ošetřit. Pokud riziková situace nastane, je možné ji ovlivnit pouze v omezené míře. Pakliže je však aktér procesu transformace snížit nejistotu a zvýšit pravděpodobnost správného rozhodnutí, hovoříme o proaktivním přístupu k řízení rizika.

Posuzování rizik:

1. Identifikace rizik – vstupních i průběžných – pro jejich zjištění se používá SWOT analýza, příklady dobré praxe, rozhovory, dotazníky aj.
2. Analýza rizik – příčina a dopad – snaha o předcházení
3. Hodnocení rizik – ošetření rizik, která nastanou

Ošetření rizik:

1. Vybrat nejvhodnější variantu s předpokladem nejmenšího rizika
2. Akční plány – zpracovat co, kdo, kdy, jak a následné kroky

Uživatele je potřeba na přechod z ústavního prostředí do nové služby připravovat, mapovat rizikové situace a cvičit jejich zvládání a u aktivních rizik sledovat, zda stále hrozí. Sledovat příklady dobré praxe odborníků v pracovních skupinách a v zahraničí, účastnit se skupinových diskuzí s pracovníky Národního centra pro podporu transformace v krajích.

6. DEINSTITUCIONALIZACE V ČESKÉ REPUBLICE

Myšlenka humanizace společnosti a antidiskriminační opatření jsou důležitými tématy již od konce druhé světové války. Procesy transformace ale nejsou všude stejné. Česká republika a země dnešní Evropy, a nejen jí, se s ní vyrovnávají dle své ekonomické situace a místních zvyklostí.

V Evropě jsou dobrými příklady Švédsko a Norsko, kde byly ústavy úplně zrušeny (Arvidsson, 2005).

Anglie a Německo jsou příkladem toho, jak je zapojení lidí s postižením do procesu transformace důležité, je třeba jim naslouchat a reagovat na jejich názory a přání. Reforma, která byla iniciována profesionály, vedla v těchto zemích ke změně existujících služeb s cílem jejich humanizace, např. změna ústavů na tzv. skupinové bydlení. (Mansell, Knapp, Beadle-Brown, Beecham, 2007)

V Itálii se dobrá praxe odvíjí přímo z procesu deinstitucionalizace a transformace, kdy dochází hlavně ke snižování ústavních zařízení (Toresini, Mezzina, 2017).

V České republice se proces transformace pobytových sociálních služeb započal s přijetím Zákona 108/2006 Sb. o sociálních službách a probíhá na úrovni krajů, kde působí transformační týmy odpovědné za proces transformace na jejich území.

Role krajů v procesu transformace (MPSV, 2023):

1. Iniciační role:

Kraje jsou iniciátorem celé transformace, vyhledávají a registrují sociální služby, kterých je na jejich území nedostatek.

2. Motivační role

Kraje řídí své příspěvkové organizace, motivují ředitele organizací k dalšímu rozvoji domovů pro osoby se zdravotním postižením, poskytují jim metodickou podporu, vzdělávají je v oblasti transformace, organizují kulaté stoly, webináře, konference, spolupracují s obcemi při hledání vhodného bydlení pro osoby odcházející z institucí.

3. Koordinační role:

Kraje koordinují kapacity v již existujících službách, sledují efektivitu a kvalitu poskytovaných služeb.

4. Strategická role:

Plánují rozvoj sociálních služeb v kraji a vyhodnocují, zda je vhodné udržovat činnost i těch zařízení, která nejsou pro tento typ služby vhodná.

6.1 Formy poskytování sociálních služeb v souladu s transformací pobytových sociálních služeb

Pobytové služby transformované na domácnosti uživatelů (Kritéria transformace, 2023):

Individuální domácnost: domácnost je pro 1 nebo 2 uživatele, v jednom domě jsou umístěné maximálně 4 individuální domácnosti (max. 8 osob).

Skupinová domácnost: domácnost je určena pro 3 až 6 osob společně žijících v jedné bytové jednotce, je-li domácnost uzpůsobena pro imobilní osoby, může být v rámci domácnosti maximálně jedna osoba mobilní. V jednom domě bydlí maximálně 12 osob.

Domácnost pro osoby s vysokou mírou podpory: služba je určena prioritně pro osoby s vysokou mírou podpory, v domácnosti žije maximálně 1 osoba, která nemá potřebu vysoké míry podpory, uživatelé s nižší mírou podpory žijící ve službě jsou prioritně partneři či rodinní příslušníci osob s vysokou mírou podpory, kteří v domácnosti žijí nebo si to výslovně přáli, objekt je v případě, že je určen pro osoby trvale upoutané na lůžko či na invalidní vozík, bezbariérový. Domácností pro účely hodnocení v rámci bydlení pro osoby s vysokou mírou podpory rozumíme 3 až 6 osob společně žijících v jedné bytové jednotce. V jednom bytovém nebo rodinném domě bydlí maximálně 18 osob.

Domácnosti pro děti do 18 let: uživatelé žijí v bytě nebo samostatném domě, který je spravován nebo využíván poskytovatelem, přítomnost pracovníků sociální služby může být 24 hodin denně, objekt je v případě, že je určen pro osoby trvale upoutané na lůžko či na invalidní vozík, bezbariérový. Domácnost je pro 3 až 6 osob, v jednom bytovém nebo rodinném domě bydlí maximálně 18 osob.

Zázemí pro ambulantní služby a denní programy pobytových služeb: primárním cílem ambulantních služeb a denních programů je rozvoj a podpora sebeobsluhy a zvyšování schopností a kompetencí uživatelů a zajištění jejich základních potřeb. poskytovatel primárně využívá externí zdroje, které jsou v komunitě k dispozici. V případě, že tento druh služeb není dostupný, je možné budovat služby nové. Budování nových služeb vychází z potřeb/přání uživatelů a dostupnosti služeb v místní komunitě, ambulantní služby jsou odděleny od bydlení (domácností uživatelů), k přechodu z domácnosti do denních programů překoná uživatel fyzickou vzdálenost, ambulantní služby a denní programy nenahrazují veřejně dostupné služby (bazén, hipodrom, kaple apod.).

Provozní charakteristiky: týkají se všech výše uvedených druhů domácností, relevantních ambulantních a terénních služeb i v případě humanizace - investic do změny v původních velkokapacitních zařízeních. V budově je dle možností zachován prostor pro individualitu, autonomii a možnosti společenského styku uživatelů. Je patrná snaha udržet okolí v pořádku a dobrém stavu.

Další alternativní formy poskytování sociálních služeb jsou:

1. Terénní služby – do této kategorie patří např. služby osobní asistence, pečovatelská služba a podpora samostatného bydlení

2. Ambulantní služby – do této formy patří např. denní a týdenní stacionáře, odlehčovací služby, sociálně terapeutické dílny a centra denních služeb

Matoušek (2003) uvádí, že dobrovolníci mohou v sociálních službách zastat mnoho užitečné práce, zejména v bezprostředním kontaktu s uživatelem. Vnášejí do nich nadšení, vysokou angažovanost, pružnost, neformálnost a osobní přístup ke klientům.

Dle Dočekalové (2015) k hlavním znakům dobré sociální služby patří:

- zlepšit kvalitu života lidí
- podporovat využívání běžných zdrojů a veřejných služeb
- nevytvářet závislost na službě
- sociální služby jsou poskytovány v běžném prostředí člověka
- podpora osob se zdravotním postižením při přípravě na samostatný život a pracovní aktivity
- socializace a integrace osob se zdravotním postižením závisí na postoji majoritní společnosti a minimalizaci překážek ve vztazích.

Tyto výše uvedené překážky mohou mít podobu stigmatizace a pro jejich minimalizaci je třeba působit na společnost jako celek. Základním principem je individuální práce s každým uživatelem.

Jak uvádí Franiok (2009), každý zdravotně postižený člověk má právo na výchovu a vzdělávání a na plný rozvoj osobnosti.

Individuální práce s uživateli by se měla zaměřovat na věk uživatele, jeho příjmy, vazby na rodinu a přátele, jeho zájmy, manuální zručnost a vztah k práci, základní znalost trivia, představy o partnerském soužití, délku jeho pobytu v ústavním zařízení, a to, jak jej pobyt v ústavu ovlivnil.

Dočekalová (2015) také uvádí, že toto mapování potřeb zjistí, jaký charakter a jakou míru podpory je potřeba zajistit u každého jednotlivce, u kterého se plánuje přestup do jiného typu služby. V čem by se měl zdokonalit a v čem dostávat podporu a jakou.

Níže je dle Dočekalové (2015) uvedeno, co je třeba udělat před přechodem do nového typu služby:

1. Zmapovat místo přechodu, tzn. občanskou vybavenost v okolí, příležitosti pro vzdělávání, zaměstnávání. Již v tuto chvíli je nutné cvičit uživatele v samostatném pohybu v novém prostředí, naučit jej využívat prostředky veřejné dopravy.
2. Zmapovat zdroje neformální podpory – budoucí sousedé, známí a další vztahy, které musí zůstat zachované. Též s opatrovníky a jinými příbuznými je nutné vést rozhovory a vyjednávání. Často zůstávají v přesvědčení, že stěhování je pro jejich uživatele nevhodné a i nadále preferují model ústavní péče. Tyto rozhovory musí začít co nejdříve a je nutné je ve spolupráci s právníky a dalšími odborníky informovat, kam sahají jejich kompetence, a které činnosti již do jejich kompetence nesahají.
3. Plánovat s uživateli přípravu bydlení, výběr a nákup nábytku, výmalbu bytu i výběr spolubydlících, kteří budou ve společném bytě žít. Zajistit kompenzační pomůcky usnadňující zvládnání základních životních potřeb uživatelů.
4. Naučit uživatele nést zodpovědnost za vlastní rozhodování, a to včetně nácviku rizikových situací.
5. Naučit uživatele účelnému hospodaření s vlastními finančními prostředky.
6. Zajistit uživateli veškeré osobní dokumenty a naučit jej tyto osobní dokumenty chránit před ztrátou a zneužitím jinou osobou.
7. Určit činnosti, na kterých se bude uživatel bude během stěhování podílet a naplánovat termín přestěhování.

Ve chvíli, kdy je uživatel přestěhován, musí dojít k sepsání nájemní smlouvy. Příkladem dobré praxe je, že uživatel nezůstává v novém bydlišti hned sám, ale může zde být pouze přes den a pokud to okolnosti dovolují, na noc se může vracet do původního bydliště.

K důstojnému životu též patří pracovní uplatnění. Právo na práci je zakotveno v Listině základních lidských práv a svobod – „každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu“, „osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních vztazích a na pomoc k přípravě povolání“ (Listina základních práv a svobod, 2023, článek 26).

Mezi další právní nástroje můžeme též zařadit zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a zákon č. 329/2011 Sb., o sociálním zabezpečení nebo sociální programy – například program aktivní politiky o zaměstnanosti pro osoby se zdravotním postižením.

Vytváření a podpora chráněných pracovních míst a chráněných pracovních dílen, ve kterých mají lidé se zdravotním postižením šanci získat práci, je také nástrojem aktivní politiky zaměstnanosti (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti § 75 – 77, 2023).

Hledání místa pro osoby se zdravotním postižením je těžké a riziko nezaměstnanosti je vyšší než u zdravé populace. Tyto osoby jsou méně výkonné a flexibilní, neboť roky nebyli k pracovnímu výkonu motivováni.

6.2 Proces transformace v jednotlivých krajích

6.2.1 Hlavní město Praha

V Praze jde hlavně o ty služby, které vedou k osamostatnění klienta v širší komunitě.

Jmenovat je možné tato zařízení:

- Domov sociálních služeb Vlašská – v tomto domově došlo k rozšíření služby chráněného bydlení a vzniku centra denních služeb

- Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna – jedná se o rozšíření služby typu chráněného bydlení a denní stacionář

V roce 2023 byl ukončen projekt "Transformace systému péče o Pražany, kteří potřebují intenzivní podporu a byli umisťováni do zařízení mimo Prahu, včetně posílení kapacit péče v hl. m. Praze", který běžel od roku 2018. Celkové náklady činily 110 947 460,51 Kč a cílovou skupinou byli poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb, služeb pro rodiny a děti a dalších služeb na podporu sociálního začleňování, sociální pracovníci, zaměstnanci veřejné správy, kteří se věnují sociální, rodinné nebo zdravotní problematice, pracovníci v sociálních službách, osoby sociálně vyloučené a osoby sociálním vyloučením ohrožené, neformální pečovatelé a dobrovolníci působící v oblasti sociálních služeb a sociální integrace

Cílem projektu byl přechod lidí s postižením, seniorů a ostatních klientů ze zařízení s nedostatečnými standardy pro poskytování sociálních služeb do prostředí, které jim umožní žít běžným a přirozeným způsobem života. A dále modernizace systému péče o uživatele pěti příspěvkových organizací ústavního typu s pobytovými službami, lokalizovaných mimo území hl. m. Prahy, na služby terénního nebo komunitního typu v domácím prostředí, které budou odpovídat potřebám klientů, a současně posílení podpůrných sociálních služeb, které budou moci klienti využívat pro zajištění plnohodnotného a dle možností samostatného života.

Toto jsou zapojené organizace:

- Domov se zvláštním režimem Krásná Lípa
- Domov se zvláštním režimem Terezín
- Domov Svojsice
- Domov Zvíkovecká kytička
- Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna
- Integrované centrum sociálních služeb Odlochovice
- Domov sociálních služeb Vlašská
- Centrum služeb pro rodinu a dítě a dětský domov Charlotty Masarykové (Hlavní město Praha, 2023)

6.2.2 Středočeský kraj

Středočeský kraj patří mezi kraje, který má nejvíce zařízení pro osoby se zdravotním postižením a domovů pro seniory. Prameny uvádějí, že v minulosti byla tato zařízení vytlačována z regionu Prahy do nejbližšího okolí.

Koordinace aktivit Středočeského kraje realizovaných za účelem podpory procesů transformace, deinstitucionalizace a humanizace a komunitních služeb probíhá v rámci odboru sociálních věcí Krajského úřadu Středočeského kraje sídlícího v Praze 5.

Zapojené organizace:

- Bellevue, poskytovatel sociálních služeb
- Centrum U Bartoloměje, poskytovatel sociálních služeb
- Domov Barbora Kutná Hora, poskytovatel sociálních služeb
- Domov Laguna, Psáry, poskytovatel sociálních služeb
- Domov Na Hrádku, poskytovatel sociálních služeb
- Domov Pod Lipami, Smečno, poskytovatel sociálních služeb
- Domov Svätý Jan pod skalou, poskytovatel sociálních služeb
- Nalžovický zámek, poskytovatel sociálních služeb
- Rybka, poskytovatel sociálních služeb
- Vyšší Hrádek, poskytovatel sociálních služeb
- Zahrada, poskytovatel sociálních služeb
- Zvoneček Bylany, poskytovatel sociálních služeb

V roce 2012 podal Středočeský kraj 6 investičních projektů do výzvy IROP, a tím zajistil opuštění nevyhovující budovy Vyššího Hrádku. Projektům bylo vyhověno, a tím došlo k nákupu 6 nemovitostí, v nichž byly zřízeny skupinové domácnosti, zázemí pro management a denní stacionář Vyššího Hrádku

Kromě krajských zařízení byl do projektu zařazen i Diagnostický ústav v Tloskově (Středočeský kraj, 2023).

6.2.3 Jihočeský kraj

V Jihočeském kraji byl v rámci projektu „Podpora transformace sociálních služeb“ Domov Pístina přebudován na několik bytových domů pro potřeby deinstitucionalizace pobytových služeb, a sice v:

- Lomnici na Lužnicí
- Lišově
- Jindřichově Hradci
- Třeboni (Jihočeský kraj, 2023)

6.2.4 Plzeňský kraj

V Plzeňském kraji byly dosud realizovány tyto dva projekty:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením Zbůch
- Ústav pro tělesně postiženou mládež Stod

Dle informací z Plzeňského kraje se další projekty v tuto chvíli nechystají, nicméně v rámci akčních plánů je transformace i nadále jedním z úkolů (Plzeňský kraj, 2023).

6.2.5 Karlovarský kraj

Karlovarský kraj (2023) je zřizovatelem celkem 11 aktivních příspěvkových organizací provozujících domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem a domovy pro osoby se zdravotním postižením. Poskytované služby přinášejí klientům možnost co nejvíce se začlenit do běžného chodu života a zároveň zohledňují individuální potřeby a zdravotní možnosti každého klienta. V kraji bylo za účelem usnadnění přechodu uživatelům z ústavního zařízení do služeb chráněného bydlení vypracováno několik projektů hrazených z ESF – OPLZZ.

Zapojila se tato zařízení:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením „Sokolík“ v Sokolově
- Domov pro osoby se zdravotním postižením v Lubech
- Domov pro osoby se zdravotním postižením v Radošově
- Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mnichově
- Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské
- Domov pro osoby se zdravotním postižením PATA Hazlov, ten již poskytuje služby v chráněném bydlení v Chebu a realizuje novostavbu 3 domků a rekonstrukci 3 bytů v Aši (Karlovarský kraj, 2023).

6.2.6 Ústecký kraj

Ústecký kraj je aktuálně zřizovatelem 13 příspěvkových organizací v oblasti sociální. Z toho 7 p. o. s pobytovou službou – domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem a 6 p. o. s pobytovou službou DOZP.

V únoru 2007 se Ministerstvo práce a sociálních věcí obrátilo na kraje se žádostí o vytipování zařízení vhodných pro transformaci pobytových služeb. Dne 14. února 2007 schválila Rada Ústeckého kraje svým usnesením č. 93/74R/2007 výběr dvou pobytových zařízení sociálních služeb vhodných k transformaci služeb. Byly navrženy organizace Ústav sociální péče Jiříkov, p. o. a Ústav sociální péče Lobendava, p. o. V souvislosti se změnami schválila Rada Ústeckého kraje novým usnesením č. 46/14R/2009 ze dne 8. dubna 2009 nový výběr zařízení vhodných pro transformaci pobytových služeb. Jednalo se o Ústav sociální péče Lobendava, p. o. a Domovy pro osoby se zdravotním postižením Hliňany, p. o. Tento výběr byl MPSV akceptován a organizace byly zařazeny do projektu na podporu transformace a do seznamu možných žadatelů o dotaci v rámci výzvy Integrovaného operačního programu.

V červenci 2009 byla vyhlášena výzva – oblast intervence 3.1 aktivita a) investiční podpora procesu a zavádění jednotného přístupu v transformaci pobytových zařízení sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb v rámci Integrovaného operačního

programu. Ve výzvě bylo pro každý kraj alokováno cca 100 mil. Kč na investiční podporu procesu transformace služeb ve vybraných zařízeních.

Realizace I. etapy transformace byla Ústeckým krajem zahájena v lednu 2011. V rámci obou transformačních projektů byly realizovány - jedna novostavba a tři rekonstrukce objektů pro poskytování sociálních služeb v Trmicích, Teplicích a Rumburku. Dotace na transformační projekty činila na projekt ÚSP Lobendava 42 188 424,- Kč a dotace projektu DOZP Hliňany 37 480 952,- Kč.

V případě obou příspěvkových organizací došlo k úplnému opuštění stávajících objektů.

V roce 2011 pak dále byla zahájena příprava žádosti – Transformace II. etapy, která zahrnovala rekonstrukci 2 domů v Rumburku.

V roce 2017 byla zahájena rekonstrukce objektu čp. 118 Domova pro osoby se zdravotním postižením, p. o. v Brtníkách. Na investiční akci jsme získali prostředky z IROPu, z výzvy č. 30, zaměřené na rozvoj sociálních služeb v sociálně vyloučených lokalitách (PO 2: Zkvalitnění veřejných služeb a podmínek života pro obyvatele regionu). Cílem projektu bylo zajištění humanizace poskytované pobytové služby, zvýšení její kvality a zajištění optimálního komfortu klientů i zaměstnanců. Termín ukončení akce - 31. 8. 2018. Získané finanční prostředky cca 14 mil. Kč.

Na úrovni kraje byla využita i výzva z IROPu č. 82 Rozvoj sociálních služeb v sociálně vyloučených lokalitách (PO 2: Zkvalitnění veřejných služeb a podmínek života pro obyvatele regionu) na akce:

1. DOZP Brtníky, p.o. - rekonstrukce objektu čp. 122 (rekonstrukcí objektu čp. 122 došlo ke vzniku 4 domácností pro 18 klientů). Celkové náklady projektu cca 40 mil. Kč.

2. Domov "Bez zámků" Tuchořice, p. o. - rekonstrukce budovy „Teletníku“ a „Zámečku“ za účelem deinstitucionalizace.

I. Etapa – demolice objektu (akce hotova z prostředků ÚK), II. Etapa – novostavba objektu/objektů (náhrada za „Teletník“) - vybudování domácností pro 18 uživatelů – akce právě probíhá (předpoklad dokončení akce - červenec 2023), III. Etapa –

rekonstrukce stávajícího objektu „Zámečku“ - vybudování domácností pro 16 uživatelů by měla být zahájena bezprostředně po dokončení výstavby nového objektu.

Aktuálně probíhá v DSS Litvínov – „Rekonstrukce prostor v DSS Litvínov spojených s transformací a humanizací“. Bezprostředně akcí předcházela projekt vybudování prostor pro 18 klientů se střední a vysokou mírou podpory ve Staré poliklinice v Litvínově (tento projekt nebyl akcí Ústeckého kraje a byl realizován soukromým subjektem ze schválené dotace IROP č. 49 „Deinstitucionalizace sociálních služeb za účelem sociálního začleňování II“). Předmětem projektu byla přestavba dvou objektů bývalé polikliniky v Litvínově, z nichž větší byla opravena podle představ DSS Litvínov na DOZP komunitního typu pro 18 klientů se střední a vysokou mírou podpory. Domácnosti jsou umístěny v nově zrekonstruovaném objektu v běžné zástavbě bytových domů nedaleko centra Litvínova, s velmi dobrou dostupností veřejných služeb i dopravních možností (zastávka MHD, vycházková vzdálenost). Pro 18 klientů se střední až vysokou mírou podpory jsou k dispozici 4 samostatné skupinové domácnosti. Dvě domácnosti mají kapacitu 6 míst a dvě domácnosti kapacitu 3 místa.

V případě DOZP Oleška – Kamenice, připravována PD na rekonstrukci objektu CHB Děčín. Bude se jednat o kompletní rekonstrukci domu v souladu s kritérii transformace a v souladu s materiálně - technickým standardem pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou. V chráněném bydlení vznikne kapacita 10 lůžek komunitního typu. Na akci jsou alokovány prostředky - Transformace pobytových sociálních služeb, programové období 2021+, aktivita Deinstitucionalizace a transformace pobytových sociálních služeb; IROP – Regionální akční plán.

Ústecký kraj v pozici zřizovatele dlouhodobě usiluje o vznik komunitních služeb péče. Tam, kde nebyla možná celková transformace, probíhala částečná transformace. Stále probíhá humanizace prostor služeb DOZP. (Ústecký kraj, 2023).

6.2.7 Liberecký kraj

Liberecký kraj má v současné době transformovaná dvě zařízení:

- OSTARA, p. o.
- Domov Sluneční dvůr, p. o.

další dvě jsou v procesu, a to:

- APOSS Liberec, p. o.
- Služby sociální péče TEREZA, p. o.,

Ta však nebudou transformovaná v letošním roce, ale až v roce 2024 a 2025. (Liberecký kraj, 2023).

6.2.8 Královéhradecký kraj

V Královéhradeckém kraji již proběhla transformace v těchto zařízeních:

- Domov bez bariér, Hořice - kapacita 16 lůžek ústavní služby byla nahrazena kapacitami komunitního charakteru
- Barevné domky Hajnice – zcela nahrazeno 28 lůžek komunitními
- Ústav sociální péče Kvasiny – do roku 2022 nahrazeno 36 lůžek ústavními, plánují, že do roku 2026 nahradí zbytek – tj. 48 lůžek – lůžky komunitního charakteru

Pro přechod z ústavní péče do péče komunitního charakteru se připravují v zařízení Domov sociálních služeb Chotělice, kde je plánovaná úplná transformace zařízení.

Královéhradecký kraj v rámci Sítě sociálních služeb Královéhradeckého kraje podporuje rozvoj dostupnosti a navyšování kapacit ve službách terénních, ambulantních i pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením komunitního charakteru (Královéhradecký kraj, 2023).

6.2.9 Pardubický kraj

Pardubický kraj je zřizovatelem devíti příspěvkových organizací poskytujících sociální služby, osm je pobytových, jedna organizace neposkytuje pobytové služby. Jedno pobytové zařízení zařazeno do procesu transformace není.

Transformace se týká těchto zařízení:

- Domov Na cestě, Skuteč – transformace dokončena, uživatelé žijí v malých domácnostech komunitního typu
- Centrum sociálních služeb Bystré – též transformace ukončena, uživatelé žijí v malých domácnostech komunitního typu
- Domov na rozcestí, Svitavy – transformace ukončena, uživatelé žijí v malých domácnostech komunitního typu
- Domov u studánky – transformace je v průběhu, část uživatelů již žije v malých domácnostech komunitního typu
- Domov sociálních služeb Slatiňany – transformace probíhá, část uživatelů již žije v malých domácnostech
- Domov Pod hradem Žampach – transformace probíhá, část uživatelů již bydlí v komunitě
- Domov Pod Kuňkou Ráby – transformace je v průběhu, několik uživatelů již přešlo do chráněného bydlení a velkokapacitní ústavní zařízení se postupně začíná transformovat (Pardubický kraj, 2023).

6.2.10 Kraj Vysočina

Z prostředků dvanácti projektů byla transformace realizována pro:

- Domov Kamélie Křižanov
- Domov Háj
- Domov Ve Zboží
- Domov ve Věži (Kraj Vysočina, 2023)

6.2.11 Jihomoravský kraj

Jihomoravský kraj také velmi intenzivně pracuje na procesu transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb.

Jihomoravský kraj je zřizovatelem 9 organizací, které poskytují pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a třech organizací, které se věnují osobám s chronickým duševním onemocněním. V těchto zařízeních byly služby poskytovány celkem 1205 uživatelům a to v zařízeních s kapacitou od 28 do 230 uživatelů.

Do roku 2020 docházelo k průběžnému snižování kapacit jednotlivých ústavů na počet 1037.

Transformační aktivity byly realizovány v 5 organizacích, a sice v:

- Zámek Břežany
- Srdce v domě Klentnice
- Paprsek Velké Opatovice
- Domov Horizont Kyjov
- Zelený dům pohody Hodonín

V dalších zařízeních Jihomoravského kraje, a sice v zařízení Habrovanský zámek, Domov U lesa Tavíkovice, Sociální služby Šebetov a Zámeček Střelice docházelo k dílčím krokům, které vedly ke zlepšení kvality života uživatelů, ale nelze je považovat za řízená proces deinstitucionalizace.

Jihomoravský kraj zřizuje též tři zařízení pro osoby s duševním onemocněním, pro proces transformace a deinstitucionalizace bylo vybráno zařízení Emin zámek, neboť toto zařízení poskytuje služby ve velmi nevyhovujících prostorách, je umístěno mimo běžnou zástavbu a poskytuje služby osobám do 18 let, tedy v produktivním věku (Jihomoravský kraj, 2023).

6.2.12 Zlínský kraj

Ve Zlínském kraji je vypracován projekt na podporu transformace, deinstitucionalizace a humanizace pro 11 Domovů pro osoby se zdravotním postižením, díky kterému dojde k opuštění nevyhovujících ústavních prostor a vytvoření nového typu služeb, a sice služeb komunitního charakteru.

Zapojila se tato zařízení:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Staré město
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Medlovice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Zborovice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Uherský Brod
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Javorník, Chvalčov
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Domov na Dubicku
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kvasice
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Kunovice – Cihlářská
- Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad – Buchlovská

Cílem projektu „Transformace ve Zlínském kraji – zvyšování kvality služeb“, na který byla poskytnuta finanční podpora z EU (Operační program Zaměstnanost plus) je podpora poskytování kvalitních komunitních pobytových služeb v tomto kraji a podpora aktivit vedoucích k větší komunitní vazbě na ambulantní a terénní služby, obce, pečující osoby a klienty. Podpora komunitních pobytových služeb pro osoby s nízkou a střední mírou podpory a podpora transformovaných pobytových služeb DOZP pro osoby s vysokou mírou podpory.

Cíle bude dosaženo:

- podporou 32 sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, jejichž zřizovatelem je Zlínský kraj
- podporou pracovníků DOZP podílejících se na implementaci transformačních plánů, a to prostřednictvím zkušených a nezávislých odborných konzultantů
- zkvalitněním života pro osoby s vysokou mírou podpory pomocí zajištění individuálních aktivit a terapeutické podpory
- komplexním vzděláváním pracovníků všech zapojených služeb, zvýšením jejich schopností a dovedností a výměnou zkušeností, a to prostřednictvím vzdělávacích aktivit (6 druhů), supervizí, stáží, kazuistických seminářů a podpory externích odborných konzultantů
- realizací 26 procesních auditů
- podporou klientům převážně služeb chráněného bydlení v začlenění do komunity a zkvalitnění jejich života pomocí asistentů/koordinátorů v oblasti pracovního uplatnění
- setkáváním aktérů transformace na různých úrovních (manažeři, ředitelé, SP, vedoucí, PSS) a jejich propojení prostřednictvím workshopů a kulatých stolů – cca 39 akcí
- výměnou zkušeností, zvyšováním povědomí o potřebách osob se zdravotním postižením a možnostech jejich řešení prostřednictvím konference a prezentací 5 videospotů
- financováním vzniku nových služeb cca 2 chráněná bydlení pro osoby se zdravotním postižením (mentálním, duševním nebo kombinovaným onemocněním) pro celkem 16 klientů

Realizace projektu byla zahájena 1. 10. 2022, termín ukončení projektu je 30. 9. 2025 (Zlínský kraj, 2023).

6.2.13 Olomoucký kraj

V Olomouckém kraji jsou v procesu transformace pouze 2 organizace, a sice zařízení:

- Vincentinum, poskytovatel sociálních služeb Šternberk
- Nové Zámky, poskytovatel sociálních služeb (Olomoucký kraj, 2023)

6.2.14 Moravskoslezský kraj

Do transformace pobytových sociálních služeb bylo původně zapojeno 10 příspěvkových organizací Moravskoslezského kraje, aktuálně probíhá transformace v jednom (posledním) zařízení, a to Zámek Dolní Životice, p. o.

Opuštěny byly tři zámky (zámek Hošťálkovy – opuštěn v roce 2007, zámek Jindřichov ve Slezsku – opuštěn v roce 2011, Zámek Nová Horka – opuštěn v roce 2015) a jeden klášter v Opavě (Marianum – opuštěno 2016).

Celkové investiční náklady transformačního procesu byly přes 900 mil. Kč – více než 40 investičních akcí.

Transformace měla dopad na více než 1 000 uživatelů se zdravotním postižením (zkvalitnění životních podmínek).

Vznikly nové komunitní služby (Domovy pro osoby se zdravotním postižením – 17 míst poskytování, domov se zvláštním režimem – 1 místo poskytování, chráněné bydlení – 35 míst poskytování, sociálně terapeutické dílny – 2 místa poskytování, podpora samostatného bydlení – 2 místa poskytování)

Aktuálně je v řešení opuštění zámku v Dolních Životicích (aktuální kapacita 75 klientů s mentálním a kombinovaným postižením, alokace nesoutěžní výzvy 303,6 mil. Kč

z ESF, bude realizována výstavba nových komunitních služeb v Kravařích, Mokřích Lazcích, Ostravě a Opavě (Moravskoslezský kraj, 2023).

7. DEINSTITUCIONALIZACE NA SLOVENSKU

Následující kapitola se věnuje procesu deinstitucionalizace na Slovensku, neboť k sobě máme nejbližší.

Slovenská republika, podle údajů Slovenského statistického úřadu (2023), měla k 1. 1. 2020 v zařízeních sociální péče cca 47 202 míst, z tohoto počtu bylo 42 487 v pobytových službách a 2 157 míst v ambulantních službách. Průměrná kapacita je cca 67 míst v každém zařízení. I v této době ve Slovensku fungují zařízení s 300 místy, šest zařízení má kapacitu 250 míst a existují zařízení se 150 i 100 místy.

Dle Ministerstva práce, sociálních věcí a rodiny Slovenské republiky (2023) se pilotní projekty transformace iniciovaly za účasti neziskových organizací a veřejné správy a byly směřovány na zvyšování kvality sociálních služeb, vzdělávání, poradenství a supervizi.

Prvním transformovaným zařízením bylo zařízení Domov sociálních služeb Žehra – Hodkovce.

Dočekalová (2015) uvádí, že Koncepte transformace zařízení sociálních služeb v košickém samosprávném kraji byla vytvořena v roce **2002** a v témže roce dochází k transformaci Domova sociálních služeb Královce.

Projektem vlády „Transformace existujících zařízení sociálních služeb – humanizace zařízení sociálních služeb“ pokračovala transformace na Slovensku v roce **2003**.

V roce **2005** byla transformována další zařízení, a to Domov sociálních služeb Slatinka - Lučenec, Domov sociálních služeb Pohorelská maša a Domov sociálních služeb Neporadza.

V roce **2011** byla vládou Slovenské republiky schválena „Strategie deinstitucionalizace systému sociálních služeb a náhradní péče ve Slovenské republice“, která podporuje podmínky pro nezávislý život občanů odkázaných na pomoc ze strany společnosti v přirozeném prostředí jejich komunity.

V lednu **2013** byl schválen „Národní projekt podpory transformace a deinstitucionalizace“.

Navzdory všem těmto snahám i přípravám legislativního procesu v této oblasti se neudaly žádné zásadnější změny, které by mohly vytvořit dlouhodobý funkční systém sociální péče.

Z toho důvodu byla přijata „Strategie dlouhodobé péče ve Slovenské republice“ v roce **2021**.

Tato strategie je deklarovaná v programovém prohlášení vlády na roky **2021 – 2024**. Záměr bude zohledňovat i cíle a opatření, které stanovuje „Strategie deinstitucionalizace systému sociálních služeb a náhradní péče“, kterou schválila vláda Slovenské republiky v roce 2011, ale i opatření „Národní strategie deinstitucionalizace systému sociálních služeb a náhradní péče“.

Od roku **2018** do října **2023** probíhal na Slovensku projekt Plán k nezávislému životu – „Národní projekt Deinstitucionalizace zařízení sociálních služeb – Podpora transformačních týmů“, jehož cílem je intenzivní podpora zaměstnanců a zřizovatelů zařízení sociálních služeb v jejich přípravě na proces transformace daných zařízení. V rámci projektu bylo zapojeným subjektům nabídnuto poradenství, konzultace, supervize a vzdělávání v rámci certifikovaných kurzů, seminářů, workshopů, aj. Součástí projektu bylo též hodnocení připravenosti jednotlivých zařízení na proces transformace. Do projektu se zapojilo 96 zařízení sociálních služeb po celém Slovensku (Plán k nezávislému životu, 2023).

Národní program na roky 2021 – 2030 je vytvořený jako otevřený dokument a vyhodnocuje a aktualizuje se každý rok. Byl připravený za účasti více odborníků z různých oblastí, tak aby pokryl široké spektrum oblastí, ale zároveň byla zajištěna i propojenost opatření a úkolů. Na její tvorbě se podíleli zástupci ústředních organizací státní správy Slovenské republiky, dalších orgán veřejné správy, a také osoby se zdravotním postižením prostřednictvím svých organizací.

Národní strategie deinstitucionalizace upozorňuje na potřebu integrace zdravotní a sociální péče, ale hlavně na dodržení základního principu poskytování komunitní péče před péčí institucionální, což je její prioritou.

Deinstitutionalizace dlouhodobé péče na Slovensku je pomalá z důvodu procesních i finančních překážek. Legislativní změny od roku 2014 omezily sice vznik velkokapacitních zařízení, ale k rozvoji komunitních služeb nedošlo. Od roku 2016 dokonce ubývají kapacity denních stacionářů z důvodu podmínek financování a provozu. V nabídce sociálních služeb převládají služby institucionálního charakteru, v pobytových službách stále převládají velkokapacitní zařízení nad menšími komunitními (73 procent klientů v pobytovém zařízení je umístěno v zařízení s kapacitou vyšší jak 40 míst).

8. CHARAKTERISTIKA ZKOUMANÉHO PROSTŘEDÍ

8.1 Ústecký kraj

Pro samotné výzkumné šetření byl vybrán Ústecký kraj, neboť je to můj rodný kraj a pojí nás stále blízký vztah.

Ústecký kraj (2023) se sídlem v Ústí nad Labem je vymezený územím okresů Děčín, Ústí nad Labem, Teplice, Litoměřice, Louny, Most a Chomutov a v současné době se na jeho území nachází 16 obcí s rozšířenou působností. Severní hranice kraje je i státní hranicí se Spolkovou republikou Německo. Ústecký kraj má staletou tradici průmyslové a zemědělské výroby, obchodních aktivit a s tím související bohatou sítí dopravních cest.

Rozloha: 5 339 km² (6,8 % rozlohy České republiky)

Počet sídel: v Ústeckém kraji je 354 obcí, z toho 59 má statut města

Počet obyvatel: 821 080

Průměrná hustota osídlení: 153,8 km² (čtvrtý nejlidnatější kraj ČR)

Obrázek č. 1 – Mapa Ústeckého kraje



Zdroj: Český statistický úřad. [online]. [2023-10-22]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/xu/okresy>

Ústecký kraj (2023) registruje celkem 28 služeb pro Domovy se zvláštním režimem, 30 služeb pro Domovy pro osoby se zdravotním postižením, 36 služeb jako Domovy pro seniory a 20 služeb pro Chráněné bydlení.

8.2 Charakteristika poskytovatelů zapojených do výzkumu

Do výzkumu v této rigorózní práci se zapojily tři zařízení, jejichž zřizovatelem je Ústecký kraj, s působností v okresech Louny, Ústí nad Labem a Most. Jedná se o zařízení, ve kterých procesem transformace již prošlo mnoho klientů.

8.2.1 Domov „Bez zámků“ Tuchořice, p. o.

Domov bez zámků Tuchořice poskytuje pobytové sociální služby osobám s mentálním a kombinovaným postižením, podporu v dosažení co největší míry soběstačnosti tak, aby mohly využít své osobní schopnosti a dovednosti i v prostředí mimo sociální službu. Kapacita je 52 osob. Dále poskytuje Chráněné bydlení, čili pobyt osobám s mentálním a kombinovaným postižením, které mají sníženou soběstačnost a jejich situace vyžaduje potřebnou míru podpory a pomoci jiné fyzické osoby, ale jen do té míry, že jim umožňuje samostatný život v prostředí vlastní domácnosti a přibližuje tak jejich život životu ve většinové společnosti. Kapacita služby je 8 osob. (Domov „Bez zámků“ Tuchořice, 2023)

8.2.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, p. o.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou příspěvkovou organizací Ústeckého kraje a sdružují několik Domovů a Chráněné bydlení.

Domov Severní Terasa vznikl v roce 1991, kapacita Domova pro osoby se zdravotním postižením je 24 osob, kapacita Chráněného bydlení je 7 osob. Od 1. 1. 2009 se Domov pro osoby se zdravotním postižením Severní Terasa stal jedním ze středisek příspěvkové organizace Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem. Zřizovatelem této organizace je Ústecký kraj.

Domov Trmice nabízí celoroční pobyty pro mentálně postižení, kapacita je 26 klientů v 1 a 2 lůžkových pokojích. A je též zařízením příspěvkové organizace Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem.

Domov Všebořice nabízí pomoc lidem s mentálním postižením, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a nemohou ji řešit prostřednictvím rodiny nebo terénních služeb a je též zařízením příspěvkové organizace Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem. Kapacita Domova je 25 osob, kapacita Chráněného bydlení je 18 osob.

Chráněné bydlení Teplice nabízí pomoc lidem s mentálním postižením, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci a nemohou ji řešit prostřednictvím rodiny nebo terénních služeb. Kapacita je 23 osob. Je také zařízením příspěvkové organizace Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem (Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, 2023).

8.2.3 Domovy sociálních služeb Litvínov, p. o.

Jsou příspěvkovou organizací Ústeckého kraje poskytující sociální služby dle zákona č. 108/2006 Sb. Zajišťují pomoc a podporu lidem s postižením při jejich začleňování do společnosti. Domovy pro osoby se zdravotním postižením nabízí služby lidem s mentálním a se zdravotním postižením, a to převážně ve dvoulůžkových pokojích. Kapacita je 114 míst. Chráněné bydlení je poskytováno převážně v běžné zástavbě města Litvínova v devíti samostatných bytech. (Domovy sociálních služeb Litvínov, 2023)

PRAKTICKÁ ČÁST

9. TERÉNNÍ ŠETŘENÍ

K výzkumu budou vybrány dva typy přístupů, a to kvantitativní a kvalitativní. Pro kvalitativní šetření bude použita metoda rozhovoru se zástupcem poskytovatele sociálních služeb a se třemi uživateli služeb. Kvantitativní šetření se uskuteční za použití dotazníkové techniky mezi uživateli sociálních služeb oslovených zařízení v Ústeckém kraji.

Kvantitativní výzkum pracuje s číselnými údaji, zjišťuje množství, rozsah nebo frekvenci výskytu jevů, kdežto kvantitativní výzkum uvádí zjištění slovní, v nečíselné podobě, který je výstižný, plastický a podrobný (Gavora, 2010).

Výzkum práce bude zaměřen na nový způsob poskytování sociálních služeb, a sice na proces transformace, deinstitucionalizace a humanizace sociálních služeb. Cílem výzkumu je zjištění, jak proces probíhal v jednotlivých zařízeních v Ústeckém kraji, jak tento proces vnímá zástupce organizace a uživatelé služeb.

9.1 Kvantitativní šetření

9.1.1 Dotazníkové šetření

U kvantitativního šetření proběhl sběr dat formou anonymního dotazníkového šetření mezi uživateli sociálních služeb, kteří prošli transformací, a to za pomoci dotazníku od společnosti Survio.

Dotazníková metoda je metodou oblíbenou, efektivní. Díky dotazníku je možné v krátkém čase a za vynaložení relativně malých nákladů získat informace od velkého počtu dotazovaných. Vyplnění je však podmíněno jejich ochotou. Důležitá je délka dotazníku, protože s množstvím otázek ochota k vyplňování klesá. Též se doporučuje přiložit průvodní dopis, který vysvětlí účel výzkumu a jeho užitečnost.

V případě dotazníkového šetření u osob se zdravotním postižením, je třeba brát v úvahu, že:

- mohou být na počátku nedůvěřiví
- mohou mít zhoršení smyslové vnímání, je tedy třeba volit vhodnou velikost a typ písma
- je nutné počítat s případným ovlivňováním respondenta jinou osobou
- přizpůsobit délku dotazníků

Pro potřeby výzkumu v této rigorózní práci byl zpracován dotazník s 11 jednoduchými otázkami. Byl cíleně uzpůsoben skupině respondentů, reflektuje to, že se mohou brzy unavit a nebudou chtít s dotazníkem pracovat.

Distribuce dotazníků probíhala prostřednictvím ředitelů transformovaných zařízení. Sběr dat probíhal v období od srpna 2023 do října 2023.

Před vlastním výzkumem byl proveden předvýzkum v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Tuchořicích. Předvýzkum byl zvolen z důvodu, aby byl dobře vybrán způsob šetření. V rámci předvýzkumu bylo rozdáno 20 dotazníků, které se vrátily řádně a správně vyplněné s validními údaji.

Program MS Excel byl využit na zpracování výsledků výzkumu, ty byly následně znázorněny v tabulkách a grafech, a dále pro sestavení kontingenčních tabulek použitých při testování hypotéz pomocí Pearsonova testu chí-kvadrát, jehož je potřeba využít k přijetí či zamítnutí nulové hypotézy na stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Předem stanovené hypotézy byly vyhodnoceny díky statistické metodě χ^2 test (chí-kvadrát).

Při testování hypotéz bylo postupováno v následujících krocích (Engler, 1989):

1. formulace nulové a alternativní hypotézy
2. zvolení hladiny významnosti (α)
3. určení stupně volnosti (k)
4. zvolení vhodného testovacího kritéria (chí-kvadrát test)

5. dosazení pozorovaných hodnot do testovacího kritéria a výpočet testovací charakteristiky
6. pro zvolenou hladinu významnosti a počet stupňů volnosti nalezení příslušné kritické hodnoty v tabulkách
7. porovnání výsledku testovací metody s příslušnou kritickou hodnotou
8. vyslovení závěru o platnosti či neplatnosti nulové a alternativní hypotézy
9. interpretace výsledků testování

9.1.2 Hypotézy

1H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a pohlavím uživatele sociální služby.

1H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se službou a pohlavím uživatele sociální služby.

2H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a věkem uživatelů sociální služby.

2H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a věkem uživatelů sociální služby.

3H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a délkou jejího užívání.

3H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a délkou jejího užívání.

9.2 Kvalitativní šetření

9.2.1 Rozhovor

Za pomoci použití diktafonu se uskutečnil nestandardizovaný rozhovor s jedním statutárním zástupcem organizace poskytující sociální služby a se třemi uživateli sociálních služeb. Rozhovory byly poté přepisovány do písemné formy.

Rozhovor je pracnou, nákladnou a časově náročnou metodou, lze zaznamenávat i neverbální komunikaci, ale výsledek může být zkreslen přítomností tazatele.

Disman (2011) uvádí, že rozhovor klade menší nároky na iniciativu respondenta, je obtížnější vynechat odpovědi na některé otázky. V rozhovoru je téměř jisté, že dotazovaná osoba je ta, která byla právě vybrána do vzorku. Proporce úspěšně dokončených rozhovorů je podstatně vyšší než návratnost dotazníků.

Rozhovor se uskutečnil se statutárním zástupcem Domova „Bez zámků“ a byly mu položeny tyto čtyři otázky:

1. Zda je o službu zmíněného Domova zájem?
2. Zda se Domovu daří hospodařit s prostředky, které má k dispozici?
3. Zda se proces transformace daří?
4. Zda má Domov nějaké konkrétní plány do budoucna?

Další tři rozhovory se uskutečnily se třemi uživateli sociálních služeb, ke kterým byla zpracována i krátká kazuistika a těm byly položeny tyto tři otázky:

1. Jak jste zvládl/a přechod do nového typu zařízení?
2. Co Vám dělalo největší potíže při přechodu?
3. Zvolil/a byste znovu možnost přestěhování, pokud by před Vámi tato volba opět stála?

Miovský (2006) uvádí, že kazuistiky vychází z metody analýzy dokumentů a obsahové analýzy již existujícího textu.

9.3 Etika výzkumu

Výzkumník pracuje jen s daty, ke kterým získal od respondenta souhlas k využití. Ten je předem informován o dobrovolnosti a byl seznámen s účelem šetření. Svůj souhlas může kdykoli odvolat.

Data získaná z šetření budou využita jen takovým způsobem, ke kterému dal respondent souhlas a každý respondent je objektivně informován o tom, k jakému účelu budou data zpracována. Získaná data se nestanou prostředkem k identifikaci respondenta, pokud si toto on sám nepřeje.

9.4 Výsledky kvantitativního šetření

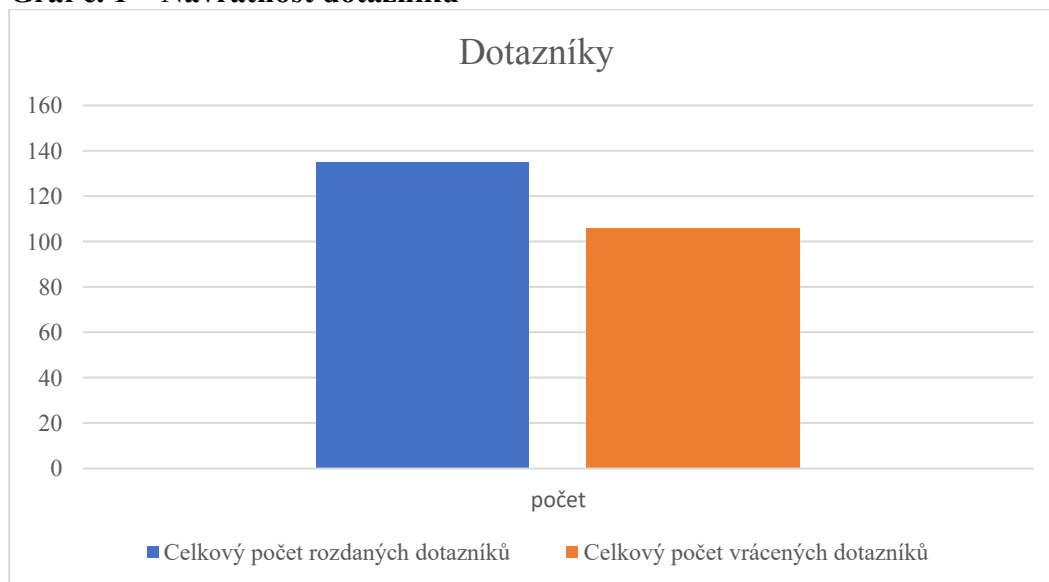
9.4.1 Dotazníky

Tabulka č. 1 – Návratnost dotazníků

Dotazníky	počet
Celkový počet rozdaných dotazníků	135
Celkový počet vrácených dotazníků	106

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 1 – Návratnost dotazníků



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 1 a graf č. 1 znázorňují úspěšnost s dotazníkovým šetřením. Rozdáno bylo 135 dotazníků, validních dotazníků se vrátilo se 106.

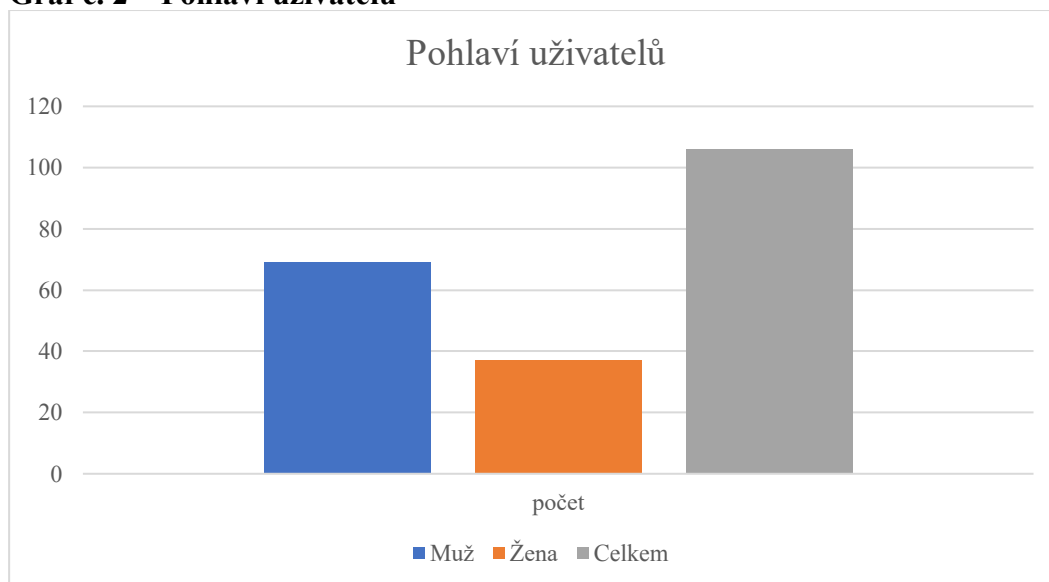
Otázka č. 1 – Jste muž nebo žena?

Tabulka č. 2 – Pohlaví uživatelů

Pohlaví uživatelů	počet	%
Muž	69	65,1%
Žena	37	34,9%
Celkem	106	100,0%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 2 – Pohlaví uživatelů



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 2 a graf č. 2 nám zobrazují pohlaví oslovených uživatelů sociální služby. Více bylo mužů, a to 69.

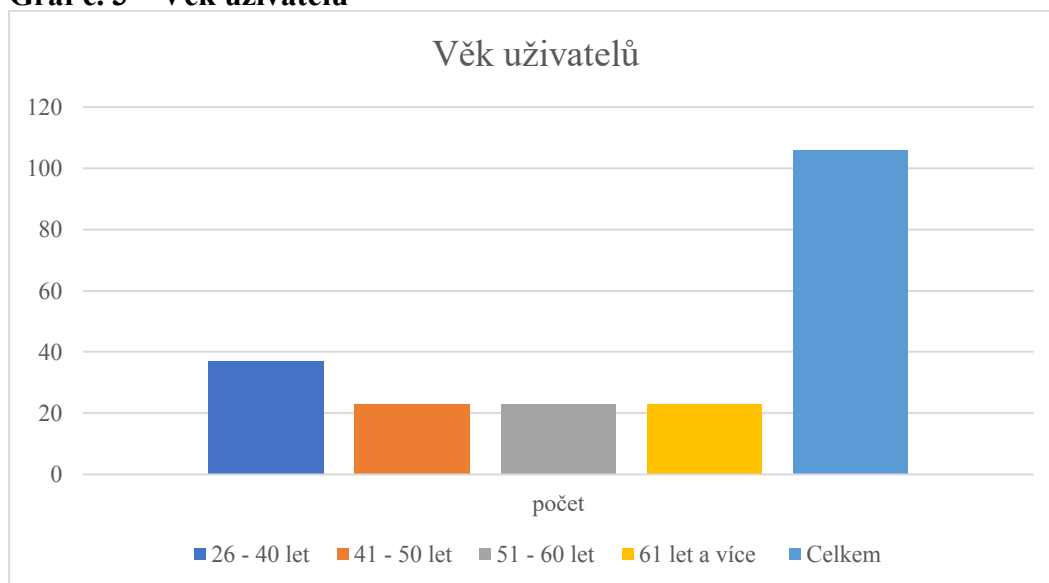
Otázka č. 2 – Váš věk?

Tabulka č. 3 – Věk uživatelů

Věk uživatelů	počet	%
26 - 40 let	37	34,9%
41 - 50 let	23	21,7%
51 - 60 let	23	21,7%
61 let a více	23	21,7%
Celkem	106	100,0%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 3 – Věk uživatelů



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka a graf č. 3 nám zobrazují věk oslovených uživatelů sociální služby. Nejvíce zastoupena byla věková skupina 26 – 40 let, a to celkem 37.

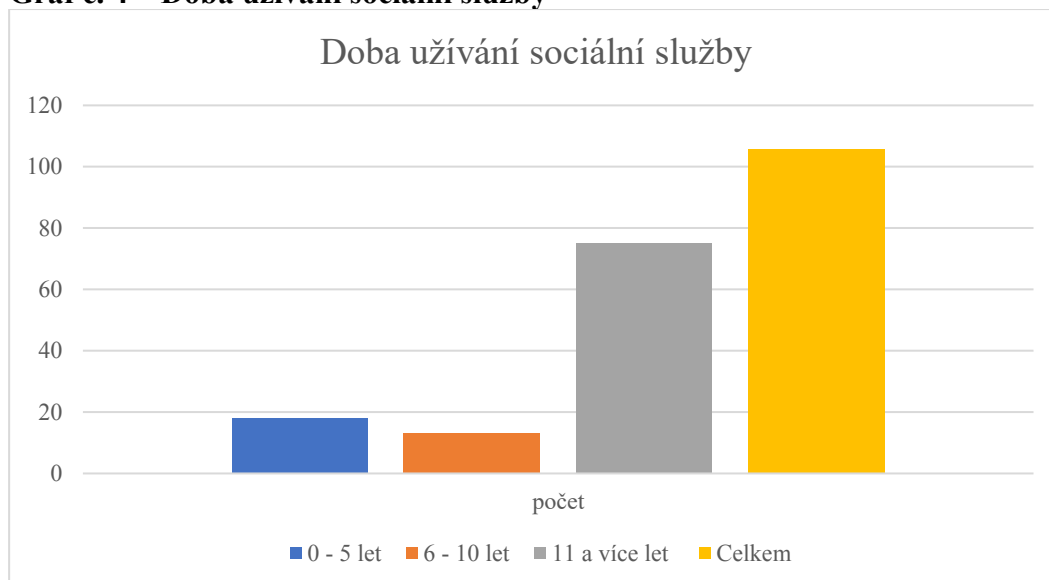
Otázka č. 3 – Jaká je doba užívání sociální služby?

Tabulka č. 4 – Doba užívání sociální služby

Doba užívání sociální služby	počet	%
0 - 5 let	18	17%
6 - 10 let	13	12,2%
11 a více let	75	70,8%
Celkem	106	100,0%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 4 – Doba užívání sociální služby



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 4 a graf č. 4 znázorňují délku doby užívání sociální služby, nejvíce je zastoupena kategorie 11 a více let užívání sociální služby.

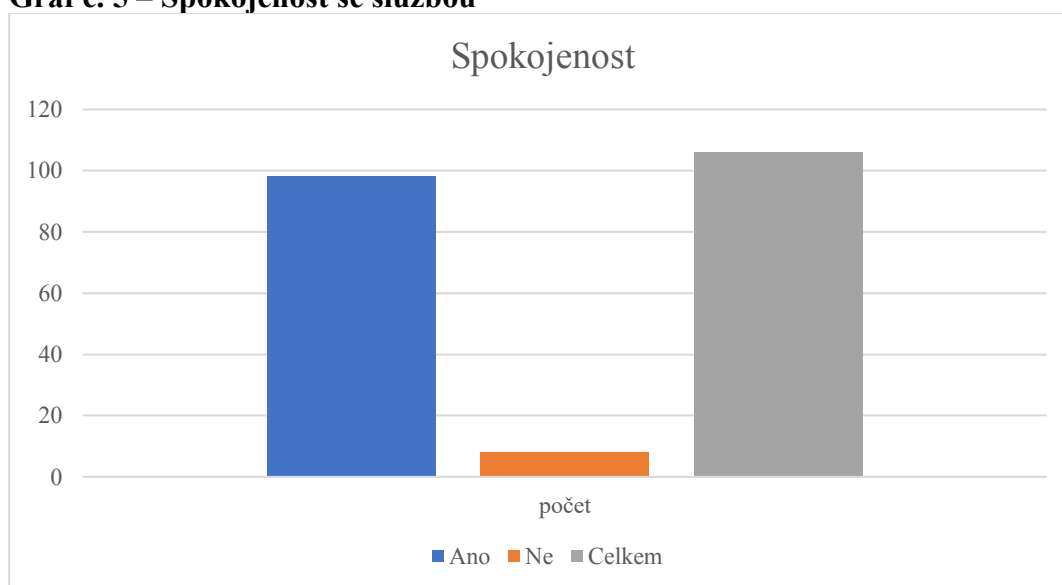
Otázka č. 4 – Jste se službou spokojen/a?

Tabulka č. 5 - Spokojenost se službou

Spokojenost	počet	%
Ano	98	92,4%
Ne	8	7,6%
Celkem	106	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 5 – Spokojenost se službou



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 5 a graf č. 5 znázorňují spokojenost s poskytovanou sociální službou, spokojeno je celkem 98 uživatelů v celkového počtu 106.

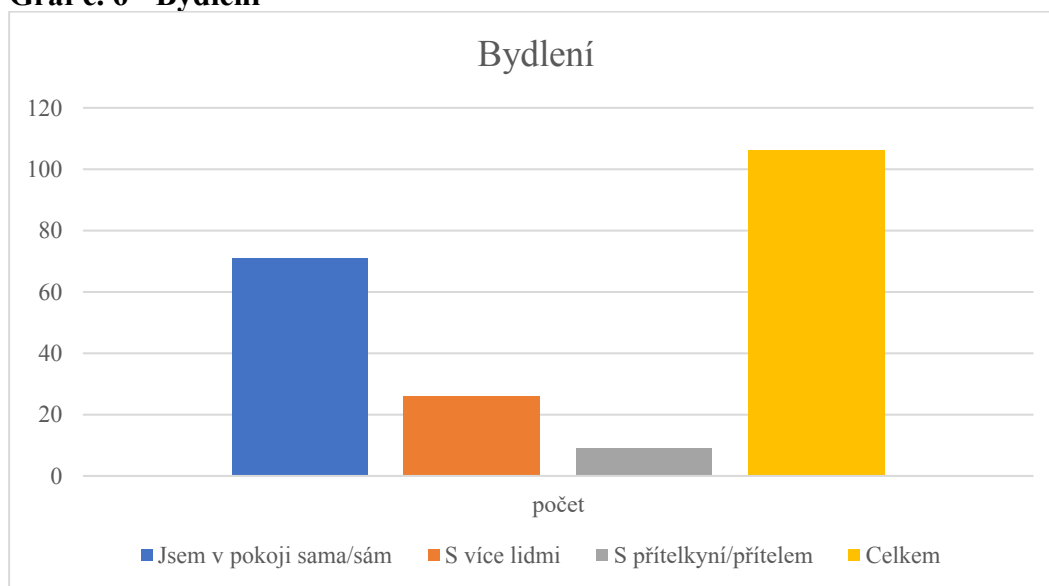
Otázka č. 5 – Jaký pokoj užíváte?

Tabulka č. 6 - Bydlení

Bydlení	počet	%
Jsem v pokoji sama/sám	71	67%
S více lidmi	26	24,5%
S přítelkyní/přítelem	9	8,5%
Celkem	106	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 6 - Bydlení



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka a graf č. 6 zobrazují informace o bydlení uživatelů. Z celkového počtu 106 uživatelů jich bydlí v samostatném pokoji 71, s více lidmi 26 a s přítelkyní nebo s přítelem společně bydlí 9 uživatelů.

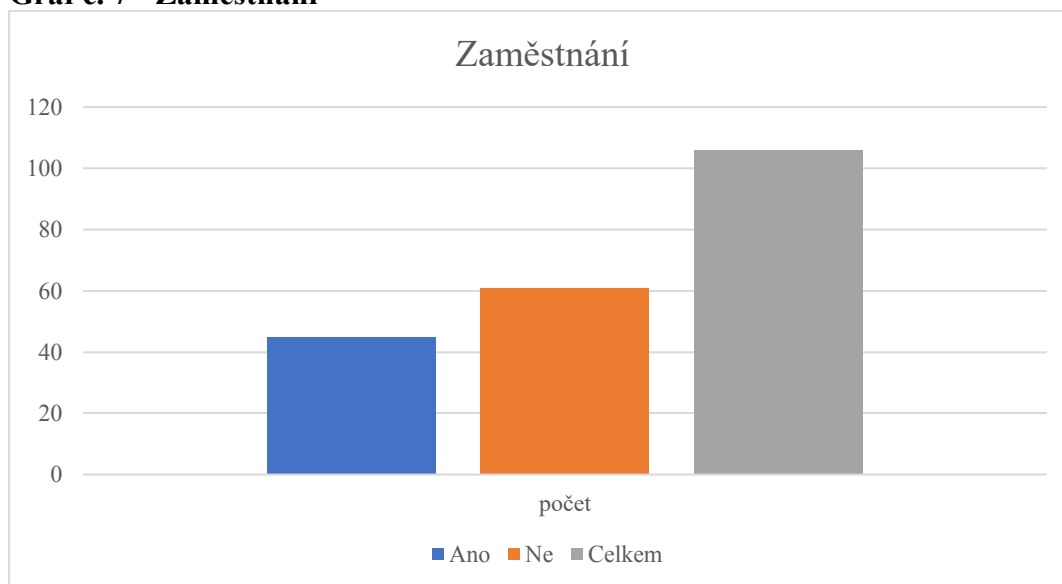
Otázka č. 6 – Jste zaměstnán/a?

Tabulka č. 7 - Zaměstnání

Zaměstnání	počet	%
Ano	45	42,5%
Ne	61	57,5%
Celkem	106	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 7 - Zaměstnání



Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky a grafu č. 7 vyplývá, že z celkového počtu 106 oslovených uživatelů je zaměstnáno 45 z nich.

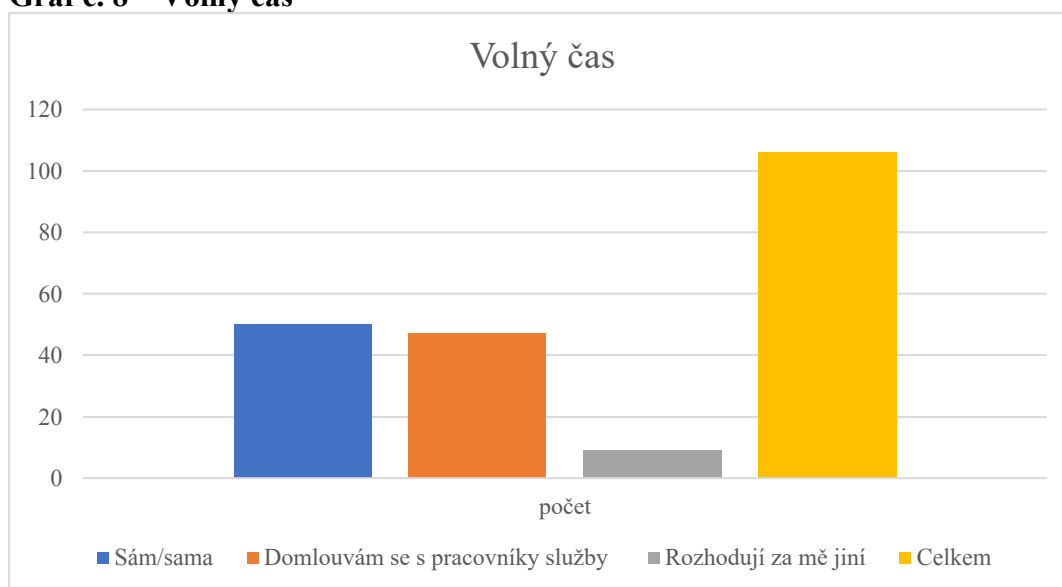
Otázka č. 7 – Kdo rozhoduje o tom, jak trávíte svůj volný čas?

Tabulka č. 8 – Volný čas

Volný čas	počet	%
Sám/sama	50	47,2%
Domlouvám se s pracovníky služby	47	44,3%
Rozhodují za mě jiní	9	8,5%
Celkem	106	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 8 – Volný čas



Zdroj: vlastní zpracování

Z výše uvedené tabulky č. 8 a grafu č. 8 vyplývá, že o tom, jak uživatelé tráví svůj volný čas si většinou rozhodují sami nebo se domlouvají s pracovníky služby.

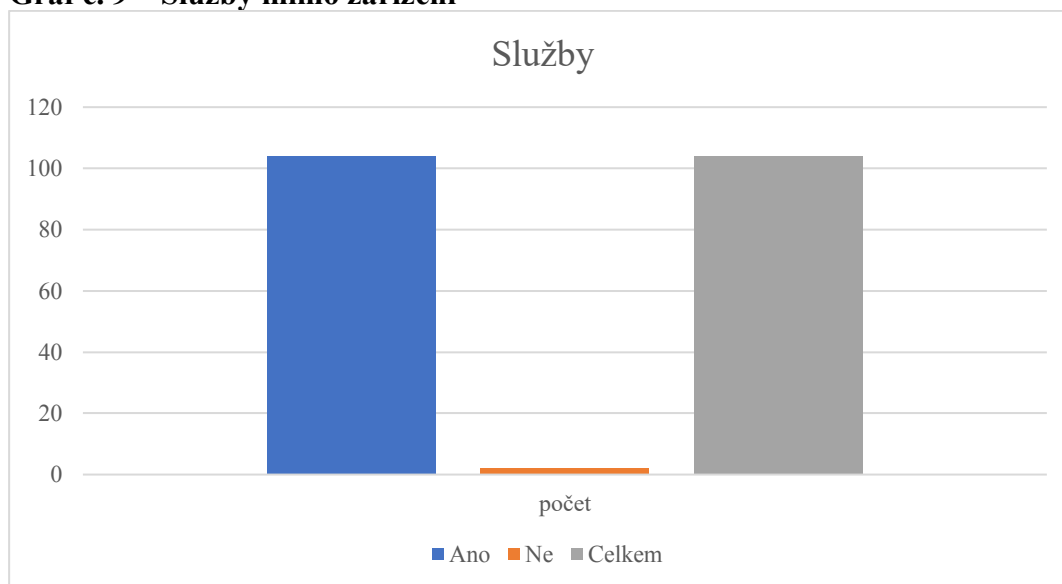
Otázka č. 8 – Máte možnost využívat služby mimo zařízení (např. kadeřník, kosmetika, divadlo, atp.)?

Tabulka č. 9 – Služby mimo zařízení

Služby mimo zařízení	počet	%
Ano	104	98,1%
Ne	2	1,9%
Celkem	106	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 9 – Služby mimo zařízení



Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky č. 9 a grafu č. 9 vyplývá, že téměř všichni z oslovených uživatelů využívají služby mimo sociální zařízení, a to 104 z celkového počtu 106.

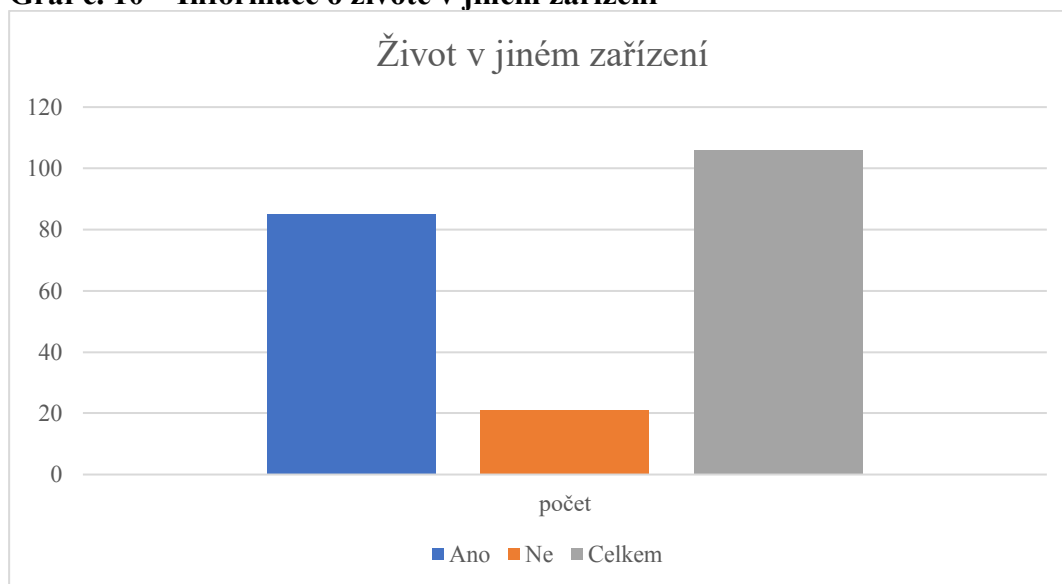
Otázka č. 9 – Informují Vás zaměstnanci o možnosti života v jiném zařízení?

Tabulka č. 10 – Informace o životě v jiném zařízení

Informace o životě v jiném zařízení	počet	%
Ano	85	80,2%
Ne	21	19,8%
Celkem	106	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 10 – Informace o životě v jiném zařízení



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 10 a graf č. 10 nám zobrazují informaci o tom, zda uživatelé vědí, že mohou pobývat i v jiném zařízení. Z celkového počtu 106 jich je o této možnosti seznámeno 85.

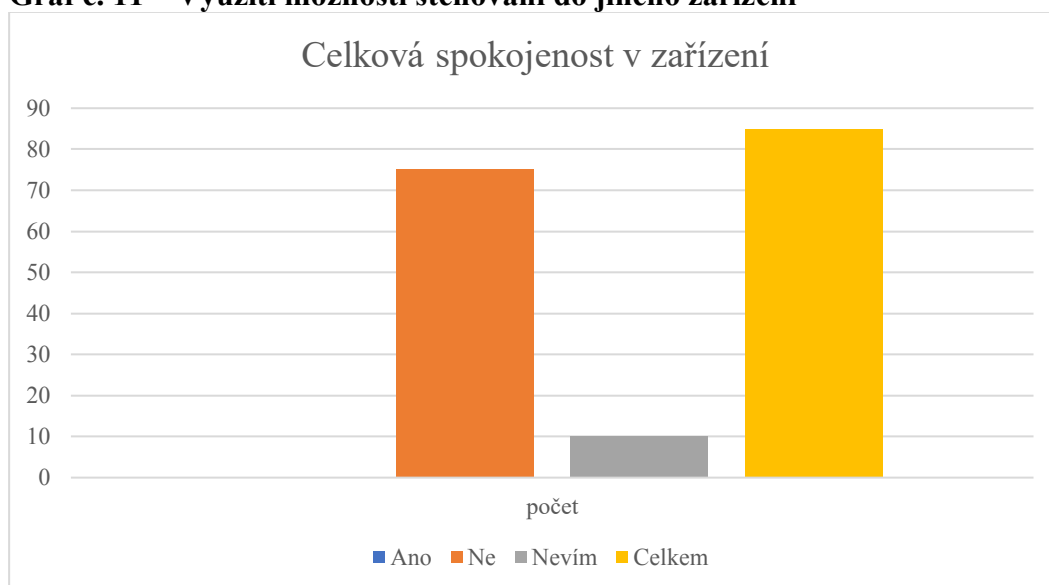
Otázka č. 10 – Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, přemýšlíte o tom, že možnosti v budoucnu využijete?

Tabulka č. 11 – Využití možnosti stěhování do jiného zařízení

Využití možnosti stěhování	počet	%
Ano	0	0%
Ne	75	88,2%
Nevím	10	11,8%
Celkem	85	100,0%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 11 – Využití možnosti stěhování do jiného zařízení



Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky č. 11 a grafu č. 11 vyplývá, že z celkového počtu 85 uživatelů, kteří o možnosti stěhování do jiného zařízení ví, se 75 stěhovat nechce, 10 neví, není však nikdo, kdo se chce stěhovat ihned.

Otázka č. 11. - Proč případně možnosti nevyžijete?

Na otevřenou otázku uživatelé odpovídali, že jsou v současném zařízení zvyklí, mají tam kamarády, přítelkyně a přátele, spokojeni jsou s prací personálu a v neposlední řadě též odpověděli, že se změny bojí a nechtějí žít v novém prostředí.

9.4.1 Testování hypotéz

Zde jsou v tabulkách představeny výsledky testovaných hypotéz, získaných z dotazníkového šetření.

Hypotéza č. 1

1H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a pohlavím uživatele sociální služby.

1H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se službou a pohlavím uživatele sociální služby.

Tabulka č. 12 – Spokojenost vs pohlaví oslovených uživatelů

Spokojenost se službou					
Odpověď'	Ano		Ne		Celkem pozorovaná četnost
	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	
Muži	65	63,79	4	5,21	69
Ženy	33	34,21	4	2,79	37
Celkem	98		8		106

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 13 – Chí kvadrát spokojenost vs pohlaví oslovených uživatelů

Odpověď'	$\frac{(p. \check{c} - o. \check{c}.)^2}{o. \check{c}.}$	$\frac{(p. \check{c} - o. \check{c}.)^2}{o. \check{c}.}$	Celkem
Muži	0,023	0,280	0,303
Ženy	0,043	0,522	0,565
Chí-kvadrát statistika			0,868

Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí hypotézy č. 1:

Pro počet stupňů volnosti $k = 1$ a zvolenou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ byla v tabulkách nalezena kritická hodnota 3,841. Kritická hodnota nebyla překročena ($0,868 < 3,841$), a proto nezamítáme nulovou hypotézu, že neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností uživatelů se službou a jejich pohlavím (Svatošová, Prášilová, 2022).

Hypotéza č. 2

2H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a věkem uživatelů sociální služby.

2H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a věkem uživatelů sociální služby.

Tabulka č. 14 - Spokojenost vs věk oslovených uživatelů

Spokojenost se službou					
Odpověď	Ano		Ne		Celkem pozorovaná četnost
	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	
26 - 40 let	35	34,21	2	2,79	37
41 - 50 let	23	21,26	0	1,74	23
51 - 60 let	20	21,26	3	1,74	23
61 a více let	20	21,26	3	1,74	23
Celkem	98		8		106

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 15 - Spokojenost vs věk oslovených uživatelů

Odpověď	$\frac{(p. \check{c} - o. \check{c})^2}{o. \check{c}}$	$\frac{(p. \check{c} - o. \check{c})^2}{o. \check{c}}$	Celkem
26 - 40 let	0,018	0,225	0,243
41 - 50 let	0,142	1,736	1,878
51 - 60 let	0,075	0,921	0,996
61 a více let	0,075	0,921	0,996
Chí-kvadrát statistika			4,112

Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí hypotézy č. 2:

Pro počet stupňů volnosti $k = 3$ a zvolenou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ byla v tabulkách nalezena kritická hodnota 7,815. Kritická hodnota nebyla překročena ($4,112 < 7,815$), a proto nezamítáme nulovou hypotézu, že neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností uživatelů se službou a jejich věkem (Svatošová, Prášilová, 2022).

Hypotéza č. 3

3H0: Neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a délkou jejího užívání.

3HA: Existuje statisticky významná závislost mezi spokojeností se sociální službou a délkou jejího užívání.

Tabulka č. 16 - Spokojenost vs délka užívání sociální služby

Spokojenost se službou					
Odpověď	Ano		Ne		Celkem pozorovaná četnost
	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	pozorovaná četnost	očekávaná četnost	
0 - 5 let	17	16,64	1	1,36	18
6 - 10 let	12	12,02	1	0,98	13
11 a více let	69	69,34	6	5,66	75
Celkem	98		8		106

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 17 - Spokojenost vs délka užívání sociální služby

Odpověď	$\frac{(p. \check{c} - o. \check{c})^2}{o. \check{c}}$	$\frac{(p. \check{c} - o. \check{c})^2}{o. \check{c}}$	Celkem
0 - 5 let	0,008	0,095	0,102
6 - 10 let	0,000	0,000	0,000
11 a více let	0,002	0,020	0,022
Chí-kvadrát statistika			0,125

Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí hypotézy č. 3:

Pro počet stupňů volnosti $k = 2$ a zvolenou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ byla v tabulkách nalezena kritická hodnota 5,991. Kritická hodnota nebyla překročena ($0,125 < 5,991$), a proto nezamítáme nulovou hypotézu, že neexistuje statisticky významná závislost mezi spokojeností uživatelů se službou a délkou užívání služby (Svatošová, Prášilová, 2022).

V rámci dotazníkového šetření se z celkového počtu 135 dotazníků vrátilo 106 validních, což znamená 79 % úspěšnost a bylo zjištěno, že největší zastoupení respondentů bylo ve věkové kategorii 26 – 40 let, celkem 35 %. Nejvíce zastoupenou skupinou byla ta, u které se doba užívání sociální služby pohybuje v rozmezí 11 let a více, celkem 71 %. V samostatném pokoji pobývá celkem 71 uživatelů, což je více než polovina z celkového počtu 106. O tom, jak tráví svůj volný čas si téměř polovina uživatelů rozhoduje sama, a to 47 %, dalších 44 %, což odpovídá počtu 47, se radí s pracovníky služby. Služby mimo zařízení využívají téměř všichni oslovení uživatelé, a to 104. 85 dotázaných uvedlo, že jsou seznámeni s tím, že se mohou přestěhovat do jiného zařízení, pokud o to projeví zájem a z těchto 85 oslovených uživatelů se žádný stěhovat nechce, 10 však neví, zda nabídky v budoucnu využijí.

Co se týká spokojenosti s využíváním služeb, z osloveného počtu 106 uživatelů je 92 % se službou spokojeno a dle získaných výsledků nezáleží na pohlaví, věku nebo délce užívání sociální služby.

9.5 Výsledky kvalitativního šetření

9.5.1 Rozhovory

A. Rozhovor s ředitelem zařízení

Rozhovor s ředitelem Domova „Bez zámků“ probíhal ve velmi příjemné atmosféře jeho kanceláře. Tento pan ředitel zde pracuje již desítky let, nastoupil do zařízení nejprve jako vychovatel. Jak sám říká, nedovede si představit, že by mohl dělat něco jiného. Práce zde ho zcela naplňuje a jeho plány do budoucna jsou nevyčerpatelné.

Níže jsou uvedeny čtyři otázky, na které pan ředitel rád odpověděl:

1. Zda je o službu zmíněného Domova zájem?
2. Zda se Domovu daří hospodařit s prostředky, které má k dispozici?
3. Zda je proces deinstitucionalizace v zařízení úspěšný?
4. Zda má Domov nějaké konkrétní plány do budoucna?

Odpověď na otázku č. 1 – Je o službu zmíněného Domova zájem?

Pan ředitel odpověděl, že je rád, že jeho zařízení je vyhledávané a o služby jeho Domova je zájem. Uvedl, že ne všechny začátky s příchodem zákona o sociálních službách byly vždy lehké. Změny, které zákon přinesl se jevíly někdy jako neakceptovatelné, a to nejen ze strany personálu, tak i pro rodinné příslušníky klientů. Dalo hodně práce přesvědčit okolí, že změny budou pro klienty přínosem. Dlouhodobá práce přinesla své výsledky i v podobě současného zařízení, které i když nenahradí domov zcela, může být pro klienty opravdovým domovem Pořadník čekatelů na přijetí je stále zcela naplněn a i když některé žádosti klientů o přijetí jsou velmi urgentní, např. po úmrtí některého z pečovatелů, počet míst je limitovaný a ani při nejlepší vůli jej nelze překročit.

Odpověď na otázku č. 2 – Daří se Domovu hospodařit s prostředky, které má k dispozici?

Domov „Bez zámků“ je příspěvkovou organizací Ústeckého kraje, vedení kraje má velký zájem o rozvoj a financování svých sociálních služeb. V tomto zařízení již bylo proinvestováno spousta finančních prostředků, a to nejen do samostatného bydlení, ale i do možností volnočasových aktivit pro klienty. V současné době se staví nový komplex budov, který by měl zajistit další možnosti pro kvalitní a samostatný život klientů. Domov se svěřenými finančními prostředky hospodaří dobře, každou investici si dobře promýšlí, stejně jako to každá jiná domácnost.

Odpověď na otázku č. 3 – Proces deinstitucionalizace?

Proces deinstitucionalizace se v zařízení daří. Vytipovaní klienti se postupně učí základním dovednostem v sebepěči a sebeobsluze, v otázkách odpovědnosti za svůj život i hospodaření s penězi. Tento proces je složitější u klientů, kteří žili dlouho v závislém

způsobu života, s osamostatněním přichází strach i nejistota, zda v novém způsobu života obstojí. Proto tyto přípravy mohou trvat rok i déle, ale pokud se s klientem dobře pracuje a přejde do jiného typu bydlení, nového způsobu života si velmi váží.

Odpověď na otázku č. 4 – Plány do budoucna?

Domov má vypracován střednědobý i dlouhodobý plán rozvoje, ve kterém je transformace pobytových služeb prioritou číslo jedna. V Domově žijí někteří klienti již od svých 18 let a velmi často i 20 až 30 let. S takovými klienty je příprava na přechod do nového typu bydlení složitější, dlouho se nemohou zbavit závislosti na péči i na některého z pečovatелů, ke kterému si vytváří někdy i silné pouto. Snazší by byla práce s mladšími klienty třeba už v dětském věku, kteří se novým dovednostem mohou lépe učit a i je lépe přijímají za vlastní.

Závěrem pan ředitel řekl, že pokud může proces transformace hodnotit, považuje je za šťastný, neboť umožňuje i handicapovaným klientům nalézt své místo ve společnosti.

B. Rozhovory s uživateli

Rozhovory se třemi uživateli sociálních služeb, kteří využili možnost stěhování do nového typu zařízení, a ke kterým byla zpracována i krátká kazuistika – otázky:

1. Jak jste zvládl/a přechod do nového typu zařízení?
2. Co Vám dělalo největší potíže při přechodu?
3. Zvolil/a byste znovu možnost přestěhování, pokud by před Vámi tato volba opět stála?

Uživatel Pavel, 44 let

Diagnóza: lehká mentální retardace – F70

Švarcová (2001) uvádí, že většina lehce mentálně postižených bývá nezávislá na péči jiné osoby, obtížně se ale přizpůsobují normám a očekáváním, lze zaměstnat méně kvalifikovanou prací.

Odpověď na otázku č. 1 – Jak jste zvládl přechod do nového typu zařízení?

Připravoval jsem se asi rok, ale nějak si to nepamatuji. Učil jsem se vařit, nakupovat, prát, uklízet. Nejdříve mi to moc nešlo, ale pak jsem se hodně zlepši a teď už mi to jde.

Odpověď na otázku č. 2 – Co Vám dělalo největší potíže při přechodu?

Nejvíce jsem se bál, že budu najednou úplně sám a nebudu si vědět rady.

Odpověď na otázku č. 3. – Zvolil/a byste znovu možnost přestěhování, pokud by před Vámi tato volba opět stála?

Jsem rád, že jsem z ústavu odešel, mám svůj pokoj, kde si žiji sám jak chci a zdobím si jej podle svého, nemusím na nikoho brát ohled. Ale do ústavu stále chodím na návštěvu, mám tam kamarády a rád vidím i sestřičky.

Kazuistika: uživatel Pavel

Pavel se narodil do sociálně slabé rodiny s lehkou mentální retardací. V dětství navštěvoval tehdy zvláštní školu s podprůměrným úspěchem. Matka o chlapce projevovala minimální zájem a jeho výchovu zanedbávala. Sociální odbor dal podnět k odebrání dítěte a k ústavní výchově a Pavel byl umístěn do dětského domova.

Na tuto dobu ale nevzpomíná rád, špatně si zvykal a k personálu našel cestu až po dlouhé době. Maminka ho navštívila pouze dvakrát, víc zájmu o svého syna neprojevila. Z důvodu silné citové deprivace se pro Pavla dětský domov stal domovem a rodinou.

V dospělém věku byl umístěn do Domova pro osoby se zdravotním postižením. Závislost na dětském domovu a jeho zaměstnancích byla pro Pavla velmi stresující, i v novém domově si těžko zvykal a stále kontaktoval bývalé kamarády a zaměstnance z původního dětského domova.

V Domově pro osoby se zdravotním postižením si ale pomalu začal zvykat a i tam si vytvořil silné pouto na personál a pár kamarádů. S ostatními obyvateli Domova však v dobrém vztahu nebyl, zdálo se mu, že ho příliš ruší a docházelo stále častěji ke konfliktům mezi nimi. Chtěl mít víc soukromí, stále častěji si stěžoval. Společně s personálem hledali cestu, jak situaci řešit. Vyřešit situaci samostatným pokojem nešlo,

nebyly na to kapacity, a proto byl Pavel vytipován jako budoucí adept do chráněného bydlení.

Vzhledem k tomu, že Pavel pobýval téměř celý život v zařízení, bylo potřeba začít s nácvikem základních činností soběstačnosti a sebeobsluhy, což se poměrně rychle podařilo. Poté se začalo uvažovat nad možností přestěhování do jiného zařízení. Pár jich s personálem navštívil, ale žádné se mu nelíbilo. Měl touhu dál žít v chráněném bydlení, osamostatnit se. Podařilo se zajistit přestěhování do chráněného bydlení v nedalekém městě. Bydlení se mu moc líbilo, stejně ale dál pociťoval stesk po tetách z původního Domova a po pár kamarádech, které opustil.

V chráněném bydlení žije v bytě s jedním ze svých kamarádů, kterého se také podařilo přestěhovat. Postupně se společně učí žít, uklidit, nakoupit, orientovat se v běžné zástavbě, ale i prosadit svá práva a respektovat práva jiných. Podařilo se získat práci v chráněné dílně, na pár hodin denně, což Pavel velmi kvituje, protože dostává mzdu, se kterou si přilepšuje ve stravě.

V chráněném bydlení stále žije pod dohledem zaměstnanců původního Domova, ale problémy, které tato životní změna přinesla, zvládá velmi dobře.

Uživatelka Martina, 50 let

Diagnóza: lehká mentální retardace – F70 a schizofrenie – F20

Dle Rabocha, Pavlovského a kol. (2013) je schizofrenie závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost vnímat správně podněty z okolí, myslet, jednat a chovat se přiměřeně v běžném životě.

Odpověď na otázku č. 1 – Jak jste zvládla přechod do nového typu zařízení?

Přechod jsem zvládla, protože než jsem šla do ústavu, žila jsem s bratrem a maminkou doma a maminka mě hodně věcí naučila.

Odpověď na otázku č. 2 – Co Vám dělalo největší potíže při přechodu?

Můj největší problém bylo docházet do práce. Nikdy jsem nikde nepracovala. V nové práci jsem pracovní tempo nestíhala a pan vedoucí se zlobil, že nedělám to, co bych dělat měla. To bych se ještě měla doučit.

Odpověď na otázku č. 3. – Zvolil/a byste znovu možnost přestěhování, pokud by před Vámi tato volba opět stála?

Do samostatného bydlení bych šla znovu, ale pořád potřebuji pomoc hlavně při nákupu a utrácení peněz. Neumím odhadnout, co si můžu koupit a co je zbytečné, a proto se na mě moje asistentka hodně zlobí.

Kazuistika: uživatelka Martina

Martině byla diagnostikována lehká mentální retardace a naroubovaná schizofrenie. Narodila se rodičům, kteří byli též lehce mentálně retardováni. Má ještě jednoho bratra, který trpí stejným postižením, je o dva roky starší.

Martina se do Domova pro osoby se zdravotním postižením dostala z bydliště, po intervenci jejího bratra na odboru sociálních věcí. Oba zůstali ve velkém městě sami v bytě po smrti matky, která se o ně starala. Martina smrt matky velmi těžce nesla, až nastala situace, že ulehla, přestala jíst, pomočovala se, nebyla schopná pohybu. Tenkrát bratr správně pochopil, že je nutné obrátit se na sociální odbor, který sourozence v zanedbaném bytě navštívil a rozhodl o umístění do Domova pro osoby se zdravotním postižením, což se velmi rychle podařilo. Sourozenci mají k sobě hodně velké pouto, proto bylo dobré, že spolu mohli do zmíněného Domova přejít.

Martina se poměrně rychle stabilizovala, snažila se v Domově pomáhat a sama projevovala touhu naučit se prát, vařit, pokoj měla vždy pečlivě uklizený a též dohlížela na svého bratra, aby chodil čistý a byl vstřícný k personálu.

Po pár letech s příchodem deinstitucionalizace byli oba vytipováni jako adepti na přesun do chráněného bydlení. Příprava na přechod k novému typu bydlení byla snadnější a jakmile byl k dispozici byt v jiném městě, ihned se započalo s přípravami na přestěhování.

V současné době sourozenci obývají malý chráněný byt. I když se zdálo, že začlenění bude snadné, přesto se nějaké problémy vyskytují. Martina získala letní brigádu v kempu, za kterou dostávala mzdu, ale jelikož je to silná kuřačka a v kempu si mohla dovolit koupit cigaret, kolik chtěla, utrácela peníze pouze za ně, dokázala kouřit i dvě cigarety najednou. Samozřejmě, že práci, kterou měla odvést, neodváděla a majitel kempu s ní rozvázal pracovní poměr.

Bratr Jiří v kempu vykonával pomocné práce, zametal, uklízel, ale i on velmi rychle podlehl svobodnému životu a neomezeně utrácel za cigarety. Samozřejmě, že peníze pak chyběly pro další nutné výdaje.

V tomto případě, ačkoliv se zdálo, že přesun bude snadný, bylo potřeba zaměřit pozornost na řádné domácí účetnictví a každodenní nácvik v oblasti hospodaření s penězi. Každé problémové chování může poukázat na to, co je pro klienta důležité a jak na tom začít pracovat. Dalším úkolem pro pracovníka chráněného bydlení bude zajistit pro Martinu jinou práci, která bude pro ni vhodná, nejlépe v prostředí, které nebude lákavé pro návrat k závislosti. Cesta to bude ještě dlouhá, i když se zdálo na začátku vše snadnější, ale personál není a nemůže být tím, kdo za uživatele rozhoduje, jak má žít. Může ho jen podepřít, doprovázet a stát při něm.

Uživatel Václav, 47 let

Diagnóza: středně těžká mentální retardace - F71 a sluchové postižení – H90

Dle Švarcové (2001) jsou osoby se středně těžkou mentální retardací obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život.

Odpoověď na otázku č. 1 – Jak jste zvládl přechod do nového typu zařízení?

Myslím, že jsem přestěhování zvládl dobře, moje asistentka za mnou často chodila pomáhala mi. Neuměl jsem ale vařit a nakupovat, ale pár jídel si už umím uvařit i sám.

Odpověď na otázku č. 2 – Co Vám dělalo největší potíže při přechodu?

Největší potíží byl strach, že nemám vedle sebe pomoc, na kterou jsem byl zvyklý. Báł jsem se, že kdyby se mi něco stalo, že na vše budu sám a nebudu vědět, jak se mám chovat.

Odpověď na otázku č. 3. – Zvolil/a byste znovu možnost přestěhování, pokud by před Vámi tato volba opět stála?

Zneužili mě lidi, myslel jsem, že jsou to kamarádi, mrzelo mě to, teď jsem rád, že jsem zpátky v domově, protože tady se mi to asi nestane. Stěhovat se už nechci, trápí mě, že jsem sestřičky zklamal.

Kazuistika: uživatel Václav

V této kazuistice je popsán životní příběh pana Václava. Na jeho příběhu lze ukázat, že odchod z ústavního zařízení je velmi těžký proces a ne vždy se daří jej zcela realizovat.

Pan Václav byl do tří let v dětském domově. Poté si ho vzala zpět do své péče matka, která ale žila v nefunkčním manželství s alkoholikem, který matku i své děti bil. Pan Václav vzpomíná, že pro poměry v rodině byl na základní škole ponižován a šikanován a že za to svého otce nenáviděl a to se na něm výrazně projevovalo. Byl agresivní, téměř nevzdělatelný. V té době byl též zbaven způsobilosti k právním úkonům. Citově velmi strádal, nebyl nikdo, kdo by ho vyslechl a neměl se komu svěřit.

Po smrti otce jej matka umístila do ústavu pro mentálně postižené. Zde žil do svých osmnácti let a na život v tomto zařízení nemá nejlepší vzpomínky. I zde zažil ponižování a nepřiměřené trestání od svých pečovatелů.

Ve věku 18 let byl umístěn do ústavu pro dospělé klienty. Podmínky zde byly přijatelnější, nicméně i tady panoval spíše zdravotnický režim a pravidelný řád, čili stravování na zavolání, jednotné oblečení, zamčené skříně s osobními věcmi, hromadné vycházky aj.

Po přijetí zákona o sociálních službách se ale i zde začaly podmínky měnit. Pan Václav byl s těmito změnami spokojen. Pracovníci v sociálních službách ho později vytipovali jako jednoho z adeptů na přesun do chráněného bydlení, které zařízení začalo budovat.

Pan Václav se velmi rychle učil a přizpůsoboval novým podmínkám, i když stejně u něho panovaly obavy, jak samostatný život zvládne. Negativní názory bohužel slyšel nejen od personálu, ale i od spolubydlících, kteří ho z nového kroku zrazovali. Po dlouhých přípravách nastalo stěhování do nového bytu v jiném městě. Pan Václav šel bydlet do bytu se svým nejlepším kamarádem. Václavovi bylo navracena způsobilost k právním úkonům, z čehož měl obrovskou radost.

I když se zdálo, že přesun do jiného typu služby pan Václav zvládl, nebylo tomu tak. Asistentka domácnost navštěvovala pouze na 4 hodiny denně a při samostatném bydlení docházelo k incidentům, kdy například vytopil byt souseda pod ním nebo že ho okolí negativně přijalo. Největší problém nastal tehdy, když se při jedné z vycházek na něho navázali delikventi a po vyzrazení kdo je a kde žije, mu s jeho souhlasem odnesli všechno vybavení z bytu, včetně počítače, elektrospotřebičů aj.

Po této události pan Václav požádal o vrácení zpět do ústavní péče. Pan Václav zažil důsledky svých špatných rozhodnutí, na které nebyl zřejmě dostatečně připraven a bál se, že při každém dalším incidentu by mohl být opět obviněn policií. Je nutné trénovat s asistentkou, jak někoho odmítnout a jak se slušně, ale účelně, bránit zneužití.

O zneužívání osob s mentálním postižením bylo již napsáno mnoho kauz, bývají velkým problémem v samostatném životě a jsou jednou z oblastí, které je nutné věnovat mimořádnou pozornost.

10. ZÁVĚR

Deinstitucionalizace je proces, jehož cílem je přechod z ústavní péče do péče komunitní. První pokusy ve světě proběhly již v roce 1950 v Kanadě a odtud se pak velmi rychle tento proces rozšířil, hlavně do anglicky mluvících zemí.

Proces deinstitucionalizace se dá samozřejmě kritizovat, polemizovat s ním a hledat další a další negativa, proč se ho nepodaří uvést do praxe, zda nebude více finančně náročný než dosud dostupný typ péče, což samozřejmě bude vždy, zda stát bude mít i v dobách ekonomických krizí pro tento typ péče finance a zda nezrušíme něco, co dosud fungovalo i když to nebylo zcela ideální a nenahradíme ho typem péče, která nemůže z různých důvodů dobře fungovat.

Pádným a nezpochybnitelným argumentem by však mělo být, že každý člověk, i zdravotně postižený nebo jiným způsobem handicapovaný, má právo žít v přirozeném sociálním prostředí. Osud nebyl k těmto lidem příliš nakloněn, postavil před ně překážku v podobě nějakého postižení, které mu nedovolí žít samostatným způsobem života a bohužel mu ani není dopřáno žít v původní rodině z různých důvodů. Velmi častým důvodem k přechodu do ústavní péče je ztráta rodinného pečovatele, třeba z důvodu jeho onemocnění nebo i smrti. Původní rodina může být nefunkční, je absence vhodných bytových podmínek, bariérovost bytu nebo tak závažné postižení klienta, že rodina i při nejlepší vůli nemůže péči o svého příbuzného zajistit. Velkým problémem může být i neochota většinové společnosti lidí s postižením přijmout, stávají se terčem stigmatizace, v minulosti byli i zbavováni povinnosti školní docházky, zaměstnavatelé nebyli ochotni je přijímat do pracovního procesu z důvodu nízké pracovní výkonnosti i častějších absencí ze zdravotních důvodů.

Revoluční změny přinesl Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. Tento zákon definoval nový systém péče o zdravotně postižené občany ve smyslu podpory výstavby nových komunitních služeb, menších bytových částí a vůbec celkovou změnu v péči o osoby se zdravotním postižením. V žádném případě to ale neznamená úplné zrušení ústavní péče, zvláště pro osoby s vysokou mírou podpory, například s různými typy demencí. I zde ale argumentovat tím, že by bylo vhodné pro tyto osoby budovat zařízení

menšího typu, aby se v případě, například epidemie infekčních chorob, jak nám nedávná minulost ukázala, daly jednotlivé jednotky uzavřít a bránit tak vzniku rozšíření infekcí po celé velkokapacitní budově.

S počátkem transformace se vytypovávali klienti, kteří do služby jiného typu bydlení by mohli přijít. S těmito klienty se pracovalo, připravovali se a poté, co podmínky dovolily opustit ústavní zařízení, byli přestěhováni. V první fázi stěhování docházelo i k bydlení, někdy ve čtyřčlenných, někdy v šestičlenných domácnostech. Většinou šlo o osoby, které spolu žili před tím roky ve svém ústavu, znali se, byli to kamarádi. Velký problém nastává ale nyní v okamžiku, kdy některý z klientů z domácnosti odejde, například z důvodu úmrtí. Je velmi těžké takovou domácnost doplnit dalším, leckdy pro stávající uživatele bytu, jiným člověkem.

Sociální služby v současné době využívají stále mladší klienti, i kolem 20 let, a takový člověk bývá zbývajícími členy domácnosti špatně přijímán. Je pak na asistentech, aby oni nastavili službu v domácnosti tak, aby dál fungovala jako před tím. Je třeba si poradit, vyzkoušet, co je vhodné a co ne, objevit nové problémy, jejichž řešení se nejdříve bojíme, ale často zjistíme, že fungují. V domácnostech by mělo být ústavních prvků co nejméně, někteří zaměstnanci, zvláště ti, kteří se s klienty znají delší dobu, mají pořád tendenci radit a pomáhat, a stále přebírat za klienta zodpovědnost a ochraňovat ho i v situacích, kde by si klient měl poradit sám. K tomu dopomáhá individuální plánování, kde jsou podrobně zaznamenány problémy, které klient popisuje, dále přání i postoje a s nimi je třeba pak pracovat. I tady ale nelze zcela stoprocentně naplnit všechna očekávání, prostě se některé věci musí zjistit, zda vůbec mohou fungovat.

Pro tyto případy je nutné zřizovat v jednotlivých zařízeních pracovní skupiny, které si mohou vyměňovat názory, zkušenosti a nápady mezi sebou, využít supervize, podpůrných mechanismů a se zaměstnanci neustále pracovat. Oslovení ředitelé jednotlivých zařízení ale sdělují, že nemuseli dosud nějakou závažnou krizi mezi zaměstnanci řešit.

Dalším problémem se ukazují nedostatečné návazné služby, například pobytová sociální rehabilitace, která by klienty pro vstup do samostatného bydlení mohla připravit, sociálně terapeutické dílny nebo podpora samostatného bydlení. Tomu se dá částečně pomoci tím, že takovou službu bude zařízení poskytovat v rámci své registrace, což je ale možnost

často nereálná nebo ji lze využít v podobě nabídky jiného zařízení. Jednou z možností také je zapojit tyto služby do střednědobého programu komunitního plánování v rámci krajů tak, aby se tato pomoc mohla dostat již ke klientům například dětského věku. Pro klienty je nesmírně důležité odcházet z místa pobytu, například v rámci ústavního bydlení, do jiných organizací, například do školy, do zaměstnání apod. Klient se tak může naučit různým dovednostem, mění prostředí, potkává se s jinou populací, posouvá se ve svých schopnostech mnohem dál.

Cílem této rigorózní práce bylo zjistit, zda jsou uživatelé, kteří již prošli transformací, s touto změnou spokojeni, jak proběhla a jaký postoj k deinstitucionalizaci má statutární zástupce. Práce tak definuje fakta i výsledky z kvalitativního i kvantitativního výzkumného šetření a nabízí opatření ke zlepšení celého procesu.

K výzkumu byla vybrána tři zařízení v Ústeckém kraji. Pro účely kvantitativního šetření bylo rozdáno 135 dotazníků, validně vyplněných se vrátilo 106, v rámci kvalitativního šetření byl osloven jeden statutární zástupce organizace poskytující sociální služby a tři uživatelé sociální služby. Bylo zjištěno, že proces deinstitucionalizace je velmi dobře nastaven, klienty i zaměstnanci po počáteční nedůvěře kladně přijímán, i opatrovníci a rodinní příslušníci se nakonec o prospěšnosti přechodu na nový typ péče nechali přesvědčit. Oslovení klienti jsou s využívanými službami spokojeni. Z praktické části vyplývá, že pohlaví, věk a ani délka užívání sociální služby uživatelů nemá na spokojenost vliv. A také bylo v průběhu výzkumu ověřeno, že v případě neúspěchu se mohou uživatelé vrátit zpět do prostředí, které je pro ně bezpečné.

Dále se z výzkumu ukázalo, že se zatím nepodařilo přesvědčit zaměstnavatele přijímat tyto osoby do pracovního procesu. Je popsána spousta příkladů dobré praxe u zaměstnavatelů, kteří se nakonec rozhodli takového postiženého člověka do zaměstnání přijmout. Práce je pro každého člověka velmi důležitým aspektem. Umožňuje získat nezávislost a přinést vyšší životní standard. Kromě toho získá klient další nové dovednosti a schopnosti, jeho život získá nový řád a může také přítomností v jiném prostředí získat nové přátele i kontakty. Potřeba seberealizace je jednou z hierarchií Maslowa, což znamená do společnosti patřit, být přijímán i uznáván.

Lidé, žijící v ústavním zařízení, většinou s financemi pracovat nemohli. Rozhodoval za ně opatrovník nebo rodinný příslušník, který mohl nesouhlasit s nákupem toho, co si klient sám přál. Též se může stát, že vzhledem k absenci školní docházky klient nezná ani nominální hodnotu peněz, což může vést k zneužití takových klientů druhou osobou.

Jako velký problém se stále jeví zdravotní handicapy klientů, ať již fyzické nebo psychické. Tato postižení velmi ovlivňují pracovní výkony klientů, mohou nezvládat termíny i požadavky na výkon, mohou být častěji v pracovní neschopnosti, s čímž většina zaměstnavatelů argumentuje a postiženého člověka odmítá přijmout nebo i když takového člověka do pracovního procesu přijme, brzy s ním pracovní poměr rozvažuje. Velkým nebezpečím je pak odmítání člověka s handicapem majoritní společností, která je nedostatečně informovaná o životě této skupiny a může mít obavy z přímého kontaktu s těmito osobami, což může vést k odmítání spolupráce s nimi.

Jako řešení se ukazuje využití asistentů na přípravu zdravotně postiženého k práci, konkrétně na pokrytí mzdových nákladů zaměstnance, který klientovi pomáhá, a to až na dobu 24 měsíců.

Úřad práce též podporuje vytváření a provoz chráněného pracovního místa, které musí být vytvořeno minimálně na dva roky, rovněž tak přispívá na vytvoření a provoz chráněné pracovní dílny. Další výhodou pro zaměstnavatele, který zaměstnává osobu se zdravotním postižením, je sleva na pojistném pro zaměstnavatel, který takové osoby zaměstnává. Taková opatření poskytují zaměstnavateli celou škálu nástrojů, jakým způsobem může získat výhody, pokud zaměstnanec se zdravotním postižením zaměstná.

V posledních měsících se ale ukazuje, že v souvislosti s vývojem přípravy a vývoje státního rozpočtu se stát ve svém šetření zaměřuje i na tyto handicapované osoby. MPSV připravuje novelu zákona 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, která se dotkne i podpory zaměstnávání lidí s handicapem. V novele se nepočítá s valorizací příspěvku na zaměstnávání osob se zdravotním postižením, což může vést k zhoršování situace jednotlivých zaměstnavatelů. Rovněž tak je v návrhu zrušení podpory osobám, kterým nebyl přiznán invalidní důchod. Může jít o osoby s různým typem postižení, které jim ale může bránit najít zaměstnání na volném trhu práce. Národní rada zdravotně

postižených stále jedná s ministrem práce a sociálních věcí s tím, že ekonomická aktivita a schopnost práce je pro osobu se zdravotním postižením základním předpokladem spokojeného života, umožňuje, že pracující lidé si více udržují své schopnosti a získávají pocit prospěšnosti ve společnosti a uspokojení, že nejsou zbyteční.

Závěrem lze tedy popsat pár dobrých doporučení a nápadů, jak procesu transformace ještě pomoci, MPSV ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR, která hájí zájmy svých členů u orgánů státní a veřejné správy, by měli iniciovat tyto kroky:

- zvýšit kapacitu terénních i ambulantních služeb, které by mohly zajistit delší setrvání uživatelů v domácím prostředí a zamezit tak přesunu do institucionální péče
- rozšířit síť návazných sociálních služeb, jako jsou chráněné dílny, sociální rehabilitace a podporovaná zaměstnání, které by pomohlo k resocializaci klientů a k větším možnostem uplatnění klientů na trhu práce při přechodu do jiných typů služeb
- formou osvěty mezi občany zajistit, aby tito lidé byli společností více přijímáni, nebyli pro své postižení stigmatizováni a mohli bez jakýchkoliv omezení využívat veškeré možnosti života jako jejich normální zdraví spoluobčané. V tomto případě můžeme polemizovat o tom, co je normální a co je mimo normu. Tato hranice je velmi tenká, lidé s handicapem bývají společností hodnoceni jako někdo méně žádoucí, což je samozřejmě špatně.
- apelovat na zaměstnavatele, aby ochotněji přijímali do pracovního procesu osoby s handicapem, omezili své předsudky vůči takovým osobám a umožnili tak zaměstnání i osobám s postižením, které jim může přinést pocitu prospěšnosti a užitečnosti ve společnosti
- hledat další zdroje financování nových typů služeb, protože proces deinstitucionalizace je velmi dobře nastaven a bylo by v neprospěch věci, kdyby pro nedostatek financí byl omezován nebo by musel úplně skončit
- zajistit dostatečné personální obsazení kvalifikovaným personálem, včetně spravedlivého finančního ohodnocení a nepolevovat v péči o ně, například formou supervizí, pracovních porad nebo výměnou zkušeností z jiných zařízení
- podporovat reformu psychiatrické péče

Transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb je velmi dobrý a užitečný projekt. I když je každý člověk jiný a neexistuje pro všechny jen jedno řešení, je vždy nutné vycházet z individuality každého člověka a najít pro každého takovou pomoc a podporu v jeho sociální situaci, aby mohl každý žít v komunitě. Projekt transformace ukázal, že kde je vůle, je i cesta.

11. LITERATURA

ARVIDSSON, H.: *Changes in the group defined as severely mentally ill: five years after the mental health-care reform in Sweden*. International Journal of Social Welfare. 2005, v. 14, n. 4, p. 277-286. DOI 10.1111/j.1369-6866.2005.00370.x

BEN-MOSHE, I.: *Decarcerating disability: Deinstitutionalization and prison abolition*. U of Minnesota Press.

ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D.: *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vydání. Praha: Portál. 2011, ISBN 9788026200277

ČERNÁ, M. a kolektiv: *Česká psychopedie*. Nakladatelství Karolinum, Praha, 2008, ISBN 9788024615653

ČERNOUŠEK, M.: *Šílenství v zrcadle dějin: pojednání pro inteligentní čtenáře*. Grada Avicenum, Praha, 1994, ISBN 8071690864

DISMAN, M. : *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. nezměň, vyd., Karolinum, Praha, 2011, ISBN 9788024619668

DOČEKALOVÁ, V.: *Deinstitutionalizace pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením*. RP. Univerzita Jana Amose Komenského v Praze, 2015

ENGLER, V.: *Stručné základy zdravotnické statistiky pro posluchače LF UK*. 1. vydání. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1989, ISBN 1702989

FAKHOURY, W., PRIEBE, S.: *Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare*. 2007, Psychiatry 6(8)

FRANIOK, P.: *Psychopedie I*. Studijní opora projektu ESF OP VK. Ostravská univerzita v Ostravě, 2014, ISBN 9788074646454

GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vydání, Paido, Brno, 2010, ISBN 9788073151850

CHRÁSKA, M.: *Metody pedagogického výzkumu*. Grada Publishing, Praha, 2007, ISBN 9788024713694

LUDÍKOVÁ, L. a kol: *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, ISBN 9788024438276

MANSELL, J., KNAPP, M., BEADLE-BROWN, J., BEECHAM, J.: *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 1: Executive Summary*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent. 2007, ISBN 9781902671499

MATOUŠEK, O.: *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003, ISBN 9788026202134

MATOUŠEK, O.: *Strategie a postupy v sociální práci*. Praha: Portál, 2022, ISBN 9788026219521

MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Sociologické nakladatelství, Praha, 1999, ISBN 8085850761

MIOVSKÝ, M.: *Kvalitativní přístup a metody psychologického výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, ISBN 8024713624

RABOCH, J., PAVLOVSKÝ, P. a kol.: *Psychiatrie*. Praha: Karolinum 2013, ISBN 9788024619859

SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. Grada Publishing, Praha, 2007, ISBN 9788024717333

SVATOŠOVÁ, L., PRÁŠILOVÁ M.: *Statistické metody v příkladech*. ČZU, Praha, 2022, ISBN 9788021316737

ŠVARCOVÁ, I.: *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006, ISBN 8073670607

TORESINI, L., MEZZINA, R.: *Za zdmi: Deinstitutionalizace v evropských příkladech dobré praxe*. Praha: Fokus, 2017, ISBN 9788090274105

VÁLKOVÁ, M.: *Dlouhodobá péče v ošetrovatelství*. Praha: IPVZ, 2015

VRTIŠKOVÁ, M.: *Teorie a metody sociální práce*. Vyšší odborná škola sociálně právní v Praze, 2009, ISBN 9788073998776

Internetové zdroje

Český statistický úřad. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.czso.cz/>>

Databáze strategií. Portál strategických dokumentů ČR. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.databaze-strategie.cz/>>

Domov „Bez zámků“ Tuchořice. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://bezzamku.cz/>>

Domovy pro osoby se zdravotním postižením, p. o. Ústí nad Labem. [online]. 2023. Dostupné z: <<http://www.dozp-ul.cz/>>

Domovy sociálních služeb Litvínov. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.dsslitvinov.cz/uvod.html>>

Hlavní město Praha. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.praha.eu/jnp/>>

Jihočeský kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://kraj-jihocesky.cz/>>

Jihomoravský kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.jmk.cz/>>

Karlovarský kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.kr-karlovarsky.cz/>>

Kraj Vysočina. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.kr-vysocina.cz/>>

Královehradecký kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.khk.cz/>>

Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/kriteria-socialnich-sluzeb-komunitniho-charakteru-a-kriteria-transformace-a-deinstitucionalizace>>

Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče. Příloha č. 1. B. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz/documents/20142/372817/P01b.pdf/e491f608-f084-11f6-5ac5-8f0dd0a8f35c>>

Liberecký kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.kraj-lbc.cz/>>

Listina základních práv a svobod. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>>

Magistrát Hlavního města Prahy. [online]. 2023. Dostupné z: <https://www.praha.eu/jnp/cz/o_meste/magistrat/index.html>

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.mpsv.cz>>

Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenskej republiky. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.employment.gov.sk/sk/>>

Moravskoslezský kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.msk.cz>>

Olomoucký kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.olkraj.cz/index.php>>

Pardubický kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.pardubickykraj.cz>>

Plán k nezávislému životu. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://ia.gov.sk/narodny-projekt-deinstitucionalizacia-zariadeni-socialnych-sluzieb-podpora-transformacnych-timov/index.html>>

Plzeňský kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.plzensky-kraj.cz>>

Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení. Trass. [online]. 2023. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/system-rizeni-rizik.pdf>

Společné stanovisko k deinstitucionalizaci sociálních služeb. APSS ČR, NRZP ČR, RS ČR. [online]. 2023. Dostupné z: <https://www.apsscr.cz/files/files/A5_PRILOHA_SPOLECNE%20STANOVISKO_FINAL.pdf>

Středočeský kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://kr-stredocesky.cz/web/urad>>
<<http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/system-rizeni-rizik.pdf>>

Survio. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.survio.com/cs/>>

Štatistický úrad Slovenskej republiky. [online]. 2023. Dostupné z: <https://slovak.statistics.sk>

Ústavní sociální služby v ČR. [online]. 2023. Dostupné z: <<http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/celorepublikova-analyza.pdf>>

Ústecký kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://www.kr-ustecky.cz>>

Vyhláška č. 387/2017 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. [online]. 2023. Zákony pro lidi. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2017-387>>

Wikipedie. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://cs.wikipedia.org/wiki/Deinstitucionalizace>>

Zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením č. 329/2011 Sb. [online]. 2023. Zákony pro lidi. <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-329>>

Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. [online]. 2023. MPSV. Dostupné z: <https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006>

Zákon o zaměstnanosti. č. 435/2004 Sb. [online]. 2023. Zákony pro lidi. Dostupné z: <<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-435>>

Zlínský kraj. [online]. 2023. Dostupné z: <<https://zlinskykraj.cz>>

SEZNAM GRAFŮ

Graf č. 1 – Návratnost dotazníků

Graf č. 2 – Pohlaví uživatelů

Graf č. 3 – Věk uživatelů

Graf č. 4 – Doba užívání sociální služby

Graf č. 5 – Spokojenost se službou

Graf č. 6 – Bydlení

Graf č. 7 – Zaměstnání

Graf č. 8 - Volný čas

Graf č. 9 – Služby mimo zařízení

Graf č. 10 – Informace o životě v jiném zařízení

Graf č. 11 – Využití možnosti stěhování do jiného zařízení

SEZNAM TABULEK

Tabulka č. 1 – Návratnost dotazníků

Tabulka č. 2 – Pohlaví uživatelů

Tabulka č. 3 – Věk uživatelů

Tabulka č. 4 – Doba užívání sociální služby

Tabulka č. 5 – Spokojenost se službou

Tabulka č. 6 – Bydlení

Tabulka č. 7 – Zaměstnání

Tabulka č. 8 – Volný čas

Tabulka č. 9 – Služby mimo zařízení

Tabulka č. 10 – Informace o životě v jiném zařízení

Tabulka č. 11 – Využití možnosti stěhování do jiného zařízení

Tabulka č. 12 – Spokojenost uživatelů vs pohlaví uživatelů

Tabulka č. 13 – Chí kvadrát spokojenost vs pohlaví uživatelů

Tabulka č. 14 – Spokojenost vs věk uživatelů

Tabulka č. 15 – Chí kvadrát spokojenost vs věk uživatelů

Tabulka č. 16 – Spokojenost vs délka užívání sociální služby

Tabulka č. 17 – Chí kvadrát spokojenost vs délka užívání sociální služby

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek č. 1 – Mapa Ústeckého kraje

POUŽITÉ ZKRATKY

DOZP – Domov pro osoby se zdravotním postižením

ESF – Evropský sociální fond

CHB – chráněné bydlení

IROP - Integrovaný regionální operační program

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

OP LZZ – Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost

PSS – pracovník v sociálních službách

12. PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro uživatele sociálních služeb

Dotazník pro uživatele sociálních služeb

Dobrý den,

jmenuji se Dita Dočekalová a jsem studentkou Univerzity Palackého v Olomouci. Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který bude sloužit pro účely výzkumu v mé rigorózní práci na téma Deinstitutionalizace sociálních služeb jako cesta k prosazení práv osob se zdravotním postižením a zabere Vám asi 5-10 minut Vašeho času.

Za Vaš čas a ochotu předem děkuji.

S pozdravem Dita Dočekalová

1. Jste muž nebo žena?

Vyberte jednu odpověď

- muž
- žena

2. Váš věk?

Vyberte jednu odpověď

- 26 - 40
- 41 - 50
- 51 - 60
- 61 více

3. Jaká je doba užívání sociální služby?

Vyberte jednu odpověď

- 0 - 5 let
- 6 - 10 let
- 11 a více

4. Jste se službou spokojen/a?

Vyberte jednu odpověď

- ano
- ne

5. Jaký pokoj užíváte?

Vyberte jednu odpověď

- jsem v pokoji sám/sama
- s více lidmi
- s přítelkyní/přítelem

6. Jste zaměstnán/a?

Vyberte jednu odpověď

- ano
- ne

7. Kdo rozhoduje o tom, jak trávíte svůj volný čas?

Vyberte jednu odpověď

- sám/sama
- domlouvám se s pracovníky služby
- rozhodují za mě jiní

8. Máte možnost využívat služby mimo zařízení (např. kadeřník, kosmetika, kino, divadlo, atp.)?

Vyberte jednu odpověď

- ano
- ne

9. Informují Vás zaměstnanci o možnosti života v jiném zařízení?

Vyberte jednu odpověď

- ano
- ne

10. Pokud jste na předchozí otázku odpověděl/a ano, přemýšlíte o tom, že možnosti v budoucnu využijete?

Vyberte jednu odpověď

- ano
- ne

11. Proč případně možnost nevyžijete?