

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav pedagogiky a sociálních studií

## **Diplomová práce**

Bc. Helena Breníková

Dostupnost pobytových sociálních služeb pro osoby s chronickým  
duševním onemocněním v Moravskoslezském kraji v souvislosti  
s reformou psychiatrické péče

Olomouc 2015

Vedoucí práce: PhDr. Vladimíra Kocourková, Ph.D

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedení pramenů a literatury.

V Olomouci dne 15. dubna 2015

.....

(podpis)

Děkuji PhDr. Vladimíře Kocourkové, Ph.D za odborné vedení při zpracování mé závěrečné práce a především za její trpělivost, ochotu a vstřícnost. Děkuji také všem, kteří mi umožnili realizaci výzkumného šetření, za jejich vstřícnou spolupráci, především paní Mgr. Petře Kluzové a paní Bc. Lucii Beinhauerové, DiS.

# Obsah

Úvod		7
I	TEORETICKÁ ČÁST	
1	Vymezení základních pojmů	10
2	Sociální služby a požadavky na jejich kvalitu v kontextu transformace pobytových sociálních služeb	14
2.1	Proces transformace pobytových sociálních služeb	15
2.1.1	Proces transformace na úrovni České republiky	16
2.1.2	Proces transformace v Moravskoslezském kraji	18
2.2	Zvyšování kvality pobytových sociálních služeb	20
2.2.1	Standardy kvality sociálních služeb	22
2.2.2	Inspekce kvality sociálních služeb	25
3	Plánování sociálních služeb a jejich dostupnost	26
3.1	Plánování sociálních služeb na úrovni České republiky	26
3.2	Plánování sociálních služeb na regionální a místní úrovni	27
3.3	Plánování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji	28
4	Osoby s chronickým duševním onemocněním	30
4.1	Organická porucha s bludy podobná schizofrenii	31
4.2	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy	32
4.3	Afektivní poruchy	34
5	Reforma psychiatrické péče v České republice	36
5.1	Cíle reformy psychiatrické péče	37
5.2	Od institucionální směrem ke komunitní psychiatrické péči	37
II	EMPIRICKÁ ČÁST	
6	Průzkum	41
6.1	Cíl průzkumu a formulace předpokladů v rámci průzkumu	41
6.2	Stručná charakteristika Psychiatrické nemocnice Opava	42
6.3	Stručná charakteristika Domova Jistoty, příspěvkové organizace	43
6.4	Charakteristika výzkumného souboru	45
6.5	Metodologie průzkumu	46
6.5	Organizace průzkumu	48

7	Způsob zpracování dat	50
8	Výsledky průzkumu	53
9	Závěrečné shrnutí empirické části	68
	Závěr	71
	Literatura a prameny	73
	Seznam použitých zkratk	78
	Seznam příloh	79

## Úvod

Sociální služby pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním a jejich dostupnost v Moravskoslezském kraji je aktuálně diskutovanou problematikou, mimo jiné i v souvislosti se zahájenou reformou psychiatrické péče a s již od roku 2007 probíhajícím procesem transformace pobytových sociálních služeb. Reforma psychiatrické péče je v gesci Ministerstva zdravotnictví a sociální služby jsou řízeny Ministerstvem práce a sociálních věcí. Jedná se tedy o meziresortní problematiku, která má být dle Strategie reformy psychiatrické péče v jednotlivých fázích řešena do roku 2020.

V současné době je na území Moravskoslezského kraje omezený počet pobytových sociálních služeb pro definovanou sociální skupinu, přičemž je zcela marginální kapacita v sociálních službách pro osoby s duševním onemocněním v oblasti poruch osobnosti a poruch vzniklých v důsledku užívání návykových látek. Na druhou stranu v psychiatrických nemocnicích je řada těchto osob hospitalizována dlouhodobě, to znamená více než jeden rok, a to často z toho důvodu, že by vzhledem ke svému onemocnění nebyli schopni zvládat život v přirozeném sociálním prostředí a nemají zároveň přirozeného pečovatele, který by jim poskytoval potřebnou podporu. Tento problém je možné řešit pomocí sociálních služeb, s čímž počítá také Strategie reformy psychiatrické péče.

V souvislosti s reformou psychiatrické péče, která si klade za cíl sociální začlenění pacientů dlouhodobě pobývajících v psychiatrických nemocnicích prostřednictvím sociálních služeb, se jeví jako nutné strategicky plánovat rozvoj sociálních služeb v tomto segmentu. Zákonnou zodpovědnost za plánování rozvoje sociálních služeb na území Moravskoslezského kraje nese Moravskoslezský kraj, který v této oblasti spolupracuje s poskytovateli sociálních služeb na svém území, především s těmi, kterým je zřizovatelem. Jednou z těchto organizací je Domov Jistoty, příspěvková organizace, která má dlouholeté zkušenosti s poskytováním sociálních služeb pro cílovou skupinu dospělých osob s chronickým duševním onemocněním (schizofrenií, afektivními poruchami – depresivními či manickými, poruchami s bludy).

Tímto tématem se aktuálně zabývám ve své pracovní praxi. Pracuji jako vedoucí zařízení sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním, a to domova se zvláštním režimem a chráněných bydlení v Domově Jistoty, p.o. Od roku 2014 jsem zapojena do přípravy strategického návrhu koncepce prostupnosti pobytových sociálních služeb pro zmíněnou cílovou skupinu v rámci organizace a ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí v Opavě. Jednou s fází plnění zadání zřizovatele je zmapovat poptávku po pobytových sociálních službách mezi pacienty zmíněné nemocnice, patřících do vymezeného okruhu osob.

Cílem mé diplomové práce bude popsat stávající možnosti sociálních služeb na území Moravskoslezského kraje, ve spolupráci s Psychiatrickou nemocnicí v Opavě zmapovat poptávku po pobytových sociálních službách mezi pacienty nemocnice, ověřit odbornou připravenost stávajících zaměstnanců Domova Jistoty, příspěvkové organizace na práci s cílovou skupinou a navrhnout doporučení pro plánování rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji, která budou podkladem pro strategické plánování Moravskoslezského kraje pro následující období.

V teoretické části práce se zaměřím na objasnění oblastí souvisejících se zajištěním dostupnosti pobytových sociálních služeb pro danou cílovou skupinu, jako je proces transformace pobytových sociálních služeb, zvyšování jejich kvality, proces plánování sociálních služeb a poté rovněž východiska a plán reformy psychiatrické péče. V empirické části pak interpretuji a shrnu výsledky provedeného průzkumu v oblasti dostupnosti pobytových sociálních služeb pro definovanou cílovou skupinu uživatelů, dále v oblasti mapování potřeb potenciálních zájemců o pobytové sociální služby z řad pacientů psychiatrické nemocnice v Opavě a rovněž v oblasti vzdělávacích potřeb stávajících pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků sledovaných pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, příspěvkové organizace.

## **I Teoretická část**



# 1 Vymezení základních pojmů

V první kapitole považuji za potřebné vymezit několik základních pojmů, které se budou mou diplomovou prací nadále prolínat. Jedná se o tyto pojmy: sociální služby, transformace pobytových sociálních služeb, Moravskoslezský kraj, chronické duševní onemocnění a reforma psychiatrické péče. Detailněji se některým základním pojmům (transformace pobytových sociálních služeb, chronické duševní onemocnění a reforma psychiatrické péče) budu věnovat v dalších kapitolách teoretické části práce.

## Sociální služby (pobytové)

Sociální služby vymezuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, jako „*činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*“ (§3, písm. a), zák. č. 108/2006 Sb.).

Dle tohoto zákona jsou zřizovány sociální služby terénní, ambulantní či pobytové. Pro účely mé diplomové práce budu dále pojednávat o pobytových sociálních službách, především o domovech se zvláštním režimem a chráněných bydlení.

Pobytovými sociálními službami rozumíme dle zákona o sociálních službách §33, odst. 2 „*služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb*“. Jedná se o služby sociální péče, které jsou určeny pro osoby, které mají sníženou soběstačnost např. z důvodu chronického duševního onemocnění (v případě domovů se zvláštním režimem a chráněných bydlení).

Domovy se zvláštním režimem poskytují těmto osobám kromě ubytování rovněž služby *stravování, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí* (§50, odst. 2 zák. č. 108/2006 Sb.). Od chráněných bydlení se služby domova se zvláštním režimem odlišují v některých základních činnostech, které upravuje vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Charakter služby chráněného bydlení více připomíná běžný způsob života v domácnosti. V základních poskytovaných činnostech tedy u této služby najdeme činnosti, jako je: *pomoc s přípravou stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, pomoc při běžném úklidu a údržbě*

*domácnosti, podpora v hospodaření s penězi včetně pomoci s nákupy a běžnými pochůzkami* apod. (§17, odst. 1 vyhlášky 505/2006 Sb.). Zpravidla jsou uživateli služby chráněného bydlení osoby, které mají základní schopnosti a dovednosti spojené se soběstačností a samostatností a potřebují podporu při jejich obnově či rozvoji.

## **Transformace pobytových sociálních služeb**

Transformace pobytových sociálních služeb je v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV ČR), které od roku 2007 zahájilo proces deinstitucionalizace a humanizace pobytových zařízení sociálních služeb, které před účinností zákona o sociálních služeb nevyhovovaly požadavkům na kvalitu poskytování sociálních služeb. V roce 2007 vydalo MPSV ČR Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytované v přirozené komunitě uživatele a podporující jeho sociální začlenění. V současné době již probíhají realizace jednotlivých projektů, podpořených finančně z Evropského sociálního fondu. Do celého procesu je v České republice zapojeno 32 poskytovatelů v gesci přímo MPSV nebo jednotlivých krajů.<sup>1</sup>

V Moravskoslezském kraji se proces transformace realizuje prostřednictvím individuálního projektu „Podpora procesu transformace pobytových sociálních služeb v Moravskoslezském kraji“. Obsahem projektu je „*intenzivní realizace vize změnit kvalitu života lidem se zdravotním postižením, kteří byli dlouhodobě odsouváni za zdi velkých ústavů*“ (MSK, Transformace, [online]). Do procesu transformace v Moravskoslezském kraji je zapojeno 10 příspěvkových organizací kraje, které poskytují sociální služby osobám se zdravotním postižením.<sup>2</sup>

## **Moravskoslezský kraj**

Moravskoslezský kraj je územím nacházejícím se v nejvýchodnější části České republiky. Jeho geografická rozloha je 5 427 km<sup>2</sup> a rozkládá se na území šesti dřívějších okresů. Na území Moravskoslezského kraje leží 5 statutárních měst, 35 měst, 3 městyse a 300 obcí. Správně je kraj rozdělen do 22 obcí s rozšířenou působností. Celkový počet obyvatel

---

<sup>1</sup> MPSV se transformací a rovněž i tzv. humanizací a deinstitucionalizací pobytových sociálních služeb (služeb poskytovaných v ústavních zařízeních) koncepčně zabývá od roku 2007. Bližší informace o projektech a celém procesu jsou dostupné na [www.mpsv.cz](http://www.mpsv.cz) a na [www.trass.cz](http://www.trass.cz).

<sup>2</sup> Více informací o realizaci projektu a strategické materiály k procesu transformace v Moravskoslezském kraji jsou dostupné na [www.kr-moravskoslezsky.cz](http://www.kr-moravskoslezsky.cz).

v kraji k 31.12.2010 byl 1 243 220, což je nejvíce mezi kraji v České republice (MSK, O kraji, [online]).

**Obrázek 1 Správní rozdělení Moravskoslezského kraje**



Zdroj: MSK. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2015 – 2020, [online].

## Chronické duševní onemocnění

Chronické duševní onemocnění je velmi široký pojem. Lepší orientaci v této oblasti umožňuje Mezinárodní klasifikace nemocí ve znění 10. decennální revize (dále jen MKN 10), která je v České republice v platnosti od roku 2014 (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, MKN, [online]). MKN 10 je pomůckou pro zainteresované subjekty, která obsahuje podrobný seznam nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN 10, 2008, s. 5).

Pro účely mé diplomové práce budu považovat za chronické duševní onemocnění pouze duševní poruchy z kategorie F 06.2, tj. organická porucha s bludy podobná schizofrenii, F 20 – 29, tj. schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy, F 30 – 39, tj. afektivní poruchy – poruchy nálady (MKN, s. 202 – 214, [online]). Toto vymezení pojetí chronického

duševního onemocnění volím vzhledem k okruhu osob pobytových sociálních služeb domova se zvláštním režimem a chráněných bydlení Domova Jistoty, příspěvkové organizace.

## **Reforma psychiatrické péče**

Psychiatrická péče v České republice byla dlouhodobě systémově opomíjena. V posledních letech se stav v oblasti péče o duševní zdraví dostal na rozhraní, kdy bylo nutno začít se problematikou systematicky zabývat na úrovni resortu Ministerstva zdravotnictví České republiky (dále jen MZ ČR). MZ ČR tedy vypracovalo Strategii reformy psychiatrické péče, která byla v březnu roku 2013 začleněna do Národního programu reform 2013 (MZČR, Tiskové zprávy, 2013, [online]).

Řešení problematiky psychiatrické péče v ČR však zasahuje i jiné resorty, a to především resort sociálních věcí (rovněž v návaznosti na probíhající proces transformace pobytových sociálních služeb) a resort financí. Při realizaci Strategie reformy psychiatrické péče je tedy předpokladem meziresortní spolupráce. Otázka reformy psychiatrické péče bude více rozpracována v kapitole 5.

## 2 Sociální služby a požadavky na jejich kvalitu v kontextu transformace pobytových sociálních služeb

Sociální služby, především ty pobytové, procházejí procesem změny či rozsáhlé reformy od roku 1989 po změně politického uspořádání v České republice. Reforma znamená změnu v pojetí kvality poskytovaných sociálních služeb, změnu v přístupu ke klientovi a rovněž změnu v plánování rozvoje sociálních služeb vzhledem k sociálním potřebám ve společnosti. Jak uvádí Bednář ve své publikaci *Kvalita v sociálních službách, bylo nutné oblast sociálních služeb reformovat, a to takovým způsobem, aby poskytování sociálních služeb vycházelo z principů, které jsou uplatňovány ve vyspělých Evropských zemích* (Bednář, 2012, s. 8).

Těmito principy jsou:

- „*demonopolizace sociální pomoci,*
- *decentralizace státní sociální správy,*
- *demokratizace sociální správy,*
- *pluralizace zdrojů pomoci,*
- *změna objektu sociální pomoci,*
- *humanizace prostředků sociální pomoci,*
- *přiměřenost sociální pomoci sociální potřebě,*
- *personifikace sociální pomoci,*
- *profesionalizace sociální pomoci“* (Bednář, 2012, s. 8-9).

V 80. letech minulého století sociální reformou procházela rovněž Velká Británie, která se inspirovala vývojem v USA a začala klást důraz na kombinaci individualizmu a sociální odpovědnosti (Lorenz, 2005, s. 203). Reformy ve Velké Británii, stejně jako později v České republice, souvisely rovněž s ekonomickou efektivitou zajištění sociálních služeb.

V České republice byla do konce roku 2006 realizována sociální péče dle tehdy platného, v roce 1990 novelizovaného zákona č. 100/1988 Sb o sociálním zabezpečení. *Systém sociální péče byl před rokem 1989, tj. od roku 1956, kdy byl přijat zákon č. 55/1956 Sb. o sociálním zabezpečení, vysoce centralizovaný a nedemokratický. Stát měl kontrolu nad veškerým děním v sociální oblasti. Činnosti nestátních subjektů byly státem buď zcela znemožněny nebo výrazně omezeny. Rovněž odpovědnost rodiny za péči o své příbuzné stát ve velké míře převzal na sebe. Občan se tedy stal zcela pasivním subjektem sociální politiky* (Krebs, 2007, s. 91).

Sociální péče osobám se zdravotním znevýhodněním tělesným, smyslovým, mentálním či s kombinací těchto znevýhodnění byla podle tehdy platného zákona o sociálním zabezpečení poskytována v ústavech sociální péče pro dospělé. Dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním byly umisťovány do ústavů sociální péče pro chronické psychotiky a psychopaty, kde jim bylo poskytováno „*bydlení, zaopatření, zdravotní péče, rehabilitace, kulturní a rekreační péče a v případě potřeby osobní vybavení, a umožňuje se jim s přihlédnutím ke stupni postižení též přiměřené pracovní uplatnění*“ (Bednář, 2012, s. 9). Přijímání osob do ústavů bylo upraveno vyhláškou č. 182/1992 Sb., kterou se prováděl zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v provádění sociálního zabezpečení. Praxe byla taková, že *občan, popřípadě jeho opatrovník, podal žádost o umístění do ústavu sociální péče. K podání žádosti mohlo dojít rovněž na základě podnětu jiného subjektu, např. obce apod. V případě, že nebyla volná kapacita, byla jeho žádost zařazena do pořadníku čekatelů. Jestliže se ve vhodném ústavu uvolnilo místo, bylo zahájeno řízení o přijetí* (MPSV, 2005, s. 8).

Zákon č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení, ve znění novely z roku 1990 platil až do konce roku 2006. Nutnost reformy v oblasti poskytování sociálních služeb po roce 1989 vyústila v přijetí zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který přinesl změnu paradigmatu v pojetí poskytování sociálních služeb, a to především směrem k jejich demokratizaci a individualizaci. Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) v únoru 2007, tedy ihned po účinnosti zákona o sociálních službách, přijalo materiál pod názvem „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“. Tímto krokem MPSV zahájilo strategicky plánovaný proces transformace pobytových sociálních zařízení, který velmi úzce souvisí rovněž se zvyšováním kvality sociálních služeb.

## **2.1 Proces transformace pobytových sociálních služeb**

Proces transformace, deinstitucionalizace a humanizace služeb sociální péče vychází z požadavků zákona o sociálních službách. Tyto požadavky jsou naformulovány do několika zásad, které jsou uvedeny v §2, odst. 2: „*Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat*

*rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob“ (§2, odst. 2, zákona č. 108/2006 Sb.).*

Naplnování požadavků zákona o sociálních službách nebylo možné ve stávajících podmínkách ústavních zařízení. Ústavy představovaly tzv. totální instituce<sup>3</sup>. Zpravidla byly zřizovány v objektech zámků nebo jiných velkých komplexech často izolovaných od běžné společnosti. Kapacita ústavních zařízení zřídka kdy klesala pod 50 obyvatel. Dispozičně objekty byly pro poskytování sociálních služeb v moderním pojetí, které klade důraz na individualitu člověka, zachování jeho důstojnosti a dodržování práv a svobod, zcela nevyhovující. Uvedené požadavky zákona o sociálních službách bylo jen ztěžka možné naplnit v objektech, ve kterých žili obyvatelé v mnohalůžkových pokojích, sociální zařízení byla společná na chodbách a vzhledem k počtu obyvatel ústavu byly upřednostňovány skupinové činnosti před individuálními (jako například hromadné vycházky či výlety do okolí), přičemž ty skupinové byly velmi často zdrojem stigmatizace osob se zdravotním znevýhodněním.

### **2.1.1 Proces transformace na úrovni České republiky**

V České republice (ČR) proces transformace pobytových sociálních služeb probíhá od roku 2007. Procesu transformace předcházela proces tzv. deinstitucionalizace a humanizace ústavů sociální péče, a to v souvislosti se Standardy kvality, které byly vypracovány skupinou odborníků v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) již v roce 2002. Uzákoněny byly až přijetím zákona o sociálních službách v roce 2006 s účinností zákona od 1. ledna 2007. Před účinností zákona však již někteří poskytovatelé sociálních služeb zahájili změny směrem k deinstitucionalizaci, humanizaci a individualizaci služeb pro uživatele.

Na rozdíl od zemí Evropské unie, ve kterých rovněž tento proces probíhal, v České republice pojem „*deinstitucionalizace*“ *není míněn jako manažerský proces změny, nýbrž jako změna samotná, a to „ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb zaměřeném na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí“* (MPSV, 2007,

---

<sup>3</sup> Pojem „totální instituce“ definoval americký sociolog Erwin Goffman. Podle Goffmana se jedná o instituce, které pod jednou střechou soustředí veškeré, jinak běžně v okolí dostupné služby. Způsob života v těchto institucích je uzavřený a nese s sebou často negativní důsledky, jako je například zprerhání rodinných a jiných blízkých vazeb (Goffman, 2009, s. 6)

s. 3-4). Humanizací je pak rozuměno přetvoření stávajících nevyhovujících podmínek pro bydlení uživatelů v pobytových zařízeních sociální péče na podmínky, které alespoň částečně podporují právo na důstojnost a soukromí.

Proces transformace v ČR od roku 2007 řídí Ministerstvo práce a sociálních věcí dle „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ (Koncepce), která byla přijata vládou ČR dne 21. února 2007. Proces transformace je komplexně řízený proces změny způsobu poskytování sociálních služeb v zařízeních ústavního typu na sociální služby respektující práva a svobody uživatelů, kladoucí důraz na jejich individuální potřeby a podporující jejich setrvání v přirozeném prostředí a nezávislost na pomoci druhých osob. Tato rozsáhlá změna vyžaduje strategické plánování, které řeší komplexně transformaci konkrétního zařízení od investičních projektových akcí, přes obnovu zařízení a vybavení, až po personální zajištění, rozšiřování a prohlubování odbornosti personálu.

Za pozornost stojí fakt, že stejně jako v Koncepti MPSV z roku 2007, která reagovala na nepříznivý stav v oblasti poskytování sociální péče, tak i dnes o osm let později se potýkáme se stejným problémem, a to takovým, že „umístěním“ do pobytové sociální služby je řešena často nepříznivá bytová situace dotčených osob. Autoři Koncepce uvádějí, že *„nevhodné umístění do ústavu sociální péče je často důsledkem nedostatečné nabídky sítě služeb, s jejichž podporou a pomocí by mohl člověk se specifickými potřebami setrvat ve svém přirozeném prostředí“* (MPSV, 2007, s. 4).

S tímto problémem se potýkám v praxi sociálních služeb stále. Při jednáních se zájemci o poskytnutí pobytové sociální služby buď v domově se zvláštním režimem nebo v chráněném bydlení z řad dospělých osob s chronickým duševním onemocněním se ve většině případů setkávám s tím, že zájemce chce prostřednictvím pobytové sociální služby řešit především otázku bydlení. Příjmy osob s chronickým duševním onemocněním však zpravidla nedosahují dostatečné výše na to, aby tyto osoby mohly bydlet v bytech s tržním nájemným. Navíc, jejich zdravotní omezení z důvodu chronického duševního onemocnění jim v mnoha případech znemožňuje samostatný život v přirozeném sociálním prostředí, zvláště pokud jim zároveň chybí přirozený pečovatel (např. rodina).

Jedním z řešení tohoto problému je Ministerstvem práce a sociálních věcí v lednu 2015 na tiskové konferenci představená Koncepce dostupného bydlení. Jak uvedla náměstkyně ministryně práce a sociálních věcí pro sociální a rodinnou politiku, paní Zuzana Jentschke Stöcklová *do cílové skupiny osob, které budou chtít vstoupit do systému dostupného bydlení*



*patří rovněž osoby se zdravotním postižením, přičemž tyto osoby v tzv. dostupných bytech, budou moci zůstat bydlet trvale v případě, že se jim příjem radikálně nezmění.* (MPSV, 2015). Další řešením jsou pak efektivně plánované sociální služby v komunitě, a to jak na úrovni kraje, tak na úrovni obcí tak, aby síť sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu byla dostupná.

## **2.1.2 Proces transformace v Moravskoslezském kraji**

Proces transformace v Moravskoslezském kraji (MSK) je koncepčně plánován a realizován ruku v ruce s procesem rozvoje kvality poskytovaných služeb od roku 2008, kdy byl Radou kraje přijat materiál pod názvem „Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezské kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb)“, dále jen Koncepce kvality. Celý proces navazuje na proces transformace řízený Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) a vychází ze strategických dokumentů MPSV a MSK, ve kterých se promítají základní priority sociální politiky.

Na úrovni MSK se při zahájení procesu transformace jednalo o tyto materiály:

- Koncepce sociálních služeb v Moravskoslezském kraji (rok 2004);
- Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na léta 2004 – 2005;
- Moravskoslezský krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na léta 2006 – 2008;
- Program rozvoje Moravskoslezského kraje na rok 2006 – 2008;
- Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na rok 2008 – 2009 (MSK, 2008).

V současné době proces transformace v MSK probíhá na základě Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2015 – 2020 a na základě Moravskoslezského krajského plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením na léta 2014 – 2020.

Proces transformace v MSK je dlouhodobým procesem, který je realizován v několika na sebe navazujících etapách, přičemž vychází z obecných principů normality, jako je:

- *„zachování rytmu běžného dne a týdne,*
- *oddělení sféry práce od sféry bydlení a volného času,*
- *prožívání běžného ročního rytmu,*
- *respektování vývojové fáze člověka s postižením,*

- *respektování vlastních přání, potřeba rozhodnutí a nárok na uznání,*
- *akceptování života ve světě obou pohlaví,*
- *dostupnost běžného životního standardu jako základní předpoklad pro samostatný život,*
- *život v běžných životních podmínkách“ (MSK, 2008, s. 32).*

Procesem transformace v MSK od roku 2008 prochází postupně všech deset příspěvkových organizací MSK, které poskytují pobytové sociální služby v domovech pro seniory, domovech pro osoby se zdravotním postižením a v domovech se zvláštním režimem. K 31.10.2014 bylo, co se týká investic, vynaloženo u dokončených investičních akcí celkem 528,4 mil. Kč (MSK, 2015 [online]).

Dle Koncepce kvality by měl proces transformace pobytových zařízení probíhat v těchto krocích (MSK, 2008, s. 33 – 34):

- a) *„Úvodní fáze – individuální plánování,*
- b) *Vytýčení záměru zařízení (směřování, cíle),*
- c) *Změna myšlení personálu,*
- d) *Navázání spolupráce všech zúčastněných subjektů,*
- e) *Finanční zajištění transformace sociální služeb.“*

Fáze individuálního plánování zahrnuje jak analýzu individuálních schopností a dovedností jednotlivých uživatelů včetně přehodnocení jejich sociální situace, tak rovněž pozastavení příjmu nových uživatelů u těch zařízení, kde je naplánováno buď snížení kapacity nebo úplné opuštění objektu, a také přípravu uživatelů na stěhování v dostatečném předstihu tak, aby vzhledem ke svému zdravotnímu omezení byli schopni tuto změnu zvládnout.

Změna myšlení personálu úzce souvisí se vzděláváním zaměstnanců. Tento velmi důležitý krok transformace zařízení je realizován především formou vzdělávacích aktivit jako jsou odborné kurzy, stáže, workshopy, na kterých si zaměstnanci z různých zařízení mohou sdílet dobré praxe. Dále také spoluprací s externími odborníky jak ve formě poskytování supervize, tak ve formě odborných konzultací.

Na podporu transformačního procesu realizoval MSK od počátku dva neinvestiční projekty podpořené z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost, z nichž jeden byl ukončen v roce 2013. Druhý projekt na něj bezprostředně navázal a jeho realizace bude ukončena v červnu 2015. Jedná se o projekty „Podpora procesu transformace pobytových sociálních služeb v Moravskoslezském kraji“ a „Podpora procesu transformace pobytových sociálních služeb v Moravskoslezském kraji II“. Celkové výdaje obou projektů činí 23 981 330 Kč.

Jednou z klíčových aktivit obou neinvestičních projektů bylo zajištění vzdělávání souvisejícího s procesem transformace. V rámci této aktivity byly realizovány vzdělávací kurzy v těchto oblastech a tématech:

a) vzdělávání pracovníků sociálních služeb

- Standardy cesta ke kvalitě
- Základní kurz individualizace sociálních služeb
- Speciální kurz individualizace sociálních služeb

b) vzdělávání uživatelů sociálních služeb

- Moje práva
- Úprava textu do snadného čtení
- Zaměstnávání osob se zdravotním postižením
- Sebeobhájci
- Jak vést domácnost a navazování kontaktů v obci
- Hodnocení kvality
- Kurz pro pracovníka v sociálních službách

V rámci dalších klíčových aktivit projektů probíhaly odborné konzultace, supervizní podpora pracovníků, procesní audity a audity kvality v zapojených organizacích.

Celkově lze o transformačním procesu v MSK říci, že se jedná o koncepčně naplánovaný proces, který je průběžně ze strany kraje monitorován a evaluován. V Souhrnné zprávě o procesu transformace v Moravskoslezském kraji jsou shrnuta pozitiva i negativa celého dosavadního procesu. *Zásadním krokem bylo rozhodnutí kraje nepřijímat do ústavních zařízení nové klienty. Dále se celkově zvýšila kapacita služeb poskytovaných v zařízeních komunitního typu v běžném sociálním prostředí. Rovněž se změnila struktura personálu, a to tak, že ubylo zaměstnanců zdravotnické a ošetrovatelské profese a zvýšil se počet pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků v jednotlivých zařízeních (MSK, 2015, s. 108).*

## **2.2 Zvyšování kvality pobytových sociálních služeb**

Pojetí zvyšování kvality v sociálních službách hluboce souvisí s pojetím kvality života jako takové, přičemž samotný pojem „kvalita života“ je velmi těžko uchopitelný. Nicméně řada filozofů, psychologů, sociologů se tímto pojmem zabývá již od 20. let 20. století. Ze srovnání definic kvality života různých autorů, které uvádí ve své práci Heřmanová, „*lze usoudit, že za nejzákladnější oblasti kvality života jsou považovány zdraví, materiální*

*a emocionální well-being<sup>4</sup> a sociální vztahy*“ (Heřmanová, 2012, s. 41). Každý z vědních oborů však klade důraz na jinou stránku pojetí kvality života. Z toho plyne určitá nejednotnost v definování pojmu na obecné úrovni. Nicméně, přestože již téměř sto let existuje snaha o obecné uchopení tohoto pojmu kvality života, její vnímání zůstává především velmi subjektivním a individuálně determinovaným.

Široká diskuze a zkoumání kvality života v průběhu posledních desetiletí nastartovala rovněž proces zvyšování kvality v pobytových sociálních službách. Problematika kvality v sociálních službách se v evropských zemích (především ve Velké Británii, Německu, Nizozemí) i například v Kanadě objevila již 60. letech minulého století. *Otázkou kvality se země začaly zabývat pod vlivem tehdy špatné pověsti sociálních služeb, především v důsledku špatného zacházení s klienty (skandály v Německu). Vzhledem k tomu byl vyvíjen tlak na uzákonění kontrolních mechanismů nad kvalitou sociálních služeb* (Holasová, 2014).

Dalším z faktorů, které podnítily zvyšování kvality v sociálních službách, byla *kritika velmi vysokých výdajů na sociální pomoc a ochranu v důsledku ekonomické krize v 80. letech minulého století. Sociální služby byly nuceny racionalizovat výdaje a celková situace přispěla ke vzniku trhu sociálních služeb. To vedlo k tomu, že organizace, které poskytovaly sociální služby, začaly akcentovat zvyšování kvality svých služeb, aby obstály v konkurenčním prostředí* (Holasová, 2014, s. 43).

Jak uvádí Halásková (2013, s. 14) *V pojetí Evropské unie není žádného právního rámce veřejné služby. „Dle Green Paper On Services of General Interest COM (2003), čl.1 se služby v obecném zájmu definují takto: „Služby v obecném zájmu mají za cíl zajistit všem stejné příležitosti, svobodu žít způsobem odpovídajícím jejich ideálu spokojeného života a možnosti plnohodnotně se podílet na životě ve společnosti.““*

V podmínkách České republiky (ČR) k uzákonění obecných pravidel pro poskytování sociálních služeb, kritérií jejich kvality a mechanismů kontroly kvality došlo až přijetím zákona o sociálních službách v roce 2006, s účinností od 1.1.2007. Základní podmínkou pro poskytování sociálních služeb dle tohoto zákona je jejich registrace. Již samotná registrace poskytovatele sociální služby vyžaduje základní úroveň kvality, kterou žadatel o registraci dokládá registrujícímu orgánu doložením odborné způsobilosti všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby, prokázáním bezúhonnosti rovněž všech fyzických osob. Dále žadatel prokazuje, že má pro poskytování sociálních služeb zajištěny hygienické podmínky, že objekt, ve kterém sociální služby bude poskytovat, je oprávněn

---

<sup>4</sup> pocit pohody

k tomuto účelu využívat na základě vlastnického či jiného práva k nemovitosti. Rovněž žadatel registrujícímu orgánu předkládá popis materiálních a technických podmínek, které musí odpovídat druhu poskytované služby, popis personálního, finančního zajištění a popis realizace poskytování sociálních služeb. V neposlední řadě musí poskytovatel doložit také pojistnou smlouvu, kterou uzavřel pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb (zák. č. 108/2006 Sb.).

### 2.2.1 Standardy kvality sociálních služeb

Z výše uvedeného je patrné, že ještě před zahájením poskytování sociálních služeb je zákonem vyžadována po poskytovateli určitá úroveň kvality. Dále je poskytovatel sociálních služeb povinen *v souladu s požadavky zákona o sociálních službách a standardů kvality mít zpracována vnitřní pravidla, podle kterých službu poskytuje tak, aby byla naplňována lidská i občanská práva uživatelů a nedocházelo ke střetům zájmů. Dále musí mít poskytovatel písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a řešení stížností a je povinen službu plánovat na základě individuálních potřeb uživatelů. Všechna pravidla týkající se poskytování služby a informace o službě je poskytovatel povinen mít zpracována v takové formě, aby jim uživatel byl schopen porozumět* (§88, zákona č. 108/2006 Sb.).

Konkrétní hodnotitelná kritéria kvality stanovuje prováděcí předpis k zákonu o sociálních službách, vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, ve Standardech kvality sociálních služeb. Standardy kvality sociálních služeb „*jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami – uživateli*“ (Krutilová a kol., 2009, S. 30). Naplňování těchto kritérií kvality podléhá státní kontrole ve formě tzv. inspekce kvality poskytovaných sociálních služeb.

V duchu pojetí kvality života v obecné rovině, přinesly Standardy kvality do sociálních služeb určitou míru garance, že služby osobám se zdravotním znevýhodněním, především poskytované v pobytových zařízeních, budou respektovat základní lidská práva v České republice (ČR) garantována Listinou základních práv a svobod<sup>5</sup>. Ve spojení s výše uvedenými oblastmi kvality života, které ve své práci uvádí Heřmanová, lze konstatovat, že aplikací

---

<sup>5</sup> Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb.

kritérií Standardů kvality v praxi jsou v definovaných oblastech dodržována tato základní práva osob:

- Oblast zdraví (Heřmanová, 2012) – *Každý má právo na ochranu zdraví* (Listina, čl. 31) – *Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena* (Standardy, kritérium 1a)); *Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob* (Standardy, kritérium 2a)); *Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby* (Standardy, kritérium 5b)); *Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby* (Standardy, kritérium 7a)); *Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat* (Standardy, kritérium 8a)).
- Oblast materiálního well-being (Heřmanová, 2012) – *Každý má právo vlastnit majetek* (Listina, čl. 11); *Obydlí je nedotknutelné. Není dovoleno do něj vstoupit bez souhlasu, toho, kdo v něm bydlí* (Listina, čl. 12); *Zaměstnanci mají právo na spravedlivou odměnu* (Listina, čl. 28); *Ženy, mladiství a osoby zdravotně postižené mají právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky* (Listina, čl. 29); *Občané mají právo na přiměřené hmotné zabezpečení ve stáří a při nezpůsobilosti k práci, jakož i při ztrátě živitele* (Listina, čl. 30) – *Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob* (Standardy, kritérium 2a)); *Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby* (Standardy, kritérium 5b)); *Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby* (Standardy, kritérium 7a)); *Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat* (Standardy, kritérium 8a)).
- Oblast emocionálního well-being (Heřmanová, 2012) – *Nedotknutelnost osoby a jejího soukromí je zaručena* (Listina, čl. 8); *Osobní svoboda je zaručena* (Listina, čl. 9); *Každý má právo, aby byla zachována jeho lidská důstojnost, osobní čest, dobrá pověst a chráněno jeho jméno* (Listina, čl. 11); *Nikdo nesmí porušit listovní tajemství ani tajemství jiných písemností a záznamů* (Listina, čl. 13); *Svoboda pohybu a pobytu je zaručena* (Listina, čl. 14); *Svoboda myšlení, svědomí a náboženského vyznání je zaručena*

(Listina, čl 15); Svoboda projevu a právo na informace jsou zaručeny (Listina, čl. 17) - Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob (Standardy, kritérium 2a)); Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby (Standardy, kritérium 5b)); Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace (Standardy, kritérium 6a)); Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby (Standardy, kritérium 7a)); Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby (Standardy, kritérium 15b)).

- Oblast sociálních vztahů (Heřmanová, 2012) – Každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu (Listina, čl. 26); Každý má právo svobodně se sdružovat s jinými na ochranu svých hospodářských a sociálních zájmů (Listina, čl. 27); Rodičovství a rodina jsou pod ochranou zákona (Listina, čl. 32); Každý má právo na vzdělání (Listina, čl. 33) - Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob (Standardy, kritérium 2a)); Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby (Standardy, kritérium 5b)); Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat (Standardy, kritérium 8a)); Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím, v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj (Standardy, kritérium 8c)); Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby (Standardy, kritérium 15c)).

Výsledkem dlouholetého procesu zvyšování kvality pobytových sociálních služeb jsou v současné době pobytová zařízení komunitního typu, která podporují uživatele v nesetrvávání v závislosti na sociální službě, v samostatném rozhodování o svém životě a v sociálním začleňování. Se zvyšováním kvality v sociálních službách úzce souvisí rovněž důraz na odbornost personálu, který poskytuje uživatelům péči a podporu. Kvalifikaci a odbornost stanovuje rovněž zákon o sociálních službách v části 8 a 9, a to jak

v kvalifikačních požadavcích, tak i v požadavcích na další vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách.

### **2.2.2 Inspekce kvality sociálních služeb**

Inspekce kvality sociálních služeb je jedním z nástrojů kontroly kvality poskytovaných služeb. Postup inspekce se řídí zákonem č. 552/1991 Sb., o státní kontrole, a je prováděna krajskými pobočkami Úřadu práce České republiky (ČR). Inspekci u poskytovatelů sociálních služeb, kterým je zřizovatelem kraj, provádí Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Informace o výsledcích inspekce kvality jsou zveřejňovány v registru poskytovatelů sociálních služeb, který provozuje MPSV.

Jak stanoví zákon o sociálních službách v §97 *„předmětem inspekce u poskytovatelů sociálních služeb je:*

- a) plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb stanovených v §88 a 89,*
- b) kvalita poskytovaných sociálních služeb“.*

Z inspekce kvality je na závěr vyhotovena zpráva, jejíž součástí může být rovněž uložení opatření poskytovateli k odstranění zjištěných nedostatků. Na odstranění nedostatků má poskytovatel lhůtu 90 dní. Po této lhůtě může proběhnout tzv. následná inspekce v místě poskytování sociální služby, nestačilo-li inspekčnímu týmu dodání podkladů z realizace nápravných opatření. *V případě, že poskytovatel sociálních služeb neplní své povinnosti dle zákona, může inspekce kvality uložit pokutu až do výše 250 tis. Kč, popřípadě odejmout oprávnění k poskytování sociálních služeb, tj. registraci* (Holasová, 2014).



### 3 Plánování sociálních služeb a jejich dostupnost

V průběhu změn probíhajících v oblasti sociálních služeb po roce 1989 vyvstala potřeba efektivního plánování. Bylo nutno zmapovat potřeby jednotlivých skupin obyvatel ohrožených sociálním vyloučením z důvodu věku, zdravotního či sociálního znevýhodnění, hledat dostupné zdroje pro naplnění těchto potřeb, což vedlo k nutnosti spolupráce mezi zadavateli a poskytovateli sociálních služeb.

Prvním počinem v plánování sociálních služeb jako „*způsobu zajištění dostupnosti a rozhodování o podobě sociálních služeb bylo pilotně ověřováno v rámci modulu 1. Česko-britského projektu „Podpora MPSV při reformě sociálních služeb“ na Písecku v letech 2000 – 2003*“ (MPSV, 2012, [online]). Mimo tuto aktivitu komunitní plánování sociálních služeb od roku 1998 realizovalo město Ústí nad Labem. Postupně, díky vzdělávacím aktivitám v oblasti plánování sociálních služeb, předávání zkušeností a finanční podpoře projektů v rámci evropských fondů, se plánování sociálních služeb rozšiřovalo do dalších měst.

Legislativní zakotvení plánování sociálních služeb přináší až zákon o sociálních službách s účinností od 1.1.2007. Zákon o sociálních službách rozumí „*plánem rozvoje sociálních služeb výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis způsobu zpracování plánu, popis a analýza existujících zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb*“ (Zákon č. 108/2006 Sb., §3).

#### 3.1 Plánování sociálních služeb na úrovni České republiky

Na národní úrovni zodpovídá za plánování sociálních služeb a realizuje je Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV). Povinnost sociální služby plánovat mu ukládá zákon o sociálních službách v § 96, písm. b) ve znění „*ministerstvo zpracovává střednědobý národní plán rozvoje sociálních služeb za účasti krajů, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou poskytovány sociální služby*“.

MPSV připravilo v rámci jednoho z projektů zaměřeného na podporu plánování sociálních služeb, podpořeného z Evropského sociálního fondu, řadu metodik. Tyto metodiky

jsou podpůrnými materiály pro kraje a obce, které komunitně plánují. V těchto metodikách MPSV rozpracovalo témata (MSPV, 2009, [online]):

- *Informování a zapojování veřejnosti do procesu plánování sociálních služeb*
- *Zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb*
- *Vytváření organizačních struktur v procesu plánování sociálních služeb*
- *Zjišťování zdrojů pro plánování a zajišťování sociálních služeb*
- *Popis aktuální situace v obci/regionu*
- *Odstraňování překážek při zapojování účastníků do plánování sociálních služeb*
- *Postup od vize k plánu rozvoje sociálních služeb*

Plánování sociálních služeb předpokládá zapojení všech zainteresovaných subjektů a musí vycházet z potřeb dané komunity či regionu. Je tedy založeno na principu subsidiarity. MPSV má v procesu plánování sociálních služeb na národní úrovni funkci koordinační, metodickou a kontrolní.

### **3.2 Plánování sociálních služeb na regionální a místní úrovni**

Na regionální úrovni zodpovídá za plánování sociálních služeb kraj, který je k tomu rovněž vázán zákonem o sociálních službách, konkrétně §95, písm. d) ve znění „*kraj zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje, se zástupci poskytovatelů sociálních služeb a se zástupci osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, a informuje obce na území kraje o výsledcích zjištěných v procesu plánování; při zpracování plánu kraj přihlíží k informacím obce sděleným podle § 94 písm. e) a k údajům uvedeným v registru podle § 85 odst. 5*“.

Na rozdíl od krajů, nejsou obce podle zákona o sociálních službách povinny komunitně plánovat. Nicméně, většina měst a obcí se do komunitního plánování sociálních služeb zapojuje, a to z toho důvodu, že vnímá nutnost koordinace poskytování sociálních služeb na svém území i co do efektivity vynakládaných finančních prostředků z místních rozpočtů. Například, podmínkou pro poskytnutí finanční podpory projektu poskytovatele sociálních služeb z místního rozpočtu je soulad cílů projektu s cíli komunitního plánu dané obce či města. Na základě souladu se Střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb v kraji se rovněž poskytují dotace ze státního rozpočtu, a to těm subjektům poskytujícím sociální služby, kteří jsou zapsáni v registru poskytovatelů sociálních služeb.

Plánování sociálních služeb na regionální a místní úrovni vychází z následujících zásad a principů (MSK, 2015, [online]):

- a) *Partnerství a spolupráce*
- b) *Zapojování místního společenství*
- c) *Potřeby, priority a směry rozvoje jsou stanoveny lidmi, kteří v obci žijí*
- d) *Průběh zpracování plánu rozvoje sociálních služeb je stejně důležitý jako jeho výstupy*
- e) *Kompromis přání a možností*

Tyto zásady a principy jsou uplatňovány napříč procesem plánování rozvoje sociálních služeb, aniž by záleželo na tom, kde probíhá. Bezpochyby však dodržování těchto zásad přispívá ke kvalitě celého procesu.

### **3.3 Plánování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji**

Celý proces plánování rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji (MSK) započal na základě účinnosti zákona o sociálních službách v roce 2007 a byl rozdělen do tří fází (MSK, 2015, [online]):

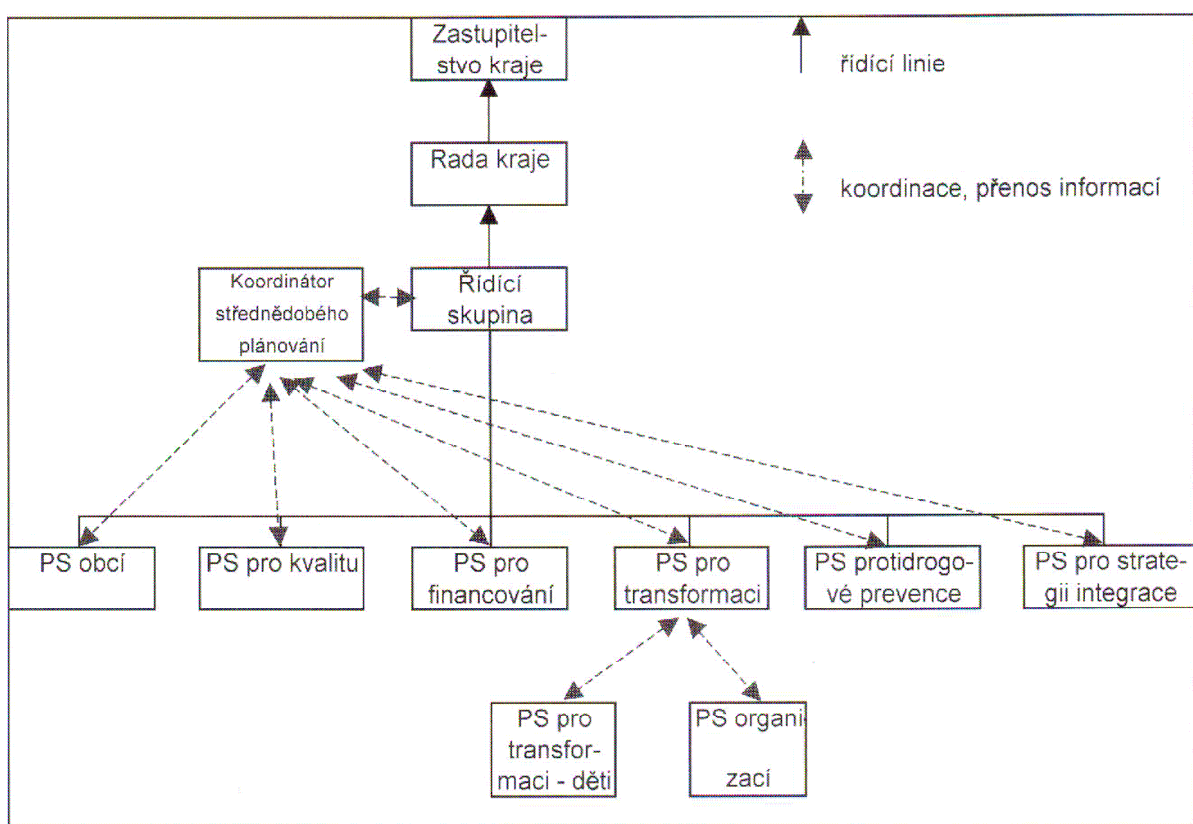
1. *fáze – cílem bylo stabilizovat stávající síť poskytovatelů na území kraje, vytvořit efektivní systém organizace práce na plánování vytvořením pracovních skupin a zmapovat stávající situaci, tj. potřeby, dostupné zdroje, poskytovatele. Výstupem byl Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období let 2008 – 2009;*
2. *fáze – cílem bylo vytvořit systém rozvoje sociálních služeb v kraji, a to prostřednictvím jednání s jednotlivými subjekty o převzetí veřejného závazku za určité druhy služeb, návrhu systému financování sociálních služeb a v neposlední řadě prostřednictvím definování podmínek pro vznik nových služeb v kraji. Výstupem této fáze byl Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období let 2010 – 2014;*
3. *fáze – v této aktuální fázi je cílem rozvoj sociálních služeb a vytvořit strategii k jejich zajištění. V průběhu této fáze dojde k vytvoření sítě místně i typově dostupných sociálních služeb, k vytvoření sítě poskytovatelů, kteří budou mít jistotu stabilního financování a k vytvoření systému monitorování a vyhodnocování celého procesu. Výstupem je Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb na období 2015 – 2020.*

Plánování sociálních služeb v Moravskoslezském kraji vychází ze strategických dokumentů kraje, konkrétně ze Strategie rozvoje Moravskoslezského kraje na léta 2009 – 2020. Dle této Strategie (aktualizace z roku 2012) je jedním z globálních cílů rozvoje kraje

rovněž „Soudržná společnost – kvalitní zdravotnictví, cílené sociální služby a úspěšný boj proti chudobě“. V rámci tohoto cíle kraj usiluje mimo jiné také o vytvoření dostatečné kapacity pobytových sociálních služeb pro lidi se specifickými potřebami. Do této skupiny jsou zahrnuty rovněž osoby s duševním onemocněním, které vyžadují celodenní péči.

Současný proces plánování sociálních služeb v kraji probíhá řízeně v několika pracovních skupinách, jak ukazuje organizační struktura níže.

**Obrázek 2 Organizační struktura procesu střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v MSK**



Zdroj: MSK. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2015 - 2020

Jednou z priorit plánování rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji je podpora vzniku služeb s dopadem na potřeby uživatelů těchto služeb, které jsou součástí systémových, celokrajových změn v procesu deinstitucionalizace, transformace a reformy psychiatrické péče (MSK, 2015, [online]). Na řešení problematiky nepříznivé sociální situace dospělých osob s chronickým duševním onemocněním je na úrovni kraje v následujícím období kladen velký důraz v souvislosti nejen s dostupností sociálních služeb pro tyto osoby, ale rovněž s bytovou politikou a politikou zaměstnanosti.

## 4 Osoby s chronickým duševním onemocněním

Osobami s chronickým duševním onemocněním pro účely mé diplomové práce rozumím dospělé osoby s organickou poruchou s bludy podobnou schizofrenii, se schizofrenií a s afektivními poruchami. Tyto skupiny chronických duševních onemocnění, jejich projevy, omezení, která přinášejí, popíši v následujících podkapitolách vzhledem k tomu, že se potřebami těchto osob v souvislosti s reformou psychiatrické péče a možnostmi sociálních služeb tyto potřeby naplnit budu zabývat v empirické části své práce.

Osoby s chronickým duševním onemocněním jsou často objektem diskriminace či dokonce zneužívání, především finančního. Velmi často se setkáváme s předsudky společnosti vůči těmto lidem. Například, připravujeme-li otevření nového chráněného bydlení pro tuto cílovou skupinu, zcela automaticky se zvedá vlna nevole v sousedství, obci, městě. Bezpochyby je to z velké části ovlivněno také mediálním obrazem, který je o těchto osobách vytvářen sdělovacími prostředky, s velmi omezeným objektivním náhledem na skutečnost.<sup>6</sup> Veřejnost není adekvátně informována o tom, co to znamená pro člověka mít schizofrenii nebo například bipolární afektivní poruchu.

Konkrétně v článku, který vyšel ve Žďárském Deníku ve středu 1. dubna 2015, jeho autor píše: „Už na začátku března žalobce rozhodl, že Orlová musí být propuštěna z vazby a přemístěna do zdravotnického zařízení, protože znalci dospěli k názoru, že byla v době činu nepřítomná, proto není za svůj čin trestně odpovědná. Barbora Orlová podle odborníků trpí paranoidní schizofrenií“ (Martínek, 2015 [online]). Bohužel již dále v článku nezmiňuje nic o projevech onemocnění, o omezeních, která musí osoba s tímto onemocněním zvládat. Na základě takového článku<sup>7</sup> se nelze divit, že vzrůstá pocit ohrožení a nedůvěry veřejnosti vůči lidem se schizofrenií, nebo jiným chronickým duševním onemocněním. Ve společnosti, která je ovšem plná předsudků a obav vůči těmto osobám, nemají tito lidé jednoduchý život, přestože by často chtěli žít běžný život jako ostatní. Lidé s duševním onemocněním jsou společností vnímáni jako ti, kteří by měli být zavřeni v psychiatrických nemocnicích nebo v jiných ústavních zařízeních, aby před nimi byla společnost chráněna. S tímto stigmatem lidé s duševním onemocněním často velmi těžce bojují, ovlivňuje to průběh jejich onemocnění a jak uvádí Raboch (2001, s. 245), „bere nemocným sebedůvěru, zhoršuje jejich uplatnění a brání jejich návratu do společnosti a do práce. Stigma zhoršuje spolupráci při braní léků.

---

<sup>6</sup> Například medializovaný případ vraždy ve Žďáru nad Sázavou, kterou spáchala vloni Barbora Orlová.

<sup>7</sup> Další média otiskla článek obsahující obdobné informace, např. Lidovky (čtvrtek 2. dubna 2015) nebo MF Dnes (1. dubna 2015).

*Vede ke strachu, který je zdrojem psychické zátěže a ta nepříznivě ovlivňuje průběh onemocnění.“*

Graham Thornicroft ve své knize *Ti, kterým se vyhýbáme: diskriminace lidí s duševním onemocněním*, uvádí řadu osobních zkušeností osob s duševním onemocněním s tím, jak jsou odmítáni společností, jakým překážkám musí čelit a jaké problémy jim jejich onemocnění způsobuje, které si plně uvědomují, ale bohužel je nemohou nijak ovlivnit. Pro ilustraci uvedu zkušenost Louise s tím, jak ji vnímají její sousedé: *„Když jdu třeba ven, tak slyším sousedy, jak říkají: „Tamhle jde ta bláznivá ženská!“ Kdo jim dal právo mě takhle soudit jenom kvůli tomu, že nevyhovuji jejich představám? Je to, jako když si z vás lidé dělají legraci a vy jim na to něco odpovíte. To potom vždycky řeknou: „No jo, ty jsi ten blázen nebo paranoik.“ No možná ano, to ale neznamená, že jsem hluchá“* (Thornicroft, 2011, s. 36 – 37).

Lidé s chronickým duševním onemocněním mají naprosto stejné potřeby jako lidé zdraví. Potřebují být přijímáni, chápáni, milováni. Potřebují dostat příležitost žít normální život v běžné společnosti. V následujících podkapitolách se pokusím přiblížit alespoň stručně jednotlivá duševní onemocnění, vybraná vzhledem ke sledované cílové skupině v empirické části. Na základě studia odborné literatury se pokusím uchopit popisy jednotlivých onemocnění tak, aby byla laicky srozumitelná.

## **4.1 Organická porucha s bludy podobná schizofrenii**

Jedná se o psychickou poruchu, která vzniká na základě organického poškození mozku *„v důsledku tělesných nebo tzv. systémových onemocnění, kdy je postižen celý organismus v důsledku například poškození cévního systému či nedostatku některých hormonů nebo vitamínů“* (Probstová, 2014, s. 25). Somatických příčin, které mohou tuto duševní poruchu vyvolat, však může být mnoho, např. úrazy, nádory, infekční onemocnění, epilepsie apod. Projevy onemocnění jsou velmi podobné schizofrenii. Jak píše Raboch (2001, s. 164) *„dominujícím obrazem je produkce bludů, většinou paranoidně-perzekučních, ale také žárliveckých, hypochondrických aj.“*

Lidé trpící organickou poruchou s bludy mají časté poruchy vnímání, trpí sluchovými nebo zrakovými halucinacemi či iluzemi. Nicméně, nemívají narušeno vědomí a paměť. *Dalšími projevy onemocnění bývají, podobně jako u schizofrenie, např. negativismus, emoční oploštělost, poruchy myšlení apod.* (Orel, 2012). Onemocnění tedy zasahuje především oblast myšlení, pozornosti, vnímání a afektivity.

V oblasti myšlení jsou tyto lidé omezeni přítomností velkého množství myšlenek, které spolu často vůbec nesouvisí. Často to popisují jako „zmatek v hlavě“. Díky tomu se nedokáží plně soustředit, jejich pozornost je kolísavá. V oblasti vnímání je ovlivňuje přítomnost halucinací či bludů.<sup>8</sup> V oblasti afektivity se jedná u takto nemocných jedinců především o *poruchy nálady, které mohou být depresivní (extrémně smutné), manické (nepřiměřeně optimistické), úzkostné, výbušné (s tendencí k agresivnímu chování) či apatické, které se projevují celkovou vyhaslostí a nezájmem* (Vágnerová, 2004).

## 4.2 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

O schizofrenii toho bylo již velmi mnoho napsáno. Odborníky je schizofrenie považována za „chorobu chorob“. Jedná se o velmi závažnou duševní poruchu, „*kteřá se projevuje chronickým narušením myšlení a vnímání, poruchou emotivity a osobnostní integrity*“ (Vágnerová, 2004, s. 333). V Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN 10, s. 202) je schizofrenie definována jako „*porucha obecně charakterizovaná podstatnou a typickou deformací myšlení a vnímání. Afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé. Jasně vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv určité kognitivní defekty se mohou v průběhu doby vyvinout. Nejdůležitější psychopatologické fenomény zahrnují ozvučování myšlenek; vkládání nebo odnímání myšlenek; vysílání myšlenek; bludné vnímání a bludy ovládání; pasivita nebo ovlivňování; sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě; poruchy myšlení a negativní příznaky. Průběh schizofrenických poruch je buď trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí*“.

Jak však píše Kučerová (2010), *nelze jednotlivé příznaky tohoto onemocnění jen vyjmenovat, ale je nutno je sledovat ve vývoji v čase. Schizofrenie není akutní nemocí, jako je například chřipka či angína, nýbrž onemocněním chronickým*. Schizofrenních onemocnění je známo několik druhů. Dle MKN 10 jde o paranoidní schizofrenii, hebefrenní schizofrenii, katatonní schizofrenii, nediferencovanou schizofrenii, reziduální schizofrenii, schizofrenii simplex a jinou schizofrenii. Do okruhu schizofrenních poruch patří ještě schizotypální porucha, trvalá porucha s bludy a schizoafektivní porucha.

---

<sup>8</sup> Rozdíl mezi halucinací a bludem je v základním vymezení v tom, že halucinace je poruchou vnímání, kdežto blud poruchou myšlení. Halucinace vzniká bez reálného podnětu v bdělém stavu, přičemž osoba halucinaci vnímá jako reálnou. Blud však vzniká na základě podnětu ze zevního světa, který ovšem mylně interpretuje (Vágnerová, 2004).

Všechna onemocnění z okruhu schizofrenních poruch se více či méně projevují ve všech oblastech, tj. myšlení, vnímání, pozornosti, paměti, afektivity. Jak jsem již výše zmínila, jedná se o onemocnění s chronickým průběhem. Nejčastějšími chronickými příznaky jsou (Vágnerová, 2004, s. 344):

- „*snížení celkové aktivity, pomalost, nevykonnost a únava;*
- *úbytek schopnosti emočně reagovat, převládá citová plochost, pasivita a apatie;*
- *zpomalenost myšlení a řeči, chudost a stereotypie myšlení;*
- *nedostatek iniciativy, ztráta motivace k čemukoli, ztráta zájmu a chybění vůle;*
- *tendence k sociální izolaci, nezájem i neschopnost navazovat a udržovat kontakty s lidmi;*
- *úpadek sociálního chování a péče o sebe sama.“*

Osoby se schizofrenní poruchou mají často problémy v sociálním fungování také proto, že nemívají vždy reálný náhled na své onemocnění. Často svou nemoc popírají, mají pocit, že svět kolem nich jim chce právě ublížit tím, že po nich vyžaduje, aby se léčili. Jejich chování bývá podivné a vyvolává v okolí pocit nejistoty až ohrožení. To souvisí se stigmatem, které duševní onemocnění s sebou nese obecně. Vágnerová (2004, s. 354) ve své práci uvádí souvislost mezi *vhodným, akceptujícím a podporujícím sociálním zázemím nemocného jedince a průběhem jeho onemocnění. Podle ní, pokud je jedinec se schizofrenní poruchou dostatečně akceptován a pozitivně stimulován ve svém nejbližším okolí, je u něj vyšší pravděpodobnost zachování přijatelného stavu, který mu umožní adekvátní sociální fungování ve společnosti.*

Je velmi důležité si však uvědomit, že samotný jedinec se schizofrenní poruchou musí čelit vlastním pocitům omezení až selhání. *Příznaky onemocnění, které se u něj vyskytují, jako je úzkost, únava, podrážděnost, vztahovačnost apod., v něm vyvolávají pocit neklidu, nejistoty až strachu ze sebe samého a z okolního světa, který se pro něj stal nepřátelským, kterému nerozumí* (Vágnerová, 2004). Rovněž užívání léčiv na toto onemocnění může mít negativní důsledky pro sociální adaptabilitu nemocného. Vedlejší účinky většiny antipsychotik či neuroleptik, která nemocní užívají, mají za následek například vysoce zvýšenou slinivost, třes, zvýšený pocit žízně, zvýšení tělesné hmotnosti, únavu apod. V komunikaci je nutno spíše vytvořit prostředí klidu a důvěry, nebagatelizovat sdělení nemocného, nebát se ho, přestože jeho chování může působit obavy, než mu dávat najevo, že se jím cítíme ohroženi nebo že to, co říká jsou „nesmysly“ a že ho považujeme za „blázna“. Jak uvádí Kučerová (2010, s. 24) *„pacient totiž kvůli své nemoci nemůže komunikovat v rovině zdravého člověka, proto zdravý člověk musí nemocnému vyjít naproti. Podstatné je, a to pacient neomylně vycítí, snažit*



se nemocnému porozumět. Dát mu najevo, že ne všechno chápeme, co on říká, ale akceptujeme ho jako člověka“.

### 4.3 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy jsou definovány MKN 10 (2008, s. 208) jako poruchy, „u kterých je základní vlastností porucha afektivity nebo nálady směrem k depresi (současně s úzkostí nebo bez ní) nebo k euforii. Tato změna nálady je obvykle doprovázena změnou v celkové aktivitě.“ V průběhu času byly afektivní poruchy různými autory popisovány a nazývány, např. jako cyklotymie či maniodepresivita. S označením „maniodepresivita“ se setkáváme dodnes především u laické veřejnosti.

S různými výkyvy nálad se setkává denně každý člověk. Někdy se cítíme smutní, jindy pocítujeme radost, veselí až euforii. To je zcela přirozené. *Pro určení patologické nálady je však podstatná její intenzita, a to v širokém spektru od hluboké deprese až po náladu povznesenou* (Raboch, 2001). Poruchy nálady jsou doprovázeny dalšími potížemi, jako jsou „fyzilogické a kognitivní poruchy, poruchy ve vztahu k sobě, potíže ve vnějších projevech – v chování“ (Probstová, 2014, s. 63). Vágnerová (2004, s. 369) uvádí, že „základním projevem afektivní poruchy je chorobná nálada, která neodpovídá reálné životní situaci nemocného a narušuje jeho uvažování, jednání i somatické funkce. Jejím důsledkem jsou adaptační poruchy a sociální selhávání“.

Do skupiny afektivních poruch jsou řazeny poruchy nálad od manické fáze, přes bipolární poruchu až po depresivní fáze, přičemž *manické a depresivní fáze se izolovaně objevují jen sporadicky. Spíše se jedná o fázi bipolární afektivní poruchy* (Probstová, 2014, s. 67).

Depresivní porucha patří k nejčastějším duševním onemocněním. Provází ji až bolestně smutná nálada, ztráta zájmu o jakékoli činnosti, neschopnost těšit se z běžných věcí, které normálně přinášejí potěšení či uspokojení. *Dalšími příznaky onemocnění jsou ztráta chuti k jídlu, poruchy spánku, motorický neklid nebo naopak útlum, potíže v soustředění, myšlení a přemýšlení, celková ztráta energie, myšlenky na smrt, sebedestruktivní myšlenky a jiné* (Mahrová, 2008, s. 78). Depresivní člověk není schopen emocionálně reagovat obvyklým způsobem na podněty, které tuto reakci běžně vyvolávají. *Dalším zatěžujícím podnětům se nemocný brání tím, že je zcela ignoruje. To může přejít až v tzv. afektivní stupor, který*

*se individuálně projeví jako naprostý pocit prázdnoty, neschopnosti citově reagovat (Vágnerová, 2004, s. 376).*

Manická porucha je často považována za opak deprese. *Základními symptomy jsou chorobně povznesená, euforická nálada, která působí až křečovitě, provází ji hyperaktivita, rozjařenost. Nicméně, osoba s manickou poruchou bývá spíše podrážděná, ve skrytém napětí, proto se jeho příliš dobrá nálada nejeví vnějšímu pozorovateli jako přirozená (Vágnerová, 2004, s. 383).* Manická fáze má opět dopad na sociální fungování nemocného člověka. Vzhledem k tomu, že je postižena jak afektivní stránka, tak ale i somatická a kognitivní stránka osobnosti, osoba se ve svém okolí projevuje jako nepřiměřeně sebevědomá, s častými tendencemi k přeceňování svých vlastních schopností a možností, má neobvyklé nápady, jedná neúčelně a podnikavě často s cílem rychle zbohatnout nebo cestovat apod. *„Po odeznění epizody může být bezprostřední dopad a poškození důsledky manického chování na život člověka devastující. Zvláště u bipolární poruchy mohou být socioekonomické dopady až tragické, a to nejen pro jedince, ale i pro jeho okolí: dluhy, neurovnané a přetřhané vztahy, komplikace spojené s pitím alkoholu, konzumací drog, někdy i trestná činnost“ (Probstová, 2014, s. 70).*

Bipolární afektivní porucha je poruchou, při které se střídají fáze manické a depresivní. Mezi jednotlivými fázemi, z nichž manická bývá zpravidla kratší (v délce 2 týdnů až pět měsíců) než depresivní (zpravidla delší než půl roku), je období tzv. remise, tj. klidu, kdy nedochází k výkyvům emocí. Z pohledu okolí je často přijatelnější depresivní fáze onemocnění než manická. Jak uvádí Vágnerová (2004, s. 392) *„deprese je sice pro ostatní členy rodiny zatěžující, ale nevede tak často k vyřazení nemocného z rodinného společenství. Manické projevy jsou rušivější, obtížně ovlivnitelné, a proto bývají považovány za pádný důvod k radikálnějším rozhodnutím“.*

Z předchozích podkapitol, ve kterých jsem se pokusila stručně shrnout úskalí jednotlivých chronických duševních onemocnění, vyplývá jednoznačně, že osoby trpící chronickým duševním onemocněním jsou vystaveny mnoha rizikům, mezi něž patří jak stigmatizace ze strany společnosti, tak problematické vyrovnávání se s vlastním onemocněním, sociální izolace, rozpad blízkých vztahů, ohrožení socioekonomického postavení v životě až ohrožení života samotného. Z toho důvodu řada těchto osob se stává závislými na pomoci jiných fyzických osob, potažmo sociálních služeb. V další kapitole se budu věnovat problematice reformy psychiatrické péče v České republice, která právě reaguje na nepříznivou životní situaci osob s chronickým duševním onemocněním, kterým jejich onemocnění znemožňuje žít plnohodnotný život v běžné společnosti.

## 5 Reforma psychiatrické péče v České republice

Reforma psychiatrické péče v České republice (ČR) navazuje na snahy o transformaci péče o dlouhodobě duševně nemocné v Evropě, které začaly již v druhé polovině dvacátého století. Systém psychiatrické péče v ČR vykazuje dlouhodobě řadu nedostatků a problémů, které souvisí s nedostatečnou ochranou práv psychiatrických pacientů a nízkou úrovní kvality jejich života. Jak popisuje Jarolímek (2010, s. 90) ve svém příspěvku ve sborníku, hlavními problémy psychiatrické péče jsou především:

- *nedostatečné finanční zajištění,*
- *soustředěnost lůžkové péče především do velkých psychiatrických léčeben, které potřebám pacientů nevyhovují,*
- *celková zanedbanost psychiatrických léčeben co do investic, hospitalizace ze sociálních důvodů a další důvody, které komplikují celkovou situaci jak poskytovatelům, tak i plátcům péče,*
- *nedostatečné zajištění ochrany práv duševně nemocných osob,*
- *nedostatečná kapacita psychiatrických ambulancí, přetíženost ambulantních lékařů,*
- *nedostatečný přístup duševně nemocných k psychoterapii,*
- *chybějící systém preventivní péče,*
- *chybějící síť zařízení komunitní péče umožňující lidem s duševním onemocněním setrvat v přirozeném sociálním prostředí,*
- *opomíjení potřeb osob s duševním onemocněním z hlediska sociálního systému (např. problematické posuzování nároku na příspěvek na péči, nedostupnost bydlení a zaměstnání).*

Tento neutěšený stav psychiatrické péče v ČR se s mnohaletým zpožděním oproti státům západní Evropy dočkal potřebné pozornosti ze stran orgánů státní správy od roku 2005, kdy se ČR připojila v Helsinkách k dokumentům v rámci Evropy, které mají za cíl zlepšení duševní kondice obyvatelstva a zkvalitnění péče o duševní zdraví. Poté v roce 2007 ČR vyhlásila ve spolupráci se Světovou zdravotnickou organizací „Národní psychiatrický program 2007“. *Od roku 2012 začala být vypracovávána koncepce reformy péče o duševní zdraví, jejímž výstupem byla Strategie reformy psychiatrické péče, kterou schválila vláda dne 7. října 2013 (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, s. 10).*

Reforma psychiatrické péče je koordinována Ministerstvem zdravotnictví ČR. Nicméně, jedná se o meziresortní problematiku, která je strategicky řešena napříč resorty zdravotnictví, práce a sociálních věcí, místního rozvoje, financí, spravedlnosti a vnitra.

## 5.1 Cíle reformy psychiatrické péče

Globálním cílem reformy je „Zvýšení kvality života lidem s duševním onemocněním“. Tento cíl byl rozpracován do sedmi strategických cílů, kterými jsou (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, s. 30):

- 1) *„Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.“*
- 2) *Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.*
- 3) *Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.*
- 4) *Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.*
- 5) *Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).*
- 6) *Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.*
- 7) *Humanizovat psychiatrickou péči.“*

Naplnění jednotlivých cílů reformy je rozvrhnuo do časového období od roku 2013 do roku 2023. V průběhu realizace reformy dojde k vytvoření systému financování psychiatrické péče, která je dlouhodobě podfinancována ve srovnání s ostatními evropskými zeměmi. *Dále je nutno posílit psychiatrickou péči poskytovanou ambulantně v přirozeném prostředí osob s chronickým duševním onemocněním, rozšířit síť komunitních služeb terénních, ambulantních i pobytových. V rámci reformy vzniknou tzv. Centra duševního zdraví, která se stanou jakýmsi pilířem v návaznosti na oblast sociálních služeb a bude navázána spolupráce na regionální úrovni, především s jednotlivými kraji* (Strategie reformy psychiatrické péče, 2013, s. 31).

## 5.2 Od institucionální směrem ke komunitní psychiatrické péči

Navázání a podpora spolupráce na komunitní úrovni se jeví jako klíčová. V současné době převážně institucionální charakter psychiatrické péče v České republice (ČR) by měl po reformě vykazovat znaky komunitní péče, která je upřednostňována v řadě vyspělých zemí

Evropy od poloviny dvacátého století a podporována evropskými i světovými institucemi, jako např. Světovou zdravotnickou organizací. Podle Juríčkové, Ivanové, Filky (2014, s. 49) „*klíčovou roli v systému psychiatrické péče má i praktický lékař, který pomáhá v identifikaci depresivních, úzkostných a psychosomatických poruch*“. Celkově je v rámci reformy psychiatrické péče nutno posílit spolupráci ambulantních psychiatrů, psychologů, praktických lékařů a dalších zainteresovaných subjektů.

Poskytování kvalitní komunitní psychiatrické péče souvisí mimo jiné rovněž s dostupností jak výše zmiňované ambulantní péče psychiatrů a psychologů, tak také ve vytvoření sítě návazných a podpůrných služeb v komunitě v oblasti bydlení, zaměstnávání, vzdělávání a využívání volného času osob s chronickým duševním onemocněním. *Ve vyspělých státech Evropy jsou vytvořeny a fungují tzv. krizové multidisciplinární týmy, které pomáhají řešit akutní stavy lidem s duševním onemocněním buď přímo v jejich domácnosti nebo ve specializovaném zařízení, které však není vytrženo z komunitního života, nýbrž je součástí komunity* (Jarolímek, 2010, s. 95-96).

Ke změně systému psychiatrické péče v ČR neodmyslitelně patří systematická práce s veřejným míněním o duševních poruchách, tj. tzv. proces destigmatizace. V rámci schválené Strategie reformy psychiatrické péče jsou připravena také opatření v oblasti vzdělávání odborné i neodborné veřejnosti, ale také informační kampaně pro laickou veřejnost. Klíčová je rovněž práce s rodinami osob s chronickým duševním onemocněním.

Psychiatrická péče po reformě by se měla vyznačovat jistými charakteristickými vlastnostmi, jak je uvádí Thornicroft a Tansella (2003, s. 5), a to:

- *blízkost péče domovům psychiatrických pacientů, včetně moderních nemocnic pro akutní příjem a rezidenčních zařízení pro dlouhodobou péči v komunitě,*
- *mobilita, zahrnující také služby, které poskytují péči v domácnostech,*
- *adresnost na jednotlivá duševní onemocnění, ale i jejich příznaky,*
- *individuální zaměřenost léčby a péče dle onemocnění a potřeb pacienta,*
- *dodržování lidských a občanských práv osob s duševním onemocněním,*
- *propojenost a spolupráce mezi poskytovateli zdravotní péče a dalšími subjekty podporujícími osoby s duševním onemocněním v sociálním začleňování a setrvávání v komunitě.*

Proces změny systému psychiatrické péče je procesem dlouhodobým a závislým na mnoha faktorech, z nichž některé jsem popsala již výše. Směřování ČR v procesu reformy lépe vyjadřuje následující tabulka, přičemž ČR se v současnosti nachází ve fázi redukce institucionální péče.

### Obrázek č. 3 Vývojové fáze tvorby psychiatrických služeb

Tvorba velkých institucí	Redukce institucí	Vyváženost lůžkové a mimolůžkové péče
Rozvoj počtu lůžek ve velkých institucích	Rušení velkých institucí	Instituce plně nahrazeny menšími zařízeními
Nedostatečná role rodiny.	Snižování počtu lůžek	Akutní lůžka ve všeobecných nemocnicích
Většina investic směřuje do institucí	Zvyšování role rodiny	Silná podpora rodiny
Profesionálové sestávají převážně z doktorů a sester	Investice do mimonemocničních služeb	Mnoha-zdrojová podpora komunitního systému
Nediferencovaný přístup k pacientům	Pestřejší škála profesí (psychologové, sociální pracovníci...)	Nové profese v komunitních službách
Dominance „kustodiální péče“ a kontroly symptomů	Růst individuálního přístupu k pacientům	Rovnováha mezi kontrolou a nezávislostí pacienta
	Pozornost centrována na kontrolu léčby psychofarmaky, ale i rehabilitaci	Evidence-based přístupy orientované na všechny potřeby pacientů

*Zdroj: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Politika péče o duševní zdraví v ČR, s. 16*

Do budoucna by měla v ČR tedy fungovat síť služeb zajišťujících jak primární psychiatrickou péči, tj. ambulance psychiatrů, klinických psychologů, praktických lékařů, tak základní i specializované psychiatrické služby, jako jsou krizová akutní lůžková zařízení, zařízení pro dlouhodobou péči, komunitní týmy, služby sociální rehabilitace. Do této sítě neodmyslitelně patří také sociální služby, které umožňují osobám s chronickým duševním onemocněním, které pro dlouhodobé setrvávání v psychiatrických léčebnách nebo jiných ústavních zařízeních již ztratily schopnosti a dovednosti potřebné pro život v běžném sociálním prostředí, tyto schopnosti a dovednosti znovu obnovit a znovu se začlenit do společnosti, a to prostřednictvím poskytování podpory v pobytových sociálních službách komunitního typu, tj. chráněných bydleních nebo domovech se zvláštním režimem.

V procesu reformy psychiatrické péče je rovněž zásadní spolupráce na regionální úrovni, tj. odpovědnost jednotlivých regionů za vytvoření sítě dostupných psychiatrických služeb dle potřeb té které oblasti. Z tohoto důvodu se problematika reformy psychiatrické péče dostala rovněž do Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2015 – 2020. Dostupností těchto sociálních služeb pro vymezenou cílovou skupinu v návaznosti na mapování potřeb této cílové skupiny mezi hospitalizovanými pacienty Psychiatrické nemocnice v Opavě se budu zabývat v empirické části své diplomové práce.

## **II Empirická část**

## **6 Průzkum**

### **6.1 Cíl průzkumu a formulace předpokladů v rámci průzkumu**

Hlavním cílem průzkumu je zjistit dostupnost pobytových sociálních služeb typu chráněného bydlení a domova se zvláštním režimem pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním v návaznosti na započatou reformu psychiatrické péče. Dostupnost těchto sociálních služeb v Moravskoslezském kraji jsem zjišťovala formou vyhledání druhu služeb dle cílové skupiny v registru poskytovatelů sociálních služeb a porovnáním informací uvedených v registru s informacemi zveřejněnými na webových stránkách jednotlivých poskytovatelů.

Dalším cílem průzkumu je zmapovat počet potenciálních zájemců z řad pacientů psychiatrické nemocnice v Opavě o sociální služby Domova Jistoty, příspěvkové organizace (p.o.), které jsou určeny dospělým osobám s chronickým duševním onemocněním (schizofrenií, manickými či depresivními psychózami a trvalými poruchami s bludy), které organizace poskytuje v současné době v domově se zvláštním režimem s kapacitou 22 uživatelů a ve třech chráněných bydleních s celkovou kapacitou 26 uživatelů.

Dotazníkové šetření je rovněž cíleno na zjištění potřeby druhu sociální služby u potenciálních zájemců vzhledem k budované nové kapacitě chráněného bydlení v Českém Těšíně o 12 osobách a vzhledem k plánovanému rozšíření kapacity chráněného bydlení v Karvině o další 3 uživatele v průběhu roku 2015 a v souvislosti s připravovaným konceptem prostupnosti pobytových sociálních služeb pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním.

Dalším cílem je zmapovat vzdělávací potřeby stávajících zaměstnanců domova se zvláštním režimem, chráněných bydlení a domova pro seniory Domova Jistoty, p.o. v návaznosti na připravovaný koncept prostupnosti pobytových sociálních služeb pro uvedenou cílovou skupinu, který je strategickým plánem rozvoje služeb poskytovatele s cílem zajistit dostupnost pobytových sociálních služeb pro cílovou skupinu ve věku od 18 let bez určení horní věkové hranice.

Ze zjištěných dat jsou poté naformulována doporučení pro Moravskoslezský kraj, který je zřizovatelem příspěvkové organizace Domov Jistoty, která je dlouholetým poskytovatelem pobytových sociálních služeb pro uvedenou cílovou skupinu osob. Doporučení jsou navržena pro oblast rozvoje pobytových sociálních služeb a pro oblast vzdělávání pracovníků



sociálních služeb vzhledem k okruhu osob, jimž jsou sociální služby v zařízeních Domova Jistoty, p.o. poskytovány.

Na základě získaných informací a studia odborné literatury jsem ve své diplomové práci zformulovala tyto základní problémové otázky:

1. Je současná kapacita pobytových sociálních služeb pro cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje dostačující?
2. Odpovídá současná struktura druhů pobytových sociálních služeb struktuře potřeb potenciálních zájemců z řad pacientů Psychiatrické nemocnice v Opavě?
3. Je zapotřebí rozšířit okruh osob, kterým jsou poskytovány sociální služby v Domově Jistoty, p.o.?
4. Jsou stávající zaměstnanci pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o. dostatečně vzděláni pro práci s cílovou skupinou?

Tyto základní problémové otázky jsem prostřednictvím průzkumu testovala ve formě následujících předpokladů:

Předpoklad 1 – Současná kapacita pobytových sociálních služeb pro cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje je nedostačující.

Předpoklad 2 – Současná struktura druhů pobytových sociálních služeb neodpovídá struktuře potřeb potenciálních zájemců z řad pacientů Psychiatrické nemocnice v Opavě.

Předpoklad 3 – Není nezbytné rozšiřovat okruh osob, kterým jsou poskytovány sociální služby v Domově Jistoty, p.o.

Předpoklad 4 – Stávající zaměstnanci pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o. jsou dostatečně vzděláni pro práci s cílovou skupinou.

Dříve než se budu věnovat charakteristice výzkumného souboru, uvedu v následujícím textu stručnou charakteristiku Psychiatrické nemocnice Opava a Domova Jistoty, p.o, kde výzkumné šetření probíhalo.

## **6.2 Stručná charakteristika Psychiatrické nemocnice Opava**

Psychiatrická nemocnice Opava je státní příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Tehdy ještě Psychiatrická léčebna byla

v Opavě zřízena rozhodnutím ministra zdravotnictví v listopadu roku 1990. Předmětem činnosti Psychiatrické nemocnice je poskytování komplexní psychiatrické a adiktologické péče pro území Moravskoslezského kraje, ale i nad jeho rámec. Odborná zdravotní péče je poskytována ve specializovaných otevřených i uzavřených odděleních, a to ve formě lůžkové péče, ambulantní péče, léčebně rehabilitační péče a ošetrovatelské péče.

Psychiatrická nemocnice má 863 lůžek, na nichž se léčí 6 500 pacientů ročně. Spádově zajišťuje v podstatě veškerou lůžkovou psychiatrickou péči pro cca 1,3 milionu obyvatel Moravskoslezského kraje (Psychiatrická nemocnice Opava, 2015, [online]). Psychiatrická péče je v tomto zdravotnickém zařízení poskytována již více než 125 let (původní ústav pro duševně nemocné otevřený v roce 1889). Areál, budovy a technické zabezpečení Psychiatrické nemocnice je již velmi zastaralé a neodpovídá trendům moderní psychiatrické péče a potřebám pacientů.

Od ledna 2015 Psychiatrická nemocnice realizuje projekt „Psychiatrická nemocnice v Opavě – vytvoření podmínek pro implementaci transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji“, na který obdržela dotaci ve výši cca 13,7 mil. Kč z Norských fondů. Projekt bude realizován do dubna roku 2016.

Cílem projektu je „vytvořit podmínky pro rozvoj a implementaci komplexního programu léčebně rehabilitační péče, který umožní sledovat a vyhodnocovat stav pacienta a tak rozhodnout o jeho umístění mimo léčebnou instituci do zařízení komunitní péče a postupně pacienta připravit na návrat do běžného života. Vytvořený program komplexní rehabilitace povede k plánovanému zkrácování hospitalizace a snadnějšímu a rychlejšímu návratu pacienta do přirozené komunity. Výstupy projektu budou mít mj. pozitivní vliv a dopady v rámci plánované transformace psychiatrické péče v Moravskoslezském kraji“ (EHP a Norské fondy, 2015, [online]).

### **6.3 Stručná charakteristika Domova Jistoty, příspěvkové organizace**

Domov Jistoty je příspěvkovou organizací Moravskoslezského kraje od roku 2003, kdy přešla na Moravskoslezský kraj práva zřizovatele z tehdejšího okresní úřadu v Karviné. Do té doby Domov důchodců a ústav pro dospělé Bohumín, který byl určen pro osoby s mentálním postižením a psychotiky v roce 2007 změnil název na Domov Jistoty, příspěvkovou

organizaci (p.o.) a následně vstoupil do procesu transformace pobytových sociálních služeb, v rámci kterého došlo také ke změně okruhu osob, jimž byly poskytovány sociální služby.

V souladu se zřizovací listinou je hlavním účelem organizace poskytování sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Organizace poskytuje v současné době šest registrovaných sociálních služeb, a to:

- domov pro seniory na ulici Slezská 23 ve Starém Bohumíně o kapacitě 58 uživatelů,
- domov pro seniory na ulici Šunychelská 1159 v Nové Bohumíně o kapacitě 20 uživatelů,
- domov se zvláštním režimem pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním na ulici Koperníkova 870 v Novém Bohumíně o kapacitě 22 uživatelů,
- chráněné bydlení pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním na ulici Koperníkova 1212 v Novém Bohumíně o kapacitě 6 uživatelů,
- chráněné bydlení pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním na ulici Malá 514 ve Starém Bohumíně o kapacitě 10 uživatelů,
- chráněné bydlení pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním na ulici Polská 71 v Karviné – Ráji o kapacitě 10 uživatelů.

O celkem 126 uživatelů pečuje 52 pracovníků v sociálních službách, 3 sociální pracovníci a 9 zdravotnických pracovníků, přičemž v chráněných bydleních poskytují uživatelům podporu pracovníci v sociálních službách a je jim k dispozici sociální pracovník. Zdravotničtí pracovníci poskytují ošetrovatelskou péči uživatelům v domovech pro seniory a v domově se zvláštním režimem. Dalších 37 pracovníků organizace zajišťují chod organizace po organizační, administrativní, provozní a technické stránce.

Domov Jistoty, p.o. je ojedinělým poskytovatelem pobytových sociálních služeb pro cílovou skupinu dospělých osob s chronickým duševním onemocněním – schizofrenií, manickými či depresivními poruchami a trvalými poruchami s bludy, který má s touto cílovou skupinou mnohaleté zkušenosti. V roce 2015 Domov Jistoty, p.o. realizuje rekonstrukci objektu v Českém Těšíně, ve kterém má vzniknout další služba chráněného bydlení pro 12 uživatelů z cílové skupiny dospělých osob s chronickým duševním onemocněním. Rovněž stávající chráněné bydlení v Karviné v tomto roce rozšíří kapacitu o další 3 uživatele. Také připravuje koncept prostupnosti pobytových sociálních služeb pro definovanou cílovou skupinu, který má zajistit dostupnost potřebné péče a podpory těmto osobám až do terminálního stádia života.

## 6.3 Charakteristika výzkumného souboru

Jedna část průzkumu probíhala v Psychiatrické nemocnici v Opavě. Do výzkumného souboru bylo vybráno celkem 103 respondentů z řad pacientů Psychiatrické nemocnice, oddělení C, F a G, která jsou zaměřena na léčbu psychotických poruch, afektivních poruch a lehčích organických poruch. Výběr do výzkumného souboru byl dán vymezením okruhu osob, kterým jsou poskytovány sociální služby v pobytových zařízeních Domova Jistoty, p.o., a to jsou dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním – schizofrenií, manickými či depresivními psychózami a trvalými poruchami s bludy.

Samotný výběr respondentů proběhl ve spolupráci se sociálními pracovníci jednotlivých oddělení Psychiatrické nemocnice tak, aby odpovídal záměru šetření, a to tak, aby byl zastoupen co největší možný počet dospělých osob s chronickým duševním onemocněním, jejichž sociální situace vyžaduje či předpokládá řešení pomocí pobytové sociální služby, a to v důsledku chybějící podpory v přirozeném sociálním prostředí.

Další část průzkumu proběhla v Domově Jistoty, p.o., přičemž výzkumným souborem bylo 9 individuálních vzdělávacích plánů na rok 2012, 2013 a 2014 pracovníků Domova pro seniory na ulici Šunychelská, z toho 8 individuálních vzdělávacích plánů pracovníků v sociálních službách a 1 vzdělávacího plánu sociálního pracovníka. Dále 12 individuálních vzdělávacích plánů pracovníků v sociálních službách a 1 sociálního pracovníka domova se zvláštním režimem na ulici Koperníkova a celkem 9 individuálních vzdělávacích plánů pracovníků v sociálních službách všech třech chráněných bydlení.

Poslední část průzkumu proběhla studiem informací zveřejněných v registru poskytovatelů sociálních služeb a na webových stránkách jednotlivých poskytovatelů, kteří poskytují pobytové sociální služby domova se zvláštním režimem a chráněných bydlení pro definovanou cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje. Celkem jsem tak prostudovala informace o 31 registrovaných službách domova se zvláštním režimem a 12 registrovaných službách chráněného bydlení.

## 6.4 Metodologie průzkumu

Pro naplnění jednotlivých cílů jsem průzkum rozdělila do tří částí.

### I. Část

Pro naplnění cíle zjištění dostupnosti pobytových sociálních služeb pro cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje jsem zvolila metodu studia dokumentů, tj. sekundární analýzy dat. Dle Jeřábka (1992, s. 81) lze při studiu dokumentů využít tři typy dokumentů, a to:

- 1) „osobní dokumenty vytvořené z iniciativy autora
- 2) úřední dokumenty, které vznikly se záměrem shromáždit určitý soubor údajů,
- 3) tištěné a další materiály hromadného předávání informací (noviny, časopisy, knihy apod.)“.

Ke splnění účelu první části průzkumu jsem vybrala studium úředních dokumentů, konkrétně databázi registrovaných poskytovatelů sociálních služeb, kterou provozuje Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále MPSV ČR). Registr poskytovatelů je přístupný veřejnosti na webovém portále MPSV ČR<sup>9</sup>. Pro vyhledání požadovaných sociálních služeb pro cílovou skupinu jsem použila rozšířený filtr, do kterého jsem zadala kritéria pro vyhledávání. Těmito kritérii byla forma poskytování sociální služby, druh sociální služby, cílová skupina, území Moravskoslezského kraje.

Získané informace z registru poskytovatelů jsem ověřila studiem podrobnějších informací na webových stránkách jednotlivých poskytovatelů sociálních služeb, a to především studiem podrobného vymezení okruhu osob, kterým poskytovatel služby v domově se zvláštním režimem a chráněném bydlení poskytuje. Z porovnání těchto informací jsem vytvořila tabulku v programu Microsoft Excel, ve které jsem seřadila jednotlivé poskytovatele sociálních služeb podle toho, jaký druh pobytové sociální služby poskytují, o jaké kapacitě a zda ji poskytují pro definovanou cílovou skupinu či nikoliv.

### II. Část

Pro naplnění cílů druhé části průzkumu jsem zvolila kvantitativní metodu dotazníkového šetření. Dle Chrásky (2007, s. 163) je *dotazník velmi častou metodou sběru dat*. „*Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek,*

---

<sup>9</sup> [http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani\\_sluzby.do?SUBSESSION\\_ID=1429625657258\\_1](http://iregistr.mpsv.cz/socreg/hledani_sluzby.do?SUBSESSION_ID=1429625657258_1)

*kteře jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně“.*

Pro sestavení dotazníku jsem použila kombinaci otevřených, polouzavřených a uzavřených položek. Celkem dotazník obsahoval 16 položek, z toho 4 otevřené 3 polouzavřené a 9 uzavřených, které byly rozděleny do tří částí. Prvních pět otázek zjišťovalo základní údaje o respondentovi, jako je věk, pohlaví, zda je svéprávný či omezen ve svéprávnosti, jakou má diagnózu, popřípadě další zdravotní omezení. Otázka na věk a diagnózu byla otevřená s žádostí o vypsání odpovědi. Druhá část dotazníku obsahovala šest položek, které byly zaměřeny na zjištění délky pobytu v Psychiatrické nemocnici, přirozeného sociálního prostředí, ve kterém respondent žil před hospitalizací, zda má zájem řešit svou situaci prostřednictvím pobytové sociální služby a co konkrétně chce řešit a jaké má stávající schopnosti a dovednosti týkající se samostatnosti a soběstačnosti. Položka zaměřená na zjištění schopností a dovedností byla strukturována jako škálová se stupnicí od „samostatně“ až po „s pomocí“. Ve třetí části dotazníku bylo seskupeno pět položek zaměřených na zjištění, zda se u respondenta vyskytuje rizikové chování, jak se projevuje, co toto chování může spouštět, jak často k němu dochází a zda je respondentovi soudem nařízena ochranná léčba či nikoliv. Položka zjišťující projevy rizikového chování byla formulována jako polouzavřená s možností vypsání jiných projevů, pokud respondent nevybral z daných možností. Položky zjišťující spouštěče a frekvenci rizikového chování byly naformulovány jako otevřené s žádostí o vypsání odpovědi. Položky třetí části dotazníku nejsou součástí dalšího zpracování průzkumu, a to z toho důvodu, že slouží pouze pro účely dalšího osobního jednání s případným zájemcem o konkrétní sociální službu Domova Jistoty, p.o.

### *III. část*

Pro třetí část průzkumu jsem opět zvolila metodu studia dokumentů, tj. sekundární analýzu dat. Shromáždila jsem úřední dokumenty, konkrétně se jedná o individuální vzdělávací plány pracovníků v sociálních službách, sociálních pracovníků a zdravotnických pracovníků zařízení sociálních služeb Domova Jistoty, p.o., která již poskytují sociální služby výše definované cílové skupině uživatelů, nebo v rámci vytvoření konceptu dostupnosti sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu jí začnou služby poskytovat.

Kritérii pro tuto část průzkumu jsem zvolila:

- cílovou skupinu uživatelů, tj. dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním – schizofrenií, manickými či depresivními psychózami a trvalými poruchami s bludy,

- registrované sociální služby domova pro seniory Šunychelská, domova se zvláštním režimem, chráněná bydlení,
- témata odborných vzdělávacích kurzů, která zaměstnanci dotčených sociálních služeb absolvovali v letech 2012 – 2014,
- požadavky zaměstnavatele na další odborné vzdělávání pracovníků pracujících s definovanou cílovou skupinou.

## 6.5 Organizace průzkumu

### I. Část

První část průzkumu proběhla v průběhu měsíce února, a to studiem informací uveřejněných v registru poskytovatelů sociálních služeb a porovnáním těchto informací v oblasti konkrétního vymezení cílové skupiny uživatelů s informacemi zveřejněnými na webových stránkách jednotlivých vyhledaných poskytovatelů na území Moravskoslezského kraje. Zjištěné informace pak byly uspořádány do tabulky dle poskytovatele, druhu poskytované sociální služby, kapacity zařízení a poskytování či neposkytování služeb definované cílové skupině. Výsledky zjištění jsou popsány v kapitole 8 této diplomové práce.

### II. Část

Druhá část průzkumu probíhala v Psychiatrické nemocnici v Opavě od 10. prosince 2014 do 15. ledna 2015. Sběr dat proběhl prostřednictvím sociálních pracovníků jednotlivých oddělení, která byla do výzkumného šetření zapojena, a to na základě předchozího seznámení s charakterem dat zjišťovaných prostřednictvím dotazníku a způsobem zapojení respondentů do výzkumného šetření.

Sociální pracovníce dotčených oddělení Psychiatrické nemocnice byly požádány, aby vytvořily seznam pacientů, kteří splňují tato kritéria:

- pacient může přejít do pobytové sociální služby (tj. nepotřebuje a nebude potřebovat trvale pobývat v Psychiatrické nemocnici z důvodu svého onemocnění),
- pacient před hospitalizací v Psychiatrické nemocnici v Opavě pobýval v Moravskoslezském kraji.

Každému pacientovi byl přidělen specifický kód, který neobsahoval žádné osobní ani citlivé údaje. Sociální pracovníce dále s každým pacientem dotazník vyplnily a vyplněný

dotazník označily kódem, podle kterého bude pacienta možno identifikovat v budoucnu v případě, že se pro něj uvolní v pobytových sociálních službách Domova Jistoty vhodná kapacita.

Dne 15. ledna jsem si vyplněné dotazníky převzala ke zpracování získaných dat. Způsob zpracování dat a závěry z druhé části průzkumu jsou shrnuty v následujících kapitolách. Celé znění dotazníku je přílohou č. 1 diplomové práce.

### *III. Část*

Třetí část průzkumu, tj. zmapování vzdělávacích potřeb stávajících pracovníků sociálních služeb Domova Jistoty, p.o., které poskytují sociální služby cílové skupině, proběhlo během měsíce února roku 2015 studiem individuálních vzdělávacích plánů celkem 31 pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků domova pro seniory na ulici Šunychelská, domova se zvláštním režimem a všech třech chráněných bydlení.

Z jednotlivých individuálních vzdělávacích plánů jsem vybrala akreditované vzdělávací kurzy za období roku 2012 – 2014, které pracovníci absolvovali a seřadila je do tabulek po jednotlivých sledovaných zařízeních. Každá tabulka obsahovala tedy údaje o počtu pracovníků, kteří absolvovali v daném roce to které téma formou akreditovaného kurzu. Následně jsem zjištěné informace porovnala s požadavky zaměstnavatele na odbornou kvalifikaci pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků deklarované v profilech pracovních pozic u služeb poskytujících sociální služby cílové skupině uživatelů. Shrnutí zjištěných informací a výsledky porovnání jsou popsány v kapitole 8 diplomové práce.



## 7 Způsob zpracování dat

### I. Část

Zjištěná data z první části průzkumu jsem uspořádala do dvou tabulek v programu Microsoft Excel a seřadila je dle poskytovatele, druhu poskytované sociální služby, kapacity zařízení a poskytování či neposkytování služeb definované cílové skupině. Jedna tabulka tedy obsahovala informace o dostupných sociálních službách pro definovanou cílovou skupinu poskytovaných v domovech se zvláštním režimem a druhá tabulka v chráněných bydleních.

U poskytovatelů, kteří poskytují sociální služby definované cílové skupině jsem poté učinila telefonický dotaz na počet žadatelů evidovaných v jejich databázi, kteří byli odmítnuti z důvodu nedostatečné kapacity zařízení. Tato data společně s informací o věkové hranici pro přijetí uživatele, získanou z registru poskytovatelů sociálních služeb, jsem poté zapracovala do shrnující tabulky, která vypovídá o dostupné kapacitě pobytových sociálních služeb domova se zvláštním režimem a chráněných bydlení pro definovanou cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje. Takto zpracovaná data z první části průzkumu uvádím v kapitole 8.

### II. Část

Data z druhé části průzkumu jsem zpracovávala následujícím způsobem. Nejprve jsem zkontrolovala všechny vyplněné dotazníky, zda jsou označeny kódem a zda obsahují vyplněné informace ve všech položkách, které jsem stanovila jako zásadní pro zpracování. Těmito zásadními položkami jsou:

Položka č. 1 – Pohlaví

Položka č. 2 – Věk

Položka č. 4 – Diagnóza

Položka č. 6 – Délka současného pobytu v PN Opava

Položka č. 7 – Přírozené prostředí, ve kterém klient před hospitalizací v PN Opava žil

Položka č. 8 – Předpokládaný zájem klienta o pobytovou službu

Položka č. 9 – Co chce klient prostřednictvím sociální služby řešit

Položka č. 10 – Schopnosti a dovednosti

Položka č. 11 – Jaký druh by byl pro klienta vhodný

Ostatní položky dotazníku jsem pro účely zmapování počtu potenciálních zájemců o pobytové sociální služby Domova Jistoty, p.o. zjišťovala pouze pro následný kontakt

a osobní jednání se zájemci. Z tohoto důvodu nejsou součástí zpracování dat pro účely diplomové práce.

Vyplněné dotazníky jsem očíslovala. Poté jsem vytvořila v programu Microsoft Excel soubor, do kterého jsem zaznamenávala odpovědi respondentů na jednotlivé položky, a to vyznačením číslicí „1“ zvolené odpovědi u uzavřených položek a vypsáním odpovědi u položek otevřených, konkrétně u položky 2 (věk) a 4 (diagnóza). Takto zaznamenaná data z dotazníků jsem poté roztrídila do skupin podle uvedené diagnózy, abych zjistila, kolik respondentů skutečně patří do definované cílové skupiny.

Po roztrídění dat podle cílové skupiny jsem vytvořila pět věkových kategorií, a to:

1. kategorie: 18 – 29 let,
2. kategorie: 30 – 39 let,
3. kategorie: 40 – 52 let,
4. kategorie: 53 – 64 let,
5. kategorie: 65 let a více

Rozdělení respondentů podle věku do těchto kategorií jsem zvolila vzhledem ke specifikaci druhů pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o. a jejich cílových skupin pro plán rozvoje služeb na další období, a rovněž s ohledem na vlastní znalost práce s cílovou skupinou a její omezení v důsledku dlouhodobého užívání antipsychotických léčiv a jejich nežádoucích účinků na organismus. Na základě poznatků z vlastní praxe s touto cílovou skupinou osoby nad 40 let věku již zpravidla jen velmi těžko obnovují své schopnosti a dovednosti související se samostatností a soběstačností a jejich sociální začlenění do běžné společnosti a samostatného života je jen velmi obtížné. Naproti tomu osoby v prvních dvou věkových kategoriích nejsou ještě tolik omezeny zhoršením svého zdravotního stavu z důvodu dlouhodobého užívání léčiv ze skupiny antipsychotik, takže jejich šance na samostatný život jsou mnohem vyšší. U osob v první věkové kategorii se při poskytování podpory prostřednictvím sociální služby jedná zpravidla o nácvik či obnovení schopností a dovedností. U osob ve druhé věkové kategorii se jedná převážně o obnovení a zpevnění stávajících schopností a dovedností a částečně nácvik chybějících dovedností. U osob ve třetí věkové kategorii je poskytována většinou podpora spočívající v udržení a zpevnění stávajících schopností a dovedností. U osob ve čtvrté věkové kategorii se jedná o podporu zpravidla vedoucí k udržení stávajících schopností a dovedností a u osob v páté věkové kategorii pak převažuje poskytování péče nad podporou.

Takto roztržovaná data jsem poté dala do souvislostí, a to počet respondentů, kteří vyplnili dotazník a patří do definované cílové skupiny a mají zájem o pobytovou sociální

službu. Dále jsem uvedla do souvislosti data o zjištěném vhodném druhu pobytové sociální služby s počtem respondentů, patřících do definované cílové skupiny a majících o pobytovou sociální službu zájem. Rovněž jsem ze zjištěných dat hledala vztah mezi věkem respondentů a závislostí na péči jiné fyzické osoby vyjádřené v položce 10 úkony soběstačnosti a samostatnosti.

Uspořádaná a do souvislostí daná data jsem zpracovala do tabulek četnosti a pro lepší přehlednost rovněž do grafů, které uvádím a interpretuji v kapitole 8 této práce.

### *III. Část*

Pro naplnění cíle třetí části průzkumu jsem z jednotlivých individuálních vzdělávacích plánů zaměstnanců sledovaných zařízení, tj. domova se zvláštním režimem, domova pro seniory Šunychelská a všech třech chráněných bydlení, vybrala akreditované vzdělávací kurzy za období roku 2012 – 2014, které pracovníci absolvovali a seřadila je do tabulek. Následně jsem zjištěné informace porovnála s požadavky zaměstnavatele na odbornou kvalifikaci pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků deklarované v profilech pracovních pozic u služeb poskytujících sociální služby cílové skupině uživatelů. Těmito požadavky jsou absolvování akreditovaného vzdělávacího kurzu v oblastech:

- Psychiatrické minimum
- Využití a pravidla šetrné sebeobrany
- Ochrana práv uživatelů a použití restriktivních opatření
- Individuální plánování
- Práce s uživatelem s rizikem v chování
- Motivace nemotivovaného uživatele

Porovnání zjištěných dat přineslo jako výsledek přehled vzdělávacích potřeb stávajících zaměstnanců sledovaných pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o., jejichž naplnění bude nutno zrealizovat v souvislosti s připravovaným konceptem dostupnosti služeb pro definovanou cílovou skupinu.

## 8 Výsledky průzkumu

Interpretaci výsledků průzkumu jsem v této kapitole opět uspořádala dle jednotlivých částí pro větší přehlednost.

### I. Část

Studiem dat z registru poskytovatelů sociálních služeb jsem zjistila, že na území Moravskoslezského kraje je registrováno 31 sociálních služeb domova se zvláštním režimem. Zjištěná data seřazená abecedně dle poskytovatele uvádím v následující tabulce č. 1. Při studiu těchto dat jsem rovněž sledovala kapacitu zařízení a věkovou hranici pro přijetí uživatele služby, jak blíže vysvětlím níže.

**Tabulka č. 1 Přehled registrovaných sociálních služeb domov se zvláštním režimem pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním na území Moravskoslezského kraje**

číslo	Název poskytovatele	Druh pobytové sociální služby	Cílová skupina ano/ne	Kapacita	Věková hranice pro přijetí
1	Armáda spásy ČR	domov se zvláštním režimem	ano	44	27 let
2	Armáda spásy ČR	domov se zvláštním režimem	ano	29	27 let
3	Beskyd DZR	domov se zvláštním režimem	ano	59	65 let
4	Brenkus Jaroslav	domov se zvláštním režimem	ne	36	27 let
5	Diakonie ČCE	domov se zvláštním režimem	ne	11	40 let
6	Domácí péče SOS, spol. s r.o.	domov se zvláštním režimem	ne	44	27 let
7	Domov Alzheimer Darkov, o.p.s.	domov se zvláštním režimem	ne	55	27 let
8	Domov Březiny, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	99	55 let
9	Domov Čujkovova, Ostrava - Zábřeh, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	56	65 let
10	Domov Jistoty, p.o.	domov se zvláštním režimem	ano	22	18 let
11	Domov Korýtko, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	33	65 let
12	Domov Letokruhy, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	45	65 let
13	Domov Magnolie, Ostrava - Vítkovice, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	75	65 let
14	Domov Na zámku, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	52	65 let
15	Domov pod Vinnou horou, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	23	60 let

16	Domov s odbornou ošetřovatelskou péčí a pomoci ve stáří, s.r.o.	domov se zvláštním režimem	ne	6	65 let
17	Domov seniorů Havířov, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	50	65 let
18	Domov Slunečnice Ostrava, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	90	65 let
19	Domov Sluníčko Ostrava - Vítkovice, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	64	65 let
20	Domov Slunovrat, Ostrava - Přívoz, p.o.	domov se zvláštním režimem	ano	32	18 let
21	Domov sv. Jana Křtitele, s.r.o.	domov se zvláštním režimem	ano	50	50 let
22	Domov Vítkov, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	40	50 let
23	Charita Frýdek - Místek	domov se zvláštním režimem	ano	50	30 let
24	Charita Krnov	domov se zvláštním režimem	ne	29	55 let
25	Charita Ostrava	domov se zvláštním režimem	ano	36	19 let
26	Medela - péče o seniory, o.p.s.	domov se zvláštním režimem	ne	37	27 let
27	Náš svět, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	26	19 let
28	Nový domov, p.o.	domov se zvláštním režimem	ano	104	50 let
29	Pečovatelská služba OASA Opava, o.p.s.	domov se zvláštním režimem	ne	10	65 let
30	Sociální služby města Třince, p.o.	domov se zvláštním režimem	ne	112	50 let
31	Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí, p.o.	domov se zvláštním režimem	ano	30	60 let

*Zdroj: autorka na základě dat z registru poskytovatelů sociálních služeb a webových stránek jednotlivých poskytovatelů.*

Po porovnání dat z registru poskytovatelů s informacemi uveřejněnými na webových stránkách jednotlivých poskytovatelů vzhledem ke specifikaci cílové skupiny jsem registrované sociální služby určené pro definovanou cílovou skupinu uživatelů seřadila do tabulky č. 2, kterou jsem doplnila o zjištěnou informaci o počtu žadatelů evidovaných v databázích jednotlivých zařízení. Z 31 registrovaných sociálních služeb domova se zvláštním režimem pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním pouze 9 registrovaných sociálních služeb je určených pro definovanou cílovou skupinu. Ostatní registrované sociální služby jsou určeny pro cílovou skupinu osob s různými typy demence, Alzheimerovou nemocí, osobám závislým na návykových látkách či osobám s mentálním postižením.

**Tabulka č. 2 Přehled registrovaných sociálních služeb domova se zvláštním pro definovanou cílovou skupinu uživatelů na území Moravskoslezského kraje s počtem evidovaných žadatelů o službu**

číslo	Název poskytovatele	Druh pobytové sociální služby	Cílová skupina ano/ne	Kapacita	Věková hranice pro přijetí	Počet žadatelů k 28.2.2015
1	Armáda spásy ČR	domov se zvláštním režimem	ano	44	27 let	59
2	Armáda spásy ČR	domov se zvláštním režimem	ano	29	27 let	
3	Beskyd DZR	domov se zvláštním režimem	ano	59	65 let	36
3	Domov Jistoty, p.o.	domov se zvláštním režimem	ano	22	18 let	51
4	Domov Slunovrat, Ostrava - Přívoz, p.o.	domov se zvláštním režimem	ano	32	18 let	67
5	Domov sv. Jana Křtitele, s.r.o.	domov se zvláštním režimem	ano	50	50 let	24
6	Charita Frýdek - Místek	domov se zvláštním režimem	ano	50	30 let	67
7	Charita Ostrava	domov se zvláštním režimem	ano	36	19 let	59
8	Nový domov, p.o.	domov se zvláštním režimem	ano	104	50 let	73
9	Středisko sociálních služeb města Frýdlant nad Ostravicí, p.o.	domov se zvláštním režimem	ano	30	60 let	43
<b>Celkem</b>				<b>456</b>		<b>479</b>

*Zdroj: autorka na základě dat z registru poskytovatelů sociálních služeb, webových stránek jednotlivých poskytovatelů a telefonického dotázání se na počet žadatelů o službu.*

Jak lze z tabulky č. 2 vyčíst, celková kapacita registrovaných sociálních služeb domova se zvláštním režimem pro definovanou cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje je 456 uživatelů. Dle zjištění k 28.2.2015 poptávka po těchto službách více než jedenkrát přesahovala nabídku s celkovým počtem 479 evidovaných žadatelů o službu. Při studiu dat jsem rovněž sledovala věkovou hranici pro přijetí uživatele do sociální služby. Ze zjištění vyplynulo, že pouze 3 registrované sociální služby přijímají uživatele od 18 či 19 let, přičemž jejich celková kapacita je 90 uživatelů. Dvě registrované sociální služby jsou určeny pro osoby od 27 let věku s celkovou kapacitou 73 uživatelů. Jedna sociální služba o kapacitě 50 osob přijímá uživatele od 30 let věku. Ostatní 4 registrované sociální služby jsou určeny pro uživatele ve věku 50 a více let. Jejich kapacita je celkem 243 uživatelů. Z toho vyplývá, že 53,3% dostupné kapacity pro definovanou cílovou skupinu je určena pro osoby starší 50 let.

Stejným způsobem jsem zpracovala zjištěná data týkající se dostupné kapacity sociální služby chráněného bydlení. Z dat v registru poskytovatelů sociálních služeb jsem zjistila,

že na území Moravskoslezského kraje je 12 registrovaných sociálních služeb chráněného bydlení pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním, jak uvádím v tabulce č. 3.

**Tabulka č. 3 Přehled registrovaných sociálních služeb chráněného bydlení pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním na území Moravskoslezského kraje**

číslo	Název poskytovatele	Druh pobytové sociální služby	Cílová skupina ano/ne	Kapacita	Věkové ohraničení
1	Asociace Trigon, o.p.s.	chráněné bydlení	ano	12	19 - 64 let
2	Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o.p.s.	chráněné bydlení	ano	4	19 - 64 let
3	Domov Jistoty, p.o.	chráněné bydlení	ano	6	18 a více
4	Domov Jistoty, p.o.	chráněné bydlení	ano	10	18 a více
5	Domov Jistoty, p.o.	chráněné bydlení	ano	10	18 a více
6	Ekipa	chráněné bydlení	ano	28	bez omezení
7	Charita Opava	chráněné bydlení	ano	11	18 - 65 let
8	Charita sv. Alexandra	chráněné bydlení	ano	9	19 - 55 let
9	Náš svět, p.o.	chráněné bydlení	ne	25	18 - 64 let
10	Slezská diakonie	chráněné bydlení	ano	8	18 - 64 let
11	Slezská diakonie	chráněné bydlení	ne	14	18 - 64 let
12	Sociální služby města Orlová, p.o.	chráněné bydlení	ne	16	26 - 80 let

*Zdroj: autorka na základě dat z registru poskytovatelů sociálních služeb a webových stránek jednotlivých poskytovatelů.*

Z výše uvedených 12 registrovaných sociálních služeb chráněného bydlení je pro definovanou cílovou skupinu uživatelů určeno 9 o celkové kapacitě 98 osob, jak je uvedeno v následující tabulce č. 4. Ostatní 3 registrované sociální služby jsou určeny pro osoby s mentálním postižením. Rovněž u registrovaných sociálních služeb chráněného bydlení pro definovanou cílovou skupinu jsem sledovala počet evidovaných žadatelů o službu v databázích jednotlivých zařízení.

**Tabulka č. 4 Přehled registrovaných sociálních služeb chráněného bydlení pro definovanou cílovou skupinu uživatelů na území Moravskoslezského kraje s počtem evidovaných žadatelů o službu**

číslo	Název poskytovatele	Druh pobytové sociální služby	Cílová skupina ano/ne	Kapacita	Věková hranice pro přijetí	Počet žadatelů k 28.2.2015
1	Asociace Trigon, o.p.s.	chráněné bydlení	ano	12	19 - 64 let	9
2	Centrum pro zdravotně postižené Moravskoslezského kraje o.p.s.	chráněné bydlení	ano	4	19 - 64 let	6
3	Domov Jistoty, p.o.	chráněné bydlení	ano	6	18 a více	8
4	Domov Jistoty, p.o.	chráněné bydlení	ano	10	18 a více	4
5	Domov Jistoty, p.o.	chráněné bydlení	ano	10	18 a více	12
6	Ekipa	chráněné bydlení	ano	28	bez omezení	14
7	Charita Opava	chráněné bydlení	ano	11	18 - 65 let	15
8	Charita sv. Alexandra	chráněné bydlení	ano	9	19 - 55 let	14
9	Slezská diakonie	chráněné bydlení	ano	8	18 - 64 let	13
<b>Celkem</b>				<b>98</b>		<b>95</b>

*Zdroj: autorka na základě dat z registru poskytovatelů sociálních služeb, webových stránek jednotlivých poskytovatelů a telefonického dotázání se na počet žadatelů o službu.*

Z dat uvedených v tabulce č. 4 vyplývá, že dostupná kapacita sociální služby chráněného bydlení pro definovanou cílovou skupinu uživatelů na území Moravskoslezského kraje je 98 osob. Vedle toho téměř stejný počet, konkrétně 95, je evidovaných žádostí o poskytnutí této sociální služby. Ze zjištěných dat lze rovněž vysledovat, že všechny uvedené registrované sociální služby přijímají uživatele ve věkové hranici od 18 či 19 let, v případě jedné registrované sociální služby dokonce bez věkového omezení. Za pozornost však stojí horní věková hranice, kterou má 5 registrovaných sociálních služeb z 9 určenu, a to v jednom případě věkem 55 let, ve třech případech věkem 64 let a v jednom případě věkem 65 let. Pouze 4 registrované sociální služby chráněného bydlení pro definovanou cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje poskytují služby uživatelům bez omezení horní věkové hranice. Ze zjištěného vyplývá, že 55,1 % registrovaných sociálních služeb chráněného bydlení určených pro definovanou cílovou skupinu uživatelů není určeno pro uživatele starší 65 let.



## II. Část

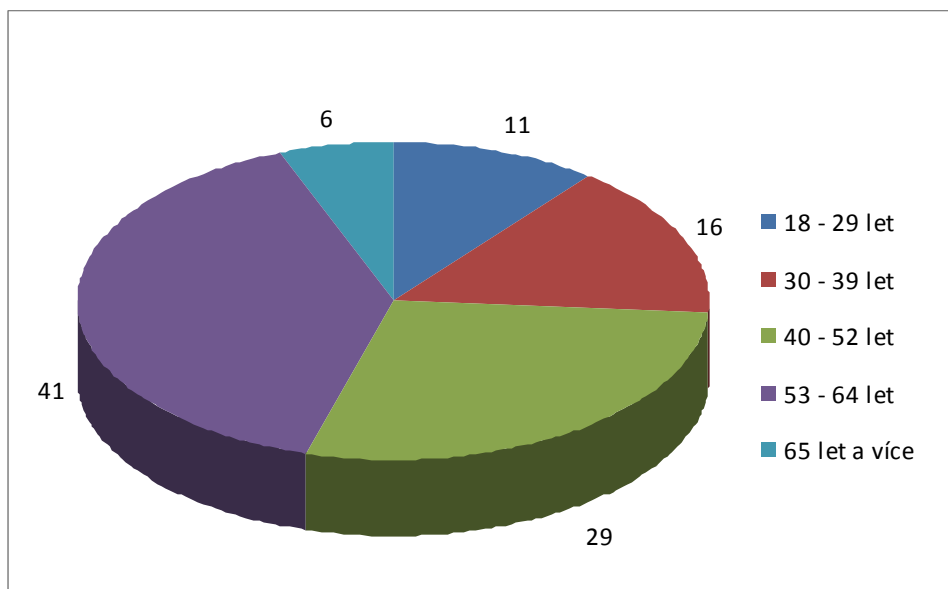
Z druhé části průzkumu prostřednictvím dotazníkové šetření jsem zjistila následující výsledky. Do dotazníkového šetření bylo zapojeno celkem 103 respondentů, z toho bylo 42 mužů a 61 žen ve věkové struktuře 18 až 88 let. Rozdělení respondentů do jednotlivých věkových kategorií ilustruje tabulka č. 5 a pro lepší přehlednost rovněž graf č. 1.

**Tabulka č. 5 Struktura respondentů podle věkových kategorií**

Věková kategorie	četnost	relativní četnost
18 – 29 let	11	0,107
30 – 39 let	16	0,155
40 – 52 let	29	0,282
53 – 64 let	41	0,398
65 a více let	6	0,058
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

**Graf č. 1 Struktura respondentů podle věkových kategorií**



*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Jak lze vyčíst z tabulky č. 5 a grafu č. 1, více než dvě třetiny z dotazovaných respondentů patří do věkové kategorie 40 let a více. Nejpočetněji zastoupená, tj. 41 osob, je 4. věková kategorie, u níž se převážně jedná o potřebu poskytování vyšší míry podpory

a zpravidla o udržení stávajících schopností a dovedností souvisejících se soběstačností a samostatností. Nejpočetnější je tato věková kategorie pravděpodobně vzhledem k tomu, že osoby s chronickým duševním onemocněním v tomto věku jsou zpravidla osamělé, jejich rodinné vztahy se vlivem onemocnění rozpadly a rovněž díky progresi svého onemocnění již nejsou schopny zcela samostatného života v běžné společnosti.

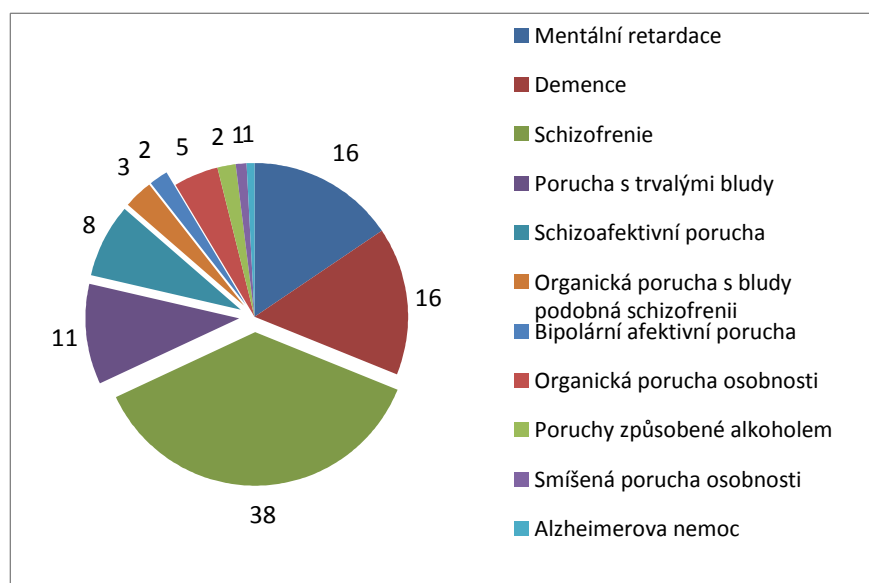
Ze zjištěných dat vyplývá předpoklad, že více než dvě třetiny respondentů bude potřebovat pravděpodobně vyšší míru podpory a pomoci poskytnutou prostřednictvím pobytových sociálních služeb. Nicméně ze zkoumání odpovědí respondentů vyplynulo, že ne všichni respondenti patří do definované cílové skupiny. Po roztřídění dat dle uvedené diagnózy jsem zjistila, že do definované cílové skupiny patří 62 respondentů z celkového počtu 103, jak vyplývá z tabulky č. 6. Pro lepší přehlednost rovněž uvádím graf struktury respondentů dle diagnózy, viz graf č. 2.

**Tabulka č. 6 Struktura respondentů dle diagnózy**

Kategorie	četnost	relativní četnost
Mentální retardace	16	0,155
Demence	16	0,155
Schizofrenie	38	0,369
Porucha s trvalými bludy	11	0,107
Schizoafektivní porucha	8	0,078
Organická porucha s bludy podobná schizofrenii	3	0,029
Bipolární afektivní porucha	2	0,019
Organická porucha osobnosti	5	0,049
Poruchy způsobené alkoholem	2	0,019
Smíšená porucha osobnosti	1	0,010
Alzheimerova nemoc	1	0,010
<b>Celkem</b>	<b>103</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

**Graf č. 2** Struktura respondentů dle diagnózy



Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava

Při dalším zpracování dat jsem nadále pracovala pouze se vzorkem respondentů, kteří patří do definované cílové skupiny a znovu je seřadila do stanovených pěti kategorií podle věku, jak uvádím v tabulce č. 7.

**Tabulka č. 7** Struktura respondentů patřících do definované cílové skupiny podle věkových kategorií

Věková kategorie	četnost	relativní četnost
18 – 29 let	3	0,048
30 – 39 let	14	0,226
40 – 52 let	16	0,258
53 – 64 let	26	0,420
65 a více let	3	0,048
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>1,000</b>

Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava

Z uvedeného vyplývá podobně jako u celkového počtu respondentů, že nejpočetnější skupinu tvoří respondenti ve čtvrté věkové kategorii, a to 26 osob z 62, což představuje 42% z počtu respondentů, kteří patří do definované cílové skupiny. Z tohoto zjištění lze usuzovat, že tito respondenti budou prostřednictvím sociální služby potřebovat pravděpodobně vyšší míru podpory a pomoci v oblasti udržení stávajících schopností a dovedností souvisejících se samostatností a soběstačností, a to z důvodů, které jsem popsala již výše.

Poměrně početně zastoupená je také skupina respondentů, patřících do definované cílové skupiny v druhé a třetí věkové kategorii, tj. 14 a 16 respondentů. V první a páté věkové kategorii do definované cílové skupiny dle uvedené odpovědi patří pouze 3 respondenti. To může být zapříčiněno tím, že osoby do třiceti let věku žijí často ještě s příbuznými a jejich onemocnění ještě natolik neznemožnilo jejich sociální fungování. Nízký počet respondentů v páté věkové kategorii může být odůvodněn zvýšenou úmrtností osoby s chronickým duševním onemocněním v nižším věku.

Další souvislostí, kterou jsem sledovala při zpracování dat, byl počet respondentů patřících do definované cílové skupiny, kteří zároveň odpověděli kladně na otázku, zda mají zájem o pobytovou sociální službu. Z počtu 62 respondentů patřících do definované cílové skupiny zvolilo kladnou odpověď na tuto otázku 40 osob, jak uvádím v tabulce č. 8.

**Tabulka č. 8 Struktura respondentů patřících do definované cílové skupiny podle vyjádřeného zájmu o pobytovou sociální službu**

Kategorie	četnost	relativní četnost
ano	40	0,645
ne	22	0,355
<b>Celkem</b>	<b>62</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Při dalším zpracování dat jsem již vycházela pouze z počtu respondentů patřících do definované cílové skupiny, kteří zároveň vyjádřili kladně svůj zájem o pobytovou sociální službu. Dále jsem sledovala míru závislosti na podpoře či péči, kterou respondenti aktuálně potřebují, a to z toho důvodu, abych pak zjištěné mohla dát do souvislosti s věkovou strukturou respondentů a s volbou vhodné pobytové sociální služby (chráněné bydlení I. typu, chráněné bydlení II. typu, domov se zvláštním režimem a domov pro seniory).

Při zpracování dat v oblasti míry závislosti na péči či podpoře druhé fyzické osoby v souvislosti s věkovou strukturou respondentů jsem došla k následujícím výsledkům. V 1. věkové kategorii respondentů, do které patřili 2 respondenti, převládla odpověď, že potřebují pomoc při zvládnutí úkonů samostatnosti a soběstačnosti, a to v 11 případech, jak je uvedeno v tabulce č. 9, přičemž se jednalo především o odpovědi na položky v dotazníku č. 10b, 10c, 10h, 10i, 10k, což se týká oblastí přípravy stravy, úklidu a péče o domácnost, hospodaření s majetkem, hospodaření s penězi a péče o prádlo. Samostatně či s dohledem pak respondenti zvládají úkony samostatnosti a soběstačnosti v oblastech oblékání, péče o zdraví, péče o hygienu, orientace v prostředí a dopravy. To může být zapříčiněno právě tím, že tyto

osoby ve většině případů žijí v běžných domácnostech, často se svými příbuznými a jejich schopnost sociálního fungování není vlivem onemocnění ještě mnoho dotčena.

**Tabulka č. 9 Struktura závislosti na péči respondentů v 1. věkové kategorii**

Kategorie	četnost	relativní četnost
samostatně	5	0,227
s dohledem	5	0,227
se slovní podporou	1	0,046
s pomocí	11	0,500
<b>Celkem</b>	<b>22</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Ve 2. věkové kategorii respondentů, do které patřilo 6 respondentů, byla zvolena odpověď „samostatně“ ve 22 případech, „s dohledem“ v 29 případech, „se slovní podporou“ ve 2 případech a „s pomocí“ ve 13 případech, jak uvádí tabulka č. 10. Z těchto odpovědí vyplývá, že respondenti v druhé věkové kategorii disponují větší mírou samostatnosti a soběstačnosti, a to ve všech oblastech úkonů kromě hospodaření s majetkem a hospodaření s penězi, ve kterých potřebují vyšší míru podpory či pomoci.

**Tabulka č. 10 Struktura závislosti na péči respondentů ve 2. věkové kategorii**

Kategorie	četnost	relativní četnost
samostatně	22	0,333
s dohledem	29	0,440
se slovní podporou	2	0,030
s pomocí	13	0,197
<b>Celkem</b>	<b>66</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Ve 3. věkové kategorii respondentů, do které patřilo 11 respondentů, byla zvolena odpověď „samostatně“ ve 21 případech, „s dohledem“ v 34 případech, „se slovní podporou“ ve 2 případech a „s pomocí“ ve 64 případech, jak uvádí tabulka č. 11. Z těchto odpovědí vyplývá, že respondenti ve 3. věkové kategorii již potřebují vyšší míru podpory či pomoci, a to ve všech oblastech samostatnosti a soběstačnosti. Respondenti, kteří volili odpovědi „samostatně“ či „s dohledem“ pocházeli z prostředí samostatné domácnosti, chráněného bydlení nebo uvedli jako přirozené prostředí před hospitalizací „jiné“ a specifikovali toto prostředí jako ubytovnu. Z toho vyplývá, že respondenti, kteří žili před hospitalizací v prostředí domácnosti, mají zachování vyšší míru samostatnosti a soběstačnosti než respondenti, jejichž přirozeným sociálním prostředím před hospitalizací byla společná

domácnost s jinými osobami, popřípadě jiný druh pobytové sociální služby, např. typu domova pro osoby se zdravotním postižením.

**Tabulka č. 11 Struktura závislosti na péči respondentů ve 3. věkové kategorii**

Kategorie	četnost	relativní četnost
samostatně	21	0,173
s dohledem	34	0,281
se slovní podporou	2	0,017
s pomocí	64	0,529
<b>Celkem</b>	<b>121</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Ve 4. věkové kategorii respondentů, do které patřilo 18 respondentů, byla zvolena odpověď „samostatně“ ve 28 případech, „s dohledem“ v 72 případech, „se slovní podporou“ ve 4 případech a „s pomocí“ v 94 případech, jak uvádí tabulka č. 12. Z této struktury odpovědí respondentů vyplývá, že téměř polovina respondentů je závislá na pomoci druhé fyzické osoby, a to ve všech úkonech soběstačnosti a samostatnosti kromě oblasti oblékání, péče o hygienu a orientace v prostředí. Souvislost zvýšené míry závislosti na pomoci druhé fyzické osoby s délkou hospitalizace v Psychiatrické nemocnici v Opavě nebo v souvislosti s přirozených prostředím, ve kterém respondenti žili před hospitalizací se tímto šetřením neprokázala.

**Tabulka č. 12 Struktura závislosti na péči respondentů ve 4. věkové kategorii**

Kategorie	četnost	relativní četnost
samostatně	28	0,141
s dohledem	72	0,364
se slovní podporou	4	0,020
s pomocí	94	0,475
<b>Celkem</b>	<b>198</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Ve 4. věkové kategorii respondentů, kteří byli 3 ze sledované skupiny těch, kteří patří do definované cílové skupiny a zároveň vyjádřili kladnou odpověď svůj zájem o pobytovou sociální službu, byla zvolena odpověď „samostatně“ v 1 případě, „s dohledem“ ve 13 případech a „s pomocí“ v 19 případech. Odpověď „se slovní podporou“ nezvolil ani jeden z respondentů této věkové kategorie. Tyto výsledky shrnuje tabulka č. 13. Z uvedených dat vyplývá, že 57,6% respondentů 4. věkové kategorie potřebuje vyšší míru pomoci ve všech úkonech soběstačnosti a samostatnosti.

**Tabulka č. 13 Struktura závislosti na péči respondentů v 5. věkové kategorii**

Kategorie	četnost	relativní četnost
samostatně	1	0,030
s dohledem	13	0,394
se slovní podporou	0	0,000
s pomocí	19	0,576
<b>Celkem</b>	<b>33</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Posledním sledovaným údajem ze zpracování a třídění dat zjištěných prostřednictvím dotazníkového šetření pro účely této diplomové práce byl údaj o potenciálně vhodné pobytové sociální službě pro respondenty patřící do definované cílové skupiny, kteří zároveň označili kladně odpověď na otázku, zda mají o pobytovou sociální službu zájem. Ze 40 respondentů vyznačilo jako potenciálně vhodný druh pobytové sociální služby 8 respondentů chráněné bydlení 1. typu, 8 respondentů chráněné bydlení 2. typu, 22 respondentů domov se zvláštním režimem a 2 respondenti domov pro seniory. Odpověď „jiný druh sociální služby“ ne zvolil žádný respondent.

*Chráněným bydlením 1. typu* rozumíme pobytovou sociální službu zajišťující ubytování, stravování a podporu při získávání či udržení schopností a dovedností potřebných pro soběstačný život v chráněném bydlení.

*Chráněným bydlením 2. typu* rozumíme pobytovou sociální službu zajišťující ubytování, stravování a podporu při získávání či udržení schopností a dovedností vedoucích k soběstačnému životu v samostatném bydlení.

*Domov se zvláštním režimem* – pobytová sociální služba zajišťující ubytování, stravování, ošetrovatelskou péči osobám s chronickým duševním onemocněním. Podmínkou pro poskytnutí služeb je dodržování pravidel vzájemného soužití.

*Domov pro seniory* – pobytová sociální služba zajišťující ubytování, stravování, ošetrovatelskou péči uživatelům. Podmínkou pro poskytnutí služeb je dodržování pravidel vzájemného soužití.

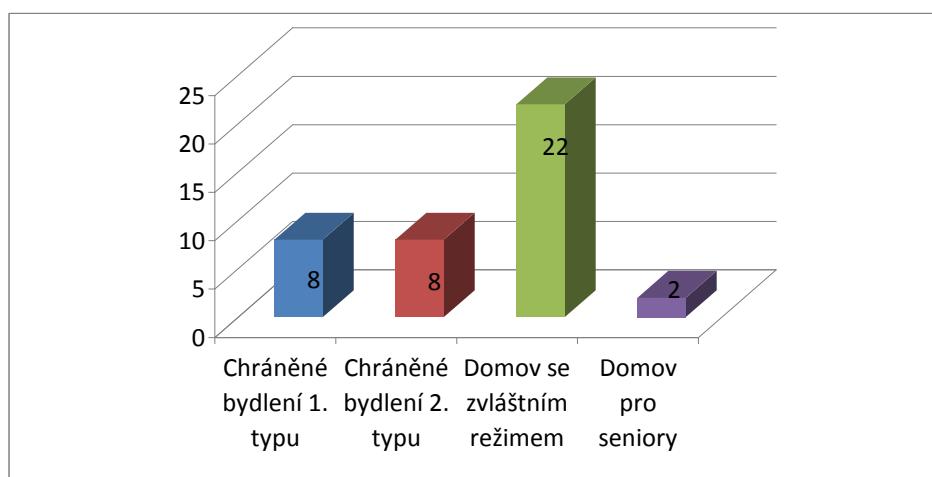
Zjištěné výsledky ilustruje tabulka č. 14 uvedená níže a pro lepší přehlednost rovněž graf č. 3.

**Tabulka č. 14 Vhodný druh soc. služby pro osoby, které patří do okruhu osob a projevíly zájem**

Druh služby	četnost	relativní četnost
Chráněné bydlení 1. typu	8	0,200
Chráněné bydlení 2. typu	8	0,200
Domov se zvláštním režimem	22	0,550
Domov pro seniory	2	0,050
Celkem	40	1,000

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

**Graf č. 3 Vhodný druh soc. služby pro osoby, které patří do okruhu osob a projevíly zájem**



*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Ze zjištěných dat vyplynulo, že vyšší poptávka z řad pacientů Psychiatrické nemocnice Opava, kteří patří do definované cílové skupiny Domova Jistoty, p.o., je po sociální službě domova se zvláštním režimem, přestože i poptávka po obou typech chráněných bydlení není zanedbatelná vzhledem k jejich dostupné kapacitě a počtu evidovaných žadatelů. To může být zapříčiněno potřebou vyšší míry podpory a pomoci ze strany těchto osoby, a to vzhledem k progresi duševního onemocnění v závislosti na věku.

Z ostatních zpracovávaných dat bylo zajímavé zjištění z odpovědí v položce č. 9, ve které byla možnost výběru několika z nabízených odpovědí, že převážná většina respondentů chce prostřednictvím pobytových sociálních služeb řešit otázku svého bydlení. Tuto odpověď označilo 37 ze 40 respondentů z výše definované skupiny. Zároveň s bydlením chce 20 respondentů ze 40 řešit prostřednictvím pobytové sociální služby nácvik dovedností spojených se samostatností a soběstačností. Šest respondentů ze 40 potřebuje stávající schopnosti a dovednosti upevnit a pouze 2 respondenti ze 40 se chtějí osamostatnit natolik,



aby bydleli ve vlastním bytě a žili běžným způsobem života. Tyto výsledky uvádím v tabulce č. 15.

**Tabulka č. 15 Struktura předpokládaných očekávání klienta od pobytové sociální služby**

Kategorie	četnost	relativní četnost
Bydlení	37	0,569
Nácvik dovedností	20	0,308
Upevnění dovedností	6	0,092
Osamostatnění se	2	0,031
<b>Celkem</b>	<b>65</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Potřeba řešení otázky bydlení prostřednictvím pobytových sociálních služeb může vycházet u těchto osob z nepříznivé sociální situace zapříčiněné chronickým duševním onemocněním. Často tyto osoby přicházejí o bydlení z toho důvodu, že byly finančně zneužity jinými osobami, nebo z důvodu rozpadu rodinných vztahů kvůli onemocnění. Ocítají se tak v podstatě bez domova a je zcela přirozené, že tuto existenciální potřebu chtějí prioritně naplnit.

### *III. Část*

Studiem dat z individuálních vzdělávacích plánů 31 pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků domova pro seniory na ulici Šunychelská, domova se zvláštním režimem a všech třech chráněných bydlení Domova Jistoty, p.o. za roky 2012 - 2014 a jejich porovnáním s požadavky zaměstnavatele na další odborné vzdělávání těchto pracovníků pro práci s definovanou cílovou skupinou uživatelů jsem zjistila následující údaje, které ilustruje tabulka č. 16 a ze kterých sekundárně vyplývají vzdělávací potřeby pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků sledovaných pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o., které budou součástí konceptu dostupnosti sociálních služeb pro cílovou skupinu dospělých osob s chronickým duševním onemocněním – schizofrenií, manickými či depresivními psychózami a trvalými poruchami s bludy.

**Tabulka č. 16 Struktura vzdělávacích potřeb pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků sledovaných pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o.**

	CHB Malá	CHB Koperníková	CHB Karviná	DZR	DPS	četnost	relativní četnost
Psychiatrické minimum	0	0	0	9	0	9	0,138
Využití a pravidla šetrné sebeobrany	0	0	0	2	0	2	0,031
Ochrana práv uživatelů a použití restriktivních opatření	0	0	0	1	0	1	0,015
Individuální plánování	4	3	4	18	7	36	0,554
Práce s uživatelem s rizikem v chování	0	2	2	9	2	15	0,231
Motivace nemotivovaného uživatele	1	0	0	0	1	2	0,031
<b>Celkem</b>						<b>65</b>	<b>1,000</b>

*Zdroj: autorka z provedeného výzkumného šetření prostřednictvím dotazníků v PN Opava*

Z tabulky č. 16 vyplývá, že pracovníci všech zařízení absolvovali požadované další vzdělávání v oblasti Individuálního plánování služby s uživatelem, a to celkem v 36 vzdělávacích kurzech. V práci s uživatelem s rizikem v chování je vzděláno pouze 15 pracovníků v celkem 15 vzdělávacích kurzech. Psychiatrické minimum absolvovalo pouze 9 pracovníků domova se zvláštním režimem. Pracovníci ostatních sledovaných zařízení v této oblasti nejsou vzděláni. Kurz v oblasti Využití a pravidel šetrné sebeobrany absolvovali pouze 2 pracovníci domova se zvláštním režimem z celkových 31 pracovníků sledovaných zařízení, kurz Ochrany práv uživatelů a použití restriktivních opatření jen 1 pracovník a kurz Motivace nemotivovaného uživatele jen 2 pracovníci.

Z toho vyplývá, že Psychiatrické minimum by mělo do budoucna absolvovat 22 pracovníků sledovaných zařízení, Využití a pravidla šetrné sebeobrany 29 pracovníků, Ochranu práv uživatelů a použití restriktivních opatření 30 pracovníků, Práci s uživatelem s rizikem v chování 16 pracovníků a Motivaci nemotivovaného uživatele 29 pracovníků.

## 9 Závěrečné shrnutí empirické části

V první části průzkumu jsem testovala Předpoklad 1 – Současná kapacita pobytových sociálních služeb pro cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje je nedostačující. Dle zjištění, která jsem interpretovala v předchozí kapitole, se tato hypotéza potvrdila. Poptávka po pobytových sociálních službách typu chráněných bydlení a domovů se zvláštním režimem dvojnásobně převyšuje nabídku.

Ze zpracovaných dat vyplynulo, že u domovů se zvláštním režimem je pouze 46,7 % určeno pro osoby mladší 50 let, a u chráněných bydlení jen 44,9 % kapacity je určeno pro osoby starší 65 let. Na tomto místě se nabízí otázka, kam s téměř polovinou dospělých osob s chronickým duševním onemocněním – schizofrenií, manickými či depresivními psychózami a trvalými poruchami s bludy, které z důvodu snížení soběstačnosti díky svému chronickému duševnímu onemocnění potřebují pravidelnou pomoc druhé fyzické osoby, která je poskytována v domovech se zvláštním režimem, a jsou mladšími 50 let? Totéž platí pro osoby z definované cílové skupiny starší 65 let, které však jsou dostatečně soběstačné a samostatné a potřebují jen částečnou či mírnou podporu, která je poskytována ve službách chráněného bydlení.

Domnívám se, že omezování věkové hranice pro přijetí či setrvání uživatelů v těchto pobytových sociálních službách není vhodné a nepřispívá to k řešení jejich nepříznivé sociální situace, do které se dostali díky svému zdravotnímu znevýhodnění. Rovněž to nepřispívá ke koncepčnímu řešení dostupnosti pobytových sociálních služeb v rámci Moravskoslezského kraje. U sociálních služeb domovů se zvláštním režimem se domnívám, že poskytovatelé omezují dolní hranici pro přijetí uživatele minimálně 50 lety věku z toho důvodu, že pro mladší osoby s chronickým duševním onemocněním je velmi obtížné získat nárok na přiznání příspěvku na péči. Často je těmto osobám při přešetřování nároku ze strany Úřadu práce České republiky příspěvek na péči snižován či dokonce odebrán. S vyšším věkem je osoba s chronickým duševním onemocněním díky nemoci, která stále progreduje, stále více závislá na pomoci druhé fyzické osoby a tudíž je větší jistota pro poskytovatele, že takové osobě bude příspěvek na péči přiznán ve vyšším stupni, popřípadě nebude snížen či odebrán.

Tento přístup poskytovatelů je samozřejmě pochopitelný z pohledu finančního zajištění poskytování sociální služby, nikoli však z pohledu zajištění dostupnosti pobytových sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu.

V druhé části průzkumu jsem testovala Předpoklad 2 – Současná struktura druhů pobytových sociálních služeb neodpovídá struktuře potřeb potenciálních zájemců z řad pacientů Psychiatrické nemocnice v Opavě a Předpoklad 3 – Není nezbytné rozšiřovat okruh osob, kterým jsou poskytovány sociální služby v Domově Jistoty, p.o. Oba předpoklady v rámci průzkumu se na základě zjištěných dat potvrdily.

Ze sdělení respondentů patřících do definované cílové skupiny vyplynulo, že potřebují pobytové sociální služby typu domova se zvláštním režimem i chráněných bydlení napříč věkovými strukturami. To znamená, domov se zvláštním režimem potřebují osoby mladší 50 let a chráněná bydlení i osoby starší 65 let. Dále při srovnání dostupné kapacity domovů se zvláštním režimem a chráněných bydlení a počtu potenciálních zájemců z řad respondentů jsem došla k závěru, že je nutno posílit kapacity domovů se zvláštním režimem, respektive budovat nové kapacity pro tuto cílovou skupinu, přestože záměrem Moravskoslezského kraje v rámci procesu transformace pobytových sociálních služeb je budovat služby komunitního typu především chráněných bydlení. Výsledky průzkumu, i vzhledem ke zjišťované míře závislosti respondentů na pomoci druhé fyzické osoby v úkonech samostatnosti a soběstačnosti, však ukazují, že tento směr rozvoje pobytových sociálních služeb na území Moravskoslezského kraje se jeví jako překonaný a druh služby chráněného bydlení pro většinu potenciálních zájemců jako nevhodný.

Z průzkumu provedeného v Psychiatrické nemocnici Opava jsem rovněž zjistila, že není v současnosti nutno, aby Domov Jistoty, p.o. rozšiřoval okruh osob z řad chronicky duševně nemocných, kterým poskytuje sociální služby v domově se zvláštním režimem a chráněných bydlení. Věková struktura uživatelů těchto zařízení je omezena pouze dolní hranicí 18 let a v rámci připravovaného konceptu prostupnosti sociálních služeb pro definovanou cílovou skupinu bude rovněž těmto osobám k dispozici domov pro seniory, který bude poskytovat pravidelnou pomoc osobám od 65 let věku, které jsou zcela závislé na pomoci druhé fyzické osoby.

Doporučení pro Moravskoslezský kraj pro oblast rozvoje sociálních služeb v dalším období formulují takto:

- 1) V rámci procesu transformace pobytových sociálních službách podporovat budování pobytových sociálních služeb určených pro definovanou cílovou skupinu typu domova se zvláštním režimem a chráněného bydlení 1. typu.
- 2) V rámci rozvoje sociálních služeb v dalším období vybudovat novou kapacitu domova se zvláštním režimem pro definovanou cílovou skupinu o kapacitě minimálně 18 osob.

- 3) Vypracovat strategii zajištění adekvátního sociálního bydlení pro definovanou cílovou skupinu s podporou terénní sociální služby (např. formou podpory samostatného bydlení).

V rámci druhé části průzkumu jsem se při sběru dat prostřednictvím dotazníkového šetření setkala s problémem v pochopení ze strany sociálních pracovníků Psychiatrické nemocnice Opava, jak je definována cílová skupina respondentů, přestože v rámci přípravy realizace dotazníkového šetření jsem sociální pracovníce s definovanou cílovou skupinou seznámila a rovněž byla definována v úvodní části dotazníku. Z toho důvodu z celkového počtu zapojených respondentů bylo možno relevantně zpracovat pro účely průzkumu pouze 62 dotazníků. Přičemž realizace průzkumu v Psychiatrické nemocnici Opava a zpracování získaných dat je klíčové pro další rozvoj pobytových sociálních služeb pro definovanou cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje.

Zpracováním třetí části průzkumu jsem testovala Předpoklad 4 – Stávající zaměstnanci pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o. jsou dostatečně vzděláni pro práci s cílovou skupinou. Výsledky mého zkoumání tento předpoklad vyvrátily. Stávající pracovníci sledovaných pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o. nejsou dostatečně vzděláni pro práci s definovanou cílovou skupinou. Především se jedná o pracovníky chráněných bydlení a domova pro seniory na ulici Šunychelská. Vzhledem k připravovanému konceptu prostupnosti služeb pro definovanou cílovou skupinu je nutno zakomponovat do individuálních vzdělávacích plánů dotčených pracovníků zaměstnavatelem požadované vzdělávací kurzy. Především se jedná o Psychiatrické minimum, kurz v oblasti Využití a pravidel šetrné sebeobrany, kurz Ochrany práv uživatelů a použití restriktivních opatření a kurz Motivace nemotivovaného uživatele.

## Závěr

Předkládaná závěrečná práce se zabývá tématem dostupnosti pobytových sociálních služeb pro dospělé osoby s chronickým duševním onemocněním na území Moravskoslezského kraje v souvislosti s reformou psychiatrické péče. Jak jsem již v úvodu předeslala, řešení této otázky je v Moravskoslezském kraji v současné době diskutovaným tématem s ambicí připravit adekvátní řešení ve spolupráci se zainteresovanými subjekty, která je rovněž zakomponována do Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Moravskoslezského kraje na období let 2015 – 2020.

Cílem mé závěrečné práce bylo zmapovat teoretická východiska související s poskytováním, plánováním pobytových sociálních služeb a procesem jejich transformace, který probíhá od roku 2008. Dále bylo cílem zmapovat teoretická východiska související s chronickým duševním onemocněním a procesem reformy psychiatrické péče. V empirické části jsem si pak kladla za cíl zmapovat dostupnost pobytových sociálních služeb pro definovanou cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje, zmapovat poptávku po pobytových sociálních službách mezi pacienty Psychiatrické nemocnice v Opavě a ověřit odbornou připravenost stávajících pracovníků v sociálních službách a sociálních pracovníků sledovaných pobytových sociálních služeb Domova Jistoty, p.o. na připravovanou realizaci koncepce prostupnosti služeb pro definovanou cílovou skupinu.

Teoretická východiska jsem popsala v prvních pěti kapitolách, ve kterých jsem nejprve definovala klíčové pojmy, poté jsem se zabývala problematikou sociálních služeb a požadavky na jejich kvalitu v kontextu procesu transformace pobytových sociálních služeb. Dále jsem se zabývala procesem plánování sociálních služeb a jejich dostupností, přiblížením znevýhodnění osob s chronickým duševním onemocněním ve společnosti charakteristikou jednotlivých onemocnění, patřících do definované cílové skupiny, včetně jejich postavení ve společnosti založené na stigmatizaci těchto osob jak v jejich rodinách, tak v masmédiích. Poslední kapitolu teoretické části jsem věnovala reformě psychiatrické péče v ČR, jejím cílům a směřování psychiatrické péče o institucionálního ke komunitnímu typu.

V empirické části jsem nejprve popsala cíle průzkumu a naformulovala předpoklady v rámci průzkumu, které jsem dále testovala prostřednictvím zvolených průzkumných metod. Dále jsem stručně charakterizovala aktéry průzkumu, kterými byla Psychiatrická nemocnice Opava a Domov Jistoty, p.o., vymezila výzkumný soubor, popsala zvolenou metodologii a organizaci průzkumu.

Dále jsem popsala způsob zpracování dat, zjištěná data podrobila analýze a pokusila se je interpretovat. V závěrečném shrnutí empirické části jsem pak popsala potvrzení či vyvrácení předpokladů v rámci průzkumu, které jsem stanovila na začátku průzkumu a které jsem v jeho průběhu testovala. Zjištěné závěry v prvních dvou částech průzkumu potvrdily stanovené předpoklady, a tím rovněž mé osobní přesvědčení vycházející z mé dosavadní praxe, a to že stávající kapacita pobytových sociálních služeb pro definovanou cílovou skupinu je nedostačující a že je nutno zaměřit pozornost a podpořit rozvoj takových pobytových sociálních služeb, které poskytují vyšší míru podpory a pomoci uživatelům, kteří v důsledku svého dlouhodobého chronického duševního onemocnění již nejsou schopni se plně osamostatnit. Na závěr druhé části průzkumu jsem naformulovala doporučení pro další rozvoj sociálních služeb na území Moravskoslezského kraje. Zjištěné závěry z třetí části průzkumu mě osobně překvapily, a to ve směru odborné nepřipravenosti stávajících pracovníků sledovaných služeb Domova Jistoty, p.o. pro práci s definovanou cílovou skupinou. V tomto ohledu bude nutno, aby poskytovatel co nejdříve své pracovníky odborně připravil formou vzdělávacích kurzů v tématech, která stanovil jako odborné požadavky na další vzdělávání pracovníků.

Přínos své závěrečné práce spatřuji především ve zmapování dostupnosti pobytových sociálních služeb pro definovanou cílovou skupinu na území Moravskoslezského kraje a ve zmapování potřeb potenciálních zájemců z řad pacientů Psychiatrické nemocnice Opava, kteří se v rámci reformy psychiatrické péče mohou do budoucna stát uživateli sociálních služeb Domova Jistoty, p.o. Závěry z tohoto průzkumu mohou být cenným podnětem pro praxi a další rozvoj sociálních služeb na území Moravskoslezského kraje.

## Literatura a prameny

### Monografie

- BEDNÁŘ, Martin. *Kvalita v sociálních službách*, Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3070-6.
- HALÁSKOVÁ, Renáta. *Význam standardizace sociálních služeb v době jejich liberalizace*, Praha: VÚPSV, v.v.i., 2013. ISBN 978-80-7416-118-6.
- HEŘMANOVÁ, Eva. *Koncepty, teorie a měření kvality života*, Praha: Slon, 2012. ISBN 978-80-7419-106-0.
- HOLASOVÁ MALÍK, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.
- JAROLÍMEK, Martin. Transformace psychiatrické péče. In: HEJZLAR, Petr. *Na cestě ke komunitní psychiatrii...: sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví*. Pardubice: Theo, 2010. ISBN 978-80-904009-6-2.
- JEŘÁBEK, Hynek. *Úvod do sociologického výzkumu*, Praha: Univerzita Karlova, 1992. ISBN 80-7066-662-5.
- JURÍČKOVÁ, Lubica, Kateřina IVANOVÁ a Jaroslav FILKA. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4786-6.
- KREBS, Vojtěch a kol. *Sociální politika*, Praha: ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.
- KRUTILOVÁ, Dagmar, a kol. *Sociální služby. Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*, Praha: Vydáno ve spolupráci s Asociací poskytovatelů sociálních služeb, 2009. ISBN 978-80-254-3427-7.
- KUČEROVÁ, Helena. *Schizofrenie v kazuistikách*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2010. ISBN 978-80-247-2045-6.
- MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.
- MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE NEMOCÍ. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*. Praha: Ministerstvo zdravotnictví, 2008. ISBN 978-80-904259-0-3.



OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie*, Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-2477-170-0.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PĚČ. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*, Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3.

RABOCH, Jiří a Petr ZVOLSKÝ. *Psychiatrie*, Praha: Galén, 2001. ISBN 80-7262-140-8.

THORNICROFT, Graham. *Ti, kterým se vyhýbáme: Diskriminace lidí s duševním onemocněním*, Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2011. ISBN 978-80-260-0302-1.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

## Články

LORENZ, Walter. Decentralisation and Social Services in England. *Social Work & Society*, 2005, Volume 3, Issue 2, s. 201 – 214. ISSN 1613-8953.

## Právní normy

ČESKO. Úplné znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Úplné znění*. 2012. ISBN 978-80-7208-900-0.

ČESKO. Úplné znění vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *Úplné znění*. 2012. ISBN 978-80-7208-900-0.

ČESKO. Usnesení předsednictva ČNR č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. In: *Úplné znění*. 2011. ISBN 978-80-7208-876-8.

## Internetové prameny

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Politika péče o duševní zdraví v ČR. cmhcd.cz [online]. CMHCD, © 2015 Dostupné z: <[http://www.cmhcd.cz/images/cast\\_1\\_1\\_3\\_05.pdf](http://www.cmhcd.cz/images/cast_1_1_3_05.pdf)> [cit. 7.4.2015].

EHP A NORSKÉ FONDY. CZ 11 Schválené projekty. *eeagrants.cz* [online]. MFČR © 2013, dostupné z: <<http://www.eeagrants.cz/cs/programy/norske-fondy-2009-2014/cz11-verejne>>

zdravi/cz11-schvalene-projekty/psychiatricka-nemocnice-vopave--vytvoren-1680>

[cit. 11.4.2015].

GOFFMAN, Erving. *Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates* [online]. New Brunswick, NJ: Aldine Transaction, © 2007, xxii, 386 p. [cit. 2015-03-23]. ISBN 02-023-0971-1.

MARTÍNEK, Roman. Státní zástupce definitivně zastavil trestní stíhání Orlové. *Žďárský deník* [online]. VLP, © 2015 Dostupné z: <<http://zdarsky.denik.cz/zlociny-a-soudy/statni-zastupce-definitivne-zastavil-trestni-stihani-orlove-20150401dd.html>> [cit. 2.4.2015].

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. Tiskové zprávy. *mzcr.cz* [online]. MZČR, © 2010 Dostupné z: [http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr\\_8306\\_2778\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/mz-predstavuje-strategii-reformy-psychiatricke-pece-v-cr_8306_2778_1.html) [cit. 14.3.2015].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb. *mpsv.cz* [online]. MPSVČR, dostupné z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce\\_podpory.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf)> [cit. 22.3.2015].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Tisková zpráva z 27.1.2015. *mpsv.cz* [online]. MPSVČR, dostupné z: <[http://www.mpsv.cz/files/clanky/20152/TZ\\_270115a.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/20152/TZ_270115a.pdf)> [cit. 27.3.2015].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Základní informace o komunitním plánování sociálních služeb. *mpsv.cz* [online]. MPSVČR, dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/858>> [cit. 29.3.2015].

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. Metodiky pro plánování sociálních služeb. *mpsv.cz* [online]. MPSVČR, dostupné z: <<http://www.mpsv.cz/cs/6478>> [cit. 29.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. O kraji. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2010 Dostupné z: <[http://o-kraji.kr-moravskoslezsky.cz/geograficke\\_informace.html](http://o-kraji.kr-moravskoslezsky.cz/geograficke_informace.html)> [cit. 14.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Transformace. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2010 Dostupné z: <<http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/eu/podpora-procesu-transformace-pobytych-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji-16479/>> [cit. 14.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Koncepce kvality sociálních služeb v Moravskoslezském kraji (včetně transformace pobytových sociálních služeb), duben 2008. *kr-moravskoslezsky.cz*

[online]. MSK, © 2010 Dostupné z: <[http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni\\_oblast/soc\\_20\\_p01.pdf](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni_oblast/soc_20_p01.pdf)> [cit. 24.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Transformační proces v příspěvkových organizacích. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2015 Dostupné z: <[http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/socialni\\_oblast/transformacni-proces-v-prispevkovych-organizacich-42924/](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/socialni_oblast/transformacni-proces-v-prispevkovych-organizacich-42924/)> [cit. 27.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Souhrnná zpráva o procesu transformace v Moravskoslezském kraji. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2015 Dostupné z: <[http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni\\_oblast/souhrnna\\_zprava\\_o\\_procesu\\_transformace\\_msk.pdf](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni_oblast/souhrnna_zprava_o_procesu_transformace_msk.pdf)> [cit. 27.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Individuální projekty ve vztahu k transformačnímu procesu a jejich výstupy. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2015 Dostupné z: <[http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/socialni\\_oblast/individualni-projekty-ve-vztahu-k-transformacnimu-procesu-a-jejich-vystupy-42925/](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/socialni_oblast/individualni-projekty-ve-vztahu-k-transformacnimu-procesu-a-jejich-vystupy-42925/)> [cit. 27.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Zásady plánování rozvoje sociálních služeb. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2015 Dostupné z: <[http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/socialni\\_oblast/zasady-planovani-rozvoje-socialnich-sluzeb-42934/](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/socialni_oblast/zasady-planovani-rozvoje-socialnich-sluzeb-42934/)> [cit. 29.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Proces střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2015 Dostupné z: <[http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/socialni\\_oblast/proces-strednedobeho-planovani-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji-43125/](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/cz/socialni_oblast/proces-strednedobeho-planovani-rozvoje-socialnich-sluzeb-v-moravskoslezskem-kraji-43125/)> [cit. 29.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Moravskoslezském kraji na léta 2015 - 2020. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2015 Dostupné z: <[http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni\\_oblast/sprss\\_2015-2020\\_1.pdf](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/socialni_oblast/sprss_2015-2020_1.pdf)> [cit. 29.3.2015].

MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ. Strategie rozvoje Moravskoslezského kraje na léta 2009 - 2020. *kr-moravskoslezsky.cz* [online]. MSK, © 2012 Dostupné z: <[http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/rozvoj\\_kraje/srk\\_2009\\_2020.pdf](http://verejna-sprava.kr-moravskoslezsky.cz/assets/rozvoj_kraje/srk_2009_2020.pdf)> [cit. 30.3.2015].

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE OPAVA. Domovská stránka. *pnopava.cz* [online]. PN Opava © 2015, Dostupné z: <<http://www.pnopava.cz/>> [cit. 11.4.2015].

REFORMA PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Strategie reformy psychiatrické péče. *reformapsychiatrie.cz* [online]. Reforma péče o duševní zdraví © 2013, Dostupné

z: <<http://www.reformapsychiatrie.cz/2013/10/08/vydani-strategie-reformy-psychiatricke-pece/#.VSKwPY4ZmSo>> [cit. 6.4.2015].

THORNICROFRT, Graham a Michele TANSELLA. *What are the arguments for community-based mental health care?* [online]. WHO, Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2003, Dostupné z: <[http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0019/74710/E82976.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf)> [cit. 7.4.2015].

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIKY ČR. MKN. *uzis.cz* [online]. ÚZIS ČR, © 2010 – 2014 Dostupné z: <<http://www.uzis.cz/zpravy/upravena-verze-mkn-10>> [cit. 14.3.2015].

## Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
F 06.2	Mezinárodní statistický kód pro organickou poruchu s bludy (podobnou schizofrenii)
F 20 – 29	Mezinárodní statistický kód pro schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F 30 – 39	Mezinárodní statistický kód pro afektivní poruchy
MKN 10	Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MSK	Moravskoslezský kraj
MZ	Ministerstvo zdravotnictví
PN	Psychiatrická nemocnice
p.o.	příspěvková organizace

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1    Dotazník

## **Příloha č. 1**

Vážení,

dovoluji si Vás požádat o spolupráci při vyplnění předkládaného dotazníku, který má za cíl zmapovat potenciální zájemce o pobytové sociální služby Domova Jistoty, příspěvkové organizace z řad pacientů Psychiatrické nemocnice v Opavě. Data zjištěná prostřednictvím tohoto dotazníkového šetření budou sloužit k jednání s Moravskoslezským krajem, který je zřizovatelem Domova Jistoty, p.o, o dalším směru rozvoje sociálních služeb pro osoby s chronickým duševním onemocněním tak, aby se staly účinným nástrojem spolupráce v rámci procesu reformy psychiatrické péče. Osobami s chronickým duševním onemocněním jsou rozuměny dospělé osoby od 18 let, které trpí schizofrenním onemocněním, afektivními poruchami či poruchami s bludy. Tato spolupráce bude v této etapě spočívat ve sběru dat prostřednictvím tohoto dotazníku, který jsem připravila a jehož úkolem je zjistit potřeby případných uživatelů sociální služby, které by bylo vhodné vzhledem k potřebám rozvíjet. Prosím o vyplnění dotazníku do 15.1.2015.

### **Klíčové pojmy:**

*Domov pro seniory* – pobytová sociální služba zajišťující ubytování, stravování, ošetrovatelskou péči uživatelům. Podmínkou pro poskytnutí služeb je dodržování pravidel vzájemného soužití.

*Domov se zvláštním režimem* – pobytová sociální služba zajišťující ubytování, stravování, ošetrovatelskou péči osobám s chronickým duševním onemocněním.

Podmínkou

pro poskytnutí služeb je dodržování pravidel vzájemného soužití.

*Chráněné bydlení 1. typu* – pobytová sociální služba zajišťující ubytování, stravování a podporu při získávání či udržení schopností a dovedností potřebných pro soběstačný život v chráněném bydlení. Podmínkou pro poskytnutí služeb je dodržování pravidel vzájemného soužití.

*Chráněné bydlení 2. typu* – pobytová sociální služby zajišťující ubytování, stravování a podporu při získávání či udržení schopností a dovedností vedoucích k soběstačnému životu v samostatném bydlení. Podmínkou pro poskytnutí služeb je dodržování pravidel vzájemného soužití.

### **Pokyny k vyplnění dotazníku:**

1. Dotazník vyplňte s každým klientem, o kterém se domníváte, že:
  - Může přejít do sociální služby (tj. nepotřebuje a nebude potřebovat trvale pobývat v Psychiatrické nemocnici).
  - Klient před hospitalizací v PN Opava bydlel v Moravskoslezském kraji.
2. Vytvořte si vhodný seznam těchto klientů. Tento seznam je určen pouze pro vás. Ke každému respondentovi přiřaďte specifický kód (tento identifikační kód by neměl obsahovat žádné osobní citlivé údaje).
3. Při vyplňování dotazníku vepište do rámečku identifikační kód vašeho klienta. Tento kód je důležitý, protože nelze vyloučit, že po zpracování analýzy budou tito respondenti Vaším prostřednictvím přímo osloveni.
4. Postupně vyplňte všechny části dotazníku.

Děkuji za spolupráci.

Bc. Helena Breníková



## DOTAZNÍK

**KÓD:**

### **Část I.**

#### **1. POHLAVÍ:**

- Muž
- Žena

#### **2. VĚK (*prosím, vypište*):**

#### **3. SVÉPRÁVNOST:**

- Ano
- Omezená

#### **4. DIAGNÓZA (*prosím, vypište*):**

#### **5. JINÉ ZDRAVOTNÍ OMEZENÍ:**

- Sluchové specifikace .....
- Zrakové specifikace .....
- Pohybového aparátu specifikace .....
- Řeči specifikace .....

### **Část II.**

#### **6. DÉLKA SOUČASNÉHO POBYTU V PN OPAVA:**

- Do 3 měsíců
- 3 měsíce až 1 rok
- 1 rok – 3 roky
- 3 roky až 5 let
- 5 let a více

#### **7. PŘIROZENÉ PROSTŘEDÍ, VE KTERÉM KLIENT PŘED HOSPITALIZACÍ V PN OPAVA ŽIL:**

- a) domácí prostředí
  - sám
  - společně s jinými osobami
  
- b) jiné zařízení sociálních služeb
  - domov pro osoby se zdravotním postižením
  - Domov se zvláštním režimem

- Chráněné bydlení
- Jiné .....

c) osoba bez přístřeší

### 8. PŘEDPOKLÁDANÝ ZÁJEM KLIENTA O POBYTOVOU SLUŽBU:

- Ano
- Ne

### 9. CO PŘEDPOKLÁDÁTE, ŽE BUDE CHTÍT KLIENT PROSTŘEDNICTVÍM SOCIÁLNÍ SLUŽBY:

- bydlení
- nácvik dovedností (klient dovednosti ztratil a potřebuje si je obnovit)
- upevňování dovedností (klient dovednosti má, ale potřebuje si je zdokonalit)
- podpora k samostatnosti (cílem klienta je samostatně bydlet)

### 10. SCHOPNOSTI A DOVEDNOSTI:

*Samostatně    S dohledem    Se slovní podporou    S pomocí*

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a) Nakupování<br>(provedení nákupu a dopravení jej domů)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Příprava stravy<br>(mít stravovací návyky, dodržovat potřebnou dietu, připravovat stravu pro sebe i pro druhé, dodržovat pitný režim)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Úklid a péče<br>o domácnost<br>(udržovat pořádek ve svých věcech, prostoru, dodržovat bezpečnostní pravidla)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Oblékání<br>(připravit si věci k obléknutí, obléci se, obléci se adekvátně situaci a počasí)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Péče o zdraví<br>(informovat o svém zdravotním stavu, vyhledat zdravotnickou pomoc, dojít k lékaři, dodržovat léčebný režim, připravit si léky, užívat léky, neohrožovat své zdraví svým jednáním)                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Péče o hygienu<br>(dodržovat hygienické návyky – péče o chrup, vlasy, o čistotu těla, výměna prádla)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Orientace<br>v prostředí<br>(orientovat se ve vnitřním prostředí, respektovat soukromý prostor druhých, orientovat se v blízkém okolí, dodržovat pravidla při samostatném pohybu venku, dodržovat pravidla silničního provozu) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Hospodaření<br>s majetkem<br>(nakládat šetrně se svým majetkem i majetkem druhých osob)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- i) Hospodaření s penězi      
(účelně se rozhodovat o nakládání se svými penězi)
- j) Doprava      
(využívat hromadné dopravní prostředky, dopravit se z místa A do místa B)
- k) Péče o prádlo      
(roztřídit prádlo, vyprat, usušit, případně vyžehlit, uložit do skříně)

**11. JAKÝ DRUH SLUŽBY BY BYL PRO KLIENTA VHODNÝ?**

- Chráněné bydlení 1. typu
- Chráněné bydlení 2. typu
- Domov se zvláštním režimem
- Domov pro seniory
- Jiný druh sociální služby

**Část III.**

**12. MŮŽE U KLIENTA DOJÍT K RIZIKOVÉMU CHOVÁNÍ?**

- Ano
- Ne

**13. O JAKÉ PROJEVY RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ SE JEDNÁ:**

- slovní agrese vůči sobě
- fyzická agrese vůči sobě
- fyzická agrese vůči jiným osobám
- fyzická agrese vůči předmětům
- apatie
- stažení se do ústraní
- útěk
- jiné .....

**13. SPOUŠTĚČ (STIMUL) RIZIKOVÉHO CHOVÁNÍ (*prosím, vypište*):**

**14. JAK ČASTO DOCHÁZÍ K RIZIKOVÉMU CHOVÁNÍ? (*prosím, vypište*)**

**15. JE KLIENTOVI SOUDEM NAŘÍZENA OCHRANNÁ LÉČBA?**

- a) Ano
- Ambulantní
- Ústavní
- b) Ne