



Transformace sociálních služeb v regionu Česká Lípa

Bakalářská práce

Studijní program:

B7508 Sociální práce

Studijní obor:

Sociální práce a penitenciární péče

Autor práce:

Martina Kopúníková

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Korych

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání bakalářské práce

Transformace sociálních služeb v regionu Česká Lípa

Jméno a příjmení: **Martina Kopúníková**
Osobní číslo: P18000022
Studijní program: B7508 Sociální práce
Studijní obor: Sociální práce a penitenciární péče
Zadávací katedra: Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky
Akademický rok: **2019/2020**

Zásady pro vypracování:

Cíl bakalářské práce: Vyhodnotit plány procesu transformace sociálních služeb ve vybraném ústavním zařízení.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, příprava průzkumu, sběr dat, interpretace a vyhodnocení dat, formulace závěrů.

Metody: Dotazování

Při zpracování bakalářské práce budu postupovat v souladu s pokyny vedoucího práce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Forma zpracování práce:
Jazyk práce:

tištěná/elektronická
Čeština



Seznam odborné literatury:

- CHÁB, Milan. *Svět bez ústavů*. 1. vyd. Praha: QUIP, 2004. ISBN 80-239-4772-9.
MATOUŠEK, Oldřich, aj. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
MATOUŠEK, Oldřich, aj. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: SLON, 1999. ISBN 80-85-850-76-1.
PILÁT, Miroslav. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii*. 1. vyd. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0932-4.
RIEGER, Zdeněk. *Návrat k rodině a domů*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-544-8.

Vedoucí práce:

Mgr. Martin Korych
Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

2. dubna 2020

Předpokládaný termín odevzdání:

30. dubna 2021

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

Ing. Zuzana Palouňková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 2. dubna 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svou bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé bakalářské práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má bakalářská práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

17. dubna 2021

Martina Kopúníková

Poděkování

V úvodu bych ráda poděkovala vedoucímu předložené bakalářské práce, Mgr. Martinu Korychovi, za pomoc a cenné zkušenosti při realizaci této bakalářské práce. Zároveň bych ráda poděkovala zejména svému zaměstnavateli a své rodině za podporu při celém studiu vysoké školy. Dále bych ráda poděkovala všem účastníkům výzkumu.

Anotace

Tato bakalářská práce se zabývá procesem transformace sociálních služeb a vyhodnocuje plány procesu transformace u jednoho vybraného sociálního zařízení v regionu Česká Lípa. Cílem předložené práce bude vyhodnotit cíle procesu transformace.

Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. V teoretické části se bude autorka zabývat historií vzniku ústavů, historií chudinské laické péče po vznik profesionální sociální práce, vysvětlení pojmu mentální postižení. Procesem transformace sociálních služeb.

Praktická část je zaměřena na konkrétní jedno vybrané sociální zařízení a to Domov Sluneční dvůr, p. o., Jestřebí, kde úkolem bude vyhodnotit plány procesu transformace tohoto zařízení.

Práce je založena na kvalitativní výzkumné strategii. Konkrétně na technice polo strukturovaných rozhovorů jednotlivých pracovníků a klientů zařízení.

Klíčová slova: bydlení, chudinská péče, mentální postižení, přirozené prostředí, sociální práce, ústav.

Summary

The aim of this bachelor thesis is to cover the transformation process of social services and the evaluation of such process on a selected social care institution in Česká Lípa district.

Thesis is divided into a theoretical and an empirical part. The author summaries history of institutional care, the conversion of social care from former non-professional to nowadays professional, the explanation of term mental disability, and transformation process of social care system. The practical part is focused on a selected social care institution – “Domov Sluneční Dvůr”, Jestřebí – where the author evaluates plans of transformation process of this institution. Thesis is based on the qualitative research strategy using semi-structured interviews of social care workers and clients of the institution.

Key words: housing, welfare system, mental disability, natural environment, social care, institution

Obsah

Úvod.....	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1 Historie vzniku ústavů	11
1.1 Starověk, středověk.....	11
1.2 Křesťanství	11
1.3 Novověk, Domovské právo	11
1.4 Konec 17. a počátek 18. století	12
1.5 18. a 19. století	12
1.6 Konec 19. a počátek 20. století	12
1.7 20. století	13
1.8 Domovy pro osoby se zdravotním postižením	14
2 Přechod od laické k profesionální sociální práci.....	15
2.1 Historie sociální práce v ČR.....	15
2.2 Přechod od laické k profesionální práci.....	16
2.3 Konec první světové války.....	17
2.4 Krize 30. let 20. století.....	17
2.5 Vliv SSSR.....	18
2.6 Pozvolný rozvoj sociální péče.....	19
2.7 Skutečný rozvoj, současnost.....	20
3 Mentální retardace.....	20
3.1 Psychická porucha	20
3.2 Mezinárodní klasifikace nemocí	21
3.3 Mentální retardace.....	21
3.4 Kategorie stupňů mentální retardace	22
3.5 Pojem osoba omezená ve svéprávnosti.....	24
4 Transformace.....	26
4.1 Ústavní péče	27
4.2 Deinstitutionalizace	28
4.3 Komunitní služby	29
4.4 Humanizace	30
4.5 Plán procesu transformace.....	30
4.6 Manuál transformace ústavů	31
4.7 Transformace sociálních služeb	31
EMPIRICKÁ ČÁST	34
5 Metodologie výzkumu.....	34
5.1 Přirozené prostředí	34
5.2 Hlavní výzkumná otázka a vymezení dílčích otázek.....	35
5.3 Průzkumné otázky	35

5.4 Předmět průzkumu	35
5.5 Objekt průzkumu.....	36
5.6 Průzkumná metoda – dotazování	37
5.7 Průzkumná metoda – pozorování.....	38
5.8 Analýza sekundárních zdrojů	38
5.9 Etika	39
6 Kvalitativní analýza	40
6.1 Charakteristika prostředí organizace	40
6.2 Časový horizont.....	41
7 Vyhodnocení plánu procesu transformace.....	42
7.1 Proces přípravy	42
7.2 Snížení kapacity klientů.....	43
7.3 Míra podpory.....	44
7.4 Lokality výstavby pobytové sociální služby	45
7.5 Plán stěhování.....	47
7.6 Příprava sociálních pracovníků, pracovníků managementu, pracovníků v přímé péči	49
7.7 Financování.....	50
7.8 Plán rizik	50
8 Přejít od ústavního zařízení ke službám komunitního typu, realizace	52
8.1 První etapa.....	53
8.2 Druhá etapa	55
8.3 Třetí etapa.....	56
8.4 Objekt Jestřebí	58
8.5 Aktivizační služby	58
8.6 Veřejnost	59
9 Shrnutí praktické části	60
9.1 Odpovědi na výzkumné otázky	64
9.2 Navrhovaná opatření	66
Závěr	68
Seznam použitých zdrojů	69
Seznam příloh:.....	73

Úvod

„Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život omezenější a předvídatelnější než v okolním sociálním prostředí.“

Oldřich Matoušek, Ústavní péče

Tato bakalářská práce se v úvodu bude zabývat historií vzniku ústavní péče, přechodem od laické sociální péče k profesionální sociální práci, definicí mentálního postižení, procesem transformace ústavního zařízení sociálních služeb a to prostřednictvím šetření ve vybraném sociálním zařízení. Cílem bakalářské práce je vyhodnotit plány procesu transformace sociálních služeb ve vybraném ústavním sociálním zařízení.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila s ohledem na nynější aktuální dění procesů transformace sociálních služeb. Tento proces transformace, a zejména klienti zařazení do tohoto procesu, mne na tolik zaujali, že jsem se rozhodla pro toto téma. Navíc jsem již v prvním ročníku vysoké školy byla rozhodnuta, jakému tématu se budu věnovat, a jakým tématem se budu zabývat. Toto téma mi bylo blízké i z toho důvodu, že se ve svém zaměstnání věnuji osobám s mentálním postižením a to z právního hlediska (opatrovnictví).

Hlavním cílem výzkumu je vyhodnotit plány procesu transformace sociálního zařízení v Domově Sluneční dvůr p. o., Jestřebí, kde vybranou cílovou skupinou klientů zařízení jsou osoby s mentálním postižením. Vysvětlit pojem transformace a s ním související pojem deinstitucionalizace. Seznámit čtenáře s historií vzniku ústavů. Zvýšit informovanost o procesu transformace ústavní institucionální péče. Přiblížit čtenářům, kdo jsou osoby se zdravotním postižením, zejména dospělé osoby s mentálním postižením. Zjistit, zda se provedenou transformací život klientů zařízení změnil, pokud ano, jakým způsobem. Zda došlo ke zlepšení podmínek klientů v tom směru, že se stali soběstačnější, zda došlo k posílení jejich nezávislosti.

Pro získávání dat jsem se rozhodla použít kvalitativní výzkum, zejména budu čerpat z výpovědí samotných aktérů procesu transformace v sociálním zařízení Domov Sluneční dvůr p. o., Jestřebí. Dále mi budou k vypracování bakalářské práce nápomocny projekt a plány transformace vybraného zařízení a řada dalších dokumentů.

Transformace je proces, kde výsledným stavem dochází k přechodu od ústavní péče v péči komunitní, tedy k životu v běžných podmínkách. Aby byl proces transformace úspěšný, je třeba provést řadu kroků, od osvěty u veřejnosti po samotné uživatele, kterých se transformace týká. Je vždy nutná propojená spolupráce sociálního zařízení s obcí, krajem, státem.

V první teoretické části bakalářské práce budou čtenáři seznámeni se vznikem ústavů a přechodem od chudinské péče k profesionální sociální práci, s vývojem samotného procesu transformace, postavení osob v ústavech. Čtenářům bude vysvětlen pojem mentální retardace, transformace sociálních služeb.

Ve druhé praktické části bakalářské práce autorka vyhodnotí, zda se podařil zajistit přechod od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k podpoře osob v přirozeném prostředí. Na začátku této bakalářské práce si autorka zvolila hlavní cíl a tím navazující další propojené dílčí cíle. Například: Jakým způsobem proběhla podpora začleňování klientů do společnosti? Jak byly naplněny cíle transformačního programu vybraného sociálního zařízení. Zda bylo transformací posíleno sociální začleňování klientů.

Bylo použito výzkumné šetření, včetně analýzy dat a jejich vyhodnocení, kvalitativní výzkum, dotazníky, audiozáznamy. Aby byl hlavní cíl naplněn, byla provedena řada výzkumných otázek.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Historie vzniku ústavů

Abychom porozuměli současnému vzniku ústavního zařízení, transformaci ústavního zařízení sociálních služeb, musíme si nejprve připomenout a zajít do historie vzniku ústavů.

1.1 Starověk, středověk

Historii vzniku ústavů můžeme již spatřovat ve starověkém Egyptě, ve starém Řecku a Římě. Z dob antiky nejsou dochovány žádné zprávy o zařízeních pro chudé, pro sirotky, hendikepované. Pouze z dokumentů té doby je prokázáno, že tamní společnost dospělé lidi s hendikepem, nemocné, tělesně či smyslově postižené, tolerovala podobně jako středověk.

Jelikož docházelo k sociálnímu vylučování lidí, kteří se vymykali standardním sociálním strukturám (např. nemajetné osoby, žebráci, tuláci, osoby s duševním onemocněním, cikáni, nemocní lidé s nakažlivými nemocemi, nemajetní cizinci) začaly se tak zřizovat služby převážně ústavního charakteru, které měly pečovat o znevýhodněné lidi (ústavy). Počátek vzniku ústavů nebyl vůbec lehký, ústavy byly nediferencovanými útulky (žili zde po hromadě chudí, staří, nemocní, děti, žebráci, tuláci) (Matoušek 2001, s. 184).

1.2 Křesťanství

Až s křesťanstvím se objevují zprávy o útulcích, kde byly vybudovávány útulky pro nemocné. V této době se objevuje solidarita občanů – nutnost vzájemné pomoci. Církev je pokládána za významnou instituci v pomoci chudým, žebrákům, pocestným, sirotkům a to až do novověku. Nese významnější úlohu než je stát samotný.

1.3 Novověk, Domovské právo

Na počátku novověku se prosazuje nový přístup péče o chudé, o lidi sociálně hendikepované, nemocné, a to tzv. vydáním Domovského práva. Domovské právo ukládalo obcím povinnost pečovat o své chudé, tato zákonná norma byla dodržena v naší zemi až do 20. století.

„Obce se tak od 16. století stávají vedle církve dalšími zřizovateli „ústavů“ pro lidi, kteří postrádají vlastní rodinné zázemí nebo základní prostředky k udržení života“ (Matoušek 1995, s. 29).

1.4 Konec 17. a počátek 18. století

Koncem 17. a poč. 18. století jsou zřizovány velké ústavy. Tyto velké ústavy nejsou již zakládány církví, ale státem. V těchto ústavech jsou drženi i mentálně retardovaní lidé. Dochází ke specializaci ústavů (například pro slepce, hluchoněmé, hendikepované). Do ústavů jsou zavíráni z toho důvodu, že tehdejší společnost je pobouřena tou skutečností, že nepracují, resp. neplní základní příkaz pracovat (Matoušek 1995, s. 29).

V Josefinské době (Josef II., 1741-1791) byla prosazována zásada, že o své chudé nemocné se má postarat vrchnost (Rákosník 2012, s. 309).

1.5 18. a 19. století

V době průmyslové revoluce v 18. století se v ústavech zřizují „ústavní dílny“, kde klienti ústavů vydělávají na své potřeby, a jsou využíváni jako levná pracovní síla.

Až na přelomu 18. a 19. století začala postupně vznikat velká diferencovaná zařízení (sirotčince, blázince, chudobince, starobince) aj. (Matoušek 2001, s. 184).

1.6 Konec 19. a počátek 20. století

Koncem 19. a počátkem 20. století se ústavy postupně orientují na potřeby klientů, je přesunut důraz již ne na vylučování lidí ze společnosti.

V meziválečném období (1918-1938) se obce snažily svou sociální péči institucionálně centralizovat. Můžeme uvést zdárný příklad vniku za první republiky tzv. „Masarykových domovů“.

„Masarykovy domovy – sociální ústavy hlavního města Prahy v Krči (dnes Thomayerova fakultní nemocnice). Jednalo se v této době o nejmodernější zařízení svého druhu v Evropě. V jejich areálu se nacházelo 6 chudobinců (1 200 lůžek), 1 ústav pro 100 manželských párů a 4 chorobince (800 lůžek). Během dalších let do roku 1940 byly přistavěny další pavilony, včetně ambulancí a operačních sálů. Po dokončení měly ústavy celkem 3 256 lůžek (1 278 starobineckých, 1 432 chorobineckých a 546 lůžek pro děti). K dispozici tu byly mimo jiné například divadelní sál, kinosál, bazény, ústřední knihovna, sportovní a tenisové kurty. Toto vybavení vysloužilo Masarykovým domovům unikátní postavení v Evropě“ (Matoušek 2007, s. 24).

Rákosník (2012, s. 373) uvádí, že *„chudinská péče tak, jak byla provozována v době první republiky, stejně jako v omezené míře v období druhé světové války, se řadila svou kvalitou a úrovní poskytovaných služeb mezi nejdokonalejší systémy v Evropě“*

1.7 20. století

Před rokem 1948 byla část ústavní péče financována nositeli sociálního pojištění (individuální zdravotní péče). Soukromý sektor tedy hrál důležitou úlohu v ústavní péči. Vznikaly Ústavy národního zdraví (ÚNZ), kde byla prováděna ambulantní péče, péče preventivní, lůžková, hygienicko-epidemiologická, osvětová. Do lůžkové péče spadaly léčebny, speciální ústavy, lázně (Rákosník 2012, s. 304). Po roce 1948 je zrušeno Domovské právo, které bylo nahrazeno institutem československého občanství. To znamenalo, že starost obcí přešla na stát.

Vydáním zákona č. 101/1964 Sb., kterým byla provedena diferenciacie ústavů sociální péče, bylo v plánech zajistit vysokou úroveň ústavní péče. Dalším vývojem této diferenciacie však bylo „*prokázáno, že nebylo toto rozhodnutí ve prospěch osob s postižením, ani nezvýšilo vysokou úroveň poskytované péče. Důsledkem tohoto rozhodnutí byla koncentrace osob s určitým handicapem v jednom uzavřeném prostředí, kde personálu velmi brzy hrozil syndrom vyhoření, ale také proto, že se vytvořením takto rozsáhlé sítě ústavů sociální péče podporovala ústavní péče, zatímco se v podstatě přestaly rozvíjet sociální služby*“

V 70. letech 20. století je pojem sociální péče vymezen (z. č. 121/1975 Sb.) téměř shodně se současnou právní úpravou (Rákosník 2012, s. 380).

Ústavní péče je organizována na ochranu klientů. Ústavní formy již dnes ubývají a to ve prospěch neústavních forem. V dnešní době se sociální práce zaměřuje na to poskytnout klientovi takové rodinné „domácí“ zázemí v jeho přirozeném prostředí, než vytváření nového umělého prostředí ústavního. V minulosti byly ústavy vybudovávány zejména, aby chránily společnost, nikoliv však proto, aby byly pocitem jistoty, domovem, pro klienty ústavu. V ústavech se dodržuje a dodržoval vnitřní řád, spočívající v jak pozitivních tak v negativních sankcích. Vůči vnějšímu světu jsou uzavřené, kontrolované, vstup do nich je pouze za dodržování daných podmínek. Vstup do ústavu je většinou nedobrovolný (psychiatrická onemocnění, mentální postižení, na základě rozhodnutí soudu). Ústav klientům nedovoluje uplatňování osobních přání, omezuje klientovo soukromí. Klient je tak omezen ve svém rozhodování, je ústavnímu režimu podřízen.

Jak Matoušek (1995, s. 35) uvádí, „*obecně se uznává, že velké, tradiční, „šedivé“ instituce klientům neprospívají, proto v některých zemích již existují zákony limitující jednak velikost ústavů, jednak délku pobytu v nich. Ústavy mění svůj zevnějšek i interiér, aby byly pro klienty co nejpřitažlivější. Dřívější rigidní struktura programů se uvolňuje, klienti mají možnost volit mezi různými nabízejícími se množstvím náplně dne. Ústavy se otvírají vůči okolní komunitě*“.

Do první světové války se nepodařilo vytvořit takovou dostatečně fungující ústavní péči, aby pojmla všechny osoby, které byly na ústavní péči závislé. Řada osob zůstávala doposud odkázána na chudinskou péči (mimoústavní). Úroveň chudinské péče však nebyla dostačující, chyběly finanční prostředky na udržení této chudinské péče. Později došlo k přenesení nákladů péče o chudé z obcí na dělnickou třídu (Rákosník 2012, s. 66).

Moderní sociální práce usiluje o individuální přístupy ke klientům, vrátit je do běžného života. Transformovat ústavní sociální zařízení, aby klienti měli větší soukromí, byli vedeni k vyšší míře soběstačnosti, mohli rozhodovat o svém životě, aby došlo k posílení jejich sebevědomí. Mohli žít plnohodnotný život, a nebyli izolováni od společnosti jako doposud.

Matoušek (1995, s. 17) uvádí, že „ústav se od pobytového zařízení liší tím, že v něm skupina profesionálních zaměstnanců pečuje o skupinu nějak handikepovaných lidí. Ústav je zvláštní fenomén: personál je v něm zaměstnán jako v jakékoliv jiné organizaci, pro klienty je však ústav dočasnou nebo trvalou náhradou domova. Tento rozdíl v očekáváních a postojích je ústředním problémem ústavní péče. Personál považuje klienty za objekt své péče, klienti chtějí být individuálními subjekty“.

Ústavem je instituce poskytující nepřetržitou péči spojenou s ubytováním a stravováním. Ústavy sociální péče jsou povinny dle zákona 108/2006 Sb. poskytovat klientům bydlení, zaopatření, zdravotní péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči. Před vydáním tohoto zákona byla členěna ústavní péče na mnoho podskupin (například ústavy pro tělesně postiženou mládež, ústavy pro mentálně postiženou mládež, ústavy pro tělesně postižené občany, ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením, ústavy pro smyslově tělesně postižené občany atd.). Nyní zákon o sociálních službách definuje již jen dvě kategorie těchto ústavních zařízení. Jsou jimi domov pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem (pro osoby duševně chronické, závislé na návykových látkách, osoby s demencí) (z. č. 108/2006 Sb.).

1.8 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Dle zákona č. 108/2006 Sb. sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (§ 48 odst. 1, 2) jsou definovány domovy se zdravotním postižením, které spadají do služeb sociální péče, jako:

domovy pro osoby se zdravotním postižením je služba sociální péče pobytového typu, v jejímž rámci je poskytována podpora a pomoc osobám v náročné životní situaci, které v důsledku zhoršeného zdravotního stavu vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby, důvodem této potřeby je snížená soběstačnost osoby.

Služby poskytované v rámci DOZP dle odst. zahrnují:

poskytnutí ubytování; stravy; pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (ASPI 2021)

Dle dokumentu Společných evropských pokynů k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity, je: *„ústav definován jako jakákoli pobytová péče, kde jsou obyvatelé izolováni od širší komunity nebo nuceni žít společně, obyvatelé nemají dostatečnou kontrolu nad svým životem a nad rozhodnutími, která se jich týkají, požadavky samotné organizace se často upřednostňují před individuálními potřebami jednotlivých uživatelů zařízení“* (VZD 2012).

Z předešlých minulých let byl problém ústavního zařízení pro postižené ten, že byly spíše orientovány na medicínský model, který posiloval závislost klienta na ústavu a nebyl brán dostatečný zřetel na jeho osobní rozvoj, na individuální péči klienta, zprostředkovávání klienta se sociálním prostředím. Ústavy s vyššími kapacitami svých uživatelů nebyly ničím jiným než segregujícím ústavem. Klienti potřebují bydlení, které budou sdílet s těmi lidmi, které si sami vyberou.

2 Přejchod od laické k profesionální sociální práci

V dalším pokračování bakalářské práce je zcela nezbytné věnovat se historii sociální péče, neboť ta je základnou pro dnešní sociální práci, výkon profesionální sociální práce, sociální pracovníky.

Pod pojmem sociální péče si lze představit péči o chudé, o osoby, které potřebovaly okamžitou a přímou pomoc.

2.1 Historie sociální práce v ČR

Historie sociální práce tak sahá již do středověku a má kořeny ve všech světových náboženstvích. Jako vědecká disciplína byla zformulována až počátkem 19. století.

„Ačkoliv je sociální práce produktem až 20. století, její kořeny nacházíme v dobách daleko starších, kdy lidé začali projevovat ochotu pečovat o svého soukmenovce, později souseda, a začali se zabývat

dobročinností a chudinskou péčí, ústící později do sociálních reforem. Za nejstarší definici sociální práce je možné považovat „cílenou snahu lidem prokazovat dobro“, lze ji tedy nazvat laickou sociální prací“ (Kodymová 2013, s. 11),

Matoušek (2007, s. 18, 20) o historii sociálních služeb říká, že „církve byla první, kdo začal poskytovat sociální služby“

Osobám, které byly sociálně vyloučeny a vymykaly se standardním sociálním strukturám, byla poskytována sociální péče na základě dobrovolnictví, filantropie, dobročinnosti, kterou vykonávala církev, stát, různé typy spolků či jednotlivci“. Oproti dobrovolnické, filantropické sociální péči je profesionální sociální práce definována „jako profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl, tedy již ne dobrovolnictví“ (Matoušek 2001, s. 184)

2.2 Přejchod od laické k profesionální práci

Prováděné aktivity v sociální péči, které se zejména týkaly různých spolků, se nejvíce přibližovaly pozdější podobě profesionální sociální práci. Tyto spolky projevovaly snahu o prevenci a snažily se zmírňovat negativní jevy ve společnosti. Většina spolků se zaměřovala na potřebnou pomoc dětem a mládeži, péči o chudé osoby, kdežto o alkoholiky či prostitutky se pečovalo zcela výjimečně. Forma podpory byla jak finanční, tak morální, spolky poskytovaly ubytování, stravu. Dále vznikala sdružení, která byla zaměřena na osoby se zdravotním nebo smyslovým postižením. Dávky nebyly jen finanční, ale byly také poskytovány i dávky hmotné (např. formou rozdávání školních pomůcek, šatstva, obuvi, zdarma stravování, přiděly uhlí, dřeva, brambor apod.). Některé spolky samy vyhledávaly, a to zejména v městských perifériích, chudé a potřebné osoby. Tyto osoby poté zahrnuly do své péče. Důležité bylo, aby se tyto osoby necítily nijak poníženy nebo nepociťovaly pocit strachu. Důležité bylo také to, aby při návštěvách v domácnosti těchto osob bylo, aby sami členové domácnosti své problémy, aby jim nebyla vnucována řešení sociální pracovníce (záměrně je uváděn u sociálních pracovníc ženský rod, jelikož sociální práci vykonávaly převážně ženy, o sociálním pracovníkovi jako muži, se dobové materiály nezmiňují). Byl kladen důraz na to, aby sociální pracovníce uměly rozlišovat, zda by se mělo jednat o podporu finanční, hmotnou, mravní, podporu dospělým či mládeže. Bylo nutné rozdělit, jakým způsobem a z jaké příčiny se rodina, jedinec dostal do nepříznivé sociální situace, najít pro ně adekvátní řešení a jak se z této nepříznivé situace vymanit (např. sociální situace způsobena chudobou či ztrátou zaměstnání).

Manuál, tzn. fragment (návod pro sociální pracovníci), sepsala Marie Riegrová-Palacká (1833-1891) - tato žena patřila mezi laické sociální pracovníce, byla českou známou filantropkou, která se zaměřovala na pomoc chudým rodinám, zejména matkám s dětmi). Spolky dále nabízely i poradenství,

zejména v otázkách právních a finančních. Spolky prováděly kontroly výsledků své práce, zvaly významné osobnosti a novináře a o těchto výsledcích je informovaly. Tím spolky zajišťovaly publicitu v tisku a mohly touto cestou informovat čtenáře a ovlivňovat postoje čtenářů k sociálním jevům společnosti. „*Na těchto aktivitách pak můžeme upozorovat postupný přechod od laické k profesionální sociální práci*“ (Kodymová 2013, s. 10).

2.3 Konec první světové války

Konec první světové války přinesl nutnost postarat se o obyvatelstvo, které bylo touto válkou zasaženo (invalidní vojáky, válečné vdovy, sirotky). Byla organizována bytová péče (staví se hygienicky vyhovující nové byty), řešil se problém vystěhovalectví a do pozadí ustupovala péče o jedince se zdravotním postižením a psychiatrickým postižením. Ústavy, ve kterých se tyto osoby nacházely, zůstávaly de facto beze změn. Profesionální pracovníce (v průběhu 20. let 20. století jsou již první absolventky sociálně – zdravotní školy) i nadále svou praxi absolvovaly v ústavech, kde se snažily o hospodárnější nakládání s prostředky a také se angažovaly v zajištění těmto lidem péči mimo ústav (vrátit je zpět do původní komunity, rodiny).

Sociální pracovníce se postupným, systematickým organizováním sociální péče a z důvodu častějších sociálních potřeb přeměňovaly z dobrovolných na profesionální pracovníce. K praktickému výkonu sociální práce bylo zapotřebí mít odbornost nejen ve svém oboru sociální práce, ale také s jinými souvisejícími obory (např. medicínou, psychologíí, sociologií, etikou, pedagogikou, hygienou, vychovatelstvím, soudnictvím). Panoval názor, že nelze být úspěšnou sociální pracovnící bez vzdělání. Byl zde také požadavek, aby sociální pracovníce měla určité životní zkušenosti, které získala věkem. Tato doba byla nakloněna vzdělávání sociálních pracovníc, a první škola, která byla založena pro sociální pracovníce se nazývala Ženská vyšší škola pro sociální péči v Praze. Postupem času vznikly další vyšší sociální školy, např. v Brně, v Turčianském sv. Martine.

2.4 Krize 30. let 20. století

Celosvětová krize 30. let měla za následek, že se v Československu zhoršily životní podmínky, přibyla nezaměstnanost, lidé bez domova, jedinci s civilizačními nemocemi a bylo potřeba tuto situaci řešit. Tím se rozšiřuje praxe sociální péče o nové cílové skupiny. Rozvíjela se sociálně-zdravotní prevence, péče o matky s dětmi, rodičky a novorozence, bytová péče. Tato praxe sociální péče se stala organizovanou, moderní a systematizovanou a dala tak základ pro dnešní sociální práci. Již se nejednalo jen o soukromou péči (např. církve), ale i o veřejnou péči o sociálně slabé. Stát sociální

péči věnoval stále více pozornosti a sociální péče se stala důležitou dominantní složkou veřejné správy.

V roce 1938 dochází k připojení Sudet k Německé říši a nastal problém s lidmi na útěku, s uprchlíky. Stát byl tak nucen zřídit Ústav pro uprchlíky. K další změně v oblasti sociální péče dochází z důvodu protektorátu, kdy bylo zrušeno ministerstvo sociální a zdravotní správy a bylo sloučeno do jiných ministerstev. V období 2. světové války se zhoršuje sociální postavení všech vrstev, byl zaveden tzv. přidělový systém, ženy se zařazují na nucené práce, penzisté, studenti jsou povoláváni pro potřeby německé armády. Po skončení 2. světové války (1945) stát provedl významné změny (zavedl přídatky na děti, byla upravena délka dovolených, ve mzdové politice došlo k zrovnoprávnění muže a ženy, byl vydán zákon o národním pojištění). Důležitým bodem tohoto období bylo znárodnění již dříve existujících soukromých penzijních fondů.

„Tento zákon je hodnocen odborníky jako jeden z posledních demokratických kroků v sociální politice ČSR“ (Kodymová 2013, s. 20).

2.5 Vliv SSSR

Po r. 1948 přejímá stát sovětský vzor a dochází ke změně charakteru dosavadní sociální politiky. Sociální péče postupně přechází do rukou národních výborů a Státního úřadu důchodového zabezpečení (později sociálního) a hlavní roli tak přejímá stát (Kodymová 2013, s. 20).

V 50. letech 20. století stát usiloval o to, aby v ČSR nebylo sociálních případů a bylo tak zapotřebí vyškolit nové sociální pracovníky. Byly založeny odborné školy zaměřené na studium oboru sociální práce, a dále došlo k osamostatnění sociální práce od zdravotnictví. Sociální pracovnice působily ve vícero odlišných organizacích najednou, např. v oblasti sociálně-zdravotní (protituberkulózní poradny, poradny pro těhotné ženy), v nemocnicích a léčebných zařízeních, v ústavech (ústavy pro kojence, jesle, zotavovny, ozdravovny) apod. Pracovaly v různých oblastech (zabývaly se bytovou sociální péčí, péčí o zdravotně postižené osoby). Již v této době se v ČSR objevuje nový přístup a to sociální práce s obcí, komunitou či územním celkem, rozvíjí se skupinová sociální práce. Výkon sociální pracovnice se tak stal organizovanou, veřejnou, na vědeckém základě položenou profesí, nikoliv již spočívající na charitě, dobrosrdečnosti.

Dne 9. května 1948 byla přijata nová Ústava, kde se poprvé v ústavním právu objevila hospodářská a sociální práva. Například tato práva zajišťovala všem občanům právo na léčebnou péči a zaopatření při nezpůsobilosti práci a zajištění obživy (Rákosník 2012, s. 138).

V 50. letech je v Československé republice značný vliv sovětské politiky a zájmů SSSR (Svaz sovětských socialistických republik) a přejímání sovětského systému, komunistické ideologie.

Jak uvádí Rákosník (2012, s. 144) „komunistická ideologie předpokládala, že v socialistické společnosti nebudou chudí lidé, a proto nebude potřeba zvláštní sociální péče, a tak docházelo k postupné likvidaci institucí, které se na tuto klientelu orientovaly“.

Došlo ke zrušení Ministerstva práce a sociálních věcí, které bylo rozděleno do dalších státních institucí. A tak se vývoj sociální péče na několik let pozastavil. Komunisté sociální péči považovali za „buržoazní přežitek“. Zastávali názor, že socialismus vyřeší chudobu a všechny problémy s ní spojené (zejména zdravotní postižení a rodiny s více dětmi). V roce 1956 vyšel nový zákon, kde byla zakotvena i právní úprava sociální péče. Důležitý byl bod, kde byla sociální péče přenesena na národní výbory a stát byl ten, kdo se měl postarat a pomáhat na místní úrovni osobám, které pomoc potřebovaly. Byly poskytovány dávky sociální pomoci a péče, poradenství, ústavní zaopatření (Rákosník 2012, s. 157).

2.6 Pozvolný rozvoj sociální péče

V 70. letech 20. století se pozvolně rozvíjela sociální péče. Jako důležitý krok považuje sociální práce vydání zákona, kterým byla zakotvena sociální péče (z. č. 121/1975 Sb. o sociálním zabezpečení, který byl proveden vyhláškou č. 130/1975 Sb.). „Sociální péče byla vymezena jako péče, kterou zajišťuje stát občanům, kteří se ocitli v nepříznivých životních poměrech a nemohou je překonat bez pomoci společnosti, a občanům, jejich životní potřeby nejsou jinak zajištěny, zejména dávkami nemocenského pojištění a důchodového zabezpečení nebo jinými dávkami a službami, poskytovanými podle zvláštních předpisů. Od ní je odděleně upravena péče o staré občany a občany těžce postižení na zdraví“ (Rákosník 2012, s. 183).

V 80. letech 20. století se nicméně trend sociálního plánování rozvíjel dále dle vzoru sovětské politiky. Sociální péče po vzoru socialismu byla poměrně uzavřeným systémem centrálně řízeným správou, bez účasti jiných, než státních subjektů a s důrazem na ústavní péči. Jednalo se tedy o systém, který řídil zcela stát. Stát byl primárním povinným subjektem k poskytování sociální péče (Rákosník 2012, s. 384).

K důležitému zlomu pro sociální práci došlo v roce 1982, kdy vznikaly první postgraduální kurzy pro sociální pracovníky. Kurzy byly jednorocní. Po rozpadu komunistického režimu (po roce 1989) došlo ke vzniku nestátních organizací, vzniká Společnost sociálních pracovníků. Vznikají katedry pro výuku sociální práce. Dochází k nové úpravě sociální pomoci. Byla „vyhlášena nová sociální doktrína ČR formulací sociálních práv občanů v Listině základních práv a svobod“ (Rákosník 2012, s. 206). Pro tehdejší ČSFR (Československá federativní republika) to byl významný dokument, který zaručoval sociální práva v duchu mezinárodních dokumentů (například Pakt o ekonomických, sociálních a kulturních právech, Úmluvu o právech dítěte, Evropskou sociální chartu). Tímto dokumentem bylo

zaručeno právo na zaměstnání, důstojné životní minimum, na sociální zabezpečení, ochranu svých práv a další. *„Byla tak na ústavní úrovni formulována nová sociální doktrína demokratického státu.* (Rákosník 2012, s. 206).

Až do roku 1992, kdy došlo k rozdělení České a Slovenské republiky na samostatné státy, nedošlo ke komplexní reformě systému sociálních služeb.

2.7 Skutečný rozvoj, současnost

Sociální služby se poskytovaly až do r. 2006 na základě právní úpravy zákona č. 100/1988 Sb. z roku 1988.

Skutečný rozvoj v oblasti sociálních služeb nastal až vydáním zákona č. 108/2006 Sb., dle kterého se řídí v současnosti sociální služby.

3 Mentální retardace

Vzhledem k tomu, že tato bakalářská práce se zabývá transformací ústavního zařízení sociálních služeb, kde cílovými skupinami v tomto ústavním zařízení jsou dospělé osoby se specifickými potřebami (osoby s mentálním postižením), je nutné vysvětlit pojem mentální retardace (mentální postižení). Čtenáře seznámí s Mezinárodní klasifikací této nemoci (MKN).

Dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN, ICD), která je vydávána Světovou zdravotnickou organizací (WHO), můžeme klasifikovat a diagnostikovat pojem duševní porucha. Lze duševní poruchu – nemoc charakterizovat jako soustavu kategorií, do kterých jsou zařazovány chorobné jevy zavedených kritérií (ÚZIS 2021).

3.1 Psychická porucha

„Duševní poruchy (nebo také psychické poruchy) představují skupinu onemocnění a poruch, které ovlivňují především lidské myšlení, prožívání nebo vztahy s okolím“ (ÚZIS 2021).

Psychické poruchy se odlišují specifickými znaky, např. do skupiny poruch neuro vývojových můžeme zařadit mentální retardaci, autismus, ADHD, do poruch schizofrenního spektra řadíme schizofrenii, do depresivních poruch lze zařadit deprese, maniodepresivní psychózu a jiné. (ÚZIS 2021).

3.2 Mezinárodní klasifikace nemocí

V České republice je platná od roku 1994, a je nazývána Mezinárodní klasifikací nemocí tzv. MNK-10. Pod podskupinu Poruch duševních a poruch chování (F00-F99 - MKN-10) zařazujeme mentální retardaci.

3.3 Mentální retardace

Mentální retardaci rozlišujeme a rozdělujeme do šesti základních kategorií (lehkou mentální retardaci - F70, střední mentální retardaci - F71, těžkou mentální retardaci- F72, hlubokou mentální retardaci F-73, jinou mentální retardaci - F78, neurčenou mentální retardaci – F79.

Z mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (dále jen MKN-10), aktuálně k 1. 1. 2020, lze mentální retardaci zařadit a definovat takto: *„Jedná se o stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami. Stupeň mentální retardace se obvykle měří standardizovanými testy inteligence. Může to být ovšem nahrazeno škálami, které určují stupeň sociální adaptace v určitém prostředí. Taková měření škálami určují jen přibližně stupeň mentální retardace. Diagnóza bude též záviset na všeobecných intelektových funkcích, jak je určí školený diagnostik. Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času a i snížené hodnoty se mohou zlepšovat cvičením a rehabilitací. Diagnóza má odpovídat současnému stavu duševních funkcí“* (ÚZIS 2021).

Matoušek (2003, s. 106) uvádí, že *„mentální retardace neboli mentální postižení, je vrozené a trvalé postižení osobnosti projevující se nízkou úrovní rozumových schopností, nízkou kontrolou emocionality, vysokou potřebou akceptace, nízkou schopností odhadovat vlastní možnosti, vysokou sugestibilitou, omezenou schopností rozumět řeči a řeč používat, tendencí ke stereotypnímu chování, konkrétním myšlením bez schopnosti zobecňovat a dalšími příznaky“*.

Hartl (2000, s. 507) uvádí, že *„mentální retardace je stav charakterizovaný snížením intelektuálních schopností, přičemž organický původ je zjišťován u stále rostoucího počtu jedinců, nikoliv však u většiny; zpomalení, zpoždění duš. vývoje jedince, někdy soc. zanedbáním, někdy v důsledku somatického onemocnění. Stav lze zlepšit intenzivní výchovou, individuálním přístupem“*.

Za mentální retardaci se považují takoví jedinci, u kterých dochází k poruchám adaptačního chování, k odlišnému vývoji v psychické oblasti, zaostávají ve vývoji rozumových schopností.

Švarcová (2000, s. 25) uvádí, že ve většině publikací jsou termíny „mentální postižení“ a „mentální retardace“ používány jako synonyma.

Za neetické se považuje uvádět mentálně postižený či mentálně retardovaný člověk. Dle doporučení Mezinárodní ligy asociací pro osoby s mentálním postižením se má osoba s tímto handicapem oslovovat jako „člověk s mentálním postižením“ (Švarcová 2000, s. 25).

Současná sociální práce používá oslovení „osoba se zvláštními či specifickými potřebami“ nebo „osoba se zdravotním postižením“.

V této bakalářské práci se proto o osobách s mentálním postižením (mentální retardací) bude hovořit jako o osobách „se specifickými potřebami“ či „zdravotním postižením“.

Stupeň mentální retardace se obvykle měří testy inteligence (IQ), různými testy určujícími stupeň sociální adaptace v určitém prostředí, a dle všeobecných intelektových funkcí daného jedince.

Intelektuální schopnosti a sociální přizpůsobivost se mohou měnit v průběhu času, mohou se zlepšovat rehabilitací, cvičením, terapií apod.

Všechny kategorie jsou rozlišeny dle společných symptomů, příznaků nemoci, které si v následujícím textu uvedeme:

3.4 Kategorie stupňů mentální retardace

3.4.1 Lehká mentální retardace

IQ se pohybuje mezi 50 - 69 (u dospělého jedince toto odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let). V tomto stupni postižení dochází k obtížím při výuce (mnozí postižení mají specifické problémy se čtením, psaním). Sice jsou ve vývoji oproti normě pomalejší, ale jsou schopni dosáhnout úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, oblékání, mytí, hygienické návyky). Mnoho dospělých je schopno pracovat (manuální práce), jsou schopni udržovat sociální vztahy, přispívají k životu společnosti. Větší potíže mohou mít přizpůsobování se kulturním tradicím.

Specifickou výchovou a vzděláváním je osoba s lehkou mentální retardací schopna rozvíjet své dovednosti. Patří sem: lehká slabomyslnost (oligofrenie); lehká mentální subnormalita; dř. debilita

3.4.2 Střední mentální retardace

IQ dosahuje u těchto jedinců 35 až 49 (u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí postižení se dokáží vyvinout k určité nezávislosti a soběstačnosti. Je zde omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluha) a zručnost. Lze dosáhnout přiměřené komunikace, školních povinností. Při pedagogickém vedení jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní. Jsou schopni pod vedením pedagogického specialisty, vzdělávacími speciálními programy získat základní vědomosti, dovednosti. Rozvíjet v omezené míře svůj potenciál. Jsou schopni v dospělosti vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud mají zajištěný odborný dohled. V dospělosti je možný jen zřídka jejich samostatný život, většina potřebuje dohled po celý život. Zpravidla bývají plně mobilní, fyzicky aktivní, někteří jsou schopni navázat komunikaci s druhými, jsou schopni jednoduché konverzace, podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. Patří sem: střední slabomyslnost (oligofrenie); dř. imbecilita

3.4.3 Těžká mentální retardace

IQ se pohybuje v pásmu u těchto jedinců 20 až 34 (u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 3 a 6 let). Tento stav postižení vyžaduje trvalou potřebu podpory. Jedinci trpí značným stupněm poruchy motoriky, nebo přidruženými vadami. Možnosti výchovy a vzdělávání je u těchto jedinců značně omezené, pokud ale dojde k včasné kvalifikované rehabilitační, výchovné a vzdělávací péči, může dojít význačným způsobem k rozvoji jejich motoriky, komunikačních dovedností, rozumových schopností, určité soběstačnosti, a tedy k celkovému zlepšení jejich života. Výchova je možná, pouze se zaměřením na jednoduché formy komunikace a částečné zvládnutí péče o sebe. Patří sem: těžká mentální subnormalita; dř. idioimbecilita

3.4.4 Hluboká mentální retardace

IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělého mentálního věku pod 3 roky). Jedinec je nesamostatný, je výrazně omezen v pohybu. Většinou jsou schopni pouze neverbální komunikace, nemají nebo mají jen nepatrnou schopnost pečovat o své zdraví, základní potřeby. Vyžadují stálou pomoc, stálý dohled. Jen velmi těžce rozumějí požadavkům okolí. Pomoc při pohybování, komunikaci a hygienické péči. Výchova a vzdělávání jsou velmi omezené. Jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích úkonech. Patří sem: hluboká slabomyslnost (oligofrenie); dř. idiocie

3.4.5 Jiná mentální retardace

Tato kategorie je použita, když není snadné či je téměř nemožné pomocí obvyklých metod určit stupeň intelektové retardace. Většinou přidružená senzorické nebo somatické poškození (např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, osob s autismem či osob těžce tělesně postižených).

3.4.6 Neurčená mentální retardace

Jedná se o jedince, u kterých je mentální retardace prokázána, ale není tolik informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. Patří sem: mentální: deficit NS; sub-normalita NS. (Hartl 2000, s. 508)

3.5 Pojem osoba omezená ve svéprávnosti

Odhaduje se, že kolem jednoho milionu dospělých osob v Evropě – hlavně lidé s mentálním postižením a/nebo duševními potížemi – spadá pod nějakou formu opatrovnictví. Existuje úzká souvislost mezi opatrovnictvím a institucionalizací (umíst'ování do ústavů svými opatrovníky proti vůli opatrovance). (VZD 2012, s. 79).

Přijetím nového občanského zákoníku došlo k revizi úpravy omezení svéprávnosti. Došlo tak v ČR k úpravě tohoto institutu, který byl vydán v souladu s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením. Omezení svéprávnosti je chápáno jako nejzazší prostředek, k němuž lze přistoupit pouze za předpokladu, že mírnější opatření nepostačují.

Ve většině případů osoby s mentálním postižením jsou soudem omezovány ve své svéprávnosti.

K omezení svéprávnosti tedy lze přistoupit pouze v zájmu člověka. Zájem člověka velmi úzce souvisí s účelem, k němuž omezení svéprávnosti slouží. Účelem omezení je tedy ochrana. Zároveň, pokud je osobě omezována svéprávnost, musí ji být vždy soudem jmenován opatrovník.

Je vždy nutné zmapovat oblast, ve které osobě může hrozit újma. Jmenování opatrovníka je ukotveno v § 471 a násl. z. č. 89/2012 Sb. Opatrovníkem se může stát osoba, kterou navrhl opatrovanec (klient) nebo pokud není takové osoby, jiná vhodná osoba a pokud není ani této osoby, je klientovi jmenován veřejný opatrovník. Způsobilost být veřejným opatrovníkem má obec, kde má klient bydliště, anebo právnická osoba zřízená touto obcí k plnění úkolů tohoto druhu; jmenování veřejného opatrovníka podle jiného zákona není vázáno na souhlas klienta.

Od 1. ledna 2014, kdy vyšel v účinnosti nový občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb. (dále jen NOZ), se již nehovoří o osobách zcela zbavených nebo omezených ve způsobilosti k právním úkonům, ale o osobách omezených ve svéprávnosti. Již nelze osobu zbavit zcela způsobilosti k právním úkonům,

ale dle nového občanského zákoníku jí lze pouze svéprávnost omezit a to v určitých právních jednáních, které přesně vymezení soud. Také termín „právní úkon“ byl dle občanského zákoníku nahrazen slovem „právní jednání“. Vždy osobě omezené ve svéprávnosti musí být zachována nějaká právní jednání a to alespoň základní (jít si do obchodu koupit noviny, pečivo, koupit si jízdenku apod.)

Soud však může také nějaká konkrétní právní jednání omezit. Osoba je soudně omezena v určité oblasti svých práv z důvodu, že není schopna si je sama zajišťovat. Soud o tomto omezení rozhoduje rozhodnutím, které nazýváme rozsudek. Soud vždy tato právní jednání musí ve výroku rozsudku vymezit negativní formulací, například: osoba omezená ve svéprávnosti „*není schopna Nesmí nakládat s finančními prostředky přesahující 500 Kč týdně “apod.*

Osoba, která je omezena ve svéprávnosti, není zcela nesvéprávná, jak by mohlo být chápáno. Tato osoba může být zcela upoutána na lůžko, sama není schopna činit právní jednání, ale i přesto jí právo na základní právní jednání musí být zachováno. Člověka již nelze zbavit paušálně svéprávnosti ve vztahu ke všem právním jednáním, ale musí k tomu být dány zákonné důvody, které vymezuje § 55 NOZ. V tomto zákoně jsou uvedeny podmínky, kdy lze přistoupit k omezení svéprávnosti. V § 56 NOZ se uvádí, že omezit svéprávnost může jen soud. Je třeba si uvědomit, že omezení ve svéprávnosti, je to nejposlednější omezení, které může být osobě přisouzeno. Na rozdíl od starého občanského zákoníku (z. č. 40/1964 Sb.), nový občanský zákoník (NOZ) lépe specifikuje omezení svéprávnosti, je daleko detailnější. Podmínky pro omezení svéprávnosti jsou ukotveny v § 57 NOZ. Účelem omezení svéprávnosti je ochrana člověka, omezení svéprávnosti je činěno v zájmu posuzované osoby. Soud tedy musí brát na zřetel shora uvedené vymezení zákona. Chráněný zájem by měl být chápán komplexně, tedy ochrana vlastní osoby, ochrana jejího majetku, ochrana její důstojnosti. Tuto ochranu si lze třeba představit například, že dotyčná osoba neumí hospodařit se svým majetkem, poté jí nezbyvají finanční prostředky na věci jako je placení nájmu, léky, potraviny, pak je potřeba zakročit způsobem, který by dotyčnou osobu ochránil a omezil v těchto právních jednáních. (ÚZ 1169, s. 18).

4 TRANSFORMACE

Již po roce 1989 bylo nutné a zcela nezbytné zahájit proces transformace sociálních služeb. Bylo zjištěno, že sociální služby resp. systém sociální pomoci a sociální péče byl značně nedostačující, neodpovídal novodobým potřebám společnosti v ČR. Byl stagnující. Péče o osoby sociálně slabé, znevýhodněné, byla v rukou státu, odpovědnost nesl v převážné většině stát, resp. státní instituce. Bylo tedy nutné, aby se odpovědnost přenesla i na samotného jedince. Bylo také potřeba, aby si sám

jedinec mohl rozhodovat, kdo mu bude sociální služby poskytovat, aby měl volbu služby jak mezi státem (státními institucemi) tak i v neziskovém sektoru. Nový zákon o sociálních službách byl vydán až v roce 2006 (z. č. 108/2006. Sb.). Až vydáním tohoto zákona došlo k rozsáhlým změnám v sociální sféře, zejména došlo k rozšíření od základních životních potřeb jedince až po specializované individuální služby pro zdravotně postižené, sociálně znevýhodněné skupiny.

Poskytovateli sociálních služeb se tak stal jak stát, obce, kraje, tak i církve a neziskové organizace. Zákonem č. 108/2006 Sb. došlo k úpravě legislativy, financování, odborného vzdělávání personálu, sociálních pracovníků a také deinstitucionalizaci péče o klienty se specifickými potřebami.

Do roku 1989 byla sociální péče poskytována po vzoru institucionálního modelu, tzn., že v socialistickém systému chyběly zřejmé kompetence účastníků procesu. Tento systém vytvářel u klientů sociálních služeb neurčitě kategorizované obyvatel, svěřenců, či osob, jejich život se nacházel v rozporu se zájmy socialistické reality. *„Tím se zcela i zřetelně posilovala institucionální povaha zejména tzv. ústavního modelu, jenž stavěl obyvatele ústavů do role svěřenců, o něž je třeba pečovat a na které je nutné celoživotně působit prostřednictvím výchovných, vzdělávacích, pracovních či jiných programů“* (Čámský 2011, s. 11).

Ani v politických programech v ČR před rokem 1989 nebyl brán zřetel na jakoukoliv odpovědnost samotného jedince. Tehdejší politické strany ani nejevily známky jakékoliv změny. Insitucionální model sociální péče jim vyhovoval, spíše zastíraly vzniklé a vznikající problémy osob s postižením. *Společnost považovala za běžné a jediné „správné a normální“ řešení umístit takového jedince, dítě, co nejdříve do psychiatrické léčebny a následně do ústavu“* (Čámský 2011, s. 11) .

4.1 Ústavní péče

Ústavní péče (Matoušek 2003, s. 253) je „*péče poskytovaná klientům profesionály (případně také dobrovolníky) v ústavním zařízení. Má rozmanité podoby a cíle – od poskytování náhrady chybějícího domova či chybějícího a jinak nedostupného komplexu služeb až po represivní reakci společnosti na nepřijatelné způsoby chování*“.

Ústavní péče s sebou nese vždy riziko sociálního vyloučení klientů, zneužívání moci personálem, a taktéž riziko vzájemných negativních vlivů klientů navzájem.

K pojmu ústavní péče lze použít synonymum „institucionální“ péče.

Ústavní péče se však již dnes ve vyspělých zemích považuje až jako poslední možnost náhradního řešení, de facto až poté, co byly u klienta vyčerpány všechny alternativní možnosti řešení jeho nepříznivé životní, sociální situace. Dlouhodobá ústavní péče zahrnuje znaky ulpívání na instituci (ústavu), tj. adaptaci na umělé prostředí ústavu, a jež je poté spojena s neschopností adaptace do přirozeného prostředí po propuštění z ústavu.

Klienti tak byli nuceni přizpůsobit se ústavnímu řádu, což vedlo k tomu, že se stávali ještě více závislími na podmínkách ústavu, ve kterém panovala striktně daná, kontrolovaná, uzavřená pravidla. Klientovy možnosti, schopnosti, volby se tak zužovaly. Na vůli klienta nezáleželo. V době před rokem 1989 bylo omezeno klientovo soukromí. Ve všech zařízeních s podporou a péčí klienta docházelo k chybějícímu zázemí, kvalita života klientů byla nízká.

Současná ústavní zařízení by se měla co nejvíce podobat rodinnému prostředí. Neměla by být znatelná hierarchie a moc personálu vůči klientovi.

Ústavní péče by měla mít tolik forem, aby byla možnost volby a plynulého přechodu od bydlení, až k uspokojování individuálních životních a sociálních potřeb klienta. (Matoušek 1995, s. 75)

Jak Matoušek (1995, s. 111) uvádí, „*domov se dá definovat jako místo, kde nejvíce můžeme být sami sebou a nejméně musíme dodržovat konvenci svých společenských rolí. V tomto smyslu ústav domovem téměř nikdy není*“.

V období zahájení demokratizace, tedy po roce 1989, dochází k procesu deinstitucionalizace sociálních služeb zejména z toho důvodu, že ústavní zařazení jedince a zdravotní postižení začalo být vnímáno společností jako restriktivní opatření, diskriminující.

4.2 Deinstitucionalizace

Pojem deinstitucionalizace se v sociálních službách používá ve smyslu od přechodu dominantního poskytování pobytových sociálních služeb k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální potřeby jedince, individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Jde o postupný proces od klou od tzv. dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individuální podpory života v komunitě. (Čámský 2011, s. 12)

Evropská unie uvádí, že: „*deinstitucionalizace je pojem pro manažerský proces změny systému ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb zaměřeném na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Tento pojem také v sobě zahrnuje obecný princip řízené změny systému a jeho směřování*“. (MPSV 2007).

Matoušek (2003, s. 45) uvádí, že „*deinstitucionalizace je vlivný trend v soudobé sociální práci, prosazující ve všech případech, kdy je to možné, neústavní formy péče, dobře klientovi dostupné a nevytrhující klienta z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity*“.

Proces deinstitucionalizace nesmí být však chápán jako teď hned uzavírání ústavů, ale dle UNICEF jako „*celý proces plánování transformace, zmenšování a/nebo uzavírání rezidenčních ústavů při současném zavádění široké škály jiných služeb péče regulovaných standardy založenými na právech osob se zdravotním postižením*“. (VZD 2012, s. 25)

Manuál MPSV (s. 46) uvádí, že deinstitucionalizace je: „*proces, ve kterém dochází k transformaci institucionální (ústavní) péče o osoby se zdravotním postižením v péči komunitní. Cílem je zkvalitnit život lidem se zdravotním postižením a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a rozvoji komunitních sociálních služeb. Výsledná struktura a provoz sociálních služeb jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů služeb a jejich sociální začleňování klienti nejsou vystavováni institucionalizací*“

Ústav představuje pro místní komunitu ne vždy pozitivní přijetí. Sice se již některé obce naučily s ústavem komunikovat, nicméně stále převažuje představa, že ústavy jsou pro obce ve většině přítěží. Je potřeba budovat přirozené komunitní vazby a to tak, že klienty přestěhujeme do místní komunity. Ústavní zařízení nemohou žít odděleně a izolovaně od místní komunity. Je nutné naučit komunitu sdílet společné prostředí s klienty a klienty naučit využívat místní služby tak, aby byly odbourány předsudky a napětí.

„*Komunita je společenství lidí žijících či kooperujících v jedné instituci nebo jedné lokalitě. Komunita má svou atmosféru, své způsoby komunikace, svou hranici, která je více nebo méně propustná*“

vůči okolí. *Místní komunita uspokojuje potřebu blízkosti, intimity, rozšíření domova*“ . (Matoušek 2003, s. 93).

4.3 Komunitní služby

Komunitní služby lze chápat jako „*soubor služeb, které umožňují jednotlivci žít v komunitě, tedy nežít v ústavu. Lze sem zahrnout řadu běžných služeb, jako je například podpora bydlení, zdravotní péče, vzdělávání, zaměstnání, kultura a volný čas, které by měly být přístupné každému bez ohledu na povahu jeho postižení nebo požadovaný stupeň podpory*“ . (VZD 2012, s. 25).

Aby nedocházelo k porušování lidských práv, je důležitou a nezbytnou podmínkou rozvoj kvalitních komunitních služeb. Osoby se zdravotním postižením mají právo žít nezávislým způsobem života a měly by být začleňovány do běžné společnosti. Každý by měl mít možnost žít v komunitě, kterou si vybere, každý by měl mít maximální kontrolu nad vlastním životem. (VZD 2012, s. 20)

4.3.1 Komunita

Matoušek (2003, s. 253) uvádí, že v západní literatuře lze najít mnoho definic pojmu komunita. Některé z nich preferují tento pohled: „*Lidé, kteří žijí v geograficky definované oblasti a mezi nimiž existují vzájemné sociální vazby (ve smyslu příbuzenství, přátelství a známosti v geografické oblasti a také ve smyslu účasti na aktivitách komunity a některých formách ekonomické směny, např. nakupování zboží služeb, práce pro místní zaměstnavatele apod.) a kteří jsou citově vázáni k sobě navzájem a k místu, kde žijí nebo také komunita je vymezena hranicemi (mohou být geografické, politické, ekonomické nebo sociální), postavena na pilířích (sdílené hodnoty, společné kulturní dědictví, společné zájmy, společné problémy) a má strukturu (tj. Formální a neformální organizace a sociální uskupení, skrze něž vykonávají obyvatelé určité funkce)*“ . Komunita je tedy místo, kde člověk může získávat emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.

Ústavy budou mít jen takový smysl, pokud bude klientovy poskytnuta individuální péče.

Je potřeba, aby přiměřená péče byla šita klientovi „na míru“. Smyslem péče má být služba klientovi. Je nutné klienty ochránit před starším způsobem péče, zapojit je do péče samotné a dát jim tak větší pravomoci, aby měli kontrolu nad svým životem.

Aby v ústavních zařízeních mohli klienti vést kvalitnější, aktivnější život, je zcela nutná zásadní změna pravidel v ústavech. Klientům je potřeba dát prostor pro sdělení svých potřeb. V době transformace klientovi poskytnout dostatek informací o probíhajícím procesu. Vyzdvihnout důležitost komunitních služeb pro samostatné bydlení.

Dle definice The European Coalition for Community Living, ústavní zařízení je: „*jakékoli místo, ve kterém jsou lidé, kteří byli označeni jako postižení, izolováni, segregováni a/nebo nuceni žít pohromadě. Je to rovněž jakékoli místo, ve kterém lidé nemají moc nad svými životy, nebo jim je výkon této moci znemožněn, a nemohou konat vlastní každodenní rozhodnutí. Ústav není definován výlučně svou velikostí*“. Z tohoto je patrné, že ústavní zařízení je definováno jako instituce. (ECCL 2021).

Je nutné zmínit důležitý dokument, který se týká institucionálních forem pobytového zařízení. Jedná se o Pokyny, které byly vypracovány v rámci projektu Evropské externí skupiny pro přechod od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity. Jsou jimi *Společné evropské pokyny k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity* (VZD 2012).

Tento dokument byl vypracován na základě důkazů, kde byla zřízena skupina odborníků zaměřená na přechod od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity a byla vypracována také zpráva o základních principech a doporučovaných prioritách, kde jednou z navrhovaných priorit byla deinstitutionalizace. Dokument poskytuje praktické rady a přináší nám pohled na velká segregující pobytová zařízení, kde žijí lidé se zdravotním postižením. Uvádí, jak tyto instituce byly původně vytvořeny k poskytování péče, jídla a přístřeší, ale nemohly zajistit individualizované služby a odpovídající podporu, která je potřebná k dosažení plného začlenění člověka do společnosti.

Pro realizaci procesu deinstitutionalizace je zapotřebí nezbytná shoda jak s ohledem na politická rozhodnutí, tak mít plán tohoto procesu a definovat jednotlivé kroky a aktivity podpory transformačního procesu. Je nutná podpora transformace a tím zajištění nástrojů k její realizaci tak, aby poskytované služby odpovídaly individuálním potřebám klientů, metodám sociální práce, je nutné zaměřit se na prevenci insitucionalizace osob se specifickými potřebami.

Proces deinstitutionalizace souvisí s procesem humanizace.

4.4 Humanizace

Humanizací je myšlen takový proces, který vede k proměně systému péče a prostředí tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů. Zlepšení a změna podmínek ve stávajících sociálních ústavních zařízeních.

Aby mohlo dojít k realizaci procesu transformace, bylo zapotřebí zahájit plán procesu transformace.

4.5 Plán procesu transformace

Plán procesu transformace představuje takový dokument, který má za cíl podpořit maximálně možné začlenění uživatelů pobytových sociálních služeb do běžného prostředí, života a rozpracovává jednotlivé kroky procesu transformace v daném zařízení. (MPSV 2015).

4.6 Manuál transformace ústavů

Všem, kteří jsou poskytovateli sociálních služeb, byl vydán k nápomoci *Manuál transformace ústavů*. Jedná se publikaci, která má nápomoci uplatnění a strategií a politik sociálního začleňování. Manuál je výsledkem práce řady odborníků a nabízí konkrétní metodiky, postupy a řešení pro transformaci ústavu. (MPSV 2013)

4.7 Transformace sociálních služeb

„Pojem transformace sociálních služeb ČR představuje proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách. Jinak řečeno, jedná se o přechod od institucionální péče ke službám komunitního typu (podpora samostatného bydlení, chráněné bydlení, osobní asistence, podporované zaměstnávání atd.)“. (Čámský 2011, s. 12)

Manuál MPSV uvádí, že transformace sociálních služeb je: *„souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách a snižování ústavních kapacit“.*

Proces transformace sociálních služeb byl již zahájen po roce 1989. Velké problémy představovaly zejména pobytové služby, kde bylo vedení ústavu orientováno na kvalitu ubytování, ovšem nikoliv na kvalitu služeb. Klienti měli nízký podíl na rozhodování, proces přechodu forem poskytované péče k moderním formám vázl, vedením ústavů nebyl do praxe uplatňován.

Stále přetrvával velký vliv personálu, potřeb zaměstnanců před upřednostňováním potřeb klientů. Velmi důležitým bodem byl problém moci, střetu zájmů (opatrovníkem klienta byl ústav, ve kterém klient pobýval). Za klienty rozhodoval personál ústavu, klienti neměli jakoukoliv možnost svobodné volby a v situacích týkajících se základních lidských práv rozhodovaly samy instituce. Život v pobytovém zařízení nebyl srovnatelný s běžným životem. Činnost v sociálních zařízeních nebyla orientována na podporu klienta v jeho přirozeném prostředí. *„Fyzické oddělení člověka od běžné společnosti omezuje připravenost osob, které žijí a vyrůstají v ústavech, na plnou účast v rámci komunity a širší společnosti“* (VZD 2012, s. 4).

De facto proces transformace sociálních služeb můžeme vnímat jako realizaci příslušných reforem systému péče. Dochází k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity. Tímto procesem je nutné podílet se na plném začlenění člověka do společnosti, který má právo na život v ko-

munitě, má právo k přístupu ke službám a zařízením hlavního proudu, má právo na poskytování služeb v rámci komunity. Procesem transformace je vyzdvihována důležitost komunitních služeb pro samostatné bydlení, uspořádání života tak, aby si klient mohl vybírat z možností a měl větší kontrolu nad svým životem. Proces transformace se snaží o nahrazení dosavadního institucionalizovaného ústavního zařízení alternativními typy pobytového zařízení v rámci komunity.

Přechod k péči a službám v rámci komunity neznamená pouze fyzické přemístění lidí z ústavů do nového bydliště nebo nového umístění do péče. Tento přesun je třeba připravit s velkou opatrností, aby se zabránilo opakované institucionalizaci a bylo dosaženo co nejlepších výsledků pro osoby, které služby využívají. (VZD 2012, s. 12)

Přechod od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity je složitým procesem. Vždy je zapotřebí pro realizaci reformy vytvořit strategii a akční plán na základě vyhodnocení aktuální situace v tom kterém ústavním zařízení.

Článek 19 *Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením (CRPD)* vyžaduje, aby státy zajistily přístup osob se zdravotním postižením ke komunitním službám „*nezbytným pro podporu života a začlenění do běžné společnosti; a aby zabránily izolaci nebo segregaci od běžné společnosti*“.

Tohoto cíle bude dosaženo jedině tak, že státy nebudou i nadále umisťovat osoby se zdravotním postižením do ústavní péče. Krom toho tato práva byla již vyhlášena Ve Všeobecné deklaraci lidských práv, v Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a dalších dokumentech. (VZD 2012, s. 16).

Z důvodů, kde dle důkazů ústavní péče je vždy méně kvalitní než služby v komunitě, často ústavní péče vede k celoživotnímu sociálnímu vyloučení a segregaci, tím se institucionalizace stále více považuje za špatnou strategii a za porušování lidských práv.

Důležitým bodem je také prevence, která je nedílnou součástí procesu z institucionální na komunitní péči. Prevencí myslíme řadu přístupů, podpůrných služeb pro jednotlivce a jejich rodiny, které mají za cíl zabránit potřebě institucionalizace. Je potřeba se zaměřit na obnovu nezávislosti.

Cílem procesu transformace sociálních služeb je tedy to, aby osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít, a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí; aby měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti; zabránění izolace a se-

gregace; dále aby komunitní služby a zařízení určené široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a byly brány na zřetel jejich individuální potřeby. Zde vidíme zásady univerzality a nedělitelnosti lidských práv. (VZD 2012, s. 17).

Sociální začleňování je důležitým prvkem v procesu transformace. Pokud žije osoba se zdravotním postižením dlouhodobě v ústavu, nemá možnost činit rozhodnutí o každodenních věcech, segreguje se od zbytku společnosti.

Dalším cílem je přispět k deinstitucionalizaci a sociálnímu začlenění osoby s mentálním postižením transformováním ústavů tak, aby se zlepšily služby, a tím byl umožněn proces deinstitucionalizace. Je nutné modernizovat péči a systémy podpory, důležitým bodem transformace je rozvoj kvalitních alternativ ústavní péče. Je nutné zajistit, aby proces deinstitucionalizace byl proveden takovým způsobem, který respektuje práva skupiny uživatelů.

Domovy se zdravotním postižením by měly uživatelům zajišťovat takové služby dlouhodobého bydlení, které by jim bylo domovem.

Přechod ústavní péče v péči komunitní neznamena jen fyzické přemístění lidí z ústavů do nového bydliště nebo nového umístění do péče, ale také je velmi důležité klienty připravit na nový typ samostatného bydlení (třeba i s podporou). Je třeba zabránit v pokračování institucionalizace, institucionalizace je stále více považována za špatnou strategii a porušování lidských práv. Klienti by neměli být nuceni žít ve specifickém prostředí. Je-li třeba, nabídnout jim odborné poradenství, sestavit individuální plán k realizaci pro jednotlivého klienta ústavu. Novým systémem péče a podpory je nutné, aby klientům byla zachována důstojnost, potřeby, přání, účastnit se na životě v komunitě. Klient by měl být zapojen do rozhodování ohledně své péče a podpory, aktivně do trhu práce.

Transformační proces sociálních služeb je tedy zacílený na snižování nezávislosti na ústavní péči.

Přechod od ústavní péče k přechodu péče v rámci komunity je složitým procesem, vyžaduje odborný personál, vytvoření strategie. V procesu transformace je zcela zásadní vytvoření jasného, měřitelného, časového akčního plánu. Vyjasnění si konkrétních cílů pro dosažení úspěchu. Jedná se tedy o plánovaný proces s cílem dosáhnout co nejlepších výsledků pro uživatele, protože:

*„život v ústavu nikdy nemůže odpovídat životu v komunitě. V ústavním prostředí není možné docílit rozvíjení vztahů s rodinou a přáteli a zlepšení účasti na životě v komunitě. Život v komunitě není jen o tom, **kde** člověk žije, ale také o tom, **jak** člověk žije“ (VZD 2012, s. 167).*

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Metodologie výzkumu

Autorka si pro svou bakalářskou práci zvolila průzkumnou metodu - dotazování. Jednou z jeho technik pak rozhovor.

Pro tuto bakalářskou práci byl využit výzkumný přístup - kvalitativní výzkum.

Sochůrek, Sluková (2012, s. 15) uvádějí, že „*kvalitativní výzkum je orientovaný holisticky (celostně). Člověk, skupina, jejich produkty či nějaká událost jsou zkoumány podle množství v celé své šíři a všech možných rozměrech. Chce pochopit všechny rozměry integrovaně – v jejich vzájemných návaznostech a souvislostech*“.

Kvalitativní výzkum „*používá i n d u k t i v n í logiku. Na začátku výzkumného procesu je pozorování, sběr dat. Pak výzkumník pátrá po pravidelnostech existujících v těchto datech, po významu těchto dat, formuluje předběžné závěry a výstupem mohou být nově formulované hypotézy nebo nová teorie. Posláním kvalitativního výzkumu je porozumění lidem v sociálních situacích. Porozumění pak vyžaduje v h l e d do co největšího množství dimenzí daného problému*“ (Disman 2006, s. 286 - 287)

U kvalitativního výzkumu se jedná se o metodu sběru dat, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických metod nebo jiných způsobů kvantifikace.

„*Kvalitativní výzkum lze chápat jako proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému*“ (Linderová 2016, s. 56).

Disman (2006, s. 285) uvádí, že „*Kvalitativní výzkum je nenumerické šetření a interpretace sociální reality. Cílem tu je odkrýt význam podkládaný sdělovaným informacím*“.

5.1 Přirozené prostředí

V této bakalářské práci bylo provedeno zkoumání v přirozeném prostředí respondentů.

Přirozené prostředí respondentů je míněno prostředí, ve kterém žijí, pracují. Jedná se o běžné sociální prostředí. „*Jde o rodinu a sociální vazby k dalším osobám, s nimiž sdílí domácnost; dále jde o místa, kde lidé pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity*“ (viz § 3 zákona č. 108/2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Kvalitativním výzkum, resp. průzkum, je zaměřen na velké množství informací o malém počtu jedinců, který zajišťuje vysokou míru validity.

Metodou sběru dat je zejména míněno pozorování, naslouchání, polo standardizovaný rozhovor, studium dokumentů. Tyto metody sběru dat se navzájem prolínají a kombinují a tím průzkumník získává více validních informací.

Průzkum probíhal ve vybraném zařízení, Domově Sluneční dvůr, o. p. Jestřebí, v období od července 2020 do října 2020.

5.2 Hlavní výzkumná otázka a vymezení dílčích otázek

Hlavním cílem této empirické části bakalářské práce je vyhodnotit plány procesu transformace sociálních služeb ve vybraném ústavním zařízení v regionu České Lípy. Jak již bylo uvedeno shora, jedná se o ústavní pobytové zařízení Domov Sluneční dvůr, o. p. Jestřebí. **Hlavní výzkumnou otázkou je zjistit: Mohou žít osoby s mentálním postižením z ústavního zařízení v komunitním prostředí?**

Z této hlavní výzkumné otázky byly autorkou stanoveny další dílčí otázky.

5.3 Průzkumné otázky

Autorka se dále zaměřila na dílčí otázky vyplývající z hlavní průzkumné otázky, a to:

Jakým způsobem proběhla podpora začleňování do společnosti?

Jak byly naplněny cíle transformačním procesem?

Bylo transformací posíleno sociální začleňování těchto osob?

Byla naplněna lidská práva osob se zdravotním postižením žijících dosud v ústavním zařízení?

Jsou osoby se zdravotním postižením, které byly ve většině svého života umístěny v ústavním zařízení, schopny žít ve formě skupinového, individuálního bydlení?

Jaké kompetence klientů byly posíleny?

5.4 Předmět průzkumu

Předmětem průzkumu je vyhodnotit plány procesu transformace ústavního zařízení.

Pro realizaci této bakalářské práce bylo použito průzkumné metody dotazování, kde jednou z jeho technik je pak rozhovor a byla použita výzkumná metoda pozorování. Hlavním nástrojem výzkumu je pak sběr dat (jsou zaznamenávány údaje, které jsou následně zpracovávány).

Dále bylo využito analýzy sekundárních zdrojů, zabývají se procesem transformace sociálních služeb.

5.5 Objekt průzkumu

Pro účely bakalářské práce si autorka vybrala ústavní sociální zařízení, u kterého proběhl transformační proces. Výběr respondentů byl proveden na základě doporučení managementu ústavu. Autorka prováděla rozhovory s deseti respondenty ústavu (z řad managementu, sociálních pracovníků, pracovníků v přímé péči, klientů zařízení), kteří byli dotazováni k tématu procesu transformace.

Jedná se o Domov Sluneční dvůr, p. o. Jestřebí. Tato příspěvková organizace je zřizována Libereckým krajem, který poskytuje pobytové služby podle zákona č. 108/2006 Sb., § 48.

Organizace poskytuje pobytové sociální služby dospělým ženám (možno i mužům), kteří mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení.

5.5.1 Výběr výzkumného vzorku

Při výběru výzkumného vzorku bylo postupováno dle výběrového souboru.

Základní soubor je soubor lidí, kteří jsou pro nás dostupní a z nichž proto vybíráme výzkumný vzorek.

Výběrový soubor je soubor lidí, které chceme skutečně zkoumat.

„*Výběrový soubor (reprezentativní vzorek) – je menší skupina ze základního souboru*“ (nemohou se zkoumat všichni klienty, pracovníci zařízení) (Sochůrek, Sluková 2012, s. 24).

Autorka si pro tuto bakalářskou práci zvolila *účelový (neboli záměrný) výběr respondentů*, který je založen pouze na úsudku průzkumníka o tom, co by mělo být pozorováno a o tom, co je možné pozorovat. Zde autorka jasně a záměrně zvolila vybraný vzorek respondentů, který jí byl dostupný. Vybrala si skupinu osob, která má cíleně něco společného s oblastí, kterou chceme zkoumat.

Miovský (2006, s. 135) uvádí, že „*za záměrný (někdy také účelový) výběr výzkumného vzorku označujeme takový postup, kdy cíleně vyhledáváme účastníky podle jejich určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná (určená) vlastnost (či projev této vlastnosti) nebo stav (např. příslušnost k určité sociální nebo jiné skupině). Znamená to, že na základě stanoveného kritéria cíleně vyhledáváme pouze ty jedince, kteří toto kritérium splňují a současně jsou ochotni se do výzkumu zapojit*“.

Dle Gavory (2000, s. 183) „*jde u kvalitativního výzkumu o výběr záměrný. Nikdy se tu nepoužívá náhodný výběr (ve smyslu statistické náhodnosti), který je typický pro kvantitativní výzkum. Záměrný výběr je potřebný proto, aby vybrané osoby byly vhodné tj., aby měly potřebné vědomosti a zkušenosti z daného prostředí. Jen tak mohou podat o něm informačně bohatý a pravdivý obraz. Tyto osoby výzkumník vyhledá a podrobuje je zkoumání. Výběr je vždy reprezentativní – osoby dobře reprezentují dané prostředí. Rozsah výběru se neurčuje statisticky, jako u kvantitativního výzkumu, ale řídí se saturací. Výběr se ukončí, když výzkumník zjistí, že informace od dalších osob nepřinášejí nová data, opakují se*“.

Sám průzkumník musí být při záměrném výběru velice zodpovědný. On sám rozhoduje o tom, kdo se dostane do vzorku a musí se také snažit, aby výsledky, které zjistí na daném vzorku, skutečně prezentovaly danou populaci (Chromý, s. 31).

Disman (2002, s. 374) poukazuje na to, že účelový vzorek sice reprezentuje záměrně vybranou populaci, ale neumožňuje širokou generalizaci závěrů.

Pro tento empirický výzkum byli vytěženi tito respondenti – ředitel sociálního zařízení, sociální pracovnice, čtyři pracovnice v přímé péči (klíčoví pracovníci) a čtyři klientky sociálního zařízení.

5.6 Průzkumná metoda – dotazování

Autorka použila v této práci průzkumnou metodu dotazování, kde jednou z jeho technik je **rozhovor**. Gavora (2000, s. 110) uvádí, že „někteří autoři používají místo názvu interview slovo „rozhovor“.

5.6.1 Rozhovor

Rozhovor, spolu s pozorováním, je jednou z nejdůležitějších metod výzkumu.

„U interview (rozhovoru) je typický přímý osobní kontakt výzkumníka se zkoumanou osobou“ (Sochůrek, Sluková 2012, s. 44).

Osoba tazatele by měla být u provádění kvalitativního průzkumu vysoce disciplinovaná, empatická, a měla by se umět koncentrovat. Vždy průzkumník musí zvážit, zda rozhovor proběhne s jedním respondentem či ve skupině, jaké typy otázek a jejich formulování využije. Musí získat respondentovu důvěru a respondent musí souhlasit se záznamem, s celkovým rozhovorem.

Je důležité umět pracovat s časovým rozměrem, pro respondenta jsou nejlépe zodpověditelné otázky týkající se přítomnosti, či krátké minulosti. Průzkumník projevuje sympatie k poslouchanému člověku, rozhovor má být přátelský.

Autorka použila pro průzkumný záznam diktafon (audiozáznam), deník.

Audiozáznam představoval velikou oporu pro autorku. Audiozáznam zachytil veškeré kvality mluveného slova. Je autentický. Bylo také zapotřebí převést netextový materiál do textové povahy, resp. přepsat rozhovory některých respondentů. Audiozáznam je v tom cenný, že zbytečně nepřicházíme o cenná data, nedochází ke zkreslování dat. Bylo využito polo strukturovaného interview.

Jedná se o kvalitativní průzkumnou techniku. „Interview je výzkumnou technikou, která umožňuje zachytit nejen fakta, ale i proniknout hlouběji do postojů a motivů respondentů. Interview se dává přednost před dotazníkem tehdy, když hledáme bezprostřední, osobní nebo důvěrné odpovědi“ (Gavora 2000, s. 110). Deník, neboli záznamový arch, byl pomocným nástrojem průzkumníka. Ne vždy všechno si pamatujeme, co nám respondent uvede.

„Záznamový arch je obvykle založen na metodě tužka-papír“ (Miovský 2006, s. 199).

Ve většině případů se jednalo o individuální rozhovor. Dále autorka použila neformální rozhovor, což vedlo k pokládání i spontánních otázek v přirozeném průběhu interakce. Vzhledem k respondentům, kterými byli i klienti ústavu, byla použita i vhodná forma vyprávění (**narativní interview** – narace = vyprávění; výzkumník položí zkoumané osobě otázku a naslouchá jejímu vyprávění (Gavora 2010, s. 204).

Je třeba uvést, že „u kvalitativního výzkumu interview obvykle nevystupuje jako samostatná metoda, ale jako součást více metod – pozorování a analýzy artefaktů“ (Gavora 2000, s. 165).

5.7 Průzkumná metoda – pozorování

Důležitou metodou v kvalitativním sběru dat je **pozorování**. Touto metodou lze popsat jevy, jejich aktéry a vztahy mezi nimi. Tato metoda se často používá u různých sociálních skupin.

„Cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě“ (Gavora 2000, s. 148).

U kvalitativního průzkumu se používá nestrukturované pozorování (nepoužívají se předem stanovené pozorovací systémy, nebo jiné přesné nástroje) (Gavora 2000, s. 149).

Při pozorování nevyužívá průzkumník pouze zrak, ale zaznamenává taktéž sluchové, čichové či pocitové vjemy. Metoda pozorování je důležitá pro sběr dat, kdy zejména si průzkumník vytváří bližší vztah s respondentem, navazuje vztahy a tím získává určitou sociální roli v průzkumném prostředí. Pozorováním průzkumník popisuje prostředí, také aktéry a události. (Linderová 2016, s. 58).

Průzkumné metody byly použity v přirozeném prostředí respondentů, kde u nich dochází k lepší uvolněnosti, otevřenosti, přirozenosti, nebojácnosti, důvěře.

5.8 Analýza sekundárních zdrojů

Pro vypracování této bakalářské práce bylo také velmi důležité studium dokumentů. Jedná se o další techniku sběru dat. Analýza dokumentů byla použita spolu s metodami pozorování a rozhovoru. Autorka využila dokumenty, jako jsou monografie, noviny, časopisy, výroční zprávy, koncepční a strategické dokumenty, webové stránky apod.

Zejména byl k vypracování této empirické práce použit hlavní dokument Transformační plán Domova Sluneční dvůr o. p. Jestřebí, vypracovaný na základě podpory Evropského sociálního fondu v ČR, Evropské unie, Operačního programu lidské zdroje a zaměstnanost, Podporujeme Vaši budoucnost, Ministerstvem práce a sociálních věcí, Integrovaného operačního programu, Střednědobého plánu Libereckého kraje, Evropským fondem pro regionální rozvoj. Podpora života v přirozeném prostředí a transformace pobytových sociálních služeb je ukotvena v klíčových dokumentech a to: Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v

přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti; Dohoda o partnerství pro programové období 2014-2020 pro ČR; Dlouhodobá vize resortu práce a sociálních věcí pro oblast sociálního začleňování; Strategie sociálního začleňování pro rok 2015 a dále pro léta 2016-2020; Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015-2020 a řadou dalších dokumentů.

Jedná se o sekundární zdroje, které se zabývají transformačním procesem sociálních služeb.

Za techniky sběru dat jsou považovány jak primární tak sekundární data (zdroje).

Za **primární data** označujeme použití výzkumných nástrojů, jako jsou například dotazníky, **rozhovory**, sestrojené za účelem konkrétní studie.

Sekundární data jsou ta data, která získali jiní výzkumníci, organizace nebo úřady pro své vlastní účely (Smutek 2014, s. 35).

5.9 Etika

Důležitým faktorem při sběru dat, je také etická stránka průzkumu. Etická pravidla jsou důležitou stránkou účasti na průzkumu. Vždy musíme zohledňovat zvláště citlivá témata. V této práci jsou dodržovány obecné základní etické zásady (úcta k lidem, ochrana od zneužití dat apod.). Jedna z nezbytných složek byla důvěryhodnost. Na důvěře a respektu se také poté odvíjela celková kvalita průzkumu a validita sdělených dat. Neméně důležité bylo posoudit, co je, a co není vhodné při účasti na průzkumu. Průzkumník se také řídil Etickým kodexem pro sociální pracovníky. Nejen, že byla dodržována etická pravidla v průzkumu, autorka musela zohledňovat i ochranu osobních údajů účastníků průzkumu (dle čl. 18 Nařízení EU 2016/679 GDPR). Také získat informovaný souhlas od respondenta (pokud měl opatrovníka, získat informovaný souhlas od opatrovníka respondenta).

Informované souhlasy nejsou v této práci zařazeny z důvodu ochrany osobních údajů. Vzor informovaného souhlasu je možné shlédnout v *příloze č. 1*.

Účast na průzkumu byla dobrovolná, účastník průzkumu měl právo kdykoli od průzkumu odstoupit. Nashromážděná data byla využita pouze k účelu průzkumu, aby nedošlo k narušení soukromí respondentů. A samozřejmě nesmí být průzkumem narušena ani osoba průzkumníka (musí umět reflektovat rizika, která by mohla z provedeného průzkumu vyplynout, musí být schopen odhadnout svoje hranice, síly, nevytvořit si silnou osobní vazbu na respondenta a naopak respondent na průzkumníka).

Pro kvalitativní analýzu bylo tedy zapotřebí provést systematizaci sesbíraných dat průzkumníkem. Došlo k dílčí úpravě dat, k doplnění tak, aby mohla být zahájena kvalitativní analýza.

V úvodu každého pohovoru byli respondenti seznámeni s účelem prováděného průzkumu. Byli seznámeni s podmínkami průzkumu, zejména tím, že se jedná zcela o dobrovolnou účast na průzkumu,

a že kdykoliv mohou z výzkumu vystoupit. Také byli seznámeni s anonymitou jejich účasti a ochranou osobních údajů.

6 Kvalitativní analýza

Vzhledem k tomu, že celý průzkum probíhal v přirozeném prostředí respondentů, musíme si nejdříve vysvětlit, o jaké přirozené sociální prostředí se jednalo.

Abychom dobře chápali celý proces deinstitucionalizace a proces transformace tohoto ústavu, je zcela nezbytné čtenáře seznámit s minulostí vzniku ústavního zařízení Domov Sluneční dvůr Jestřebí, jeho historií a do nedávné doby strukturou ústavu.

6.1 Charakteristika prostředí organizace

Z historie tohoto domova (ústavu), dnešní Domov Sluneční dvůr, Domov pro osoby se zdravotním postižením, v komunistickém režimu používán název ÚSP Jestřebí (Ústav sociální péče Jestřebí), je zařízením, jehož historický počátek se datuje rokem 1912 (Sluneční Dvůr - Sonnenhof). Z historie je známo, že švýcarský pastor Otto Weitkat koupil od obce 30 ha neplodné půdy, a ve 3 vagónech, které sloužily k ubytování, nechal zde ubytovat těžko zvládnutelnou mládež. **Již touto myšlenkou realizoval proces přivést na lepší cestu nezvládnutelnou mládež.** Na tomto hospodářství byly přistaveny chlívký a kůlny, a jeho obyvatelé vlastní prací získávali prostředky na provoz, pomáhali k provozu hospodářství i dary od příbuzných. Poté byl objekt postoupen evangelickému řádu v Praze. Byly přikoupeny další pozemky, za pomoci chovanců ústavu a finančních prostředků diakonie byl v r. 1921 postaven nový zděný dvorec. V roce 1945 byl ústav jako německý majetek zkonfiskován. Ústav převzal ONV (Okresní národní výbor) spotřebním družstvem Bratrství a později státními statky jako farma Sluneční Dvůr. V roce 1957 zde vznikl ústav pro osoby se sníženým intelektem. V této době zde byla provozována částečně farma se dvěma páry koní, krávy, slepicemi a také se zde pěstovala zelenina (**rehabilitační farma – 1. ústav tohoto typu v republice**), za přispění obyvatel ústavu. Toto se moc nedařilo, posléze bylo pěstování omezeno na skleníky a venkovní záhony (na zeleninu, okrasné stromy, květiny, keře). Do r. 1960 zde v ústavu působily řádové sestry.

Od roku 1984 byly do ústavu umístovány dívky a ženy od 18. věku se sníženým intelektem.

V roce 1987 byl postaven „nový pavilon“ pro 30 lůžek a postupně byla navyšována kapacita lůžek na 85 chovanců. Navyšování lůžek bylo prováděno na úkor kvality poskytovaných služeb, kvality bydlení, a tak docházelo ke vzniku více lůžkových pokojů na úkor soukromí chovanců.

Od r. 1994 se Ústav sociálních služeb Sluneční dvůr Jestřebí změnil na příspěvkovou organizaci s právní subjektivitou Okresního úřadu v České Lípě.

Po zrušení okresních úřadů je ústav od roku 2003 zřizován Libereckým krajem.

V roce 2007 bylo zařízení přejmenováno na Domov Sluneční dvůr, příspěvková organizace. Domov Sluneční dvůr od tohoto data zajišťuje sociální služby, podporu a pomoc dospělým osobám se střední a těžkou mentální retardací, případně s kombinovanými vadami od 26 let věku až na dožití (Domov Sluneční dvůr, Jestřebí 2021).

Jak je patrné z výše uvedené historie sociálního zařízení, kterého se proces transformace dotýká, šlo o budovy zařízení, kde některé byly více jak 100 let staré. Domy s klienty pro ně byly po technické i bezpečnostní stránce zcela nevyhovující. Jednalo se o zařízení, které bylo do budoucna neprovozu-schopné. Budovy neměly druhý východ, nebyly odizolovány, byly vícepatrové, vrchní patro jedné budovy bylo dokonce dřevěné. Ve všech budovách byla schodiště. Skleníky z důvodu nehospodár-nosti byly uzavřeny. V zařízení doposud funguje prádelna a krejčovská dílna.

Poté, co bude celý proces transformace dokončen, budou i tyto dílny zrušeny. Také se nacházejí v ne- vyhovujících podmínkách, ve starých, neprovozu-schopných budovách. Klienti se o tyto služby již budou starat sami, tzn. že, v každé domácnosti bude pračka, místnost, kde bude možnost sušit prádlo. V areálu se také dosud nachází starý kulturní dům, který se již nevyužívá. Nyní jsou v něm nastěho- vány některé věci. Po dokončení transformace bude kulturní dům zřejmě zakonzervován. Do nedávna se zde ještě pořádali kulturní akce. S počátkem transformace byl využit na jiné potřeby.

Byla zde košíkářská dílna. Ta byla také z důvodu transformace zrušena.

Klienti bydleli ve třech budovách, ve starém pavilonu bylo 29 lůžek, v novém pavilonu 25 lůžek a v administrativní budově ve dvou skupinových domech 4 a 5 lůžek. Vybavení pokojů bylo základní.

Prostřednictvím odsouhlasení Rady Libereckého kraje, usnesením č. 164/07/RK, byl Domov Slu- neční dvůr o. p. Jestřebí **zařazen do pilotního projektu „Podpora transformace sociálních slu- žeb“** (přijat dne 21. února 2007 Usnesením vlády ČR č. 127)). Tento projekt je realizovaný Minister- stvem práce a sociálních věcí (Podpora transformace sociálních služeb, Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016-2025, Manuál transformace ústavů), vychází ze Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb Libereckého kraje a Strategii rozvoje Libereckého kraje 2006-2020, Evropskou unií ve spolupráci se státem, s kraji v ČR.

6.2 Časový horizont

Již první kroky v procesu transformace sociálních služeb jsou patrné v r. 2000, kdy se toto zařízení samo přihlásilo (v zastoupení ředitele ústavu) se žádostí o transformaci a žádalo o zařazení do trans- formačního procesu. Od roku 2001 byl zahájen proces zlepšování ubytovacích podmínek pro klienty.

» R1 vypověděl: „*Sám jsem si uvědomil, že bych takto žít nechtěl a sám jsem se začal angažovat o to, abychom byli do transformačního procesu zařazeni*“.

Samotný proces transformace se rozběhl až v roce 2007, kdy zařízení bylo zařazeno a zapojeno do pilotního projektu, viz shora. Na nějakou dobu byl projekt transformace pozastaven a jeho samotná realizace začala probíhat po několika letech přípravy až v letech 2019 do současnosti.

Podle transformačního plánu mělo dojít k realizaci stavby nových objektů a přesunu klientů a pracovníků zařízení v letech od roku 2014 do roku 2015. Byl ustanoven multidisciplinární transformační tým, který byl nápomocen nejen při realizaci transformace, ale již v přípravném řízení transformace (sociální pracovníci, ekonom, pracovnice v sociálních službách, regionální pracovník Národního centra, Odborný pracovník Národního centra podpory transformace sociálních služeb, pověřený pracovník Krajského úřadu Libereckého kraje z odboru sociálních věcí a řada dalších). Zaměstnanci zařízení zmapovali potřeby uživatelů a vyhodnotili míru nezbytné podpory pro klienty.

Jak vyplývá z výpovědi samotných respondentů a dokumentů, **tento časový horizont se bohužel nepodařilo naplnit, i z toho důvodu, že bylo mnoho pozměňovacích návrhů k samotným stavbám, dodatkových listů, pozdržela se projektová dokumentace a tak k samotné realizaci procesu transformace bylo přistoupeno až v roce 2019.**

K září roku 2020 se v zařízení nacházelo 44 klientů, kteří se účastnili procesu transformace.

7 Vyhodnocení plánu procesu transformace

7.1 Proces přípravy

Do procesu přípravy dokumentů pro potřeby transformačního plánu byl zapojen management zařízení. K tomu, aby mohla být realizace procesu transformace úspěšná, musel být vyhotoven transformační plán. „*Jedná se o dokument, který je zcela nezbytným souhrnem informací o současném stavu zařízení a o vizi a plánech změny vedoucí k transformaci zařízení. Vedle transformačního plánu se vytvářejí další dokumenty, které blíže specifikují jednotlivé kroky k naplnění transformačního plánu. Rozhodující je obsah, nikoliv název dokumentu*“ (TRASS 2015).

Transformační plán se nejen týká strategického plánování, musí se brát v potaz i ekonomická rozvaha, do budoucna finanční udržitelnost sociální služby a samozřejmě nejdůležitější dílčí kroky směřující k samotným uživatelům, kterých se transformační proces týká. Výsledky procesu transformace musí být trvalé, nesmí být na svých právech nikdo krácen a poškozen, rozhodnutí jsou závazná pro všechny

zúčastněné strany. Je nutné zdůraznit, že změny v průběhu deinstitucionalizace se týkají i budoucích uživatelů sociálních služeb.

7.2 Snížení kapacity klientů

Jako prvním hlavní bodem transformačního plánu bylo snížit kapacitu klientů, kde v zařízení bylo původně 85 klientů, ke dni 1. 4. 2012 jich bylo 52 a k září 2020 celkem 44 klientů.

Snížováním kapacity klientů (odchod zpět do rodin, do jiných chráněných bytů) došlo z toho důvodu, že transformační plán se řídil Kritérii sociálních služeb komunitního charakteru a Kritérii transformace a deinstitucionalizace (dále jen Kritéria), kde byl jasně stanoven počet klientů na m² obytné plochy.

Snížit kapacitu klientů bylo nutné s ohledem na vydaná Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a Kritéria transformace a deinstitucionalizace. „*Kapacitou je míněn maximální počet uživatelů sociální služby, kteří ji mohou využívat v jednom okamžiku*“ (MPSV 2013 b).

» R2, R4, R6, R8, R10 shodně vypověděli: „*Klienty známe dlouhou dobu, to byla velká výhoda v určování míry podpory a následného rozdělování do skupin, do jakých lokalit se budou stěhovat. Věděli jsme, kdo by asi s kým chtěl být, víme, jak se klienti spolu navzájem kamarádí, a to jsme se snažili zohledňovat, aby pro ně ten přestup byl co nejcitlivější, a co nejméně se jich dotkla ta změna. Přeci jenom, každá změna v životě je rozhodí a tu podporu od nás potřebují. Vytvářeli jsme individuálně plány pro každého klienta zvlášť. **Opravdu bylo výhodou, že se nám klienti neměnili a příchod nových klientů byl pozastaven***“.

Vzhledem k tomu, že bylo nutné dodržet Kritéria shora uvedená, týkající se nově vystavěných budov pro pobytové komunitní služby, bylo zapotřebí snížit počty klientů v ústavním zařízení. Kapacita, resp. potřebnost zdejšího okolí nebyla taková, aby se muselo udržovat celých 85 lůžek, a navíc by služba pro takové množství klientů byla hodně finančně náročná, proto se přistoupilo k tomu, že se někteří klienti přesouvali do jiných sociálních služeb. Tudíž byli klienti přesunuti např. do Dolmenu, Křešic, oslovovali se rodiny klientů, apod.

Také se učinily kroky k tomu, aby po dobu probíhající transformace nebyli do ústavního zařízení přijímáni noví klienti. Nově přijímání klienti mohou být přijímáni posléze a jen již do komunitních sociálních služeb (žádost si žadatel mohl podat).

Tento vytyčený cíl, a to snížit kapacitu klientů v zařízení, se podařil. Taktéž se podařilo pozastavit přijímání nově přichozích klientů.

7.3 Míra podpory

Míra podpory je nejdůležitějším nástrojem přehledu o zhodnocení míry nezbytné podpory u jednotlivých uživatelů služeb.

Je to škála, která je vyhodnocována u dospělých lidí s postižením na základě doporučeného postupu MPSV č. 1/2010 (revize 2013) Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů. Hodnotí se nezbytná pomoc, podpora či dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve všech částech dne. Posouzení nezbytné míry podpory je klíčovým podkladem pro zhodnocení kroků v rámci strategie deinstitucionalizace služby a tvorby transformačního plánu organizace.

Bylo zapotřebí, aby došlo k rozdělení a rozmístění klientů do společných skupin dle míry podpory. Bylo nutné, aby před samotným zahájením procesu transformace tohoto zařízení byly zmapovány a vyhodnoceny jednotlivé potřeby klientů a stanovena míra podpory, kterou jim služba musí i nadále zajistit. První podmínkou bylo ustanovení týmu, který se tímto vyhodnocením zabýval (zejména zde hráli důležitou roli klíčoví pracovníci – zejména pracovníci v přímé péči, kteří klienta dostatečně znají, tráví s ním nejvíce času).

Nezbytná míra podpory se dělí na nízkou potřebu podpory (uživatel s potřebou jen malé nezbytné podpory ze strany druhých osob v rozsahu cca 1-7 hodin denně, s dopomocí se složitějšími úkony péče o vlastní osobu nebo částečným dohledem), středně vysoká míra podpory (uživatel s potřebou nezbytné podpory dostupné v rozsahu 8-16 hodin denně/přes den a obvykle i částečně přes noc, s dopomocí nebo alespoň pravidelnou kontrolou ze strany druhé osoby) a potřebu vysoké míry podpory (uživatel s potřebou nezbytné podpory dostupné vždy cca 17-24 hodin denně, s většinou úkonů péče prováděných zcela nebo s velkou asistencí druhé osoby). (TRASS 2016).

Tento nástroj slouží k popsání, jakou podporu klient bude potřebovat a jakou podporu je nutné klientovi zajistit v prostředí mimo ústavní instituci. Vyhodnocení managementem zařízení bylo takové, že 1 z klientů bude zařazen do skupiny osob s potřebou nízké podpory (objekt ul. Partyzánská Česká Lípa), 15 klientů do skupiny osob s potřebou středně vysoké míry podpory (objekt Lada Česká Lípa 6 osob, 7 osob ul. Partyzánská a 2 osoby objekt Sosnová) a 28 klientů do skupiny s potřebou vysoké míry podpory (objekt Sosnová Česká Lípa – 10 a objekt Jestřebí 18 klientů).

V této oblasti se respondenti » R2, R4, R6, R8, R10 vyjádřili a shodli tak, že: „*Za ta léta, co tu pracujeme, jsme se snažili klienty rozdělit do skupin míry podpory tak, že se domníváme, že jsme dostatečně odhadli míru jejich péče. Je pravdou, že tam, kde nyní klient například potřebuje vysokou míru podpory, se může časem vlivem transformace změnit na střední míru podpory nebo i naopak. Ale s tím se musí počítat, není poté problém klientovi více či méně pomáhat a podporovat ho v dovednostech. V nejzákladnějších úkonech sebeobsluhy, v komunikaci apod.*“.

Vyhodnotit individuální potřebu podpory klientů ústavního zařízení a rozdělit klienty do předběžných skupin podpory se podařilo.

Kromě poskytování nezbytné pomoci a podpory směřující k sociálnímu začlenění, jsou **pobytové služby primárně zaměřeny na podporu vedení domácnosti uživatele a péči o osobu uživatele v přirozeném prostředí**. Dle Kritérií může být pobytová služba zajištěna buď v samostatném objektu určeném jen pro sociální službu, nebo v běžné zástavbě, kde jsou společně byty sociální služby i byty využívané mimo sociální služby a to tak, že:

- v jedné skupinové domácnosti žije nejvýše 6 uživatelů, v individuální domácnosti žijí 1 až 2 uživatelé
- v jednom rodinném domě žije nejvýše 12 uživatelů, jedná-li se o zajištění služby v rodinných domech, pak omezení 12 uživatelů platí pro celou ulici, případně nejbližší okolí (ulice navazující, pře tínající původní ulici, kde je služba poskytována)
- v jednom bytovém domě žije nejvýše 12 uživatelů, v případě, že počet obyvatel daného domu je dle kapacity bytových jednotek vyšší než 150, může být v daném bytovém domě i vyšší počet uživatelů. Počet uživatelů v jednom objektu pak v tomto případě nesmí být vyšší než je 8% všech obyvatel domu
- V jednom bytovém nebo rodinném domě žije nejvýše 18 uživatelů, jsou-li to lidé s potřebou vysoké míry podpory (dospělí)
- v jednom bytovém nebo rodinném domě jsou umístěné maximálně 4 individuální domácnosti (tj. max. 8 uživatelů v jednom objektu).
- Počtem uživatelů v jednom rodinném nebo bytovém domě je myšleno na jednom místě, tedy např. i v dvojdomě (MPSV 2013 b, s. 16–18). Viz příloha č. 2.

Do budoucna má Domov Sluneční dvůr o. p. Jestřebí v plánu orientovat se na registraci sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením (pro osoby, které potřebují vyšší míru podpory) a na chráněné bydlení (pro osoby, které potřebují nízkou míru podpory). Registrace těchto služeb bude reakcí na provedený proces transformace, kdy se v průběhu 5 let bude zjišťovat fungování komunitní služby. Služba musí pružně reagovat na získané kompetence a dovednosti klientů, které po dobu v komunitní službě získali nebo je posílili.

7.4 Lokality výstavby pobytové sociální služby

Dalším hlavním cílem přípravy procesu transformace a transformačního plánu bylo hledat lokality s vhodným prostředím pro poskytování sociálních služeb a vhodným bydlením pro uživatele.

Zabezpečit nové objekty pro ubytování klientů a opustit stávající zařízení.

Lokality byly vytipovány tak, aby sloužily ku prospěchu uživatelů pobytových sociálních služeb. Při plánování výstavby bytových domácností bylo nutné brát zřetel na hustotu obyvatel v dané lokalitě (obci, městě) a dále tak, aby služby pro osoby se zdravotním postižením (aktivizační služby, denní

programy, obchody atd.) nebyly rozmístěny v jednom místě s pobytovou službou (například v jiném objektu, případně v jiném vchodu, provozně odděleny od bydlení, od domácnosti uživatelů apod.). Původně byly vytipovány lokality v obcích Zahrádky, Zákupy či Nový Bor, okr. Česká Lípa.

Dle sdělení » R1, který uvedl: „*Ovšem lokality se nepodařilo získat a to zejména ze strany nezájmu samotného vedení obcí či velkého odporu veřejnosti*“.

Z více vybraných lokalit v okrese Česká Lípa byly nakonec zakoupeny a využity stavební pozemky v České Lípě v oblasti Lada, Sosnová, střed města Česká Lípa ul. Partyzánská a stávající pozemek v Jestřebí. Podařilo se zajistit 4 lokality tak, že jsou vzdáleny každá min. 4 kilometry od sebe.

Původní budovy, kde byli klienti ubytováni, se měly bourat. Vzhledem k tomu, že po propočtu by demolice budov stála velké finance, byly nabídnuty k prodeji, pokud nebudou odprodány, budou budovy zakonzervovány.

Respondenti managementu » (R1, R2) shodně vypověděli, že: „*Setkali jsme se s velkým nezájmem veřejnosti. Do dnes současná společnost osoby s mentálním, zdravotním postižením odsuzuje, nechce je přijímat mezi své vrstevníky, chce, aby zůstaly, tam kde jsou. I po mnoha letech si zařízení pobytových sociálních služeb („ústavy“) pletou s psychiatrickými ústavami („blázinci“). Osoby s mentálním postižením smíchávají do hromady s osobami trpícími psychiatrickou poruchou.*

K tomu se samozřejmě navádí i otázka, zda je veřejnost dosud dostatečně informována o proměně sociální služby ústavního charakteru v charakter komunitní“.

Lokality byly nalezeny tak, aby splňovaly doporučení a podmínky Kritérií. Domácnosti klientů jsou umístěny v bytovém nebo rodinném domě, který má charakter běžného bydlení. Jsou umístěny tak, že jsou dostupné veřejné služby, které klienti pro svůj život potřebují (obchody, MHD, pošta, bazén, kino, zdravotnické služby, úřady apod.). Lokality byly vytipovány tak, aby došlo k začlenění klientů do běžného života v komunitě. Ve vybraných lokalitách je zajištěna spolupráce s jinými službami, jako je například: klub důchodců, pečovatelská služba – odběr stravy, možnost využívání denního stacionáře, Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje atd. Je zajištěna spolupráce s jednotlivými obcemi.

» R1, R2 uvedli: „*je možné využít i další organizace poskytující sociální služby jako jsou Sociální služby města Česká Lípa, Denní a pobytové sociální služby, p. o. (možnost využít denního stacionáře), Rytmus Liberec, o.p.s. (podporu zaměstnávání klientů), Dolmen, o.p.s. Agentura pro chráněné bydlení (podporu sociálních vazeb klientů) a řadu dalších“.*

Nalezení lokalit ve vhodném komunitním prostředí pro poskytnutí nové sociální služby v rámci procesu transformace se podařilo.

7.5 Plán stěhování

Dále bylo poté nutné naplánovat přechod klienta do nové služby. Velkou roli v tomto procesu hráli jak sociální pracovníci, tak pracovníci v sociálních službách (klíčoví pracovníci). Ti právě znají klienta nejvíce, tráví s tím spoustu času, téměř ve dne v noci. Oni byli ti, co sestavovali s klientem individuální plán, poskytování informací směřovalo individuální formou, u každého klienta zvlášť, zejména s ohledem na jeho potřebnou míru podpory.

» R10 vypověděl: *„Báli jsme se, že nám transformací přibude hodně práce, a že nás bude málo. Nebudeme stíhat se starat o klienty. Klienti se nebudou chtít stěhovat, jsou tady na sebe zvyklí. Budeme muset zaučovat nové pracovníky. To bude zase práce na víc“.*

Klienti byli informováni o jednotlivých fázích stěhování, do jednotlivých domů se stěhovali postupně, a vždy co nejdříve po kolaudaci.

» R7 uvedl: *„Já se na stěhování těším, už si balím věci, ale nemůžu si vzít všechno, a to mě štve, prý se mi to tam nevejde, tak musím něco vyhodit, ale já bych si chtěl vzít všechno. Už jiný jsou přestěhovaný, a mají to tam moc hezký. Já to taky chci mít tak hezký jako oni. No doufám, že to bude stejný“.*

Bylo třeba vysvětlit klientovi, proč se bude stěhovat, kde bude bydlet, jaká služba mu bude poskytována. Bylo nutné, aby klient své místo domova případně i viděl.

» R7 vypověděl: *„Já jsem se tam byl podívat, a už mám vybrané i svoje křeslo, řekl jsem si, jakou chci barvu křesla, podle toho poznám i svůj pokojíček“.*

Klienti byli průběžně seznamováni s nově vzniklými skutečnostmi.

Výhodou tohoto procesu přípravy na stěhování bylo to, že již v roce 2003 byly zřízeny v administrativní budově 2 byty. Klienti tam byli přerazeni z důvodu malé kapacity lůžek v celém zařízení. Klienti byli vybírání na základě toho, že byli fyzicky zdatnější než ostatní klienti. Například, že vyšli schody a dále také, že jim byla poskytována jen nízká nebo střední míra podpory. Byly klientům zrekonstruovány byty, kde si mohli říci, jakou barvou chtějí vymalovat pokoje, byli se na pokoje podívat. Zpočátku měli klienti velké obavy, jak tam sami budou žít, proč tam s nimi nebude ta „pečovatelka“. Jak, že tam bude kuchyň a budou si sami vařit? Plakali, že samostatně bydlet nechtějí, že jsou zvyklí žít ve velké skupině. Poté, co si zvykli žít soběstačnějším životem, naučili se za pomoci klíčové pracovníka spoustu dovedností týkající se například údržby běžné domácnosti, zvýšili si kompetence jako je péče o sebe a již se do skupinového domu odmítali vrátit.

Ostatní klienti si tedy mohli vizuálně představit, jak asi proces stěhování bude vypadat, jak budou bydlet. Mohli si vybrat, s kým budou bydlet, kde budou bydlet. I když zpočátku s velkou neochotou, nechutí, pláčem, prosbami, obavami, se do stěhování začali postupně zapojovat (balili si věci, které

si vezmou do nového bydliště, řekli si, jakou barvu křesla ve svém pokoji chtějí mít – de facto si i tak pamatovali, který je jejich pokoj, jelikož uspořádání nových pokojů v domácnosti je vesměs podobné). Do nového domova klienti přicházeli již s jednotlivými klíčovými pracovníky.

» Respondenti R1, R2, R4, R6, R8, R10 dále shodně vypověděli, že „*když se o stěhování a novém bydlišti klienti dozvěděli, že vlastně budou bydlet zcela někde jinde, z počátku plakali, nechtěli provádět žádné změny, chodili za námi, ať se stěhuje někdo jiný. Toto pro ně bylo těžké období, složité, nemají rádi změny. My jsme jim to vysvětlovali, pomáhali, uklidňovali. Předpoklady, zda to někteří zvládnou a jiní nemusí, to se špatně odhaduje*“.

V ústavu byli de facto od své plnoletosti, zvyklí na ústavní prostředí. Lidé s mentálním postižením nemají rádi změnu. Průměrný věk klientů v tomto zařízení je 50 let. Dosud byli zvyklí na institucionální model denního režimu. Ráno všichni vstali na povel, na povel se oblékli, na povel se šli nasnídat, na povel se mohli koukat na televizi, odpočívat, jít pomáhat ven na zahradu, na povel měli svačinu, na povel měli oběd, odpočinek, koupel, večeri. A takto to šlo až do doby transformace.

» R2 uvedl: „*V komunistické éře, a ještě chvíli po roce 1989, nosili stejné oblečení (nejlépe všude teplákové soupravy), nebyli jakkoliv soběstační, nemohli si zakoupit oblečení, jaké chtěli. Nemohli si zajít ke kadeřníkovi, kadeřník musel jezdit k nim do zařízení. Nemohli sami do obchodu. Byli absolutně a zcela závislí na instituci. Byla zde brána, která uzamykala areál, a jen povolené návštěvy směly dovnitř. Až počátkem 21. století se situace v ústavním zařízení začala vylepšovat. A dle mého názoru a odhadu, kdyby se klientům dříve věnovalo více času a to již od raného dětství, a byly lepší podmínky, více možností, lepší vzdělávací a aktivizační služby, **jedna třetina klientů by tu již dneska už nemusela být**“.* Já plně transformaci vítám. I když vím, že s ní jsou a budou zpočátku velké starosti a strach z neznámého“.

» Respondenti R4, R6, R8, R10 uvedli: „*Někteří klienti pracovali, jiní pomáhali venku na zahradě*“.

Jak už bylo zmíněno shora, v zařízení fungovalo velice prospěšné zahradničení. Sazenice, květiny, zelenina se zde prodávali, a za utržené peníze si mohli klienti pořídit nějaké svoje věci. Ostatně skleníky v tomto ústavním zařízení byly vyhlášeny po celém kraji. V tomto zařízení tedy k určitému aktivačnímu a motivačnímu rozvoji u klientů postupně docházelo. Ale samozřejmě ne u všech klientů, a to i s ohledem na potřebnou míru podpory a i na to, že někteří klienti, jak uvedl » respondent 10: „*Jsou prostě líní, a zvyklí, že za ně všechno uděláme. Na druhou stranu se teď obávám, že na ně nebudeme mít tolik času. Byla zde košíkářská dílna, keramická dílna. Ale nicméně klientům stále chyběla samostatnost, větší nadhled nad svým životem, větší zodpovědnost sám za sebe. Výrobky vyrobené klienty se i na různých trzích prodávaly*“.

Musíme si uvědomit, že klienti jsou osoby s mentálním postižením různého charakteru. V ústavu strávili většinu svého života (třeba i 50 let). Jsou doslova závislí na stereotypch, nemají rádi velké změny. Jsou závislí na svém okolí, ulpívají na jiných lidech. Mají tendence uspokojovat svoje potřeby neodkladně a bez zábran. Nejsou schopni porozumět obecně platným normám, vše se jim musí opakovane vysvětlovat, řídí se emocionálními impulsy. Mají omezený rozvoj komunikačních kompetencí. Potřebují trvalý či částečný dohled. V tomto směru bylo zejména nutné je na změnu svého nového prostředí „domova“ připravit, a to nejvíce záleželo na sociálních pracovnících a klíčových pracovnících.

Plán procesu přípravy na stěhování a samotné stěhování se podařilo realizovat.

V tomto směru se proces přípravy klientů na stěhování do nových domovů podařil, klienti byli dostatečně a včas na veškeré změny upozorňováni a dokonce se i někteří ptali, kdy už se budou stěhovat.

7.6 Příprava sociálních pracovníků, pracovníků managementu, pracovníků v přímé péči

Nejen, že postupnou přípravou procházeli klienti, i postupnou přípravou na přechod od institucionální péče v péči komunitní musel být seznámen i personál. Byly mu vymezeny role, kompetence, strategie. Personál byl rozdělen dle lokalit, do kterých s klienty půjdou. I podle toho, jak kdo z personálu chtěl jít do jaké lokality. V nové administrativní budově v Jestřebí zůstane management zařízení.

Musely být vyhodnoceny rizikové situace, popis prevence.

» R10 sdělil: „Do jaké lokality mě dají mi je celkem jedno. Jen abych zvládl tu podporu s klienty. Zdá se mi to dost náročné. Potřeboval bych více asi zaškolit. Víím, že nebudou nikdy úplně samostatní, ale odhadnout limity klienta se nedají na 100% nikdy“.

» R2 vypověděl: „K postupnému zaškolování docházelo, i když zpočátku v tom byl trochu zmatek, než se situace trochu uklidnila a už jsme pak věděli co a jak. Předávali jsme si informace i od jiných zařízení, kteří již transformací prošli. Měli jsme i mimořádná setkání. Zpočátku to bylo těžké, utříbit si, co kdo bude dělat. Pak bylo také hodně složité sestěhovávání klientů a ten zmatek kolem toho, řešily se technické a personální požadavky“.

» R4 uvedl: „Zpočátku jsem se bál ztráty zaměstnání, nevěděl jsem, jak transformace bude probíhat, zda nás nebudou propouštět. Naopak jsem se pak dozvěděl, že nás (klíčových zaměstnanců) bude ještě více, tak se mi ulevilo. No a jak nás připravovali na proces? No prostě nám řekli, že to bude změna, že se více budeme věnovat klientům. Měli jsme nějaká zaškolování. Každá změna je nová a každé změny se bojíte, co přinese, s tím se musí počítat, ale připravit se na to úplně nedá“.

Pracovníci zařízení se sice změny obávali, ale ke změnám z ústavního typu zařízení v komunitní byli postupně seznamováni, i když zpočátku to pro ně byl jeden velký zmatek a chaos.

7.7 Financování

Další důležitou složkou plánu přípravy transformace je jistě nezbytné zmínit se o financování celého projektu a budoucí udržitelnosti sociálního zařízení.

Je třeba brát v potaz to, že do zařízení nového typu se nejen stěhovali současní klienti zařízení, ale do budoucna se muselo počítat i s nově příchozími klienty.

Z výpovědí respondentů byl plán financování podrobně vypracován a na financování přechodu ústavního modelu v model komunitního typu bylo využito finančních prostředků z 95% plánované hodnoty, kterou obdržel kraj od podpory fondů z Evropské unie a 5% kraj hradil sám ze svých prostředků (+ některé nedostatky). Objekt v Partyzánské ulici byl hrazen pouze z prostředků Libereckého kraje. Ministerstvo práce a sociálních věcí vydávalo pouze kritéria, jak by měla transformace probíhat a dle kterých jsou zřizovatelé povinni se jimi řídit.

Zařízení je také financováno státními dotacemi, které jsou přidělovány krajem (dotace ze státního rozpočtu), z jednoho roku na rok. Kraj akceptuje novou službu a rozpočet zařízení vykrývá.

Dalším zdrojem financování sociální služby jsou platby od uživatelů, včetně příspěvku na péči a příspěvek zřizovatele – zajištěn vždy na 10 let na základě Pověření k poskytování služeb v obecném hospodářském zájmu (poslední pověření platné do 31. 12. 2023).

Z přidělených finančních prostředků se tedy podařilo na proces transformace reálně (koupě nových pozemků, samotné vybudování nových staveb, vybavení nábytkem) naplnit a uskutečnit. Budoucí udržitelnost sociální služby je zajištěna.

7.8 Plán rizik

Při změně zařízení, kdy dochází v zařízení ke změně z ústavního (institucionálního) do komunitního typu pobytové služby je nutné také počítat s riziky, která mohou zařízení postihnout. Je přirozené, že realizace procesu transformace je doprovázena vznikem řady rizik, na které musí být zařízení preventivně připraveno, musí umět ošetřovat a zmapovat jednotlivá rizika, která mohou nastat. K pomoci vyhodnocení rizik transformace byla vytvořena publikace Národním centrem podpory transformace sociálních služeb v rámci projektu MPSV Podpora transformace sociálních služeb. Pomocným nástrojem byl vypracován dokument *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení (dále jen Rizika)* (TRASS 2012) a *Rizika procesu transformace 2019-2020*. (TRASS 2020).

Tyto dokumenty navádí management zařízení, jak správně vyhodnocovat možná rizika v procesu transformace. Nástroje slouží k tomu, aby jednotlivým aktérům byl předložen výčet potenciálních rizik, a aby byli schopni zjednodušit tak aktivity k identifikaci. U rizik musíme brát na zřetel popis příčiny jejich vzniku, důsledků jejich dopadu a způsobů eliminace.

Rizikem je: „*předpokládaný jev, u kterého nevíme, zda a v jakém rozsahu skutečně nastane – jedná se o určitý předpoklad vzniku překážky při realizaci procesu transformace*“ (TRASS 2012, s. 8). Dále jsou nutná preventivní opatření, která eliminují rizika částečně nebo v celém rozsahu. Popsaná rizika můžeme také shlédnout v příloze č. 3.

» R1 vypověděl: „*Samozřejmě, že s riziky se vždy musí počítat. Je třeba jim předcházet, i když né vždycky to jde. Možná a nejvíce předpokládaná rizika jsou vypsaná v transformačním plánu na straně 82. Máte tady třeba rizika, že si klient nezvykne na nové prostředí. Jak stávající tak i nově přichozí zaměstnanci si musí zvyknout na změnu způsobu poskytování péče v nové službě – to je zásadní způsob fungování organizace. Dále tady máme ty pozemky. Průtahy ve stavbách. Stáří klientů. Obavy klientů ze změn. Malá informovanost o projektu transformace. Chybějící poskytování alternativních sociálních služeb. Na to všechno jsme se museli připravit. Měli jsme řadu sezení, porad. Schůzky s rodinnými příslušníky. A řadu dalších. S tím jsme se nějak poprali, muselo se s tím počítat, i to je naše práce.*“

» R6 uvedl: „*Pokud mám mluvit o rizicích, tak já sám měl obavu v tom, že to pro nás bude hodně náročné, nejen to stěhování. Ale ta nová specifická práce s klienty. Já je sice znám (klienty), už vím, co asi potřebují, ale to neznamena, že když si to myslím já, že si to myslí i ti klienti. Měli jsme nějaká školení, porady, ale ta přímá práce s klientem je dost náročná. Bojím se, jak to všechno zvládnou a ještě zaučovat nové lidi.*“

» R2 sdělil, že: „*Já mám obavu, aby ty pracovnice (klíčoví pracovníci), nebyly tzv. „holky pro všechno“. Musí se to nějak ustálit. Je nutné neustálé individuální plánování. Velká spolupráce, komunikace s pracovníky. Já sám tuto změnu vítám. Předáváme si vzájemné informace a tak máme zpětnou vazbu, jak, kdo, co potřebuje.*“

Pro předcházení rizik, či řešení již vzniklých rizik, je vždy nutný monitoring a přezkum rizik. Důležité jsou od počátku komunikace s pracovníky (ústní, písemná – emaily), předávání informací na pracovních skupinách, dokumentace rizik. Rozhovory s pracovníky, čerpání zkušeností odborníků, informovanost o smyslu transformace. Jsou řešeny nečekané změny, plnění cíle procesu může být daným rizikem ohroženo. Dopad rizika může být jak na uživatele služby, zřizovatele, poskytovatele, na komunitu, na veřejnost, na zaměstnance. Již v předchozích kapitolách bylo o rizicích procesu napsáno,

jednalo se zejména a v první řadě o riziko nezajištění vhodných lokalit tak, aby mohla započít výstavba nových domů. Taktéž bylo nutné klienty na novou změnu připravit a to s dostatečným předstihem. Zabezpečit bezpečí klientů a personálu. Všechna tato rizika byla zahrnuta do přípravné fáze procesu. Naproti tomu, realizaci přestěhování a pobývání v nových lokalitách, může být velkým rizikem to, že se klientovi po „starém“ prostředí bude stýskat, bude odmítat nové pracovníky, které nezná, je nutná motivace uživatele. Se všemi těmito riziky se muselo pracovat. Rizika byla managementem vyhodnocena a identifikována v transformačním plánu tak, jak uvedeno. Byl kladen velký důraz na eliminaci rizik, na prevenci rizik, jak rizikům procesu předejít a byla vydávána taková opatření, kterými bylo možné reagovat na již vzniklé riziko (například Standardy kvality, vzájemná komunikace, pravidelné pracovní porady, předávání informací, supervize...).

» R1 uvedl: *„Rizika další a další se mohou objevovat a je nutné vždy na ně správně reagovat, a pokud možno s předstihem. Na každém pracovišti máte potencionální rizika, jen je musíte umět včas zachytit ošetřit a doslova se s nimi poprat. Uvědomuji si, že může docházet k dlouhodobému stresu z očekávaných změn, obavám, chybám, nejistotě. S tím vším v procesu transformace je počítáno, ale ne vždy se tomu (myslím těm rizikům) dá předejít. Chceme, aby se i klienti učili posilovat v tom, aby se naučili například, jak si přivolat pomoc (policie, záchrannou službu, sociálního pracovníka), jak jednat na úřadech, vést vlastní domácnost.“*

V transformačním plánu byla rizika řízena tak, že byla vysledována, analyzována, zmonitorována, aby měla co nejmenší, minimální dopad na všechny zúčastněné strany (uživatele, zaměstnance, kraj, veřejnost, komunitu...). Pokud možno, aby se jim dalo předejít. Byly učiněny kroky k tomu, aby rizika byla co nejmenší, aby byla popsána, řešena.

Z tohoto důvodu byla i vyhodnocena možná rizika. Vypracován plán rizik, který zvýšil pocit bezpečí a jistotou všech účastníků transformace, zejména jak se vyrovnat s neočekávanými problémy, náhlými změnami, stresem apod.

8 Přejít od ústavního zařízení ke službám komunitního typu, realizace

V době přechodu do nového prostředí došlo k zakonzervování starých budov v Jestřebí a všichni klienti byli sestěhováni do jedné největší budovy. I z toho důvodu, že jedna z budov, kde dříve klienti žili, se rekonstruuje na administrativní budovu. » R2 uvedl: *„No představte si to tak, jako když se 10 domácností sestěhuje do jedné. To je strašně vyčerpávající, psychicky unavující, nepřehledné, prostě šrumelec, žádné soukromí. Z pečovatele se stává postupně podporovatel, to je velmi důležité přehodnotit tu ideu. Nedělat všechno za klienty, ale nechat jim prostor a čas, aby se učili se o sebe postarat sami. Rozhodovat si sami co a kdy budou jíst, pít. Kdy vstanou nebo půjdou spát. S kým budou trávit*

*volný čas a jak ho budou trávit. Co si vezme na sebe. Jen je nutná potřeba motivace a podpora. Pokud měli pracovníci jakékoliv obavy, je zde nástroj supervize, zde mají možnost obavy zmírnit. Je pravdou a chápu je (klíčové pracovníky) že je to zásadní změna, nedělat prostě všechno za klienta. **Úkolem zařízení je klienty na takové změny postupně připravit a vytvořit jim pro takovou přípravu podmínky a podmínky během celého procesu** “*

» R10 sdělil: „*Souběžně ještě před zahájením transformačního procesu jsme se snažili klienty již vést k větší soběstačnosti. Je jasné, že to u všech úplně a hned nejde*“.

Toto období bylo pro zařízení velmi náročné, jelikož klienti neměli vůbec žádné soukromí, bylo jich hodně na pokojích, nebyli navzájem již na sebe tolik zvyklí. V zařízení byl hluk, neustálý shon, málo místa, stísněný prostor a proto bylo zcela nezbytné stavby a nové domovy dokončit co nejdříve.

Klienti byli takto zařazeni do těchto lokalit **dle „Dotazníku posuzování míry nezbytné podpory uživatele“ a dále s ohledem na vazby a kořeny uživatele.**

K samotné realizaci a tedy k přechodu od ústavního (institucionálního) modelu zařízení k přechodu služby komunitního typu docházelo průběžně.

8.1 První etapa

V první etapě bylo přestěhováno 8 klientů do domu v **Partyzánské ulici**. Zde byly vybudovány 3 bytové samostatné jednotky a jedna garsonka. Dále místnost pro vedoucí tohoto zařízení. V bytovém domě je jeden byt skupinové domácnosti pro 3 uživatele, 2 byty s individuální domácností pro 2+2 uživatele a jedna individuální domácnost. Každá domácnost má svoji kuchyň a obývací místnost, sociální zařízení. Původně zde bylo 8 klientů, ale jedna klientka odešla bydlet ke svému příteli. Klienti jsou zde ubytováni s nízkou a středně vysokou mírou podpory. Klíčoví pracovníci využívají prostory jednotlivých domácností k zabezpečení sociálních služeb.

Byla zde vybudována zahrada. Z výpovědí respondentů R2, R3, R4 vyplynulo, že v tomto zařízení 3 klienti začali pracovat v restauračním zařízení. Zapojili se tedy významně do trhu práce. Ze své výdělečné činnosti si pořídili např. mobilní telefony. Dům je vícepodlažní a jsou zde ubytováni klienti, kteří potřebují nízkou podporu a střední potřebu podpory. Do zaměstnání docházejí sami, většinou pospolu všichni tři. Klienti si zde sami vaří, nebo si docházejí pro obědy do protější základní školy. Zkoušejí jednoduché recepty. Trénují se v zapamatování těchto receptů a postupů. V Jestřebí by to dělat nemohli. Pokoje jsou uzamykatelné a každý z klientů si svůj pokoj může uzamknout. V tomto spatřují velkou výhodu, ochraňují si svůj majetek a vědí, že pokud nejsou přítomni doma, nikdo jim do pokoje nevstoupí. Naučili se postupným začleňováním jezdit městskou hromadnou dopravou a můžou ji využít i do svého zaměstnání. V práci jsou velmi spokojeni, zaměstnanci jsou na ně hodní. Například škrábou brambory, loupají zeleninu. Za své vydělané peníze si mohou koupit, co chtějí. Do

města mají blízko. Pohybují se po domě, jak chtějí. Umí vstávat do práce, nikdo je budit nemusí. Doma si sami převlékají postele, sami si vyperou oblečení, pověsí si ho, vyžehlí. Někteří klienti z dopomocí, někteří úplně sami. Když mají na něco chuť, tak si to jdou koupit do obchodu, sami. Nemusí nikomu říkat, kam jdou, kdy se vrátí, ale jsou zvyklí z předchozího režimu o sobě dávat vědět. Mají u domu krásnou zahradu, kam v létě věší prádlo. Klienti se učí hospodařit se svými penězi, menší bankovky rozpoznají. Spočítají si, kolik peněz jim v obchodě mají vrátit.

Základní vybavení domácnosti bytu jim pořídilo zařízení, ostatní své věci si donesli z předchozího bydliště. Jsou rádi, že nemusí být pohromadě s tolika klienty. Mají svoje WC přímo doma. Někteří si rádi čtou, koukají na televizi, poslouchají hudbu. Klíčoví pracovníci jsou klientovi k nápomoci 24 hodin denně, oni toto vědí a jsou za to rádi. Asi by to úplně sami nezvládli. Hodně hrají různé hry. Posedávají na zahradě, a odpočívají na sluníčku. Sami si na zahradě věší prádlo, starají se o svou běžnou domácnost. Uklízí si, vytírají. Klíčoví pracovníci s klienty sestavují individuální plány o jejich aktivitách, hygieně, návštěvách v rodině. Do Jestřebí by se už vrátit nechtěli, i když se jim po některých lidech stýská. Vedení k samostatnosti je učením každodenních běžných činností.

Na Vánoce byli všichni v domově v Jestřebí, aby si užili svátky společně.

» Respondent 4 uvedl, že: *„Zpočátku jsme se změny báli, báli jsme se, že budeme mít více práce s klienty, protože je máme vést více k soběstačnosti, k tomu, aby se učili starat se o svoji domácnost, sami o sebe, i když pracovníků je nás tady akorát na klienty, ale obavy jsme měli. Denní režim klientů zvládáme, i oni se zvládají učit nové věci, nejvíce je baví vaření. V tomto domě jsou klienti fyzicky zdatnější, museli se vybírat ti, co vyjdou schody. Jeden klient se nám dokonce osamostatnil tak, že šel se svou partnerkou bydlet do chráněného bydlení mimo okres a co vím, jaké mám o něm zprávy, tak je tam spokojen a vrátit se nechce. Nedávno mi telefonoval a říkal „Partyzánská mi dala svobodu“. I toto mne potěší, když vidím, jak se klienti zlepšují. Zpočátku to bylo horší. Vánoce jsme trávili všichni společně v Jestřebí, ubytovali nás tam. Ale jeden klient to „nedal“, nevím, či za to mohlo, že se vrátil do prostředí, kde dlouho žil a byl takto z tohoto prostředí „vytržen“ či, že se u něj prohlubuje nějaká duševní porucha. Mrzí mě to, ale s tím se i musí počítat, i na toto se musíme připravit, že se některý klient s novým prostředím prostě „nesžije“. Budeme to teď řešit s odborníky“.*

» R3 sdělil: *„Já tu jsem spokojený. Není tu takových lidí. Můžu si zajít do města, kam chci. To je bezva. Všechno mám kousek. V Jestřebí bylo všechno hodně daleko, a když jsme někam jeli, tak nás jelo hodně. Vybral jsem si, že chci jít sem do Partyzánský. Chodím i do práce. Pomáhám v kuchyni. To mě moc baví. Ještě se dvěma holkama. Vydělám si peníze, a to mám radost, že si můžu za to koupit, co chci. Já jsem si koupil například novou televizi do bytu. Televizi sice máme, ale já ji chtěl do svého pokoje. Chodím hodně ven, pomáhám na zahradě. Věším prádlo. Učíme se s vychovatelkama prát v pračce, teda tu pračku zapnout. Umím roztrždit prádlo na bílé a tmavé. Musíme si i sami převlékat*

postele, ale to jsem se také už částečně naučil. Pak i rád odpočívám, sednu si na zahradu a koukám jen tak. Hrajeme i různé hry, například karty. Jsem tu spokojený. Do Jestřebí bych se už vrátit nechtěl, i když je mi někdy smutno po ostatních. Jsem tu svým pánem, rozhoduji si o svých věcech sám. Jsem tu šťastný a spokojený“.

8.2 Druhá etapa

Dům v Sosnové byl vystavěn ve druhé etapě procesu transformace. Domy jsou bezbariérové. Jsou zde elektrické zvedáky v koupelně, elektrické sprchové křeslo. Obec Sosnová je vzdáleně asi 4 km od České Lípy. V obci se nachází malý obchod, je tu hodně rodinných domů. Tento dům byl vystavěn v běžné lokalitě s rodinnými domy. Je zde ubytováno 12 klientů se střední a vysokou mírou podpory. Tato podpora vyžaduje 24 hodinovou asistenci klíčových pracovníků. Bydlí v dvojdomku, který má každý svoji vlastní domácnost. Takže v jednom domku žije 6 klientů.

» R6 uvedl: „Začátky zde byly těžké v tom, že k nám přišli i noví pracovníci, a nejen, že jsme se museli postarat o klienty, ještě jsme je museli i částečně zaučovat. Ale zase je tu větší klid na práci, není nás tu tolik hodně lidí po hromadě, jako to bylo v Jestřebí. Také to bylo hodně náročné při koupání klientů, nyní jsou zde vybudovány koupelny, kde se tolik nenadřeme. A je nás více pracovníků, tak máme i více času na klienta. Na to, jak jsem se bál této změny, jak to budeme dělat, že budeme mít více práce, a hlavně té fyzické, tak to je lepší. Ještě není dostavěno denní centrum, až bude, tak to bude fajn, budeme tam s klienty jezdit. Nejvíce je teď baví učit se vařit, hodně se na to zaměřují. Chodíme s nimi ven. Je tu hezká příroda. Máme tu hezkou zahradu, hodně na ni v létě odpočíváme. Klienti rádi odpočívají. Vstup je bezbariérový, což je taky fajn“.

» R5 vypověděl, že: „Chodíme ven, hodně chodíme spolu, já moc ven sám nechodím, ještě se bojím, neznám to tu tak dobře jako v Jestřebí. Ale už jsem si zvykl. Máme tu malý krámk, můžu si koupit nanuka. Rád vařím, ale musejí mi pomáhat. Koukám i hodně na televizi. Mám svůj pokojíček pro sebe, můžu si ho i zamknout. Mám tam svoje věci, nechci, aby mi je nikdo bral. Na narozeniny jsem byl u ségry, tak jsem si ho zamknul. Moc k ségře nejezdím, nemá na mě čas, chodí do práce. Ale posílá mi, když mám svátek, pohledy. Já je sbírám. Mám jich velkou krabici. Tu mám zamčenou ve skříni, aby mi ji nikdo nebral. Mám tady kamarády, chtěli jsme bejt spolu. V Jestřebí jsem nebyl sám, byli jsme na pokoji tři. To bylo hodně. Vychovatelky se o nás hezky starají, jsou tady i nový, ale ty nemám moc rád, tolik je neznám“.

Vybraní respondenti uvedli, že zpočátku po přestěhování se jim stýskalo, na některé lidi nebyli zvyklí (noví klíčoví pracovníci). Mají zde krásnou zahradu, kde hodně odpočívají. Umývají si po sobě nádobí, například hrníček od snídani. Z dopomoci si připraví snídani, oběd, večeři. Řeknou si sami, co chtějí k jídlu. Klienti jsou klíčovými pracovníky vedeni k větší samostatnosti, jsou jim opakovány

každodenní hygienické návyky. Tím, že se jedná o menší domácnost, je na klienty více času, než bylo v zařízení Jestřebí. Byli přijati noví klíčoví pracovníci. Taktéž zde v obci jezdí městská hromadná doprava přímo do České Lípy. Pracovním režimem je výpomoc na zahradě, výpomoc v domácnosti – vaření, úklid. Nápomoc při nácviu denních aktivit. Vzhledem k tomu, že je zde pouze 6 klientů v jedné domácnosti, je zde cítit klid, pohoda, ticho, odpočinek.

8.3 Třetí etapa

Dům na Ladech v České Lípě byl dostavěn v září 2020. Po kolaudaci se do domu přistěhovalo 6 klientů se střední mírou potřeby podpory. Dům je taktéž bezbariérový, v běžné zástavbě rodinných domů. Jedná se o 6 jednolůžkových pokojů se společnou kuchyní a obývacím prostorem. Samostatné WC a koupelna. Vše je vytvořeno tak, aby v případě nutnosti lékařského zásahu se mohlo s postelí klienta jakkoliv manipulovat a projet všemi schody a místnostmi. Dům má druhý vchod na zahradu. Jelikož jde o celkem novou realizaci sestěhovávání klientů do nové domácnosti, byli klienti autorkou dotazováni před realizací a i po realizaci transformace. Nejdříve byli vybraní jedinci dotazováni, jak byli na novou přípravování. Protože již věděli, kde a jak bydlí jejich dřívější spolubydlíci, v Sosnové a v Partyzánské (byli na dni otevřených dveří), už se také chtěli stěhovat. Připravovali se tím, že si balili věci, hodně řešili, že si všechny věci vzít nemohou, že by se jim třeba i do pokojíčku nevešli, tak si je třídili. Těšili se, že budou mít svůj vlastní pokoj, nový nábytek. Nebudou muset chodit po schodech. Po přestěhování do nového bydliště klienti uvedli, že se jim tu líbí. Když byl den otevřených dveří před jejich stěhováním, tak už si rozdělili pokoje, každý pokoj se může zamykat, každý pokoj má jinou barvu křesla, kterou si také klienti sami zvolili. Mají větší soukromí, nikdo je neruší. Učí se vařit, to v Jestřebí nedělali. Mají kousek obchody, už se byli podívat po okolí, líbí se jim tu, je tu více toho, kam mohou zajít. Už si byli i něco nakoupit.

» R7 sdělil: „*Já jsem se připravoval už dávno na přestěhování (dotaz před stěhováním), těšil jsem se na všechno nové. Už mám i částečně zabalené věci. Viděl jsem to v Sosnové, a pak u nás na Ladech, při otevírání. Byl jsem se tam podívat. Vzali mě tam vychovatelky. Máám svůj pokojíček. Vybral jsem si barvu křesla. Je to tu všechno nové, krásná koupelna. Bojím se toho, že nebudu umět třeba prát, prý nás to budou všechno učit. Už jsem starý, tak nevím, zda to zvládnou.*

Nejvíce mě baví vaření, máme myčku, zapnout ji ještě neumím, ale naskládat nádobí ano (průzkum po stěhování). Sám ven nechodím, ještě se bojím, neznám to tu. Ale v krámě jsme už byli. Umím číst, podepsat se, ale neumím počítat. Takže sám do krámu jít nemůžu a ani nechci. Teď, když je ta „korona“ musíme být opatrní (covidová pandemie v ČR). Nesmí k nám jezdit z Křešic. Já mám návštěvy rád. Ale teď je to zakázaný. Trochu se mi stýská po Jestřebí. Ale já bydlel v poschodí, to bylo hodně schodů, teď tu máme samou rovinu. Už mě nebolí nohy. V obývacíku máme velkou telku“.

» R8 uvedl: „Samozřejmě, že změny jsem se bál, i když jsem to už viděl v Partyzánský a v Sosnový, ale stejně. Je to tu hezký v tom, že je tu vše nové. Bezbariérové. To nám ušetří spoustu práce. Je to tu jako běžná domácnost, jako třeba u mě doma. Klienty znám řadu let, i jsem chtěl jít na Lada a i s těmito klienty. Tak nějak jsme to se sociální vybírali, aby byli ti klienti, co spolu kamarádi, při sobě, i oni to tak chtěli. To si mohli říct. My jsme se snažili všem vyhovět, ale u všech to samozřejmě nejde. Spíše, jsme nevěděli, co a jak je máme nově učit, zdálo se nám to zpočátku těžké. Připadalo mi, že už se klienti lépe nemůžou, že se o ně staráme dostatečně. V Jestřebí nic moc dělat nemohli a nebo také, nechtěli. Je jasné, že je někdo musí motivovat, někteří jsou líní. Nejsou zvyklí. V Jestřebí měli de facto vše připravené, hodně jsme se o ně starali. Nyní to musí být oni sami, aby se snažili. Musíme je k tomu denně připravovat. Učit, a zase učit. Toto je dost vyčerpávající. Ale zase je nás tu akorát, přišli noví pracovníci, je tu jeden na jednoho, to je super. Ted' jsme hodně zavření doma, zvykáme si na nové prostředí, navíc se ani ven moc nemůže (covidová pandemie), to nám ztížilo situaci. Hrajeme hry, klienti si vystřihují obrázky, malují si. Koukají na televizi, hodně odpočívají. Těší se, až bude otevřeno denní centrum, dělali keramiku, košíky, pak to prodávali. Těší se, že klienti uvidí své staré kamarády. Dohlížíme na to, aby si klienti vyplnili svůj volný čas“.

Nyní, po transformaci, žijí klienti v jednolůžkových pokojích. Kromě nového nábytku, si mohli do svého bydliště donést své osobní věci, vybrali si kamarády, se kterými chtějí bydlet. Jejich osobní věci se stěhovaly až v den fyzického stěhování klienta. Z výpovědí respondentů vyplývá, že si ze všeho nejvíce chválí klid, není takové rušno. Někteří klienti začali pracovat, zapojili se do trhu práce, jiní si sami dojdou do obchůdku něco koupit, to dříve nedělali, i když mohli, ale nic v Jestřebí skoro nebylo. Někteří si sami dojdou do města.

Přestěhování klientů do přirozeného prostředí, tedy tam, kde žije běžná populace, v běžné obecní, městské zástavbě, se podařilo uskutečnit. Domy byly vystavěny tak, aby zcela odpovídaly potřebám klientů. Byly komplexně vybaveny novým nábytkem, polohovacími postelemi. Vybavení jednotlivých domácností odpovídá jakékoliv jiné běžné domácnosti (velký jídelní stůl, myčka nádobí, velké prostranství, aby projel invalidní vozík, velký obývací společný prostor, sedací souprava, venkovní posezení, apod.). Klienti mají své soukromí.

Více klidu a času, znamená více pohody, více pohody znamená větší spokojenost a větší spokojenost znamená více prostoru pro podporu klienta.

8. 4 Objekt Jestřebí

Proces transformace a přechod do komunitní formy bydlení se bohužel doposud nepodařil naplnit u **objektu v Jestřebí**, který z důvodů po zdržování stavebních úprav (bylo zjištěno, že se na pozemku výstavby nacházelo moc měkké podlaží, nebo projekt zapomněl na schody na půdu), není dosud vystavěn. Objekt se bude skládat z trojdomku, kde každý domek bude mít svoji domácnost s 6 uživateli s vyšší mírou podpory. K domku bude vystavěna zahrada.

» R9 uvedl: *„já jsem si mohl vybrat, kam bych chtěl jít, ale chtěl jsem zůstat tady v Jestřebí. Jsem tu už hodně dlouho. Ty jiné domečky jsem viděl, ale mně se líbí tady. Taky to tady budeme mít nový a hezký. Říkali mi to. Těším se, že budu mít svůj pokojík“.*

Prozatím se také nepodařilo poskytovat pobytové sociální služby mužům – **koedukaci** (společné soužití, učení mužů a žen do hromady). Do budoucna však tato sociální pobytová služba má toto v plánu. Chtějí a budou usilovat o to, až se budou moci přijímat noví klienti, aby byli přijímáni i muži. I na toto je sociální služba připravena.

» R1 uvedl: *„zatím jsme tu muže nikdy, jako klienty, neměli, ale chceme, aby se to do budoucna změnilo“.*

8.5 Aktivizační služby

Taktéž není dosud vystavěn **dům pro aktivizační služby**, který byl zahrnut do projektu výstavby poslední etapy spolu se stavební etapou v Jestřebí. Dům pro aktivizační služby bude sloužit všem klientům pobytového komunitního zařízení. Budou do něho docházet všichni klienti a budou se účastnit aktivizačních služeb i dle míry potřebné podpory (tedy jak klienti ze Sosnové, Partyzánské, z Lad, Jestřebí).

Aktivizační služby budou sloužit všem klientům zařízení. Budou v budově Denního centra, které bude zřízeno ve stávajícím areálu zařízení v Jestřebí. Prozatím budova není dosud dostavěna. V denním centru budou klientům sloužit denní programy. Například ergoterapie tj. smysluplné zaměstnávání klientů, sloužící k upevnování a rozvíjení schopností klientů potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových činností. Zejména se jedná o péči o zdraví, hygiena, péče o své prostředí, péče o zahradu, péče o své zdraví, cvičení zaměřené na obnovu postižených funkcí pohybového aparátu, procvičování každodenních činností týkajících se budoucího případného zaměstnání. Denní programy budou vybaveny cvičnou kuchyní, místností pro hrnčířský kruh a vypalovací pec, cvičebními pomůckami a řadou dalších.

» R1 k tomu uvedl: *„Budou zde dílny, jako košíkářská, keramická, předčítání, sledování filmů. Odlehčovací služba zde nakonec nebude, nezbyly na ni již finanční prostředky. Centrum denních aktivit*

bude dostavěno kolem léta r. 2021. Ale když si nyní uvědomíte, že se nacházíme v období, v jakém se nacházíme, tj. covidová pandemie, stejně by klienti v současné době do centra docházet nesměli, tak nám ta dostavba vyjde nakonec akorát. Klienti si mezi tím zvyknou na nové prostředí a nebude to pro ně až tak velká změna“.

8.6 Veřejnost

I s různými reakcemi veřejnosti musel transformační proces počítat. Ne vždy je veřejnost dostatečně nakloněna k novým změnám. I zde se v tomto případě ukázalo, že zpočátku při hledání a výběru lokalit byly negativní reakce a odezvy veřejnosti. Někteří, jak obyvatelé obcí, tak i jejich starostové, nesouhlasili s tím, aby se na jejich území vybuďovala tato sociální pobytová služba. Bylo několik jednání, setkání, ale s negativním výsledkem. Pro veřejnost byly organizovány dny otevřených dveří, byla jim představena a byla seznamována s procesem transformace, stejně se nesetkali s velkým nadšením.

» R1 k tomu uvedl, že: *„Veřejnost dodnes není změnám jakkoliv nakloněna, většinou se jen zajímá, kolik to bude stát či stálo. Setkal jsem se s názorem, že přeci „to jsou blázni a ty nic nepotřebují, proč by se měli stěhovat do měst, ať si jsou tam, kde jsou, tam je od nich klid. Ještě by nám něco udělali“.* Jako dobrý příklad mohu uvést, že neustále upravujeme webové stránky pro veřejnost, můžou se o nás hodně věci dočíst. Vydáváme letáky, kde naši službu možno vyhledat, s adresou i telefonním kontaktem. Společnost se tomu musí naučit sžít se s lidmi s mentálním postižením. Ono celkově lidé s jakýmkoliv zdravotním postižením jsou stále v naší zemi odsuzováni, lidé mají zažitě předsudky z předchozích let. Je zapotřebí naši službu medializovat - ale v tom dobrém, využívat medializace v tisku (odborné časopisy, městské noviny, webové stránky). Jsem rád, že nám nakonec vyhovělo město Česká Lípa a obec Sosnová“.

Z výše uvedeného vyplývá, že veřejnost, vedení obcí, negativně přijímala jakákoliv jednání, plány, cíle, výsledky transformace. Buďto nesouhlasili s vystavěnými lokalitami nebo nesouhlasili z obavy jednání klientů samotných a jejich postižení. I zde probíhala zdlouhavá jednání, než se podařilo lokality zajistit. Tím se samozřejmě také prodloužila samotná realizace procesu transformace.

Stále zde funguje nedostatečná informovanost veřejnosti o systému fungování sociálních služeb a jejich smyslu. Je možné uvést jako příklady dobré praxe videa, která kdokoliv může zhlédnout (TRASS 2021 b). Tato videa jsou názornou ukázkou, jak lze dojít ke zlepšení životních podmínek vedoucích až k soběstačnosti osob s postižením.

9 Shrnutí praktické části

Již samotný proces realizace transformace nám ukázal, že cesta k probíjování transformačního procesu nebyla jednoduchá. Byla zdlouhavá, ale zase jak se říká „všechno chce svůj čas“. Mezi tím se klienti mohli dostatečně připravit na to, že budou žít někde jinde, v jiném prostředí. Hodně pro ně bylo důležité vidět, kam se budou stěhovat, mohli si vybrat, s kým se budou stěhovat, vidět to jejich nové prostředí. Klientům chyběla absence příležitostí. V minulosti poskytované služby klientům byly přizpůsobovány na úrovni skupin, tzn., že se vše dělalo hromadně, denní programy se plánovaly skupinově, chyběly individuální výcvikové programy pro vzdělatelnost pracovníků. Klienti zařízení byli koncentrováni ve velkém počtu na jednom ústavním místě, bylo zapotřebí je umístit do přirozeného okolního prostředí. Již z předchozích let je vidno, že toto sociální zařízení připravovalo postupně klienty na změny, které se budou dít. Je samozřejmé, že po přestěhování se klientům mohlo stýskat a stýskalo. V Jestřebí žili řadu let. Ze samotné transformace pak je jednoznačné, že si všechny zúčastněné strany chválí klid, pohodu, soukromí. Klienti se naučili a učí běžným, každodenním návykům, jako je například vstávat a chodit do zaměstnání, získávat tím pracovní kázeň. Učí se připravit si snídani, či hrníček k snídani, mohou si říct, co chtějí snídat, večer, dříve si ani sami neuměli namazat chléb. Toto v ústavním zařízení nebylo možné. Nebylo možné, aby z toho velkého počtu klientů si každý vybíral dle svého přání. I tato autonomie klienta se posílila. Klient je v pokoji sám, může si přijímat návštěvy, své věci si uzamknout, má zde své soukromí, nedotknutelné soukromí. Pokud odpočívá ve svém pokoji, přichází se museli naučit klepat. Vstane si, kdy chce, nají se, kdy chce. Jen zpočátku někteří klienti potřebují větší motivaci a podporu, jiní méně. Mají do budoucna lepší směr, světlejší, pohodovější, ale i odpovědnější za svůj život. Klienti si sami rozhodnou, co budou dělat, kam půjdou, co chtějí vařit, že půjdou za kamarádem, jen je nutné je správně motivovat a podporovat je v soběstačnosti. Je nutné si uvědomit, že osoby se specifickými potřebami potřebují specifický přístup. Je nutné je podporovat v tom, co vlastně všechno člověk během dne potřebuje (to je transformace) a zainteresovat nás všechny, abychom jim ke zlepšení životních podmínek pomohli a klienti se pak tak mohli začlenit do běžné populace mezi nás, občany a naši společnost.

Budovy, kde dříve klienti žili, neodpovídaly jak architektonickému řešení, tak i personálním obsazením. Budovy byly staré, do budoucna zcela neprovozuschopné.

Asi jedním z největších problémů celého procesu byla jeho zdlouhavost a to zejména ze strany nena-
lezení vhodných lokalit, resp. odmítnutí ostatních subjektů vybudovat domovy se zvláštním režimem pro osoby se zdravotním postižením v místech, kde s tím nesouhlasila jak veřejnost, tak samotné vedení obcí. Stále zde panují předsudky a stigmatizace o osobách se zdravotním (mentálním) postižením. Naopak je velkým úspěchem a po právu oceňovaným výsledkem celý proces naplánovat, zorganizovat a uvést do praxe. Podařilo se tak odstranit ústavní uspořádání. Toto je zejména zásluha managementu zařízení. Nejen, že podmínky pro klienty v tomto zařízení byly zcela nevyhovující, ale

také jejich soběstačnost, soukromí, bylo nedostačující a narušeno. Nebyla dostatečně naplňována lidská práva samotných klientů, kde byl jednoznačně ohrožen osobní i sociální vývoj klienta. V ústavu byl velký počet osob se stejnou charakteristikou, které byly odděleny od ostatní společnosti a to po značnou dobu. Vedly společný, uzavřený od ostatní společnosti, institucionálně řízený život. Všechny činnosti měli klienti naplánovány společně, chyběl dostatek personálu na jejich individuální podporu. V ústavu také klienti neměli přístup ke službám poskytovaným v běžném domácím prostředí a dalším podpůrným aktivitám v komunitním prostředí. Samozřejmě je patrné, že rozvoj osobnosti klienta, jeho soběstačnosti, dovednosti, bude pozvolný. Nelze po mnoha letech pobývání v ústavním zařízení chtít po klientovi změny ze dne na den. Toto vyžaduje a bude vyžadovat mnoho trpělivosti, snahy, motivace, jak ze strany klíčových pracovníků, sociálních pracovníků tak i sociální politiky, společnosti. Je zcela nutné, aby komunitní služby a zařízení určená široké veřejnosti byla rovnoprávná v přístupu jak osobám se zdravotním postižením tak ostatní populaci. Transformace zcela zjednodušeně vyjadřuje možnost začlenění a setrvání klientů v běžném prostředí a účast na životě v komunitě. V oblasti sociálních služeb to znamená změnu směrem k poskytování služeb doma či v komunitě.

Musíme zde také zmínit pracovníky v sociální službě, tedy přímé resp. klíčové pracovníky, kteří s klienty tráví každodenně jejich čas. Pozvolna klienty připravují, motivují a podporují na nový způsob života, na jejich větší soběstačnost. Klíčoví pracovníci jsou tu kvůli klientům a ne naopak. I tento způsob myšlení museli někteří klíčoví pracovníci přehodnotit. Při jejich dotazování shodně uvedli, že se změny obávali, obávali se i toho, že budou mít hodně klientů na péči a podporu a nebudou schopni vše zvládnout. Pak také uvedli, že zase na druhou stranu péče o klienty nebude tak fyzicky náročná. Domy jsou bezbariérové, koupelny zřízeny tak, aby jim ulehčili co největší zátěž. V nových domovech je méně klientů, větší klid, pohoda na práci. Také shodně uvedli, že by mohli být více proškolení, měli obavu z nastalých změn. Je důležité, aby podporovali samostatnost a nezávislost klientů, jejich zapojování do každodenních činností, aby s klientem jednali jako s jedinečným, který má své vlastní potřeby, individuální potřeby, preferovali jeho silné stránky. Z výzkumu vyplynulo, že se klíčoví pracovníci snaží klienty motivovat a podporovat v denních činnostech, a z „pečovatelů“ se stávají „podporovatelé“. Bylo a je zde riziko, aby klíčoví pracovníci nepodceňovali přípravu klienta na přechod komunitního bydlení. Tuto změnu je třeba pochopit, a k tomu jim může sloužit supervize, Standardy kvality, odborná pomoc, zkušenosti jiných již transformovaných sociálních zařízení. Standardy kvality by se měly měnit v závislosti na individualitě a realitě sociální služby.

Nejdůležitějším je tedy to, aby si klienti uvědomili svoji vlastní vůli. Aby si sami rozhodovali (třeba i za pomoci a podpory) o svém životě, jak chtějí a budou trávit svůj volný čas, svůj další život. Součástí procesu je také práce na tom, aby lidé se specifickými potřebami měli dostatek kompetencí, dovedností a podpory k tomu, aby dovedli vyjádřit svůj názor. A k tomuto jim dopomohou nejvíce klíčoví pracovníci, pracovníci denního centra apod.

V empirické části autorka vytyčila nejdůležitější problémy ústavního života a zároveň se snažila vydvihnout neméně důležité aspekty klientova žití v přirozeném prostředí. Klienti se za podpory postupnou cestou stávají soběstačnějšími, učí se novým věcem, žít v běžném životním a denním režimu a to zejména, který si sami zvolí. Zvolili si, s kým chtějí žít. V ústavech nikdy nebylo možné zajistit dostatek soukromí. Transformací zde odpadla nutnost, aby se klient přizpůsoboval režimu velké organizace.

Nejen, že v empirické části této bakalářské práce byly zhodnoceny plány celého procesu transformace tohoto zařízení, ale také rizika, která celý proces provázela a do budoucna provázet i budou. Bylo důležité identifikovat rizika a vazby mezi nimi. Přenos ústavních prvků skrze pracovníky. Proto v této sociální práci s klienty s tímto specifickým postižením nestačí jen chuť a odhodlanost pomáhat, ale také jde o odbornost, celoživotní vzdělávání a osobní rozvoj sociálního pracovníka, pracovníků v přímé péči. Účastníci procesu musejí být schopni vyrovnat se s nejistotou, která sociální práci provází, a být připraveni i nést určitá rizika. Musí také chápat to, že osobní hodnoty, profesní hodnoty a hodnoty zaměstnavatele mohou být v konfliktu. Proto je zde důležitá reflexe, sebe reflexe a schopnost tato rizika nést a velmi důležité je starat se i o své duševní zdraví.

Rizikem procesu bylo nenalezení vhodných lokalit, špatné za financování a financování služby do budoucna, obavy klientů, obavy pracovníků, nepřijetí komunitou, dostatečné zajištění komunitních služeb. Velkým rizikem a zároveň otázkou bylo to, aby nedocházelo k přenosu ústavních prvků do komunitních služeb. Se všemi těmito riziky se musely zúčastněné strany vypořádat.

Přechod klientů od ústavní péče v péči komunitní má zajistit klientům takový život, aby měli život, jaký žijí jejich vrstevníci, aby měli běžný denní rytmus, přijímali si návštěvy, netrávili celý den jen v pobytovém zařízení, oddělovali si práci a volný čas, měli přátele a zájmy, vedli partnerský život, aby byli ekonomicky zajištěni, a žili ve standardních podmínkách jako jejich populace. Proto je také nutné individuální plánování, které zajišťuje osobní cíl, potřeby, schopnosti klienta sociální služby. Z tohoto důvodu je proto individuální plánování klíčovým nástrojem sociální práce. Individuální plánování klientů v tomto sociálním zařízení zajišťují zejména klíčoví pracovníci (pozitivně motivují klienta ke změnám, podporují sebevědomí, komunikaci, nacvičují s ním péči o osobní hygienu, nákup potravin, zajišťují nácvik praktických dovedností v reálném prostředí, pomáhají při hospodaření s penězi, zajišťují nácvik rozhodovacích procesů, naplnění volného času, vyřizování úředních záležitostí, podporují klienta v udržování duševního zdraví...).

Toto bylo cílem transformace, toto je cílem sociální práce, sociální politiky, začlenit klienty z ústavního zařízení (ústavní péče), do přirozeného prostředí (v péči komunitní), tedy do běžné společnosti nás všech. Uvědomit si, že dosavadní institucionální péče vedla dlouhodobě k izolaci klientů od společnosti, klienti byli omezováni ve svých právech a možnostech volby a uplatnění.

Transformací tedy došlo nejen ke změně péče, k sociálnímu začlenění klientů do společnosti, ale také ke zlepšení jejich každodenního běžného života, každodenních potřeb. Nejen, že se klienti postupným časem stávají soběstačnější, ale také svobodnější a méně a méně závislí na sociální službě. I nadále bude zřejmě nutná podpora uživatelů v adaptačních dovednostech (komunikace, sebeobsluha, vedení domácnosti, používání veřejných míst a služeb, volný čas a práce), ale v jaké míře, nejen toto záleží na vůli uživatelů, ale také na poskytnuté podpoře, ochotě a vzdělanosti odborného personálu, podpoře společnosti, zřizovatele a zejména chtění situaci v ústavní péči změnit.

Uživatelům komunitní pobytové služby musíme dát šanci, příležitost, zůstat součástí přirozeného místního společenství, žít běžným způsobem života jako my, jejich vrstevníci. Neoddělovat je od života ostatní společnosti. Překonat své stereotypy, stigmatizaci, předsudky. To je naším cílem, to je cílem sociální práce. Přejít z ústavní na komunitní péči musí být pozvolný, nelze nic uspěchat. Transformace ústavního zařízení je naplněním svobody, seberealizace, dovedností, uplatnění vlastní vůle, nového způsobu života klientů.

Dosáhnout hlavního cíle této bakalářské práce, tedy vyhodnotit transformační proces vybraného ústavního sociálního zařízení, se autorce podařilo.

Dále se autorce podařilo odpovědět touto bakalářskou prací na hlavní výzkumnou otázku a dílčí otázky této práce, a to tak, že podpora začlenění do místní komunity, předcházení sociálnímu vyloučení a hájení práv a zájmů uživatelů, se tímto konkrétním transformačním procesem daří pozvolnou cestou. Pozvolnou cestou z toho důvodu, že se jedná o velké změny v podpoře klientů, změny v legislativních procesech a zejména změny v systému a novému způsobu života samotných klientů. Realizace transformačního procesu tedy není jen o tom, klienty přestěhovat do komunity, do nových bezbariérových domů, ale také o tom, dát jim i následnou podporu a zejména motivaci pro žití v komunitě. Z celého průzkumu bakalářské práce tedy vyplývá, že transformačním procesem lze zajistit rozvoj schopnosti seberealizace uživatelů služby, získat soběstačnost a samotnou vůli klienta mu pomoci zajistit plnohodnotný život.

9.1 Odpovědi na výzkumné otázky

Touto praktickou částí bakalářské práce si autorka dala za cíl zodpovědět hlavní výzkumnou otázku:

Mohou žít osoby s mentálním postižením z ústavního zařízení v komunitním prostředí?

Ano, mohou. Jen k začlenění do místní komunity potřebují zprostředkovanou podporu a pomoc ze strany sociální služby, formou komunitní sociální práce. Jak vyplývá z empirické části této bakalářské práce, pro klienty byla stanovena míra podpory, dle které se poté odvíjí stupeň podpory a pomoci. Zapojením života klientů do místní komunity, společnou aktivitou jak ze strany klientů tak ze strany pracovníků zařízení, došlo ke zkvalitnění životních podmínek, ve kterých se dosud nacházeli.

Hlavním smyslem transformace byla provedená změna bydlení a podpora klientů setrvat v jejich přirozeném domácím prostředí.

A další dílčí otázky:

Jakým způsobem proběhla podpora začleňování do společnosti?

Podpora klientů při začleňování do společnosti proběhla pozvolnou cestou. Nejdříve byli klienti postupně seznamováni s transformačním procesem. U klientů byly vyhodnoceny individuální potřeby a jejich přání (například s kým chtějí bydlet). Klienty se podařilo z ústavního sociálního zařízení přestěhovat do nově postavených domů v běžné zástavbě komunity. Klienti se pozvolna v nových domovech sžívali s prostředím, ve kterém nyní žijí. Seznamovali se s okolím. Někteří začali pracovat. Chodí si i samostatně například nakoupit. Začali vést zcela normální neústavní život, jako běžná populace nás všech. Byly využívány individuální rozhovory s klienty. Jejich obavy, strach byly pracovníky postupně odbourávány. Sociální služba je zajišťována vždy s mírou odpovídající potřebnosti konkrétních klientů. A samozřejmě je potřeba zmínit, že pro začleňování klientů bylo potřeba i zaskolování zaměstnanců pro pracovní místa v komunitních službách.

Jak byly naplněny cíle transformačním procesem?

Jak vyplývá z empirické části, cíle procesu transformace byly naplněny. Nelze říci, že na 100%, jelikož s ohledem na nenalezení vhodných lokalit a legislativních změn se celý proces pozastavil a realizace samotné transformace byla započata až rokem 2019, která pokračuje dále až do léta roku 2021. Nebyla realizována odlehčovací sociální služba.

Bylo transformací posíleno sociální začleňování těchto osob?

Tímto transformačním procesem bylo posíleno začleňování osob s mentálním postižením do přirozeného prostředí. Již tím, že se klienti vymanili z ústavního institucionálního zařízení, již tím, že mají větší svobodu, již tím, že je jim dána vůle samostatného rozhodování, přání klientů.

V ústavním institucionálním zařízení vládla určitý hierarchický, dalo by se říci i direktivní model. V komunitním prostředí je dán velký důraz na participaci klienta, tedy podílení se na svém životě a rozhodování o něm. Mají lepší dostupnost jak veřejných (obchody, kadeřník, lékaři) tak i sociálních služeb (denní stacionáře, podporované zaměstnávání), a to jak místně tak i časově. Zapojením do běžných denních aktivit tak uživatel služby získal i určitou kontrolu nad svým rozhodováním. Vysoce kvalitní podporou individuálních potřeb konkrétního klienta tak zajistíme jeho začlenění do společnosti.

Klienti jsou motivováni k poznávání nových věcí (například jak se starat o svoji běžnou domácnost, jak trávit volný čas, pracovní návyky). Jsou směřováni k aktivizaci a podpoře samostatnosti a tím k sociálnímu začlenění.

Byla naplněna lidská práva osob se zdravotním postižením žijících dosud v ústavním zařízení?

Lidská práva byla naplněna. Klientům je nyní zaručeno právo na soukromí, právo na svobodu, nedotknutelnost obydlí, vůli rozhodovat o svém životě.

Klienti žili již v nevyhovujících bytových podmínkách i toto právo na bydlení jim proběhlou transformací je zaručeno. Klienti mohou nyní participovat na životě místního společenství. Role uživatelů se stala rovnoprávnou s rolí ostatních účastníků komunity. Žitím v přirozeném prostředí, v běžné zástavbě a v běžné domácnosti jim je zaručeno právo na nezávislý způsob života a začlenění do běžné populace obyvatelstva.

Jsou osoby se zdravotním postižením, které byly ve většině svého života umístěny v ústavním zařízení, schopny žít ve formě skupinového, individuálního bydlení?

Ano. Jak vyplývá z uvedeného průzkumu, osoby z ústavního zařízení byly dosud izolovány od běžného života, života v komunitě. Ony jsou schopny skupinového i individuálního bydlení. Pokud jim bude poskytnuta vhodná podpora, individuální podpora. Vesměs všichni klienti byli zvyklí na skupinové bydlení, naopak provedenou transformací si spíše pochvalují individuální bydlení, tj. mají svůj vlastní pokoj, který si mohou uzamknout, žijí v běžné domácnosti o malém počtu osob.

Jaké kompetence klientů byly posíleny?

Klienti začali posilovat mezilidské vztahy, vazby a sociální dovednosti. Někteří s klientů začali pracovat, což významně zvýšilo jejich pracovní návyky. Osvojili si a osvojují způsoby demokratického rozhodování, tj. sami si volí, co chtějí jíst, sami si řeknou, co chtějí během dne dělat, plánují si dle svého přání svůj volný čas. Začali se starat o svou domácnost. Uklízí si, perou, vaří. Umí si již namazat chléb, dříve to nedělali a neuměli. Někteří umí naskládat nádobí do myčky, umí roztřídit prádlo. Jsou podporováni v péči o sebe. Podílí se na utváření vlastních životních podmínek. Zapojili se do běžných procesů vedení domácnosti. Umí si připravit jednodušší jídlo, nachystat něco k pití.

Učí se orientovat se v běžné zástavbě, kde žijí, učí se kontaktu se společenským prostředím. Někteří se naučili žít v rytmu týdne, složením z pracovních a volných dní. Nejsou již omezováni v dopravě, mohou využívat městskou hromadnou dopravu, která byla dříve nedostupnější. Naučili se využívat MHD (například při cestách do města, za službami, do zaměstnání). Získanými kompetencemi se klienti přibližují běžnému životu v přirozeném prostředí. Nyní vedou klienti plnohodnotný život dle svých životních priorit. Posílili soběstačnost. Někteří umí komunikovat v zaměstnání, v obchodech. Volí si oblečení, jaké si vezmou na sebe. Klienti si zlepšili sebe obslužné dovednosti. Je třeba podotknout, že ve všech těchto nabytých kompetencích je třeba podpory a vhodného přístupu pracovníků služby, individualizovaná péče a osobní asistence. V ústavním zařízení měli klienti absenci příležitostí, a to vedlo k vysoké závislosti uživatele na službě. Nyní mohou vést vlastní domácnosti, mají možnosti velkého výběru při svém rozhodování při každodenních činnostech, aktivního zapojování do života v komunitě.

9.2 Navrhovaná opatření

Jak z celého procesu transformace vyplývá, nezastupitelnou roli v něm hrají pracovníci zařízení. Nejen management zařízení, sociální pracovníci, ale zejména i **pracovníci v přímé péči** (klíčoví pracovníci). Stále je zde velkým rizikem, že institucionální model (model rodič-dítě) si ponese i do komunitních pobytových služeb. Změny v postojích pracovníků ústavů je třeba ošetřit, a to tím způsobem, že jim bude **nabídnuto více školení, více supervizí. Vytvořit vzdělávací programy pro tyto pracovníky.**

Možnosti spolupracovat s jinými zařízeními, které si již transformací prošly.

Dále je velmi důležité a zcela nezbytné **rozvítet spolupráci s místními veřejnými službami,** jako jsou například úřady práce, sociální služby, státními (soudy) i nestátními organizacemi, odborníky (psycholog, psychiatr, speciální pedagog).

Jako za další důležitá navrhovaná opatření považuje autorka **vyhodnotit průzkum veřejnosti, komunity,** v níž nyní žijí uživatelé komunitní pobytové služby. Dodnes není tato oblast dostatečně prozkoumána. **Navrhnout výzkum,** kde se přímo budeme **ptát obyvatel komunity, zda a jaké změny pocítují** poté, co se do jejich lokality přistěhovaly osoby se zdravotním postižením, jak toto vnímají, jak se s osobami sžívají, apod.

Dále lze navrhnout výzkum, **jak vnímá veřejnost sociální službu** a zda zná sociální práci, práci pracovníků v přímé péči, apod.

V současné době nejsou v transformovaném sociálním zařízení uživatelé – muži. I zde se navádí otázka, pokud budou klienty muži, zda a jakým způsobem jim bude poskytována podpora, vzhledem k tomu, že v tomto sociálním zařízení chybí mužský personál (pracovníci v sociální službě). I nad touto otázkou je třeba se pozastavit a **do budoucna se snažit přijímat jako nové pracovníky v přímé péči i muže**. Jen se navádí další otázka, zda je dostatek mužů, kteří by o tuto sociální službu měli zájem.

V transformačním plánu zařízení bylo také počítáno s odlehčovacími službami, na které však již nepostačily finanční prostředky k jejich realizaci. Proto by bylo také velmi prospěšné zajistit podporu pečujícím osobám a **rozšířit tak síť odlehčovacích sociálních služeb**.

Za další navrhované opatření považuje autorka **postupné plánování uzavření stávajících ústavů v ČR** pro dlouhodobý pobyt a převod prostředků z ústavního systému do nových služeb, a **vytváření tak nových kvalitních komunitních služeb** (resp. nerekonstruovat, nemodernizovat staré nevyhovující budovy ústavů, ale postavit nové bezbariérové domy pro uživatele v běžné komunitě).

Závěr

V teoretické části této bakalářské práce autorka popsala historii vzniku ústavů a sociální práce tak, aby se mohl čtenář lépe vcítit do potřeb klientů (osob s mentálním postižením) a aby měl představu o vzájemném vztahu osob omezených ve svéprávnosti a osob s mentálním postižením. Dále byl popsán pojem mentální retardace a osoby s mentálním postižením. V další kapitole byl popsán pojem deinstitucionalizace a transformace a s tím související procesy.

V empirické části bakalářské práce jsou popsány metody průzkumu, popis konkrétního sociálního zařízení, které prošlo procesem transformace. V této práci byla zvolena kvalitativní průzkumná metoda. Bylo využito polo strukturovaného interview, analýzy dokumentů.

V samostatné kapitole jsou zhodnoceny plány transformačního procesu s tím, že jsou rozděleny na přípravu a realizaci transformace. Byla vyhodnocena hlavní výzkumná otázka procesu transformace a další dílčí otázky z ní vyplývající. Byla vyjádřena ta skutečnost, že transformačním procesem poskytovatel přestává v původním objektu poskytovat institucionální pobytovou službu a nadále bude nabízet jen pobytovou službu v přirozeném prostředí klienta (komunitní službu). S transformačním procesem se nesla i rizika tohoto procesu, se kterými se pobytové zařízení muselo vypořádat. K procesu transformace byli vyslechnuti i vybraní respondenti, kteří se k němu měli možnost vyjádřit. Vyjádřili se k tomu, jak celý proces probíhal, k tomu, jak byli na změnu připravováni. Průzkumem respondentů bylo zjištěno, jakým způsobem a podporou začlenění klientů probíhalo. Byla zjištěna úskalí probíhajícího procesu, ale i následné získané dovednosti a nově nabyté kompetence uživatelů sociální služby v přirozeném prostředí.

Toto vše poté pomohlo autorce z dílčích výzkumných otázek sestavit jednu hlavní výzkumnou otázku a zodpovědět tak i cíl bakalářské práce. Touto bakalářskou prací chtěla autorka pozvednout práva osob s mentálním postižením, veřejnosti dát příklad dobré praxe. Dobrou praxí demonstrovat zlepšení podmínek osob s postižením. Znázornit, jak lze s lidmi se specifickými potřebami žít v jedné komunitě, jak se lidé se specifickými potřebami mohou zapojit do trhu práce, do místní komunity a jak lze posilovat jejich kompetence.

Seznam použitých zdrojů

ASPI, zákon č. 108/2006 o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: www.aspi.cz.

Brusel, Belgie. 2012. Evropská expertní skupina pro přechod od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity. Manuál o využívání evropských fondů pro přechod od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity. [online]. [vid. 9. 2. 2021]. Dostupné z: https://deinstitutionalisationdotcom.files.wordpress.com/2018/04/eeg-toolkit_czech.pdf.

ČÁMSKÝ, P., aj., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN: 978-80-262-0027-7.

ČERNÁ, M., aj., 2008. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-3071-7.

Domov Sluneční dvůr, Jestřebí. 2021. In: *Historie ústavu*. [online]. [vid. 4. 3. 2021]. Dostupné z: http://www.domovslunecnidvur.cz/r_historie.php

Domov Sluneční dvůr, Jestřebí, 2012. In: *Transformační plán*. [online]. [vid. 4. 3. 2021]. Dostupné z: http://www.domovslunecnidvur.cz/r_transformace.php

ECCL | European Coalition for Community Living (community-living.info) Evropská koalice pro život společenství [online]. [vid. 25. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/res/f/008277/mkn-10-tabelarni-cast-20200101.pdf>

EFCR. Evropská unie. Evropský sociální fond. Operační program Zaměstnanost. 2020. *Rizika procesu transformace 2019-2020*. [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/produkty-opz/-/asset_publisher/HyWylyAjWQRA/content/id/15274047

GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H., 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.

HAWKINS, P. SHOHET, R., 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. Praha: Portál 2004. ISBN 80-7178-715-9.

CHÁB, M., CHÁBOVÁ, A., JOHNOVÁ, M., 2004. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP. ISBN 80-239-4772-9.

CHROMÝ, J., 2014. *Práce s empirickými daty*. Příručka pro studenty Bc. studia ČJL. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 978-80-246-2801-1.

KODYMOVÁ, P., 2013. *Historie české sociální práce v letech 1918–1948*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2256-9.

LINDEROVÁ, I., aj., 2016. *Úvod do metodiky výzkumu*. Jihlava: 2016. ISBN 978-80-88064-23-7.

MAHROVÁ, G., aj., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vyd. Praha: GRADA. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, O., aj., 2013. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, O., aj., 2010. *Sociální práce v praxi*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

MATOUŠEK, O., aj., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.

MATOUŠEK, O., aj., 2007 a. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4.

MATOUŠEK, O., aj., 2007 b. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., 1999. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: SLON. ISBN 80-85-850-76-1.

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing. ISBN: 80-247-1362-4.

MPSV, 2007. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. [vid. 12. 2. 2021]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/Koncepce_podpory_pdf.

MPSV, 2021. *Standardy kvality sociálních služeb*. [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/skss_final_web.pdf/1daaf363-940e-9c10-ee88-4048722a9be9.

MPSV, 2015. *Závěrečná zpráva o plnění úkolů – koncepce podpory transformace*. [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zave-recna_zprava_2015.pdf/aec649dd-4f5e-f089-ba20-66548a92b0d8.

MPSV, 2013 a. *Manuál transformace ústavů*. 1. vyd. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-057-0.

MPSV, 2013 b. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče* [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/372817/P01b.pdf/e491f608-f084-11f6-5ac5-8f0dd0a8f35c>

OLECKÁ, I., IVANOVÁ, K., 2010. *Metodologie vědeckovýzkumné činnosti*. Moravská vysoká škola Olomouc. ISBN 978-80-87240-33-5.

- RÁKOSNÍK, J., TOMESŠ, I., aj., 2012. *Sociální stát v Československu. Právně-institucionální vývoj v letech 1918-1992*. Praha: Auditorium. ISBN: 978-80-87284-30-8.
- PILÁT, M., 2015. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0932-4.
- RIEGER, Z., 2009. *Návrat k rodině a domů*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-544-8.
- SMUTEK, M., 2014. *Tvorba odborné publikace*. Univerzita Hradec Králové. ISBN 978-80-7435-449-6.
- SOCHŮREK, J., SLUKOVÁ, K., 2012. *Stručný úvod do základů metodologie*. Technická univerzita v Liberci. ISBN 978-80-7372-943-1.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I., 2000. *Mentální retardace: vzdělání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-889-0.
- TRASS, 2021 a. Projekty transformace sociálních služeb. Podpora transformace sociálních služeb (2009-2013), Transformace sociálních služeb (2013-2015), Život jako každý jiný (2015-2019). [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/projekty-mpsv/#TSS>
- TRASS, 2021 b. *Příklady dobré praxe*. [online]. [vid. 1. 3. 2021]
Dostupné z: www.trass.cz/index.php/transformace/dobra-praxe/
- TRASS, 2020. *Rizika procesu transformace 2019–2020*. [online]. [vid. 1. 3. 2021].
Dostupné z: www.trass.cz/wp-content/uploads/2020/08/Rizika-procesu-transformace-2019-2020.pdf
- TRASS, 2015. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. [online]. [vid. 1. 3. 2021].
Dostupné z: <http://www.trass.cz>
- TRASS, 2016. *Metodika posuzování nezbytné míry podpory*. In: Vyhodnocování nezbytné míry podpory. [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/vyhodnocovani-nezbytnne-miry-podpory.pdf>
- TRASS, 2012. *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení*. [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: http://www.trass.cz/archive_2015/files/zprava-analyzy/NC_5-05_RizikaDeinstitucionalizace-SystemRizeni_final.pdf
- ÚZ č. 1169., 2017. *Občanský zákoník*. Sagit, Ostrava-Hrabůvka, ISBN 978-80-7488-201-2.

ÚZIS, 2021. *Mezinárodní klasifikace nemocí*. [online]. [vid. 2. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci>

V zájmu dítěte (VZD). 2012. Společné evropské pokyny k přechodu od ústavní péče k péči probíhající v rámci komunity. [online]. [vid. 1. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.vzd.cz/spolecne-evropske-pokyny-k-prechodu-od-ustavni-pece-k-peci-probihajici-v-ramci-komunity>.

Seznam příloh:

Příloha č. 1

Příloha č. 2

Příloha č. 3

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

INFORMOVANÝ SOUHLAS S POUŽITÍM POSKYTNUTÝCH INFORMACÍ PRO BAKALÁŘSKOU PRÁCI

Souhlasím s použitím mnou poskytnutých informací pro účely bakalářské práce studentky Martiny Kopúníkové.

Byl/a jsem seznámen/a s účely prováděného šetření a s jeho náplní.

Souhlasím s tím, že mnou poskytnuté informace budou použity výhradně k tomuto šetření, mnou uvedené materiály a údaje budou použity výhradně pro účely této práce a poskytnuté informace nebudou nikde jinde zveřejňovány.

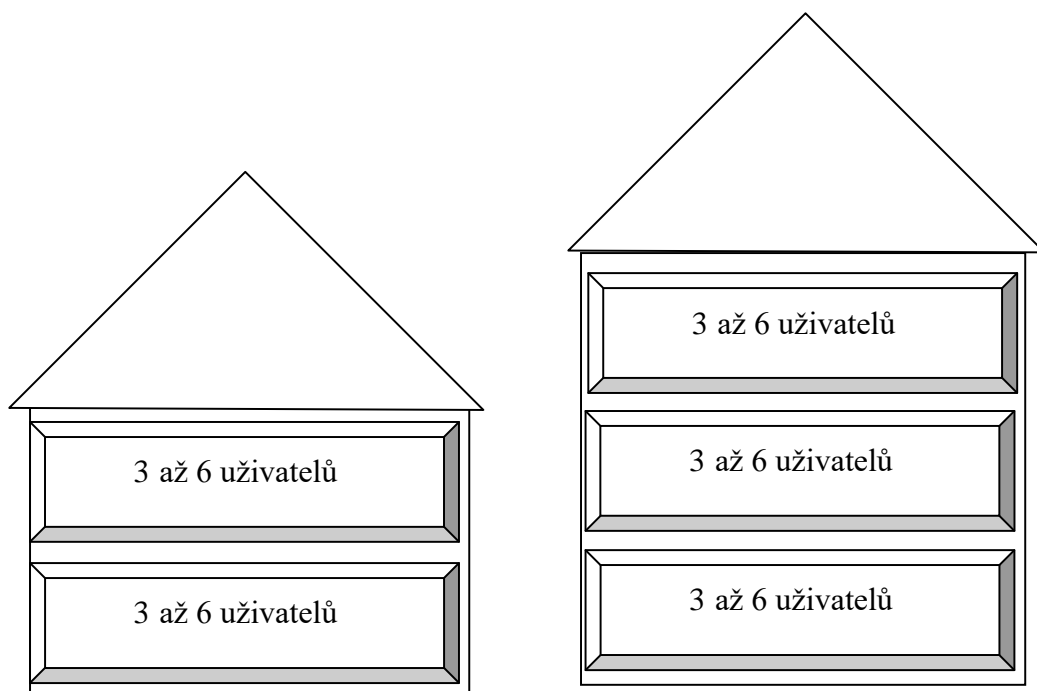
Byl/a jsem srozuměn/a s tím, že **výzkum je zcela anonymní** a proto nebude nikde zveřejňováno mé jméno, příjmení, ve spojitosti se mnou poskytnutými informacemi.

V dne

.....
Dotazovaný

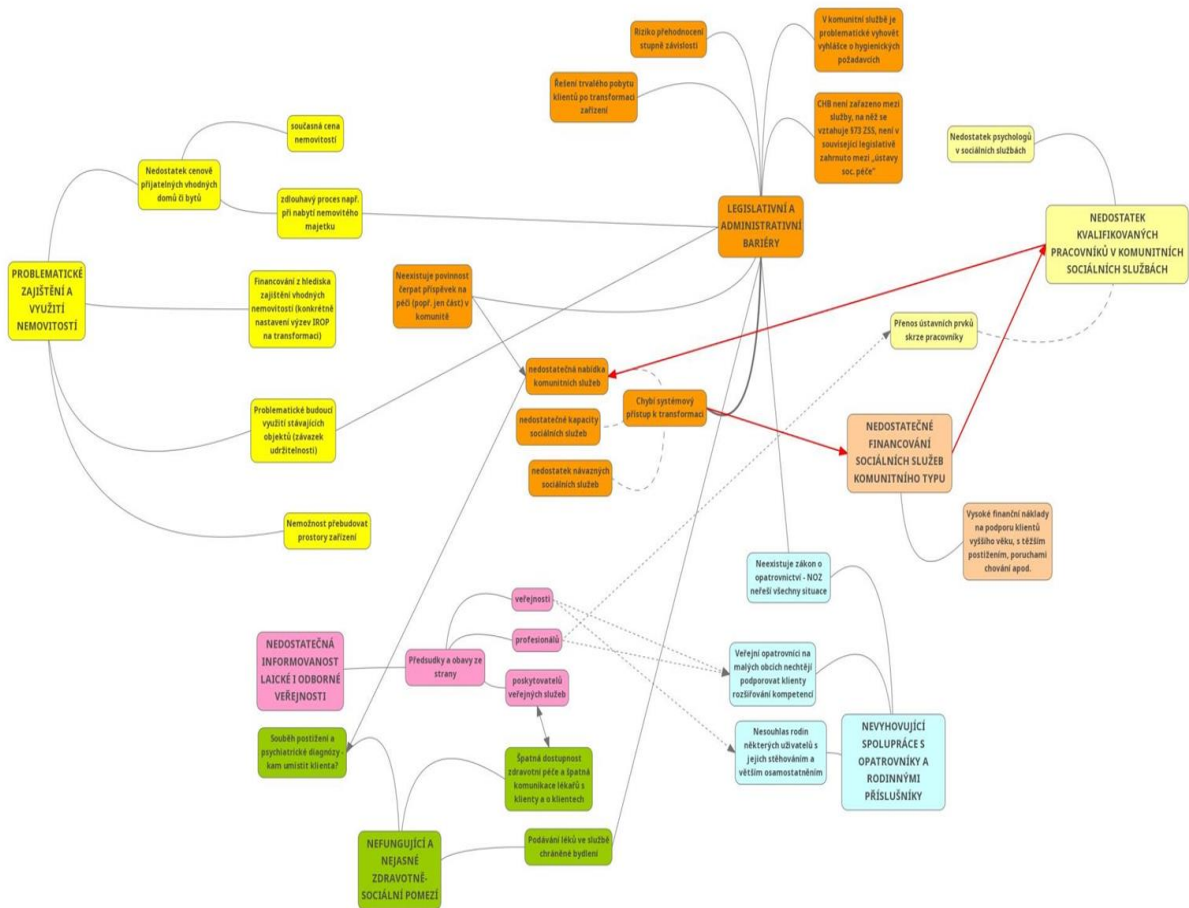
.....
Martina Kopúníková

Příloha č. 2



Zdroj: MPSV 2013 b, s. 19, Kritéria sociálních služeb

Příloha č. 3



Zdroj: TRASS 2020, Rizika procesu transformace 2019-2020