

Česká zemědělská univerzita v Praze

Provozně ekonomická fakulta

Katedra humanitních věd



Diplomová práce

**Veřejná správa a transformace sociálních služeb pro
osoby s mentálním postižením**

Bc. Mikula Jan

© 2015 ČZU v Praze

ČESKÁ ZEMĚDĚLSKÁ UNIVERZITA V PRAZE

Katedra humanitních věd

Provozně ekonomická fakulta

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

Bc. Jan Mikula

Veřejná správa a regionální rozvoj

Název práce

Veřejná správa a transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

Název anglicky

Public administration and transformation of social services for mentally-ill persons

Cíle práce

Primárním cílem diplomové práce je v teoretické rovině charakterizovat veřejnou správu, úlohu veřejné správy v oblasti péče o zdravotně postižené osoby (zejména o osoby s mentálním postižením), zřizování zařízení sociální péče a charakterizovat zdroje financování takovýchto zařízení veřejnosti. Dále popsat probíhající regionální rozvoj Karlovarského kraje v oblasti péče o zdravotně postižené, prostřednictvím probíhající transformace sociálních služeb. Dále provést sondu do chodu zařízení sociální péče a prostřednictvím dotazníku či ankety vyhodnotit, jak "zdravá" populace vnímá zdravotně postižené, jaký má názor na financování péče o zdravotně postižené a v neposlední řadě jaký je postoj občanů k transformaci sociálních služeb v Karlovarském kraji.

Metodika

V diplomové práci bude použito technik studia dokumentů, dotazníkového šetření, nebo šetření pomocí ankety, zaměřené na vnímání zdravotně postižených, názor na financování péče o zdravotně postižené, domácí péče vs. ústavní péče, postoj občanů k regionálnímu rozvoji Karlovarského kraje – plánované transformaci sociálních služeb, apod.

Doporučený rozsah práce

cca 60-80 stran

Klíčová slova

Veřejná správa, zdravotně postižení, sociální služby, dávky sociální péče, ústavy sociální péče, transformace sociálních služeb, regionální rozvoj

Doporučené zdroje informací

ČECHÁK, Vladimír. Vývoj veřejné správy v Československu a České republice (1945-2004). Vyd. 1. Praha: Vysoká škola finanční a správní, 2004, 262 s. Eupress, 23. ISBN 80-867-5422-7.

HENDRYCH, Dušan. Správní věda: teorie veřejné správy. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2003, 195 s. Eupress, 23. ISBN 80-863-9586-3.

KRÁLOVÁ, Jarmila a Eva RÁŽOVÁ. Sociální služby a příspěvek na péči. 4. aktualiz. vyd. Olomouc: ANAG, 2012, 463 s. Práce, mzdy, pojištění. ISBN 978-807-2637-485.

PRŮŠA, Ladislav. Ekonomie sociálních služeb. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: ASPI, 2007. 179 s. ISBN 978-80-7357-255-6.

Předběžný termín obhajoby

2015/06 (červen)

Vedoucí práce

RNDr. Petr Kment, Ph.D.

Elektronicky schváleno dne 12. 11. 2014

doc. PhDr. Michal Lošťák, Ph.D.

Vedoucí katedry

Elektronicky schváleno dne 13. 11. 2014

Ing. Martin Pelikán, Ph.D.

Děkan

V Praze dne 16. 03. 2015

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci "Veřejná správa a transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením" jsem vypracoval samostatně pod vedením vedoucího diplomové práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autor uvedené diplomové práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušil autorská práva třetích osob.

V Praze dne 23. března 2015

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval panu RNDr. Petru Kmentovi, PhD. za vedení práce, odbornou pomoc a cenné rady.

Veřejná správa a transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

Souhrn

S vývojem společnosti a samozřejmě také s vývojem státu a jeho aparátu přichází povinnost zajišťovat záležitosti ve veřejném zájmu. Jednou z mnoha takových záležitostí je právě zajišťování sociální péče.

Péče o zdravotně postižené prochází v historii neustálými proměnami a pomineme-li temné období, které spočívalo v likvidaci hendikepovaných osob, je možné sumarizovat, že se jedná o proměny v kladném slova smyslu. V současné době je zřizování zařízení pro poskytování sociálních služeb plně v kompetenci Ministerstva práce a sociální věci, krajů a obcí. Zařízení pro zdravotně postižené ztratila svůj nemocniční vzhled a stylizovala se do domácího prostředí. Tím ovšem vývoj v péči o hendikepované nekončí. Na základě doporučení Evropské unie přetvářejí jednotlivé unijní státy, kterými je i Česká republika, svůj systém v poskytování péče. Opouští se velkokapacitní ústavy, které jsou nahrazovány individuálními domácnostmi situovanými do městských zástaveb a otevírají tak prostor pro implementaci zdravotně postižených mezi běžnou populaci.

V rámci České republiky byly za účelem restrukturalizace sociální péče spuštěny dva projekty - Podpora transformace sociálních služeb 2007- 2013 a Transformace sociálních služeb 2013 – 2015, do kterých se zapojil i Karlovarský kraj. V rámci Karlovarského kraje byla do projektů zahrnuta dvě zařízení poskytující sociální služby. Vyústěním těchto projektů nemá být jen samotné zlepšení životních podmínek uživatelů sociální péče, ale je předpokládán i určitý rozvoj regionu, který spočívá ve vzniku nových pracovních míst a také nových, dosud chybějících služeb.

Klíčová slova: Veřejná správa, zdravotně postižení, sociální služby, dávky sociální péče, ústavy sociální péče, transformace sociálních služeb, regionální rozvoj

Public administration and transformation of social services for mentally-ill persons

Summary

With the development of society and of course the development of the state and its apparatus, there comes a duty of care and responsibility in the public interest for the mentally disabled. One of the many responsibilities is the provision of social care.

Historically there has been constant change and total transformation in the provision of care for the disabled which at one time in a darker period consisted of euthansing the handicapped but now has far more positive methods. Currently, the establishment of facilities for the provision of social services is fully within the competence of the Ministry of Labour and Social Affairs, counties and municipalities. The apparatus for the disabled lost it's hospital look and changed more into a home environment look. However, the progress in care for the disabled does not stop here. Based on the recommendations of the European Union, the individual EU states, which include the Czech Republic, transform their systems of social care. Large capacity institutions are being replaced by individual households, located in urban estates which allows the disabled to mix in with the general population.

The Czech social welfare started to run a restructure of two projects; The Support Transformation of Social Services 2007- 2013 and the Transformation of Social Services 2013 - 2015, in which Karlovy Vary Region also participated. The Karlovy Vary Region's project included two facilities providing social services. The results of these projects should not only be in improving of the living conditions of social care users, but it is expected a certain development of the region, which lies in the creation of new jobs and new services which are still absent.

Keywords: Public administration, handicapped people, social services, disability compensation, welfare institution, transformation of social services, regional development

Obsah

1	Úvod.....	5
2	Cíl práce a metodika	7
2.1	Cíle práce	7
2.2	Metodika	7
3	Teoretická východiska	9
3.1	Zdravotně postižení.....	9
3.1.1	Mentální retardace	10
3.1.2	Klasifikace mentální retardace.....	10
3.2	Historie péče o zdravotně postižené	13
3.2.1	Vznik speciálních ústavů pro zdravotně postižené	13
3.2.2	Odvracená tvář péče o zdravotně postižené.....	14
3.3	Veřejná správa	15
3.3.1	Vývoj ve veřejné správě	16
3.3.2	Zřizovatelé zařízení poskytujících sociální péči	17
3.3.3	Způsoby financování zařízení sociální péče v ČR.....	18
3.3.4	Koncept sociální péče a příspěvky na péči v zahraničí	21
3.4	Charakteristika zařízení sociální péče.....	26
3.4.1	Druhy sociálních služeb	26
3.4.2	Formy poskytování	26
3.4.3	Zařízení sociálních služeb.....	26
3.5	Transformace sociálních služeb.....	31
3.5.1	Historie transformace sociálních služeb	32
3.6	Projekt Podpora transformace sociálních služeb	34
3.7	Projekt Transformace sociálních služeb	35
4	Analytická část.....	36
4.1	Transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji.....	36
4.1.1	Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské.....	37
4.1.2	Poslání domova v Mariánské.....	38
4.1.3	Transformace DOZP v Mariánské	38
4.1.4	Domov pro osoby se zdravotním postižením „PATA“ v Hazlově	39
4.1.5	Poslání DOZP PATA.....	39

4.1.6	Poskytované služby DOZP PATA.....	39
4.1.7	Transformace DOZP PATA v Hazlově	40
4.2	Sonda do chodu zařízení sociální péče	42
4.2.1	Chod zařízení poskytujících sociální péči a jejich prostředí.....	42
4.2.2	Kulturní vyžití.....	44
4.3	Rozhovor se zaměstnanci.....	45
4.3.1	Nově příchozí klient a chování klientů.....	45
4.3.2	Vzdělávání klientů	47
4.3.3	Klecová lůžka	48
4.3.4	Názor zaměstnanců na transformaci sociálních služeb.....	49
4.4	Interview	52
4.4.1	Kategorie č. 1 – Mentálně postižené osoby, ústavní zařízení.....	53
4.4.2	Kategorie č. 2 – Projekt Transformace sociálních služeb, budování nových domácností.....	58
4.4.3	Kategorie č. 3 - Integrace mentálně postižených do běžné společnosti.....	63
4.5	Vyhodnocení ankety mezi obyvateli města Aše	69
5	Závěr	78
6	Seznam tabulek	81
7	Seznam grafů	81
8	Seznam použitých zdrojů.....	82
9	Přílohy.....	85

1 Úvod

Zejména medializací problematiky zdravotně postižených spoluobčanů se v průběhu posledních dekád povědomí o zdravotně hendikepovaných značně rozšířilo mezi širokou veřejností. Prostřednictvím řady organizací či sdružení, které bojují za práva zdravotně postižených, se toto vědomí stále prohlubuje.

V důsledku toho se dnes již prakticky neseťkáme s člověkem, který by o zdravotně postižených nevěděl zhora nic. Nízkopodlažní autobusy, tramvaje, ozvučené světelné signalizační zařízení, snížené nájezdy na chodníky, „zdrsněné zakončení“ chodníků, bezbariérové přístupy do metra aj. se staly součástí běžného života každého z nás a nikdo se nad těmito „drobnostmi“, které pro osoby s onemocněním pohybového aparátu znamenají zvýšení své vlastní soběstačnosti, již nepozastaví.

Druhou stranou mince zůstávají osoby s mentální retardací. V minulosti byli tito lidé zcela izolováni od ostatní populace umístěním do speciálních zařízení. Setkat se s nimi v civilním životě nebylo běžnou záležitostí.

Tato bariéra v průběhu posledních let padá a mentálně postižení jsou postupně začleňováni do společnosti. Prostřednictvím projektu transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, který je v zahraničí pevně ukotven, bude začleňování této části populace mnohem masivnější. Tato transformace představuje zásadní změnu v dosavadní historii péče o zdravotně postižené. Velkokapacitní ústavní péče bude změněna na bydlení v běžném prostředí. Zdravotně postižení tak budou moci žít ve „standardních“ domácnostech. Tento krok však neznamená rušení dosavadní péče o zdravotně hendikepované, ale znamená změnu podmínek a způsobu jejího poskytování.

Základní otázky, které se nabízí jsou - jak velké je povědomí veřejnosti o veřejné správě a její úloze na zajišťování péče o zdravotně hendikepované spoluobčany, jakým způsobem je tato péče zajišťována, jaké jsou ekonomické aspekty této problematiky, jak vypadají současné sociální služby a jaký je posun jejich úrovně oproti minulosti. Mezi další otázky je možné zařadit, zdali je česká péče srovnatelná se zahraniční, zda může projekt transformace sociálních služeb napomoci regionálnímu rozvoji, v tomto případě Karlovarskému kraji a další. Na všechny tyto otázky bude odpovězeno v této práci.

Diplomová práce je rozdělena do jednotlivých kapitol a subkapitol. Teoretická část práce je věnována veřejné správě, její komplexní úloze v zabezpečování sociálních služeb,

dále definici zdravotně postižených včetně klasifikace druhů mentální retardace. Rovněž bude popsána současná charakteristika zařízení sociálních služeb včetně její transformace a jejího vlivu na rozvoj Karlovarského regionu, která spočívá v decentralizaci ústavní péče. V neposlední řadě se dotkneme i historie péče o zdravotně hendikepované a srovnání péče na území České republiky s péčí v okolních státech.

Empirická část je zaměřena na transformaci sociálních služeb v Karlovarském kraji, na chod zařízení poskytující sociální služby prostřednictvím provedené sondy do praxe těchto ústavů, vedení rozhovorů se zaměstnanci, vedení rozhovoru se zainteresovanými osobami. Rovněž bude provedeno vyhodnocení anketního šetření u veřejnosti Karlovarského kraje, zejména na Ašsku, kterým bude zjišťován postoj populace ke zdravotně postiženým a především názor na probíhající transformaci sociálních služeb právě v Karlovarském kraji.

Vzhledem ke zvolené problematice, kterou se tato diplomová práce zabývá, uvádím následující citát, jeho autorem je čínský filozof Konfucius:

*„Řekni mi a já zapomenu.
Ukaž mi a já si možná zapamatuji.
Zapoj mě a já pochopím.”*

2 Cíl práce a metodika

2.1 Cíle práce

Primárním cílem diplomové práce je v teoretické rovině charakterizovat veřejnou správu, úlohu veřejné správy v oblasti péče o zdravotně postižené osoby (zejména o osoby s mentálním postižením), zřizování zařízení sociální péče a charakterizovat zdroje financování takovýchto institucí.

Mezi dílčí cíle patří popis probíhajícího regionálního rozvoje Karlovarského kraje v oblasti péče o zdravotně postižené prostřednictvím probíhajícího projektu Transformace sociálních služeb. Rovněž provést sondu do chodu zařízení sociální péče, prostřednictvím interview zhodnotit postoj k mentálně postiženým osobám, k projektu Transformace sociálních služeb a k integraci mentálně postižených osob do běžné společnosti. Provedením ankety vyhodnotit, jak „zdravá populace“ vnímá zdravotně postižené, jaké o nich mají povědomí a v neposlední řadě, jaký je postoj občanů města Aše k projektu a k začleňování mentálně retardovaných osob.

2.2 Metodika

V teoretické části bude využito deskriptivní metody. Data budou získávána především analýzou a následnou extrakcí dostupných dokumentů a literatury, ale také elektronických dokumentů a článků. V této části tak bude definován termín „zdravotně postižení“, zmíněna klasifikace mentálně postižených osob dle Světové zdravotnické organizace.

Rovněž bude popsána veřejná správa a její úloha při zajišťování sociálních služeb. Dále budou definována zařízení poskytující sociální služby včetně jejich zřizování a financování. V souvislosti s financováním těchto služeb zmíněn i příspěvek na péči. Rovněž bude nastíněn koncept sociálních služeb v zahraničí. V neposlední řadě bude charakterizována transformace sociálních služeb na území České republiky.

V praktické části bude popsána transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji. Dále bude provedena sonda do chodu současných zařízení pro poskytování sociálních služeb. Rovněž bude využita metoda sběru dat pomocí interview a ankety. Obě tyto metody budou zaměřeny na vnímání mentálně postižených, názor na financování péče o mentálně postižené, domácí péče vs. ústavní péče, postoj občanů k regionálnímu rozvoji Karlovarského kraje - probíhající transformaci sociálních služeb, apod.

Nedílnou součástí praktické části bude vyhodnocení získaných dat, včetně jejich grafického znázornění.

V závěru práce budou shrnuty výsledky provedených analýz a navržena příslušná doporučení.

3 Teoretická východiska

V této části práce bude zmíněna klasifikace mentálně postižených osob, popsána veřejná správa a její úloha při zajišťování sociálních služeb. Dále budou definována zařízení poskytující sociální služby včetně jejich zřizování a financování prostřednictvím rozpočtů a sociálních dávek. Současně bude zmíněn příspěvek na péči. Rovněž bude nastíněn koncept sociálních služeb v zahraničí. V neposlední řadě bude charakterizována transformace sociálních služeb.

3.1 Zdravotně postižení

Při vyslovení pojmu zdravotně postižený si majorita lidí zcela automaticky vybaví osobu, která se pohybuje na invalidním vozíku, při chůzi používá francouzské berle nebo bílou slepeckou hůl, která nevidomému člověku zprostředkovává hmatové vjemy z jeho okolí. Uvedené sousloví se však netýká pouze osob, které mají problém s pohybovým aparátem, ale zahrnuje širokou škálu osob s různorodými hendikepy.

Je vhodné podotknout, že právní řád České republiky neobsahuje žádnou obecnou definici osob se zdravotním postižením. Pro účely uplatnění v zaměstnání však definuje termíny: invalidní občan, částečně invalidní občan, občan se sníženou pracovní schopností a občan se sníženou pracovní schopností s těžším zdravotním postižením, částečně /převážně/ úplně bezmocný občan. WHO¹ ve své mezinárodní klasifikaci vad postižení a znevýhodnění uvádí následující definice:

- Vada (Impairment): Jakákoliv ztráta nebo abnormálnost psychologické, fyziologické nebo anatomické struktury nebo funkce.
- Postižení (Disability): Jakékoliv omezení nebo ztráta (vyplývající z vady) schopnosti jednat a provádět činnosti způsobem nebo v mezích, které se pro lidskou bytost považují za normální.
- Znevýhodnění (Handicap): Nevýhoda, vyplývající pro daného jedince z jeho vady nebo postižení, která omezuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro tohoto jedince (s přihlédnutím k věku, pohlaví a sociálním a kulturním činitelům) normální.

¹ WHO – Světová zdravotnická organizace

V České republice se pro účely zdravotního pojištění užívá definice zdravotního postižení takto: „*Stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady*“. (1)

Stanislav Langer ve své knize Mentální retardace uvádí, že za postižené osoby jsou pokládáni takoví jedinci, kteří mají nedostatek v některé z životně důležitých funkcí, případně tato funkce zcela chybí. Vyznačují se znaky, které lze rozdělit do dvou základních oblastí. Znaky primární, vyplývající ze samostatného defektu, jako například nedostatek hybnosti. A sekundární znaky, vyplývající ze změněné psychiky. (2)

3.1.1 Mentální retardace

Mezi lety 1952 až 1989 se v odborné literatuře vyskytovalo více než dvacet různých označení pro dnešní pojem mentální retardace, např. duševně úchylní, duševně defektní, rozumově zaostalí, atd. V roce 1959 se však v italském Miláně konala konference WHO a zde se z důvodu sjednocení terminologie dohodlo užívání termínu mentální retardace, který se užívá interdisciplinárně. (3) V roce 1997 byla v Terminologickém speciálně pedagogickém slovníku, který vydalo UNESCO, uvedena definice mentální retardace: „*Pod heslem mentální retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázáno nižší schopností orientovat se v životě*“. (4)

Mentální postižení není onemocněním jako takovým, ale jedná se o trvalý stav, který je zapříčiněný poškozením mozku. I. Švarcová uvádí, že za mentálně retardované se považují jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností a odlišnému vývoji psychických vlastností. (5) Termín mentální retardace je odvozen z latinských *mens* – mysl a *retardio* – zaostávat, opožďovat. (6) Mentálně postižení tvoří nejpočetnější skupinu zdravotně postižených a jejich množství každoročně stoupá, zejména v důsledku neustále se zlepšující lékařské péče v oblasti neonatologie². Celosvětový počet zdravotně postižených je odhadován na cca 5 % - 19 % populace.

3.1.2 Klasifikace mentální retardace

Dle WHO se v současné době mentální retardace klasifikuje následovně:

- a) lehká mentální retardace (F70)
- b) střední mentální retardace (F71)

² Neonatologie – podobor pediatrie, který se specializuje na novorozence

- c) těžká mentální retardace (F72)
- d) hluboká mentální retardace (F73)
- e) jiná mentální retardace (F78)
- f) nespecifikovaná mentální retardace (F79³)

1. Lehká mentální retardace

U jedinců, kterým byla diagnostikována lehká mentální retardace se hodnota IQ pohybuje v rozmezí 50 – 69 bodů, míra uvažování se pohybuje na úrovni dětí středního školního věku. V celkovém množství mentálně retardovaných má lehká mentální retardace cca 80 % zastoupení. Většina takto postižených jedinců je v souvislosti s péčí o svou osobu zcela nezávislá. Problémy se projevují zejména při psaní, čtení. Často je provázena přidruženými chorobami, jako je například epilepsie.

2. Středně těžká mentální retardace

Hodnota IQ se pohybuje v rozmezí 35 – 49 bodů. Z celkového počtu mentálně retardovaných se středně těžká mentální retardace vyskytuje cca ve 12 %. U této skupiny je rozvoj chápání opožděný, stejně tak rozvoj řeči. Limitovaná je rovněž schopnost učení, osvojení základů čtení, počítání a psaní je pravděpodobné za předpokladu kvalifikovaného přístupu pedagogů. V dospělosti je možná jednoduchá manuální práce, ovšem pouze pod odborným dohledem.

3. Těžká mentální retardace

Měřená hodnota IQ bodů se nachází v intervalu 20 – 34. Představuje cca 7 % z celkového počtu mentálně retardovaných. Oproti středně těžké mentální retardaci je úroveň schopností rapidně nižší. Omezení je patrné především v oblasti řeči, (dokáží vyslovit jen omezené množství slov a často je vyslovují nesrozumitelně) řada jedinců trpí poruchami motoriky. Učení je velmi omezené a je založeno na dlouhodobém úsilí, výsledkem je zvládnutí základních úkonů týkajících se sebeobsluhy.

4. Hluboká mentální retardace

Naměřená hodnota IQ je nižší než 20. U hluboké mentální retardace je velmi častý výskyt imobility a inkontinence⁴. Ve většině případů se jedná o kombinaci různých druhů

³ Mentální retardace spadá do oboru psychiatrie, proto je pro označení užito písmeno F, číslo uvádí příslušný oddíl

postižení. Je nutný stálý dohled a pomoc. Jedinci nejsou schopni péče o vlastní osobu. Často je doprovázena autismem, poruchami sluchu a zraku.

5. Jiná mentální retardace

Tato klasifikace je využívána v případě, kdy lze jen obtížně stanovit stupeň retardace.

6. Nespecifikovaná mentální retardace

Zařazení do této kategorie se využije v případě, kdy je zřejmé, že jde o mentální retardaci, ale vzhledem k nedostatkům informací nelze jedince zařadit do některé z uvedených kategorií

Je nutné poznamenat, že není možné stanovovat stupeň mentální retardace pouze na základě naměřené hodnoty IQ a to především, že hodnota IQ je ukazatel kolísající, který závisí například na momentálním psychickém rozpoložení jedince. Aby bylo dosaženo přesnější diagnostiky, je zapotřebí využít i souboru různých zkoušek atd.

⁴ inkontinence = samovolný únik moči či stolice

3.2 Historie péče o zdravotně postižené

V případě, že bychom chtěli stanovit přesné datum, kdy byla poprvé zaznamenána nutnost pečovat o lidi se zdravotním postižením, ocitli bychom se v době, kdy se začala psát historie křesťanství. To je společenství, které se zabývá péčí o potřebné osoby. Zde se můžeme setkat s řadou světců, kteří vykonávali „charitativní práci“. Příkladem lze uvést například jméno Jáhen sv. Vavřinec (+258), který se zapsal do dějin větou „Toto je poklad církve“, kterou vyslovil, když prefektovi ukazoval rukou na chudáky, sirotky a vdovy. V této historické době se však ještě nedalo hovořit přímo o péči, která by byla cílena jen na postižené. Postupem dějin narážíme na benediktinské kláštery, které zřizovaly zdravotnická zařízení. Ve středověku se pak setkáváme s osobou sv. Františka z Assisi, který zvláštním způsobem přistupoval k vyděděncům, malomocným i chudině, následně pak s rytířskými řády, které se věnovaly službě špitální, se sestrami voršilkami a dalšími.

O další péči o postižené se zásadně zasadily sestry dominikánky, které začaly působit v roce 1889. Sestry založily speciální pomocné školy, ve kterých bylo vyučováno podle schválených osnov. Jednotliví žáci byli rozděleni do skupin podle charakteru jejich postižení. V roce 1913 založily v Brně Pomocnou školu a Český ústav pro slabomyslné. V roce 1915 tuto školu navštěvovalo 38 dětí, poté se na školu začaly přihlašovat další děti s různým typem postižením. V důsledku toho bylo zřízeno tzv. přípravné oddělení. Zde byly děti učeny sebeobsluze, řeči a dalším dovednostem. Až následně byly zařazeny do tříd a to na základě jejich dovedností.

3.2.1 Vznik speciálních ústavů pro zdravotně postižené

Jako první byl v našich zemích v roce 1786 založen Pražský ústav pro hluchoněmé. Tento ústav byl dvojjazyčný a specializoval se nejen na péči o postižené jako takovou, ale především také na jejich vzdělávání. Ústav pravidelně navštěvovalo více než sto chovanců, kteří byli rozděleni do českého a do německého oddělení. Vznik dalších ústavů je datován v 19. století, příkladem můžeme zmínit vznik německého diecévního ústavu v roce 1958, českého diecévního ústavu v Hradci Králové v roce 1881. Velmi známý ústav Aloise Klara pro zrakově postižené v Praze byl založen roku 1807. V roce 1871 pak v Praze vznikl ústav pro slabomyslné, jehož založení bylo v té době velmi pokrokové a to především z důvodu, že před jeho zřízením, byli slabomyslní ponecháváni vlastnímu osudu, nebo byli umístováni do psychiatrických léčeben – „blázinců“. V těchto pomocných školách, jak

byly později ústavy přejmenovány, se vyučovalo především psaní, čtení, počty, tělocvik, náboženství atd. Na počátku však byl pouze jeden jediný předmět, kterým byl pohyb. (7)

3.2.2 Odvrácená tvář péče o zdravotně postižené

Z hlediska objektivity je nutné uvést, že historie péče o zdravotně postižené obsahuje mimo světlých stránek, ke kterým se řadí zakládání ústavů a speciálních škol, rovněž temná stránka péče o osoby se zdravotním postižením. Tuto stinnou stránku představuje zejména období, kdy se dostal k moci Adolf Hitler. V roce 1933 byl schválen zákon o prevenci dědičně zatíženého potomstva. Ke vzniku tohoto zákona přispěl, kromě jiných lékařů a psychiatrů, profesor psychiatrie Ernst Rüdin. Původně měla likvidace postižených vypuknout po zahájení války, nakonec ale probíhala již od poloviny třicátých let. Za účelem eliminace zdravotně postižených vznikala řada institucí, pod jejichž záštitou probíhalo vyhledávání a shromažďování hendikepovaných s jejich následnou likvidací. A jak bylo pro nacistické ideologie typické, současně byly natáčeny filmy o lidech, kteří nebyli hodni života. Rovněž ve školních učebnicích se objevovaly příklady typu: „Postavení malého bytu stojí pět až sedm tisíc říšských marek. Stavba blázince přijde asi na šest milionů říšských marek. Kolik rodin by mohlo za tuto cenu dostat byt?“ (8)

Pro všechny vedoucí lékaře porodnic vznikla zákonná povinnost ohlašovat všechny děti narozené se zjevným postižením, odměna za takové hlášení činila dvě marky. Likvidace obrovského množství postižených se nedala dlouho utajit, stále více rodičů se zajímalo, co bylo příčinou přirozené smrti jejich dítěte, jak jim bylo oznámeno. V roce 1941 byl na základě protestů program s krycím názvem „eutanazie“ oficiálně ukončen, avšak neoficiálně bylo v likvidaci zdravotně postižených pokračováno. Celkový počet obětí tohoto holocaustu je odhadován přibližně mezi 100 až 350 tisíci. Jednalo se především o obyvatele Německa a Rakouska. O podrobnějších informacích, týkající se „péče“ o zdravotně postižené a prováděných praktikách, je možné se dočíst například v knize Hanse-Henninga Scharsacha – Lékaři a Nacismus.

Není možné se nezmínit, že snaha o „kvalitní“ populaci probíhala i v ČSR, ačkoliv se nejednalo o kroky tak radikální, jako tomu bylo v Německu. Bylo založeno eugenické hnutí (z latinského *eugenes* – *eu* – dobrý, *genos* – narozený), které se zabývalo nikoli likvidací zdravotně postižených, ale zabránění jejich rozmnožování prostřednictvím sterilizace, která byla cílena například na osoby s epilepsií, schizofrenií, maniodepresivní psychózou atd.

3.3 Veřejná správa

Pojem veřejná správa nemá v Ústavě České republiky ani v žádném zákoně svou oporu, zřejmě i z tohoto důvodu je svým způsobem velmi obtížné ji přesně definovat. Přestože není pojem VS⁵ v zákoně definován, je její činnost vázána právem i ústavními zásadami. V Ústavě ČR je v čl. 2, odstavci 3 uvedeno: "Státní moc slouží všem občanům a lze ji uplatňovat jen v případech a způsoby, které stanoví zákon", v Listině základních práv a svobod je pod článkem 2 odst. 2 uvedeno: "Státní moc lze uplatňovat jen v případech a v mezích stanovených zákonem, a to způsobem, který zákon stanoví." Obecně by bylo možné veřejnou správu charakterizovat jako záměrnou činnost, která je především vykonávána ve veřejném zájmu. Veřejným zájmem je v tomto případě vše, co není možné pokládat za zájem soukromý.

Výkon veřejné správy je zajišťován státními orgány, jedná se například o Nejvyšší kontrolní úřad, Kancelář prezidenta republiky, Úřad pro zastupování státu ve věcech majetkových a samozřejmě ministerstva, ústřední správní úřady, bezpečnostní sbory a územně správní celky. Docent Jaroslav Čmejrek a inženýr Radek Kopřiva ve své knize uvádějí, že pojem veřejná správa označuje správní činnosti a úřady, jež uskutečňují veřejnou politiku a působí ve veřejném zájmu, a to jak na ústřední úrovni, tak na úrovni regionální či místní. Hájení veřejného zájmu odlišuje veřejnou správu od správy soukromé, která sleduje soukromé cíle a zájmy. Veřejná správa zahrnuje jak výkon státní správy, tak výkon samosprávy. (9)

Funkci veřejné správy je možné vymezit dvojím způsobem. První způsob představuje tzv. materiální pojetí. V tomto případě hovoříme o kvantifikovatelných správních činnostech. Druhé pojetí je chápáno ve smyslu formálním. Zde je kladen důraz především na organizace - instituce, kterým je působnost řešit veřejné úkoly svěřena. Správa ve formálním pojetí je tedy soustavou správních úřadů či orgánů samosprávy jako vykonavatelů veřejné správy (10) .

Rovněž je možné setkat se s tzv. negativním nebo pozitivním vymezením veřejné správy. Negativní vymezení je chápáno jako souhrn činností, které není možné kvalifikovat jako činnosti soudní nebo zákonodárné, pozitivní vymezení představuje popis správních úkonů a jejich zobecnění metodami správní vědy. Činnosti, při nichž jsou

⁵ VS – veřejná správa

správní orgány vázány správními předpisy, správními akty a za tuto činnost nesou odpovědnost.⁶

3.3.1 Vývoj ve veřejné správě

Od roku 1945 až do současnosti prošla veřejná správa řadou významných změn, které se postupně odehrávaly za období protektorátu, období Československé federativní republiky, či v období vzniku samostatné České republiky. Okrajově stojí za zmínku zavedení ústavnosti v roce 1848, které znamenalo přestavbu politické správy. Zrušení poddanosti vyvolalo potřebu rozhodnout, které úřady budou vykonávat správu. Vzhledem k tomu, že vrchnostenská správa byla velmi rozsáhlá a bylo by zapotřebí zavést množství státních úřadů, což by doprovázely nemalé finanční náklady, jevílo se jako východisko svěřit některé úkoly politické správy přímo občanstvu. To by bylo organizováno jako veřejné korporace. Zavedení samosprávy v tomto pojetí usnadňovala skutečnost, že bylo možné navázat na jednotlivé korunní země, které byly odedávna stavovskými korporacemi. Tyto korporace vykonávaly krom zákonodárné moci i částečně veřejnou správu, a to prostřednictvím stavovských zemských výborů a zemských sněmů. Samospráva se tak rozšířila i směrem dolů a v jednotlivých zemích byly vytvořeny nižší samosprávné svazy – obce, okresy a kraje, a byla jim svěřena část veřejné správy, která byla vykonávána vlastními volenými orgány. Tato samospráva se nazývala korporáčnická, neboli komunální samospráva. Obce získaly svou první zákonnou úpravu v roce 1849 tzv. Stadionovým prozatímním obecním zřízením. (11)

Další významnou změnou ve veřejné správě, kterou známe dnes, bylo zavedení krajského zřízení. Profesor Čechák k této problematice uvádí, že v souvislosti s přípravou realizace krajského zřízení se vyskytlo několik problémů. Ústavní zákon č. 437/1997 Sb. ustanovil vytvoření čtrnácti VÚSC⁷ a vymezil jejich území. Tímto zákonem však nebylo možné zrušit zákon č. 36/1960 Sb. o územním členění státu, což znamenalo, že vzniklo dvojí platné vymezení krajů. To v praxi znamenalo, že by některé orgány a soudy ztratily územní základ své působnosti. Druhým problémem byla pod dimenzovanost krajů co do počtu obyvatel i rozlohy a to zejména ke vztahu k čerpání finančních prostředků z fondů Evropské unie. Tento problém vyřešil zákon č. 248/2000 Sb. o podpoře regionálního

⁶ Wikipedie, dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Veřejná_správa

⁷ VÚSC – vyšší územní samosprávný celek

rozvoje, na jehož základě byly vytvořeny rady pro „regiony soudržnosti“ Tyto regiony se označují jako NUTS II. a v ČR jich bylo zřízeno 7. (12)

Docent Jaroslav Čmejrek k reformě územní veřejné správy uvádí, že v roce 1990 došlo ke zrušení soustavy národních výborů a zároveň bylo obnoveno obecní zřízení. Územní veřejná správa dlouhou dobu měla pouze provizorní podobu, chyběla jí úplná územní hierarchie a nebyly vyjasněny kompetence mezi jednotlivými institucemi a subjekty v rozhodovacím procesu. Reforma územní VS se rozpohybovala koncem devadesátých let a to zákonem č. 340/1997, kterým bylo rozhodnuto o zřízení 13 krajů (vyjma Prahy). Skutečně průlomové bylo schválení zákonů v roce 2000, jednalo se o zákon č. 128/2000 Sb. o obcích, zákon č. 129/2000 Sb. o krajích a zákon č. 130/2000 Sb. o volbách do zastupitelstev krajů, čímž byla zahájena první fáze reformy územní VS. Cílem druhé fáze reformy územní VS bylo rozvinutí decentralizačních a dekoncentračních procesů a přesun kompetencí na samosprávu, a to buď do její samostatné, nebo přenesené působnosti. S koncem roku 2002 zanikly okresní úřady a jejich úlohu převážně převzaly orgány územních samospráv – kraje a obce s rozšířenou působností. (9)

3.3.2 Zřizovatelé zařízení poskytujících sociální péči

Jak bylo uvedeno v úvodu této kapitoly, úkolem veřejné správy je zajišťovat záležitosti ve veřejném zájmu. Jednou z takových záležitostí, kterou řadíme do sociální politiky státu, je zcela nepochybně zajišťování sociální péče. Zřizování zařízení sociální péče je v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí a dále pak krajů a obcí. Zřizování takovýchto zařízení má pro jednotlivé zřizovatele oporu v zákoně. Jedná se o zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dle tohoto zákona může například ministerstvo, jako státní příspěvkovou organizaci, zřídit zařízení sociálních služeb. Tomuto zařízení je ministerstvem vydána zřizovací listina.

Sociální služby lze poskytovat pouze na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Toto oprávnění vzniká rozhodnutím o registraci poskytovatele. O registraci poskytovatele je oprávněn rozhodnout krajský úřad, který je místně příslušný dle místa hlášeného nebo trvalého pobytu FO⁸ či sídla PO⁹. V případě, že je zřizovatelem ministerstvo, náleží rozhodovací kompetence o registraci ministerstvu. Je vhodné poznamenat, že každý poskytovatel sociálních služeb má povinnost, před zahájením jejich

⁸ FO – fyzická osoba

⁹ PO – právnická osoba

poskytování, mít uzavřenou pojistnou smlouvu. Tato smlouva se uzavírá pro případ odpovědnosti za škodu způsobenou při poskytování sociálních služeb a musí být platná po celou dobu poskytování sociálních služeb.

3.3.3 Způsoby financování zařízení sociální péče v ČR

Financování zařízení poskytujících sociálních služeb je zajišťováno formou příspěvků a dotací ze státního rozpočtu, z rozpočtu kraje, či obce. Obce či kraje mohou ze svého rozpočtu poskytovatelům sociálních služeb na základě zákona č. 250/2000 Sb. o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, ve znění pozdějších předpisů, poskytnout účelovou dotaci k financování běžných výdajů, které souvisí s poskytováním služeb. Zařízení sociální péče zpravidla využívají vícezdrojový způsob financování, do kterého jsou řazeny výše uvedené příspěvky a dotace od zřizovatelů, dále příspěvek na péči od klientů o kterém bude pojednáno níže, příjmy od uživatelů (zpravidla za poskytovanou stravu a ubytování), příjmy za poskytované služby a úhrady od zdravotních pojišťoven. Dalším příjmem jsou invalidní důchody klientů (v případě, že je klient starší 18 let), nebo například důchody sirotčí (ty jsou vypláceny osobám, které ztratily jednoho či oba rodiče a to až do doby 26 let, pokud z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu nejsou schopni vykonávat soustavnou výdělečnou činnost). Rovněž se může jednat o přídavky na dítě, které děti, respektive jejich rodiče pobírají. Zařízení se rovněž snaží získávat finanční prostředky prostřednictvím sponzorských darů. Tyto dary jsou poskytovány na základě darovacích smluv a často bývají poskytnuty účelově.

1. Financování ze státního rozpočtu

Ze státního rozpočtu se poskytují následující dotace:

- poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, na zajištění poskytování sociálních služeb,
- krajům na zajištění dostupnosti poskytování sociálních služeb na svém území v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb,
- obcím s rozšířenou působností, na povinnost zajišťovat v rozsahu nezbytném poskytnutí sociální služby takové osobě, které není poskytována sociální služba a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu; místní příslušnost se řídí místem trvalého nebo hlášeného pobytu osoby.

Dotaci poskytuje ministerstvo dle Zákona č. 218/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech a o změně některých souvisejících zákonů (rozpočtová pravidla), ve znění pozdějších předpisů Tato dotace je obcím poskytována prostřednictvím rozpočtu kraje.

2. Financování z rozpočtů obcí a krajů

Jak bylo uvedeno výše v podkapitole 2.3.3. obce, či kraje se mohou na základě zákona o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů podílet na financování běžných výdajů, které souvisí s poskytováním sociálních služeb. Ladislav Průša ve své knize uvádí, že dle analýzy z roku 2005, která se zabývala výdaji jednotlivých obcí na sociální služby z počtu 109 hodnocených obcí z vlastních zdrojů na sociální a zdravotní služby:

- 5,5 % vynaložilo více než 1 000 Kč na občana ročně,
- 22,9 % vynaložilo 501 – 1 000 Kč na občana ročně,
- 44 % vynaložilo 101 – 500 Kč na občana ročně,
- 9,2 % vynaložilo 51 – 100 Kč na občana ročně,
- 11 % vynaložilo 11 – 50 Kč na občana ročně,
- 3,7 % vynaložilo méně než 10 Kč na občana ročně,
- 3,7 % nevynaložilo ani korunu (13)

Pro doplnění uvedme tabulku, která shrnuje výdaje na sociální služby Krajského úřadu Karlovarského kraje, města Chebu a města Aše za posledních pět let.

Tabulka 1 Výdaje na sociální služby v letech 2009 – 2013 v tis. Kč

Rok	Výdaje na sociální služby		
	Krajský úřad KK	Město Cheb	Město Aš
2009	28 622	6 264	2 226
2010	62 145	8 648	2 053
2011	56 180	8 782	2 080
2012	41 776	7 858	2 007
2013	34 629	8 127	2 222

Zdroj: závěrečné účty ÚSC, vlastní zpracování

3. Příspěvek na péči

Na základě zákona č. 108/2006 Sb. je osobám, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby, respektive osobám, které z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebují pomoc při péči o vlastní osobu a zajištění soběstačnosti, vyplácen příspěvek na péči. Výše poskytovaného příspěvku je odstupňována dle míry závislosti na pomoci jiné osoby a při jejím stanovování se bere v úvahu schopnost zvládnout základní životní potřeby. Při stanovování výše příspěvku se tak hodnotí následující úkony:

- mobilita,
- orientace,
- komunikace,
- stravování,
- oblékání a obouvání,
- tělesná hygiena,
- výkon fyziologické potřeby,
- péče o zdraví,
- osobní aktivity,
- péče o domácnost.

Zařazení do jednotlivých stupňů je upravenou prováděcí vyhláškou MPSV¹⁰ č. 389/2013 Sb. PnP¹¹ je vyplácen osobám mladším i starším 18 let ve čtyřech různých úrovních, které jsou současně finančně odstupňovány:

a) Osoba do 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři základní životní potřeby,
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat čtyři nebo pět základních životních potřeb,
- stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat šest nebo sedm základních životních potřeb,
- stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat osm nebo devět základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby.

¹⁰ MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

¹¹ PnP – příspěvek na péči

b) Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři nebo čtyři základní životní potřeby,
- stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět nebo šest základních životních potřeb,
- stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm nebo osm základních životních potřeb,
- stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět nebo deset základních životních potřeb, a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby. (14)

Tabulka 2 Měsíční příspěvek na péči (v Kč)

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči	
	osoba mladší 18 let	osoba starší 18 let
I.	3 000	800
II.	6 000	4 000
III.	9 000	8 000
IV.	12 000	12 000

Zdroj: vlastní zpracování

3.3.4 Koncept sociální péče a příspěvky na péči v zahraničí

Sociální služby nejsou v zemích Evropy chápány jen jako služby v pojetí, které je uplatňováno na území české republiky, ale jedná se zde o podstatně širší systém, který zahrnuje například bydlení, zaměstnanost, zdravotnictví nebo sociální ochranu rodin, skupin či jednotlivců. V těchto oblastech hraje většinou klíčovou roli stát, v některých zemích je naopak tato role přenesena na regiony.

Obdobně jako v České republice mají i okolní státy své vlastní systémy, které se týkají péče o hendikepované spoluobčany. Systém vyplácení dávek je mírně odlišný. Diametrální odlišnosti jsou ovšem patrné především ve výši poskytovaných dávek.

1. Spolková republika Německo

V roce 1994 zavedlo Německo systém financování sociálních služeb, který se nazývá Pflegeversicherungssystem – volně přeloženo pojištění péče. Jedná se o povinné pojištění pro všechny obyvatele a představuje určitou nadstavbu systému zdravotního pojištění. Je financováno z pojistného, placeného formou příspěvku.

Český a německý způsob je velmi podobný, příjemce příspěvku dostává peníze, se kterými nakládá dle svého uvážení v závislosti na jeho osobní potřeby. Na rozdíl od České republiky jsou v Německu sociální služby poskytovány ve třech stupních:

- I. stupeň – do tohoto stupně se zařazují osoby, které potřebují pomoc nejméně ve dvou úkonech a to alespoň jednou denně a dále několikrát v týdnu potřebují pomoc v domácnosti. Celková doba péče je pak stanovena minimálně na 1,5 hodiny denně,
- II. stupeň - do této skupiny jsou zařazovány osoby potřebující pomoc minimálně 3 x denně a dále několikrát týdně. Doba péče představuje alespoň 3 hodiny denně,
- III. stupeň – v tomto stupni jsou zařazeny osoby, potřebující péče po celý den a i v průběhu noci. Doba péče činí minimálně 5 hodin denně. (13)

Výše příspěvku na péči v Německu

Výše poskytovaného příspěvku je stejně tak jako v ČR určena dle stupně, do kterého je hendikepovaná osoba zařazena.

Tabulka 3 Výše příspěvku na péči (v € za měsíc)

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči
I.	235
II.	440
III.	700

Zdroj: vlastní zpracování

V porovnání s příspěvkem poskytovaným v ČR se výše německého příspěvku pohybuje v rozmezí od 6.500,-- Kč do 19.362,-- Kč¹²

Zavedení výše uvedeného systému přineslo změny v oblasti péče o zdravotně postižené. Zatímco v roce 1991, tedy před zavedením nového systému financování

¹² Přepočteno kurzem €, který vyhlásila ČNB dne 4. 9. 2014 - 27,66 Kč/€

sociálních služeb bylo v Německu evidováno přibližně 4 000 ústavů sociální péče, v roce 1996, tedy tři roky po zavedení systému vzrostl počet těchto zařízení na 6 000.

2. Republika Rakousko

V Rakousku se příspěvek na péči začal vyplácet již v roce 1993. Zavedení vyplácení této dávky vzniklo v důsledku snahy o zlepšení situace těžce zdravotně postižených občanů. V roce 2011 byl zaveden tzv. Pflegefonds – fond na péči, jehož správcem je Spolkové ministerstvo práce, sociálních věcí a ochrany spotřebitele. V Rakousku je systém vyplácení příspěvku na péči financovaný ze státního rozpočtu, příspěvek je chápán jako náklady na nezbytnou péči v zájmu získání určité nezávislosti a možnosti získat ve vlastním domácím prostředí. Je zde rozlišováno tzv. peněžní a věcné plnění. Peněžní plnění je obdoba příspěvku na péči v ČR, věcné plnění představuje výkony jednotlivých sociálních služeb. (15) Na poskytnutí této dávky je v Rakousku právní nárok, dávka je poskytována nezávisle na majetku a výši příjmu.

Výše příspěvku na péči v Rakousku

Stejně tak jako v ČR a Německu je v Rakousku výše příspěvku na péči určena dle stupně závislosti. V Rakousku je však rozlišováno sedm různých stupňů.

Tabulka 4 Výše příspěvku na péči (v € za měsíc)

Stupeň závislosti	Výše příspěvku na péči
I.	154,20
II.	284,30
III.	442,90
IV.	664,30
V.	902,30
VI.	1 260,00
VII.	1 655,80

Zdroj: vlastní zpracování

3. Slovenská republika

Na Slovensku je za těžce zdravotně postiženého poskytována osoba, jejíž míra funkční poruchy je minimálně padesátiprocentní, přičemž funkční porucha je chápána jako nedostatek tělesných, smyslových nebo duševních schopností. Pro překonání nebo zmírnění sociálních důsledků těžkého zdravotního postižení je poskytován peněžité

příspěvek. Tyto peněžité příspěvky jsou poskytovány jednorázovou, nebo opakující se formou.

Mezi jednorázové jsou zařazeny příspěvky na:

- koupi pomůcky – na nákup pomůcky se poskytuje maximálně 8 630,42 €,
- výcvik k používání pomůcky,
- úpravu pomůcky,
- koupi zvedacího zařízení,
- koupi motorového vozidla – lze poskytnout maximálně 6 638,79 € nebo 8 298,48 € při koupi vozu s automatickou převodovkou,
- úpravu motorového vozidla – maximální poskytovaná částka je 6 638,79 €, dávku je možné poskytnout i opakovaně, ale součet poskytnutých příspěvků nesmí za posledních sedm roků překročit uvedenou maximální výši,
- úpravu bytu nebo rodinného domu – maximální výše příspěvku je 6 638,79 €, příspěvek je možné poskytnout opakovaně, za posledních sedm let však nesmí součet příspěvků překročit maximální výši,
- úpravu garáže – výše příspěvku činí maximálně 1 659,70 €, stejně jako u předchozích příspěvků, platí zmíněné pravidlo 7 let.

Mezi opakované jsou zařazeny příspěvky na:

- osobní asistenci – výše příspěvku odpovídá ročnímu hodinovému rozsahu poskytované asistence, přičemž sazba za hodinu je stanovena na 2,76 €,
- přepravu – poskytuje se maximálně do výše 51,02 % životního minima, tedy do výše 101,07 €.
- kompenzaci zvýšených výdajů (měsíčně)
 - a) na dietní stravování se poskytuje příspěvek ve výši od 11,04 do 36,77 €,
 - b) na výdaje související s hygienou ve výši 18,39 €,
 - c) provozování motorového vozidla 33,09 €,
 - d) na péči o psa se speciálním výcvikem 44,12 €.
- péči¹³
 - a) o jednu osobu – 220,52 €,
 - b) o dvě, nebo více osob 294,01 €,

¹³ písmeno a – e se týká osob v produktivním věku, písmeno f a g se vztahuje na osoby, které pobírají některou ze zákonem stanovených důchodových dávek

- c) o jednu osobu, která je více než 20 hodin týdně v sociálním zařízení 194,79 €,
- d) o dvě a více osob, které jsou více než 20 hodin týdně v sociálním zařízení 275,65 €,
- e) o osobu, která je více než 20 hodin týdně v sociálním zařízení a současně o další osobu, která není více než 20 hodin týdně v sociálním zařízení,
- f) pečuje o 1 osobu 91,88 €,
- g) pečuje o 2 a více osob 121,28 € (16).

3.4 Charakteristika zařízení sociální péče

V České republice vymezuje poskytování sociálních služeb zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Zde jsou upraveny podmínky pro poskytování pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci, a to prostřednictvím sociálních služeb. Zákon současně upravuje podmínky pro vydávání oprávnění k poskytování soc. služeb, jejich inspekci, předpoklady pro výkon činnosti a výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb.

3.4.1 Druhy sociálních služeb

Poskytování sociálních služeb zahrnuje:

- služby sociální prevence,
- služby sociální péče,
- sociální poradenství.

3.4.2 Formy poskytování

Sociální služby jsou poskytovány jako služby terénní, pobytové nebo ambulantní. Terénními službami jsou chápány takové služby, které jsou osobám poskytovány v jejich domácím prostředí. Pobytové služby jsou spojené s poskytnutím ubytování v zařízení, které poskytuje sociální služby. Ambulantní služby představují takový druh služeb, za kterými osoby docházejí či jsou za nimi doprovázeni.

3.4.3 Zařízení sociálních služeb

Za účelem poskytování sociální služeb mohou být na území ČR zřizována následující zařízení:

- centra denních služeb,
- denní stacionáře,
- týdenní stacionáře,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- domovy pro seniory,
- domovy se zvláštním režimem,
- chráněné bydlení,
- azylové domy,
- domy na půl cesty,
- zařízení pro krizovou pomoc,
- nízkoprahová denní centra,

- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,
- noclehárny,
- terapeutické komunity,
- sociální poradny,
- sociálně terapeutické dílny,
- centra sociálně rehabilitačních služeb,
- pracoviště rané péče,
- intervenční centra,
- zařízení následné péče.

K lepšímu pochopení výše uvedených pojmů uvedme nyní stručnou charakteristiku některých typů sociálních zařízení.

1. Chráněné bydlení

Jedná se o pobytovou službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností. Tato snížená soběstačnost je zpravidla způsobena zdravotním postižením, nebo také duševním onemocněním. Osoby s takovýmto hendikepem převážně vyžadují pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení může mít formu individuálního nebo skupinového bydlení. V rámci chráněného bydlení jsou zpravidla poskytovány následující služby:

- pomoc při zajišťování chodu domácnosti,
- poskytování stravy, případně pomoc při jejím zajišťování,
- pomoc při osobní hygieně,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv,
- sociálně terapeutické činnosti a další.

2. Domovy se zvláštním režimem

Tyto domovy jsou určeny pro osoby, které mají rovněž sníženou soběstačnost. Tato snížená soběstačnost však v tomto případě vyplývá z jejich chronického duševního onemocnění, závislosti na psychotropních látkách, ale také vlivem stařecké, Alzheimerovo či jiným typem demence. Režim v domovech se zvláštním režimem je přizpůsoben právě specifickým potřebám uvedených osob. V tomto typu zařízení jsou osobám poskytovány následující služby:

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

3. Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Tento typ zařízení nahrazuje domácí prostředí osobám se zdravotním postižením, které mají v důsledku svého postižení sníženou schopnost sebeobslužnosti a rovněž soběstačnosti. V rámci těchto zařízení jsou poskytovány následující služby:

- poskytování stravy – typ stravy odpovídá věku, potřebám (diety) atd.,
- poskytování ubytování,
- pomoc při osobní hygieně, případně poskytnutí podmínek pro zvládnání osobní hygieny, včetně využívání speciálních pomůcek,
- pomoc při zvládnání péče o vlastní osobu,
- výchovné, aktivizační a vzdělávací činnosti,
- zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv.

Ceník za poskytování služeb v DOZP a chráněném bydlení je uveden v příloze.¹⁴

4. Současná ústavní péče

V důsledku zavedení zákona č. 108/2006 Sb., musí být s uživatelem sociálních služeb uzavřena smlouva mezi uživatelem a poskytovatelem sociální služby¹⁵. Tímto krokem bylo posíleno postavení člověka, který se rozhodl využívat sociální služby a to především proto, že nyní má možnost si sám rozhodnout a způsobu zabezpečení péče o svou osobu.

¹⁴ Příloha č. 1 – Ceník za služby

¹⁵ Příloha č. 2 – Smlouva

Ve smlouvě je specifikovaný rozsah poskytovaných služeb, výše úhrad za poskytované služby, platnost smlouvy a její výpovědní podmínky, místo a čas poskytování služeb, ujednání o dodržování vnitřních pravidel, atd.

S poskytováním sociálních služeb jsou samozřejmě rovněž spojeny úhrady nákladů. Jedná se například o úhradu nákladů spojených se zajištěním stravování a poskytnutím ubytování. Maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis. Po úhradě nákladů za ubytování a stravu při poskytování pobytových služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením, musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu. Bližší specifikace úhrad za poskytování sociálních služeb a stejně tak smluvních podmínek je možné se dočíst v zákoně č. 108/2006 Sb., § 73 a § 91.

Oproti rokům minulým (období před rokem 1989), kdy nebylo po zaměstnancích ústavů sociální péče vyžadováno žádné speciální vzdělání a do zaměstnaneckého poměru byl tak přijímán každý, kdo o tuto práci projevil zájem, je v současnosti po zaměstnancích vyžadováno vyjma způsobilosti k právním úkonům, bezúhonnosti, zdravotní a odborné způsobilosti i odpovídající vzdělání. Toto vzdělání je dále prohlubováno absolvováním akreditovaných kurzů, které se skládají z obecné a zvláštní části. Rozsah těchto kurzů skýtá minimálně 150 výukových hodin. Zvláštní část obsahuje minimálně 80 výukových hodin. Obecná část kurzu obsahuje okruhy, kterými jsou například úvod do psychologie, somatologie¹⁶ a psychopatologie, standarty kvality sociálních služeb, etika výkonu činnosti pracovníka v sociálních službách, lidská práva a důstojnost, atd. Zvláštní část obsahuje například úvod do problematiky zdravotního postižení, odbornou praxi, základy výuky péče o domácnost, atd.

Oproti období před revolucí neodpovídá současná ústavní péče nemocničnímu prostředí, ale spíše připomíná domácí prostředí, které má také svým způsobem nahrazovat. S klienty je aktivně pracováno a jsou rozvíjeny jejich dovednosti a schopnosti a je podporována jejich schopnost učit se, bližší specifikace prostředí a práce s klienty ústavní péče je provedena v praktické části této práce.

Nutno poznamenat, že před uvedením shora uvedeného zákona v platnost se však o přijetí do ústavu sociální péče postupovalo v souladu s § 76 vyhlášky č. 182/1991 dle správního řádu. Žádost byla podávána obecnímu úřadu. Obec, kraj, případně vedoucí ústavu následně rozhodovali o přijetí žadatele do ústavní péče, avšak pouze v případě, že

¹⁶ Somatologie – nauka o lidském těle, jeho funkcích a složení

žadatel splňoval podmínky pro přijetí do ústavu a v zařízení bylo volné místo. O přijetí bylo následně vyhotoveno rozhodnutí. Současně není možné se nezmínit, že některé prameny uvádějí, že v důsledku „nevzdělanosti“ a neprofesionality zaměstnanců ústavů sociální péče, docházelo v období před rokem 1989 často k týrání svěřených klientů.

3.5 Transformace sociálních služeb

Za koncepci a řízení zdravotních a sociálních služeb nese odpovědnost každý členský stát Evropské unie. Jednotlivé instituce Evropské unie nejsou oprávněny do této oblasti přímo intervenovat, avšak mohou tuto politiku ovlivňovat, a to například svými doporučeními.

Skupina nezávislých odborníků, kteří byli v únoru 2009 sezváni Vladimírem Špidlou¹⁷ (tehdejším evropským komisařem), vypracovali zprávu týkající se přechodu od institucionální péče na péči komunitní. V následujícím roce, konkrétně v listopadu roku 2010, přijala Evropská komise Evropskou strategii pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010 – 2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu. Cílem této strategie je podpořit členské státy Evropské unie v prosazování sociálního začleňování osob s postižením v souladu s úmluvou Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením. Členské státy byly následně Evropskou komisí vyzvány k reformaci systému ústavní péče. Reformace má zajistit osobám se zdravotním postižením výběr způsobu bydlení a rovněž způsob přístupu ke službám, které splňují jejich potřeby a umožní jim tak začlenit se do společnosti. Evropská komise navrhuje přechod ústavní péče ke službám, které jsou zaměřeny na jednotlivce. Tato strategie navazuje na Akční plán EU v oblasti zdravotního postižení 2003 – 2010.

Vláda České republiky svým usnesením č. 127 ze dne 21. února 2007 přijala “Koncept podpory transformace pobytových a sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začleňování uživatele do společnosti“. Hlavní cílem konceptu je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb. Koncept aktuálně reaguje na vývoj v oblasti sociálních služeb. Je jedním z nástrojů, kterým je implementován zákon o sociálních službách. Dále podporuje poskytovatele, ale také zřizovatele sociálních služeb v zajišťování dostupné péče a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci zejména takovou formou, která co nejvíce odpovídá životu jejich vrstevníků – tedy v přirozeném prostředí běžné populace.

¹⁷ komisař pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti

Mezi hlavní body konceptu lze označit zejména:

- zvýšení informovanosti o procesu změn v institucionální péči pro osoby se zdravotním postižením a seniory,
- podporu poskytovatelů sociálních služeb, jejich zaměstnanců a dalších subjektů při změnách v institucionální péči a to zejména v poskytování sociálních služeb v souladu s individuálními potřebami uživatelů,
- podporu naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí,
- podporu procesu zkvalitňování životních podmínek obyvatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče,
- vytvoření systému spolupráce mezi všemi aktéry procesu transformace institucionální péče.

Koncept byl vypracován zejména v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, konkrétně Národním akčním plánem sociálního začleňování na období 2004 – 2006, dále zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a v neposlední řadě v souladu s Bílou knihou v sociálních službách, Listinou základních práv a svobod, s cíli Lisabonské strategie a Národním rozvojovým plánem. (17)

3.5.1 Historie transformace sociálních služeb

Na rozdíl od západní Evropy, ve které probíhá proces deinstitucionalizace již od šedesátých let minulého století, Česká republika spolu s dalšími postkomunistickými státy přistoupila k transformaci sociálních služeb se zpožděním několika desetiletí. V tehdejší Československu se mezi odborníky o potřebě změny nastavení systému péče o zdravotně postižené hovořilo již v osmdesátých letech, ale vzhledem ke komunistickému režimu se jí nikdy nepodařilo zrealizovat. Po změně režimu však odborná diskuse začala přinášet své ovoce a krátce po roce 1989 se nositeli procesu změny péče staly především nově vznikající neziskové organizace, které nejčastěji zakládali rodiče hendikepovaných dětí.

Velkokapacitní ústavy, jejichž historie sahá do devatenáctého století, začaly postupně doplňovat nové druhy služeb. Tyto služby se soustředily na to, aby hendikepovaní nemuseli kvůli svému postižení opouštět své přirozené prostředí. Zejména v severských zemích, jako je Švédsko, Velká Británie, lze nalézt příklady dobré praxe. Ale také v USA je transformace sociálních služeb legislativně ošetřena.

1. Dosavadní vývoj v časových bodech

- období před rokem 1989 – v zemích západní Evropy, se myšlenka, že hendikepovaní lidé mohou žít běžným životem a zejména v přirozeném období, objevuje od šedesátých let dvacátého století. V Československu žádný proces transformace sociálních služeb neexistuje
- rok 1989 – nově vznikající neziskové organizace jsou prvními nositeli transformace sociálních služeb, nejedná se však o současnou podobu transformace
- rok 2006 – na území České republiky vstupuje v platnost zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách.
- únor 2007 - Vláda ČR schválila „Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“. Její součástí je i pilotní projekt Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) Podpora transformace sociálních služeb
- únor 2009 - skupina nezávislých odborníků vypracovala zprávu pro Evropskou komisi o přechodu od institucionální péče na péči komunitní
- duben 2009 - zahájen pilotní projekt - Podpora transformace sociálních služeb
- listopad 2009 – ČR zveřejnila závazný dokument „Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče“, jehož cílem je nastavit jasný rámec transformace vybraných zařízení služeb sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů
- rok 2010 - ČR ratifikovala Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením.
- listopad 2010 - Evropská komise přijala „Evropskou strategii pro pomoc osobám se zdravotním postižením 2010-2020: Obnovený závazek pro bezbariérovou Evropu“, jejímž záměrem je posílit postavení osob s handicapem a zlepšit jejich situaci, a to především prostřednictvím provádění Úmluvy OSN.
- rok 2013 - ukončení pilotního projektu Podpora transformace sociálních služeb a zahájení projektu Transformace sociálních služeb.

3.6 Projekt Podpora transformace sociálních služeb

Projekt Podpora transformace sociálních služeb MPSV je součástí Koncepce podpory transformace a byl financován z Evropského sociálního fondu OPLZZ¹⁸ a prostřednictvím státního rozpočtu České republiky. Tento projekt navazoval na aktivity nestátních neziskových organizací a dle MPSV bylo jeho hlavním cílem podpořit transformaci služeb sociální péče, především na základě individuálních potřeb uživatelů a přispět tak k deinstitucionalizaci pobytových zařízení sociálních služeb v ČR. Projekt byl zahájen 1. dubna 2009 a byl ukončen 31. května 2013. Z evropských fondů a státního rozpočtu ČR bylo na tento projekt vyčleněno více než 136 milionů korun.

Do projektu Podpora transformace sociálních služeb bylo zapojeno 32 ústavních zařízení z celé České republiky, což představuje zapojení přibližně 3 800 lidí s postižením. S výjimkou Hlavního města Prahy spolupracují na projektu všechny kraje. Na procesu transformace se však podílejí i další instituce, jako je například Veřejný ochránce práv, který má na starosti metodiku poskytování sociálních služeb a rovněž kontrolu nad dodržováním práv klientů v pobytových sociálních službách. Rovněž také MŠMT ČR, které ve spolupráci s MPSV působí v oblasti procesu transformace péče o ohrožené děti. Důležitou roli hrají v oblasti transformace sociálních služeb rovněž samosprávy – tedy obce a kraje, které zřizují více než 85 % všech pobytových zařízení soc. péče v České republice. (18)

¹⁸ OPLZZ – Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost

3.7 Projekt Transformace sociálních služeb

Transformace sociálních služeb 2013 - 2015 je projekt, který je financován z prostředků Evropského sociálního fondu a ze státního rozpočtu České republiky a navazuje na projekt Podpora transformace sociálních služeb.

Projekt Transformace sociálních služeb je podpořen v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Tento projekt vytváří na nadnárodní úrovni prostředí pro transformaci pobytových zařízení sociálních služeb na služby komunitní. Komunitní služby mají, narozdíl od služeb pobytových zařízení, více podporovat jejich uživatele v zapojení do běžné společnosti a současně také na trh práce. Explicitně řečeno, jedná se o decentralizaci velkokapacitní ústavní péče do bydlení v běžném prostředí. Klienti ústavů sociální péče tak nadále nebudou žít v ústavech, ale budou implementováni do vlastních domácností, které budou představovat rodinné domy či byty. Základní charakteristikou tohoto typu bydlení je, že tyto domy nebo byty, budou lokalizovány v běžné městské zástavbě a nikoliv mimo ni, tak jak tomu zpravidla u velkokapacitních ústavů pro zdravotně postižené v současnosti bývá.

Je nutné zdůraznit, že se nejedná o zrušení péče o osoby se zdravotním (ať fyzickým, nebo mentálním) postižením, ale jde především o změnu ve způsobu poskytování péče. V západoevropských zemích je pojem “transformace sociálních služeb” již několik desetiletí pevně zakotven, zatímco v České republice je tento pojem poměrně nový. Projekt přispívá k naplnění Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy, která byla přijata usnesením vlády České republiky č. 127 ze dne 21. února 2007.

V současné době je do projektu Transformace sociálních služeb 2013 – 2015 zapojeno cca 40 organizací ze všech krajů České republiky. Projekt transformace sociálních služeb má přispět k začlenění osob s postižením (zdravotním, mentálním) do běžného života společnosti. Postižení mají s náležitou podporou žít v běžných domácnostech a převzít tak odpovědnost za svůj vlastní život: Mají zvládat péči nejen o svou vlastní osobu, ale současně také o svou domácnost stejně tak, jako to dělají lidé, kteří v ústavech nežijí. Naskytne se jim tak příležitost pěstovat své záliby, chodit do zaměstnání, stýkat se se svými přáteli z okolí. (19)

4 Analytická část

V této části práce bude proveden popis transformace sociálních služeb, který probíhá v rámci Karlovarského kraje. Rovněž bude provedena sonda do chodu takového zařízení za účelem zjištění jeho fungování. Pro zjištění postoje k mentálně postiženým osobám a k projektu Transformace sociálních služeb bude použita metoda interview a pro doplnění výsledků a získání uceleného pohledu metoda sběru dat prostřednictvím ankety.

4.1 Transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji

Rada Karlovarského kraje svým usnesením ze dne 1. února 2007 schválila, aby do projektu Transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji byla zařazena zařízení, která splňují kritéria pro vstup do projektu, jež byla stanovena Ministerstvem práce a sociálních věcí. Jedná se o následující zařízení:

- Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské
- Domov pro osoby se zdravotním postižením „PATA“ v Hazlově.

Prioritním cílem transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji je snižování kapacity a humanizace objektů, opouštění stávajících, dispozičně a lokačně nevyhovujících objektů a vytvoření sítě sociálních služeb v běžné komunitě. To umožní maximální individualizaci životů uživatelů sociálních služeb. Transformace však nemá mít pozitivní dopad pouze v oblasti sociálních služeb, ale předpokládá se rovněž přínos pro jednotlivé obce, do kterých budou nové sociální služby lokalizovány. Předpokládají se následující pozitiva:

- finanční pozitiva
 - a) zvýšení počtu obyvatel v obci a s tím spojené daňové výnosy,
 - b) možnost využívání investičních prostředků z EU,
 - c) zvýšení zaměstnanosti, případně vznik nových pracovních míst v obci,
- veřejné služby:
 - a) doplnění sítě sociálních služeb o chybějící služby pro obyvatele obce,
 - b) posílení možnosti rozvoje místních služeb,
- zajištění nových služeb:
 - a) možnost vybudování služby podpory samostatné bydlení a dalších terénních služeb (např. osobní asistence, pečovatelská služba) také pro obyvatele obce,

- b) možnost vybudování kapacity denního stacionáře také pro obyvatele obce,
 - c) naplňování poptávky rodin po sociálních službách v obci (např. rodinných příslušníků mladých lidí se zdravotním postižením),
- další:
 - a) pozitivní PR (zájem médií o obce)
 - b) zvýšení sociálního citění v obci a spolupráce na projektu rozvíjejícím komunitní život.

V rámci realizace projektu je samozřejmostí spolupráce Karlovarského kraje s dotčenými obcemi, která spočívá ve vyjednávání o možnostech nákupu nebo darování volných pozemků vhodných pro výstavbu domů, darování nebo nákupu bytů či domů, případně také vhodných objektů vhodných k rekonstrukci, ve kterých budou vznikat nové domácnosti pro klienty stávajících zařízení.

4.1.1 Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské

Historie sociálního zařízení v Mariánské sahá do roku 1962. Po roce 1958 se horníci z Jáchymovských dolů odstěhovali z Mariánské a jednotlivé domky, které dříve sloužily jako ubytovna a zázemí dolů byly využívány pro rekreační účely. V roce 1962 byl výnosem Okresního národního výboru Karlovy Vary zřízen Domov pro oligofrenní¹⁹ dívčí dorost a ženy. Do objektů bylo postupně nastěhováno 160 klientů, o které se staralo 45 zaměstnanců. Objekty byly až do roku 1982 udržovány zejména svépomocí, ale vzhledem k tomu, že již nebylo možné nadále prodlužovat jejich životnost, započala v tomto roce v těsné blízkosti výstavba nového zařízení, které mělo pavilonový charakter. V roce 1993 byla ukončena první etapa výstavby. Od roku 1992 byla v Domově zavedena pomocná škola pro mentálně postižené. O dva roky později proběhla kolaudace dalších prostor a kapacita lůžek byla navýšena ze 190 na 230. V roce 2003 se stal Domov příspěvkovou organizací, jehož zřizovatelem je Karlovarský kraj. V současné době je kapacita zařízení 180 lůžek.

¹⁹ Oligofrenie - porucha intelektu projevující se jeho nevratným snížením. Je vrozená, nebo způsobená organickým poškozením mozkové tkáně nebo příslušných buněk před a během početí, nebo během vývoje plodu.

4.1.2 Poslání domova v Mariánské

Posláním Domova pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské, které je pobytovým zařízením sociálních služeb Karlovarského kraje, je poskytovat lidem s mentálním a kombinovaným postižením služby, které jim umožní žít plnohodnotný život a podpoří je v rozvoji nebo upevnění jejich dovedností a schopností. DOZP²⁰ v Mariánské usiluje o to, aby klienti mohli rozhodovat o svém dalším životě a o zapojení do života společnosti i mimo Domov. Cílem domova v Mariánské je sociální začlenění uživatelů a předcházení jejich sociálnímu vyloučení. Domov si zakládá na individuálním přístupu ke každému uživateli, což musí být základem pro zjišťování jeho potřeb a přání a k postupné normalizaci a odstraňování jeho zdravotního omezení a rizik při začleňování. Tento individuální přístup je rovněž zakotven v etickém kodexu zaměstnance, který je uveden v příloze, stejně tak jako domovní řád zařízení²¹

Cílovou skupinou jsou osoby se zdravotním postižením (mentálním a kombinovaným) V domově je rovněž vykonávána ústavní výchova nebo předběžné opatření dle zvláštních právních předpisů, v těchto případech není stupeň závislosti rozhodující. Jedná se o osoby od 3 let včetně a výše.

4.1.3 Transformace DOZP v Mariánské

DOZP v Mariánské si jako hlavní prioritu vytýčil umožnit lidem s postižením žít v přirozeném prostředí, které co nejvíce koresponduje s životem v rodině dle přání a potřeb klientů, samozřejmě s ohledem na jejich tělesné a duševní schopnosti. V Domově probíhá deinstitucionalizace a transformace podle Transformačního plánu schváleného MPSV v I. polovině roku 2013.

Vizí DOZP je plán transformace zařízení, tedy opuštění stávajícího, nevyhovujícího, zařízení a to nejpozději do roku 2017. Zejména s ohledem na skutečnost, že stávající lokalita neumožňuje klientům kontakt s vrstevníky a znemožňuje možnost využívat běžné veřejné služby. Investiční část projektu transformace za využití finanční podpory z ERDF²² byla však pozastavena a v současné době neprobíhá.

Domov tak využil možnosti zapojení do individuálních projektů Karlovarského kraje. V rámci kterého byly dvě klientky přemístěny, pět klientek odešlo do Chráněného bydlení a 14 klientek se připravuje na odchod do sociální služby Podpora samostatného

²⁰ DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením

²¹ Příloha č. 3 – etický kodex zaměstnance, Příloha D – domovní řád zařízení

²² ERDF – Evropský fond regionálního rozvoje

bydlení. Ke dni 1. 1. 2015 dochází k provedení změny Transformačního plánu s ohledem na probíhající změny v domově. (20)

4.1.4 Domov pro osoby se zdravotním postižením „PATA“ v Hazlově

Budovy DOZP PATA dříve sloužily k vojenským účelům a až do okupace Československa Sovětskou armádou vlastnili areál čeští pohraničníci. Po té byl areál využíván sovětskou armádou. Po jejich odchodu byly budovy upraveny a začaly sloužit potřebám sociálních služeb. V roce 1994 byla dokončena rekonstrukce budov a po jejich kolaudaci byly předány do užívání osobám se zdravotním postižením. Do domova byli nastěhováni muži z Hranic u Aše a část žen ze zařízení v Mnichově. Jako jedno z mála zařízení je koedukované. Zařízení umožňuje bydlení partnerským dvojicím v bytových jednotkách, které se nacházejí mimo hlavní budovu, konkrétně v panelovém domě, který je situován ve spodní části areálu.

4.1.5 Poslání DOZP PATA

Hlavním posláním DOZP PATA je poskytování služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., tedy poskytování podpory a pomoci osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. Současně poskytuje pobytové služby v chráněném bydlení, které má skupinovou či individuální formu. Dále pak poskytuje ubytování, stravy či pomoci při zajištění stravy, pomoc při chodu domácnosti, při zvládání úkonů péče o vlastní osobu, ale rovněž také výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. V současné době využívá služeb DOZP 103 uživatelů, přičemž kapacita zařízení je 110, rozhodnutím Rady Karlovarského kraje bylo zastaveno přijímání nových žádostí o přijetí do DOZP.

4.1.6 Poskytované služby DOZP PATA

Mezi základní poskytované služby DOZP patří poskytování stravování, včetně dietního, praní prádla a zdravotní péče. Dále se jedná o duchovní služby, podporu při provádění zájmové činnosti, kulturní či sportovní akce. Mimo areál se DOZP snaží integrovat své klienty v co možná nejvyšší míře mezi ostatní obyvatelstvo prostřednictvím zajišťování kulturních akcí, kterými jsou například divadelní představení, výstavy, taneční zábavy, koncerty, sportovní akce pořádané jinými organizacemi. V neposlední řadě se jedná o jedno, ale i vícedenní výlety, které jsou zpravidla hrazeny ze sponzorských příspěvků. Ceník za poskytované služby je uveden v příloze.²³

²³ Příloha č. 4 – Směrnice č. 02/2012 – úhrada za poskytované sociální služby

4.1.7 Transformace DOZP PATA v Hazlově

Pro DOZP PATA je plánované úplné opuštění stávajícího velkokapacitního objektu. Ve třech na sebe navazujících etapách probíhá budování nových domácností, které budou sloužit stávajícím uživatelům. Nové domácnosti vznikají v rámci stávající sociální služby, jež současně vytváří nové sociální služby, a to domov se zvláštním režimem a chráněné bydlení pro stávající uživatele. Uživatelé, kteří nespĺňují kritéria stanovená pro cílovou skupinu sociální služby DOZP tak budou uživateli nově se registrujících služeb – domova se zvláštním režimem chráněného bydlení. Těmito kroky současně dojde k naplňování cílů komunitního plánování v Karlovarském kraji, tedy k rozšiřování sociálních služeb, jako jsou například sociálně terapeutické dílny a sociální rehabilitace.

Jak bylo uvedeno výše transformace DOZP PATA probíhá ve třech etapách. V rámci první etapy byla naplánována a následně zrealizována výstavba tří rodinných domů v ulici Jiráskova v Aši, pro jejich výstavbu Karlovarský kraj od města Aš pozemky zakoupil, zde se má jednat o tři skupinové domácnosti pro 18 uživatelů (náklady na vybudování těchto rodinných domů dosáhly necelých 30 milionů Kč), dále rekonstrukce bytové jednotky v panelovém domě v Sibiřské ulici v Aši – domácnosti pro 3 uživatele, rekonstrukce budovy Krajského dětského domova pro děti do 3 let v Neumannově ulici v Aši – dvě skupinové domácnosti pro 12 uživatelů, zázemí pro management a pro návazné služby, které bude poskytovat externí subjekt. Výstavba rodinného domu ve Všeřdově ulici pro dvě individuální domácnosti – partnerské páry, nákup a dostavba rodinného domu v obci Krásná – domácnost pro čtyři uživatele.

V druhé etapě dochází k výstavbě rodinného domu v ul. Nedbalova rovněž v Aši – vznik dvou individuálních domácností pro 2 + 2 uživatele, dále výstavba dvou rodinných domů v obci Skalná, výstavba tří rodinných domů v obci Hazlov, rekonstrukce dvou bytů v Aši. Ve třetí etapě vzniká služba chráněného bydlení pro devět uživatelů.

Zázemí pro management je plánováno vybudovat, s ohledem na dostupnost všech nově vzniklých domácností, v budově bývalého Krajského dětského domova v Neumannově ulici v Aši. V souvislosti s probíhající transformací budou rovněž vznikat nová pracovní místa. K zajištění chodu nově vzniklých domácností je počítáno s téměř stovkou pracovních pozic. Nutno podotknout, že předpokládané roční náklady na provoz nově vzniklých domácností a služeb je odhadován na částku přibližně 41 400 000,-- Kč, což představuje oproti stávajícímu stavu nárůst téměř o 9,5 milionu korun.

Přestěhováním uživatelů do zrekonstruovaných či nově vystavěných objektů dojde ke zkvalitnění poskytovaných sociálních služeb. Zejména bude zabezpečena integrace uživatelů do společenského prostředí, bude lépe zajištěno právo klientů na soukromí, na důstojný a kvalitní život a život uživatelů se tak přiblíží podmínkám života jejich vrstevníků. (21)

4.2 Sonda do chodu zařízení sociální péče

Za účelem zajištění podkladů ke zpracování praktické části této práce bylo rovněž uskutečněno několik návštěv v zařízeních, která poskytují sociální péči zdravotně postiženým osobám. Vzhledem k tomu, že v zařízeních o kterých je pojednáváno výše, je péče poskytována zejména osobám starším 18 let, byla pro porovnání jedna z takovýchto návštěv uskutečněna rovněž v zařízení, ve kterém jsou umístěny i osoby mladší. Záměrem návštěv bylo poznání prostředí poskytující sociální služby, zjištění jejich chodu, ale také rozhovor se zaměstnanci, který byl zaměřen na pohled zaměstnanců na chod zařízení. Rovněž na chování klientů ať už nových nebo stávajících, na práci s klienty atd. A v neposlední řadě také zjištění názoru na probíhající transformaci sociálních služeb.

Ke zjištění názoru týkajícího se vnímání zdravotně postižených a zejména názoru na probíhající transformaci sociálních služeb v Karlovarském kraji (zejména na Ašsku, kam je soustředěna převážná část nově budovaných domácností) bylo využito formy ankety.²⁴

4.2.1 Chod zařízení poskytujících sociální péči a jejich prostředí

Především díky ochotě vedení, ale i zaměstnanců zařízení, bylo možno kompletně prohlédnout veškeré prostory, které mají ústavy k dispozici. Je nutné podotknout, že současná zařízení prakticky ničím (samozřejmě až na zdravotní úsek) nepřipomínají vzhled nemocnice. K podrobnějšímu seznámení s ústavním prostředím byl vybrán Domov pro osoby se zdravotním postižením PATA v Hazlově. Toto zařízení se skládá z jedné centrální budovy a jednoho dvoupatrového panelového domu, který disponuje dvěma vchody. Při vstupu do centrální budovy je možno nabýt dojmu, že nevcházíme do zařízení, které poskytuje sociální služby, ale spíše do „rodinného penzionu“. Vstupní prostor je vyzdobený výtvarnými předměty, které vyrobili klienti, chodby jsou vymalované příjemnými barvami, na zdech visí obrazy. V přízemí hlavní budovy je mimo vedení situován rovněž zdravotní úsek a lůžková část pro imobilní klienty, dále také společenská místnost a sociální zařízení, které je zcela bezbariérové.

Klienti mají možnost si zařizovat své pokoje dle vlastních požadavků. V panelovém domě, ve kterém žijí zejména manželské či partnerské páry, disponují bytovými jednotkami o velikosti 2+1, každý byt zpravidla obývají dva páry a každý pár obývá jeden pokoj, sociální zařízení a kuchyň jsou společné. Pokoje jsou rovněž zařízené dle přání klientů, nechybí v nich tak například obývací stěna, televize, DVD přehrávač, rádio a další

²⁴ Příloha č. 5 - Anketa

elektrozařízení. Některé páry mají dokonce domácího mazlíčka, zpravidla se jedná o kočku či andulku. Pokoje na první pohled působí velice útulně a jsou bezvadně uklizené, což vykazuje, že klienti si možnosti žít v takovémto prostředí velmi váží. Nutno poznamenat, že z bezpečnostních důvodů však musely být z kuchyní odstraněny elektrické sporáky.

Stravování klientů je zajišťováno v jídelně, která se nachází v hlavní budově, dle vyvšeného jídelníčku. Příprava jídelníčku probíhá za přispění klientů. Samozřejmostí jsou i dietní pokrmy, které odpovídají individuálním potřebám jednotlivých klientů. Praní prádla je zajišťováno v prádelně, která je umístěna v suterénu panelového domu. Pokud klienti chtějí, mohou docházet do prádelny na výpomoc, čímž si osvojují různé návyky, jako je například věšení prádla, jeho žehlení, ale také drobné zašívání atd.

Denní režim zařízení je zpravidla uzpůsobován s ohledem na stupeň zdravotního postižení klienta, obecně je však možno denní režim vymezit takto:

- 07:00 – 07:30 vstávání
- 07:30 – 08:00 hygiena
- 08:00 – 08:45 podávání léků, snídaně
- 09:45 – 12:00 úklid pokojů, káva, svačina, rehabilitace, výchovná či pracovní činnost, příprava na oběd
- 12:00 – 13:00 oběd
- 13:00 – 14:00 polední klid
- 14:00 – 17:00 organizované volno, zájmová činnost, svačina...
- 17:00 – 18:00 podávání léků, večeře
- 18:00 – 21:30 individuální činnost, hygiena
- 21:30 – 07:00 noční klid

V zařízeních, která poskytují péči osobám s povinnou školní docházkou, je denní režim upraven s ohledem na dobu vyučování, která zpravidla probíhá v době od 08:00 do 14:00.

Ve výchovné a pracovní činnosti je klientům nabízeno množství různorodých prací, ze kterých si klient může, ale samozřejmě také nemusí, vybrat. Klienti nejsou povinni pracovat, avšak důvodem, proč zaměstnanci zařízení vyžadují, aby klienti vykonávali nějakou činnost (například hrabali listí), není ulehčení práce zaměstnance, který je k této činnosti kompetentní: Je to z důvodu, aby klient zůstal co možná nejdéle dobu mobilní. Mentální postižení totiž také ve většině případů provází i tělesné postižení a mobilita

klienta je důležitá nejen pro zařízení samotné, ale především pro klienta. Důvodem však není jen mobilita klienta, ale také jeho osobní rozvoj nebo alespoň udržení získaných návyků. Obecně totiž platí, že člověk, který dlouhou dobu neprovádí žádnou činnost, zleniví, zakrní a ztrácí své návyky. Dalo by se říci, že u osob s mentálním postižením toto pravidlo platí dvojnásobně. Do pracovní činnosti také patří práce v chráněné dílně, úklid pokojů a venkovních prostor, jako je již zmiňované hrabání listí nebo například úklid sněhu, v létě pak sběr lesních plodů atd. V neposlední řadě do denního režimu klientů spadá i rehabilitace, kterou může být například hipoterapie, arteterapie²⁵, muzikoterapie či canisterapie²⁶.

4.2.2 Kulturní vyžití

Vyžití klientů je skutečně velmi pestré. Oprostité-li se od tradičního vysvětlení pojmu „kulturní akce“, kterým jsou zpravidla rozuměny návštěvy koncertů, oper, divadelních představení aj., jsou klienty vítány jakékoli příležitosti k setkání. Pomineme-li oslavy tradičních svátků, jsou v zařízeních slaveny i různé neoficiální svátky, kterými jsou pro klienty například první jarní den, masopust a bez ohledu na věk klienta je rovněž slaven i Den dětí.

Příjemným zpestřením života v zařízení je pro klienty i možnost návštěvy akcí, které jsou pořádány v jiných ústavech, či jiném prostředí. Jsou také pořádány výměnné pobyty mezi ústavami a různými sportovními kláními. Abychom ovšem neopomněli klasický výklad slova „kulturní akce“, pak ani účast na těchto není výjimkou.

Nepříjemným faktorem, jež ovlivňuje množství pořádaných akcí, jsou zejména finance, kterých často nebývá nazbyt. Financování takovýchto činností probíhá zejména ze sponzorských darů.

²⁵ Arteterapie – léčba malováním

²⁶ Canisterapie – léčba za pomoci psů

4.3 Rozhovor se zaměstnanci

Součástí návštěv sociálních zařízení byl rovněž volný rozhovor se zaměstnanci. Tento byl veden za účelem zjištění jejich osobního pohledu na chod ústavu, zhodnocení práce s klienty, jejich chování atd. Odpovědi na otázky byly následně sumarizovány. V úvodu byly zaměstnancům položeny otázky týkající se jejich věku, přibližné doby, po kterou jsou v zařízení zaměstnáni, jejich původního povolání. Rozhovor s každým zaměstnancem trval přibližně dvacet minut, všem dotazovaným byly položeny stejné otázky, které byly případně doplněny doplňující podotázkou. Rozhovory probíhaly zejména na zdravotním úseku, ale rovněž také na úseku sociální péče – tedy se sociálními či klíčovými pracovníky. Celkem poskytlo rozhovor 15 zaměstnanců.

Zajímavým faktem je, že většinu zaměstnanců v navštívených ústavech tvoří ženy. Muži tvoří část spíše sporadickou, a to i přesto, že v těchto zařízeních nebývá agresivita klientů zcela ojedinělá. S ohledem na to by byla větší zaměstnanost mužů žádoucí. Tento stav je zřejmě vyvoláno větší empatií žen a jejich lepší schopností pečovat o druhé. Průměrný věk zaměstnanců se pohybuje v rozmezí 40 – 45 let a doba, po kterou jsou v zařízení zaměstnáni, činí přibližně 10 let. Zajímavá je rovněž skutečnost, že zaměstnanců, kteří mají původní povolání sociálního pracovníka je minimum. Většina pracovníků je původní profesí například dělník, prodavač/ka či státní zaměstnanec. Výjimku samozřejmě tvoří zdravotní úsek, na kterém pracují zdravotní sestry s příslušným vzděláním. Nutno ale podotknout, že všichni zaměstnanci splňují zákonnou povinnost absolvování akreditovaných kurzů pro výkon zaměstnání v ústavech sociální péče. Na otázku, zda jsou zaměstnanci se svou současnou pracovní pozicí spokojeni, byla odpověď ve většině případů pozitivní. Záporná odpověď představovala přibližně necelá jedna třetina odpovědí.

4.3.1 Nově příchozí klient a chování klientů

Další skupina otázek byla cílena na zkušenosti s klienty, kteří nově přicházejí do zařízení a současně na chování klientů, jak nových, tak stávajících. V tomto okruhu byly položeny otázky: Jak se chová klient, který nově přichází do zařízení? Jak ho přijímají ostatní klienti? Jak probíhá adaptace klienta v novém prostředí? Je patrný rozdíl v tom, z jakého prostředí klient přichází (domácí prostředí/ústavní prostředí)?

Odpovědi na otázky týkající se nově příchozích klientů nebylo možné jednoznačně sumarizovat, a to především z důvodu individuality každého nového klienta. Všichni

zaměstnanci se shodli, že velice záleží především na tom, z jakého prostředí klient do zařízení přichází a také na tom, jaké má osobní vlastnosti. Je však možné říci, že největší problém s adaptací na ústavní režim mají klienti, kteří do zařízení přicházejí z domácího prostředí (nejčastěji to bývá z důvodu stáří či úmrtí jejich rodičů, kteří se o ně doposud starali). Podstatně lépe se do chodu zařízení začleňují klienti, kteří byli před nástupem do nového zařízení umístěni v některém podobném zařízení, nebo alespoň navštěvovali zařízení, které funguje jako denní či týdenní stacionář. Vyskytují se ovšem i případy, kdy má klient s aklimatizací problém bez ohledu na to, zda byl předtím umístěn v jiném zařízení, nebo o něho bylo pečováno doma. Tuto skupinu nejčastěji zastupují osoby trpící autismem, kterým dělá změna prostředí, či změna režimu, zpravidla největší problém. V každém případě adaptace na nové zařízení a jeho režim vyžaduje u každého klienta svůj čas. Někteří nemají problém začít ihned komunikovat se svým okolím a být přátelští, jiní sice komunikují, ovšem jejich chování je spíše odtahité, jsou ale také takové případy, kdy se klient zcela uzavře do sebe a nekomunikuje vůbec s nikým. Tento postoj se samozřejmě odráží i v chování ostatních klientů, kteří adekvátně reagují na chování toho druhého.

Rovněž bylo zjišťováno s jakými základními schopnostmi a znalostmi klienti do zařízení zpravidla nastupují. Byly položeny otázky: S jakými znalostmi klient do zařízení přichází? Umí například číst? Má základní hygienické návyky? Zvládá se samostatně stravovat?

Ani v tomto případě není možné jasně specifikovat schopnosti, které ovládají všichni nově příchozí. Ve většině případů mají nově příchozí klienti základní hygienické či stravovací návyky, ovšem stává se, že v novém zařízení tyto návyky zpočátku odmítají uplatňovat. Někteří zvládají do jisté míry i čtení a psaní. Vyskytují se ovšem i takové případy, kdy klienti přicházejí prakticky bez jakýchkoliv návyků. Tuto skupinu představují zpravidla ti klienti, kteří byli svými rodiči zahrnuti přehnanou péčí a starostlivostí a nemuseli se tak o sebe starat vůbec. Aby byl tento stav u klienta setrvalý, je však v ústavním prostředí nepředstavitelný. Každý musí vykazovat určitý stupeň samostatnosti. Z tohoto důvodu jsou tito klienti vedeni ke zvládnutí minimálně stravovacích a hygienických návyků.

Jak bylo uvedeno výše, klienti jsou zpravidla přátelští a komunikativní. Prakticky s otevřenou náručí vítají každou příchozí osobu, chtějí si povídat, v některých případech se chtějí i obejmout. Často chtějí rovněž ukázat, jakým způsobem žijí, jaké mají v pokoji

vybavení, ale také co umí. Logickou otázkou tak bylo, zda a v jaké míře se u klientů vyskytuje agresivita? Jaké jsou osvědčené metody pro zvládnutí agrese? Disponuje Vaše zařízení klidovou místností?

Stejně tak jako mentálně zdravý člověk, dokáže být i mentálně postižený agresivní, avšak takoví jedinci svou agresivitu nedokáží adekvátně zvládat. Navíc v afektu agrese nabývají obrovské síly, která jim umožní ničit zařízení ústavu, nebo napadat ostatní klienty i personál. Agresivita klientů není pravidlem, ale čas od času se se záchvatem agrese setkal prakticky každý pracovník. Na dotaz, jaké jsou metody k úspěšnému zvládnutí agresivního klienta, převládala odpověď, že nejdůležitější je zůstat v klidu. Důvodem je, že dotyčný vycítí nervozitu či rozčilení přítomného pracovníka, což u něho dokáže podnítit ještě větší agresi. V některých případech se jako účinné rovněž jeví zvýšení hlasu (klienty, u kterých je možné tuto metodu aplikovat, již mají zaměstnanci z předchozích zkušeností vytipovány). U některých jedinců však zvýšení hlasu opět vyvolá gradaci agrese. Při slabších záchvatech vzteku bývá rovněž účinné si klienta nevsímat. V těchto případech totiž zpravidla nedochází k napadání klientů či zaměstnanců, ale pouze k hlasitým projevům a po chvíli se sám uklidní. Účinné rovněž bývá zavolat „na pomoc“ svého kolegu, ze kterého má klient přirozený respekt. V takovém případě bývá zklidnění takřka okamžité. Krajní možností bývá umístění klienta do klidové místnosti. Toto je uplatňováno výjimečně a jen při obzvláště silném průběhu agrese a po té, co všechny předchozí metody selhaly. Pro vysvětlení: Klidová místnost je prostor, který má polstrované všechny stěny a rovněž dveře. V případě, že má místnost okna, jsou tato opatřena speciální folií, která činí okno nerozbitným, či jsou vyplněna nerozbitným sklem. O umístění do klidové místnosti musí být veden zápis. Klient u sebe nesmí mít žádný předmět, který by mohl použít k sebepoškození a žádný takový předmět se nesmí nacházet ani v klidové místnosti, ta zpravidla bývá prázdná. Ne všechna zařízení jsou klidovou místností vybavena.

4.3.2 Vzdělávání klientů

V této oblasti byly položeny otázky týkající se dalšího vzdělávání klientů, jejich pracovních návyků. Zda jsou například zaměstnáváni mimo prostory zařízení, pokud ne, v čem spočívá jejich práce v prostředí zařízení, atd.

Vzdělávání je v tomto kontextu nutno chápat poněkud v širším slova smyslu a není možné jej vykládat tradičně. Tedy nikoliv jako vzdělávání v oblastech, kterými jsou například matematika, fyzika, český jazyk atd., ale spíše jako učení již zmíněným

hygienickým a společenským návykům, či jak se adekvátně obléknout vzhledem k počasí, nebo jak udržovat pořádek ve svém pokoji. V neposlední řadě jsou klienti také vedeni k plnění svých povinností.

Jednou z takových povinností je například zaměstnání. Ústavy se maximálně snaží nalézt pro své klienty adekvátní zaměstnání. Většinou se jedná o práci v chráněných dílnách nebo u externích zaměstnavatelů, kteří vytvářejí pro zdravotně postižené pracovní pozice. V některých případech také zařízení poskytující sociální péči spolupracují s přílehlými městy, která klienty zaměstnávají například při úklidu městských komunikací (chodníků) nebo parků. V takových případech probíhají práce skupinově, vždy za přítomnosti pracovníka, který na vykonávanou práci nejen dohlíží, ale často také práci vykonává s nimi. Toto je pro motivaci klientů velice důležité. Vidí-li, že pracovník, který na jejich práci dohlíží, se sám do aktivity nezapojí, odmítají rovněž pracovat. V případě, že není možné nalézt pro klienta adekvátní zaměstnání, je využíváno prostředí zařízení, jako jsou například prádelna (jak bylo uvedeno výše), či vlastních dílna nebo zahrada. Klienti obecně sami práci dobrovolně nevyhledávají a tak je jim nabízena volba, jaké činnosti by chtěli ten který den vykonávat.

Nezbytné je poznamenat, že klienti nesmí být do práce nuceni a mají právo odmítnout pracovat²⁷. Pravdou zůstává, že tato možnost není zaměstnanci příliš kvitována. Někteří klienti toto své právo zneužívají. A jak bylo uvedeno shora, pro zařízení je velice důležité, aby klient jakkoliv pracoval a to především z důvodu setrvání jeho mobility. Otázka, která se v souvislosti s dalším vzděláváním klienta nabízela byla, zda jsou zaměstnanci přesvědčeni, že je u mentálně postižených možné zajistit jejich další vzdělávání. Zde se zaměstnanci shodují, že vždy existuje prostor k dalšímu, byť nepatrnému vzdělávání.

4.3.3 Klecová lůžka

Předposlední otázka směřovaná zaměstnancům zařízení poskytující sociální služby se týkala kontroverzního používání klecových, síťových lůžek, nebo lůžek s postranicemi. Otázka na praktikování takového lůžka byla zvolena s ohledem na kritiku, kterou proti používání uvedených lůžek v České republice namířila britská spisovatelka Joanne Rowling ve spojení s omezováním lidských práv.

²⁷ Před rokem 1989 byla oproti současnosti ergoterapie – léčba prací povinná.

Dle evidence Ministerstva práce a sociálních věcí bylo v České republice v roce 2004 evidováno 654 klecových lůžek. Od té doby došlo ke značnému poklesu počtu těchto lůžek. Dle zprávy MDAC²⁸ bylo v roce 2012 v 17 zařízeních napočítáno 120 klecových lůžek, přičemž metodický pokyn Ministerstva zdravotnictví z roku 2004 skončil možnost využívání kovových klecových lůžek ve všech zařízeních. Zatímco Zákon o sociálních službách z roku 2006 vykázal klecová lůžka ze zařízení sociální péče. Zákon o zdravotních službách z roku 2011 (č. 372/2011) umožnil využívání těchto lůžek ve zdravotnických zařízeních (22). Více o klecových lůžkách je možné se dočíst v elektronickém dokumentu MDAC.

Vzhledem k tomu, že v domově PATA v Hazlově nikdy nebylo disponováno klecovými lůžky, byly pro osvětlení otázky těchto lůžek vzneseny dotazy na zaměstnance ústavu sociální péče v Žatci, Kamarád LORM, kde využívají postelových postranic, které jsou rovněž zakázané. Zaměstnancům byla položena otázka: V některých pramenech je uváděno, že klecová lůžka sloužila zejména k trestání klientů, domníváte se, že k tomu skutečně docházelo? Proč se vlastně klecová lůžka používají?

Zaměstnanci nebyli schopni zhodnotit, zda někdy docházelo ke zneužívání klecových či síťových lůžek k trestání klientů, avšak všichni se shodli na skutečnosti, že taková lůžka byla zpravidla používána především z bezpečnostních důvodů stejně tak, jak je tomu v současnosti při používání lůžek s postranicemi. Lůžka pro klienty, kteří jsou upoutáni na lůžko (laicky označováni jako „ležáci“), jsou pro jejich lepší obslužnost personálem poměrně vysoká, což umožňuje snadnější „manipulaci“ s klientem. U těchto klientů hrozí bez použití postranic jejich pád a s ním samozřejmě spojené zranění. Zákaz používání postranic je řešen tak, že rodiče, opatrovníci či klienti mají možnost podat žádost o používání postelových postranic jako prostředku zabráňujícímu úrazu následkem pádu z postele.

4.3.4 Názor zaměstnanců na transformaci sociálních služeb

Poslední otázka, která byla zaměstnancům položena, se týkala jejich osobního názoru na probíhající transformaci zařízení sociálních služeb. Získat odpovědi nebylo zcela jednoduché, protože se zaměstnanci, více či méně, nechtěli k tomuto tématu přímo vyjadřovat. Nakonec ale s odpověďmi souhlasili. Byly položeny otázky: Souhlasíte s transformací sociálních služeb? Jaká úskalí spatřujete v probíhající transformaci? Myslíte

²⁸ MDAC - Mezinárodní Centrum advokacie duševně postižených

si, že by transformace měla probíhat jinak? Jak? Co podle Vás hrozí klientům, kteří budou žít v samostatných domácnostech, představuje to pro ně nějaké riziko? Zaznamenali jste nějaké problémy u již „transformovaných“ klientů?

Obecně lze říci, že zaměstnanci nejsou zásadně proti probíhající transformaci, avšak mají k ní určité výhrady. Zásadní problém spatřují ve skutečnosti, že do procesu transformace byli zařazeni všichni klienti a to bez ohledu na jejich věk, diagnózu, schopnosti, dovednosti či mobilitu. Do transformace jsou tak zařazeni klienti trpící schizofrenií a také osoby v pokročilém věku. Zaměstnanci by se spíše přikláněli k částečné transformaci vybraných klientů. Mělo by se jednat zejména o takové klienty, kteří jsou mladší, mobilnější a samostatnější. Obecně by se pak přikláněli spíše k variantě, aby se s transformací začalo u klientů, kteří jsou mladí a snáze se přizpůsobují změnám a samozřejmě se i lépe učí zvládat různé úkony, které samostatný život a vedení domácnosti vyžaduje. Rozhodně by pak uvítali, kdyby byl proces transformace brán z dlouhodobějšího hlediska a nikoli tak, jak je řešen v současnosti – tedy v průběhu pouhých dvou let. Rovněž si „stěžují“ na horší organizaci práce s klienty a to především vzhledem k roztržitosti domácností. Někteří zaměstnanci během své pracovní doby „navštíví“ například i tři různé domácnosti, s čímž jsou samozřejmě rovněž spojeny i vyšší náklady právě na přepravu mezi jednotlivými byty či domy.

Jako velmi problematický označují fakt, že byly zrušeny noční služby u klientů. Vzniká zde obava, že se klient v noci někam vydá a ztratí se, což by i vzhledem k blízkosti státních hranic nebylo jistě nic příjemného. Rovněž se již setkali s případem, kdy klient po odchodu klíčového pracovníka, který je měl přes den na starosti, zpanikařil a přestříhl přívodní kabel k televizi, což jej mohlo ohrozit na životě. Ztížený bude rovněž i dozor nad užíváním léků.

Neméně závažné je i to, že klienti jsou důvěřiví a nemají zábrany pozvat do svého bytu úplně cizího člověka. Zde vzniká obava z možného přepadání klientů, vyloupení jejich domácnosti atd. Ve většině případů také nedokáží hospodařit s penězi a veškeré své „kapesné“ jsou schopni utratit během jediné návštěvy obchodu, a to převážně za věci, které nepotřebují nebo nevyužijí.

Někteří zaměstnanci se rovněž svěřili, že již zaznamenali i stížnosti občanů, kteří žijí s klienty v jednom panelovém domě. Zejména se jedná o stížnosti na hluk, který způsobovala hluchoněmá klientka, která se rozhodla v časných ranních hodinách přesouvat

v bytě nábytek, či sledovat televizi, kterou měla puštěnou na nejvyšší možnou hlasitost. Bohužel již byly zaznamenány i problémy s alkoholem, který si klienti zakoupili a pod jehož vlivem se následně zranili pádem. V neposlední řadě se vyskytl problém, kdy klienti striktně odmítají přítomnost jakéhokoli pracovníka ve své domácnosti, nebo si vybírají, který zaměstnanec k nim do bytu může a který nikoliv.

Lze tedy shrnout, že zaměstnanci ústavů jsou probíhající transformaci víceméně naklonění, ale s ohledem na své dlouholeté zkušenosti v oblasti péče o mentálně postižené se domnívají, že proces transformace by měl probíhat mnohem pozvolněji a s důkladnějším výběrem klientů. Zajímavá myšlenka, která zazněla, byla uskutečnit tzv. „zkušební transformaci“. Do této by bylo zařazeno několik skupin klientů v různém věkovém rozpětí a rovněž s různým druhem postižení. Transformace těchto „testovacích“ skupin by byla pozorována, například po dobu dvou let. Po této době by došlo k vyhodnocení průběhu transformace a bylo by zhodnoceno, která věková skupina s určitým druhem postižení se nejlépe adaptovala na život v běžné populaci. Naopak by bylo vypořádáno, u kterých skupin a u jakého druhu postižení je transformace problematická, avšak stále možná, a u které je transformace vyloučena.

4.4 Interview

S ohledem na určitý stupeň citlivosti zkoumaného tématu bylo jako metoda sběru dat zvoleno interview. To je řazeno mezi metody, jejichž prostřednictvím je prováděn kvalitativní výzkum. Účelem vedení interview bylo zjistit, jak osoby, které jsou v oblasti péče o mentálně postižené určitým způsobem zainteresované, vnímají mentálně postižené, jak nahlíží na projekt Transformace sociálních služeb a na samotnou integraci osob s mentálním postižením do společnosti. Záměrně však nebyli voleni takoví respondenti, kteří na procesu transformace přímo participují. Rozhovoru se zúčastnilo pět žen a dva muži.

Základem pro vedení interview bylo sestavení scénáře. Ten představuje seznam identifikačních, základních a doplňujících otázek, které byly následně při vedení jednotlivých rozhovorů doplněny o tzv. sondy. Ty slouží k získávání dodatečných informací, či k upřesnění jednotlivých získaných odpovědí. Samotný scénář byl rozdělen do tří samostatných kategorií. První kategorie byla zaměřena na vnímání mentálně postižených osob a ústavní zařízení. Druhá kategorie zkoumala postoj k projektu „Transformace sociálních služeb“ a budování nových domácností pro osoby s mentálním postižením. Poslední, třetí kategorií, byl zjišťován názor na integraci osob s tímto druhem postižení do běžné společnosti. Každá kategorie obsahovala 3 – 5 doplňujících otázek, které se k příslušné kategorii váží. Rozsah scénáře interview představoval 5 stran A4.

Před samotným zahájením interview byly za účelem odhalení chyb, či špatně formulovaných otázek, provedeny dva zkušební rozhovory. Tyto byly vedeny s osobami, které mají s péčí o mentálně postižené osoby dlouholeté zkušenosti a aktivně se podílejí na realizaci výše uvedeného projektu. Po následné korekci otázek bylo přikročeno k vedení jednotlivých rozhovorů. Scénář interview je uveden v příloze č. 6.

Před zahájením každého rozhovoru proběhlo představení tazatele. Respondentům byl vysvětlen účel prováděného rozhovoru a důvod, proč bude interview vedeno právě s nimi. Rovněž byli informováni o předpokládané délce rozhovoru. Současně byli respondenti požádáni o souhlas se zapisováním odpovědí do počítače. Dále bylo respondentům vysvětleno, že je možné, že mu některé otázky mohou připadat těžce zodpověditelné či nesrozumitelné. V takovýchto případech má možnost se na cokoliv zeptat, či požádat o čas na rozmyšlenou. Ačkoli rozhovor vyžadoval zaznamenání odpovědí na identifikační otázky, byli respondenti ujištěni, že tato data zůstanou v práci utajena a jejich osoba bude

ve výstupu zastoupena příslušným symbolem. Díky tomuto označení nebude možné provést jejich přesnou identifikaci.

Každému respondentovi byly položeny všechny otázky v přesném pořadí dle připraveného scénáře. Délka interview trvala v rozmezí padesáti minut až jedné hodiny. Rozhovor byl veden celkem se sedmi respondenty, jejichž základní charakteristiky jsou uvedeny v tabulce č. 5.

Tabulka 5 Seznam respondentů

Respondent	Věk	Pohlaví	Vzdělání	Zaměstnání
1	36	žena	vysokoškolské	vedoucí odboru sociálních věcí
2	46	žena	vysokoškolské	vedoucí zařízení poskyt. sociální služby
3	40	žena	středoškolské	zdravotní sestra
4	65	žena	středoškolské	důchodce; bývalá ředitelka zařízení poskyt. sociální služby
5	45	muž	středoškolské	klíčový pracovník
6	37	muž	vysokoškolské	vychovatel
7	42	žena	středoškolské	osobní asistentka pro mentálně postižené

Zdroj: vlastní zpracování

Sumarizace odpovědí pro jednotlivé kategorie a jednotlivé doplňující otázky jsou uvedeny níže.

4.4.1 Kategorie č. 1 – Mentálně postižené osoby, ústavní zařízení

Tato kategorie otázek byla primárně zaměřena na vnímání mentálně postižených osob, na pocity, které respondenti mají při kontaktu s těmito osobami. Dále na umístění osob s tímto druhem postižením do zařízení, která poskytují sociální služby. V neposlední řadě na názor týkající se financování těchto zařízení. Kategorie obsahovala 3 základní otázky a každá otázka byla rozšířena o otázky doplňující, závěry z rozhovorů jsou vyvozeny níže.

1. Základní otázka č. 1 – Můžete mi prosím říci, jak vnímáte mentálně postižené osoby?

Ačkoli všichni uvedení respondenti jsou prostřednictvím své profese často v kontaktu s mentálně postiženými lidmi, činila některým odpověď na tuto otázku z počátku určitý problém. Nevěděli jak svou odpověď zformulovat, proto ve většině případů požádali o čas na rozmyšlenou a následně svou odpověď zformulovali.

Obecně je možné říci, že jsou mentálně postižené osoby přijímány jako běžná součást populace. Nikdo nezastává názor, že by snad měly být z běžné společnosti separovány. Osoby s tímto druhem postižení jsou hodnoceny jako „normální lidé“, kteří jsou jen v důsledku své nemoci uvězněni ve svém vlastním světě. Tento svět však může být svým způsobem krásnější, než běžný svět každého z nás. Toto je možné deklarovat odpověďmi jednotlivých respondentů, které se nejčastěji opakovaly:

R1: *„Na to se těžko odpovídá, ale asi bych řekla - respektuji je a uznávám jako součást společnosti“*

R2: *„Vnímám je jako součást naší společnosti s ohledem na skutečnost, že v rodině máme mentálně postiženou osobu. Vůči těmto osobám nemám vůbec žádné předsudky, necítím ani žádnou lítost když jsem s nimi v kontaktu, zkrátka je беру takové, jací jsou. Vím, že mají vlastní svět, ale to jsou prostě oni a někdy je ten jejich svět vlastně krásnější“*

R5: *„Respektuji je, jsou, jsou to lidé jako my, jen duševně nemocní, jednoduše jsou součástí naší společnosti“*

Za problematické v oblasti vnímání mentálně postižených je možné označit určitou míru neznalosti jejich problematiky. Lidé často nevědí, jak se v přítomnosti osob s tímto zdravotním hendikepem chovat, jaké reakce očekávat. Často se projevuje strach z kontaktu s těmito osobami. Někdy panuje i mylná představa o obecné agresivitě mentálně postižených. Na tomto se rovněž shodují jednotliví respondenti. Ti uváděli, že zejména v počátcích své kariéry měli určité obavy. Nikdy se například neotáčeli k mentálně postiženému zády ze strachu, že by mohlo dojít k napadení. Nevěděli jak s takovým člověkem mluvit, co si mohou a nemohou dovolit, aby nevyprovokovali nečekanou reakci. Respondentka č. 2 na doplňující otázku: *Měla jste při kontaktu s mentálně postiženým nějaké obavy?*, odpověděla: *„Měla, z neznáma, z jejich reakce, nikdy jsem se neotáčela zády, měla jsem strach, že mi něco udělají. Nyní už však vím, jak reagovat, jak se chovat. Musíte s nimi jednat jako s každým jiným, jen s větší trpělivostí, musíte proniknout do jejich světa, nakonec zjistíte, že být s nimi v kontaktu je vlastně příjemné, oni se dokáží radovat vlastně ze všeho a tu svou radost a dobrou náladu, no to je prostě nakažlivé“*

Klíčem ke zlepšení vnímání mentálně postižených je v každém případě informovanost, která je bohužel v této oblasti nedostatečná. Nejedná se však jen o holé poskytnutí informací, je nutné i zprostředkovat setkání s těmito lidmi a prolomit tak bariéry, které mezi zdravými a mentálně postiženými lidmi jsou. Toto tvrzení podpořili

svými odpověďmi i respondenti, když na otázku: Myslíte si, že je pro veřejnost dostupné dostatečné množství informací o mentálně postižených?, odpovídali:

R1: *„To si myslím, že ne“* a na doplňující otázku, které informace například chybí, odpověděla: *„Tak například chybí informací o těch lidech vůbec, co jejich nemoc znamená, jak se chovají, co potřebují, že jsou to v podstatě normální lidi, jen ve svém světě“*

R4: *„No víte, ony ty informace jsou, asi ne tolik, kolik by jich bylo zapotřebí, ale nikdo je nehledá, nikomu nejsou podsouvány, a to je si myslím ten hlavní problém, na který tu narážíme. Lidi tak nějak obecně ví, co znamená mentálně postižený a říkají jim mentálové, blázni a tak dále, ale ve skutečnosti asi ani neví, jací ti lidé jsou, co mají vlastně za problémy, jak se projevují a tak a proto z nich mají strach, proto se jim vyhýbají a proto je obecně odmítají, alespoň tak to vnímám já.“*

R7: *„To rozhodně není a osobně jsem přesvědčená, že kdyby se zvýšila informovanost, tak by lidé vnímali mentálně postižené úplně jinak, ale na to nestačí jenom nějaké články nebo internetové blogy, to chce se s těmi lidmi setkat, být s nimi a vnímat je, prožít s nimi nějaký čas... Pak se přestanete bát a řeknete si...no vždyť oni jsou vlastně v pohodě“*

2. Základní otázka č. 2: Jaký máte názor na umíst'ování mentálně postižených do ústavních zařízení?

Na správnost či nesprávnost umíst'ování osob s tímto hendikepem do zařízení, která poskytují sociální služby, není možné nalézt jednoznačnou odpověď. Velkou roli zde hraje především stupeň mentálního postižení. To ve většině případů rovněž bývá kombinováno s postižením tělesným. Nelze tedy jasně specifikovat, zda umístění do „ústavu“ je správné. A stejně tak nelze tvrdit, že domácí péče je ta nejlepší. Tyto názorové rozpory je možné podložit odpověďmi respondentů na otázku č. 2.

R2: *„Ono to nejde říct tak jednoznačně, záleží, jaké je to postižení, pokud je to lehčí typ, tak přeci se může postarat rodina, ale je-li to těžké postižení, tak neodsuzuji rodinu, která někoho dá do ústavu, protože potřebují péči, kterou jim rodina třeba není schopná doma zajistit. Sama mám v rodině postiženého člena a vím, jaké to je se o něho starat, naštěstí je to ta lehčí forma postižení, takže to jde, ale dovedu si zkrátka představit, že kdyby to bylo horší, tak by třeba ani jiná možnost nebyla.“*

R6: „Vím, že někdy to prostě jinak nejde, osobně zastávám názor, že by se měla postarat rodina, ale na druhou stranu vím, jak je ta péče náročná, takže těžko soudit...“

Zařízení poskytující sociální služby jsou v každém případě odborná pracoviště, která dokáží svým klientům zajistit veškerý komfort, ať už se jedná o zajištění stravy, lékařské péče, či osobního vyžití. Jediné, co jim nedokáží tato zařízení suplovat, je kontakt s rodinou, který je pro ně často tím stěžejním. Nedostatkem se může také jevit absence soukromí. Klienti žijí v zařízeních ve skupinách, ať už se jedná o skupiny, které spolu sdílí pokoj, nebo o skupiny které sdílí byt. Otázkou však zůstává, zda tito lidé vůbec o své soukromí stojí. Respondent č. 5 na doplňující otázku: Myslíte, si že klienti mají v zařízeních vše, co potřebují?, odpověděl: „Osobně si myslím, že pokud jsou stále v kontaktu s rodinou, tak vlastně ano, je o ně dobře postaráno, léky, čisté prádlo, koničky, zábava, jídlo, výlety, prostře vše... a pokud tu rodinu nemají, tak jim pak ten kolektiv vlastně nahradí i tu.“ Obdobná odpověď se vyskytla i u respondentky č. 1: „Myslím si, že ano.“ Na doplňující otázku zda je něco, co by mohlo lidem v tomto zařízení chybět, odpověděla: „Asi jo, zejména soukromí, ale chtějí ho vůbec?“

Obecně je možné říci, že péče v domácím prostředí, je zejména u lehčích forem postižení pro postiženého člověka ta nejlepší možnost. Do ústavního zařízení se nejčastěji klienti dostávají z důvodu, že jejich rodina péči o ně již nezvládá. To je způsobeno zpravidla stářím, nebo úmrtím rodinných příslušníků, zejména rodičů. Jejich sourozenci mají své rodiny a ty často nemají pro péči o postiženého bratra či sestru pochopení, nebo možnosti. Zde se nabízí možnost volby denních či týdenních stacionářů, které ulehčí rodinám v péči o své příbuzné.

V poslední době, zejména po zavedení sociální dávky PnP²⁹ je možné zaznamenat zvýšené množství rodin, které o své mentálně postižené osoby pečují doma. Není samozřejmě možné zcela jednoznačně tvrdit, že finanční příspěvek na péči o osoby s hendikepem, který může dosahovat až částky 12.000,-- Kč/měsíc, je hlavní příčinou tohoto jevu. Je ale možné odvozovat, že jistý vliv se zde nachází. Samozřejmě ale také nelze opomenout určitý posun vnímání společnosti. Ta přeci jen vnímá mentálně postižené jinak, než tomu bylo například před 15 lety. Respondentům byla proto položena jako jedna z doplňujících otázek: Jaký myslíte, že je hlavní důvod, proč se o mentálně postižené stará rodina?

²⁹ PnP – příspěvek na péči

R2: „Bohužel zde hraje roli i finanční situace, protože existuje příspěvek na péči, ale také naše společnost postižené už vnímá jinak, než to bylo v minulosti. Dříve třeba o tom bylo rozhodováno automaticky, že budou lidi umístěni do ústavu, aniž by rodina chtěla, dnes se mohou postarat, nejsou přeci jen ústavy na stálo, jsou denní, týdenní stacionáře, které vám hodně ulehčí práci.“

R5: „Bohužel, první co mne napadá, jsou peníze, konkrétně příspěvek na péči. Ten ale často není využíván tak, jak by měl být, často se na něm jen příbuzní kapsou a péče veškerá žádná a kontrola prakticky neexistuje, a když, tak minimální. Ale abych nebyl jen pesimista, myslím, že je to taky tím, že to ti lidi zkrátka dělat chtějí, že nemají to svědomí svoje dítě jen tak šoupnout do ústavu a mít pohodlný život, ono přeci nemůže za to, jak se narodilo, nebo co se mu stalo.“

3. Základní otázka č. 3 - Víte, jak jsou ústavy sociální péče financovány?

Jak již bylo uvedeno výše, zařízení poskytující sociální služby, jsou financována z rozpočtu zřizovatele, dále z dávek klientů, které představují například invalidní důchod, příspěvek na péči či sponzorské dary. Vzhledem ke svým profesím mají respondenti povědomí o formách financování. Klíčové tedy bylo zjistit, zda je toto financování dostatečné či nikoliv. Respondentům byla položena doplňující otázka: Myslíte si, že je financování dostatečné? Zde se názory rozcházejí, někteří považují financování dostatečné, někteří naopak. Je možné říci obecně platící tvrzení, že peněz není nikdy dost. Pokud chce zařízení zajistit svými klientům mimo základní péči ještě určitý nadstandard v podobě společenských akcí, výletů, kulturního vyžití a tak dále, je financování nedostatečné a zařízení nemá jinou možnost, než se obracet na sponzory s žádostmi o poskytnutí darů. Respondentka č. 2 k tomu uvedla: „Myslím, že jsou dostatečně nebo adekvátně financovány, vím, jaké prostředky tam plynou, a vidím, že ústavy vzkvétají“ oproti tomu respondentka č. 3 uvádí: „Kdyby bylo financování dostatečné, pak nechápu, proč se shánějí na výlet například do divadla sponzoři.“

Klientům umístěným v zařízení musí dle zákona zůstat po odečtení všech výdajů minimálně 15 % jejich příjmu. Jedná se o příjem, který jim plyne například z invalidního důchodu. Příspěvek na péči je totiž nároková dávka, která je určena pro osobu, která péči o mentálně postiženého zajišťuje. Příspěvek na péči, je tak spotřebováván právě na zajištění péče o klienta. Otázka tedy zněla, zda respondenti považují za adekvátní, aby klientům zůstávalo 15 % jejich příjmu. Odpovědi na tuto otázku byly víceméně

jednoznačné a pozitivní. Klienti mají zajištěnu veškerou péči a toto procento je používáno dle jejich uvážení. Například na koupi rádia, televize, či je spořena například na Vánoce a klienti z nich pak kupují dárky pro své rodiny či kamarády. Často ale svůj zbylý příjem utratí za věci, které nepotřebují nebo nepoužívají, ale jen je chtějí mít. Pro život v zařízení se tak jeví tato částka i s přihlédnutím na různé výše příjmů adekvátní. Toto dokládá i následující odpověď:

R2: *„Pokud mají pokryté všechny výdaje, tak jako jejich kapesné je to adekvátní, záleží sice na výši důchodu, ale co jiného by potřebovali, si nedovedu představit, často nevím, co by si chtěli kupovat, když vše mají.“*

4. Závěr kategorie č. 1

Pokud shrneme odpovědi na jednotlivé otázky první kategorie, je možné konstatovat, že mentálně postižení nejsou odmítáni, ale naopak jsou považováni za součást společnosti. Současně je nutné doplnit, že pozitivní vnímání mentálně postižených ve velké míře závisí na obecné informovanosti obyvatel. Je nutné neustále prohlubovat znalosti veřejnosti o problematice mentálního postižení a potlačovat tak společenskou xenofobii. Umíst'ování osob s tímto druhem postižení do příslušných zařízení je nutné volit s ohledem na stupeň mentálního postižení a samozřejmě také na možnosti jednotlivých rodin. Financování zařízení sociální péče se jeví jako dostatečné, ačkoli i zde je vždy určitý prostor ke zlepšování.

4.4.2 Kategorie č. 2 – Projekt Transformace sociálních služeb, budování nových domácností

Druhá kategorie otázek v interview byla cílena na probíhající projekt Transformace sociálních služeb. Účelem bylo zjistit, jaké je povědomí o tomto projektu, jaký je názor na jeho realizaci a zda byla v rámci projektu zajištěna dostatečná informovanost. Rovněž zda jeho uvedení v život, může skutečně zkvalitnit život jednotlivých uživatelů, tak je uváděno v cílech projektu. V neposlední řadě byl zjišťován názor na vhodnost budování nových domácností v běžné městské zástavbě i s ohledem na lokalizaci nových domácností v jednotlivých částech měst. Tato kategorie, stejně jako první, obsahovala tři základní otázky, které byly následně prohloubeny doplňujícími otázkami a sondami.

1. Základní otázka č. 1 - Co si myslíte, že znamená proces transformace sociálních služeb?

Bohužel je nutné konstatovat, že ačkoli ukončení projektu Transformace sociálních služeb proběhne v průběhu roku 2015, nebyla do dnešního dne zajištěna dostatečná informovanost. Tento nedostatek se dotýká nejen veřejnosti, jak je dokladováno výsledky ankety níže, ale dostatečné povědomí postrádají i osoby, které jsou v péči o mentálně postižené osoby zainteresované. Jisté znalosti tohoto projektu sice existují, ale všemi respondenty byly označeny jako nedostačující. Obecně je z názvu projektu odvozováno, že se jedná o změnu v systému poskytování sociální péče. Že se jedná o decentralizaci péče, budování nových domácností pro klienty ve městech v masovém měřítku, opouštění a následné uzavírání stávajících zařízení, již z názvu jednoznačné není. Toto dokládají i odpovědi respondentů.

R6: *„Když tak nad tím přemýšlím, tak vlastně nevím, asi půjde o nějaké zlepšování dosavadní péče ne?“*

R2: *„Kdybych s tímto projektem nepřišla v práci do styku, předpokládala bych, že jde o nějakou změnu, ale vůbec bych nevěděla o jakou, tím že v tom ale pracuji tak vím, že je o přemísťování klientů z velkých zařízení do jednotlivých domácností“*

Většina informací, byla dostupná zejména pro osoby, které se projektu prostřednictvím své profese aktivně účastnily. Ani tito lidé však neměli takové množství informací, které by očekávali. Nad touto skutečností je nutné se pozastavit. Pokud ani osoby, které se účastní, nemají dostatečné množství informací o praktické stránce projektu, musí být povědomí běžného občana takřka minimální. Respondentka č. 1 na otázku, zda pro ni byly informace o projektu dostačující, odpověděla: *„Nebyly, spíše to byly povrchní informace, asi to nebylo dobře promyšlené a tak se neměly informace moc šířit. Nebo to byl naopak účel, aby se o tom moc nevědělo a nemohla se zvednout nějaká vlna nevole.“* Respondentka č. 2 odpověděla, že informace týkající se projektu získala na konferenci na krajském úřadě. Proto byla rovněž dotázána, zda pro ni tyto informace byly dostačující, její odpověď byla následující: *„Tak to bohužel musím říct, že nebyly, plno věcí se ke mně dostalo až mnohem později, z jiných zdrojů, dostala jsem hrubou představu, o co jde, ale podrobnosti ne.“*

Vzhledem k tomu, že respondenti považovali získané informace spíše za povrchní, byla jim pokládána otázka, jaké konkrétní informace jim chyběly. V zásadě je možné říci,

že zejména chybí praktické informace typu, jak bude probíhat péče o klienty v nových domácnostech, jak jim bude zajišťována strava, léky, kontakt s okolím. Zda bude v domácnostech nepřetržitý dohled či nikoliv³⁰. Rovněž postrádali praktické ukázky funkčnosti tohoto systému poskytování péče například v zahraničí. Současně byla položena otázka, kdo měl zajistit dostatečné množství informací o projektu, a to i pro veřejnost. Je možné říci, že dostatečnou osvětu měl zajistit Karlovarský kraj, ať sám, nebo prostřednictvím jednotlivých zařízení, která byla do procesu transformace zapojena. Besedy, články v novinách, blogy na internetu nebyly do dnešního dne ve větší míře zaznamenány. Tato tvrzení je možné opřít o následující odpovědi na otázky.

Otázka: Chybí Vám nějaké informace?

R4: *„Bohužel ano, například vůbec nemám představu, jak vlastně bude probíhat péče o klienty v jednotlivých domácnostech.“*

Otázka: Myslíte, si že měl Karlovarský kraj zajistit větší informovanost?

R2: *„Tak to určitě, jen nevím, zda to zařízení jako takové, nebo přímo kraj. Možná stačilo, aby to kraj uložil těm jednotlivým zařízením. Osobně jsem nikde neviděla žádné články, „reklamu“, ani vyvolané jednání. Nakonec jsme jednání iniciovali až my z pečovateláku, konkrétně komise komunitního plánování, ale pak už se zase po všem slehla zem a nikdo s námi o ničem nemluvil“*

Další otázkou bylo zjišťováno, zda je transformace sociálních služeb krok správným směrem. Je možné říci, že ano. Systém péče o mentálně postižené byl několik let nezměněn, pouze zdokonalován zaváděním například tzv. standardů kvality sociální péče. V podstatě je tedy tento krok, i s ohledem na vnímání mentálně postižených osob, kvitován, ale existují zde pochybnosti, zda je jeho realizace správně uchopena. Je nutné znovu upozornit, že se jedná o hromadné přemístění klientů ústavní péče do jednotlivých domácností, bez předchozích zkušeností s tímto systémem a následné rušení stávajících zařízení. Neexistuje tedy možnost cesty zpět.

R2: *„Nejsem stoprocentně přesvědčená, že je to správný směr, setkala jsem se se skutečností, že klienti chtějí zpět do ústavu, a to bohužel nejde. Například jeden klient si stěžuje, že je v bytě sám s družkou, nemá kontakt s nikým jiným a nikdo mu nemůže pomoci, navíc se špatně pohybuje a tak celý den tráví zavřený v bytě a kouká ven z okna na další*

³⁰ Pozn.: V rámci nově budovaných domácností není počítáno s nepřetržitou přítomností pracovníků. Bude zajišťován pouze dohled po určitou dobu.

panelák, nadává, že v ústavu měl volnost, že mu někdo ven pomohl a tam byl na zahradě, ale tady to nejde...chce zpět“

R3: „Myslím si, že jdeme správným směrem, jen špatnou cestou. Dle mého názoru, by měl projekt probíhat mnohem pozvolněji a ne postavit domy a do nich přemístit lidi. Nemáme tady s tím zkušenosti, jsem zastáncem toho názoru, že se to mělo vyzkoušet na několika jedincích s různým stupněm postižení a po nějakém čase mělo dojít k vyhodnocení“

Neopomenutelnou stránkou celé této proměny systému péče o mentálně postižené jsou rovněž finance. Vezmeme-li v úvahu skutečnost, že dosud byl zřizovatelem financován jeden objekt, případně soubor několika málo objektů, musí se provoz nově vzniklých a vznikajících domácností jistě několikanásobně prodražit. Je nutné si uvědomit, že zatímco v případě velkých zařízení se jednalo o jedny náklady za vodu, otop, elektřinu, v případě nových domácností se tyto spotřeby budou násobit. Nutno brát v úvahu i skutečnost, že ze strany klientů není možno počítat s jakýmkoli úsporným chováním v domácnostech. Zatímco v jednom zařízení bylo reálné kontrolovat zhasínání, větrání, čerpání vody, v mnoha zařízeních to možné nebude. Nejedná se však pouze o navýšení nákladů na provoz jako takový. Je nutné vzít v úvahu i zvýšené náklady na personál, které krom platů bude zahrnovat i zvýšené náklady na přepravu personálu do jednotlivých domácností, atd. Respondenti na otázku: Myslíte si, že bude tento druh péče oproti stávajícímu dražší nebo levnější?, odpověděli:

R1: „Bude to určitě dražší. Logicky se musí zvednout náklady jen na to bydlení, když nyní budou zajišťovat chod několika budov, bytů, namísto jednoho zařízení“

R7: „Myslím si, že to jednoznačně musí být dražší. Když si vezmu, že takhle se pralo v jedné prádelně pro všechny lidi ve velkých pračkách a najednou pojedou spousta malých praček, tak to máte několikanásobné náklady na vodu, elektřinu, prací prostředky a tak dál... a kde jsou lidi... těch taky bude muset být víc, aby to všechno stihli obstarat, tak si říkám to nikoho nenapadlo? Jasně, nejde šetřit na nemocných lidech, ale tohle mi zase přijde jako až moc velký plýtvání.“

2. Základní otázka č. 2 - Co si myslíte o tvrzení, že bydlení v individuálních domácnostech zkvalitní život mentálně postižených?

Jedním z cílů projektu Transformace sociálních služeb je zkvalitnění života osob s mentálním postižením. Zda je prostřednictvím tohoto projektu možné zajistit lepší

a kvalitnější život těchto osob však nelze s jistotou tvrdit. Jisté je, že klienti budou bydlet v menších skupinách. Běžné služby pro ně budou lépe dostupné, nebudou separováni mimo města, bude jim zajištěno větší soukromí. Ale bude to takto vyhovovat všem? Zlepší to skutečně jejich život? To jsou otázky, na které bude možné odpovědět až s odstupem času. K uvedenému tématu respondenti uvedli:

R2: *„Nezkvalitní, bude to úplně jiný život, ale jestli kvalitnější to si myslím, že ne, a rozhodně to nejde teď říct a vlastně, kdo to nakonec řekne?“*

R1: *„To asi ukáže až praxe, teď to nedokáží posoudit. Nic není černé, nebo bílé takže uvidíme“*

R6: *„Tak to považuji za poměrně odvážné tvrzení, zvláště takhle na začátku. Jako vize je to pěkné, ale kdo vlastně posoudí, že je ten život lepší, kvalitnější. Bude se někdo ptát přímo těch lidí, nebo si jen někdo udělá nějakou v uvozovkách studii, kterou to potvrdí a hotovo? Co když se jim nakonec naopak tento život líbit nebude?“*

3. Základní otázka č. 3 - Jaký máte názor na budování nových domácností v běžné městské zástavbě?

Účelem této otázky nebylo pouze zjistit, jak je nahlíženo na budování domácností v městské zástavbě, ale současně zjistit, zda je tato volba správná. Případně jaká lokalita by byla pro tyto domácnosti, potažmo pro klienty, v rámci města nejvhodnější. Jaký typ domácností a v neposlední řadě také v jaké vzdálenosti by se od sebe měly jednotlivé domácnosti nacházet.

Jednotlivé domácnosti jsou lokalizovány v různých částech města. Jedná se o několik rodinných domů a současně o několik bytových jednotek. Mezi jednotlivými domácnostmi je přibližná vzdálenost zhruba do dvou kilometrů. Zde je možné hodnotit, že vzdálenost by měla být menší a to především z důvodu, že tito lidé byli zvyklí být spolu v každodenním kontaktu. S ohledem na skutečnost, že klienti v současnosti žijí v zařízeních s uzavřeným areálem, mimo území města, jeví se jako vhodnější lokality spíše okrajové, nebo klidnější části města. Rozhodně by se nemělo jednat přímo o centrum města, které je velmi bohaté zejména na hluk a mnoho dalších podnětů. Ty mohou způsobovat vyšší stresovou zátěž. Při rozhodování, zda by se mělo jednat spíše o bytové jednotky v panelovém domě či rodinné domy, je větší nakloněnost právě k rodinným domům. Ty umožňují klientům trávit čas, ať aktivně, nebo pasivně, na zahradě. Rodinné domy jsou rovněž na rozdíl od bytových jednotek více bezbariérové, takže zde odpadají problémy s pohybem osob

s tělesným hendikepem. Názory na budování nových domácností ve městech a jejich lokalizaci se různí, což deklarují následující odpovědi:

Jaký máte názor na budování nových domácností v běžné městské zástavbě? R1: *„A proč ne, začleňování je dobré, nemůžeme je odsouvat“* Proč si to myslíte? *„Tak jsou to přece taky lidi, ne? Tak proč by měli být někde na vídrholci“*. Oproti tomu respondentka č. 2 odpověděla: *„Já si myslím, že to není dobře“* Proč si to myslíte? *„Já si zkrátka myslím, že tam v ústavu měli, co potřebovali, okolo pěkný lesy, hned u zařízení autobusová zastávka ze které každou chvíli jezdil do Aše autobus, takže nebyl problém, aby si do města zajeli a pak byli zase v klidu tam“*.

Kde by podle Vás měly takové domácnosti vznikat?

R5: *„Určitě ne někde v centru, spíš někde bokem“* Proč právě bokem? *„Tak už i s ohledem na bezpečnost těch lidí, je tam přece jen menší provoz, míň hluku a tak“*

4. Závěr kategorie č. 2

Za nejzásadnější problém projektu Transformace sociálních služeb na území Karlovarského kraje se primárně jeví nedostatek informací. Zvýšení informovanosti by jistě ve velké míře přispělo k pochopení celého procesu. Současně by usnadnilo jeho přijetí ze strany obyvatel. Zda dojde ke zlepšení kvality života mentálně postižených, bude možno říci až po uplynutí několika let. Stejně tak bude možno vyhodnotit, zda vybrané lokality pro zřízení nových domácností byly vhodně zvoleny s ohledem na všechny působící faktory.

4.4.3 Kategorie č. 3 - Integrace mentálně postižených do běžné společnosti

V poslední kategorii byl zjišťován celkový názor na integraci osob s mentálním postižením do společnosti a samotnou proveditelnost začlenění. Tato kategorie obsahovala pět základních otázek. Ty byly zaměřeny v první řadě na integraci, dále na přijetí těchto osob ze strany obyvatel. Ale také na zhodnocení, zda je možné počítat s nějakými riziky při začleňování ze strany integrovaných i ze strany obyvatel.

1. Základní otázka č. 1 - Jaký je Váš názor na integraci mentálně postižených mezi běžnou společností?

Názory na integraci mentálně postižených se různí, můžeme se setkat se stanoviskem radikálně zamítavým a stejně tak s přesvědčením o správnosti tohoto jednání.

Kladné odpovědi však převládají zejména s ohledem na skutečnost, že jsou mentálně postižení považováni za součást společnosti. Názorové rozpory je možné zaznamenat zejména v otázkách, které osoby je možné integrovat a které nikoliv. Důležitým ukazatelem v této oblasti je především závažnost mentálního postižení. Obecně je možné předpokládat, že osoby s lehkou formou mentálního postižení zvládnou integraci téměř s žádnými, či s menšími obtížemi. Stupeň postižení však není jediným faktorem. Je nutné zohlednit mnoho dalších faktorů, kterými jsou například věk jednotlivých klientů, doba, kterou v zařízení poskytující sociální péči žijí a rovněž získané návyky. Provádění hromadné a poměrně rychlé integrace postižených osob není hodnoceno jako šťastná volba. Rozhodně zajímavá představa o průběhu integrace byla zaznamenána u respondentky č. 2, která na otázku, jakou by měla představu o provedení integrace, odpověděla: *„Moje představa by byla nejdříve, vychovat pracovníky, aby správně pracovali s klienty a neměli je za odpad, poté vychovat společnost a pak teprve začít s klienty a všechno postupně a ne takto nárazově, přijde mi to, že to prostě zkusíme, protože na to jsou peníze z EU a pak budeme hodnotit...“*

Za nejvhodnější věkovou skupinu pro integraci do společnosti je možné označit osoby ve věku od 18 do přibližně 30 let. Tuto věkovou skupinu označili respondenti za osoby, které se poměrně dobře adaptují na nové prostředí a lépe zvládají změny. Zařazení osob, které jsou starší 50 let do integrace, nebylo hodnoceno pozitivně. Jako problematické se rovněž jeví začleňování osob, které žily prakticky po celý svůj život v zařízení, ve kterém jim byla poskytována veškerá péče. Takové osoby mohou být v samostatných domácnostech „ztraceny“. Rozhodně vhodné by bylo začít s přípravou na integraci zejména u mladších jedinců, tak jak je tomu například v dětských domovech. I zde jsou děti od určitého věku připravovány na samostatný život. Jsou pro ně zřizovány tréninkové domácnosti a následně tzv. domovy na půl cesty, ve který se postupně učí žít reálný život. Respondentka č. 4 na otázku: Je podle Vás správné provádět integraci v takto globálním měřítku?, odpověděla: *„To považuji za absolutní hloupost, není přeci možné vzít všechny a přemístit je do normální společnosti, tak jako je každý zdravý člověk individuál, tak je individuál i mentálně postižený člověk. Myslím si, že výběru lidí vhodných k integraci měla být věnována daleko větší pozornost, mělo se to přeci nejdřív vyzkoušet, jak ti lidé budou reagovat, jak to budou zvládat a tak, ale hlavně je na to nejdřív pořádně připravit“*

2. Základní otázka č. 2: - Jak si myslíte, že okolí, kam se mají mentálně postižení nastěhovat, přijme tyto osoby?

Zřejmě největší obavy v celém procesu transformace představuje reakce okolí na osoby, které se do jejich blízkosti nastěhují. A zde opět narážíme na skutečnost, že prakticky hlavním původcem obav je nedostatečné množství informací. V panelových domech byly za účelem vybudování domácností pořízeny byty, do kterých jsou stěhovány mentálně postižené osoby, aniž by ostatní vlastníci bytových jednotek byli jakkoli informováni, či seznámeni s tím, kdo s nimi bude v domě bydlet. Rovněž nemají tušení jak závažné je jejich postižení, jak se osoby chovají, jak se mají oni chovat k nim, na koho se obrátit v případě, že se vyskytne nějaký problém. Je sice možné namítat, že vlastník bytu si do něho může nastěhovat osoby dle svého uvážení, to by snad bylo pochopitelné v jakémkoli jiném vlastnickém případě, ale konkrétně v tomto případě by měl vlastník – tedy Karlovarský kraj, přistupovat k ostatním vlastníkům rozhodně citlivěji. A v jeho zájmu by mělo být zásobit ostatní obyvatele domu dostatečným množstvím informací, aby eliminoval či zcela odstranil jejich obavy. Na otázku: Jak si myslíte, že okolí, kam se mají mentálně postižení nastěhovat, přijme tyto osoby?, byla zaznamenána například tato odpověď: R1: „*Tak to bude problém, určitě mají lidi strach.*“ Proč si to myslíte? „*Neví, o jaké lidi jde, co od nich můžou čekat, jak s nimi jednat.*“

3. Základní otázka č. 3 - Hrozí podle Vás obyvatelům v oblastech, kam se mají skupiny mentálně postižených nastěhovat nějaké „nebezpečí“?

Jak bylo uvedeno výše v podkapitole 4.3.1, mentálně postižené osoby jsou zpravidla velice přátelští komunikativní lidé. Mají rádi společnost a kvitují každé setkání s novou osobou. Avšak, stejně tak jako u zdravého člověka, je i u těchto osob možnost výskytu agresivity. Ta však v případě mentálně postižených nebývá adekvátně zvládnuta a zpravidla může gradovat. I z tohoto důvodu byla zařazena uvedená otázka. Ačkoli není předpokládáno, že by osoby s mentálním postižením nějakým způsobem cíleně ohrožovaly své okolí, je nutné počítat s krizovou situací, která se může v případě zapůsobení určitého podnětu vyskytnout. Nemusí se však jednat přímo o nebezpečí jako takové. Vzhledem k povaze osob s mentálním postižením, můžeme narazit například na situaci, kdy se taková osoba upne na některou osobu ve svém okolí a tu pak bude systematicky vyhledávat. To může dotyčného samozřejmě obtěžovat. Z důvodu možného výskytu agrese či obtěžování druhých osob se jeví stálá přítomnost některého z dohlížejších pracovníků, minimálně

v začátcích takového bydlení, jako žádoucí. Takto zajištěný dohled by mohl rovněž pozitivně působit na pocity ostatních vlastníků bytových jednotek či sousedních domů. S tímto však není v tuto chvíli počítáno. Na otázku, zda a čeho je možné se při společném soužití zdravých a mentálně postižených osob obávat, byla zaznamenána následující odpověď.

R2: *„Tak například, může se stát, že se jim někdo bude posmívat, nebo do nich třeba omylem strčí, oni to špatně vyhodnotí a můžou se bránit...ale to je jen úvaha, nebo se na někoho upnou a budou ho obtěžovat, protože na ně byli hodní“*

Respondentka č. 4 k základní otázce uvedla *„Já bych neřekla, že je zde možné hovořit o nebezpečí jako takovém, mentálně postižení lidé nejsou násilníci nebo chroničtí agresoři. Jsou to lidi, kteří jsou uzavřeni ve svém světě, kteří jsou ale hrozně rádi v kontaktu s ostatními. Samozřejmě může nastat nějaká krizová situace, mohou zpanikařit, mohou se něčeho leknout, mohou něco rozbit... toho je asi možné se obávat. Ale že by šli, a jen tak někoho napadli, to ne“*

4. Základní otázka č. 4 - Myslíte si, že hrozí mentálně postiženým nějaké nebezpečí ze strany ostatních obyvatel?

Logicky navazující na otázku č. 3, byla čtvrtá otázka, která se naopak zabývala možným nebezpečím pro mentálně postižené ze strany ostatních obyvatel. Zde už odpověď, že mentálně postiženým žádné nebezpečí nehrozí, není tak jednoznačná. Ze strany obyvatel hrozí mnoho případných rizik. Vzhledem k tomu, že jsou mentálně postižení zpravidla důvěřiví, je možné se obávat například jejich možného zneužití, vetření se do jejich domácnosti v době, kdy zde nebude přítomen žádný pracovník. Také je zde obava z jejich okradení. Rovněž se mohou stát terčem urážek a posměšků. Tato rizika samozřejmě nehrozí ze strany běžně smýšlejících osob. Bohužel se však ve společnosti nacházejí rovněž osoby, které velice rády zneužijí jakékoli příležitosti, ze které by mohly mít svůj osobní prospěch. Vezmeme-li v úvahu, že klienti dosud žili od těchto „nástrah“ města prakticky izolováni, musíme konstatovat, že nejsou na tyto situace připraveni a jejich zneužití je tak velmi snadné. To může vyústit až v celkové zklamání těchto osob z „nového“ způsobu života a touze vrátit se zpět do „svého“ prostředí. I pro tyto případy se jako možné řešení nabízí stálá přítomnost některého z pracovníků, který bude zajišťovat dohled dané domácnosti a bude klienty s možnými riziky seznamovat, ukazovat jim, kterým lidem například nemají tolik nebo vůbec věřit a kterým naopak ano. Po určité době

by bylo možné přítomnost pracovníků postupně snižovat a postupně tak převést až na ambulantní péči.

K této problematice uvedla R7: *„Bojím se toho, že je někdo zneužije, víte, oni jsou hrozně důvěřiví, nepočítají s tím, že něčí jednání pro ně může být nějakým způsobem nebezpečné, nesetkali se s tím. Dají se zkrátka oblbnout a nedá to moc práce, když budete slušní a něco jim nakukáte, tak vám uvěří.“*

Na otázku, jak možnému využití či zneužití klientů předcházet se u všech dotazovaných vyskytla prakticky shodná odpověď, příkladem R3: *„Snad jen stálým dohledem pracovníků a neustálým varováním klientů, jinak nevím.“*

5. Základní otázka č. 5 - Myslíte si, že je společnost připravena na integraci mentálně postižených do společnosti?

Poslední otázkou byli respondenti požádáni, aby se pokusili zhodnotit, zda společnost je či není připravena na soužití s mentálně postiženými osobami. Jednotliví respondenti, s ohledem na svou profesi, začleňování těchto osob do společnosti hodnotí jako správný krok v oblasti poskytování sociálních služeb. V hodnocení připravenosti společnosti však panuje určitá skepse, která opět pramení zejména z neinformovanosti.

Každá změna sebou samozřejmě nese počáteční obavy, nejistoty. Přijmutí zavedení nového systému bude logicky vyžadovat svůj čas. V této oblasti se jeví jako problematičtější hromadné vyvádění klientů ze zařízení, která jsou pro ně zřízena. Společensky lépe přijatelnější se jeví alternativa, ve které by byly nové domácnosti zřizovány postupně a v menším měřítku. Lidé by tak měli možnost snáze přijmout tento nový systém a přesvědčit se, že se jedná o změnu k lepšímu a že soužití s mentálně postiženými osobami nemusí nutně znamenat problém.

R1 k uvedené problematice uvedla: *„No prostě mi to přijde celý divný, jako neříkám, kdyby se jich začlenilo pár a vyzkoušelo se, jak to bude fungovat, vychytaly se mouchy, ale takhle, aby se vypustilo 150 lidí, nebo kolik jich vlastně v rámci kraje bude, mezi ostatní lidi, to mi přijde, že o tom nikdo moc nepřemýšlel“*

6. Závěr kategorie č. 3

Je možné konstatovat, že změna systému v poskytování sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením je nakročena správným směrem. Je nutné počítat s tím, že zejména v počátcích fungování takto nově nastaveného systému se budeme setkávat s počáteční nevolí ze strany obyvatel dotčených měst a obcí. Bude jistě nutné řešit řadu konfliktních

situací, ale zřejmě nebude nutné řešit radikální odpor. Poněkud nešťastné se jeví jednorázové hromadné začleňování mentálně postižených osob bez „zkušebního provozu“.

Zde je velice důležité zvolit správnou strategii a neustále pracovat nejen s klienty, kteří jsou přemísťováni do nových domácností, ale zejména s veřejností, které je nutné dodávat dostatečné množství důležitých informací a také náležitou podporu v případě, že by se vyskytly jakékoliv problémy. Za zváženou rozhodně stojí myšlenka, zda zejména v počátcích samostatného bydlení osob s mentálním postižením nezavést stálou službu v nových domácnostech a tím snížit obavy ze vzniku rizikových situací.

4.5 Vyhodnocení ankety mezi obyvateli města Aše

Pro doplnění výše uvedeného byla mezi obyvateli města Aše provedena anketa, prostřednictvím které bylo zjišťováno povědomí o právě probíhajícím projektu Transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji. Současně byl zjišťován názor obyvatel na začleňování osob s mentálním postižením do běžné společnosti.

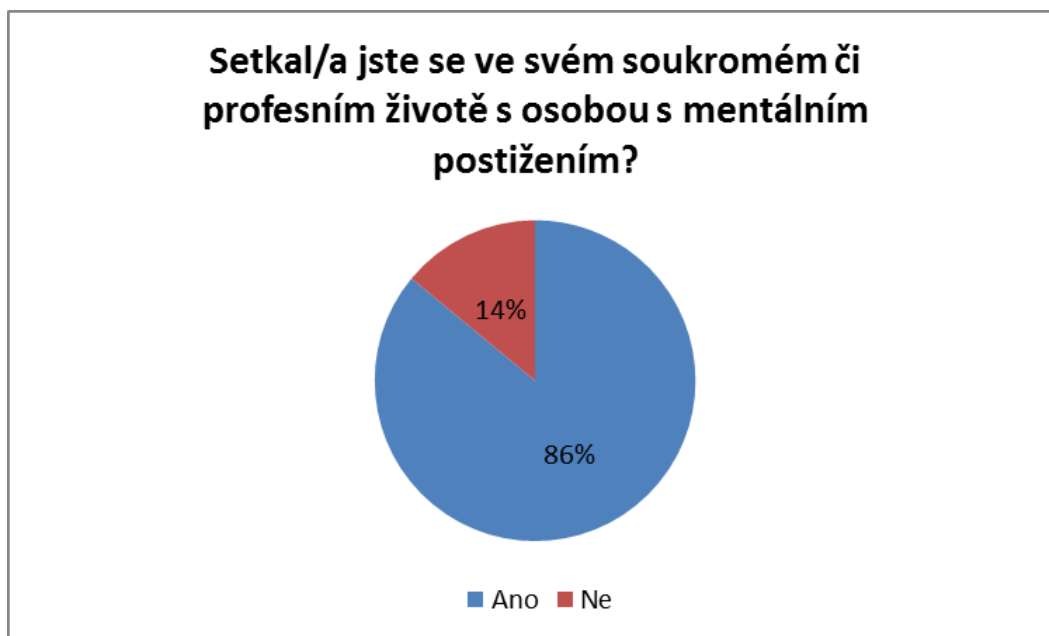
Metoda sběru dat pomocí ankety byla zvolena s ohledem na skutečnost popsanou výše, tedy z důvodu, že poměrně velké množství nově vzniklých domácností, do kterých budou mentálně postižení přemísťováni z velkokapacitních ústavních zařízení, vniká právě na území města Aše a jeho okolí. Anketa považována za nesystematický průzkum názorů převážně u malé skupiny respondentů a vyjadřuje pouze názory dotazovaných. Nelze je tedy zobecňovat a považovat za reprezentativní. I přesto ale může přinést zajímavé odpovědi na zkoumanou problematiku. Níže uvedené vyhodnocení ankety tedy nepředstavuje názor všech obyvatel města Aše na shora uvedený projekt, ale reflektuje odpovědi jednotlivých respondentů.

Anketa³¹ obsahovala celkem deset otázek, sběr dat byl uskutečňován v období od 2. února 2015 do 22. února 2015 prostřednictvím programu pro tvorbu dotazníků a následným rozesláním odkazu na webovou stránku prostřednictvím e-mailu a vložením odkazu na facebookové stránky města Aše. Anketa byla zobrazena celkem 159 respondenty. Z tohoto počtu bylo odpovězeno stem respondentů, z nichž 72 % byly ženy a 28 % muži. Přibližná doba odpovídání činila 10 minut. Nejpočetnější skupinu respondentů tvořila věková skupina od 30 do 44 let, celkem 43 %, druhou nejpočetnější pak skupina ve věku 45 – 64 let – 35 %, 18 % odpovědí bylo získáno od skupiny ve věku 15 – 29 let a 4 % odpovědí představovala věková skupina 65+.

První otázkou bylo zjišťováno, zda se respondenti ve svém soukromém či profesním životě setkali s osobou s mentálním postižením. Převážná většina respondentů na tuto otázku odpověděla kladně a současně doplnila, že se s osobou s mentálním postižením setkali ve svém soukromém životě. A to zejména proto, že klienti ústavu sociální péče Pata Hazlov často navštěvují město Aš. Respondenti se s nimi tak setkali například v obchodním domě. Procentuální vyjádření odpovědí je vyjádřeno v grafu č. 1.

³¹ Příloha č. 7 - Anketa

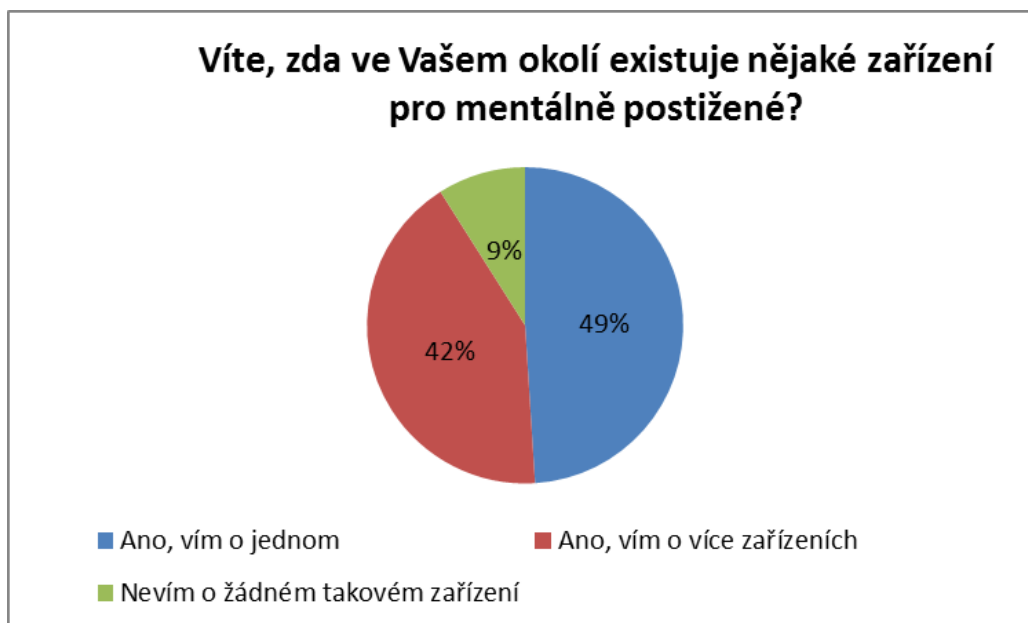
Graf 1 Setkání s osobou s mentálním postižením



Zdroj: Anketní šetření autora

Ve druhé otázce byli respondenti dotazováni, zda vědí o existenci zařízení poskytující péči pro mentálně postižené osoby. V Karlovarském kraji se nacházejí, mimo jiné, dvě velmi známá zařízení, o kterých bylo pojednááno výše. Domov Mariánská je od města Aše vzdálený 83 km, avšak DOZP Pata Hazlov je od Aše vzdálen 6 km a nachází se přímo u hlavní silnice na trase Aš – Cheb. Bylo tedy předpokládáno, že všichni dotazovaní budou vědět minimálně o jednom zařízení, které bude představovat právě DOZP Pata. Mezi respondenty se přesto vyskytlo 9 % odpovědí, které představovalo odpověď „Nevím o žádném takovém zařízení“. Sedm respondentů, kteří nevěděli ani o jednom takovém zařízení spadalo do věkové skupiny 15 -29 let, jeden respondent do skupiny 30 – 44 let a jeden do skupiny 65+. Procentuální vyjádření odpovědí je vyjádřeno v grafu č. 2.

Graf 2 Povědomí o existenci ústavních zařízení



Zdroj: Anketní šetření autora

Třetí otázkou bylo zjišťováno, zda respondenti zaznamenali, že v Karlovarském kraji právě probíhá projekt Transformace sociálních služeb. Bylo předpokládáno, že respondenti o tomto projektu v minulosti slyšeli, protože se jich jeho realizace víceméně bezprostředně týká. Zároveň v uplynulém roce probíhala ve městě výstavba nových rodinných domů pro klienty a tato stavba byla označena názvem projektu. Rovněž docházelo k nakupování bytových jednotek v různých lokalitách města a do některých bytů již byli klienti přestěhováni. Tzn., že je možné se s klienty ve městě častěji setkávat a rovněž existuje předpoklad, že se mezi lidmi právě o tomto projektu hovoří.

44 % respondentů odpovědělo, že o tomto projektu slyšeli, překvapující však je skutečnost, že 30 % dotazovaných, kteří prostupují celou škálu věkových skupin, odpovědělo, že o tomto projektu se poprvé dozvěděli až z ankety. 24 % dotazovaných zaznamenalo tuto informaci jen okrajově, což znamená, že nadpoloviční většina dotazovaných spíše nezaznamenala žádnou informaci o projektu. Procentuální zastoupení odpovědí je zobrazeno v grafu č. 3.

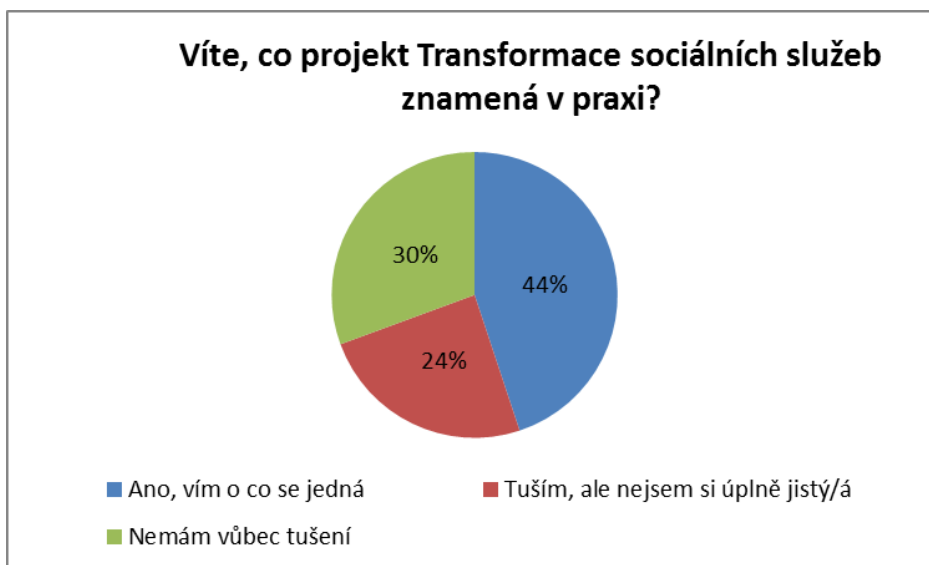
Graf 3 Povědomí o projektu Transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji



Zdroj: Anketní šetření autora

Další otázkou bylo zjišťováno, zda mají respondenti představu, co realizace projektu Transformace sociálních služeb bude znamenat v praxi. Bylo predikováno, že většina dotazovaných si pod názvem projektu nedokáže představit, co ve skutečnosti tento projekt bude představovat. Tato predikce se potvrdila, jelikož přibližná třetina odpovídajících pouze tušila, co projekt ve skutečnosti představuje a zhruba pětina vůbec nevěděla, co projekt znamená. Graf č. 4 vyjadřuje procentuální zastoupení jednotlivých odpovědí.

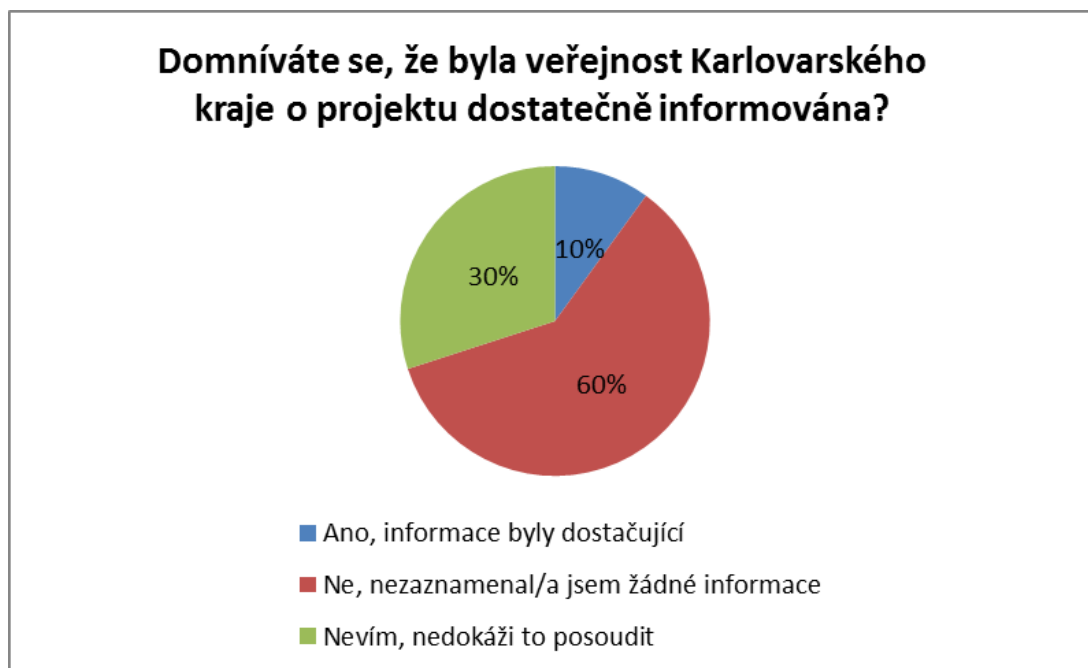
Graf 4 Praktický význam Transformace sociálních služeb



Zdroj: Anketní šetření autora

Pátá otázka logicky navazovala na otázku č. 4. Účelem bylo zjistit, zda se respondenti domnívají, že byla veřejnost Karlovarského kraje dostatečně informována o probíhajícím projektu. Například prostřednictvím webových stránek, médií, tisku, či pořádáním besed a zda zaznamenali nějaké informace o projektu. Zajímavým zjištěním je, že více než polovina respondentů odpověděla, že nezaznamenala žádné informace prostřednictvím uvedených prostředků, které by se týkaly projektu „Transformace“. Nejpočetnější skupinu, která anketu vyplňovala, představovali lidé ve věku 30 – 44 let, u kterých lze předpokládat aktivní práci převážně s internetem a aktivní vyhledávání informací. Jejich nejčastější odpověď byla „Ne, nezaznamenal/a jsem žádné informace“. Pouhých deset procent dotazovaných považovalo informace o projektu za dostačující. Odpovědi vyjádřené v procentech jsou uvedené v grafu č. 5.

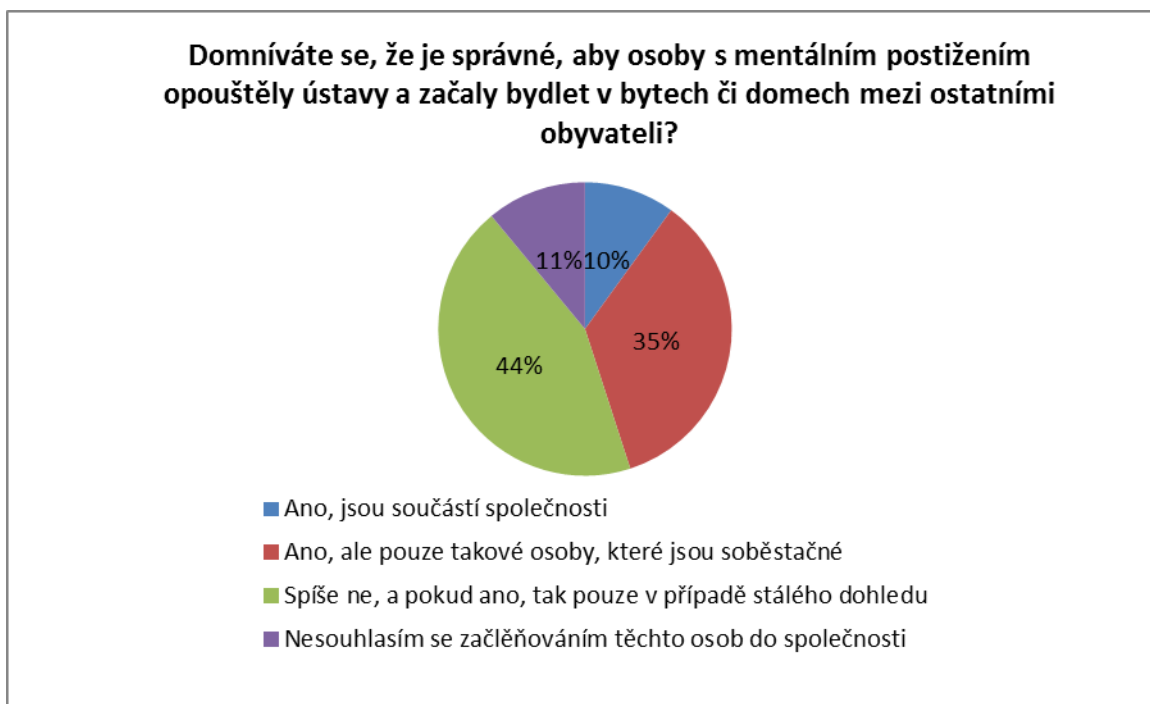
Graf 5 Informovanost o projektu Transformace sociální péče



Zdroj: Anketní šetření autora

Další otázka byla zaměřena na situaci, kdy mentálně postižení budou opouštět zařízení poskytující sociální služby a budou bydlet v běžných domácnostech, kde jim sice budou poskytovány sociální služby, ale budou zde bydlet samostatně. Účelem bylo zjistit, zda se respondenti domnívají, že je tento krok tím správným krokem ve změně způsobu poskytování péče. Nebylo předpokládáno, že by v masovém měřítku převládaly negativní odpovědi, avšak určitá skepse byla předvídána. Negativní odpovědi vyjadřující nesouhlas se začleňováním mentálně postižených do „běžné“ společnosti byly zastoupeny ve stejné míře, jako odpovědi zcela pozitivní, kterými respondenti vyjádřili, že mentálně postižené považují za součást společnosti. Největší procentuální zastoupení získala odpověď „Spíše ne, a pokud ano, tak pouze v případě stálého dohledu“. Z těchto odpovědí je možné dovozovat, že respondenti nemají obavy ze soužití s mentálně postiženými jako takovým, ale spíše se obávají jejich samostatného bydlení, tedy bydlení bez stálého dohledu vychovatelů, či klíčových pracovníků. Procentuální zastoupení všech odpovědí je zobrazeno v grafu č. 6.

Graf 6 Názory na bydlení v individuálních domácnostech

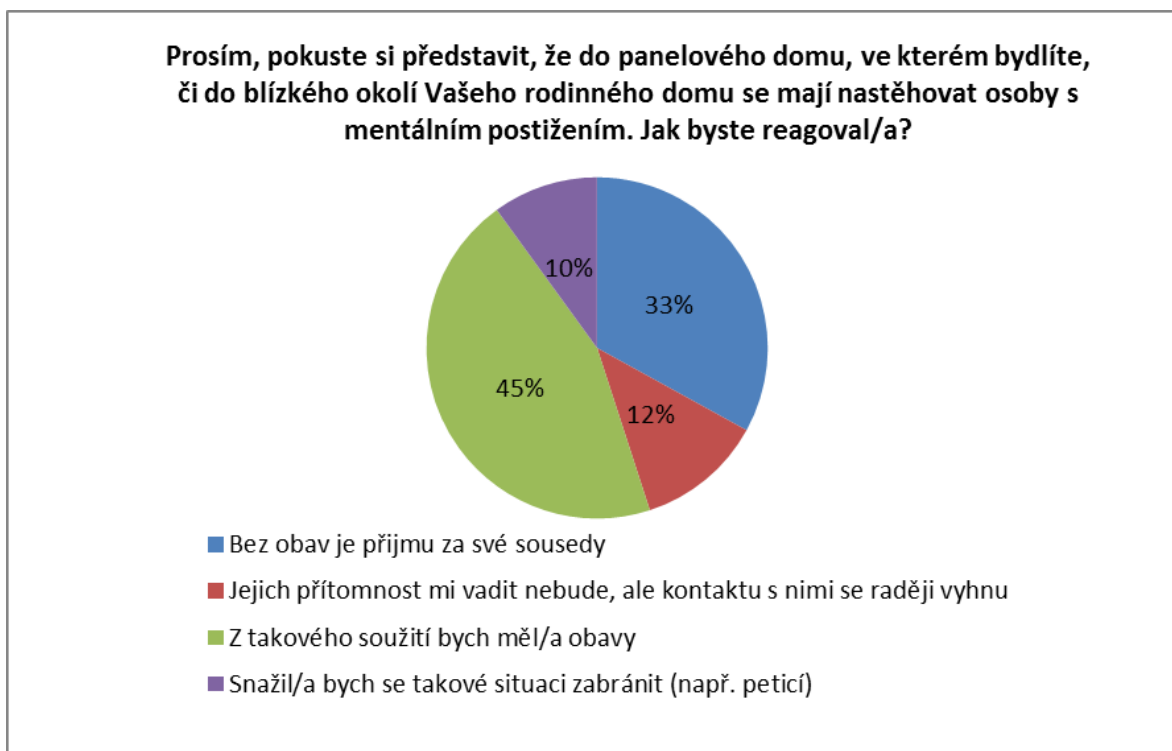


Zdroj: Anketní šetření autora

Sedmou otázkou, která byla respondentům položena, bylo zjišťováno, jak by dotazovaní reagovali na situaci, kdyby se do jejich sousedství, ať už by se jednalo o sousední byt v panelovém domě, nebo o vedlejší rodinný dům, měli přistěhovat mentálně postižení. Z odpovědí vyplynulo, že třetinová část respondentů přijme mentálně postižené osoby jako své sousedy bez nejmenších obav. Podstatně větší část odpovědí zastoupila skupina respondentů, kteří vyjádřili své obavy ze soužití s mentálně postiženými osobami. Vyskytly se ale také odpovědi, silně odmítavé, kterými respondenti vyjádřili svou odhodlanost se proti takové situaci bránit. Tato odpověď byla zaznamenána ve všech věkových kategoriích, nejčastěji tak ale odpovídali respondenti ve věku 30 – 44 let. Je možné odvozovat, že obavy ze soužití s mentálně postiženými pramení zejména z nedostatečné informovanosti obyvatel, což dokládá šedesáti procentní podíl negativních odpovědí na otázku č. 5, která se týkala právě informovanosti ohledně projektu Transformace sociálních služeb.

Procentuální vyjádření všech zaznamenaných odpovědí na položenou otázku je uvedeno v grafu č. 7.

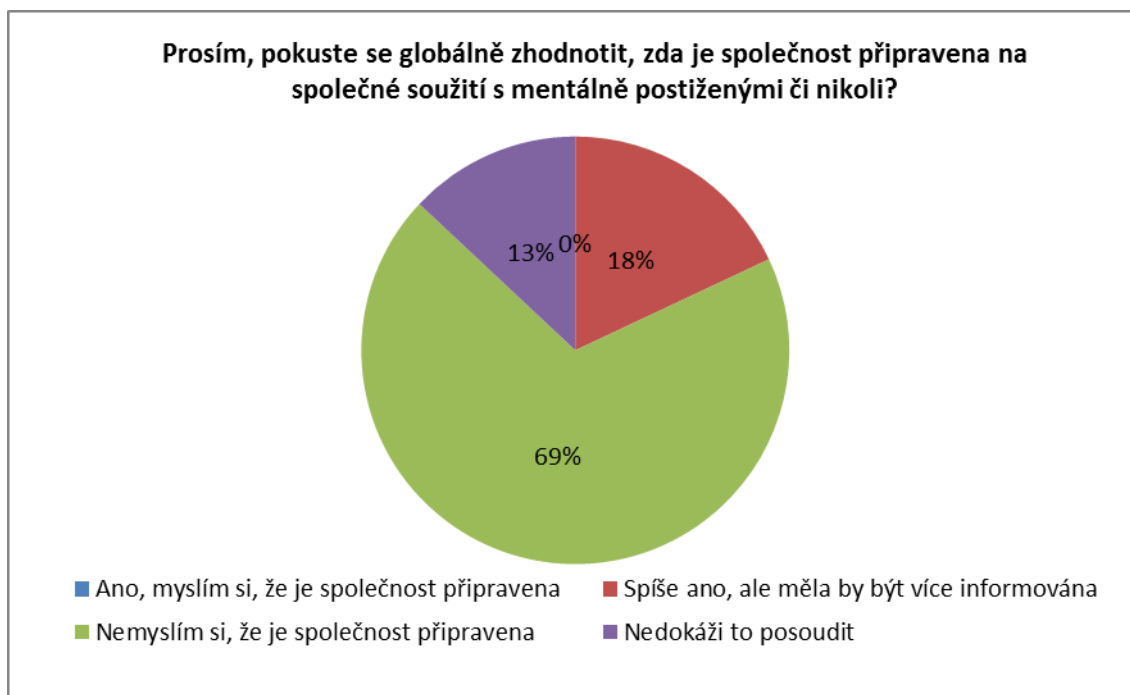
Graf 7 Reakce na případné soužití s mentálně postiženými



Zdroj: Anketní šetření autora

V osmé otázce byli dotazovaní požádáni, aby se pokusili zhodnotit, zda je společnost připravena na tuto změnu v oblasti poskytování sociální péče, tedy zda je připravena na společné soužití s mentálně postiženými, či nikoli. 13 % dotazovaných nedokázalo na tuto otázku odpovědět a subjektivně tak posoudit připravenost společnosti. Současně nikdo ze stovek dotazovaných neodpověděl, že si myslí, že je společnost připravena. Téměř tři čtvrtiny respondentů si nemyslí, že je společnost připravena. Je možné předpokládat, že toto přesvědčení, respektive tento názor opět pramení z nedostatečné informovanosti nejen o projektu jako takovém, ale celkově o problematice mentálně postižených osob. Kompletní vyhodnocení všech odpovědí je uvedeno v grafu č. 8.

Graf 8 Přípravenost na soužití s mentálně postiženými



Zdroj: Anketní šetření autora

1. Závěry k anketě

Pokud bychom chtěli shrnout výsledky ankety, je možné konstatovat, že drtivá většina respondentů přišla do kontaktu s osobou, která má mentální postižení a uvědomují si existenci zařízení poskytující sociální péči těmto osobám ve svém okolí. Poměrně velká skupina dotazovaných má o právě probíhajícím projektu Transformace sociálních služeb alespoň částečné povědomí. Avšak nadpoloviční většina všech dotázaných si nedokáže pod tímto pojmem reálně představit, co tento projekt znamená v praxi.

Za základní nedostatek, z něhož pramení obavy všech dotazovaných, je možné označit především nedostatek dostupných informací, které by se týkaly v první řadě mentálně postižených osob, ale také vysvětlení, v čem projekt spočívá, jaké důsledky bude jeho realizace mít, jak bude chod nových zařízení zajištěn a zda jsou obavy ze strany obyvatel oprávněné či nikoliv.

Obecně je tedy možné konstatovat, že respondenti zastávají názor, že je správné začleňovat mentálně postižené osoby mezi zdravou populaci, tedy do měst a nikoliv je separovat na periferie. Považují je za přirozenou součást populace, ale právě již zmíněný nedostatek informací je příčinou negativních odpovědí na připravenost společnosti na soužití s mentálně postiženými osobami.

5 Závěr

V teoretické části diplomové práce byla provedena charakteristika mentálně postižených osob s vymezením klasifikace dle World health organization – Světové zdravotnické organizace. Současně zde byla popsána veřejná správa a její úloha na zajišťování péče o zdravotně postižené občany, konkrétně o osoby s mentálním postižením. Veřejná správa zajišťuje péči o tyto osoby prostřednictvím zařízení poskytujících sociální služby, jejichž zřizování probíhá na základě zákona č. 108/2006 Sb. Zřizování těchto organizací je v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí, krajů a obcí. Rovněž byl popsán způsob financování těchto zařízení prostřednictvím rozpočtů a dávek sociální péče. Dále byl nastíněn koncept sociálních služeb v sousedních státech, kterými jsou Spolková republika Německo, Slovenská republika a Rakousko. Současně jsou uvedeny výše finančních příspěvků, které jsou v těchto zemích zdravotně postiženým poskytovány. V neposlední řadě byly charakterizovány některé druhy sociálních zařízení. Poslední kapitola teoretické části práce byla věnována transformaci sociálních služeb, jejímu historickému vývoji a dvěma pilotním projektům, prostřednictvím kterých dochází v České republice ke změně systému poskytování sociálních služeb.

V analytické části práce byl proveden popis transformace sociálních služeb probíhající v Karlovarském kraji ve dvou zařízeních, která poskytují sociální služby pro mentálně postižené. Následně byla provedena sonda chodu jednoho ze dvou těchto zařízení. Tou bylo provedeno přiblížení jejich fungování. Rovněž zde byl proveden spontánní rozhovor s jednotlivými zaměstnanci. Za účelem zjištění postoje k mentálně postiženým, k projektu Transformace sociálních služeb a k integraci takto postižených osob do běžné společnosti byl proveden kvalitativní výzkum. K tomu byla využita metoda interview. Pro získání uceleného pohledu na problematiku byla využita metoda sběru dat pomocí ankety.

Ačkoli je za koncepci a řízení zdravotních a sociálních služeb, které spadají do oblasti sociální politiky zodpovědný každý členský stát Evropské unie, byly jednotlivé členské státy EU vyzvány Evropskou komisí k reformaci ústavní péče. Vláda České republiky na tuto výzvu reagovala přijetím Konceptu podpory transformace pobytových a sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začleňování uživatele do společnosti. V návaznosti na tento koncept byly na území ČR spuštěny dva pilotní projekty. Konkrétně Projekt Podpora

transformace sociálních služeb a Projekt Transformace sociálních služeb. Nedílnou součástí projektu je i vznik nových sociálních služeb, které byly v kraji postrádány. Tato část projektu byla úspěšně naplněna a tím došlo k rozvoji daného regionu. Zda bude splněna i vize projektu, tedy že se integrací osob s tímto druhem postižení zvýší i kvalita jejich života, bude možné zhodnotit až po uplynutí určité doby.

Z výsledků všech uvedených výzkumných metod je možné vyvodit závěr, že změna v systému poskytování sociální péče, který byl dlouhá léta prakticky nezměněn, je silně žádoucí. Tato změna je tedy pozitivně hodnocena. Toto pramení především ze skutečnosti, že mentálně postižení spoluobčané jsou v současnosti již vnímáni jako přirozená součást společnosti. Rovněž není možné je dále izolovat a odsouvat na periferii měst a obcí.

Názorové neshody je možné shledat ve způsobu realizace této změny. Toto je možné výstižně vyjádřit větou jednoho z respondentů, se kterým bylo vedeno interview: „*Myslím si, že jdeme správným směrem, jen špatnou cestou*“. Jednorázové začlenění několika desítek postižených v takto krátkém časovém horizontu v rámci kraje se jeví jako ne příliš šťastné řešení. Jako pozitivně přijímanější varianta začleňování mentálně postižených by bylo jejich postupné začleňování. To by vyžadovalo pečlivější výběr jednotlivých osob dle závažnosti jejich postižení. Rovněž by integrace měla probíhat v delším časovém horizontu. V tomto období by tak bylo možné vyselektovat osoby, které není možné z různých důvodů (ať už se jedná o stupeň jejich postižení nebo věk) do společnosti začlenit. Dále by vznikl prostor pro získání mnoha cenných zkušeností s touto formou poskytování péče.

Rovněž skutečnost, že klienti v nově vzniklých domácnostech nebudou mít nepřetržitý dohled, se jeví jako ne zcela vhodná. Trvalý dohled by zejména v začátcích samostatného bydlení jistě ocenili obyvatelé, kterých se proces transformace dotýká. Tuto možnost by bylo vhodné ještě zvážit. Za úvahu rozhodně stojí, zda v budoucnosti nezvolit jako místo pro vznik nové domácnosti namísto bytů spíše rodinný dům. Ten je v první řadě bezbariérový a rovněž má vlastní zázemí v podobě zahrady. Na té klienti mohou trávit svůj volný čas lépe než na sídlišti mezi panelovými domy.

Je logické, že finanční zatížení státu a ostatních zřizovatelů bude větší. To však nemůže být v moderní společnosti překážkou pro rozvoj v poskytování sociálních služeb.

Přínosem zpracovaného výzkumu je identifikace slabé stránky procesu přeměny systému poskytování sociálních služeb. Za hlavní a nejzávažnější problém, který proces

transformace sociálních služeb provází, je možné označit nedostatečnou informovanost. Na toto je důležité se nyní primárně zaměřit a rozšířit povědomí veřejnosti o celém procesu. Z provedených rozhovorů vyplynulo, že o problematice mentálně postižených není dostupné dostatečné množství informací. Tento nedostatek má zásadní vliv na realizaci projektu transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji a jeho přijímání veřejností. Veřejnost ani zainteresované osoby nebyly dostatečně seznámeny s průběhem realizace projektu a ani s jeho praktickými dopady. Mezi obyvateli tak v důsledku neinformovanosti panují oprávněné obavy ze soužití s takto hendikepovanými lidmi.

Na základě výsledků provedeného výzkumu metodou interview je možné doporučit zvýšení informovanosti obyvatel. To je možné provádět například prostřednictvím k tomu určených besed, nebo pořádáním setkání. Při takovýchto příležitostech bude možné dostat se do bližšího kontaktu s hendikepovanými. Jako informační prostředek by bylo možné zvolit například výstižné letáky, nebo regionální karty sociálních služeb a rozeslat je mezi obyvatele zmíněných obcí. Žádoucí by bylo poskytnout obyvatelům náležitou podporu v případech, kde by se vyskytly nějaké problémy. Zvýšením informovanosti je možné očekávat méně negativních reakcí na nový způsob poskytování sociálních služeb.

Toto doporučení by se však nemělo týkat pouze tohoto projektu. Dostatečná informovanost by měla být zajištěna vždy a s dostatečným předstihem a obzvláště u citlivých témat. Pro přípravu a realizaci dalších projektů se jako vhodné jeví využití transdisciplinárního přístupu. To znamená připravovat projekty rovněž za spolupráce s laickou veřejností, od které je možné získat řadu cenných podnětů.

6 Seznam tabulek

Tabulka 1 Výdaje na sociální služby v letech 2009 – 2013 v tis. Kč	19
Tabulka 2 Měsíční příspěvek na péči (v Kč)	21
Tabulka 3 Výše příspěvku na péči (v € za měsíc)	22
Tabulka 4 Výše příspěvku na péči (v € za měsíc)	23
Tabulka 5 Seznam respondentů	53

7 Seznam grafů

Graf 1 Setkání s osobou s mentálním postižením	70
Graf 2 Povědomí o existenci ústavních zařízení	71
Graf 3 Povědomí o projektu Transformace sociálních služeb v Karlovarském kraji	72
Graf 4 Praktický význam Transformace sociálních služeb	73
Graf 5 Informovanost o projektu Transformace sociální péče	74
Graf 6 Názory na bydlení v individuálních domácnostech	75
Graf 7 Reakce na případné soužití s mentálně postiženými	76
Graf 8 Přípravenost na soužití s mentálně postiženými	77

8 Seznam použitých zdrojů

1. ČR, SONS. Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých ČR. [Online] [Citace: 10. 8 2014.] Dostupné z: <http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>.
2. **LANGER, Stanislav.** *Mentální Retardace - Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova.* Hradec Králové : KOTVA, 1996. str. 273. ISBN 80-900-2548-X. .
3. **HACHOVÁ, Stanislava.** *Výchova a vzdělávání osob s mentálním postižením.* monografie. Ústí nad Labem : Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2013. str. 109. ISBN 978-80-7414-677-0.
4. **PIPEKOVÁ, Jarmila.** *Kapitoly ze speciální pedagogiky: základy, teorie, praxe.* Brno : Paido, 2006. str. 404. ISBN 80-731-5120-0..
5. **ŠVARCOVÁ, Iva.** *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče.* Praha : Portál s. r. o., 2001. str. 178. ISBN 80-7178-506-7.
6. **VÍTKOVÁ, Marie.** *Integrativní školní (speciální) pedagogika: základy, teorie, praxe.* Brno : MSD, 2004. str. 248. ISBN 80-866-3322-5.
7. **MORKES, František.** *Postižený člověk v dějinách II, Texty k dějinám speciálně pedagogické teorie a praxe.* Hradec Králové : 1. vyd., Gaudeamus, 2007. ISBN 978-807041-081-3.
8. **SCHARSACH, Hans-Hennig.** *Lékaři a nacismus.* Praha : Themis, 2001. str. 223. ISBN 80-85821-90-7.
9. **ČMEJREK, Jaroslav a Radek KOPŘIVA.** *Základy veřejné správy.* Praha : Česká zemědělská univerzita, Provozně ekonomická fakulta, 2007. str. 126. ISBN 978-80-213-1626-3.
10. **HENDRYCH, Dušan.** *Správní věda: Teorie veřejné správy.* Praha : ASPI Publishing, s. r. o., 2003. str. 196. ISBN 80-86395-86-3.
11. **HLEDÍKOVÁ, Zdeňka, Jan JANÁK, Jan DOBEŠ a Jan JANÁK.** *Dějiny správy v českých zemích od počátků státu po současnost: teorie veřejné správy.* Praha : NLN, 2005. str. 568. ISBN 80-7106-709-1.

12. **ČECHÁK, Vladimír.** *Vývoj veřejné správy v Československu a České republice (1945-2004)*. Praha : Vysoká škola finanční a správní, o. p. s., 2004. str. 262. ISBN 80-86754-22-7.
13. **PRŮŠA, Ladislav.** *Ekonomie sociálních služeb*. Praha : ASPI, 2007. str. 179. ISBN 978-80-7357-255-6.
14. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Posuzování zdravotního stavu pro účely jednotlivých sociálních systémů od 1. 1. 2014. [Online] [Citace: 20. 9 2014.] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/16982/posuzovani_zdravi_2014.pdf.
15. **HORECKÝ, Jiří.** Rakousko. [Online] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/14440/2_Rakousko.pdf.
16. Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenskej republiky: Ťažké zdravotné postihnutie. [Online] [Citace: 29. 09 2014.] Dostupné z: <http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/>.
17. Ministerstvo práce a sociálních věcí . [Online] [Citace: 20. listopad 2014.] Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf.
18. EurActiv.cz. [Online] [Citace: 26. prosinec 2014.] Dostupné z: <http://www.euractiv.cz/socialni-politika/link-dossier/transformace-socialnich-sluzeb-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-000084>.
19. Národní centrum podporytransformace sociálních služeb. [Online] [Citace: 20. listopad 2014.] Dostupné z: http://www.trass.cz/TrassDefault.aspx?rid=17614&app=Article&grp=Content&mod=ContentPortal&sta=ArticleDetail&pst=ArticleDetail&p1=OID_INT_8879&p2=Header_BOOL_True&p3=RoundPanel_BOOL_True&p4=VPath_STRING_&acode=28394140.
20. Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské. [Online] [Citace: 25. listopad 2014.] Dostupné z :<http://www.domov-marianska.cz/sluzby>.
21. Domov PATA pro osoby se zdravotním postižením v Hazlově. [Online] [Citace: 25. listopad 2014.] Dostupné z: <http://www.usp-pata.cz/index.php>.

22. MDAC. Mental disability advocacy center. [Online] [Citace: 20. 12 2014.] Dostupné z: http://www.mdac.org/sites/mdac.info/files/klecova_luzka_a_pouzivani_omezovacich_prostredku.pdf.

9 Přílohy

Příloha č. 1 - Ceník za poskytované služby

Příloha č. 2 - Smlouva

Příloha č. 3 - Etický kodex

Příloha č. 4 - Domácí řád

Příloha č. 5 - Směrnice – úhrady za služby

Příloha č. 6 - Scénář k interview

Příloha č. 7 - Anketa

Sociální služba "Domov pro osoby se zdravotním postižením"

Za poskytované sociální služby v "Domově pro osoby se zdravotním postižením", klient platí:

1) Ubytování: také zahrnuje topení, teplou a studenou vodu, elektrické energie, praní, žehlení a drobné opravy v domácnostech.
Denně za dvoulůžkový pokoj **140,- Kč**, vícelůžkový pokoj **120,- Kč**

2) Stravování: strava je poskytována 5x denně na základě předem zveřejněného jídelního lístku. Stravu je možné upravit podle individuální potřeby klienta, nebo na základě doporučení lékaře s ohledem na zdravotní stav, poskytnout stravu dietní nebo diabetickou. Denně za celodenní stravu **140,- Kč** (včetně režijních nákladů).
Nezaopatřené děti hradí stravu ve výši **80,- Kč** (stravovací jednotky bez režijních nákladů).

3) Příspěvek na péči: ve výši přiznaného měsíčního příspěvku.

4) Za sjednané fakultativní činnosti: doprava klienta nebo jeho věci, podle ujednání.
Částka za tuto fakultativní činnost činí **6,- Kč za 1 km jízdy**.

Stanovení úhrady, cen jednotlivých jídel, úhrady nákladů při pobytu klienta mimo Domov najdete ve vnitřním předpisu „Úhrada za poskytované sociální služby DOZP.“

Sociální služba "Chráněné bydlení"

Za poskytované sociální služby v "Chráněném bydlení", klient platí:

1) Ubytování: včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování.
Denně **145,- Kč**,

2) Stravování: Stravování v jednotlivých domácnostech je zajištěno svépomocí. Strava je připravována za případné dopomoci asistentů minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel denně na základě předem individuálně domluveného jídelního lístku. Stravu je možné upravit podle individuální potřeby klienta, nebo na základě doporučení lékaře s ohledem na zdravotní stav, poskytnout stravu dietní nebo diabetickou. Klient se zavazuje přispívat do společného rozpočtu domácnosti na stravování.

Příspěvek do společného rozpočtu domácnosti činí denně **112,- Kč**

Stravování je možné individuálně zajistit i dovozem hotových jídel, jako službu z vlastní kuchyně organizace, případně od externích dodavatelů.

Úhrada stravy dodavatelsky probíhá z vlastního rozpočtu domácnosti na stravování, případně individuálního rozpočtu klienta na stravování.

Asistent vhodným způsobem motivuje klienty, tak aby domluvený jídelníček přiměřeně odpovídal věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování.

3) Příspěvek na péči: Podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů. Pokud poskytování těchto úkonů, včetně času nezbytného k jejich zajištění, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí. Cena za provedené úkony podpory činní za hodinu **120,-Kč**

4) Za sjednané fakultativní činnosti: doprava klienta nebo jeho věcí, podle ujednání. Částka za tuto fakultativní činnost činí **6,- Kč za 1 km jízdy.**

Zdroj: Domov PATA pro osoby se zdravotním postižením v Hazlově, dostupné z <http://www.usp-pata.cz/?str=cenik>

Smlouva
o poskytnutí služby sociální péče
v domově pro OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
Níže uvedeného dne, měsíce a roku **u z a v í r a j í** :

1. *Poskytovatel:* **Domov Laguna Psáry, poskytovatel sociálních služeb**
Sídlo: Jílovská 138, 252 44 Psáry
IČ: 44685165
Zastoupený: Mgr. Jakubem Adámkem, ředitelem domova
zapsaný v Obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, v oddíle Pr, vložce 862

v textu této smlouvy dále jen „Poskytovatel“

a

2. *Uživatel:*
Adresa:

v textu této smlouvy dále jen „Uživatel“

Zastoupený:
Trv. bytem:

v souladu s ustanovením § 48 zák. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Smlouvu o poskytnutí služby sociální péče v domově pro osoby se zdravotním postižením

(v textu této smlouvy dále jen „Smlouva“):

I.
Rozsah poskytování sociálních služeb

- (1) Poskytovatel se zavazuje poskytovat Uživateli v prostorách areálů Domova Laguna Psáry:
- a) ubytování,
 - b) stravování,
 - c) úkony péče.
- (2) Uživateli mohou být poskytovány dle jeho výběru jako fakultativní další služby. Podrobnější úprava poskytování sociálních služeb uvedených v odst. (1) a (2) čl. I. je obsažena ve Vnitřních pravidlech Domova Laguna Psáry pro poskytování sociálních služeb (dále jen Vnitřní pravidla), které jsou přílohou a nedělitelnou součástí této Smlouvy.

II. Ubytování

- (1) Poskytovatel se zavazuje poskytovat Uživateli ubytování a Uživatel se zavazuje platit za toto ubytování úhradu.

Ubytování se poskytuje:

- v jednolůžkovém, dvojlůžkovém a třílůžkovém pokoji s vlastní kuchyňskou linkou, bezbariérovým WC a sprchovým koutem nebo
 - v jednolůžkovém, dvojlůžkovém, třílůžkovém a čtyřlůžkovém pokoji se společnou kuchyňskou linkou, společným bezbariérovým WC a sprchovým koutem nebo
 - ve čtyřlůžkovém pokoji se společnou kuchyňskou linkou, společným bezbariérovým WC, společným sprchovým koutem, rehabilitační perličkovou vanou a polohovací postelí.
- (2) Pokoj je vždy vybaven následujícím zařízením: lůžkem, nočním stolkem, šatní skříň, prádelníkem, stolem, židlí, nástrojným svítidlem, lampičkou. Po dohodě s Poskytovatelem si může Uživatel pokoj vybavit také vlastním nábytkem.
- (3) V rámci ubytování může Uživatel způsobem obvyklým užívat společně s ostatními uživateli v Domově Laguna Psáry mimo pokoje a prostory uvedené v předchozím odstavci:
- a) jídelnu,
 - b) společenské místnosti,
 - c) bazén,
 - d) víceúčelovou halu (tělocvična),
 - e) venkovní prostory obou areálů domova.
- (4) Ubytování zahrnuje také topení, dodávku teplé a studené pitné vody, elektrického proudu, úklid, praní, drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení a žehlení.
- (5) Poskytovatel je povinen udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a užívání a zajistit nerušený výkon práv Uživatele spojených s užíváním těchto prostor.
- (6) Uživatel je povinen užívat prostory vyhrazené jemu k ubytování a k užívání řádně; v prostorách nesmí Uživatel bez souhlasu Poskytovatele provádět žádné změny ani tyto prostory využívat k ubytování dalších osob.
- (7) Uživatel má možnost využívat společnou místnost pro praní a žehlení prádla.
- (8) Uživatel může používat společné sociální zařízení a koupelny v areálu domova.

III. Stravování

- (1) Poskytovatel se zavazuje poskytovat Uživateli stravu a Uživatel se zavazuje za poskytnutí stravy platit úhradu.
- (2) Stravování probíhá podle Vnitřních pravidel a na základě předem zveřejněného jídelního lístku (týden předem) v počtu 4 jídel denně.
- (3) V případě potřeby Poskytovatel zajistí stravování podle individuálního dietního režimu Uživatele.
- (4) Strava je podávána ve společné jídelně v budově č. 1 areálu I. a v budově č. 7 areálu II. v Domově Laguna Psáry.
- (5) Uživatel má právo stravu neodebrat.

IV. Úkony péče

Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat Uživateli, který je příjemcem příspěvku na péči, tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) podporování vztahu se společenským prostředím (návštěva kulturních a sportovních akcí),
- d) možnost využití rekreačních zájezdů jak tuzemských tak zahraničních,
- e) sociálně terapeutické činnosti,
- f) zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání (možnost plnění povinné školní docházky nebo možnost navštěvovat kurz celoživotního vzdělávání),
- g) podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu,
- h) aktivizační činnosti a volnočasové aktivity,
- i) dokumentace a správa financí,
- j) pomoc při komunikaci,
- k) nabídky k uspokojování duševního života, osobní rozhovory, podpora v krizových životních situacích,
- l) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,
- m) Poskytovatel zajistí Uživateli základní sociální poradenství v rozsahu stanoveném vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o soc. službách.

Uživatel, který není příjemcem příspěvku na péči a jsou mu na základě jeho žádosti výše uvedené činnosti poskytovány, je povinen je uhradit dle ceníku obsaženého ve Vnitřních pravidlech.

V.
Fakultativní služby

Poskytovatel může Uživateli v případě jeho zájmu poskytnout fakultativní služby nad rámec základních služeb uvedených v čl. II., III. a IV. Smlouvy. Soupis těchto služeb včetně cen za jejich poskytnutí je obsažen ve Vnitřních pravidlech.

VI.
Místo a čas poskytování sociálních služeb

- (1) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují v areálu č. I. Domova Laguna Psáry na adrese Jílovská 138, 252 44 Psáry a v areálu č. II. Domova Laguna Psáry na adrese Jílovská 141, 252 44 Psáry.
- (2) Služby sjednané v čl. I. Smlouvy se poskytují 24 hodin denně, a to každý den po dobu účinnosti Smlouvy.

VII.
Výše úhrady a způsob jejího placení

- (1) Uživatel (jeho zákonný zástupce, opatrovník) se zavazuje uhradit Poskytovateli za služby sjednané v čl. I, odst. (1) Smlouvy v souladu s ustanovením § 73 a násl. zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a v souladu s vyhláškou č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- (2) Uživatel je povinen zaplatit za celoroční pobytovou službu:
Úhradu za ubytováníve výši 110-150 Kč denně
Úhradu za stravu.....ve výši 130 Kč denně

Celková měsíční úhrada za ubytování a stravu činí
.....Kč

Uživatel je dále povinen uhradit za poskytování úkonů péče uvedených v čl. IV. Smlouvy za kalendářní měsíc částku ve výši přiznaného příspěvku na péči podle zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

- (3) Úhrada za služby – ubytování a stravování – je Uživatelem hrazena z jeho vlastního příjmu (invalidního důchodu), maximálně do výše 85 % tohoto příjmu, a úkony péče jsou Uživatelem hrazeny z příspěvku na péči. Fakultativní služby, pokud jsou Uživateli poskytovány, jsou hrazeny z příjmu, resp. jiných prostředků. Výše úhrad je stanovena ve Vnitřních pravidlech.
- (4) Pokud by Uživateli po zaplacení úhrady za ubytování a stravu za kalendářní měsíc nezůstala částka ve výši minimálně 15 % jeho měsíčních příjmů, částky úhrady za ubytování a stravu se dočasně poměrně sníží tak, aby Uživateli zůstala k jeho ostatní potřebě částka rovnající se 15 % jeho měsíčních příjmů. Takto vzniklý rozdíl mezi sazbou úhrady a skutečnou úhradou nebude považován za dluh Uživatele vůči Poskytovateli.

- (5) Poskytovatel se může dohodnout s příbuznými Uživatele o doplacení úhrady za ubytování a stravu v případě nižšího příjmu Uživatele, než činí úhrada za pobyt a stravu, pokud 85 % příjmů uživatele na úhradu za ubytování a stravu nepostačuje.
- (6) Poskytovatel je povinen předložit Uživateli vyúčtování úhrady za veškeré služby poskytované podle této Smlouvy za kalendářní měsíc, jestliže o to Uživatel požádá, a to do 8 dnů od požádání.
- (7) Uživatel se zavazuje a je povinen platit úhradu podle tohoto článku Smlouvy bezhotovostním převodem na účet Poskytovatele č. 0382470349, kód banky 0800, vedeného u ČS Příbram, míst. pob. v Jílovém u Prahy nebo v hotovosti v pokladně Poskytovatele. Úhrada musí být připsána na účet Poskytovatele nebo složena do pokladny do posledního dne měsíce, za který je úhrada placena. Pokud je invalidní důchod se souhlasem Uživatele poukázován ČSSZ v rámci hromadného seznamu přímo na účet Poskytovatele, vyplatí Poskytovatel každého 15. dne v měsíci po odečtení úhrady za poskytnuté služby zůstatek invalidního důchodu Uživateli hotově v pokladně domova nebo podle přání uloží zůstatek invalidního důchodu na depozitní účet Uživatele.
- (8) V případě, že Uživatel v určitém období nečerpá sociální služby Poskytovatele, má právo na vrácení zaplacené úhrady za nečerpané služby v souladu s Vnitřními pravidly. Přeplatek je Poskytovatel povinen vrátit do konce následujícího po měsíci, za který přeplatek vznikl.
- (9) V případě valorizace důchodů, zvýšení cen energií, potravin nebo dalších surovin či zdrojů oproti stavu ke dni uzavření Smlouvy, je Poskytovatel oprávněn provést navýšení úhrady za ubytování a stravu, a to s účinností od měsíce následujícího po měsíci, ve kterém bude takové navýšení Uživateli písemně oznámeno. Nesouhlasí-li Uživatel se zvýšením úhrady za ubytování a stravu, je oprávněn od Smlouvy odstoupit.

VIII.

Ujednání o dodržování Vnitřních pravidel

Uživatel (jeho zákonný zástupce, opatrovník) prohlašuje, že byl seznámen s Vnitřními pravidly. Vnitřními pravidly této Smlouvy jsou obě strany povinny se řídit.

IX.

Doba trvání Smlouvy, ukončení smlouvy

- (1) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti jejím uzavřením, tj. okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
- (2) Tato Smlouva se uzavírá na dobu neurčitou. Tuto Smlouvu může každá ze smluvních stran vypovědět písemnou výpovědí doručenou druhé smluvní straně.
- (3) Uživatel (jeho zákonný zástupce, opatrovník) může tuto Smlouvu vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta činí v tomto případě jeden měsíc a počne běžet prvního dne měsíce následujícího po měsíci, ve kterém byla písemná výpověď doručena Poskytovateli.
- (4) Poskytovatel může tuto Smlouvu vypovědět písemnou výpovědí doručenou Uživateli, a to z důvodů níže uvedených.

- (5) V případě výpovědi ze strany Poskytovatele s uvedením výpovědního důvodu sjednaného touto Smlouvou, činí výpovědní lhůta tři měsíce a počne běžet prvního dne měsíce následujícího po měsíci, ve kterém byla písemná výpověď doručena Uživateli. Tuto výpověď je možné uskutečnit pouze v případě, že Uživatel bude mít zajištěnu další službu.
- (6) Smluvní strany sjednávají tyto důvody, pro které může Poskytovatel Smlouvu vypovědět:
- zamlčení příjmů,
 - prodlení Uživatele s úhradou za ubytování, stravu a úkony péče za tři a více měsíců poskytování těchto služeb podle této Smlouvy,
 - jednání Uživatele, které má jinak znaky trestného činu,
 - nevyužívání ubytování Uživatелеm po dobu v úhrnu více jak 180 dní v kalendářním roce.
- (7) Tato Smlouva může být ukončena písemnou dohodou smluvních stran.

X.

Další ujednání

- (1) Ochrana práv uživatelů se řídí dle obecně závazných norem a pravidel občanského soužití, platných zákonů ČR, zejména Listiny základních práv a svobod a Etického kodexu domova, který je obsažen ve Směrnici ředitele Domova Laguna č. 9/2007. Uživatel podpisem této Smlouvy potvrzuje, že převzal 1 vyhotovení této Směrnice. Ochrana osobních údajů se řídí dle zákona č. 101/2000 Sb.
- (2) Uživatel (zákonný zástupce, opatrovník) souhlasí, aby Poskytovatel služeb v souladu s obecně závaznými právními předpisy shromažďoval a zpracovával jeho osobní a citlivé údaje pro vnitřní potřebu evidence a informovanosti zainteresovaného personálu, a to v rozsahu nezbytném pro plnění povinností Poskytovatele podle této Smlouvy.
- (3) Uživatel (jeho zákoný zástupce, opatrovník) má právo nahlížet do dokumentace, kterou o něm Poskytovatel služeb vede.
- (4) Uživatel (jeho zákoný zástupce, opatrovník) má právo podat ústní či písemnou stížnost při nedodržování podmínek rozsahu a kvality služeb. Stížnost se podává dle Vnitřních pravidel Poskytovatele.
- (5) Vyskytne-li se u Uživatele problémové chování, kterým ohrožuje Uživatel sebe nebo další osoby, vyhrazuje si Poskytovatel právo použít restriktivní opatření (fyzické úchopy, konzultaci postupů s psychiatrem + následná opatření) v souladu s obecně závaznými právními předpisy. Tyto postupy jsou vždy písemně zaznamenány a vždy oznámeny zákonnému zástupci, opatrovníkovi a zřizovateli. Dojde-li ze strany Uživatele k útoku na další osoby, může Poskytovatel přistoupit k hospitalizaci Uživatele ve specializovaném zařízení na dobu nezbytně nutnou. O tomto faktu bez odkladu informuje zákonného zástupce či opatrovníka Uživatele.

XI.
Závěrečná ujednání

- (1) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- (2) Smlouva může být měněna pouze písemně.
- (3) Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.
- (4) Smluvní strany prohlašují, že Smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumí a s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V Psárech dne

.....

.....
Uživatel
zastoupený opatrovníkem

Poskytovatel
zastoupený ředitelem domova
Mgr. Jakubem Adámkem

Zdroj: Domov Laguna Psáry, dostupné z: <http://www.lagunapsary.cz/download.asp>

Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské, příspěvková organizace

Jáchymov, část Mariánská č.p.161, 363 01 Ostrov

Etický kodex

pracovníka Domova pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské

Motto:

Hodnota člověka se nepozná podle toho, kolik chvály a ocenění mu společnost přichystala za jeho viditelné činy, ani podle toho, jak vysoko vyšplhal po žebříčku pomyslných hodnot společnosti, ale podle toho kolik lásky k lidem má ve svém srdci a jestli jeho činy přinesly pocit štěstí a radosti do srdcí, které to potřebovaly.

Úvod

1. Účinná pomoc přichází tam, kde nemyslíme na sebe, ale na druhé, kde pomáhat znamená vytvářet v druhém pocit štěstí a radosti, odstraňovat bolesti a trápení každodenního života i samotu, která naplňuje smutkem.
2. Role pomáhajícího profesionála je založena na morálních a charakterových vlastnostech člověka. Znalosti a dovednosti jsou jen základem, který ukazuje pracovní postupy a způsoby efektivních řešení situací a dovoluje nám odhadovat důsledky naší práce. Charakterové vlastnosti nám však umožňují pochopit, že v naší práci účel nesvětí prostředky a i ty nejefektivnější řešení nejsou dobrá, když omezují svobodu a důstojnost osob, které jsou na nás závislé a nepřinášejí jim štěstí. Efektivita naší práce se dá hodnotit jen spokojeností klienta, člověka, který má svou individualitu, a jehož život je pro svět stejně důležitý, jako ten náš.
3. Činnost pomáhajícího profesionála je založena také na hodnotách demokracie a lidských práv. Pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin a jednotlivců v souladu s Deklarací práv mentálně postižených osob, Chartou lidských práv Spojených národů, Úmluvách o právech dítěte a zároveň se řídí zákony České republiky.
4. Jakákoli forma diskriminace je nepřijatelná.

Etické zásady práce v Domově

1. Zásada rovného přístupu ke klientovi

Základní zásady přístupu ke klientovi vycházejí z jeho práva na soukromí, důvěrnost, sebeurčení a autonomii. Tato práva platí pro každého klienta bez výjimky.

- a. Pracovník ctí jedinečnost každého klienta bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, zdravotní a mentální stav, sexuální orientaci, ekonomickou a sociální situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jakým způsobem se podílí na životě společnosti.
- b. Pracovník respektuje klienta jako rovnocenného partnera, který má své důležité místo v našem světě, se všemi jeho občanskými právy a povinnostmi, včetně odpovědnosti za vlastní jednání v míře dané jeho postižením. Klient podle úrovně svých možností spolurozhoduje a také se spolupodílí na poskytování podpory a péče. Pracovník hledá způsoby, jak klienta zapojit do rozhodování o sobě samém a do řešení jeho životních situací.
- c. Pracovník přistupuje ke klientovi jako k jedinečné lidské bytosti s pochopením, empatií a trpělivostí, bez jakékoli formy diskriminace kvůli jeho vzhledu, stavu nebo postižení.
- d. Pracovník při poskytování podpory a péče respektuje životní hodnoty a obyčeje jednotlivce i jeho právo na sebeurčení a seberealizaci v míře, která toto právo neupírá jiným.

2. Zásada kvality a efektivnosti

Efektivita naší práce se dá hodnotit jen spokojeností klienta.

- a. Pracovník vynakládá úsilí k maximálně efektivnímu a ekonomickému spravování a využívání majetku organizace, lidských zdrojů, finančních prostředků, zařízení a služeb, které mu byly svěřeny. V případě, že zjistí porušování těchto zásad u svých kolegů, upozorní je na to. Pokud uvedené jednání trvá, upozorní na ně svého vedoucího.
- b. Pracovník si uvědomuje a zachovává hranice vlastních kompetencí a vykonává práci na vysoké odborné úrovni. Snaží se ovlivňovat pracovní postupy a pracovní prostředí s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb.

3. Zásada etického výkonu práce

Při své práci jednáme tak, aby byla všem stejně poskytována přiměřená, dostatečná podpora a péče a aby nedocházelo k situacím, ve kterých by klient byl znevýhodněn nebo neodůvodněně separován.

- a. Pracovník je povinen práci vykonávat odpovědně, čestně, v dobré víře a ve shodě s posláním a zásadami organizace. Respektuje při tom pravidla slušnosti, porozumnění, ochoty a dodržuje obecná pravidla etického chování.
- b. Pracovník jedná vůči všem partnerům zdvořile a s úctou, bez ohledu na jejich postavení, pohlaví, etnický nebo sociální původ, sexuální orientaci, národnost, majetkové poměry, zdravotní stav, věk, manželský a rodinný vztah, jazyk, víru a náboženství, politické smýšlení apod.
- c. Pracovník nepoužije vůči klientům nepřiměřených, nerealistických nebo nadhodnocených slibů, o kterých ví, že se nedají splnit.

4. Zásada odbornosti výkonu povolání

Každý pracovník je zodpovědný za svůj profesní růst, celoživotní vzdělávání a nácvik dovedností, což jsou základní předpoklady pro udržení a rozvoj vysokého standardu služby.

- a. Pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže Domova.
- b. Pracovník je povinen znát a dodržovat zákony a ostatní závazné předpisy platné pro výkon jeho povolání.
- c. Pracovník respektuje, že týmová práce a supervize jsou nedílnou součástí práce v pomáhajících profesích.

5. Zásada profesionality

Pracovník je zodpovědný za každý svůj profesionální čin. V rámci výkonu povolání má profesionální odpovědnost a zájem klienta prioritu před osobními zájmy.

- a. Pracovník v rámci své působnosti provádí ty úkony, které odpovídají obecně uznávaným metodám. Vybírá ty metody, které jsou z etického i odborného hlediska pro klienta nejvhodnější. Nezvolí ten postup nebo metodu, které by neúměrně zvyšovaly riziko ohrožující zdraví, život nebo kvalitu života klienta vzhledem k očekávanému přínosu, stejně jako z obavy před rizikem nerezignuje na možnost rozvoje klienta a jeho dovednosti.
- b. Pracovník má právo odmítnout poskytování podpory a péče klientovi pouze z odborných a kapacitních důvodů nebo z důvodů svědomí. Odmítnout péči může i tehdy, hrozí-li mu prokazatelná fyzická nebo psychická újma ze strany klienta.
- c. Pracovník ručí klientovi a jeho blízkým za svědomité a pečlivé plnění své profesionální povinnosti.
- d. Pracovník v přítomnosti klientů neřeší problémy provozního, profesního nebo osobního charakteru.
- e. Pracovník si je vědom své spoluzodpovědnosti za kvalitu života klienta v okamžiku, kdy s ním pracuje nebo ho doprovází.
- f. Pracovník je zodpovědný za dodržování dohodnutého kontraktu (zakázky klienta).

Povinností pracovníků je dodržovat tento etický kodex. Jejich povinností je však také hájit svou profesionální i lidskou čest v případech, kdy je ohrožena pomluvou, lží, nepravdivou výpovědí s uvedením nesprávných, neúplných nebo lživých výroků, nečestnou praktikou či činem, neuctivým a nedůstojným chováním, zneužíváním vztahů či závislostí a nerespektováním obecně uznávaných morálních, etických a společenských norem, čímž hrozí poškození jeho dobrého jména i jména celé organizace.

Rozum nám řekne, co máme pomínout. Srdce nám však napoví, co máme udělat...

Tento Etický kodex byl diskutován se všemi pracovníky Domova a schválen supervizním týmem vedení Domova.

V Mariánské dne 9.1.2007

Ing. Pavel Novák
ředitel Domova

*Zdroj: Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské, dostupné z:
<http://www.domov-marianska.cz/vnitri-predpisy>*

Pravidla pro pobyt v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské (domácí řád)

Obsah pravidel pro pobyt v Domově:

- 1 Obecná ustanovení
- 2 Ubytování
- 3 Stravování
- 4 Hygiena
- 5 Úschova cenných a jiných věcí
- 6 Zdravotní a ošetrovatelská péče
- 7 Dobrovolná pracovní a pracovníně výchovná činnost a produktivní práce
- 8 Vycházky mimo areál Domova
- 9 Pobyt uživatelů mimo Domov
- 10 Návštěvy
- 11 Doba klidu
- 12 Poštovní zásilky
- 13 Škody
- 14 Podněty a stížnosti
- 15 Opatření při porušování pravidel pobytu a možnosti vypovězení smlouvy a poskytnutí sociální služby
- 16 Závěrečná ustanovení
- 17 Rozsah platnosti

1 Obecná ustanovení

1. Tento dokument stanovuje základní pravidla pobytu osob, kterým Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské (dále jen „Domov“) poskytuje sociální služby (dále jen „klient“) a dále pro zaměstnance Domova při poskytování služeb, podpory a péče v rámci naplňování základního poslání, principu a cílu organizace.
2. Pravidla vycházejí z principů zachování lidské důstojnosti a autonomie klientů, jako uživatelů sociálních služeb, z respektu k jejich názorům a rozhodnutím a kladou důraz na dodržování základních lidských práv a svobod, ostatních práv podle platného právního řádu České republiky a mezinárodních dokumentů, kterými je Česká republika vázána.
3. Cílem poskytovaných služeb je podpora samostatnosti a soběstačnosti klientů a zajištění možného soukromí, na základě individuálních potřeb klienta. Smyslem poskytovaných sociálních služeb je rovněž přiblížit klienta sociálnímu začlenění a předcházet jeho sociálnímu vyloučení.

2 Ubytování

1. Klient se po svém příchodu do Domova ubytuje v pokoji. Při ubytování klienta se přihlíží k jeho přáním, zdravotnímu stavu, hloubce a rozsahu postižení.
2. Věci, které si s sebou klient do Domova přinese, i věci, které mu byly Domovem poskytnuty, jsou označeny osobní značkou tak, aby nesnižovala lidskou důstojnost a jsou uloženy na místa tomu určená (skříň, noční stolek, apod.). Osobní značkou se označují také věci zakoupené, darované nebo poskytnuté klientovi během pobytu v Domově (šatstvo, obuv, prádlo). Soupis osobních věcí a veškerých cenností se provádí za účasti svědků a je řádně evidován v příslušné dokumentaci.
3. V Domově není dovoleno přechovávat nebezpečné předměty, zbraně, chemikálie, věci hygienicky závadné nebo vzbuzující odpor a věci v nadměrném množství.
4. Pro klienta platí zákaz manipulace s otevřeným ohněm, zapalování svíček na pokojích i ve společných prostorách.
5. V celém areálu Domova platí s ohledem na požární bezpečnost zákaz kouření mimo vyhrazené prostory.
6. Vlastní elektrické spotřebiče klient používá se souhlasem Domova.
7. Klient je povinen hradit telekomunikační poplatky za ty přístroje, které jsou v jeho osobním užívání.
8. Věci poskytnuté Domovem klientům zůstávají majetkem Domova. Klienti jsou povinni s nimi zacházet setrně, hospodárně a dbát na to, aby na věci nevznikla škoda, a při ukončení platnosti smlouvy je vrátit ve stavu, který odpovídá délce jejich užívání.

9. Klienta lze v průběhu pobytu přemístit na jiný pokoj pouze s jeho souhlasem a souhlasem zákonného zástupce. O přemístění uživatele rozhoduje porada o klientech. Navrh na přemístění může podat jak personál, tak sám klient.
10. Klienta lze bez jeho souhlasu a bez souhlasu zákonného zástupce přemístit na jiný pokoj jen z důvodu havárie, stavebních úprav objektu, ve kterém žije a na základě změny jeho zdravotního stavu, která vyžaduje péči a podporu v jiném rozsahu, než je péče poskytována na oddělení, na kterém je umístěn.

3 Stravování

1. Domov poskytuje celodenní stravování, rozsah odebírané stravy je stanoven smlouvou. Strava v Domově je přizpůsobena svým složením, množstvím a upravou věku a zdravotnímu stavu klientu. Dietní stravování doporučuje lékař.
2. Potraviny mohou klienti i zaměstnanci ukládat jen na místa k tomu určená v souladu s hygienickými předpisy.
3. V Domově je zřízena stravovací komise jejímiž členy mohou být i klienti Domova. Ve své činnosti se komise zaměřuje na vhodnost a kvalitu stravy pro klienty Domova a na úroveň jejich stravování. Ve věci stravování se klienti obrazejí především na tuto komisi. Komise se podílí na tvorbě jídelního lístku, který je zpravidla tvořen na dva týdny.
4. Klient má právo stravu neodebrat, dle vnitřních pravidel pro odhlašování stravy.

4 Hygiena

1. V Domově pečují klienti o osobní hygienu, o čistotu svého šatstva, prádla, obuvi a pořádek ve svém pokoji, pokud to dovoluje jejich zdravotní stav a rozsah zdravotního postižení.
2. Klienti dodržují zásady osobní hygieny. K dodržování osobní hygieny patří holení, strihaní a základní péče o vlasy a nehty.
3. Domov poskytuje klientovi pomoc při osobní hygieně v rozsahu jeho závislosti na pomoci jiné osoby.
4. Osobní prádlo si klienti vyměňují za čisté dle potřeby. Klient má možnost odevzdat znečištěné prádlo ihned k vyprání. Praní a žehlení prádla zajišťuje prádelna domova a jednotlivá oddělení dle vnitřního předpisu.
5. V případě, kdy klient nedodržuje základní hygienické zvyklosti a tím ohrožuje zdraví své i ostatních (např. skladuje shnilé a plesnivé potraviny, znepríjemňuje zápachem ze skříně, nebo osobních věcí apod.) je povinen umožnit personálu oddělení provést za přítomnosti dalšího pověřeného zaměstnance potřebná opatření (úklid, dezinfekce, vyprání oblečení apod.).

5 Úschova cenných a jiných věcí

1. Při nástupu nebo také v průběhu pobytu v Domově může klient nebo jeho zákonný zástupce požádat Domov o převzetí finančních hodnot klienta do správy nebo úschovy Domova.
2. Vztah mezi Domovem a klientem ve věcech podle odstavce 1 je založen Smlouvou o poskytování sociální služby.
3. Domov neodpovídá za majetkové hodnoty klienta, které nepřevzal do správy nebo úschovy.

6 Zdravotní a ošetrovatelská péče

1. Domov poskytuje uživatelům nezbytnou zdravotní péči na základě ordinace lékaře, ošetrovatelskou a rehabilitační péči odpovídající jejich zdravotnímu stavu. Potřebu lékařského vyšetření nebo ošetření hlásí klient službukonajícímu personálu.
2. Vlastní úraz nebo úraz jiné osoby hlásí klient prostřednictvím službukonajícího personálu.
3. Klienti jsou povinni podrobit se vstupní lékařské prohlídce, preventivním prohlídkám, povinnému očkování dle vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, vyšetření a ošetření v době nemoci nebo urazu, dodržovat léčebný režim, příkazy lékaře a zdravotnických pracovníků a užívat předepsané léky. Léky zajišťuje a připravuje klientům zdravotnický personál dle ordinace lékaře.
4. Klient, u něhož je podezření na infekční onemocnění, bude na základě rozhodnutí lékaře přeložen na izolační pokoj Domova nebo na infekční oddělení nemocnice.

7 Dobrovolná pracovní a pracovní výchovná činnost a produktivní pracovní činnost

1. Dle svých schopností a rozsahu postižení se klient zapojuje do drobných domácích činností např. pomoc při denním úklidu svého pokoje (např. větrání příkrývek a polštářů, stlání postele a utírání prachu), popřípadě také v jiných společných místnostech a při jiných činnostech ve prospěch svůj i ostatních klientů.
2. Rozsah a obsah pracovních činností, které může uživatel vykonávat je vymezen a upřesňován při sestavování a hodnocení individuálního plánu klienta.
3. V případě výkonu produktivních prací klientů v provozech Domova zajišťuje zaměstnavatel klientovi pracovní právní náležitosti výkonu těchto prací.
4. Domov umožňuje a podporuje pracovní uplatnění klientů v běžné společnosti (mimo areál Domova).

8 Vycházky mimo areál Domova

1. Domov v Mariánské ctí s svobodu pohybu, jako jednu ze základních lidských práv a svobod. Proto základním principem Domova je, že klienti se mohou mimo areál Domova pohybovat svobodně a bez omezení.
2. Omezení pohybu mimo domov je dáno pouze a jen v souvislosti se zdravotními riziky a omezeními klienta a je posuzováno individuálně.
3. Vycházky mimo areál Domova jsou řešeny příslušným vnitřním předpisem (metodikou), který ctí ustanovení předěšlých odstavců. Účelem předpisu je umožnit klientům samostatný pobyt a vycházky mimo areál Domova v rámci části obce Mariánská a mimočásti obce Mariánská, včetně samostatných návštěv rodiny, přátel, vč. samostatného využívání individuálních a hromadných dopravních prostředků i přes jejich individuální zdravotní rizika a omezení.
4. Odpovědný pracovník Domova zváží po dohodě s klientem vhodnost vycházky, jestliže by bylo ohroženo klientovo zdraví nebo bezpečnost, například při nepříznivém počasí, náledí apod. Při nařízení karantény hygienickou službou se zakazuje vzájemné navštěvování a musí se dodržet zákaz vycházek i návštěv a omezit vzájemné návštěvy i v rámci Domova. Písemný zákaz bude vždy uveřejněn na recepci Domova a klienti o něm budou vhodnou formou informováni.

9 Pobyt uživatelů mimo Domov

1. V případě přání klienta, jeho zákonného zástupce nebo osob blízkých může klient pobývat mimo Domov za předpokladu, že je to jeho svobodná vůle.
2. Pravidla oznamování a podmínky pobytu klientů mimo domov jsou upravena zvláštním vnitřním předpisem Domova.
3. Oznámení se eviduje na příslušném oddělení a po skončení příslušného měsíce je evidence předána sociálnímu pracovníkovi k provedení předepsaných úkonů a k centrální evidenci.

10 Návštěvy

1. Klienti mohou přijímat návštěvy v denní době neomezeně od 8:00 do 19:00 hodin. Jen při mimořádných událostech mohou být návštěvy omezeny nebo zakázány, a to na podkladě rozhodnutí orgánu hygienické služby.
2. Klienti přijímají návštěvy v prostorách Domova. Návštěvy se vždy ohlásí na recepci Domova.
3. Návštěvník nesmí vykazovat zjevné známky zanedbání osobní hygieny, být zjevně pod vlivem alkoholu či jiných toxických látek, chovat se hlučně a obtěžovat ostatní nevhodným chováním. V případech, kdy návštěva nedodržuje tyto zásady, může být z areálu Domova vykázána pracovníkem, který porušení zásad zjistil. Vykázání návštěvy pracovník provede za přítomnosti recepčního Domova, který o celé události sepíše záznam.

4. Návštěvy nesmí rušit klid a pořádek v Domově. Musí také respektovat soukromí spolubydlicích klientů. K případným návštěvám ve večerních hodinách jsou využívány společné prostory.

11 Doba klidu v Domově

1. Doba nočního klidu je stanovena od 22.00 do 6.00 hodin.
2. V době nočního klidu nesmí být klienti rušeni s výjimkou nutnosti podávání léků nebo poskytnutí nutné ošetrovatelské nebo lékařské péče.

12 Poštovní zásilky

1. Obyčejné poštovní zásilky předává doručovatelka do kanceláře Domova a sociální pracovník je neprodleně předá klientům.
2. Doporučené zásilky a balíky předává doručovatelka dle pravidel České pošty.
3. Peněžní zásilky (poštovní poukázky) - doručovatelka vyplatí peníze dle pravidel České pošty.

13 Škody

1. Klient odpovídá za škodu jím způsobenou Domovu nebo jinému klientovi v rozsahu, který stanoví občanský zákoník ve znění pozdějších předpisů.
2. Způsobí-li škodu více klientů, odpovídají za ni podle své účasti.
3. O míře zavinění a možné náhradě škody, rozhodne komise sestavená dle návrhu ředitele Domova (škodní komise).

14 Podněty a stížnosti

1. Klienti si mohou stěžovat na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb aniž by tím byli jakýmkoli způsobem ohroženi. Domov za tímto účelem má stanovena a uplatňuje vnitřní pravidla, se kterými jsou seznámeni klienti i pracovníci.
2. Podněty a stížnosti klientů, opatrovníků či příbuzných na kvalitu, způsob poskytování sociálních služeb nebo na jednání zaměstnanců Domova, mohou být předneseny v libovolné formě kterémukoli ze zaměstnanců Domova a tento je vždy povinen zajistit postoupení podnětu a stížnosti pracovníkovi pověřenému vedením agendy podnětů a stížností v Domově.
3. Odpovědným zpracovatelem podnětů a stížností je sociální pracovník. Domov vede knihu stížností a podnětů, ve které eviduje, kdy byla stížnost či podnět podán, kým, jakým způsobem (pisemně, ústně), co bylo obsahem stížnosti či podnětu, kdo a jakým způsobem stížnost či podnět vyřizoval, doba, kdy byla stížnost vyřizována. Pokud klient s vyřizením stížnosti nebude spokojen, má možnost odvolat se na zřizovatele Domova, kterým je Karlovarský kraj.

4. V případě nespokojenosti se klient může obrátit na instituce, které se zabývají ochranou lidských práv a svobod, např. :

Kancelář veřejného ochránce práv
Udolní 39
602 00 B r n o

Český helsinský výbor
Jelení 5
118 00 P r a h a – 1

5. Vedoucí pracovníci pravidelně informují klienty o možnostech a způsobech podávání podnětů a stížností. Klíčoví pracovníci klientů jsou povinni zajistit zprostředkování podávání podnětů a stížností klientů.
6. Vedení Domova pravidelně kontroluje a vyhodnocuje podněty a stížností, vč. uveřejňování statistiky těchto v rámci výročních zpráv.

15 Opatření při porušování pravidel pobytu v Domově a možnosti vypovězení Smlouvy a poskytnutí sociální služby

1. Klient a jeho zákonný zástupce jsou obeznámeni s těmito Pravidly pobytu v Domově před podpisem Smlouvy o poskytnutí sociální služby. Svým podpisem pak stvrzuje, že porušování těchto pravidel může být důvodem k vypovězení Smlouvy o poskytnutí sociální služby.
2. Klient je povinen dodržovat tato Pravidla pobytu v Domově.
3. Jestliže klient hrubým způsobem, opakovaně nebo soustavně porušuje Pravidla pobytu a ani za použití opatření zvýšené individuální péče a podpory klientovi služeb není docíleno nápravy, je klient a zákonný zástupce písemně upozorněn na možnost vypovězení Smlouvy o poskytnutí sociální služby ze strany Domova v případě, že během následujících 6 měsíců od tohoto upozornění dojde k následnému porušení Pravidel pobytu. Upozornění musí obsahovat výčet konkrétních porušení (záznamy poskytovatele) a přehled opatření zvýšené individuální výchovné péče a podpory klientovi služeb, za kterých nebylo docíleno nápravy.
4. Vypovězení Smlouvy o poskytnutí sociální služby ze strany Domova z důvodu následného porušování Pravidel pobytu musí obsahovat výčet konkrétních následných porušení (záznamy poskytovatele) a přehled opatření zvýšené individuální výchovné péče a podpory klientovi služeb, za kterých nebylo docíleno nápravy.
5. Při vypovězení Smlouvy o poskytnutí služby a ukončení pobytu v Domově je pak postupováno v souladu se smlouvou a obecně závaznými platnými právními předpisy.

16 Závěrečná ustanovení

1. Klient a jeho zákonný zástupce je s těmito pravidly seznámen před uzavřením smlouvy a dále průběžně a opakovaně v rámci poskytování individuální výchovné péče a podpory v Domově.

17 Rozsah platnosti pravidel

1. Tato pravidla jsou účinná pro klienty služeb od 1.2.2012.
2. Ke dni 31.1.2012 pozbývají účinnosti Pravidla pro pobyt v Domově pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské (domaci rad) ze dne 27.2.2007.

Dne 13.1.2012

Ing. Pavel Novak
ředitel Domova

Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské

Zdroj: Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské, dostupné z: <http://www.domov-marianska.cz/vnitri-predpisy>



Opravy, změny : xxx	Směrnice č. 02/2012
	Účinnost : od 01.07.2012 do: xxx
Zrušuje se : 32/2008	Předpisy související:
Zpracoval: sociální pracovníce	Datum: 30.08.2012

Věc: Úhrady za poskytované sociální služby

**I
Stanovení úhrady**

(1) Za poskytované sociální služby v Domově pro osoby se zdravotním postižením „PATA“ v Haztově, příspěvkové organizaci (dále jen „Domov“) klient hradí náklady:

- a) za stravu
- b) za bydlení
- c) za péči
- d) za fakultativní činnosti

a) Úhrada za stravu

- částka ve výši stanovené stravovací jednotky, včetně režijních (provozních) nákladů souvisejících s přípravou stravy dále „stravovací jednotka.“ Celodenní strava je poskytována 5x denně, z toho 3 hlavní jídla a 2 jídla doplňková.

Stanovená cena stravovací jednotky činí:

Cena spotřebovaných potravin	80,- Kč/ den
Cena režijních nákladů	60,- Kč/ den
Celková úhrada za celodenní stravu	140,- Kč/ den

Cena jednotlivých jídel (zaokrouhлено na celé koruny).

Bez provozních nákladů (režie)		Včetně provozních nákladů (režie)	
Snídaně	12,00 Kč	Snídaně	21,00 Kč
Svačina	6,00 Kč	Svačina	10,50 Kč
Oběd	30,00 Kč	Oběd	52,50 Kč
Svačina	10,00 Kč	Svačina	17,50 Kč
Večeře	22,00 Kč	Večeře	38,50 Kč

Klienti nejsou povinni pravidelně celodenní stravu odebírat.

b) Úhrada za bydlení

- také zahrnuje topení, ohřev vody, elektrické energie, úklid, drobné opravy v domácnostech dále jen „úhrada za ubytování.“

v obytné místnosti se dvěma obyvateli	140,- Kč/ den
v obytné místnosti se třemi obyvateli	120,- Kč/ den

c) Úhrada za péči – příspěvek na péči

- 1) Klient, kterému byl přiznán příspěvek na péči dle zákona č. 108/2006 Sb., hradí kromě úhrad uvedených pod a) a b) tohoto odst., také náklady za poskytovanou péči ve výši přiznaného měsíčního příspěvku / měsíc (§ 73, odst. 4, písm. a), zák. č. 108/2006 Sb.)
- 2) Výsledná úhrada za kalendářní měsíc se vypočítá jako součet denních částek za bydlení, skutečně odebranou stravu včetně provozních nákladů, vynásobené skutečným počtem dní v měsíci, k čemuž se přičte výše přiznaného měsíčního příspěvku na péči.
- 3) Po úhradě nákladů dle odst. 1) a, b, musí klientovi zůstat alespoň 15% z jeho celkových příjmů. Částka minimálního zůstatku z příjmu se zaokrouhuje vždy na celé koruny nahoru (ve prospěch klienta).
- 4) Rozhodným příjmem klienta pro stanovení úhrady za poskytované sociální služby se rozumí příjmy uvedené v zákoně o životním a existenčním minimu (§ 7 zák. 110/2006 Sb.). Příjem se zjišťuje ke dni podpisu smlouvy o poskytování sociálních služeb.

d) Úhrada za sjednané fakultativní činnosti

- úhrada za sjednané fakultativní činnosti podle odst. V. „Smlouvy o poskytování sociálních služeb“ se provádí v plné výši vynaložených nákladů na tyto činnosti, tj. úhrada se nesnižuje s ohledem na minimální 15 % zůstatek příjmu.
- doprava klienta a jeho věci do, a nebo z místa, které označí :
 - o úhrada za tuto službu činí 6,- Kč za 1km jízdy

II.

Stanovení úhrady nezaopatřených dětí

- (1) Za poskytované sociální služby v „Domově“, hradí nezaopatřené dítě úhradu za:
 - stravu
 - péči
- (2) Úhradu za stravu hradí rodiče nezaopatřeného dítěte nebo osoba, které bylo dítě svěřeno rozhodnutím soudu do péče, popřípadě jiná fyzická osoba povinná výživou klienta (dále jen „plátce úhrady“).
- (3) Jestliže se „Domovu“ vyptáci přídavek na dítě, snižuje se úhrada podle odst. 2) o jeho výši
- (4) Výši úhrady při nařazené ústavní výchově určuje obec třetího typu.
 - strava nezaopatřené děti hradí stravu ve výši 80,- Kč/ den
 - péči ve výši přiznaného měsíčního příspěvku na péči

III.

Úhrada nákladů při pobytu klienta mimo „Domov“ – (dále jen „vratka“)

- (1) Při předem oznámeném pobytu mimo zařízení hradí klient za každý takový den: náklady za ubytování a provozní náklady stravování (režii). Toto neplatí při nástupu, nebo ukončení pobytu v průběhu kalendářního měsíce a též při ukončení pobytu v důstředku úmrtí v průběhu kalendářního měsíce. V případě ukončení, nebo nástupu do „Domova“ v průběhu kalendářního měsíce se úhrada stanovuje pouze na dny, po které klient skutečně v zařízení pobýval a využíval služeb.
- (2) Byla-li úhrada stanovena podle článku I již zaplacená na celý kalendářní měsíc dopředu, vrátí „Domov“ za každý den předem oznámeného pobytu klienta mimo „Domov“ poměrnou část úhrady, s výjimkou částek uvedených v odstavci 1.
- (3) Za den pobytu mimo „Domov“ se považuje kalendářní den, kdy klient pobývá mimo „Domov“ a neodebral žádné jídlo. Pobyt mimo „Domov“ z důvodu ošetření nebo umístění ve zdravotnickém zařízení se považuje vždy za předem oznámený pobyt mimo „Domov“.
- (4) Při předem oznámeném pobytu mimo „Domov“ kratším než kalendářní den a za předem odhlášené jednotlivé jídlo vrátí „Domov“ klientovi z předem zaplacené úhrady hodnotu ceny spotřebovaných potravin za jednotlivé druhy jídla, která byla předem odhlášena.
- (5) Klientům, kterým byla stanovena snížená úhrada, vrátí „Domov“ při pobytu mimo „Domov“ nebo z předem odhlášené stravy poměrnou část ceny nespotebovaných potravin, kterou s přihlédnutím ke stanovené snížené úhradě skutečně v účtovaném měsíci zaplatil.
- (6) Úhrada za péči se nevrací.
- (7) Způsob oznamování pobytu mimo „Domov“ a odhlásování stravy je stanoven vnitřním předpisem „Domova“.
- (8) Vypočtená vratka úhrady za předem oznámený pobyt mimo „Domov“ se zaokrouhuje na celé koruny.

IV.

Příjemce přeplatku na úhradě

- (1) Příjemce přeplatku je klient.
- (2) Příjemce přeplatku u nezaopatřeného dítěte je ptáče úhrady. Jestliže tento nemá podle platných právních předpisů stanovenou úhradu, nemá nárok na vrácení úhrady.

V.

Společná, přechodná a závěrečná ustanovení.

- (1) Úhrada za poskytované sociální služby se platí do konce kalendářního měsíce, za který náleží. Při přijetí klienta do „Domova“ v průběhu kalendářního měsíce, nebo při ukončení pobytu klienta v „Domově“ (včetně úmrtí) v průběhu kalendářního měsíce, platí klient úhradu v daném měsíci jen podle skutečného počtu dnů pobytu – tedy za dny, kdy ještě do „Domova“ nenastoupil nebo za dny, kdy už v „Domově“ nebyl, v takovém případě neplatí úhradu za ubytování a provozní náklady za stravu.
- (2) Výše úhrady stanovená podle článku I a II se zaokrouhuje na celé koruny.
- (3) Předem zaplacená úhrada se nevrací za předem neoznámenou dobu pobytu mimo „Domov“.
- (4) Změní-li se během kalendářního měsíce skutečnosti rozhodné pro stanovení výše úhrady, s přihlednutím na ustanovení § 73 odst. 3, zák. 108/2006 Sb. (minimální zůstatek z příjmu 15%), úhrada se nově stanoví od následujícího kalendářního měsíce.
- (5) V „Domově“ se poskytuje celoroční pobytová služba. Tento předpis je proto koncipován na tuto formu poskytované služby.

Daniel Lindenberg
ředitel DOZP „Pata“ v Hazlově

Scénář k interview

Identifikační otázky:

1. Jaké je Vaše jméno?
2. Kolik je Vám let?
3. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
4. Jaké je Vaše zaměstnání?

Kategorie č. 1 - Mentálně postižené osoby, ústavní zařízení:

Základní otázka č. 1:

Můžete mi prosím říci, jak vnímáte mentálně postižené osoby?

Doplňující otázky:

- a) Setkal/a jste se někdy s mentálně postiženým člověkem?
- b) Bylo to ve Vašem soukromém, nebo v profesním životě?
- c) Při jaké příležitosti jste se s takovou osobou setkal/a?
- d) Jaké pocity ve Vás setkání zanechalo?
- e) Měl/a jste při kontaktu s mentálně postiženým nějaké obavy?
- f) **sonda:** Můžete prosím specifikovat jaké?
- g) Věděla jste v začátcích své kariéry, jak se v přítomnosti mentálně postižených chovat?
- h) Činí Vám obtíže být v kontaktu s takovými lidmi?

Doplňující otázky pro setkání v profesním životě:

- Jak dlouho s mentálně postiženými pracujete?
- Baví Vás tato práce?
- Jaký máte k těmto lidem vztah?
 - **Sonda:** Můžete to prosím rozvést?
- Myslíte si, že je pro veřejnost dostupné dostatečné množství informací o mentálně postižených?
 - **Sonda:** Jsou nějaké informace, které chybí? Které například?

Základní otázka č. 2:

Jaký máte názor na umístování mentálně postižených do ústavních zařízení?

Doplňující otázky:

- a) Můžete mi prosím říct, proč si to myslíte?
- b) Domníváte se, že mají v ústavu, vše co potřebují?
- c) Je něco, co by jim mohlo v ústavu chybět?
 - **Sonda:** Co si myslíte, že jim chybí?
- d) Myslíte si, že je ústavní péče lepší než péče domácí?
 - **Sonda:** Můžete říct konkrétně v čem?
- e) Proč si to myslíte?
- f) Jaký myslíte, že je hlavní důvod, proč se o mentálně postižené stará rodina?
 - **Sonda:** Mohou to být také finanční důvody?
- g) Proč si myslíte, že rodiny dávají své příbuzné do ústavu?
 - **Sonda:** Můžete být konkrétnější?
- h) Myslíte si, že je takovým lidem lépe doma než v ústavu?
 - **Sonda:** Můžete mi říct, proč si to myslíte?

Základní otázka č. 3

Víte, jak jsou ústavy sociální péče financovány??

Pokud je odpověď záporná následuje vysvětlení způsobu financování ústavů – Ústavy jsou financované jednak z rozpočtu zřizovatele (kraje, obce, MSPV), dále z důchodů klientů a příspěvků na péči či sponzorských darů, po úhradě nákladů musí klientům zůstat minimálně 15 % jejich příjmu....

Doplňující otázky:

- a) Myslíte si, že je financování dostatečné?
 - **Sonda:** Proč si to myslíte?
 - **Sonda:** Máte představu, kolik stojí průměrně provoz takového zařízení?
- b) Je 15% příjmu, který musí klientům zůstat dostačující?
 - **Sonda:** Proč si to myslíte?
- c) Kolik by podle Vás klientům mělo zůstat?
 - **Sonda:** Proč právě tolik?

Kategorie č. 2 – Projekt Transformace sociálních služeb, budování nových domácností

Základní otázka č. 1:

Co si myslíte, že znamená proces transformace sociálních služeb?

– doplňující otázky:

- a) Kde jste tyto informace získal/a?
- b) Byly tyto informace dostačující?
- c) Chybí Vám nějaké informace?
 - **Sonda:** Můžete mi říct jaké?
 - **Sonda:** Myslíte, si že měl Karlovarský kraj zajistit větší informovanost?
- d) Myslíte si, že bude tento druh péče oproti stávajícímu dražší nebo levnější?
 - **Sonda:** V čem si myslíte, že bude dražší?
- e) Myslíte si, že je transformace sociálních služeb krok správným směrem?

Základní otázka č. 2:

Co si myslíte o tvrzení, že bydlení v individuálních domácnostech zkvalitní život mentálně postižených?

Doplňující otázky:

- a) Proč si to myslíte?

Základní otázka č. 3:

Jaký máte názor na budování nových domácností v běžné městské zástavbě?

Doplňující otázky:

- a) Proč si to myslíte?
- b) Kde by podle Vás měly takové domácnosti vznikat?
 - **Sonda:** proč právě tam?
- c) Jaký typ domácnosti je podle Vás nejvhodnější? Byt, nebo rodinný dům?
 - **Sonda:** Proč si to myslíte?
- d) Měly by tyto domácnosti být blízko sebe, nebo naopak v různých lokalitách města?
 - **Sonda:** Můžete říci proč?

Kategorie č. 3 – Integrace mentálně postižených do běžné společnosti

Základní otázka č. 1:

Jaký je Váš názor na integraci mentálně postižených mezi běžnou společností?

Pokud ANO – doplňující otázky:

- Souhlasíte s integrací mentálně postižených do společnosti?
 - **Sonda:** Můžete mi říct z jakého důvodu?
- Myslíte si, že je možné provést integraci osob, které žily dlouhodobě v ústavu?
- Jaká věková skupina je podle Vás nejvhodnější pro integraci?
 - **Sonda:** Proč právě tato skupina?
- Je podle Vás správné provádět integraci v takto globálním měřítku?
 - **Sonda:** Měl byste jinou představu o průběhu integrace? Jakou?

Pokud NE – doplňující otázky:

- Proč si myslíte, že to není správné?
- Myslíte si, že to nejde?
 - **Sonda:** Proč si to myslíte?
- V čem vidíte největší problém?

Základní otázka č. 2:

Jak si myslíte, že okolí, kam se mají mentálně postižení nastěhovat, přijme tyto osoby?

Doplňující otázky:

- Proč si to myslíte?
- Myslíte si, že vlastníci bytů v panelovém domě/vlastníci rodinného domu vědí, že se k nim/do jejich blízkosti má nastěhovat skupina mentálně postižených?
- Měl to s nimi někdo prodiskutovat?
 - **Sonda:** Jak například?
- Jak byste reagoval/a vy, kdyby se k Vám měly takové osoby nastěhovat?
- Měl/a byste nějaké obavy?
 - **Sonda:** Jaké konkrétně?

Základní otázka č. 3:

Hrozí podle Vás obyvatelům v oblastech, kam se mají skupiny mentálně postižených nastěhovat nějaké „nebezpečí“?

Doplňující otázky:

- Je možné se něčeho obávat?
- Čeho například?
- Je vhodný nepřetržitý dohled nad těmito osobami?
- Jaké problémy by se podle Vás mohly vyskytnout?
 - **Sonda:** Můžete to prosím upřesnit?

Základní otázka č. 4:

Myslíte si, že hrozí mentálně postiženým nějaké nebezpečí ze strany ostatních obyvatel?

Doplňují otázky:

- Jsou mentálně postižení podle Vás připraveni na život v samostatných domácnostech?
- V čem spatřujete možná rizika takového bydlení?
 - **Sonda:** Můžete je specifikovat?
- Může je někdo nějakým způsobem využít/zneužít?
 - **Sonda:** Jak například?
- Je možné tomuto zneužití nějak předcházet?

Základní otázka č. 5:

Myslíte si, že je společnost připravena na integraci mentálně postižených do společnosti?

- Proč si to myslíte?
- Proběhla na toto téma dostatečná osvěta?
- Vy osobně souhlasíte se začleňováním těchto osob do společnosti v tomto rozsahu?
 - **Sonda:** Můžete mi prosím říci z jakého důvodu?
- Co by mohlo přispět k ochotě obyvatel přijmout snáze proces integrace?
 - **Sonda:** Můžete být konkrétní prosím?

Dobrý den,

jmenuji se Jan Mikula a jsem studentem České zemědělské univerzity v Praze a pro svou diplomovou práci na téma "Veřejná správa a transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením" si Vás dovoluji požádat o vyplnění krátké anonymní ankety, prostřednictvím které bude zjišťován názor a informovanost obyvatel Aše o probíhajícím projektu. Realizací tohoto projektu dojde k začlenění mentálně postižených do běžného života mezi ostatní obyvatele. Vzhledem k tomu, že na Ašsku vzniká velké množství domácností pro mentálně postižené, je tato anketa primárně určena pro obyvatele Aše.

Děkuji za Vaše odpovědi

1. Setkal/setkala jste se ve svém soukromém či profesním životě s osobou s mentálním postižením?

- a) Ano při jaké příležitosti
- b) Ne

2. Víte, zda ve Vašem okolí existuje nějaké zařízení pro zdravotně postižené?

- a) Ano, vím o jednom
- b) Ano, vím o více zařízeních
- c) Nevím o žádném takovém zařízení

3. Slyšel/a jste o probíhajícím projektu „Transformace sociálních služeb“ v Karlovarském kraji?

- a) Ano
- b) Ano, něco málo jsem zaslechl/a
- c) Ne, poprvé jsem se o projektu dozvěděl/a v tomto dotazníku
- d) Nevím

4. Víte, co projekt Transformace sociálních služeb znamená v praxi?

- a) Ano, vím, o co se jedná
- b) Tuším, ale nejsem si úplně jistá/ý
- c) Nemám vůbec tušení

5. Domníváte se, že byla veřejnost Karlovarským krajem o projektu dostatečně informována? (na webových stránkách, prostřednictvím sdělovacích prostředků, pořádanými besedami, letáky, atd.)

- a) Ano, informace byly dostačující
- b) Ne, nezaznamenal/a jsem žádné informace
- c) Nevím, nedokáži posoudit

6. Domníváte se, že je správné, aby osoby s mentálním postižením odcházely z velkokapacitních ústavů a začaly bydlet v domech či bytech mezi ostatními obyvateli?

- a) Ano, jsou součástí společnosti
- b) Ano, ale pouze takové osoby, které jsou soběstačné
- c) Spíše ne, a pokud ano, tak pouze v případě stálého dohledu
- d) Nesouhlasím se začleňováním těchto osob do společnosti

7. Prosím, pokuste si představit, že se do panelového domu, ve kterém bydlíte, či do blízkého okolí Vašeho rodinného domu mají nastěhovat osoby s mentálním postižením. Jak byste reagoval/a?

- a) Bez obav je přijmu za své sousedy
- b) Jejich přítomnost mi nevádí, ale kontaktu s nimi se raději vyhnu
- c) Z takového soužití bych měl/a obavy.
- d) Snažil/a bych se takové situaci zabránit (např. peticí)

8. Prosím pokuste se globálně zhodnotit, zda je společnost připravena na společné soužití s mentálně postiženými či nikoliv.

- a) Ano, myslím si, že je společnost připravena
- b) Spíše ano, ale měla by být více informována
- c) Nemyslím si, že je společnost připravena
- d) Nedokáži to posoudit

9. Pohlaví

- a) Žena
- b) Muž

10. Jaký je Váš věk?

- a) 15 – 29 let
- b) 30 – 44 let
- c) 45 – 64 let
- d) 65 let a více

Velice děkuji za Váš čas, který jste věnoval/a vyplnění této ankety.