

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

RIGORÓZNÍ ŘÍZENÍ

2012 – 2015

RIGORÓZNÍ PRÁCE

Vlasta Dočekalová

Deinstitucionalizace pobytových služeb pro osoby se zdravotním
postižením

Praha 2015

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

RIGOROUS

2012 - 2015

RIGOROUS THESIS

Vlasta Dočekalová

Deinstitutionalization of residential services for people with
disabilities

Prague 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená rigorózní práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

Ve Vroutku dne 15. srpna 2015

.....

Poděkování

Chtěla bych poděkovat ředitelům Domovů se zdravotním postižením a uživatelům sociálních služeb za vstřícný postoj k prováděnému výzkumu a za poskytnutí cenných informací k problematice deinstitutionalizace pobytových služeb.

Anotace

Tato rigorózní práce popisuje transformaci rezidenčních zařízení sociální péče v České republice.

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti byla přijata na základě Usnesení ze dne 21. února 2007 vládou České republiky. Cílem této koncepce byla změna v poskytování sociálních služeb tak, aby se výrazně změnil charakter poskytované služby, a sice od klasické ústavní péče k péči komunitní.

Rigorózní práce popisuje vývoj deinstitucionalizace ve světě i u nás a představuje postupné varianty transformace i základní milníky v procesu realizace transformace pobytových sociálních služeb. Deinstitucionalizace usiluje o takovou změnu sociálních služeb, aby každému uživateli umožňovala žít v jeho domově s možností vlastní volby.

Hlavním tématem praktické části je vnímání procesu transformace poskytovateli, ale hlavně uživateli nového typu sociální služby.

V závěru práce jsou popsány příklady dobré praxe transformace institucionální péče, kdy lidé s postižením jsou přijímáni jako naši spoluobčané, lidé s právem rozhodnout se, s možností svobodného pohybu, ale i s nutností přijímat rizika, která s sebou život přináší.

Klíčové pojmy

Deinstitucionalizace, humanizace, instituce, osoba se zdravotním postižením, poskytovatel, sociální služba, sociální začleňování, transformace, uživatel.

Annotation

This thesis describes the transformation of residential social facilities in the Czech Republic.

The concept of support for transformation of residential social services to other types of social services, provided in a natural user community and supporting social integration of the user into society was accepted on the basis of the Resolution of 21 February 2007 by the government of the Czech Republic. The aim of this concept was to change the provision of social services by significantly changing the character of the provided service from classical institutional care towards community care.

The thesis describes the development of deinstitutionalisation in the world and in the Czech Republic and introduces gradual variants of the transformation as well as basic milestones in the realization of the transformation of social services. Deinstitutionalisation strives to change social services so as to enable each user to live in his/her own home and to be able to make his/her own choices.

In the conclusion, the thesis describes examples of good practice of the transformation of institutional care, in which disabled people are accepted as our fellow citizens, people with the right to make their own decisions, right of free movement, yet accepting the risks that life brings.

Key words

Deinstitutionalisation, humanisation, institution, disabled person, provider, social service, social integration, transformation, user.

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE.....	10
2. DEINSTITUCIONALIZACE V KONTEXTU NÁRODNÍ SOCIÁLNÍ POLITIKY	15
3. VÝVOJ NÁRODNÍ SOCIÁLNÍ POLITIKY	17
3.1 PŘED ROKEM 1989	17
3.2 PO ROCE 1989	17
3.3 VIZE KONCEPCE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PO ROCE 2015.....	24
4. DEINSTITUCIONALIZACE POBYTOVÝCH SLUŽEB VE SVĚTĚ	25
4.1 DEINSTITUCIONALIZACE V MOLDAVSKU	25
4.2 DEINSTITUCIONALIZACE V MAĎARSKU	28
4.3 DEINSTITUCIONALIZACE NA SLOVENSKU.....	29
4.4 DEINSTITUCIONALIZACE VE FINSKU	31
4.5 DEINSTITUCIONALIZACE V ESTONSKU	32
4.6 DEINSTITUCIONALIZACE V LITVĚ	33
4.7 DEINSTITUCIONALIZACE V BULHARSKU	34
5. VÝVOJ TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE	35
5.1 JAK TRANSFORMACE PROBÍHÁ	39
5.1.1 Zvyšování povědomí o transformaci a humanizaci služby.....	40
5.1.2 Řízení procesu	40
5.1.3 Rizika transformace.....	41
5.1.4 Řízení procesu a respektování potřeb uživatele	41
5.2 NÁRODNÍ ANALÝZA	42
5.2.1 Zhodnocení fyzických zdrojů	42
5.2.2 Zhodnocení lidských zdrojů.....	42
5.2.3 Zhodnocení finančních zdrojů	42
5.2.4 Existující alternativní služby	43
5.2.5 Mapování zdrojů, které jsou k dispozici	43
5.2.6 Analýza stavu a pohybu.....	43
5.3 MÍSTNÍ ANALÝZA A ANALÝZA INSTITUTE	44
6. ČINNOST MPSV V OBLASTI TRANSFORMACE, HUMANIZACE A DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB.....	51
6.1 CÍLE DEINSTITUCIONALIZACE	52
6.2 PŘÍPRAVNÁ FÁZE	53
6.3 NÁRODNÍ CENTRUM PODPORY TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SLUŽEB.....	53
7. TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽEB NA KRAJSKÝCH ÚROVNÍCH	56
8. PŘEHLED REALIZOVANÝCH PROJEKTŮ V JEDNOTLIVÝCH KRAJÍCH.....	58
8.1 HLAVNÍ MĚSTO PRAHA	58
8.2 KARLOVARSKÝ KRAJ	58
8.3 ÚSTECKÝ KRAJ.....	59
8.4 LIBERECKÝ KRAJ.....	60
8.5 STŘEDOČESKÝ KRAJ.....	61
8.6 PLZEŇSKÝ KRAJ	61
8.7 JIHOČESKÝ KRAJ	62
8.8 KRÁLOVÉHRADECKÝ KRAJ.....	63
8.9 PARDUBICKÝ KRAJ	63
8.10 KRAJ VYSOČINA	64

8.11 MORAVSKOSLEZSKÝ KRAJ	65
8.12 ZLÍNSKÝ KRAJ	65
8.13 JIHOMORAVSKÝ KRAJ	66
8.14 DOPROVODNÉ SLUŽBY	67
8.15 ALTERNATIVNÍ FORMY POSKYTOVÁNÍ SLUŽEB SOCIÁLNÍ PÉČE	70
9. PODPORA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PŘI PŘÍPRAVĚ NA SAMOSTATNÝ ŽIVOT A PRACOVNÍ AKTIVITY	77
PRAKTICKÁ ČÁST	86
10. POPIS VÝZKUMU.....	86
10.1 METODIKA ŠETŘENÍ A TECHNIKY SBĚRU DAT.....	86
10.1.1 Kvantitativní šetření	88
10.1.2 Hypotézy.....	89
10.1.3 Kvalitativní šetření	90
10.2 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ	90
10.3 TESTOVÁNÍ HYPOTÉZ	103
10.4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ KVALITATIVNÍHO ŠETŘENÍ	108
11. ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....	120
12. ZÁVĚR	126
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	128
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ.....	133
SEZNAM PŘÍLOH.....	134

ÚVOD

Být v péči instituce znamená žít mimo domov, často v úplně jiném městě nebo regionu, být omezený v kontaktu s rodinou a přáteli, bez možnosti rozhodování si o svém způsobu života. Takový způsob života izoluje od okolního světa a vylučuje ze společnosti. Opakem tohoto způsobu péče je péče komunitní.

Formulace deinstitucionalizace znamená vytvoření představy o komunitě, ve které již lidé nežijí v ústavní péči, ale dostává se jim podpory doma nebo v domácím prostředí. Deinstitucionalizace je proces dlouhodobý, ale nemůže nikdy být úspěšný bez zapojení uživatelů, jejich rodin a komunity, kde mají uživatelé sociálních služeb dál žít. Stejně tak do procesu deinstitucionalizace a transformace pobytových služeb musí být začleněni od samého začátku zaměstnanci, musí mít možnost získat kvalifikaci nebo rekvalifikaci.

Velký úspěch také závisí na prostředí a podpoře v místě, kde uživatelé sociálních služeb budou žít. Komunita musí být tvořena sousedy, kteří akceptují spolužití s handicapovanými občany, v místě by měla být dostupná obchodní a občanská vybavenost, aby bylo dosaženo nezávislosti bývalých uživatelů sociální péče a jejich zařazení do společnosti.

TEORETICKÁ ČÁST

1. VYMEZENÍ ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE

Člověk/lidé s postižením:

- základní pojmenování pro osoby se zdravotním postižením, kterým proces transformace slouží.

Deinstitucionalizace:

- přechod k péči v komunitě, vytváření nové, vhodné péče pro osoby se zdravotním postižením, proces „odústavění“- změna institucionálního poskytování služeb. Cílem je zkvalitnit osobám se zdravotním postižením jejich život a umožnit jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Během deinstitucionalizace dochází k řízenému rušení ústavů a k rozvoji komunitních sociálních služeb.

Dobrovolník:

- dobrovolníkem je každý, kdo ze své dobré vůle, ve svém volném čase a bez nároku na finanční odměnu, vykonává činnost ve prospěch jiných lidí.

Domácnost pro osoby se zdravotním postižením:

- prostor a místnosti, které svým uspořádáním splňují požadavky pro trvalé bydlení uživatelů, kterým je poskytována sociální služba a kteří s ohledem na své postižení potřebují různou míru podpory.

Humanizace:

- přeměna systému péče a prostředí stávajících ústavních zařízeních tak, aby byla naplňována lidská práva uživatelů.

Instituce:

- zařízení, organizace, orgán, instituce řídí lidské chování a vytváří prostředí, kde žijí lidé životem odlišným od běžné společnosti. Většinou jde o dlouhodobý pobyt, kde

uživatelé žijí časově neomezenou dobu. Bývají zde většinou společné prostory na spaní, společné jídelny, koupelny. Pokoje bývají zařízeny nemocničním způsobem, v instituci pracuje zdravotní a sociální personál. Uživatel většinou nesmí zasahovat do uspořádání a vybavení pokoje.

Institucionalizace:

- chod organizace je povýšen nad individuální potřeby osob, pro které bylo toto zařízení zřízeno. Institucionalizace je negativní jev, všechny činnosti osob umístěných v instituci se konají za přítomnosti jiných osob. Institucionalizace je negativní jev a vzniká tam, kde jsou osoby zde žijící izolovány od okolního světa. Uživatelé nemají moc nad svým rozhodnutím, která se jich týkají.

Kapacita:

- maximální možný počet uživatelů, kteří mají v jednom okamžiku uzavřenou s poskytovatelem sociální služby smlouvu o poskytování služeb sociální péče.

Klíčový pracovník:

- je s uživatelem v blízkém kontaktu, podporuje ho v samostatném rozhodování a uplatňování vlastní vůle při řešení jeho nepříznivé životní situace.

Komunita:

- je nejbližší, přirozené, sociální prostředí, které zahrnuje sousedy, rodinu, přátele a místa, kde obyčejně lidé žijí, pracují, vzdělávají se.

Komunitní plánování:

- umožňuje plánovat sociální služby na úrovni obcí nebo krajů tak, aby odpovídaly místním potřebám. Finanční prostředky jsou tímto způsobem investovány jen na takové služby, které jsou potřebné, čím se stávají dostupnější a kvalitnější pro všechny osoby, které takovou službu potřebují.

Lidská práva:

- jsou v České republice garantována Listinou základních lidských práv a svobod a dalšími mezinárodními smlouvami a lidských právech a svobodách. Všechny současné právní dokumenty odrážejí filozofii, že zdravotně postižení mají právo na trvalé zlepšování svých životních podmínek, na zajištění rovnoprávného postavení a naplnění základních potřeb.

Míra podpory:

- je soubor činností, které jsou poskytovány uživateli z důvodu jeho nepříznivého zdravotního stavu ve všech úsecích dne. Podporou je myšlena spíše podpora psychická nebo organizační při vykonávání běžných každodenních činností (péče o sebe samu, péče o domácnost, hospodaření).

MPSV:

- Ministerstvo práce a sociálních věcí

Osoba se zdravotním postižením:

- člověk s tělesným, smyslovým, mentálním, duševním onemocněním nebo kombinovaným onemocněním. Tato postižení mohou činit člověka závislého na péči druhé osoby.

Plánování zaměřené na člověka:

- je proces přemýšlení za účelem definování žádoucí změny v životě člověka. Plánování zaměřené na člověka představuje soubor technik individuálního plánování. V individuálním plánu, který předpokládá aktivní zapojení člověka, se mapuje, co je pro člověka důležité, stanovují se priority a cesty k dosažení cíle. Plánování zaměřené na člověka znamená pracovat s každým člověkem jako s jedincem, který má své slabé i silné stránky. Znamená to významnou změnu v péči o takové osoby, všechny služby musí být nastaveny tak, aby u nich byl člověk na prvním místě.

Poskytovatel sociálních služeb:

- právnická nebo fyzická osoba, která sociální službu poskytuje.

Projekt transformace sociálních služeb:

- projekt transformace sociálních služeb je změna v poskytování sociálních služeb osobám se zdravotním postižením. Hlavní myšlenkou je vytvoření sítě chráněného bydlení v běžné zástavbě komunity, odklon od ústavní péče ke službám komunitního typu, umožňující začlenění osob do běžné společnosti.

Podpora procesů transformace sociálních služeb je rozsáhlý, finančně náročný projekt MPSV, který se orientuje na vybrané ústavy.

Sociální služba:

- soubor činností podle zákona č. 108/2006 sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Sociální služba umožňuje člověku v nepříznivé sociální situaci nebo ohroženému sociálnímu vyloučení účastnit se každodenního života ve společnosti.

Sociální začleňování:

- sociální začleňování je proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitosti a možnosti, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, 2015)

Transformace:

- souhrn procesů změn řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb v rámci deinstitutionalizace.

Ústavní zařízení:

- instituce poskytující uživatelům nepřetržitou péči spojenou s ubytováním, stravováním a dalšími službami, nahrazující běžný způsob života. Ústavní péče představuje vytržení lidí z běžného prostředí, které neumožňuje uspokojování skutečných potřeb člověka.

Péči zde nelze poskytovat individuálně, lidé zde žijící se musí podřídit většině, což vede k postupné závislosti na péči.

Uživatel:

- osoba, která čerpá sociální služby. Tento termín se využívá pro označení osob, které v institucích žijí nebo v komunitě, a které potřebují pomoc a podporu v každodenním životě. Skupina uživatelů sociálních služeb se dále dělí na osoby se zdravotním postižením, osoby s duševním onemocněním, starší osoby s potřebnou mírou podpory a děti vyžadující péči mimo svou vlastní rodinu.

Veřejně dostupná služba:

- služba dostupná všem občanům – banky, pošta, restaurace, obchody, škola atd.

2. DEINSTITUCIONALIZACE V KONTEXTU NÁRODNÍ SOCIÁLNÍ POLITIKY

Transformace sociálních služeb pro osoby s postižením je ve své podstatě změna v poskytování sociálních služeb osobám se zdravotním postižením.

Zatímco před rokem 1989 již bylo v západoevropských zemích samozřejmostí, že osoby se zdravotním postižením mohou žít běžným způsobem ve svém přirozeném prostředí, v bývalé Československé republice transformační proces neexistoval. Postoje společnosti k handicapovaným se různily dle typu postižení a bývaly opředeny různými záhadami, předsudky i obavami. V historickém kontextu se postoj k osobám se zdravotním postižením měnil od negativního a represivního postoje přes pomoc charitativní až po snahu o podporu těchto osob v rámci ústavní péče. Ústavní péče představovala ve své době nejlepší formu péče o zdravotně postižené, nicméně zařízení ústavní péče byla zřizována mimo dosah společnosti, v místech, kde se s takto postiženými lidmi nemohl nikdo jiný mimo personálu potkat. V ústavní péči měli handicapovaní lidé pouze nárok na bydlení a stravu a byli pouze příjemci intervencí, nikoliv plnohodnotným člověkem, který měl právo žít stejným způsobem života jako jejich vrstevníci. Předsudek, že tyto osoby jsou značně závislé, potřebují být opatrovány a před světem chráněny, byl vyvrácen různými organizacemi a reformami.

Vladimír Špidla, bývalý evropský komisař pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti napsal:

„Po celá desetiletí byla existence takovéto ústavní péče považována za důkaz toho, že společnost se o zranitelné osoby stará, že je nenechá bez pomoci a poskytuje potřebným jídlo, přístřeší, oblečení a péči.“ (MPSV, 2015)

V Československu se o potřebě změny ústavní péče hovořilo mezi odborníky již od osmdesátých let, ale tehdejší komunistický režim nedokázal tuto změnu realizovat. Lidé s postižením byli společností stále přijímáni jako osoby vyžadující soucit, a to nejen proto, že jinak vypadají a jinak se chovají.

V České republice žije přibližně 1 200 000 osob se zdravotním postižením a největší skupinou osob se zdravotním postižením jsou osoby s postižením mentálním. V současné době existuje v České republice 418 zařízení pro osoby se zdravotním postižením. V těchto zařízeních žije momentálně 16 017 osob, z tohoto počtu 1045 dětí. Největší počet ústavů je ve Středočeském kraji s počtem uživatelů 1765, nejméně zařízení má Karlovarský kraj (16) a hlavní město Praha (14), protože město Praha se snažilo v minulosti vytvářet zařízení pro handicapované mimo hlavní město. Z počtu 418 zařízení v ČR je 211 zařízení zřizováno krajskými organizacemi. Největší počet sociálních služeb poskytují příspěvkové organizace, církevní organizace a sdružení. Především pobytové sociální služby poskytují převážně příspěvkové organizace.

Struktura uživatelů Domovů pro osoby se zdravotním postižením podle věku představuje nejvyšší zastoupení v kategorii 27 – 65 let, jde o téměř 80% obloženosti jednotlivých zařízení. (Trass - Ústavní sociální služby v České republice, 2013)

3. VÝVOJ NÁRODNÍ SOCIÁLNÍ POLITIKY

3.1 Před rokem 1989

V Československé republice proces transformace sociálních služeb téměř neexistuje. Je běžnou praxí, že zdravotně postižení žijí ve velkokapacitních zařízeních. Péče zde je spíše nemocničního typu.

Důležitým dokumentem, vztahujícím se k mentálně postiženým osobám, je Všeobecná deklarace lidských práv, přijata OSN v roce 1948. Její základní myšlenkou je uznání důstojnosti, rovnosti a nezadatelných práv všech členů lidské rodiny.

1988 – Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání – Rada Evropy, vyhláška č. 143. (Vláda ČR, 2015)

3.2 Po roce 1989

Prvními nositeli transformace pobytových služeb jsou nově vznikající neziskové organizace. V České republice dochází ke změně myšlení, že i zdravotně postižení mají právo žít stejně jako jejich zdraví spoluobčané a právo žít „běžným“, způsobem života. Za průkopníka této myšlenky lze považovat zařízení Horní Poustevna.

1989 – 1990:

Úmluva o právech dítěte/článek 20: zajištění náhradní péče – pěstounské péče, adopce nebo „je-li to nezbytně nutné“, umístění v ústavu. (Vláda ČR, 2015)

1991:

Ustanovení Vládního výboru pro zdravotně postižené občany. Vládní výbor vypracoval:

- Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům – červen 1991,

- Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení – více podporuje vlastní iniciativu a aktivitu zdravotně postižených.

1993:

Listina základních práv a svobod.

1997:

Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením.

1998 :

Prováděcí předpis vyplývající ze zákona 100/19987 Sb. o sociálním zabezpečení, platný až do roku 2006 upravující typy ústavů sociální péče.

2002:

Na Ministerstvu práce a sociálních věcí vznikají Standardy kvality sociálních služeb jako nástroj k zavádění kvality do sociálních služeb. Naplňování standardů má vést nejen k zajištění hygienických a materiálních podmínek, ale také k vytváření takových služeb, které odpovídají individuálním potřebám člověka.

Zákon 198/2002 Sb.:

O dobrovolnické službě – vymezuje podmínky, za kterých stát podporuje dobrovolnickou službu.

Únor 2003:

Bílá kniha v sociálních službách - bylo definováno sedm základních principů, které tvoří základ všech sociálních služeb. Mezi tyto principy patří:

- nezávislost a autonomie – nikoliv závislost na péči,
- začlenění a integrace,
- respektování potřeb – služba by měla být individualizovaná, není model, který může vyhovovat všem,
- partnerství – pracovat společně, ne odděleně,
- kvalita sociálních služeb,

- rovnost bez diskriminace,
- standardy péče.

Srpen 2005:

Usnesení vlády č. 1004 - Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením, který je konkrétním vyjádřením státní politiky v oblasti pomoci zdravotně postiženým občanům. Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením obsahuje zvláště tyto důležité tematické okruhy:

- podpora vzniku dobrovolnických center a rozvoj dobrovolnických aktivit ve zdravotnických zařízeních,
- podporovat zlepšení podmínek využitelnosti zdravotní péče pro osoby se zdravotním postižením,
- podporovat vytváření informačních materiálů a vzdělávacích aktivit o problematice osob se zdravotním postižením,
- podporovat centra rehabilitace s důrazem na specializaci pro jednotlivé skupiny osob se zdravotním postižením. (Vláda ČR, 2005)

Leden 2007:

Vstupuje v platnost zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., a vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Jde o první zákon dodržující lidskoprávní princip svobodné volby a formy pomoci a typu služeb, stanovených na základě vlastní vůle uživatele. Hlavním cílem zákona o sociálních službách je podporovat proces sociálního začleňování a sociální soudržnost společnosti.

Podle tohoto zákona bude poskytována pomoc:

- dostupná – dostupná pro osoby, které jí potřebují z hlediska místa i vlastních ekonomických možností,
- efektivní – bude to služba zaměřená na člověka, nikoliv na systém,
- kvalitní – bude poskytována kvalifikovanými osobami a v rozsahu, který odpovídá současným možnostem společnosti,

- bezpečná – služba bude respektovat oprávněná práva uživatelů,
- hospodárná – finanční prostředky budou směřovány cíleně k uživatelům.

2007:

Základní rámec procesu transformace vymezuje Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením. Česká republika ji přijala v roce 2010.

Nosnou myšlenkou této úmluvy je umožnit osobám se zdravotním postižením žít nezávislým způsobem života a plně se zapojit do všech oblastí života společnosti, odstraňovat bariéry a překážky, bránící přístupu do budov, dopravní sítě a dalších zařízení. Osoby se zdravotním postižením mají mít právo na vhodnou formu asistence a podpory a uznat právo na práci.

Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010 uvádí, že státy zajistí, aby:

A, osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít, a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí,

B, osoby se zdravotním postižením měly přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, rezidenčním službám a dalším podpůrným komunitním službám, včetně osobní asistence, která je nezbytná pro nezávislý způsob života a začlenění do společnosti a zabraňuje izolaci nebo segregaci,

C, komunitní služby a zařízení určené široké veřejnosti byly přístupné, na rovnoprávném základě s ostatními, i osobám se zdravotním postižením a braly v úvahu jejich potřeby. (MVČR, 2015)

Únor 2007:

Vláda české republiky schvaluje „Koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě

uživatelé a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“. Její součástí je i „Podpora transformace sociálních služeb“.

Základními principy transformace jsou princip humanizace, individualizace a princip služby v přirozeném prostředí člověka.

Principy transformace:

- změny přístupu k lidem s postižením
- příležitost k učení, přijímání odpovědnosti za svůj život
- podporované rozhodování, práce s rizikem
- život tam, kde mají lidé rodinné vazby, kořeny, přátele,
- nízký počet lidí v bytě, službě, bydlení v běžné zástavbě
- podpora realizace běžných denních aktivit (práce, vzdělávání, volnočasové aktivity apod.)
- podpora kvality denního života uživatelů (respekt spoluobčanů, ekonomická nezávislost)
- možnost využívání jiných veřejných služeb v regionu,
- podpora v co největší míře samostatnosti)

Koncepce transformace počítá s tím, že proces přeměny ústavní péče v jiné typy služeb potrvá v období několika dalších, možná desítek let.

V roce 2007 byl také zahájen pilotní projekt Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky s názvem: Transformace sociálních služeb, který pilotně ověřoval proces deinstitucionalizace.

2009:

Směrnice o náhradní péči o děti:

- v této směrnici je kladen důraz na prevenci odloučení dítěte od rodičů – mělo by být posledním možným řešením. Chudoba by neměla být důvodem odloučení dítěte a umístění do náhradní péče.

Rozvoj alternativ k velkým rezidenčním zařízením v kontextu celkové deinstitucionalizační strategie.

Vyšel dokument s názvem Zpráva odborné skupiny o přechodu od institucionální péče na péči komunitní, který byl zpracován především jako podklad pro Evropskou komisi.

Únor 2009:

Skupina nezávislých odborníků sezvaných tehdejším evropským komisařem pro zaměstnanost, sociální věci a rovné příležitosti Vladimírem Špidlou vypracovala zprávu pro Evropskou komisi o přechodu od institucionální péče na péči komunitní.

Duben 2009:

Pilotní projekt MPSV Podpora transformace sociálních služeb byl zahájen 1. dubna 2009 a byl ukončen 31. května 2013. Součástí tohoto projektu je také vznik Národního centra podpory transformace sociálních služeb. Národní centrum zajišťuje vzdělávání, podporu přímo v jednotlivých zařízeních a podniká další nutné transformační kroky.

Listopad 2009:

V České republice byl zveřejněn závazný dokument „Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče“. Cílem je nastavení jasného rámce transformace vybraných zařízení sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů.

2010:

Česká republika ratifikovala Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením (článek 19: právo na samostatný život a začlenění do komunity, obecné služby musejí být přístupné lidem se zdravotním postižením).

2010:

Koncem roku přijala Evropská komise dokument s názvem Evropská strategie pro pomoc osobám se zdravotním postižením pro roky 2010 – 2020: Obnovený závazek pro

bezbariérovou Evropu, jejímž záměrem je postavení osob s handicapem a zlepšení jejich situace.

2012 – 2020:

Příprava reformy psychiatrické péče:

- dvacet let nedošlo k žádným změnám v psychiatrické péči, stále přetrvává stejná struktura léčeben. Proto Ministerstvo zdravotnictví ČR rozhodlo pojmout reformu psychiatrické péče jako celostní deinstitucionalizační projekt řízený Strategickou projektovou kanceláří MZ ČR. Reforma psychiatrické péče předpokládá snížení doby léčby v léčebně a přesun lidí z léčeben do vlastního prostředí.

Strategie ministerstva zdravotnictví České republiky pro psychiatrickou péči vychází z celosvětových trendů a doporučení WHO v oblasti duševního zdraví a je postavena na principu deinstitucionalizace:

- rozvoj komunitní a semimurální péče v systému zdravotních a sociálních služeb,
- zvýšení role primární péče,
- transformace psychiatrických léčeben,
- zvýšení role všeobecných nemocnic,
- vzdělávání odborných pracovníků.

2013:

V roce 2013 byl ukončen pilotní projekt Podpora transformace sociálních služeb a zároveň byl započat projekt Transformace sociálních služeb, který vytváří na národní úrovni prostředí pro transformaci pobytových služeb na služby komunitní.

Vytvářet nové služby pro osoby s postižením je možné díky financím z Integrovaného operačního programu z evropských fondů. Neinvestiční prostředky jsou určeny na vzdělávání a rozvoj personálu, investiční slouží k nákupu či výstavbě nových zařízení. Investiční prostředky mohou čerpat organizace, které se zapojí do projektu na základě Transformačního plánu, který schvaluje Ministerstvo práce a sociálních věcí.

3.3 Vize koncepce sociálních služeb po roce 2015

Koncem roku 2015 by již měla být jasnější koncepce sociálních služeb. Ministerstvo práce a sociálních věcí připravuje navazující projekt Podpora transformace sociálních služeb II. Tohoto projektu se nemusí zúčastnit jen krajské organizace, ale i ostatní subjekty, které projeví o transformaci zájem. Ústavní péče nebude zakázaná, ale prioritními budou služby terénní a ambulantní před pobytovými. Z toho důvodu dojde k úpravě legislativního prostředí – podporovat se budou přednostně služby komunitní.

Připravuje se regulace typů sociálních služeb s vymezenými kapacitními jednotkami. Dojde ke změnám ve standardech sociální služby. Standardy kvality sociálních služeb by se měly redukovat, zjednodušit a měly by být více zaměřené na kvalitu. V návrhu je převedení některých standardů kvality sociálních služeb (SQ 1, 9, 10) pod registrující orgán. Standardy kvality sociálních služeb by měly jednodušší a srozumitelnější a měly by být zaměřeny na případový proces. Úkolem sociálního pracovníka bude před přijetím uživatele do sociálních služeb řádně zhodnotit, zda nemá jinou možnost a nalézat další vhodně podmínky pro sociální začleňování.

Ministerstvo práce a sociálních věcí ve své koncepci chce též posílit odpovědnosti poskytovatelů, posílit pravomoci registrátorů a prodloužit lhůty naplnění povinného vzdělávání zaměstnanců.

4. DEINSTITUCIONALIZACE POBYTOVÝCH SLUŽEB VE SVĚTĚ

Země dnešní Evropy se již od konce druhé světové války zabývají myšlenkou humanizace společnosti a antidiskriminačních opatření. Základní myšlenkou je úcta ke každému jedinci a k vědomí spoluodpovědnosti společnosti za kvalitu života každého jejího člena.

Procesy deinstitucionalizace probíhají nejen v evropských zemích, ale i v USA. Procesy změn v oblasti sociálních služeb nejsou ale ve všech zemích stejné. Každá země se se sociální politikou vyrovnává podle své ekonomické situace a zvyklostí, které jsou pro každou z těchto zemí dané.

4.1 Deinstitucionalizace v Moldavsku

Do roku 2007 v Moldavsku neexistovaly sociální služby a byla zastaralá struktura sociálních služeb.

V roce 2007 došlo k rychlému posunu v deinstitucionalizaci. Byla vytvořena a přijata celá řada reforem:

1. Národní strategie a akční plány systému péče o dítě,
2. Předpisy týkající se Komise pro ochranu dětí v tíživé situaci,
3. Program rozvoje inkluzivního vzdělávání v Moldavské republice na období 2011 – 2020,
4. Strategie sociálního začleňování osob se zdravotním postižením 2011,
5. Zákon o sociálním začleňování osob se zdravotním postižením 2012,
6. Zákon o akreditaci poskytovatelů sociálních služeb 2012,
7. Předpisy upravující meziodvětvovou spolupráci při prevenci kojenecké úmrtnosti v domácím prostředí 2010,

8. Předpisy o přesměrování finančních prostředků z ubytovacích institucí do nově zřizovaných služeb,

9. Předpisy o akreditaci poskytovatelů sociálních služeb 2012.

Cílem Národní strategie a akčního plánu reformy systému péče o dítě je dosáhnout toho, aby došlo k 50 procentnímu snížení počtu dětí, které žijí mimo rodinné prostředí. Pro děti, které musí žít mimo rodinné prostředí, se hledají jiné typy služeb, jako je pěstounská péče, Domovy rodinného typu, malé skupinové domovy pro osoby se zdravotním postižením, nebo Centrum pro ohrožené děti.

Byl rozpracován plán pro vzdělávání dětí se zdravotním postižením. Dřív byly tyto děti ze školní výuky vyloučeny.

Byl vytvořen systém inkluzivního vzdělávání a postup integrace dětí do obecně vzdělávacích škol. Výuka v takové škole se přizpůsobuje tempu dětí. Pro tento typ výuky bylo nutné také vybrat učitele, kteří s takovými dětmi pracují. Předmět inkluzivního vzdělávání je povinný pro instituce vyššího vzdělávání a sekundárního vzdělávání, které provádějí přípravné vzdělávání učitelů.

Na školách byla vytvořena informační centra nejen pro rodiče dětí, ale i pro širší veřejnost. Vznikly individuálně vzdělávací plány a rozpracoval se zvláštní předpis upravující závěrečné zkoušky a certifikace dětí se speciálně vzdělávacími potřebami v rámci většinového vzdělávání.

Proces deinstitucionalizace v Moldavsku:

Proces deinstitucionalizace v Moldavsku probíhal na dvou úrovních. První úroveň se týkala dětí, druhá úroveň zohledňovala lidské, finanční a materiální zdroje.

Pro potřeby deinstitucionalizace bylo zapotřebí především začít pracovat s dětmi. V první fázi bylo nutné komplexně děti posoudit, u každého dítěte vypracovat individuální plán pomoci. Dalším krokem byla reintegrace deinstitucionalizovaných dětí do biologických rodin. Návrat do biologických rodin je prioritní. Pokud dítě nemohlo

do takové rodiny odejít, hledaly se jiné možnosti – pěstounská péče, Domy rodinného typu. Současně probíhala integrace dětí do běžných typů škol a komunitních služeb.

Co se týče lidských, finančních a materiálních zdrojů, došlo k přesměrování finančních prostředků z ubytovacích institucí na jiné typy služeb. Velká zařízení se převedla na komunitní úroveň. Rovněž bylo nutné pracovat s lidskými zdroji. Hodně prostředků se investovalo do vzdělávání a rekvalifikačních programů pro zaměstnance.

Po začlenění dítěte se průběžně monitoruje, jak se dítě začleňuje a jak je o něho pečováno.

Moldavská republika spolupracuje při deinstitucionalizaci pobytových služeb s nadací LUMOS.¹ Podpis vzájemné spolupráce proběhl již v roce 2006. Lumos podporuje moldavskou vládu při urychlování deinstitucionalizace a reformy systému zdravotní péče, vzdělávání a sociální ochrany dětí a rodin a zvyšování jejich kvality. Organizace Lumos pracuje na místní i centrální úrovni, to znamená na jednotlivých ministerstvech, ale na místní úrovni na odborech školství, většinových školách a ve zdravotnických institucích.

Hlavní zásadou deinstitucionalizace prosazované organizací Lumos je, že dítě nesmí z instituce odejít, pokud pro něho nebude zajištěna kvalitnější péče. S každým dítětem se musí pracovat jako s individualitou, prioritní jsou potřeby a názor dítěte a souběžně s přemístěním dítěte musí být zajištěna podpora rodinám, do kterých se dítě musí opět začlenit.

¹ *Organizace Lumos pracuje v České republice již 6 let. Jejím úkolem je pomoc Ministerstvu práce a sociálních věcí při přípravě Národního akčního plánu transformace. Organizace Lumos umožnila odborníkům, politikům a vedoucím pracovníkům navštívit služby v jiných zemích. Podpořila také vznik Národního centra podpory transformace sociálních služeb. LUMOS. [online]. [2015-05-20]. Dostupné z: <http://czech.wearelumos.org/about>*

Řešení uplatněná v procesu deinstitucionalizace v roce 2009 – 2012:

Reintegrace do biologických rodin - 191 dětí. Přemístění do nově vytvořených služeb pěstounská péče, malé skupinové domovy - 54 dětí. Nalezeno jiné řešení než institucionalizace - 255 dětí. Pomoc, podpora absolventům - 247 dětí. (LUMOS, 2015)

Děti v institucích:

Zvláštní internátní škola Marculesti v roce 2009 - 94 dětí, v roce 2012 uzavření. Internátní škola Napadova, v roce 2009 - 92 dětí, 2012 uzavření. Internátní škola č. 2 Kišiněv, v roce 2009 - 434 dětí, 2012 - 139 dětí. Zvláštní internátní škola pro děti se zdravotním postižením, v roce 2009 - 116 dětí, v roce 2012 – 31 dětí. (LUMOS, 2015)

4.2 Deinstitucionalizace v Maďarsku

V Maďarsku se první zmínky o deinstitucionalizaci pobytových služeb objevily již v devadesátých letech. Život v komunitě podporuje Sorosova nadace. Objevují se nové typy služeb – podpůrné služby – zejména dopravní a osobní asistence, služby na podporu rodiny, nebo služby za úplatu – jako je stravování a osobnostní rozvoj.

V roce 2003 dochází k zpomalení a postupně i k úplnému zastavení procesu deinstitucionalizace. V roce 2007 přijímá maďarská vláda Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením a v roce 2011 vláda přijala strategii a provádění vládních úkolů spočívajících v přechodu od poskytování ošetřovatelských a pečovatelských služeb osobám se zdravotním postižením velkými sociálními institucemi k poskytování těchto služeb v komunitním prostředí.

Tato národní strategie podnítila vznik Národního orgánu pro deinstitucionalizaci. Tento orgán vypracoval akční plány pro jednotlivá tříletá období s ohledem na možné finanční zdroje z EU. Byla zahájena školení odborníků a vytvořena síť mentorů na podporu transformace. Velká pozornost byla věnována informování společnosti. V této

oblasti se angažuje nezisková společnost „Equal Opportunities of persons with Dissabilities non – profit Ltd“.²

4.3 Deinstitutionalizace na Slovensku

Slovenská republika poskytuje sociální služby cca 36 500 uživatelům. Z tohoto počtu je cca 75 procent osob se zdravotním postižením. Ve Slovenské republice je v současné době 969 zařízení sociální péče. Z tohoto počtu je 517 zařízení pobytových. Jde hlavně o zařízení pro seniory, domovy sociálních služeb, zařízení pečovatelské služby a specializovaná zařízení. Průměrná kapacita v jednotlivých zařízeních je 67 míst. V současné době existují na Slovensku čtyři zařízení s kapacitou vyšší než 300 uživatelů, šest zařízení s kapacitou 250 uživatelů, 12 zařízení s počtem 200 míst a 94 zařízení s kapacitou vyšší než 100 uživatelů. Z uvedených údajů vyplývá, že ve Slovenské republice převládá poskytování tradičních institucionálních služeb. (Trass, 2015)

Co se týče péče o děti, tak statistiky uvádějí, že v roce 2010 žilo 13 881 dětí mimo vlastní rodiny. V dětských domovech je umístěno cca 31,5 % z tohoto počtu dětí, tedy 4 332 dětí. V současné době existuje na Slovensku 95 dětských domovů. (MPSV Slovenské republiky, 2015)

První pilotní projekty transformace iniciovali neziskové organizace ve spolupráci s veřejnou správou. Tyto původní projekty byly zaměřené na zvyšování kvality

² *Equal Opportunities of persons with Dissabilities non – profit Ltd /Rovné příležitosti pro osoby se zdravotním postižením/ je společenstvom, jehož hlavním cílem je rozpoznat a chránit práva osob se zdravotním postižením. V návaznosti na podnět vytvořený a dosažených výsledků v roce 2003 „Evropským rokem osob se zdravotním postižením“ komise zavedla víceletý akční plán do roku 2010 zaměřený na problematiku zdravotního postižení s cílem posílit hospodářskou a sociální integraci osob se zdravotním postižením. Akční plán měl tři hlavní cíle: rovné zacházení v zaměstnání i povolání, zlepšení přístupnosti pro všechny a začlenění problematiky zdravotního postižení do příslušných politik Společenství. **EUR-LEX**. [online]. [2015-05-20]. Dostupné z: <http://eur-lex.europa.eu>*

sociálních služeb, na přípravu a vzdělávání personálu i budoucích uživatelů nových typů služeb, dále na poradenství a supervizi.

Jako první došlo ve Slovenské republice k transformaci Domu sociálních služeb Žehra – Hodkovce.

V roce 2002 byla vytvořena Koncepce transformace zařízení sociálních služeb v Košickém samosprávném kraji. V témže roce dochází k transformaci Domu sociálních služeb Královce.

Transformace ve Slovenské republice pokračovala v roce 2003 Projektem Vlády Slovenské republiky „Transformace existujících zařízení sociálních služeb“ – humanizace zařízení sociálních služeb.

V roce 2005 v rámci Transformace sociálních služeb v Banskobystrickém samosprávním kraji dochází k přeměnám ústavů Domu sociálních služeb Slatinka Lučenec, Domu sociálních služeb Pohorelská maša a Domu sociálních služeb Neporadza.

V roce 2011 schvaluje vláda Slovenské republiky Strategii deinstitucionalizace systému sociálních služeb a náhradní péče ve Slovenské republice. Hlavní myšlenkou této strategie je vytvořit a zabezpečit podmínky pro nezávislý život všech občanů odkázaných na pomoc společnosti, a to v přirozeném prostředí komunity.

Strategie Deinstitucionalizace ve Slovenské republice – hlavní opatření:

- vytvořit podmínky na podporu deinstitucionalizace v sociálních službách,
- připravit národní akční plány deinstitucionalizace v sociálních službách a náhradní péče,
- zřídit Výbor expertů pro deinstitucionalizaci,
- připravit a realizovat Národní projekt Podpora procesu deinstitucionalizace a transformace systému sociálních služeb.

V březnu 2012 byl vytvořen poradní orgán ministra práce, sociálních věcí a rodiny SR, který je složen ze společného výboru expertů pro deinstitucionalizaci, sekce pro deinstitucionalizaci sociálních služeb a sekce pro deinstitucionalizaci náhradní péče.

Výbor expertů má za úkol monitorovat, hodnotit a koordinovat procesy deinstitucionalizace, navrhnout opatření na zvýšení podpory a efektivnosti deinstitucionalizace v systému sociálních služeb a náhradní péče a vyhledávat a identifikovat rizika a možné překážky v procesu deinstitucionalizace.

V lednu 2013 byl schválen Národní projekt podpory transformace a deinstitucionalizace. Předpokládá časový rozsah do roku 2015 s alokací 1 mil EUR. Cílem projektu je vytvořit základní podmínky pro úspěšný přechod z institucionální péči na péči komunitní a zahájení a podporu procesu deinstitucionalizace v systému sociálních služeb. Do národního projektu se zapojilo 6 samosprávních krajů – po jednom zařízení z každého samosprávného kraje. Projekt zahrnuje vzdělávání a supervizi managementu, pracovníků a uživatelů sociálních služeb. Velké podpory se dostává podporovanému zaměstnávání, podpory v oblasti architektury – vytvoření univerzálního designu a sledování a interpretace výsledků o nových komunitních službách (Trass, 2015)

4.4 Deinstitucionalizace ve Finsku

Ve Finsku proces transformace sociálních služeb probíhá od 70 let minulého století. Od té doby došlo k zavření některých velkých institucí. Sociální péče je ve Finsku, stejně jako v jiných zemích, na různých stupních kvality. Finsko se potýká s celou řadou problémů, co se týká zeměpisných podmínek – velká rozloha, málo obyvatel, málo daňových poplatníků, kteří odvádějí malé peníze do státního rozpočtu. Ve finských institucích žije dnes přibližně 1900 osob se zdravotním postižením a také cca 2500 dětí.

Proces deinstitucionalizace byl zahájen v roce 2010 zpracováním programu pro organizaci bydlení a souvisejících služeb pro osoby s mentálním a vývojovým

postížením v období let 2010 – 2015. Tento program by měl umožnit individuální bydlení osob s mentálním postižením v běžných životních podmínkách a tím posílit jejich sociální začleňování. Rozvojové cíle týkající se právních předpisů v oblasti zdravotního postižení v souladu s vládním programem, s pokyny finského programu politiky v oblasti zdravotního postižení a Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením uvádějí, že kvalitní bydlení je důležitým základem pro samostatný život a sociální začlenění.

Cílem programu bydlení pro osoby se zdravotním postižením je přechod uživatelů z institucí do funkčních bytů v běžných životních podmínkách. Zároveň s tím snižovat kapacitu stávajících zařízení a rozvíjet a hledat jiné typy služeb.

Národní plán a usnesení byly zveřejněny v březnu 2012. (Trass, 2015)

4.5 Deinstitutionalizace v Estonsku

V Estonsku žije cca 1,3 mil. obyvatel a z toho přibližně 2 200 dětí mimo péči svých rodičů. Z tohoto množství je téměř polovina dětí umístěna v institucích.

V Estonsku existují čtyři formy náhradní péče- poručnictví, pěstounská péče, dětské domovy a adopce. Adopce je možná nejen v rámci země, ale realizuje se i na mezinárodní úrovni.

Estonsko zahájilo proces deinstitutionalizace v roce 2007. V tomto roce vláda Estonské republiky uznala přechod od ústavní péče ke komunitní jako jednu z jejich priorit. Ve spolupráci s neziskovými organizacemi začal stát budovat dětské domovy rodinného charakteru a podporovat pěstounskou péči.

V listopadu 2011 přijala vláda Estonské republiky dokument: „Strategie na podporu dětí a rodin“. Mezi hlavní priority tohoto dokumentu patří rozvoj rané intervence, podpora pozitivního rodičovství a reforma současného sociálního systému v péči o děti.

Řada projednávaných opatření se vztahuje i k následné péči pro děti, které vyrůstají mimo vlastní rodinu. Došlo ke změně v počtu dětí, žijících v náhradních rodinách. Původní počet deset dětí klesl na 8, ale do roku 2015 je v plánu snížit tento počet na 6. V oddělení kancléře spravedlnosti byla vytvořena funkce dětského ombudsmana. (Metodika procesu deinstitucionalizace, 2013, s. 23-24)

4.6 Deinstitucionalizace v Litvě

Hlavním aktérem deinstitucionalizace v Litvě je Ministerstvo sociálního zabezpečení a práce, které v roce 2012 vytvořilo pracovní skupinu pro přípravu deinstitucionalizace zařízení pro děti s postižením. V listopadu téhož roku vláda přijala „Strategické pokyny pro deinstitucionalizaci zdravotně postižených a dětí zbavených rodičovské péče. Plán deinstitucionalizace byl dokončen v roce 2013.

Snahy o vytvoření komunitní péče v Litvě komplikuje nepochopení důležitosti deinstitucionalizace ze strany vlády a jiných organizací, které mají rozhodovací pravomoci. V minulých letech byly do stávajících zařízení investovány značné prostředky ze strukturálních fondů Evropské unie. Z toho důvodu se zdá jako nekonceptní řešení takto zrekonstruovaná zařízení uzavírat. (Metodika procesu deinstitucionalizace, 2013, s. 27-28)

4.7 Deinstitucionalizace v Bulharsku

V Bulharsku je podle statistik v současnosti 122 institucí. Třicet dětských domovů poskytuje léčebnou a sociální péči cca 2 800 dětem ve věku 0 – 3 roky. V dalších 23 domovech je umístěno 1 185 dětí s mentálním postižením. V dalších domovech žijí děti, které postrádají rodičovskou péči.

Bulharsko se deinstitucionalizací ústavní péče začalo zabývat v souvislosti s přípravou země pro vstup do Evropské Unie. V souvislosti s budováním systému komunitních sociálních služeb byla v roce 2008 přijata „Národní strategie pro dítě 2008 – 2018“. V roce 2010 byla vytvořena „Vize pro deinstitucionalizaci dětí“. Podle této vize by do 15 let mělo dojít k uzavření existujících zařízení. Děti by nadále neměly být do těchto zařízení přijímány.

Od roku 2011 dochází k postupnému otevírání komunitních center, která poskytují pobytové služby rodinného typu, dále byla otevřena centra pro děti se zdravotním postižením a centra pro krizovou intervenci. I přesto se však nepodařilo v té době snížit počet dětí, které byly v ústavních zařízeních umístěny.

V současné době probíhá v Bulharsku pět projektů na národní úrovni. Projekt „Childhood for everyone“ je zaměřen na mladé lidi a osoby s postižením, které žijí momentálně v ústavní péči. V projektech jsou domky rodinného typu s návaznými službami, jako jsou speciální školy, rehabilitační centra, stacionáře.

Projekt „Direction family“ je zaměřen na děti od 0 – 3 let. Podle tohoto projektu by mělo dojít k postupné restrukturalizaci osmi domovů se sociální a léčebnou péčí.

Projekt „I have a family, too“ je zaměřen na pěstounskou péči.

Projekt „Support“ je orientován na vzájemnou spolupráci mezi realizačními týmy a projekty, které jsou zahrnuty v Akčním plánu.

Projekt „Accept me,“ by měl přinést vytvoření takového systému pěstounské péče, který bude alternativou k umístění dětí do ústavní péče. (Metodika procesu deinstitucionalizace, 2013, s. 25-26)

5. VÝVOJ TRANSFORMACE POBYTOVÝCH SLUŽEB V ČESKÉ REPUBLICE

Stává se minulostí doba, kdy osoby s různým druhem zdravotního postižení, umístění ve velkokapacitních ústavech, většinou skryti někde za zdmi polorozpadlých zámečků, pozorovali život skrze mříže. Jedna postel, jedna skříň, organizované vycházky, společné koupání, povinný polední a noční klid. Tyto osoby nevěděly, jak se společnost proměňuje a kam směřuje. Vstupenkou do takového zařízení bylo zbavení způsobilosti k právním úkonům a s tím další související věci – tedy zabavení občanského průkazu, odebrání všech cenností, u žen náušnic a dalších šperků a uložení všech peněz do ústavní pokladny. Na jídlo se chodilo hromadně, dost často na zazvonění, do jedné společné jídelny. Aktivizační činnost téměř neexistovala, režim byl přizpůsoben personálu a měl víceméně nemocniční charakter. Zdravotní sestry rozhodovaly, co budou uživatelé dělat. Personál měl také klíče od všech skříní v zařízení. Pokud bylo potřeba skříní otevřít, vždy se to dělo jen tehdy, když přišel ošetřující personál. Na vycházky se chodilo hromadně, klienti byli většinou oblečeni do jednotného oblečení, které se hromadně nakupovalo pro všechny klienty ústavu. Vycházky se uživatelům neumožňovaly příliš často, spíše se mohli pohybovat jen na zahradě a nejlépe na té straně ústavu, kam nebylo z ulice nebo cesty vidět. Šatové zástěry a kostkované bačkory byly součástí domácího oblečení. I vánoční dárky se nakupovaly hromadně – například všechny uživatelky dostaly pod stromeček jeden druh pleťového krému.

Klient, žijící v bývalém ústavním zařízení neměl a nemohl uplatňovat svá práva. Všichni uživatelé se koupali společně, většinou hned po poledním klidu, na jehož dodržování se striktně dbalo. Nebyl výjimkou obraz, kdy uživatelky Domova po odpolední svačině stály nahé před koupelnou, kde čekaly na koupání. Po tomto koupání pak byly oblečeny již do nočních košil, ve kterých potom také stolovaly ve společné jídelně při večeři.

Klecová nebo síťová lůžka byla součástí každého ústavního zařízení, výjimkou nebyly ani fyzické tresty nebo jiný trest za neuposlechnutí příkazu zdravotní sestry. Klecová lůžka nahrazovala ve své podstatě nedostatek kvalifikovaného personálu, který by dokázal s agresivním klientem pracovat. Problém klecových a síťových lůžek spočíval hlavně v jejich zneužívání.

Matoušek (1999) vypichuje následující rizika a problémy ústavní péče takto:

- nemožnost navázat vztah k jedné osobě a stabilní společenské skupině
- časté změny prostředí a osob
- hospitalismus – uživatelé ztrácejí zájem o lidi a svět, zhoršování schopnosti komunikovat, regrese, hledání náhradního uspokojování v jídle, nepřiměřeně dlouhý spánek, automatické pohyby,
- absence zkušeností normálního života – prostředí chudé na podněty citové, sociální, věcné, uzavřené a osobnostně homogenní, nekoedukované kolektivy – lidé uzavření v ústavu nepřestávají být pohlavně cítícími bytostmi. Sexualita si hledá a nachází průchod v homosexuálních vztazích, případně nepřiměřených projevech,
- tzv. ponorková nemoc – všechny uzavřené instituce s autoritativním režimem jsou výtečnou živnou půdou pro šikanování, zneužívání. Personál si například může přisvojovat výsledky jejich práce, uživatelé mohou dostávat méně stravy, než na jakou mají nárok,
- konfúze rolí – i když uživatel může dát impuls k překročení hranic profesionální role, odpovědnost za tento krok nese v první řadě zaměstnanec,
- ztráta soukromí – je pravidelnou daní za pobyt v ústavu, většinou se jedná o sdílení malého prostoru s uživateli, které si člověk vybrat nemohl,
- obyvatel je nucen přizpůsobovat se režimu a potřebám spolubydlících. Všechny jeho projevy jsou pod veřejnou kontrolou a stále hrozí, že nebudou nikomu vyhovovat,
- nedostatečně nebo vůbec jsou ošetřena pravidla partnerství a sexuality,
- sexuální zneužívání – mezi uživateli navzájem nebo ze strany personálu.

Negativní zkušenosti z ústavní péče, tak jak jsou popsány, ale nemají všichni bývalí uživatelé ústavní péče. Někteří z nich mají dobré vzpomínky na některého ze zaměstnanců nebo na navázané přátelství s některým z obyvatelů ústavu. Řada z nich si

ani dnes nedokáže představit pobyt mimo instituci, ve kterých prožili třeba i několik desetiletí svého života. Změna péče z instituce na komunitní péči by měla přicházet zvolna, s perspektivou dalších let a velmi citlivě ke každému jedinci. Problém institucionální péče nebude vyřešen tím, že se zruší velká instituce a ta se nahradí domky. Paradoxně může docházet ještě k větší izolovanosti klientů. Příkladem může být zařízení v Habrovanech, kde žijí uživatelé 20 i více let. Po provedené deinstitucionalizaci a jejich přemístěním do domků najednou došlo ještě k větší izolaci. Komunita lidí, kteří spolu žili jako jedna velká rodina, najednou na sebe ztratila kontakt. Problém se vyřešil návratem části osob zpět do institucionální péče. Investice v sociálních službách musí jít do služeb, ne do domů, a hlavně musí jít do lidí. I v ústavním zařízení se dá dobře žít, bez bariér, s vlastním stanoveným režimem a s kvalitním vyškoleným personálem.

Transformace sociálních služeb znamená zánik původního ústavního způsobu poskytování sociálních služeb směrem k poskytování jiných druhů služeb a začlenění člověka do běžné společnosti. Cílem transformace je nabízet uživatelům sociálních služeb takový způsob podpory, aby mohli tito lidé žít přirozeným způsobem a jejich život se mohl co nejvíce přizpůsobit životu jejich vrstevníků. Znamená to především změnu dotační politiky v oblasti investic, a to odklon od budování ústavní péče, zvláště pobytové, do rozvoje terénní a komunitní péče. Investiční prostředky by měly být směřovány do vzniku chráněných bytů a domů v přirozené zástavbě. Dále to znamená zaměřit se na humanizaci stávajících pobytových zařízení a jejich postupné přeměny. Humanizace znamená, že péče v pobytových zařízeních bude vycházet z vlastních potřeb a možností uživatele, bude vést z úrovně jeho psychomotorického vývoje, a bude směřována ke zvyšování soběstačnosti a sebeobsluhy, zároveň s naplňováním jeho lidských a občanských práv.

Transformace je změna ústavní péče z velkokapacitních institucí na život v bytech nebo rodinných domech v běžné občanské zástavbě, s převzetím zodpovědnosti za svůj život, za péči o svou osobu, za péči o domácnost s pěstováním svých zálib a koníčků.

Projekt Podpora transformace sociálních služeb realizuje odbor sociálních služeb a sociální práce na Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR. Stěžejním dokumentem je v této oblasti v České republice považována **Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začleňování do společnosti**, která byla schválena usnesením vlády č. 127 ze dne 21. února 2007.

Koncepce vychází také z Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, kterou Česká republika přijala do svého právního řádu v roce 2010, také zákon o sociálních službách, který je platný od počátku roku 2007 a Bílá kniha v sociálních službách, platná od roku 2003.

Proces transformace je naplánován řádově na dobu několika desítek let. Vzhledem k čerpání finančních prostředků ze strukturálních fondů byl první dokument koncipován na období roku 2007 – 2013. Na konci tohoto období došlo ke zhodnocení projektu a vypracování koncepce na další období.

Podpora transformace pobytových služeb je projekt, který je součástí Koncepce podpory transformace. Tento projekt je financován jednak z Evropského sociálního fondu (Operační program Lidské zdroje a zaměstnanost) a prostřednictvím státního rozpočtu. Projekt zahájil 1. dubna 2009 a byl ukončen 31. května 2013. Na jeho realizaci bylo vyčleněno z evropských fondů a z českého státního rozpočtu 136 milionů korun.

Součástí projektu je také **Národní centrum transformace sociálních služeb**. Toto centrum se zaměřuje na vzdělávání účastníků transformačního procesu. Národní centrum transformace sociálních služeb podporuje organizace zapojené do procesu transformace sociálních služeb. Národní centrum vytváří metodiky, zajišťuje vzdělávání, podporu přímo v organizacích, zapojených do procesu transformace a podporuje i veřejnou diskusi o tomto tématu.

V tomto prvním transformačním období se do projektu transformace zapojilo 32 ústavních zařízení z celé České republiky. Na projektu pracují všechny kraje České republiky, vyjma Prahy, která se kvůli podmínkám Evropského sociálního fondu může zúčastnit jen některých vybraných aktivit.

V procesu transformace hrají svoji roli i další instituce, zejména Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, který spolu s Ministerstvem práce a sociálních věcí působí v oblasti péče o ohrožené děti. Veřejný ochránce práv kontroluje, zda nedochází k porušování lidských práv v pobytových zařízeních sociální péče a též se věnuje metodické podpoře poskytování sociálních služeb. Významnou roli v procesu transformace hrají i obce a kraje, které jsou zřizovateli cca 85 procent zařízení, zařazených do transformačního procesu.

5.1 Jak transformace probíhá

Transformace pobytových služeb je především o změně myšlení v poskytování sociálních služeb.

Transformace probíhá v 10 krocích:

1. Zvyšování podvědomí o transformaci a humanizaci služby,
2. Řízení procesu,
3. Národní analýza,
4. Místní analýza a analýza instituce,
5. Plánování služeb,
6. Plánování přesunu zdrojů,
7. Příprava a přemístění uživatelů,
8. Příprava a přemístění zaměstnanců,
9. Logistické plánování celého procesu,
10. Sledování a hodnocení. (MPSV, 2015)

5.1.1 Zvyšování povědomí o transformaci a humanizaci služby

Aby se lidé pozitivně zapojili do procesu transformace, humanizace a deinstitucionalizace, je třeba, aby si všichni jednotlivci na klíčových pozicích uvědomili negativní důsledky života v instituci a důvody, proč je potřeba vrátit uživatele do běžné komunity.

Proto je třeba z pozice zařízení/organizace zvýšit povědomí:

- v odborech a u dalších sociálních partnerů,
- v komunitách,
- v místních médiích,
- mezi zaměstnanci,
- mezi rodinnými příslušníky,
- mezi uživateli.

5.1.2 Řízení procesu

Všechny zainteresované subjekty se účastní procesu změny.

Transformační tým zařízení/instituce:

- v rámci instituce je ustanoven transformační tým,
- transformační tým zodpovídá za proces transformace původní služby,
- transformační tým zařízení zahrnuje minimálně:
 - vedoucího pracovníka zařízení (například ředitele instituce),
 - sociálního pracovníka,
 - psychologa (terapeuta) vychovatele,
 - ekonoma,
 - zástupce pracovníků v přímé péči uživatele,
 - zástupce administrativních pracovníků,
 - pracovníka regionální kanceláře Národního centra (externí odborník),
 - zástupce zřizovatele.

5.1.3 Rizika transformace

- instituce identifikuje rizika procesu transformace a stanoví postup jejich předcházení a odstranění,
- instituce reflektuje identifikovaná rizika při tvorbě transformačního plánu a zajištění procesu transformace jim předchází,
- identifikovaná rizika jsou zejména:
 - přílišný důraz na snižování počtu uživatelů,
 - přestěhování pouze uživatelů s nejnižší mírou podpory,
 - slučování institucí,
 - nevhodné soustředění uživatelů do skupin,
 - trauma uživatelů z přestěhování do jiné instituce,
 - nerovnoměrný rozvoj alternativních služeb pro uživatele,
 - obcházení uživatelů se specifickými potřebami,
 - nově přijatí uživatelé nahradí odcházející uživatele,
 - vysoké náklady na zřizování nových typů služeb.

5.1.4 Řízení procesu a respektování potřeb uživatele

- poskytovatel zvažuje nová místa, která jsou k dispozici (tj. biologická rodina, nové domácnosti),
- poskytovatel posuzuje a sladuje možnosti pro soužití uživatele a jeho rodiny,
- poskytovatel připravuje uživatele na přechod do nového typu bydlení a denních programů,
- poskytovatel plánuje přestěhování uživatele,
- poskytovatel podporuje udržení kontaktů s rodinnými příslušníky a opatrovníky uživatele,
- poskytovatel sleduje a vyhodnocuje přestěhování a adaptaci uživatele,
- poskytovatel při plánování přestěhování uživatele respektuje stávající vazby mezi uživateli, jejich přání a potřeby.

5.2 Národní analýza

- poskytovatel spolupracuje na provedení národních analýz a analýz na úrovni kraje,
- analýzy jsou zaměřeny na níže uvedená témata:

5.2.1 Zhodnocení fyzických zdrojů

- identifikace zdrojů, které jsou k dispozici a mohly by pomoci při procesu deinstitucionalizace a transformace,
- budovy a pozemky,
- majetky, za které odpovídá stát,
- budova instituce, (objekty původních velkokapacitních zařízení nemají být v budoucnosti použity k účelům pobytové sociální služby).

5.2.2 Zhodnocení lidských zdrojů

- personál z jiných oblastí,
- personál z původních institucí,
- zástupci obecní a krajské samosprávy,
- místní podnikatelé a zaměstnanci veřejné správy,
- komunitní dobrovolníci,
- zástupci církví a náboženských společností.

5.2.3 Zhodnocení finančních zdrojů

- úspora financí snížením nákladů na instituci,
- investování ušetřených peněz zpět do nových služeb,
- místní zdroje finančních prostředků,
- oslovení místních podnikatelů, požádání o podporu programu deinstitucionalizace,
- dotace,
- evropské fondy (ESF, ERDF), resp. Operační programy (OP LZZ, IOP, ROP).

5.2.4 Existující alternativní služby

- zhodnocení rozsahu existujících alternativních služeb, které jsou k dispozici v dané oblasti, je zřejmé, jaké služby jsou již k dispozici a kde jsou rezervy,
- relevantní resorty a úřady by měly spolupracovat a navzájem komunikovat při poskytování služeb na komunitní bázi.

5.2.5 Mapování zdrojů, které jsou k dispozici

- z přehledu zdrojů a služeb, které jsou k dispozici v dané oblasti, je zřejmé, jaké služby jsou již k dispozici a kde jsou mezery,
- přehled by měl ukázat rizikové oblasti (chudoba, vysoká nezaměstnanost),
- přehled by měl být poskytnut všem, kteří se podílejí na procesu deinstitucionalizace.

5.2.6 Analýza stavu a pohybu

- analýza stavu (včetně počtu umístěných dětí a pohybu počtu uživatelů) nová přijetí a odchody v instituci,
- analýza stavu zachycuje situaci každého uživatele, který je momentálně umístěný v instituci.

Informace o přijetích a propuštěních:

- počet přijetí do instituce v jednom roce,
- důvody přijetí,
- počet uživatelů propuštěných v jednom roce,
- průměrná délka pobytu v instituci u uživatelů, kteří již byli propuštěni,
- kam byli uživatelé umístěni,
- druhy zdravotního postižení, zdravotní stav.

5.3 Místní analýza a analýza instituce

- v rámci instituce je třeba shromáždit podrobné údaje o uživatelích včetně informací o dosažitelnosti rodiny. Vedle toho je třeba zmapovat významné údaje o personálu a také o budově. Je třeba znát pohyb počtu (údaje o přijímání a propuštění) uživatelů v zařízení.

Posouzení potřeb uživatelů:

- nové umístění je vybráno na základě individuálního posouzení každého uživatele,
- navržené umístění musí odpovídat potřebám uživatele,
- je třeba uvážit, že nevhodné umístění uživatele by znamenalo další stěhování zvyšující jeho trauma,
- posouzení pomůže identifikovat terapeutické/specifické potřeby uživatele,
- posouzení slouží jako základ pro vypracování individuálního plánu péče o uživatele.

Souhrnné informace o uživatelích:

- datum narození, pohlaví, respektování příslušnosti ke komunitě,
- datum přijetí do instituce,
- podrobnosti o rodině,
- podrobnosti o sourozencích,
- zda je rodina v kontaktu s uživatelem a pokud ano, o jaký typ kontaktu se jedná (například pravidelné návštěvy, telefonáty, korespondence),
- kde byl uživatel umístěn před příchodem do instituce (například novorozenecké oddělení, dětský domov),
- druhy zdravotního postižení, zdravotní stav.

Podrobný posudek o uživateli:

(viz bod „Souhrnné informace o uživatelích“)

- poskytovatel posuzuje schopnosti, možnosti a potřeby každého uživatele,
- podrobný posudek o uživateli obsahuje minimálně:
 - multidisciplinární přístup
 - včetně sociálního pracovníka, psychologa, lékaře,
 - úlohou týmu je analyzovat sociální, zdravotní, psychologickou a vývojovou zralost

- a schopnosti uživatele,
- sociální posudek,
- rodinné zázemí (včetně jmen a adres), sourozenci (počet, věk, pohlaví, adresa), komunita,
- vhodnost momentálního umístění a potřeby původní rodiny,
- vztahy s ostatními uživateli,
- vztahy s pracovníky,
- psychologický a psychomotorický posudek,
- emoční zdraví,
- psychologické zdraví,
- pocity uživatele a jeho přání týkající se jeho momentálního a budoucího umístění,
- zdravotní posudek,
- spolu s hodnocením pomůže tento posudek při identifikaci zdravotních diagnóz, problémů s chováním, speciálních potřeb, které ovlivní rozhodnutí o budoucím umístění,
- předběžná příprav,
- plán přípravy a nastavení potřeb probíhá ve spolupráci s odbornými pracovníky instituce i dalšími relevantními pracovníky,
- zabezpečení dostatečného času,
- poskytovatel si zajistí dostatečný čas na posouzení uživatelů,
- vhodné prostředí,
- posouzení uživatelů probíhá v místě pro ně příjemném a bezpečném,
- vhodné pomůcky: pomůcky pro posuzování jsou přiměřené vývojové věkové skupině a úrovni chápání uživatelů,
- interaktivní proces,
- při posuzování je používán rozhovor, případně hra,
- bezpečí uživatele: při posuzování uživatele poskytovatel vždy dbá na jeho bezpečí.

Obrázek č. 1 – Co všechno bychom o člověku měli vědět



Zdroj: <http://beatzone.cz/search/feed/Quip+CZ>

Plány přestěhování uživatele:

- za plány přestěhování uživatele je odpovědný sociální pracovník ve spolupráci s posudkovým týmem,
- plán přechodu má být vypracován na základě podkladů k danému případu. Informace podávají členové posudkového týmu,
- je třeba zvážit i jiné faktory, např. změnu okolností, která může ovlivnit rozhodnutí o umístění,
- je zajištěna intervence pro rodiny v krizi,
- úroveň intervence se musí odvíjet od stupně rizika,
- pro posuzování uživatelů byl určen tým, který bude připravovat posudky,
- pro posuzování uživatelů byly určeny nástroje, které se budou využívat,
- pro posuzování uživatelů byl shromážděn potřebný materiál.
- o posuzování uživatelů a o programu hodnocení byli informováni zaměstnanci instituce,

- zaměstnanci byli zapojeni do diskuse o transformaci instituce, budoucích službách a jejich budoucím postavení,
- poskytovatel zvážil možné projevy odporu a identifikoval strategie, jak je snížit.

Návrh systému alternativních služeb:

- informace shromážděné podle předchozího bodu by měly postačovat k návrhu nových domácností, terénních služeb a denních programů.
- poskytovatel vypracovává transformační plán zařízení.
- transformační plán je vytvářen na základě tohoto dokumentu.

Plán přesunu zdrojů – finančních a lidských – do nové sítě služeb:

- po analýze stávajících a v budoucnu nutných zdrojů poskytovatel plánuje a zajišťuje přesun zdrojů na nové služby.

Etapy plánování využití nemovitosti:

- poskytovatel zorganizuje setkání všech zúčastněných stran a seznámí je s plánem transformovat instituci,
- poskytovatel podá návrh k dalšímu využití budovy,
- v rámci procesu transformace je dána přednost místním potřebám a požadavků, na místní zařízení,
- s plány na využití budovy jsou seznámeni všichni zúčastnění, včetně zaměstnanců instituce.

Příprava a stěhování uživatelů:

- umístění uživatelů probíhá s přednostním ohledem na jejich potřeby a s vědomím toho, že samotná změna prostředí je stres, a to i u pracovníků,
- poskytovatel reflektuje, že zvláště zranitelní jsou lidé se specifickými potřebami,
- noví pracovníci jsou v kontaktu s uživatelem v dostatečné míře ještě v době, kdy je v původním prostředí,
- snižování počtu uživatelů probíhá postupně, pokud by k němu došlo v příliš krátké době, není možné se věnovat jednotlivým uživatelům,

- formální záležitosti související s přechodem uživatele do jiného typu služeb musejí být vyřízeny předtím, než uživatel původní zařízení opustí.

Nejdůležitější informace potřebné na počátku plánu přestěhování:

- podrobný aktuální posudek uživatele (zdraví, vývoj, potřeby),
- informace týkající se jakýchkoliv specifických potřeb uživatele,
- informace o rodinných poměrech a přáních rodiny uživatele a opatrovníka,
- informace o sourozencích a přátelích uživatele, aby bylo možné tyto uživatele umístit spolu (pokud je to možné),
- vědomosti o přáních uživatele (závisí na věku a úrovni chápání),
- jasná doporučení k novému umístění, podle kterých se upraví programy přípravy,
- přibližné datum přestěhování na nové místo.

Jak připravit uživatele na přestěhování:

- poskytovatel se zaměří na 3 hlavní způsoby přípravy uživatelů, kterými jsou:
 - a, formování vztahů důvěry s pracovníky,
 - b, terapie vývojových opoždění a zaobírání se problémy s chováním, což souvisí s připoutáním a vazbám k prostoru, objektu i osobám,
 - c, seznámení uživatele s novým místem.

Příprava a přeškolení personálu původního zařízení:

- proces přeškolení má jasná pravidla,
- pracovníkům je nabídnuta možnost rekvalifikace,
- poskytovatel komunikuje o problematice transformace se všemi zaměstnanci, zvláště intenzivně s těmi, kteří se cítí transformací ohroženi,
- zaměstnancům, kteří už dále nemohou nebo nechtějí s uživateli pracovat, poskytovatel pomáhá při hledání nové práce,
- poskytovatel stanoví časový harmonogram pro nábor a školení zaměstnanců

Logická podpora:

- při přípravě a přestěhování uživatelů a pracovníků je třeba postupovat podle časového harmonogramu zpracovaného s ohledem na všechny klíčové faktory, což jsou zejména:

potřeby uživatelů, jejich připravenost na změnu, existence a zajištění nových služeb (zejména finančních a personálních zdrojů),

- poskytovatel stanoví časový harmonogram pro nábor a školení zaměstnanců.

Přeřazení stávajících pracovníků:

- poskytovatel plánuje, se kterými zaměstnanci je možné počítat pro přeřazení do nových služeb,

- poskytovatel informuje pracovníky o procesu transformace a deinstitucionalizace a zapojuje je do plánování a přípravy programů pro uživatele,

- poskytovatel zapojuje zaměstnance do pravidelných diskusí o procesu transformace.

Výběr a vzdělávání pracovníků:

- poskytovatel zajistí spravedlivý a otevřený výběrový proces na nová místa,

- poskytovatel vypracuje harmonogram na podávání inzerátů na místa, pohovory a úvodní školení vzhledem k plánovanému datu otevření každé nové služby,

- poskytovatel zajišťuje průběžné školení, podporu a supervizi pro pracovníky.

Očekávané pořadí plnění projektových úloh:

- poskytovatel postupuje podle níže uvedených kroků:

- analýza potřeb schopnosti uživatelů,

- identifikace služeb potřebných pro současné i budoucí přijetí,

- určení požadovaných zdrojů (tj. finance, nemovitost, zaměstnanci) v součinnosti se zřizovatelem,

- seznámení zaměstnanců instituce a místní komunitu s plány umístování uživatelů,

- kontaktování možných zdrojů financí, připravení akcí na získávání finančních prostředků v součinnosti se zřizovatelem,

- započítí s rozvojem nových služeb, tj. zřizováním budov objednáváním nábytku, softwaru,

- zajištění otevřených konkurzních pohovorů na nová místa

- započítí s hodnocením uživatelů a přípravou plánu péče,

- započítí s přípravou uživatelů na přestěhování a se školením zaměstnanců,

- přestěhování uživatelů do nových služeb.

Některé kroky mohou probíhat zároveň.

Vypracování databáze:

- databáze připravená na začátku projektu s individuálním záznamem o každém uživateli zahrnuje posudky, monitorování, vyhodnocení,
- poskytovatel posuzuje každého uživatele, jeho opatrovníky a nové umístění a zaznamenává údaje.

Monitoring a hodnocení nového stavu:

- poskytovatel monitoruje přestěhování každého uživatele na nové místo a zaznamenává, jak se uživatel zabydluje v materiálním a sociálním prostředí.

Mohou se použít tyto klíčové indikátory:

- a, úroveň rozrušení: těžké a přetrvávající problémy jsou indikátorem, že uživatel má problémy s novou situací,
- b, zotavování uživatele po zdravotní a vývojové stránce,
- c, názor zainteresovaných odborníků,
- d, názory uživatele na změnu v jeho životě.

Vyhodnocení nového umístění:

Poskytovatel vyhodnocuje úspěšnost každého nového umístění záznamem:

1. aktivizačních postupů,
2. zdraví, vývoje a chování uživatele,
3. všechna nová místa je potřeba sledovat v jasně stanovených intervalech.

Klíčovými indikátory úspěšně probíhajícího procesu jsou zdravotní stav uživatele a jeho psychický vývoj. Poskytovatel je monitoruje. Je třeba je monitorovat ještě před tím, než uživatel instituci opustí a v pravidelných intervalech potom.

Monitoring je prováděn nejméně jednou za tři měsíce po přestěhování uživatele do nového prostředí a pak jednou za šest měsíců po další dva roky.

6. ČINNOST MPSV V OBLASTI TRANSFORMACE, HUMANIZACE A DEINSTITUCIONALIZACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

MPSV vyhlásilo zakázku Zpracování analýzy a metodického materiálu a lektorování na seminářích k vybraným aspektům transformace. Na přelomu let 2010 a 2011 ji realizuje Liga lidských práv. Cílem je připravit ucelenou analýzu Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením v návaznosti na proces transformace služeb sociální péče, zabezpečit lektorování na odborných seminářích na toto téma a vypracovat ucelený metodický materiál k zajištění optimálního právního postavení (způsobilost k právním úkonům) uživatelů sociální péče v kontextu transformace pobytových služeb. Rovněž probíhala metodická a individuální setkání se zástupci krajů a vybraných poskytovatelů sociálních služeb, podílejících se na deinstitucionalizaci sociálních služeb.

Byla vyhlášena výzva pro předkládání grantových projektů v oblasti podpory 3.1- Sociální ekonomika (alokace 248 mil. Kč) a průběžná výzva k předkládání individuálních projektů v Operačním programu Lidské zdroje a zaměstnanost pro kraje, vyjma hlavního města Prahy, na kterou je alokováno 402 mil. Kč.

V roce 2010 probíhá příprava individuálního projektu MPSV hrazeného z prostředků ESF, zaměřeného na problematiku ucelené rehabilitace, který má zajistit dostupnost a úzkou spolupráci odborníků, kteří budou schopni provádět odbornou diagnostiku – zejména neurologickou, psychiatrickou, psychologickou, sociální a pedagogickou.

Ministerstvo práce a sociálních věcí je realizátorem projektu Podpora transformace sociálních služeb.

Hlavním záměrem aktivit v rámci projektu Podpora transformace sociálních služeb a Integrovaného operačního programu je podpořit a pilotně ověřit transformaci služeb sociální péče na základě individuálně určených potřeb uživatelů sociálních služeb, umožnit jejich aktivní zapojení se na trh práce a do společnosti a přispět k realizaci deinstitucionalizace pobytových zařízení sociální péče v České republice.

Podpora bude směřovat do vybraných pobytových zařízení v každém kraji, vyjma hlavního města Prahy, za podmínek splnění kritérií pro výběr zařízení stanovených ministerstvem práce a sociálních věcí.

6.1 Cíle deinstitucionalizace

1. Zamezit institucionalizaci dalších lidí
2. Transformovat ústavní péči: zrušit ústavy
3. Zajistit podpory v komunitě

Cíl 1:

je třeba zajistit, aby nikdo další nebyl vystaven účinkům ústavního prostředí. Jde především o lidská práva a kvalitu života lidí, kteří sociální služby využívají. Je třeba každému zájemci o ústavní službu poskytnout důkladné informace o dostupné nabídce pomoci v komunitě a zprostředkovat její využití. Žadatel by měl být informován o tom, které služby lidé hledají a jak jsou pro ně dostupné.

Cíl 2:

je třeba zajistit, aby lidé, kteří žijí v ústavním prostředí, mohli odejít do běžného života. Tzn. Zajistit podporu lidem z ústavů při přechodu do běžného života a při životě v komunitě. Je třeba ukončit poskytování ústavních služeb a zajistit, aby se ústavní prvky neuplatňovaly v nově vytvořených formách podpory.

Cíl 3:

je třeba zajistit, aby lidé, kteří potřebují pomoc druhého člověka, ji měli dostupnou v čase a místě, které jim umožňuje ji využít při zachování účasti na běžném životě společnosti. V komunitních sociálních službách je třeba sledovat dodržování práv uživatelů a řadu dalších oblastí (Trass, 2015)

6.2 Přípravná fáze

V rámci přípravné fázi projektu Podpora transformace sociálních služeb byly zajištěny vybrané činnosti ve čtyřech zařízeních:

1. Ústav sociální péče Jinošov (kraj Vysočina)
2. Domov sociálních služeb Slatiňany (Pardubický kraj)
3. Domov pod Kuňkou (Pardubický kraj)
4. Bellevue, poskytovatel sociálních služeb (Středočeský kraj)

V zařízeních byla zejména zabezpečena činnost pracovníka procesu transformace, podpora zpracování transformačního plánu a hodnocení kvality a metod sociální péče.

6.3 Národní centrum podpory transformace pobytových služeb

V roce 2010 vzniká v souvislosti s transformací také Národní centrum podpory transformace pobytových služeb. Národní centrum má své pracovníky nejen v centru samotném, ale také v krajích a odborné pracovníky ve vybraných zařízeních. V každém kraji pracoval jeden regionální pracovník Národního centra na plný pracovní úvazek na v každém vytypovaném zařízení pracovník Národního centra na poloviční pracovní úvazek.

Národní centrum ihned po svém založení uskutečnilo 9 úvodních setkání. Cílem těchto setkání bylo nejen představení centra samotného, ale také nastavení vzájemné spolupráce se zástupci krajů i poskytovatelů a zjišťování potřeb účastníků transformačního procesu i příprava dalších aktivit, zejména v oblasti vzdělávání, supervize, konference, software aj.

Investiční složka transformace u vybraných zařízeních je podpořena v rámci Integrovaného operačního systému – IOP -, oblasti intervence 3.1. Služby v oblasti sociální integrace.

Tento program je financován z Evropského fondu pro regionální rozvoj a státního rozpočtu ČR. Řídícím orgánem tohoto programu je Ministerstvo pro místní rozvoj. V rámci IOP je jednou z podporovaných oblastí oblast intervence 3.1. Služby v sociální oblasti. Gestorem za její realizaci je MPSV. Pro výše uvedenou aktivitu je z IOP vyčleněno necelých 56 mil. EUR. Minimální výše podpory na projekt činí 20.000.000 Kč, maximální není stanovena, přičemž orientační částka na kraj činí cca 100 mil. Kč. Výzva IOP 3.1 byla vyhlášena 13. 7. 2009. Příjem žádostí probíhal od 13. 7. 2013 do 30. 6. 2013 s možností čerpání až do 30. 6. 2015.

Zaměření investiční podpory:

- terénní podpora ambulantních a terénních služeb (podpora samostatného bydlení, stacionáře, podpora zázemí pro poskytování služeb osobní asistence, pečovatelské služby, odlehčovací služby apod.),
- investiční podpora chráněného bydlení,
- modernizace a humanizace pobytových zařízení sociálních služeb (domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů se zvláštním režimem) a jejich postupný přechod do přirozené sítě v komunitě.

Další investiční zdroje: nemovitosti krajů, obcí, případně státních organizací, dary od soukromých osob, prodej původních nemovitostí.

Výhody pro kraj:

- zvyšování kvality života uživatelů,
- zvyšování zaměstnanosti,
- doplnění chybějící škály sociálních služeb,
- využití investičních prostředků z Evropské Unie,
- využití materiálů a zkušeností v dalším procesu transformace a zkvalitnění služeb.

Nároky na kraj:

- řešení investičního plánu procesu
- podpora a pomoc ve vybraných zařízeních
- udržitelnost sociálních služeb

V rámci projektu Podpora transformace sociálních služeb již byly podpořeny dvě investiční akce v rámci IOP, a to výstavba a nákup domácností v rámci Ústavu sociální péče Jinošov a Ústavu sociální péče Marianum.

Do procesu transformace, humanizace a deinstitucionalizace jsou zapojeny také další instituce, zejména Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy – angažuje se zejména v procesu transformace péče o ohrožené děti a Veřejný ochránce práv.

7. TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH POBYTOVÝCH SLUŽEB NA KRAJSKÝCH ÚROVNÍCH

V jednotlivých krajích byly ustanoveny regionální transformační týmy zodpovědné za proces transformace. Jejich hlavním úkolem je zajištění dalších činností, kterými podporují transformaci, humanizaci a deinstitucionalizaci sociálních služeb na svém území.

Proces transformace pobytových služeb se dotýkal především domovů pro osoby se zdravotním postižením, které jsou příspěvkovými organizacemi krajů. Úloha kraje je proto v procesu transformace nezastupitelná a spočívá v různých transformačních rolích:

1. Iniciační role:

Iniciační role kraje spočívá především v přípravě a realizaci projektů. Úlohou kraje je též vyhledávat a registrovat sociální služby, které chybí.

2. Motivační role:

Kraj své organizace nejen řídí, ale také poskytuje metodickou podporu. Protože postoje poskytovatelů k transformaci jsou různé podle toho, jak se k deinstitucionalizaci staví hlavně jejich ředitelé, jsou důležitým motivačním prvkem jasná stanoviska kraje k plánům rozvoje jednotlivých domovů pro osoby se zdravotním postižením. Kraj plní důležitou úlohu například i při zvaní účastníků na vzdělávací semináře, kulaté stoly, konference a jiné aktivity. Kraj má i důležitou roli směrem k obcím, které se podílí na hledání bydlení pro osoby, které pocházejí z domovů pro osoby se zdravotním postižením.

3. Koordinační role:

Koordinační role kraje spočívá též v řízení kapacit již existujících sociálních služeb, sledování jejich efektivity i kvality poskytovaných služeb. Důležitá role kraje také

spočívá v podpoře rozvoje takových služeb, které osoby odcházející z domovů pro osoby se zdravotním postižením budou potřebovat.

4. Strategická role:

Kraj určuje politiku rozvoje sociálních služeb ve svém regionu. Znamená to, že kraj hodnotí v případě existujících domovů, zda je vhodné je i nadále udržovat při jejich činnosti, zda vyhovují vzhledem ke své kapacitě a umístění ve stávajícím objektu nebo zda je směřovat do míst, která jsou dostupná veřejným službám a zdrojům.

(Metodika procesu deinstitucionalizace, 2013, s. 23-24)

8. PŘEHLED REALIZOVANÝCH PROJEKTŮ V JEDNOTLIVÝCH KRAJÍCH

8.1 Hlavní město Praha

Zde probíhají činnosti vedoucí hlavně k osamostatnění klienta v širší komunitě. Jedná se zejména o služby chráněného bydlení a podporu samostatného bydlení.

Jde o tato zařízení:

Domov sociálních služeb Vlašská – zde došlo k rozšíření služby chráněné bydlení a vzniku centra denních služeb,

Integrované centrum pro osoby se zdravotním postižením Horní Poustevna – rozšíření služeb typu chráněné bydlení, denní stacionář aj. (MPSV, 2015)

Projektu transformace se neúčastní žádné zařízení, neboť to neumožňují podmínky projektu.

8.2 Karlovarský kraj

Karlovarský kraj vypracoval základní koncepci v oblasti sociálních služeb: Zásady rozvoje sociálních služeb v karlovarském kraji pro období let 2007 – 2017 a realizuje dva projekty, hrazené z prostředků ESF – OPLZZ.

Prvním projektem je Poskytování sociálních služeb v Karlovarském kraji, které jsou dostupné a kvalitní z pohledu uživatele. Cílem tohoto projektu je v kraji vybudovat takovou síť služeb, která umožní osobám se zdravotním postižením být součástí přirozeného společenství a přechod z kolektivních institucí do služeb chráněného

bydlení a podpory samostatného bydlení. Je zpracovaná strategie přechodu uživatelů z pobytových služeb do chráněných bytů.

Projektu se zúčastní 4 pobytová zařízení pro osoby se zdravotním postižením:

Domov pro osoby se zdravotním postižením „Sokolík“ v Sokolově,

Domov pro osoby se zdravotním postižením v Lubech,

Domov pro osoby se zdravotním postižením v Radošově,

Domov pro osoby se zdravotním postižením Pramen v Mnichově. (MPSV, 2015)

Druhým projektem je Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje. Hlavním cílem tohoto projektu je přesun osob s psychickým onemocněním z ústavních zařízení do komunitní péče a vytvořit podmínky pro registraci dalších dvou potřebných sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu.

Ve vlastním projektu transformace, humanizace a deinstitucionalizace pobytových služeb jsou zapojena tato zařízení:

Domov pro osoby se zdravotním postižením v Mariánské,

Domov pro osoby se zdravotním postižením „PATA“ Hazlov. (MPSV, 2015)

8.3 Ústecký kraj

Ústecký kraj realizoval Individuální projekt Sociální služby v Ústeckém kraji. Hlavním cílem tohoto projektu je vytváření komunitních typů služeb, zejména služeb chráněného a podporovaného bydlení pro cílové skupiny osob s mentálním a duševním onemocněním.

Druhým projektem je Podpora plánování a transformace sociálních služeb v Ústeckém kraji. Tento projekt byl realizován v letech 2011 – 2013. Zde se zapojily tyto organizace:

Domovy sociální péče Ústí nad Labem – DOZP Severní Terasa,
Centrum sociálních služeb Děčín - DOZP Dolní Žleb a DOZP Domino,
Centrum sociální pomoci Litoměřice,
Oblastní charita česká Kamenice. (MPSV, 2015)

Aktivita na podporu procesů transformace, deinstitucionalizace a humanizace jsou obsaženy schváleny ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb v kraji: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb v Ústeckém kraji na období 2008 – 2011.

Projektu transformace sociálních služeb se účastní tato zařízení:

Ústav sociální péče Lobendava,
Domovy sociální péče Ústí nad Labem – Domov pro osoby se zdravotním postižením Hlíňany. (MPSV, 2015)

8.4 Liberecký kraj

Liberecký kraj realizuje tyto projekty:

Služby sociální prevence v Libereckém kraji,
Podpora střednědobého plánování a rozvoje kvality sítě sociálních služeb v Libereckém kraji.

Projekty jsou zaměřené na zřízení podporovaného bydlení.

Kroky k transformaci, humanizaci a deinstitucionalizaci jsou obsaženy ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb kraje a zúčastní se ho tato zařízení:

Domov pro osoby se zdravotním postižením Mařenice,
Domov Sluneční dvůr – Jestřebí. (MPSV, 2015)

8.5 Středočeský kraj

Středočeský kraj realizuje individuální projekt Základní síť sociálních služeb ve Středočeském kraji. V rámci tohoto projektu byly financovány a realizovány úpravy nemovitostí a domácností deset zařízení sociální péče.

Aktivity kraje na podporu procesů transformace, deinstitucionalizace a komunitních služeb jsou obsaženy a schváleny ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb kraje: Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Středočeského kraje na léta 2010 – 2011.

Tohoto projektu se zúčastnila tato zařízení:

Bellevue, poskytovatel sociálních služeb,
Vyšší hrádek, poskytovatel sociálních služeb,
Diagnostický ústav sociální péče v Tloskově. (MPSV, 2015)

8.6 Plzeňský kraj

V rámci Regionálního operačního programu byl na území kraje realizován projekt na podporu transformace a deinstitucionalizace – Sociálně terapeutické centrum Stod.

Do tohoto projektu byly zapojeny organizace:

DOZP Stod,
ÚSP pro tělesně postiženou mládež Zbůch. (MPSV, 2015)

Součástí projektu je výstavba minipekárny, která bude sloužit též jako zdroj pracovní příležitosti pro uživatele chráněného bydlení.

Aktivity kraje na podporu procesů transformace, deinstitucionalizace a komunitních služeb jsou obsaženy a schváleny ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb. Dodatek Střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb v Plzeňském kraji byl schválen na období do roku 2013.

Projektu Podpora transformace sociálních služeb se zúčastnila tato zařízení:
Domov pro osoby se zdravotním postižením Stod,
Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež Zbůch. (MPSV, 2015)

8.7 Jihočeský kraj

Jihočeský kraj realizuje dva individuální projekty:

Podpora sociálních služeb v Jihočeském kraji,
Podpora komunitního plánování sociálních služeb v Jihočeském kraji.

Aktivity kraje na podporu transformace, deinstitucionalizace a komunitních služeb jsou obsaženy a schváleny ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb a do projektu bylo zařazen pouze jediné zařízení Jihočeského kraje:

Domov pro osoby se zdravotním postižením Pístitina. (MPSV, 2015)

8.8 Královéhradecký kraj

Aspekty podpory komunitních služeb jsou mimo střednědobého plánu rozvoje zohledňovány v koncepčních a strategických dokumentech kraje:

Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením Královéhradeckého kraje.

Plán začleňování seniorů v Královéhradeckém kraji 2008 – 2010.

Kromě toho Královéhradecký realizuje tři individuální projekty hrazené z ESF – OPLZZ věnující se oblasti podpory komunitních služeb. Cílem těchto projektů je zlepšit dostupnost a kvalitu sociálních služeb, zajistit vzdělávání poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb na území Královéhradeckého kraje a výstavba domácností a nových domů, čímž se zvedl standard v bydlení uživatelů sociálních služeb.

Aktivity kraje na podporu procesů transformace, deinstitucionalizace a komunitních služeb jsou obsaženy a schváleny ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb kraje: Plán rozvoje sociálních služeb v Královéhradeckém kraji 2011 – 2016.

Tohoto projektu se účastní tato zařízení:

Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích v Podkrkonoší,

Domov sociálních služeb Skřivany,

Barevné domky Hajnice. (MPSV, 2015)

8.9 Pardubický kraj

Pardubický kraj realizuje dva individuální projekty:

Individuální projekt Pardubického kraje na služby,

Podpora dostupnosti a kvality sociálních služeb Pardubického kraje.

V rámci regionálního operačního programu byly na území kraje podpořeny projekty na podporu transformace a deinstitucionalizace. Z těchto projektů byla realizovaná rekonstrukce a pronájem bytů pro uživatele sociálních služeb.

Projektu Podpora transformace sociálních služeb se zúčastnila tato zařízení:

Domov sociálních služeb Slatiňany,

Domov Pod Kuňkou,

Domov na rozcestí Svitavy. (MPSV, 2015)

8.10 Kraj Vysočina

Kraj Vysočina realizuje individuální projekt Podpora vybraných sociálních služeb na území kraje Vysočina. Postupně jsou zaváděny principy komunitních služeb, převážně formy komunitního bydlení.

Aktivity kraje na podporu procesů transformace, deinstitucionalizace a komunitních služeb jsou obsaženy a schváleny ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb kraje.

Projektu Podpora transformace sociálních služeb se zúčastnila tato zařízení kraje Vysočina:

Ústav sociální péče Jinošov,

Ústav sociální péče Křižanov,

Ústav sociální péče Ledec nad Sázavou. (MPSV, 2015)

8.11 Moravskoslezský kraj

Zastupitelstvo Moravskoslezského kraje schválilo v roce 2008 dokument na podporu transformace, deinstitucionalizace a komunitních služeb a na něho navazující Akční plány Koncepce kvality sociálních služeb.

Z regionálního operačního programu a prostředků kraje byly financovány na území kraje projekty na podporu transformace a deinstitucionalizace. Prostředky byly investovány do rekonstrukcí budov v různých místech Moravskoslezského kraje, čímž došlo ke snížení kapacity v původních zařízeních, zlepšení komfortu bydlení uživatelů sociálních služeb nebo k úplnému uzavření původních nevyhovujících zařízení.

Projektu Podpora transformace sociálních služeb se účastní tato zařízení:

Harmonie Krnov,

Marianum Opava,

Ústav sociální péče pro tělesně postižené v Hrabyni. (MPSV, 2015)

8.12 Zlínský kraj

Zlínský kraj realizuje dva individuální projekty.

Prvním z nich je Podpora procesu plánování rozvoje sociálních služeb na místní a regionální úrovni ve Zlínském kraji a Poskytování služeb sociální prevence ve Zlínském kraji. Z rozpočtu Zlínského kraje je podporovaná Transformace DZP Velehrad Valašská.

Projektu Podpora transformace sociálních služeb se zúčastnila zařízení:

Domov pro osoby se zdravotním postižením Zašová,

Domov pro osoby se zdravotním postižením Velehrad Valašská. (MPSV, 2015)

Přípravná fáze procesu transformace a deinstitucionalizace je nastartovaná také v Domově pro osoby se zdravotním postižením Hrádek, Fryšták. Organizace zřídila transformační tým, mapuje míru podpory jednotlivých uživatelů a plánuje alternativní typy pobytových a návazných služeb dle potřeb jednotlivých uživatelů. (MPSV, 2015)

8.13 Jihomoravský kraj

Z regionálního operačního programu a vlastních prostředků kraje byly podpořeny tři projekty na podporu transformace a deinstitucionalizace. Z projektu vzešly nové možnosti bydlení – malometrážní byty, podporované bydlení a výstavba objektu chráněného bydlení v Šanově.

Aktivity kraje na podporu procesů transformace, deinstitucionalizace a komunitních služeb jsou obsaženy a schváleny ve střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb kraje.

Do projektu byly zapojeny čtyři organizace:

Habrovanský zámek,

Srdce v domě Klentnice,

Ústav sociální péče pro zrakově postižené v Brně – Chrlicích,

Ústav sociální péče pro tělesně postiženou mládež v Brně – Králově poli. (MPSV, 2015).

Od ledna 2013 realizuje Odbor implementace fondů EU a Odbor sociálních služeb a sociální práce Ministerstva práce a sociálních věcí individuální projekt „Transformace sociálních služeb“, který je podpořen v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Program je financován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu. Projektu se bude přímo účastnit 40 zařízení – poskytovatelů sociálních služeb, kteří již v procesu transformace jsou nebo chtějí začít.

8.14 Doprovodné služby

Plánování zaměřené na člověka:

Přístup zaměřený na člověka (Person Centred Approach – PCA) vychází z humanistické psychologie a zdůrazňuje jedinečnost každého člověka, úctu a zájem o jeho prožívání. Je založen na vzájemném vztahu mezi pomáhajícím a uživatelem založený na nedirektivním vztahu. PCA považuje člověka za bytost svobodnou a odpovědnou za svůj život i činy.

Hlavním principem proto je, že druhého přijmeme jako samostatnou individualitu bez jakéhokoliv prostoru pro manipulaci s ním. Je jedním z nástrojů vhodným pro transformaci ústavní péče.

Plánování zaměřené na člověka se začalo utvářet v období deinstitucionalizace a změny chápání sociálních služeb již v 70. letech 20. století. Bylo vytvořeno mnoho přístupů a technik, které se utvářely v rámci jednotlivých skupin.

Plánování zaměřené na člověka aktivně zapojuje člověka s postižením a zaměřuje se na jeho dovednosti a žádoucí změny v jeho životě. Je zaměřeno na celistvého člověka a vytváří komplexní představu o tom, jaký člověk je. Výsledkem plánování zaměřeného na člověka je život podle představ člověka, není jím plán, který ho popisuje a vytváří portrét člověka. V transformaci ústavní péče má plánování zaměřené na člověka nezastupitelné místo, neboť jde o normalizaci životních podmínek dosavadních obyvatel ústavů a umožnění skupině osob žít běžným způsobem života s individuálně poskytovanou podporou.

Cyklus plánování a poskytování podpory:

1. Plánování zaměřené na člověka vychází z osobnostního profilu, což je souhrn toho, jak si uživatel představuje svůj život – a to v oblasti osobního života, v oblasti společenské, ve vzdělávání, v pracovním uplatnění, ve zdraví i ve vztazích s lidmi ve svém okolí. Osobní profil obsahuje i informace z historie života každého člověka

(seznam důležitých událostí v životě). Osobní profil umožní porozumět životním potřebám i představám člověka.

2. Plánování podpory: plánování zaměřené na člověka vyžaduje, aby ve skupině byl kromě vlastního uživatele zastoupen i člověk, kterému uživatel důvěřuje, jakýsi spojenec, klíčový pracovník, opatrovník, případně i další osoby a odborníci. Cílem plánování je formulace osobních cílů, nalezení možných zdrojů k dosažení cílů a stanovení odpovědných osob a termínů.

3. Realizace plánu: poskytování podpory. Pro fázi realizace je například důležitá znalost specifických metod učení lidí s mentálním postižením. Ze zahraničí je možné využít například metodu Feuersteinova metoda instrumentálního obohacení, jejíž základem jsou úkoly pro tužku a papír. Výsledkem je zvýšení schopností člověka s mentálním postižením fungovat v běžném prostředí, posiluje schopnost lidí s mentálním postižením se adaptovat na běžné prostředí.

4. Vyhodnocení plánu: co se podařilo, co se nepodařilo, co se změnilo. Na základě vyhodnocení může nastat další fáze mapování. Z toho vyplývá, že plánování zaměřené na člověka je nekončící a dlouhodobý proces.

Metody použité při plánování zaměřeného na člověka:

- rozhovor s uživatelem,
- alternativní formy komunikace, aby bylo rozumět tomu, co klient říká,
- specifické nástroje – pracovní sešit apod.,
- konzultace s odborníky.

Metody práce s uživatelem:

- **preterapie** – je vhodná pro osoby, u nichž je schopnost navázání kontaktu omezená. Preterapie je založena na třech nutných předpokladech – přijímající postoj k člověku, porozumění pro klientovu zkušenost otevřené projevení citů vůči uživateli.

- **psychologický kontakt** – je založen na třech úrovních: proces na straně uživatele, práce na straně pracovníka, projevy chování.

Existuje pět druhů kontaktních reflexí:

1. Situační – sleduje se klientova aktuální situace, okolí a prostředí, v němž žije a sleduje se jeho chování,
2. Obličejová reflexe – díváme se člověku přímo do tváře a sledujeme předexpresivní emoce,
3. Tělová reflexe – sledujeme držení těla, gesta, pohyby,
4. Slovní reproduktivní reflexe – mnoho klientů se vyjadřuje jen v nesouvislých větách nebo jen ojedinělými slovy. Pozorně posloucháme a reflektujeme slovo, i když jeho významu nerozumíme,
5. Zopakovaná reflexe – pokud je evidentní, že předchozí reflexe byla účinná, použijeme ji znovu.

Kontaktní funkce:

1. Realitní kontakt - popsáno jako uvědomění si světa, vše tu má své místo, své opodstatnění,
2. Emocionální kontakt – vztahuje se k „JÁ“, uvědomění si vlastních pocitů, nálad, emocí,
3. Komunikační kontakt – vyjádřený formou slov či nějakého jiného alternativního způsobu
4. Kontaktní chování – jsou takové změny chování, které se objevují jako výsledek posilování kontaktních funkcí

Prostředky k lepšímu pochopení člověka:

- rozhovory s rodinou a blízkými, s přáteli uživatele,
- pozorování,
- rozhovory – hlavně neformální, u uživatele v pokoji, na výletě, velmi cenný zdroj informací.

Individuální plánování u osob s nejtěžšími formami postižení:

Ve světě byly vyvinuty metody, které umožní postupné navázání kontaktu i následnou komunikaci s lidmi i s velkou formou postižení. Překážkou není míra postižení, ale hlavně neznalost a nevyužívání nových metod práce – například bazální stimulace, preterapie, ale i formy augmentativní a alternativní komunikace.

Individuální plánování by mělo být provázáno se strategickým plánováním organizace. Lidé chtějí žít ve svém bytě, mít partnera, chodit do práce. To vše je neslučitelné se životem v ústavu. Dobré zařízení reaguje na potřeby svých uživatelů a snaží se sociální služby přizpůsobovat přání uživatelů. Služby tak nabývají více terénního charakteru a přichází tak normalizace životních podmínek dosavadních obyvatel ústavů – běžný styl života s individuálně poskytovanou podporou. (MPSV, 2015)

8.15 Alternativní formy poskytování služeb sociální péče

Alternativními službami sociální péče se rozumí poskytování služeb v přirozeném prostředí uživatele. Mezi tyto služby lze zařadit:

- 1. terénní služby** – například služby osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení
- 2. ambulantní služby** – denní stacionáře, týdenní stacionáře, centra denních služeb

3. pobytové služby – například domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení.

Tyto pobytové služby jsou vhodné pro transformaci na jiný druh služeb, a to na různé formy domácností, které zajišťují bezpečí všech uživatelů a odpovídají jejich potřebám a přáním. Cílem je snižování kapacity a humanizace stávajících objektů a vytvoření sítě sociálních služeb v běžné komunitě umožňující naplnění práva uživatelů na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí.

1. Terénní služby:

Terénními službami se rozumí služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném sociálním prostředí.

Mezi takové služby lze zařadit:

Osobní asistence:

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které potřebuje.

Pečovatelská služba:

Pečovatelská služba je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, a rodinám s dětmi, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb.

Průvodcovské a předčitatelské služby:

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního

postížení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim vyřídit vlastní záležitosti. Služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb.

Tlumočnické služby:

Tlumočnické služby jsou terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby.

Podpora samostatného bydlení:

Podpora samostatného bydlení je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Tísňová péče:

Tísňová péče je terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností.

2. Ambulantní služby:

Odlehčovací služby:

Odlehčovací služby jsou jak ambulantní, tak i terénní a pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí, cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

Centra denních služeb:

V centrech denních služeb se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby.

Denní stacionáře:

V denních stacionářích se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Týdenní stacionáře:

V týdenních stacionářích se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením:

Sociálně aktivizační služby jsou ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením.

Sociálně terapeutické dílny:

Sociálně terapeutické dílny jsou ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z toho důvodu umístitelné na otevřeném chráněném trhu práce. Jejich účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně právní terapie.

Sociální rehabilitace:

Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob a to rozvojem jejich specifických schopností s dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajících zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb. (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách)

3. Pobytové služby transformované na domácnosti uživatelů:

Individuální domácnost:

Jedná se o domácnost pro 1 – 2 uživatele, preferované bydlení je v jednolůžkovém pokoji. V jednom domě mohou být umístěné nejvíce 4 domácnosti – maximálně 8 osob v jednom objektu. Obslužný personál využívá běžné vybavení domácnosti, v případě potřeby může mít vyčleněný prostor na uchovávání dokumentace, léků apod.

Skupinová domácnost:

Uživatelé žijí v domě, který je spravován poskytovatelem. Domácnost je situovaná v běžné občanské zástavbě a je zde předpoklad trvalé přítomnosti obslužného personálu. Kapacita skupinové domácnosti je 3 – 6 osob, kteří žijí společně v jedné bytové jednotce. V jednom domě mohou být umístěné pouze dvě skupinové domácnosti, tj. maximálně 12 osob.

V jednom pokoji jsou maximálně 2 uživatelé. Personál má v rámci domácnosti samostatnou pracovnu pro vedení služby.

Domácnost pro osoby s vysokou mírou podpory:

Uživatelé žijí v domě, který je spravován nebo využíván poskytovatelem. Přítomnost obslužného personálu je zde trvalá. V objektu žijí uživatelé, kteří potřebují vysokou míru podpory. Objekt by proto z tohoto důvodu měl být bezbariérový a přizpůsobený potřebám plně imobilních osob.

V jedné bytové jednotce by mělo žít 3 – 6 uživatelů s vysokou mírou podpory. V jednom bytovém domě by měly být umístěné maximálně tři takové domácnosti. V jednom pokoji by měl žít jeden, maximálně dva uživatelé. Personál využívá běžné vybavení domácností, v domě by měl být vymezený prostor jako pracovna pro personál se sociálním zázemím – sprcha, WC.

Vedle základního příslušenství a společných prostor může být i zázemí pro volnočasové aktivity uživatelů (herna, rehabilitace) a prostory pro skladovací účel (hygienické, kompenzační a aktivizační pomůcky).

Domácnost pro děti do 18 let:

Uživatelé žijí v bytě nebo samostatném domě, který je spravován nebo využíván poskytovatelem. Ve službě je kladen důraz na to, aby ve společné domácnosti žily děti se vzájemnými vazbami na sebe (sourozenci, vrstevníci, druh zdravotního postižení). Domácnost by měla být zařízena maximálně pro 6 osob a v jednom objektu jsou umístěny maximálně tři takové domácnosti. V jednom pokoji bydlí maximálně 2 uživatelé. Pokud jsou zde umístěny děti s těžší stupněm zdravotního postižení, je nutné, aby tento dům byl bezbariérový. Příslušenstvím domu může být zázemí pro hru a volnočasové aktivity i prostory pro uskladnění kompenzačních a jiných obdobných pomůcek.

Personál využívá společné vybavení domácnosti a v rámci domácnosti je zřízena pracovna s vybavením pro vedení služby.

Zázemí pro ambulantní služby a denní programy pobytových služeb:

Ambulantní služby nesmí nahrazovat veřejně dostupné služby, jako jsou například návštěvy sportovišť, bazénu, duchovních služeb apod. Zázemí pro denní programy může být součástí objektu, kde jsou umístěni uživatelé s vysokou mírou podpory. U jiných typů domácností by ambulantní služby měly být odděleny od bydlení.

Pro využití těchto zařízení by měl uživatel překonat určitou fyzickou vzdálenost. Pro potřeby uživatelů s vysokou mírou podpory bude využíván automobil, který bude vybaven v souladu s potřebami handicapovaných osob. Dojezd do zázemí ambulantních služeb by neměl být delší než jednu hodinu od domácnosti uživatelů při předpokladu využití prostředků veřejné dopravy.

Provozní charakteristiky:

Všechny domácnosti jsou umístěny v objektech, které jsou vhodné k bydlení, jsou průběžně udržovány a opravovány, aby přispívaly k příjemnému bydlení. Budova je začleněna do běžné zástavby obce a uživatel má přístup k veřejným službám. V budově je prostor pro zachování individuality i pro možnosti společenského styku uživatelů. Vybavení domácností odpovídá potřebám uživatelů, jejich přáním, potřebám a možnostem. Návštěvám je umožněn přístup z veřejné komunikace. V domácnosti žijí osoby obou pohlaví, pokud to uživatelé nechtějí jinak.

Všechny tyto služby musí naplňovat zásady Zákona o sociálních službách. Musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí podporovat jejich samostatnost, řešit nepříznivou sociální situaci a vést k sociálnímu začleňování. Sociální služby jsou poskytovány v náležitě kvalitě s respektem k lidským právům. K hlavním znakům dobré sociální služby patří:

- zlepšit kvalitu života lidí,
- podporovat využívání běžných zdrojů a veřejných služeb,
- nevytvářet závislost na službě,
- sociální služby jsou poskytovány v běžném prostředí člověka

(Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče, MPSV, 2015)

Nezastupitelné místo v péči má dobrovolnictví. Dobročinnost vychází z křesťanské morálky, na jejíž tradici navazuje například síť zařízení České katolické charity, Diakonie Českobratrské církve evangelické aj.

Dobrovolníci mohou v sociálních službách zastat mnoho užitečné práce, zejména v bezprostředním kontaktu s klientem. Vnášejí do nich nadšení, vysokou angažovanost, pružnost, neformálnost, osobní přístup ke klientům. (Matoušek, 2003, s. 61)

9. PODPORA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM PŘI PŘÍPRAVĚ NA SAMOSTATNÝ ŽIVOT A PRACOVNÍ AKTIVITY

Socializace a integrace osob se zdravotním postižením závisí na postoji majoritní společnosti a minimalizaci překážek ve vztazích.

Co se týče těchto překážek, mohou mít rozličnou podobu – někdy až podobu stigmatizace, nálepkování a připisování nejrůznějších nepravdivých negativních vlastností. Abychom zabránili komplikacím v socializaci osob s mentálním postižením, musíme působit na změnu vztahů k nim ve společnosti jako celku. (Valenta, Müller, 2009)

Nezastupitelnou roli v případě jedinců se zdravotním postižením pro život má jejich výchova a vzdělávání. Jak uvádí (Franiok, Kysučan, 2002) každý mentálně retardovaný jedinec má právo na výchovu a vzdělávání. Má právo na plný rozvoj své osobnosti.

Z výše uvedeného vyplývá, že základním principem je individuální práce s každým uživatelem. Pro každé ze zařízení, které se rozhodlo k transformaci, je nutné, aby začalo s přehodnocením individuální situace každého z uživatelů.

Individuální práce s každým uživatelem by měla být zaměřena hlavně na tyto oblasti:

- jaký je věk uživatele,
- jaké má příjmy,
- jak si představuje své bydlení, kde by chtěl žít a s kým,
- jaké má vazby na rodiny, přátele,
- jaké má zájmy, jak je manuálně zručný, vztah k práci,
- jak ovládá základní znalosti trivia,
- jak si představuje partnerský vztah,

- jak dlouho žije v ústavním zařízení a jak ho tento život ovlivnil v kladném i záporném směru.

Pro mapování samostatnosti si každé zařízení zvolilo svůj postup. Mapování potřeb ukázalo, jaký charakter, jaká míra podpory je u každého jednotlivého uživatele potřeba a co je potřeba udělat, aby se uživatel zdokonalil nebo dostával intenzivní podporu a jakou.

Co je třeba zajistit před přechodem do nového typu sociální služby:

1. před přechodem uživatele do nového typu služby je nutné nejprve dobře zmapovat místo, kam uživatel přejde – tzn. jaká je občanská vybavenost nového bydliště, zda je v tomto místě k dispozici možnost nějakého vzdělávání apod. Před přestěhováním by uživatelé měli nacvičovat orientaci v novém prostředí, mapovat okolí a učit se cestovat.

2. důležité je zmapování zdrojů neformální podpory – sousedé, známí a další vztahy, které musí zůstat zachované. Velkým problémem se může stát odmítavý postoj opatrovníků i rodinných příslušníků k procesu deinstitucionalizace. Pro mnohé z opatrovníků je pro handicapovaného člověka nejlepší tradiční „ medicínský „ model, který byl po dlouhé roky v ústavní péči užíván.

Transformační tým by měl zahájit jednání s opatrovníky velmi záhy a opatrovníky ve spolupráci s právníky a dalšími odborníky informovat, kam až sahají jejich kompetence a které činnosti do jejich kompetence nespádají. Pro taková jednání a argumenty musí být transformační tým dobře připraven, mít přehled o jednotlivých uživateliích a vědět, proč se k odchodu z ústavního zařízení rozhodli odejít.

3. plánovat společně s uživatelem přípravu bydlení, nákup nábytku, výmalbu bytu i výběr spolubydlících, kteří budou ve společném bytě bydlet. Promyslet a zajistit kompenzační pomůcky, které mohou osobám s postižením usnadnit zvládnání základních životních potřeb.

4. naučit uživatele zodpovědnosti za vlastní rozhodování, připravit plány přechodu i rizikové situace.

5. zajistit uživateli veškeré dokumenty, které budou potřebovat a učit uživatele potřebné dokumenty zajistit a chránit.

Postup při přechodu uživatele:

- určit, kdo a jak se bude na jednotlivých činnostech přechodu uživatele podílet,
- po získání bytu připravovat uživatele na přechod, stanovit potřebné úpravy, sepsat a koupit vybavení bytu,
- určit termín stěhování,
- zorganizovat vlastní přestěhování.

Po sepsání nájemní smlouvy musí probíhat adaptační období. Po zařazení bytu a nákupu potřebného vybavení uživatel postupně byt užívá. Dobrou praxí je, že zprvu je uživatel v bytě jen přes den, poté cvičně v bytě přespává. V té době musí být vypracován individuální plán potřebné podpory, kde bude upřesněno, jak velkou podporu uživatel nadále potřebuje. Uživatel se musí naučit dovednostem, které v ústavní péči nepotřeboval – především nácvik v péči o domácnost, hospodaření s penězi, nácvik bezpečného pobytu mimo domov.

Důležité oblasti, kterým je potřeba věnovat pozornost:

- nepodcenit dostatečné zajištění asistenční podpory při přestěhování uživatelů,
- u každého uživatele individuálně posoudit, do jaké míry potřebuje podporu a jak musí být byt pro jeho potřeby zařízen,
- stanovit si pravidla pro spolupráci s lidmi z okolí (sousedé, rodina, známí).

Zajištění důstojného života s možností pracovního uplatnění je zakotveno v legislativě české republiky. Odpovídající důstojný život je zabezpečen prostřednictvím nástrojů státní sociální politiky. Právo na práci je zakotveno v Listině základních práv a svobod - „každý má právo na svobodnou volbu povolání a přípravu k němu“, „osoby zdravotně postižené mají právo na zvláštní ochranu v pracovních

vztazích a na pomoc při přípravě povolání“. (Listina základních práv a svobod, článek 26, 2015)

Mezi další právní nástroje můžeme zařadit zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách s vyhláškou č. 505/2006 Sb, zákon č. 329/2011 Sb., o sociálním zabezpečení, nebo sociální programy – například program aktivní politiky zaměstnanosti pro osoby se zdravotním postižením.

Pro přípravu na práci včetně obnovy pracovních návyků má své nezastupitelné místo pracovní terapie – ergoterapie. Ergoterapie je podle Obecného výkladového slovníku pracovní rehabilitace definována jako“ terapie zaměřená na výkon pracovních dovedností“. V zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. můžeme pro tuto terapii nalézt název sociální služby „sociální rehabilitace nebo sociálně terapeutické dílny“. Ergoterapie je vhodným mezičlánkem pro přípravu na získání zaměstnání na otevřeném trhu práce, protože může vést k fixaci naučených pracovních i sebeobslužných dovedností, posílení psychické stability nebo seberealizaci.

Další možností uplatnění osob se zdravotním postižením je pracovní rehabilitace. Pracovní rehabilitace jako nástroj aktivní politiky zaměstnanosti je podle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 69 – 74, péče poskytovaná osobě se zdravotním postižením s cílem umožnit jí získat a zachovat si vhodné zaměstnání a usnadnit její zapojení nebo opětovný návrat na trh práce. Do oblasti sociální rehabilitace patří i metoda podporovaného zaměstnání. Pracovní rehabilitace se může uskutečňovat různými formami programů, které jsou legislativně podloženy zákonem č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti a stát je zajišťuje prostřednictvím úřadů práce. Velkým problémem je však předání informací z jednotlivých úřadů práce k potenciálním zájemcům o práci, protože neexistuje systematická koncepce předávání těchto informací.

Nástrojem aktivní politiky zaměstnanosti je též vytváření a podpora chráněných pracovních míst a chráněných pracovních dílen. (Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 75 -77)

V těchto dílnách mají šanci získat pracovní uplatnění většinou lidé s menším zdravotním postižením nebo s postižením, které minimálně ovlivňuje jejich pracovní výkony.

Hledání vhodného pracovního uplatnění bývá pro osoby se zdravotním postižením velmi komplikované. Riziko nezaměstnanosti je u osob se zdravotním postižením mnohem vyšší než u zdravé populace. Je to tím, že tyto osoby jsou méně výkonné, méně flexibilní a to proto, že často po dlouhá léta nebyli k pracovnímu výkonu motivováni. Zdravotně postižení potřebují více času na překonání neúspěchů a i konstruktivní kritika je velmi znejišťuje. Jejich odolnost k zátěži je malá, proto i pracovní výkon a efektivita je nízká. Zájemci o práci mívají snížené sebevědomí, protože i v běžném životě zažívají odmítání, proto i velmi často bývají při výběrových řízeních odmítáni.

Rizika procesu transformace a deinstitutionalizace:

Transformace sociálních služeb je dlouhodobý a složitý proces, na kterém participuje velké množství osob na různých úrovních. Proto může tento proces být doprovázen celou řadou rizik, která mohou proces transformace ztížit, zpomalit nebo úplně zastavit. Proto Ministerstvo práce a sociálních věcí v rámci Individuálního projektu popsalo kroky vedoucí ke snižování vzniku rizik a eliminaci jejich dopadů na proces transformace, včetně vytvoření nástroje managementu rizik přizpůsobeného potřebám transformace a deinstitutionalizace sociálních služeb. Vytvořený systém je určen aktérům procesu transformace, zvláště poskytovatelům sociálních služeb, jejich zřizovatelům, krajům krajským úřadům, ústředním orgánům státní správy – ministerstvům, ale i dalším organizacím a institucím, tak, aby byli schopni pojmenovat a eliminovat jednotlivá rizika, která v procesu transformace mohou nastat.

Posuzování rizik:

Tato část zahrnuje několik specifických kroků:

1. Identifikaci rizik (vstupních a průběžně vznikajících) – pro samotnou identifikaci rizik můžeme využít mimo jiné například techniku brainstormingu, SWOT analýzu, rozhovory, dotazníky, čerpání zkušeností odborníků a jiné)

2. Analýza rizik (určení příčiny a dopadu rizika) – u každého identifikovaného rizika provádíme jeho kvalifikaci a kvantifikaci.

U kvalifikace sledujeme **příčinu vzniku rizika**, například obavu člověka z něčeho nového nebo nefunkční systém střednědobého plánování, dále **dopadu rizika**, na co a na koho dopadne a způsobu a úrovně **eliminace rizika** – to znamená, jak je možné riziku předejít.

3. Hodnocení rizik – znamená porovnání úrovní rizik zjištěných analýzou s předem určenými kritérii rizik. Výsledkem je zjištění, která rizika nadále ošetřit a u kterých je předpoklad, že nastanou.

Ošetření rizik:

1. Výběr možností ošetření rizik – znamená vybrat nejlepší variantu v kontextu zdrojů – lidských, časových a finančních

2. Příprava a implementace akčních plánů ošetření rizik – co, kdo, jak a kdy a jakým způsobem jednotlivé kroky provede.

Monitoring rizik:

Pro monitoring rizik se využívá Registr rizik a Akční plán ošetření rizik. Monitoring obsahuje tyto základní činnosti:

1. Zpracování seznamu rizik včetně seřazení podle stavu rizik

2. Pro rizika ve stavu identifikované je potřeba pokračovat v Analýze rizik

3. Pro rizika ve stavu kvantifikované a kvalifikované je potřeba pokračovat v přípravě plánů a akcí k ošetření rizik

4. Pro rizika ve stavu aktivní je potřeba zjistit, zda vznik stále hrozí a zda působí nastavené preventivní mechanismy.

Registr rizik:

Zdroje rizik v registru rizik:

1. Transformační plány jednotlivých zařízení. Jedná se převážně o část Swot analýza a Analýza rizik.
2. Rozhovory s jednotlivými pracovníky zapojenými do přípravné fáze.
3. Zkušenosti ze zahraničních projektů
4. Brainstorming s regionálními pracovníky Národního centra pro podporu transformace sociálních služeb v jednotlivých krajích
5. Podněty k rizikům od ostatních pracovních skupin
6. Zkušenosti a názory odborníků v pracovní skupině

Top rizika procesu transformace:

1. Vazby na stát - riziko roztržičnost politik mezi resorty a jejich aktivitami
2. Postupné zhoršování zdravotního stavu uživatelů, například z důvodu zvyšujícího se věku
3. Nedostatek peněz pro zřízení nově vznikajících služeb – například investice na výstavbu, vybavení služby
4. Nejsou vytvořeny mechanismy zabraňující přijímání nových uživatelů do ústavních zařízení ani mechanismy zabraňující jejich vzniku
5. Někteří opatrovníci nemají zájem o větší autonomii uživatelů
6. Poskytovatel nevhodně zvolí personál a materiální podmínky transformované služby u některých uživatelů – například uživatelé s asociálním, rizikovým chováním, psychiatrickou diagnózou apod.
7. Riziko zneužití uživatele, včetně možnosti zneužití osobních dat uživatelů – získání možných rychlých úvěrů, uzavírání nevhodných smluv
8. Obavy zaměstnanců „z nového,,
9. Zaměstnanci nevědí, jakou mají zodpovědnost za chování uživatelů, nemají dostatečnou znalost právních norem ve vztahu k jejich práci – odpovědnost za případnou škodu
10. Zaměstnanci špatně odhadnou možnosti a schopnosti uživatelů – podceňují je nebo přeceňují
11. Nepravidelnost plateb – dotací, finančních zdrojů

12. Nevhodný výběr pozemků pro realizaci transformace
13. Konflikty s veřejností
14. Zvýšený tlak na setrvání ve stávajících podmínkách – „protože se do stávajícího zařízení tolik investovalo“
15. Nedostatek pracovních příležitostí pro uživatele služby

Další rizika deinstitucionalizace ze strany uživatelů sociálních služeb:

1. Nedostatečné finanční zdroje (příjmy uživatelů ke zvolenému způsobu života)
2. Odmítnutí uživatele účastnit se procesu transformace
3. Nedostatek příležitostí a podmínek pro smysluplné trávení volného času
4. Uživatelé vyžadují stejnou míru podpory jako v ústavní péči
5. Ovlivňování uživatele jinými osobami, které vyvolává obavy ze změn souvisejících s přechodem do nového typu služby
6. Úrazy v domácnosti
7. Orientace v novém prostředí
8. Sociální izolace
9. Uživatel selže v nové službě a nezvládne to

(Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení, MPSV, 2015)

Uživatelé odcházejí z relativně bezpečného prostředí, které pro ně v zařízení představuje, jsou chráněni před negativními vlivy, zbaveni většiny odpovědnosti, izolováni od negativních reakcí okolní společnosti. Součástí přípravy uživatele na samostatný život by mělo být popisování rizikových situací a nácvik jejich zvládnutí, což znamená probírání jednotlivých situací s uživateli, vysvětlování důsledků jejich chování.

Úkolem sociálních pracovníků a pracovníků v přímé péči je nácvik co nejvíce potřebných dovedností. Poskytovatelé sociálních služeb nemohou stoprocentně zaručit, že se při přechodu uživatele na jiný typ služby nestanou. Je hodně pravděpodobně, že se stanou, i opakovaně.

Proto je velmi důležité pojmenování takových situací a jejich následného zvládní. Nedílnou součástí přípravy na přechod uživatelů je vytvoření systému práce a způsobu řešení rizikových situací.

PRAKTICKÁ ČÁST

10. POPIS VÝZKUMU

10.1 Metodika šetření a techniky sběru dat

K výzkumu byly zvoleny dva typy výzkumu, výzkum kvantitativní a kvalitativní. Pro kvalitativní šetření bude použita metoda rozhovoru a dotazníkové šetření mezi transformovanými zařízeními. Kvantitativní šetření se uskuteční za použití dotazníkové techniky mezi uživateli sociálních služeb.

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

Výzkumný projekt:

Každý výzkum by měl splňovat určitá kritéria a návaznost jednotlivých kroků. Pro výzkumnou část byl zvolen jeden z plánů sociologických výzkumů od českého sociologa Prof. PhDr. Miroslava Dismana, CSc. (2011):

1. Formulace problému
2. Formulace teoretické hypotézy
3. Formulace souboru praktických hypotéz
4. Rozhodnutí o populaci
5. Rozhodnutí o technice sběru informací
6. Konstrukce nástroje sběru informací – konstrukce dotazníku, příprava rozhovoru, pozorování
7. Předvýzkum
8. Sběr dat
9. Analýza dat
10. Interpretace, závěry šetření

Formulace výzkumného problému:

Úroveň společenské vyzrálости by neměla být posuzována dle životního standardu nejvyšších společenských vrstev a osob nejbohatších a nejúspěšnějších. Moderní společnost by měla poskytovat důstojné zabezpečení lidem, kteří to nedokáží z různých důvodů sami – lidem starým, nemocným a zdravotně postiženým.

Až do roku 1989 existovala pouze jedna forma péče o handicapované, a sice péče ústavní. Ústavní péče v sobě zahrnovala tři základní aspekty:

- Podporu a péči
- Léčbu, výchovu a resocializaci
- Omezení, vyloučení a represi

Sama povaha ústavní péče usnadňuje zneužívání a znesnadňuje kontrolu. Personál má vždy mocenskou převahu, personál může mít dění v ústavu pod takovou kontrolou, že každá případná stížnost uživatele se může obrátit proti němu a vyvolat sankci.

Výzkum práce je zaměřený na nový způsob poskytování sociálních služeb, a sice na transformaci a deinstitucionalizaci. Cílem výzkumu by mělo být zjištění, jak ovlivnil přechod uživatele z Domova pro osoby se zdravotním postižením do služeb chráněného bydlení, jak dalece to ovlivnilo jeho život, uspokojování jeho potřeb, motivaci k získávání nových dovedností a rozvoj těch stávajících. Výzkum může být inspirací pro další poskytovatele sociálních služeb, zejména Domovů pro osoby se zdravotním postižením, kteří ještě nejsou do transformace zapojeni a přetrvávají u nich obavy, nebo se úplně neztotožnili s tím, že transformace sociálních služeb má smysl.

10.1.1 Kvantitativní šetření

Sběr proběhl formou anonymního dotazníkového šetření. Dotazník je metodou efektivní, která může postihnout veliký počet jedinců při malých nákladech. Umožňuje získat informace snadno a od velkého počtu jedinců.

Disman (2011) uvádí, že dotazník klade vysoké nároky na ochotu dotazovaného a že je velmi snadné „přeskočit otázky“ nebo neodpovědět vůbec. Doporučuje doprovodný dopis, který vysvětluje účel výzkumu a jeho užitečnost.

Pro potřeby výzkumného šetření byl sestaven 13 položkový dotazník, otázky byly formulovány jednoznačně a srozumitelně. Distribuce dotazníků proběhla za pomoci ředitelů jednotlivých zařízení a jejich sociálních pracovníků. Uživatelé vyplněné dotazníky vhažovali do předem připravené krabice.

Výzkumný vzorek tvořili respondenti ze zařízení, která již byla do procesu transformace zapojena.

Před realizací vlastního šetření byl proveden předvýzkum. Tento předvýzkum byl proveden v jedné z organizací, která poskytuje sociální služby osobám s mentálním postižením. Návratnost dotazníků byla poměrně vysoká, proto bylo k této verzi dotazníku přistoupeno i dalším šetření.

Informace byly zpracovány v programu MS Excel a poté uváděny v grafech a tabulkách. Dále byl program MS Excel využit pro zpracování tabulek v absolutních a relativních četnostech, též pro sestavení kontingenčních tabulek použitých při testování hypotéz pomocí Pearsonova testu chí-kvadrát, který je nutno použít k přijetí nebo zamítnutí nulové hypotézy na stanovené hladině významnosti $\alpha = 0,05$.

Předem stanovené hypotézy byly vyhodnoceny díky statistické metodě χ^2 test (chí-kvadrát).

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

1. formulace nulové a alternativní hypotézy,
2. zvolení hladiny významnosti (α),
3. určení stupně volnosti (k),
4. zvolení vhodného testovacího kritéria (chí-kvadrát test),
5. dosazení pozorovaných hodnot do testovacího kritéria a výpočet testovací charakteristiky,
6. pro zvolenou hladinu významnosti a počet stupňů volnosti nalezení příslušné kritické hodnoty v tabulkách,
7. porovnání výsledku testovací metody s příslušnou kritickou hodnotou,
8. vyslovení závěru o platnosti či neplatnosti nulové a alternativní hypotézy,
9. interpretace výsledků testování.

10.1.2 Hypotézy

1H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím uživatelů sociální služby a jejich přístupem k transformaci.

1H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím uživatelů sociální služby a jejich přístupem k transformaci.

2H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem uživatelů sociální služby a jejich přístupem k transformaci.

2H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem uživatelů sociální služby a jejich přístupem k transformaci.

3H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem uživatelů sociální služby a délkou využívání sociálních služeb.

3H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem uživatelů sociální služby a délkou využívání sociálních služeb.

10.1.3 Kvalitativní šetření

Pro kvalitativní šetření bylo využito metody strukturovaného rozhovoru, pokládány byly předem připravené otázky, uživatelé mohli volně hovořit. K záznamu rozhovoru byl použit audiopřístroj a poté byly odpovědi přepisovány do písemné podoby. Bylo osloveno šest uživatelů z různých zařízení, s cílem zjistit, jak byli připravováni na přechod do jiného typu zařízení, zda mají dostatečné informace, na co se těší a z čeho mají obavy a v jakou míru podpory očekávají.

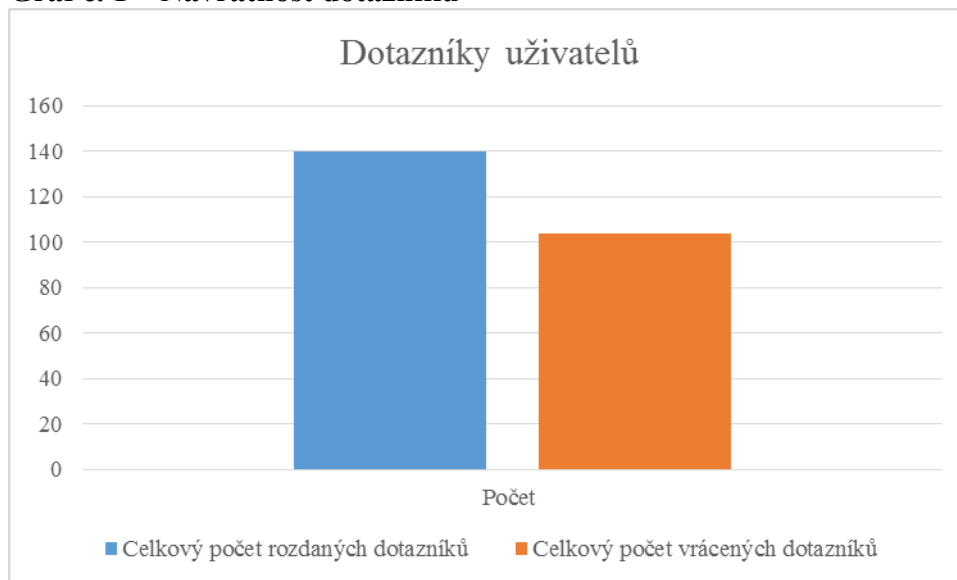
10.2 Interpretace výsledků kvalitativního šetření

Tabulka č. 1 – Návratnost dotazníků

Dotazníky	Počet
Celkový počet rozdaných dotazníků	140
Celkový počet vrácených dotazníků	104

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 1 – Návratnost dotazníků



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 1 a graf č. 1 nám znázorňují návratnost dotazníků rozdaných mezi uživateli sociálních služeb.

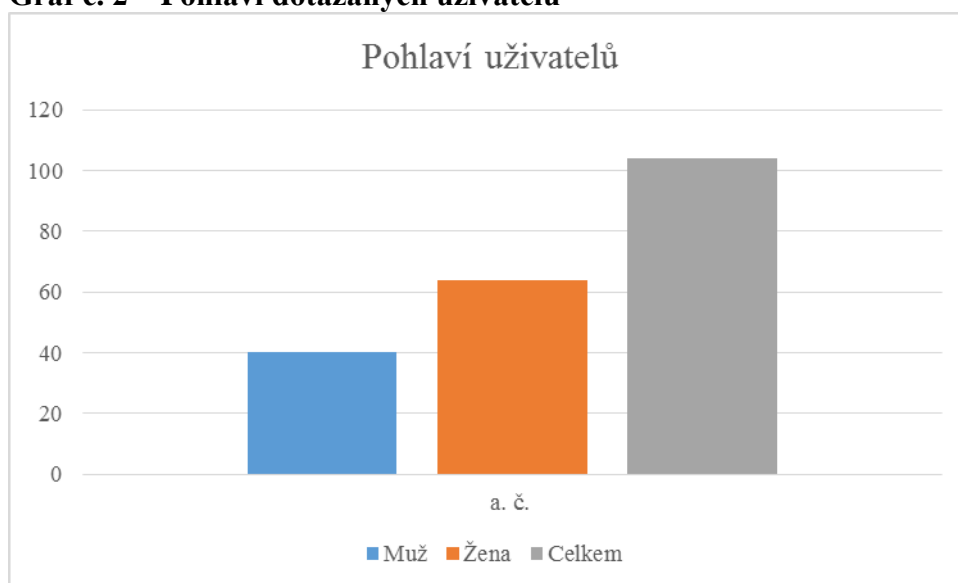
Otázka č. 1 – Vaše pohlaví?

Tabulka č. 2 – Pohlaví dotázaných uživatelů

Pohlaví	a. č.	r. č.
Muž	40	38,5%
Žena	64	61,5%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 2 – Pohlaví dotázaných uživatelů



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 2 a graf č. 2 nám ukazují pohlaví uživatelů dotazníkového šetření. Šetření se celkem zúčastnilo 40 mužů a 64 žen.

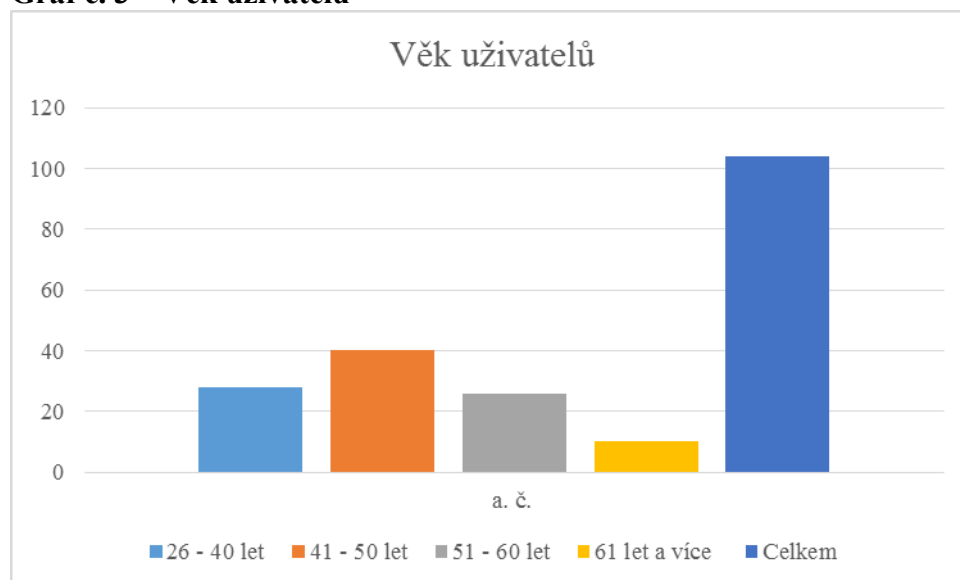
Otázka č. 2 – Kolik je Vám let?

Tabulka č. 3 – Věk uživatelů

Věk uživatelů	a. č.	r. č.
26 - 40 let	28	26,9%
41 - 50 let	40	38,5%
51 - 60 let	26	25,0%
61 let a více	10	9,6%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 3 – Věk uživatelů



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 3 a graf č. 3 nám značí věk uživatelů. Nejvíce odpovědí bylo získáno od uživatelů ve věku 41 – 50 let.

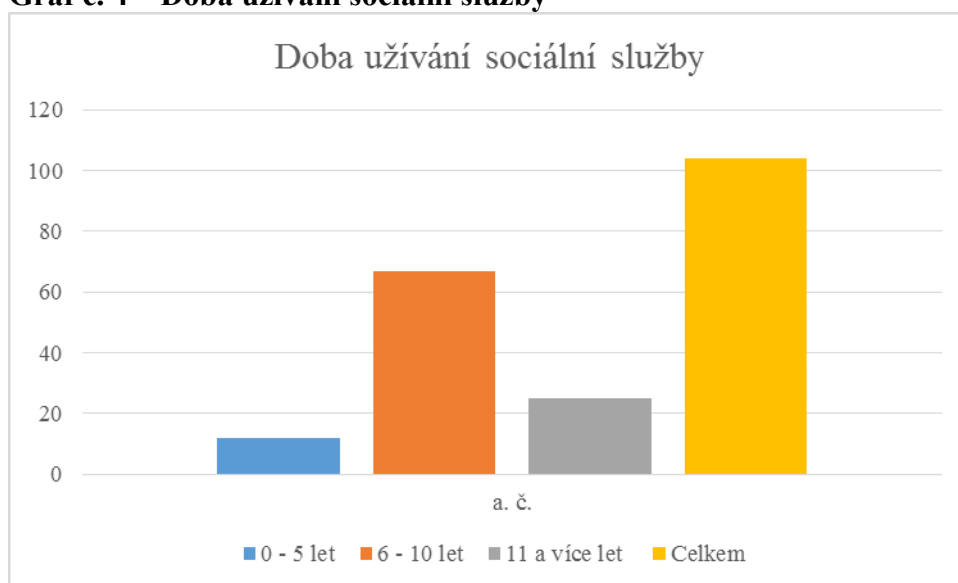
Otázka č. 3 – Jak dlouho využíváte sociální služby?

Tabulka č. 4 – Doba užívání sociální služby

Jak dlouho využíváte sociální služby?	a. č.	r. č.
0 - 5 let	12	11,6%
6 - 10 let	67	64,4%
11 a více let	25	24,0%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 4 – Doba užívání sociální služby



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 4 a graf č. 4 zobrazují délku užívání sociální služby u dotázaných uživatelů.

Otázka č. 4 - Jste v současném zařízení spokojen/a?

Tabulka č. 5 – Spokojenost v současném zařízení

Spokojenost	a. č.	r. č.
Ano	74	71,2%
Ne	25	24,0%
Nevím	5	4,8%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 5 – Spokojenost v současném zařízení



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 5 a graf č. 5 ukazují, zda jsou uživatelé spokojeni v současném zařízení. Zcela spokojeno je 74% z nich, což je 71,2% z celkového počtu 104 uživatelů.

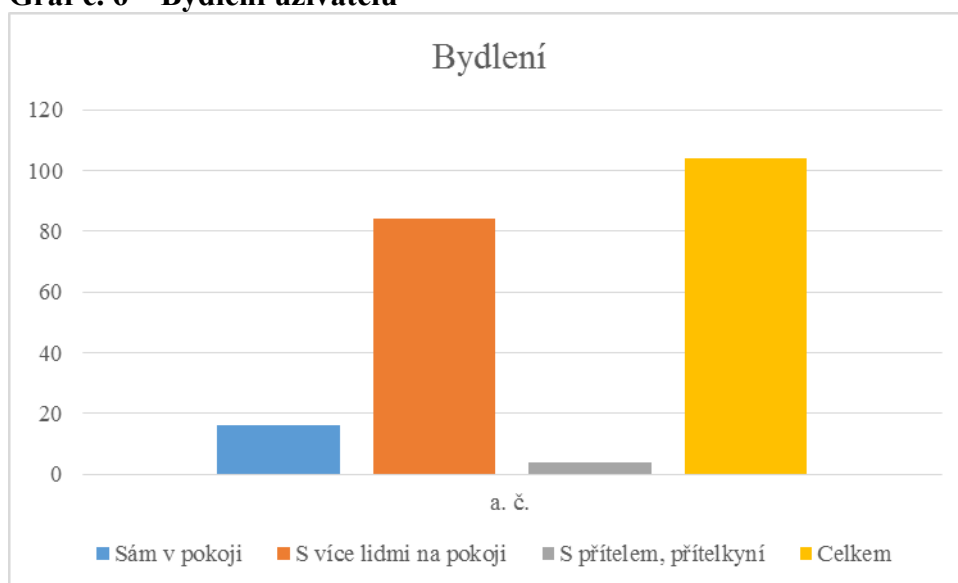
Otázka č. 5 – Jak bydlíte?

Tabulka č. 6 – Bydlení uživatelů

Bydlení	a. č.	r. č.
Sám v pokoji	16	15,4%
S více lidmi na pokoji	84	80,8%
S přítelem, přítelkyní	4	3,8%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 6 – Bydlení uživatelů



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 6 a graf č. 6 znázorňují, jakým způsobem uživatelé bydlí. Zda sami, s více lidmi na pokoji či s přítelem nebo přítelkyní. Nejvíce uživatelů, a to 84, bydlí s více lidmi na pokoji.

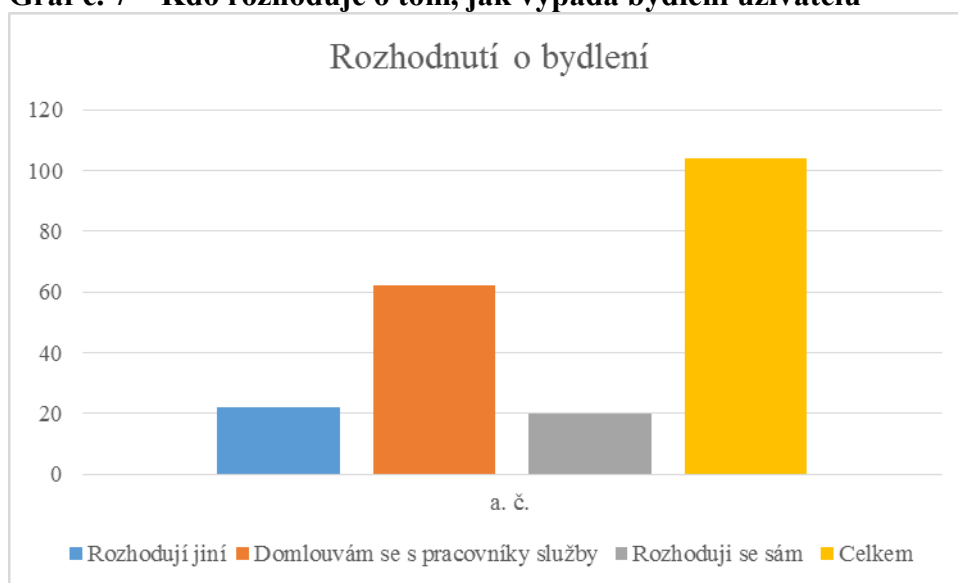
Otázka č. 6 – Kdo rozhoduje o tom, jak vypadá Vaše bydlení?

Tabulka č. 7 – Kdo rozhoduje o tom, jak vypadá bydlení uživatelů

Kdo rozhoduje o bydlení	a. č.	r. č.
Rozhodují jiní	22	21,2%
Domlouvám se s pracovníky služby	62	59,6%
Rozhoduji se sám	20	19,2%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 7 – Kdo rozhoduje o tom, jak vypadá bydlení uživatelů



Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky č. 7 a grafu č. 7 je patrné, že o způsobu bydlení se uživatelé domlouvají s pracovníky sociální služby. Takto odpovědělo 62 uživatelů z celkového počtu 104.

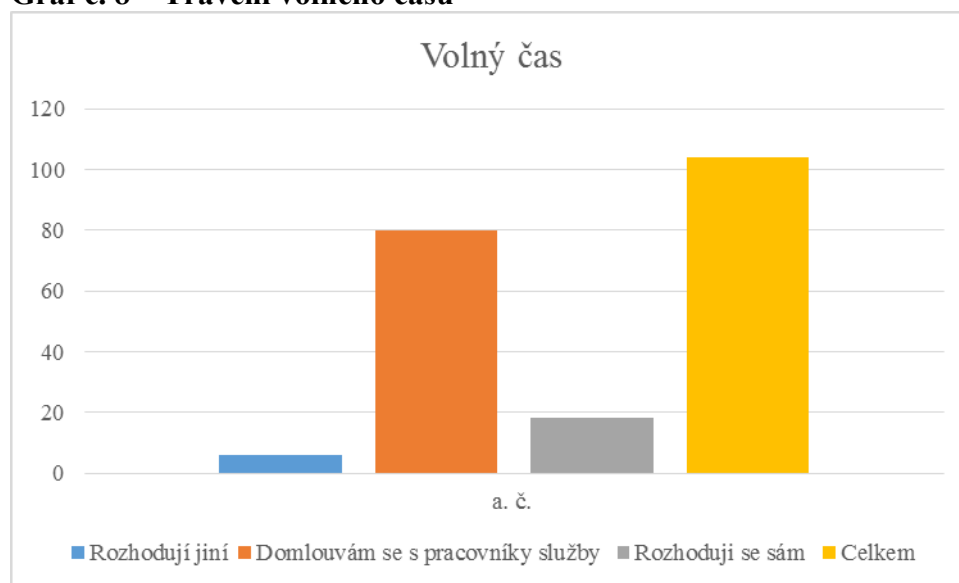
Otázka č. 7 - Jak trávíte svůj volný čas?

Tabulka č. 8 – Trávení volného času

Volný čas	a. č.	r. č.
Rozhodují jiní	6	5,8%
Domlouvám se s pracovníky služby	80	76,9%
Rozhoduji se sám	18	17,3%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 8 – Trávení volného času



Zdroj: vlastní zpracování

V tabulce č. 8 a v grafu č. 8 vidíme, že o způsobu trávení volného času se uživatelé domlouvají s pracovníky sociální služby. Z celkového počtu 104 jich takto odpovědělo 80 a pouze 6 odpovědělo, že za ně rozhodují jiní.

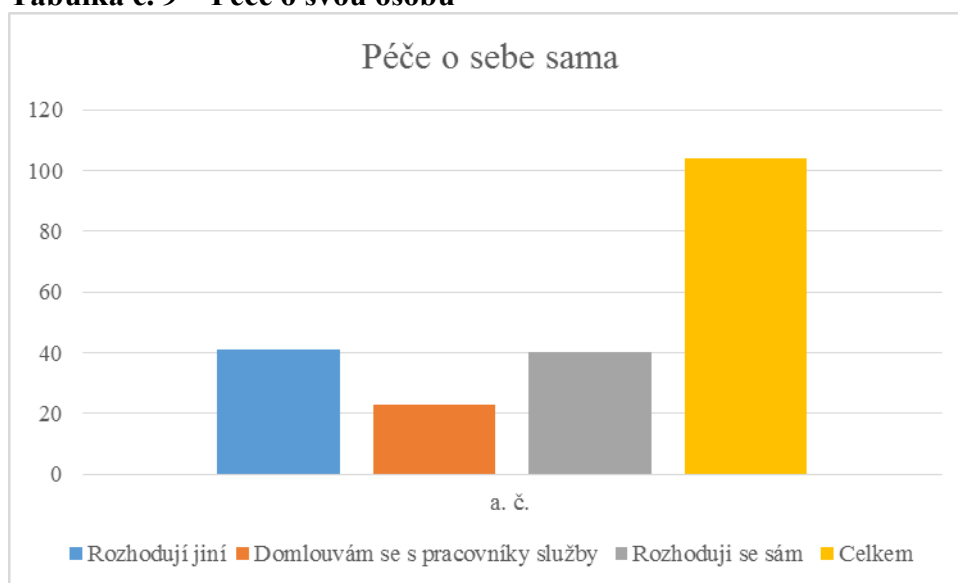
Otázka č. 8 – Jak o sebe pečujete? (péče o své tělo, oděv, obuv)

Tabulka č. 9 – Péče o svou osobu

Péče	a. č.	r. č.
Rozhodují jiní	41	39,4%
Domlouvám se s pracovníky služby	23	22,1%
Rozhoduji se sám	40	38,5%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 9 – Péče o svou osobu



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 9 a graf č. 9 znázorňují, že za 41 uživatelů rozhodují jiní, 23 uživatelů se domlouvá s pracovníky sociální služby a zbylých 40 se rozhodují sami.

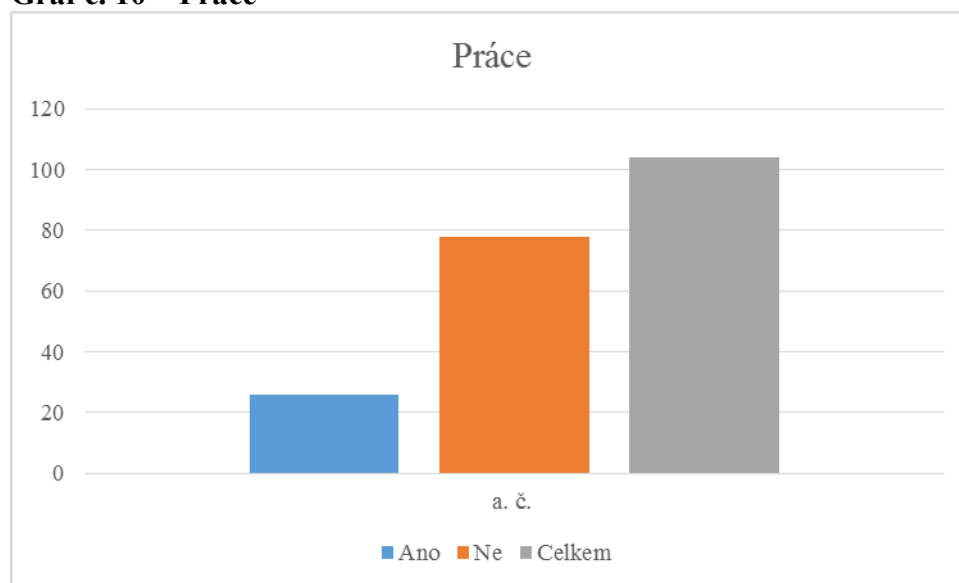
Otázka č. 9 - Pracujete?

Tabulka č. 10 - Práce

Práce	a. č.	r. č.
Ano	26	25%
Ne	78	75%
Celkem	104	100%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 10 – Práce



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č 10 a graf č. 10 uvádí, zda že z dotázaných pracuje jen 26 uživatelů.

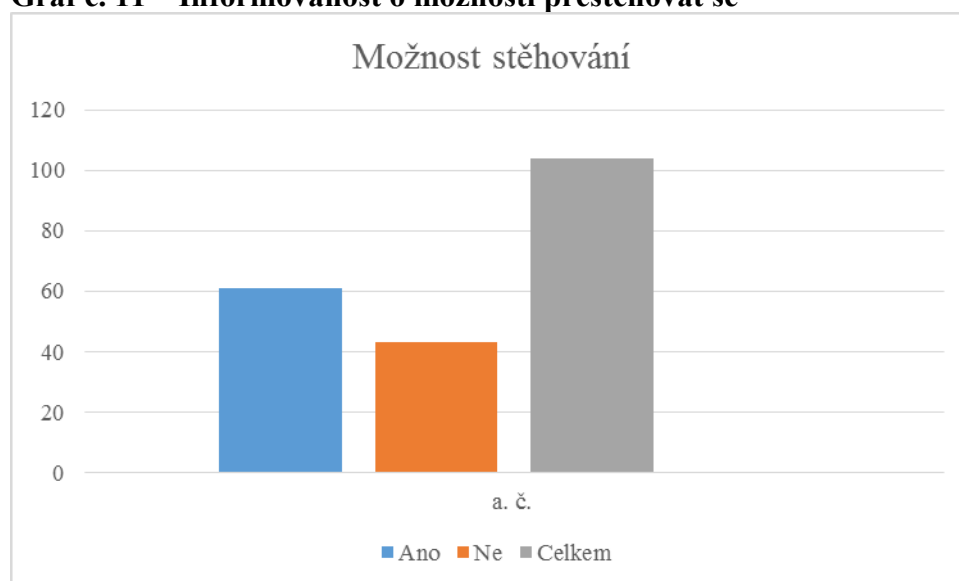
Otázka č. 10 - Víte o možnosti přestěhovat se z Domova do jiného zařízení?

Tabulka č. 11 – Informovanost o možnosti přestěhovat se

Možnost přestěhovat se	a. č.	r. č.
Ano	61	58,7%
Ne	43	41,3%
Celkem	104	100,0%

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 11 – Informovanost o možnosti přestěhovat se



Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 11 a graf č. 11 uvádí, zda uživatelé vědí o možnosti přestěhovat se do jiného zařízení. 61 uživatelů, z celkového počtu 104, odpovědělo, že o možnosti vědí.

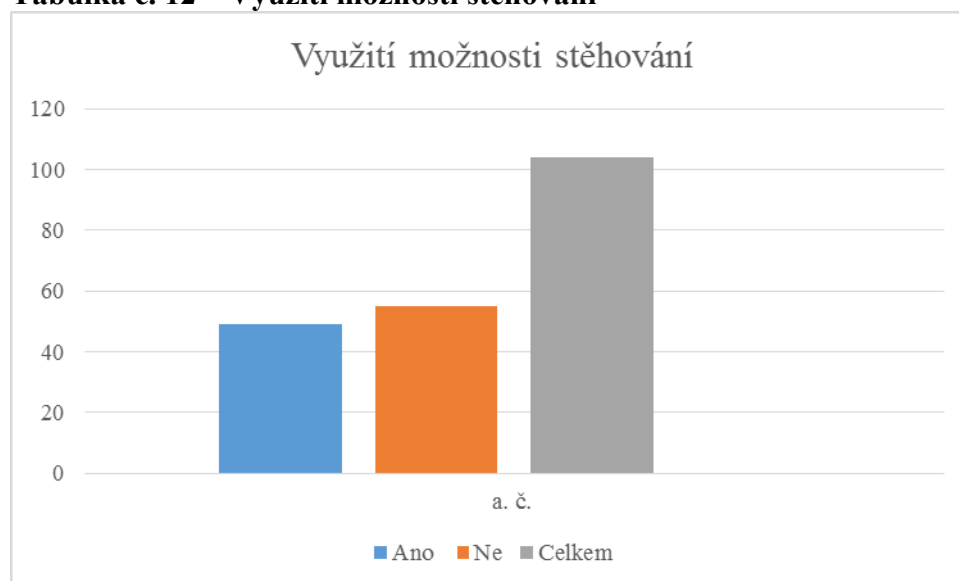
Otázka č. 11 - Využijete této možnosti?

Tabulka č. 12 – Využití možnosti stěhování

Využití možnosti stěhování	a. č.	r. č.
Ano	49	47,1%
Ne	55	52,9%
Celkem	104	100,0%

Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 12 – Využití možnosti stěhování



Zdroj: vlastní zpracování

Z tabulky č. 12 a grafu č. 12 můžeme vyčíst, zda mají uživatelé vůbec zájem se přestěhovat do jiného zařízení. Z celkového počtu 104 uživatelů by této možnosti využilo 49 z nich, což je 47,1%.

Otázka č. 12 – Z jakého důvodu této možnosti nevyužijete?

Respondenti odpovídali různě, většinou se však přikláněli k tomu, že zůstanou žít tam, kde již hodně let žijí. Zdá se jim, že by se obtížněji adaptovali v novém prostředí, což v nich vyvolává pocit úzkosti a strachu z neznámého. Takto odpovídali spíše uživatelé staršího věku. Několik uživatelů odpovědělo, že jejich blízcí jim pobyt v jiném zařízení nedoporučují a proto raději zůstanou tam, kde jsou. Několik uživatelů odpovědělo, že jejich příjmy jsou velmi malé, nemají nikoho, kdo by jim mohl pobyt v novém domově dopláct a bojí se, že by jejich prostředky na nový typ bydlení nestačily. Objevily se i odpovědi, že ve stávajícím zařízení žijí jejich kamarádi, se kterými jsou zvyklí žít, a že bez nich by si v novém bydlišti těžko zvykali. Ve dvou odpovědích zaznělo, že zhoršující zdravotní stav jim brání v přechodu na nový typ služby, neboť ve stávajícím zařízení mají pro své potřeby vše přizpůsobeno.

Otázka č. 13 – V případě, že této možnosti využijete, co od nové služby očekáváte?

Téměř ve všech odpovědích zaznělo, že pokud uživatelé využijí nového typu služby, očekávají od nového života více soukromí, zařazení do společnosti i kontakt s okolím. Několik uživatelů odpovědělo, že využijí možnosti volného pohybu podle své libosti a přání. V dotazníku se také objevily názory, že si uživatel zařídí pokoj podle svého vkusu a přání.

V odpovědích se vůbec nevyskytly obavy z nového bydlení a rizika, které nový typ služby může přinést.

10.3 Testování hypotéz

Testování hypotézy č. 1

1H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi pohlavím uživatelů sociální služby a jejich přístupem k transformaci.

1H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi pohlavím uživatelů sociální služby a jejich přístupem k transformaci.

Tabulka č. 13 – Transformace vs. pohlaví uživatelů sociální služby

Transformace vs. pohlaví uživatelů					
Odpověď	Ano		Ne		Celkem a. č.
	a. č.	r. č.	a. č.	r. č.	
Muž	20	19,2	20	19,2	40
Žena	47	45,2	17	16,4	64
Celkem	67		37		104

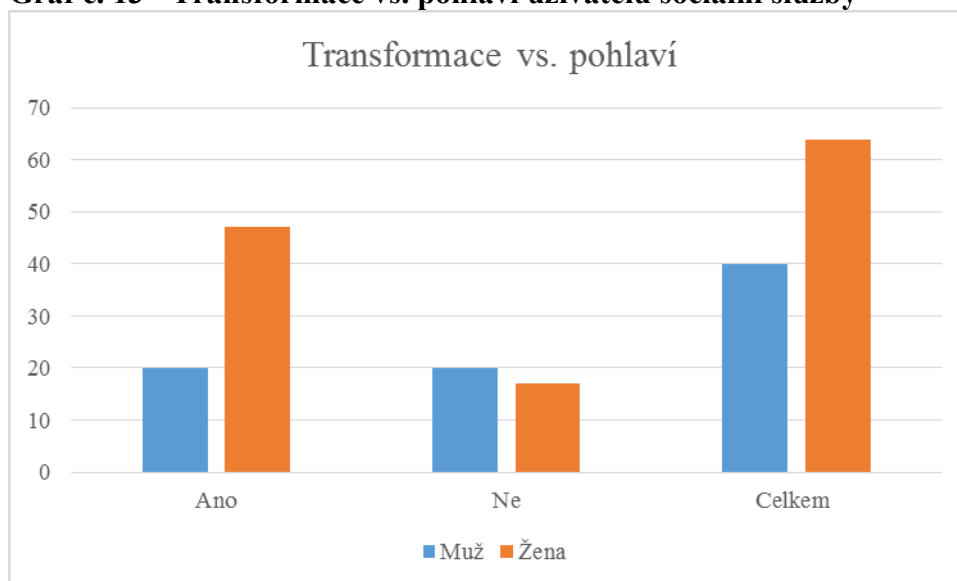
Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 14 - Transformace vs. pohlaví uživatelů sociální služby – Chí kvadrát

Odpověď'	$\frac{(a. \check{c} - r. \check{c}.)^2}{r. \check{c}.}$	$\frac{(a. \check{c} - r. \check{c}.)^2}{r. \check{c}.}$	Celkem
Muž	0,03	0,03	0,06
Žena	0,07	0,02	0,09
Chí-kvadrát			0,15

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 13 - Transformace vs. pohlaví uživatelů sociální služby



Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí hypotézy č. 1

Pro počet stupňů volnosti $k = 1$ a hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ byla v tabulce nalezena kritická hodnota 3,84, tato hodnota nebyla překročena ($0,15 < 3,84$) a proto přijímáme nulovou hypotézu. Neexistuje statisticky významná závislost mezi transformací a pohlavím uživatelů.

Testování hypotézy č. 2

2H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem uživatelů sociální služby a jejich přístupem k transformaci.

2H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem uživatelů sociální služby a jejich přístupem k transformaci.

Tabulka č. 15 – Transformace vs. věk uživatelů

Transformace vs. věk uživatelů					
Odpověď	Ano		Ne		Celkem a. č.
	a. č.	r. č.	a. č.	r. č.	
26 - 40 let	25	24	3	2,9	28
41 - 50 let	35	33,7	5	4,8	40
51 - 60 let	5	4,8	21	20,2	26
61 let a více	2	1,9	8	7,7	10
Celkem	67		37		104

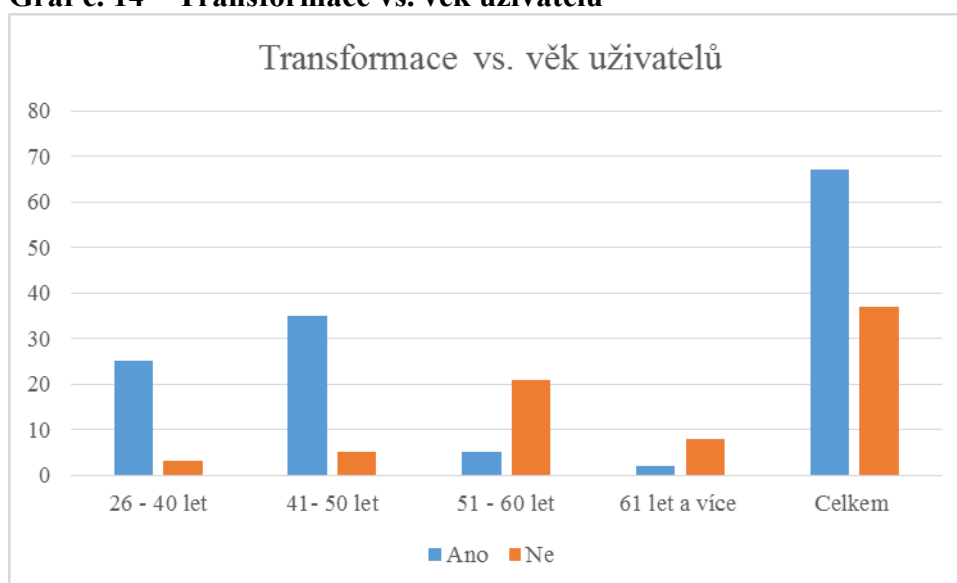
Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 16 – Transformace vs. věk uživatelů – Chí kvadrát

Odpověď	$\frac{(a. \text{ č.} - r. \text{ č.})^2}{r. \text{ č.}}$	$\frac{(a. \text{ č.} - r. \text{ č.})^2}{r. \text{ č.}}$	Celkem
	r. č.	r. č.	
26 - 40 let	0,42	0,01	0,43
41 - 50 let	0,05	0,01	0,06
51 - 60 let	0,01	0,03	0,04
61 let a více	0,01	0,01	0,02
Chí-kvadrát			0,55

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 14 – Transformace vs. věk uživatelů



Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí hypotézy č. 2

Pro počet stupňů volnosti $k = 3$, zvolenou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$, byla v tabulkách nalezena kritická hodnota 7,81. Hodnota nebyla překročena ($0,55 < 7,81$). Přijímáme nulovou hypotézu. V souboru respondentů neexistuje statisticky významná závislost mezi transformací a věkem uživatelů.

Testování hypotézy č. 3

3H₀: Neexistuje statisticky významná závislost mezi věkem uživatelů sociální služby a délkou využívání sociálních služeb.

3H_A: Existuje statisticky významná závislost mezi věkem uživatelů sociální služby a délkou využívání sociálních služeb.

Tabulka č. 17 – Transformace vs. doba užívání sociální služby

Transformace vs. doba užívání sociální služby					
Odpověď	Ano		Ne		Celkem a. č.
	a. č.	r. č.	a. č.	r. č.	
0 - 5 let	10	9,6%	2	1,9%	12
6 - 10 let	55	52,9%	12	11,5%	67
11let a více	2	1,9%	23	22,1%	25
Celkem	67		37		104

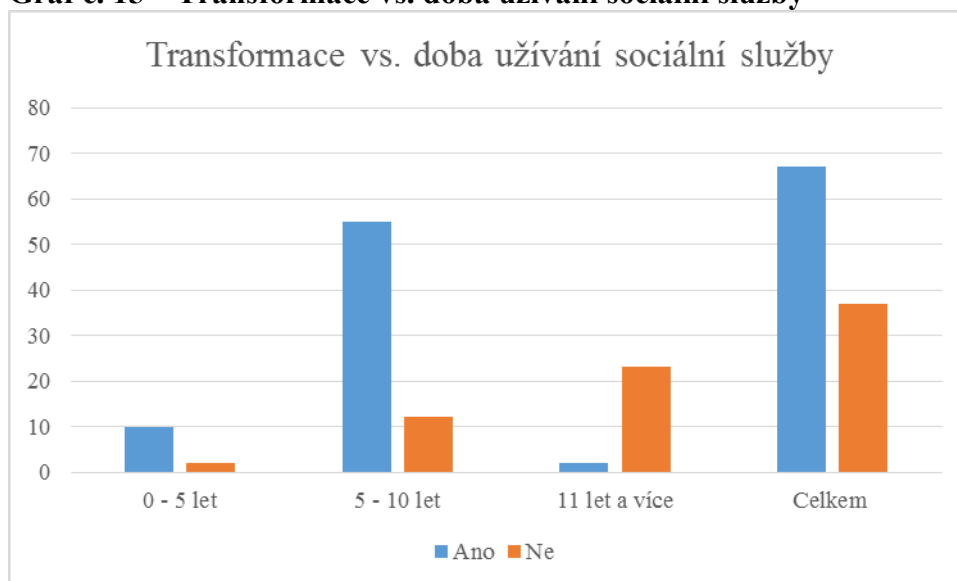
Zdroj: vlastní zpracování

Tabulka č. 18 – Transformace vs. doba užívání sociální služby – Chí kvadrát

Odpověď	$\frac{(a. \check{c} - r. \check{c})^2}{r. \check{c}}$	$\frac{(a. \check{c} - r. \check{c})^2}{r. \check{c}}$	Celkem
0 - 5 let	0,02	0,01	0,03
6 - 10 let	0,08	0,02	0,1
11 let a více	0,01	0,04	0,05
Chí-kvadrát			0,18

Zdroj: vlastní zpracování

Graf č. 15 – Transformace vs. doba užívání sociální služby



Zdroj: vlastní zpracování

Shrnutí hypotézy č. 3

Pro zvolenou hladinu významnosti $\alpha = 0,05$ a počet stupňů volnosti $k = 2$, byla v tabulkách nalezena kritická hodnota 5,99. Hodnota nebyla překročena ($0,18 < 5,99$), díky tomu přijímáme nulovou hypotézu. Ve sledovaném souboru respondentů neexistuje statisticky významná závislost mezi transformací a dobou užívání sociální služby.

10.4 Interpretace výsledků kvalitativního šetření

Rozhovor s uživateli a poskytovateli komunitní péče:

Cílem rozhovorů s poskytovateli a uživateli sociálních služeb, kteří se do transformace sociálních služeb zapojili, bylo zmapovat jejich postoje ke způsobům transformace. Dotazováni byli ředitelé zařízení a jejich zástupci a šest uživatelů, kteří již komunitní péči využívají, nebo zkoušeli využívat. Z každého dotazovaného zařízení byli k rozhovorům vybráni dva uživatelé. Ochota ke spolupráci byla velmi dobrá. Šetření probíhalo v období od ledna 2015 do března 2015.

Kvalitativní šetření se uskutečnilo za použití techniky nestandardizovaného rozhovoru. Rozhovor je velice pracná a nákladná technika sběru informací. Časově je velmi náročný. Při rozhovorech lze zaznamenávat i neverbální komunikaci, ale celkový výsledek může ovlivnit přítomnost tazatele.

Disman (2011) uvádí, že rozhovor klade menší nároky na iniciativu dotazovaného. V rozhovoru je téměř jisté, že dotazovaná osoba je ta, která byla právě vybrána do vzorku.

U mentálně postižených jedinců je nutné očekávat a překlenout počáteční nedůvěru k dotazovanému, respektovat zhoršené vnímání a denní režim uživatele.

Shromážděná data se dělí na dva okruhy:

1. Rozhovory s managementem Domova pro osoby se zdravotním postižením, konkrétně pro osoby s mentálním postižením
2. Rozhovory a pozorování uživatelů čerpajících komunitní péči.

Rozhovory s managementem jednotlivých zařízení:

Všichni tři poskytovatelé se shodli v tom, že transformace sociálních služeb, která je realizována prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí, je veskrze pozitivní záležitost. Přesto uvedli, že by se transformace dala realizovat v některých krocích lépe. Hlavní negativní aspekt vidí ve finanční náročnosti, v současné době i do budoucna, kterou mohou být zasaženi hlavně uživatelé služeb. Dalším negativem je zvýšená zátěž pečujícího personálu a samotný přechod na nový systém.

Negativem též může být zvýšení finanční náročnosti pro zařízení provádějící transformaci sociálních služeb a zvýšení administrativy a byrokracie.

Z rozhovorů s řediteli domovů se ukázalo, že problémem může být i ohrožení stávající služby odchodem uživatelů do jiného typu bydlení. Ředitelé zdůrazňují, že by se zařízení dostalo do finančního propadu a potřebuje proto větší podporu ze strany zřizovatelů. Rovněž tak není vždy vstřícný přístup obcí, kam by mohli být uživatelé přestěhováni. Stalo se v jednom případě, že městská rada postiženým obyvatelům byty nepřidělila, protože by je stejně nepřijali sousedi. Některé z obcí na výzvu projektu vůbec nereagovaly, některé nebyly vstřícní proto, že mají všechny sociální byty plné. Ač některé z obcí k projektu přistoupily kladně, nabízený objekt se nedal použít, protože se pro myšlenku transformace nehodil a jeho rekonstrukce by byla za hranicí finančních možností projektu. Obce jsou aktérem, jejichž postoj zůstává nepředvídatelný.

Argument, že postižení lidé patří jen do ústavů, byl také velmi často argumentem opatrovníků uživatelů sociální služby. Tento koncept – medicínská logika péče – stále přežívá. Zprvu se zdálo, že se opatrovníci ani nenechají přesvědčit o výhodnosti jiné, než ústavní péče. Opatrovníci argumentovali tím, že pouze v ústavu se dostane uživatelům vhodná ošetrovatelská péče. Byl to běh na dlouhou trať, než se podařilo opatrovníky přesvědčit, že medicínská logika zůstává pouze na jakési úrovni bazálních funkcí, ale že i postižený člověk má své sociální potřeby, které chce uspokojit. Jeden z

ředitelů uvedl, že v jeho zařízení bylo velmi těžké přesvědčit personál, profesionály, kteří též zastávali pouze medicínskou logiku péče a jiný typ péče odmítali.

Zástupci managementu se shodli v tom, že velkým problémem je malá informovanost veřejnosti a špatné přijetí uživatelů do běžné občanské zástavby. Informovanosti veřejnosti se zdá být věnována velmi malá pozornost, proto uživatelé bývají velmi často odmítáni. Rovněž zaznělo, že dobrá transformace nemůže probíhat bez podpůrných prostředků, zejména dobrého finančního zajištění.

Jedna z ředitelek zařízení uvedla, že zpočátku ani neměla mnoho motivace pouštět se do podobného podniku. Pamatuje, že kdysi již takové snahy byly, nadchli se pro ně a pak vše skončilo v šuplíku. Má trochu obavy z cílového počtu osob v roce 2017 ve stávajícím zařízení. Tento malý počet uživatelů je podle ní nesmysl a udržovat objekt v provozu pro takový malý počet osob je prostě neekonomické.

Jako pozitivum ředitelé uvedli hlavně zlepšení kvality života budoucích uživatelů a začlenění uživatelů do většinové společnosti, zvláště podporou jejich samostatnosti a rozvojem jejich schopností.

Jako další pozitivní skutečnost ředitelé zařízení uvedli, že došlo ke snížení kapacity původního zařízení, čímž došlo ke zlepšení prostředí pro uživatele a snazší pro personál i z hlediska individuálního přístupu k jednotlivým uživatelům. Snížení kapacity pak lépe vedlo k naplňování individuálních představ o životě i lepší péče o uživatele, kteří zůstali v původním zařízení. Ekonomická soběstačnost zařízení je ale otázka druhá.

Na dotaz, jak konkrétně se jejich transformace dotýká, poskytovatelé uvedli, že bude do budoucna nutné změnit způsob poskytování sociálních služeb. Uvědomují si, že k nárůstu finančních prostředků dojde a očekávají snížení dotace pro zařízení, která v procesu transformace nebudou. S transformací došlo k podpoře stávajících zaměstnanců i k nutnému navýšení počtu pracovníků, vytvoření nových pracovních míst i k realizaci vzdělávacích programů pro zaměstnance. I mezi zaměstnanci jsou na transformaci různé

názory, někteří zaměstnanci jsou pro, ale jsou i takoví, kteří nové principy práce odmítají a vytvářejí nefunkční postupy a pravidla.

Rozhovory s uživateli:

Anička, 44 let:

Dg. Lehká mentální retardace

v ústavní péči od 26 let

Rodinná anamnéza:

Anička se narodila v rodině s genetickou zátěží, též jeden z bratrů trpí Downovým syndromem. Bratrovo postižení je těžší a žije v Domově pro osoby se zdravotním postižením pro muže.

Osobní anamnéza:

Anička je v ústavní péči od 26 let, poté, kdy jí zemřela matka, která o ni nemohla pečovat. Byla osvobozena od školní docházky. Základní úkony sebeobsluhy zvládne.

Vývoj v ústavní péči:

Příchod do ústavu zvládala velmi těžce, jen pomalu se adaptovala. Žila v třílůžkovém pokoji, občasné neshody s ostatními uživatelkami připouští. Po příchodu do ústavní péče byla zbavena svéprávnosti. Opatrovníkem byla obec, kde se zařízení nachází. Na základě rozhodnutí soudu jí ale svéprávnost byla před třemi lety vrácena. Po adaptaci v zařízení se Anička aktivně zapojovala do činnosti Domova, jako je úklid, údržba svého oblečení, pomoc v prádelně. Aničce byla nabídnuta možnost odejít do nově vybudovaného typu chráněného bydlení. Anička si dala podmínku, že odejde pouze s kamarádkou Janou, se kterou bydlí v pokoji a mají se rády. V ústavu se začalo s přípravou přechodu na nový typ služby.

Transformační proces:

Anička společně se svou kamarádkou byly připravovány pro přechod do komunitní péče. Obě začaly dojíždět do sociálně terapeutické dílny. Se svým klíčovým pracovníkem plánují, jak bude vypadat nové bydlení, jak bude domov vymalován, vybaven, plánuje se celý proces odchodu.

Anička se v červnu 2014 stěhuje se svou kamarádkou a dalšími uživateli sociální služby do chráněného bydlení. Pro adaptaci v novém prostředí jim pomáhá trvalou péčí osobní asistence. Na uživatelky tak připadá více času, než kterým se jim mohli zaměstnanci věnovat v ústavu. Uživatelé si sami vaří, pečují o sebe a svou domácnost, mají kotě. Využívají možností, které jim místní komunita nabízí. Nakupuje v místní prodejně, využívá služeb kadeřnice, byla i na taneční zábavě. V manuálních činnostech se stává stále zručnější, zdá se, že do budoucna již nebude trvalá přítomnost osobní asistenta nutná. Nutnost osobní asistence ale bude asi dlouho přetrvávat v hospodaření s finančními prostředky.

V únoru roku 2015, kdy probíhal tento rozhovor, žije Anička velmi spokojeně spolu se svými kamarádkami v novém třípokojovém bytě. Připouští, že se jí občas zasteskne po kamarádech z ústavu, ale že mají možnost se navštěvovat, což také dělají. O návratu do původního zařízení neuvažuje ani omylem a na rozloučenou radostně mává.

Karel, 54 let**Dg. Středně těžká mentální retardace,
v ústavní péči od svých 10 let****Rodinná anamnéza:**

Narodil se svobodné matce, která v začínající pubertě péči o syna nezvládala pro nezvladatelné projevy agresivity. Matka již nežije, sourozence nemá.

Osobní anamnéza:

Podle posudků psychiatrů přišel do zařízení pro chlapce jako „simplexní, tvrdohlavý, s nutností dohledu“. Byl zbaven povinnosti školní docházky a svéprávnosti.

Vývoj v ústavní péči:

Do ústavní péče pro dospělé přišel ve 26 letech. Do kolektivu nezapadl, jakmile se mu ihned nevyhovělo, stával se agresivním. Z toho důvodu byl také opakovaně léčen v psychiatrické léčebně. V ústavu žil jen ve dvoulůžkovém pokoji, spolu s ležícím klientem, aby provokujících momentů bylo co nejméně.

Transformační proces:

Během pobytu v ústavu pro dospělé dochází ke změnám v chování uživatele. Změny v životě pana Karla probíhají skrze změny probíhající v Domově. Společně s panem Karlem byl sestaven individuální plán s cílem předávání kompetencí, které do té doby dělat nemohl, jako například hospodaření s kapesným, samostatné vycházky mimo zařízení, zapojování do různých pracovních aktivit i samostatné cestování městskou hromadnou dopravou. V roce 2012 požádal pan Karel o přijetí do chráněného bydlení a navrácení svéprávnosti. Přestěhování do chráněného bydlení bylo schváleno a pan Karel se v roce 2013 na zkoušku přestěhoval.

Tato zkouška ale nevyšla. V novém bytě se dostával do slovních sporů se sousedy, které pak vyústily v nezvladatelné projevy agrese a následným ničením zařízení bytu.

Pan Karel nyní žije zpět ve svém původním Domově. I přesto je vybrán jako jeden z vhodných adeptů pro jiný typ služby. Pro jeho odchod se znova plánuje celý proces odchodu, pan Karel navštěvuje službu sociální rehabilitace. Jak sám sděluje, mnoho změn ho vyvádí z rovnováhy a přestěhování ze známého prostředí, ve kterém dlouhé roky žil, nezvládl.

Irena, 42 let

Diagnóza: lehká mentální retardace

v ústavní péči od 26 let věku

Rodinná anamnéza:

Matka též mentálně retardovaná, otec abusus alkoholu, rodina velmi sociálně slabá, dva sourozenci. O děti pečovala babička, po její smrti Irena umístěna v Domově pro osoby se zdravotním postižením.

Osobní anamnéza:

Irena je z druhého těhotenství, po komplikovaném porodu. Vzhledem k rodinné anamnéze se u Ireny projevovala těžká psychická deprivace. Navštěvovala zvláštní školu, byly zde výchovné problémy, Irena byla nepozorná a bez zájmu o školní výuku. Vývoj v ústavní péči.

Do Domova pro osoby se zdravotním postižením přišla ve svých 26 letech. Domov byl nekoedukovaný, žily v něm pouze ženy. Adaptace probíhala velmi těžce, odmítala se podílet na jakékoliv práci pro zlepšení prostředí Domova. V sebeobsluze byla soběstačná, ale hygienické návyky byly na velmi nízké úrovni a nebyla ani chuť na tom něco měnit. V Domově se podařilo navázat vztah s jedním ze sourozenců, který ji často navštěvoval.

Transformační proces:

Pobytem v zařízení se postupně mění neschopnost Ireny samostatně žít a začíná se plánovat její odchod spolu s dalšími čtyřmi uživatelkami do jiného typu služby. Podle individuálního plánu se pracuje na zlepšování jejich schopností. Jelikož je levačka, některé úkony jí činí problémy, jako například krájení nožem apod. Před odchodem do chráněného bydlení zvládla sebeobsluhu samostatně. V roce 2013 byla přestěhovaná do chráněného bydlení.

Návštěva uživatelky se konala v třípokojovém bytě. Spolu s Irenou zde žijí další tři uživatelky. K dispozici mají stále pomoc osobní asistentky. Ta je učí samostatnému

hospodaření a péči o domácnost. Uživatelky si zajišťují své nákupy v místní prodejně a pokud potřebují, zajistí si nákup v nejbližším městě. Rovněž tak s pomocí osobní asistentky vyřizují své osobní záležitosti.

Irena je čistá, upravená, nabízí kávu a bábovku, kterou sama upekla. O svém životě má představu, že by si našla přítele, se kterým by mohla žít. Umí používat internet a tak hledá případné zájemce pomocí seznamky na internetu. Myslí si, že pokud by se seznámila, odešla by i z chráněného bydlení.

Na dotaz, zda by se vrátila zpět do ústavní péče, kategoricky říká ne. Zdá se jí, že sociální kontakty zvládá dobře, je schopna samostatného pohybu, orientuje se v různých situacích. Myslí si, že ona sama by už trvalou pomoc asistentky nepotřebovala, ale její spolubydlící zatím tuto pomoc potřebují. Ostatním by chtěla vyzkoušet nový typ bydlení. Je to něco, co jim úplně změní život. Ze startu má každý strach, ale pokud člověk chce, tak se podaří. Strašně si váží samostatnosti a velmi děkuje řediteli, že se nebál dát jí důvěru a zkusil to.

Ilona, 59 let

Diagnóza: Středně těžká mentální retardace

V ústavní péči od 14 let

Osobní anamnéza:

Ilona žila do 16 let ve své rodině romského etnika. Byla zbavena povinnosti školní docházky, nemá základní znalosti trivia. Ve třinácti letech porodila chlapce, otce neoznačila. Syn byl též umístěn v kojeneckém ústavu. Dodnes o něm nic neví, často však na něho vzpomíná. Porod syna byl impulsem jejího umístění do ústavní péče. Na první ústavní péči nevzpomíná ráda, v ústavu panoval přísný režim, klientky musely hodně pracovat a pokud „neposlouchaly“, byly tělesně trestány. Vzpomíná, jak v tomto zařízení chodily na vycházky a musely se držet za ruku se svými kamarádkami, což jí velmi vadilo. V posledním zařízení žila od svých 26 let.

Vývoj v ústavní péči a transformační proces:

V Domově, ve kterém žila až do odchodu do chráněného bydlení, si zvykla. Jak sama říká, na pobyt v ústavu si nemůže stěžovat. Pomáhala při běžném chodu zařízení, byla velmi zručná jako pomocná kuchařka. Ilona je velmi učenlivá a přizpůsobivá, snadno se učí novým činnostem. Je velmi čistotná, dbá na svůj zevnějšek a pokud dostane nějaké kapesné, tak spíše než za jídlo peníze utratí za nějaký kousek na sebe. Ilona byla mezi prvními uživatelkami, které měly zájem o přesunutí do jiného typu bydlení. Příprava na samostatný život spočívala převážně v péči o domácnost, učila se prát, šít, žehlit, třídit prádlo, pomáhat v kuchyni. Rovněž tak pomáhala v péči o psy. Součástí přípravy byly i nácviky samostatných vycházek a dopravy dopravními prostředky. Příprava na samostatný život proběhla úspěšně, uživatelka se přestěhovala do nového domku. V domku jsou tři dvoulůžkové pokoje, Ilona obývá jeden z nich s kamarádkou, která s ní bydlela i v původním Domově. Svůj pokoj si vyzdobila dle svého vkusu.

Ilonu jsem navštívila v jejím novém domově. Domácnost byla čistá, uklizená. V domácnosti s uživatelkami žije osobní asistentka, a to proto, že všechny obyvatelky jsou nevzdělané a přetrvávají problémy s hospodařením s penězi. Osobní asistentka uvádí, že pokud by ponechala uživatelky samostatnému placení nákupů, hrozilo by jednak, že by byly zneužity a jednak že by si nakoupily nepotřebné věci do domácnosti. Ilona je v novém domově velmi spokojená. Kolem domu je malá zahrádka, o kterou se svými kamarádkami pečuje. O svém dalším životě má své představy. Celý život touží po partnerském vztahu, proto by ráda ještě poznala nějakého muže, se kterým by žila. Myslí si, že by se o něho dokázala postarat. Do původního Domova chodí často a zdá se jí, že jí ostatní kamarádky, které v původním Domově zůstaly, závidí její současný život.

Žaneta, 30 let

Diagnóza: Středně těžká mentální retardace

V ústavní péči od 18 let

Osobní anamnéza:

Žaneta je romské národnosti, pochází z rodiny s osmi dětmi. V malém bytě velikosti 1 + 1 žilo osmnáct členů rodiny. Žaneta bývala bratry sexuálně zneužívána, poté otěhotněla, neví s kým své dítě má. Do porodnice utíkala sama, porodila děvče, které tam nechala a zase odešla domů. Příslušný sociální odbor tuto situaci vyřešil tím, že Žanetu zbavil svéprávnosti a poté požádal o umístění v Domově pro osoby se zdravotním postižením.

Vývoj v ústavní péči:

Žaneta se v novém zařízení adaptovala velmi těžko. Nemluvila několik měsíců, utíkala, režim Domova odmítala. I přesto na sebe dbala, byla vždy čistá a upravená. Po delší době se adaptovala a začala se zajímat o dění v Domově. Žaneta neuměla číst, psát a počítat a i přesto, že již byla starší, začala docházet do praktické školy, kde se naučila základním činnostem i základům psaní, čtení a počítání. Po skončení praktické školy přijala nabídku práce v chráněné dílně, kde se vyráběly komponenty pro sáčky do vysavačů. Efektivita práce nebyla velká, ale nějaké peníze si vydělala a poté i dobře využila při nákupech pro sebe a svou potřebu. Po čtyřletém pobytu v Domově přišel do zařízení 40 – letý muž, též mentálně retardovaný, který se Žanetou vytvořil pár a začali spolu bydlet ve dvoulůžkovém pokoji.

Transformační proces:

Oba pak byli vybráni jako adepti pro přesun do nového typu bydlení. V přípravě na nový typ bydlení se zaměstnanci zaměřili hlavně na péči o domácnost, prádlo, vaření, samostatné vycházky, dopravu dopravními prostředky, zajištění nákupů apod. Hodnotu peněz oba znali, jejich nákupy však byly neracionální, nakupovali i zboží, které nepotřebovali.

V roce 2013 byli přestěhováni do panelákového bytu. Žaneta pečuje o domácnost, Jiří spíše využívá jejich služeb. Domácnost je pečlivě uklizená. Osobní asistentka dochází jen přes den, radí a pomáhá při složitějších věcí, při vyřizování nějakých záležitostí na úřadech a pomáhá jim oběma nalézt nějakou, byť lehčí práci, které jsou oba schopni. V noci její pomoc uživatelé nepotřebují, a pokud přeci jen ano, umí ovládat mobilní telefon, kterým požádají o pomoc personál v původním Domově. Se sousedy problémy nemají, jak sami říkají: „hezky je zdravíme a hezky se k nim chováme“.

Návštěva u těchto uživatelů byla velmi příjemná. Na obou je vidět, že žijí velmi spokojeně. Na dotaz, zda by se vrátili zpět do původního zařízení, kroutí oba souhlasně hlavou, že ne.

Lucie, 29 let

Diagnóza: Lehká mentální retardace

V ústavní péči od 26 let

Osobní anamnéza:

Lucie se narodila v úplné rodině po komplikovaném porodu, kdy byla kříšena. Již od dětství matka pozorovala zpoždění ve vývoji. Lucie absolvovala speciální školy, umí číst, psát, i počítat. Rodiče se o dceru vzorně starali, hodně se jí věnovali, ale stali se obětí autonehody a o Lucku se již ani v blízkém okolí neměl kdo starat. Proto byla zvolena ústavní péče.

Vývoj v ústavní péči:

Lucie neměla zásadní problémy v péči o sebe samu. V Domově se jí hodně stýskalo po rodičích, velmi těžce se vyrovnávala s následky tragédie, která její rodinu postihla. Již při příchodu bylo jasné, že Lucie bude připravena pro přechod do chráněného bydlení velmi rychle. Lucie zvládala téměř vše sama, připraví lehčí jídlo, hodně pomáhala při běžném chodu Domova, zvládla velmi dobře samostatné vycházky i přepravu běžnými dopravními prostředky.

Transformační proces:

Lucie byla přestěhována spolu s dalšími pěti uživatelkami do pokoje v chráněném bydlení. Domeček je nedaleko původního zařízení, dá se tam dojít pěšky, což je pro Lucii velmi uklidňující. Má tak jistotu, že pokud by něco potřebovala v době, kdy v její domácnosti není osobní asistentka, mohly by vyhledat pomoc pro sebe v původním Domově. Osobní asistentka do domácnosti dochází několikrát za den. Všechny uživatelky jsou poměrně soběstačné a trvalou péči nepotřebují. Uživatelky mají mezi sebou drobné neshody, takové, jaké společné žití přináší, ale snaží se je řešit. Všechny uživatelky tohoto domečku jsou zaregistrované na úřadu práce jako uchazečky o zaměstnání. Zatím se pro ně nenašla žádná vhodná práce.

Domek chráněného bydlení je v pěkné zahradě, v sousedství běžné občanské zástavby. Využívají všechny dostupné možnosti. Přijetí sousedy bylo spíše neutrální, nicméně problémy s novými sousedkami nemají. Uživatelky mají psa, o kterého se střídavě starají, je zde květinová i malá zeleninová zahrádka, se kterou uživatelky mají své plány.

Při návštěvě Lucie bylo jasné, že pokud by nebyla tato možnost chráněného bydlení, musela by zůstat žít ve velkokapacitním Domově, který jejím potřebám absolutně nevyhovuje, ale jako nutné zlo by ho musela přijmout.

11. ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ A DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Cílem práce bylo zmapovat vývoj deinstitucionalizace ve světě a v České republice a zjistit pozitiva i negativa transformace sociálních služeb. Hlavním pozitivem by mělo být zlepšení kvality života uživatelů sociálních služeb a také jejich zapojení do majoritní společnosti.

Pro účely kvantitativního šetření bylo rozdáno 140 dotazníků mezi uživatele v zařízeních, která se zapojila do transformace pobytových služeb. Jejich návratnost byla 104 dotazníků. Mezi jednotlivými uživateli nebyl zjištěn zásadní rozdíl. Pro účely kvalitativního šetření byl uskutečněn rozhovor se třemi poskytovateli a jejich uživateli, kteří již transformačního procesu využívají.

Zařízení, která vnímají transformaci jako pozitivní proces, se i aktivně podílejí na jejím uskutečnění. Poskytovatelé uvádějí, že pro úspěšnou transformaci je důležité v počátcích i dobré finanční zajištění. Transformace sociálních služeb nemůže probíhat bez podpůrných prostředků. Vedle finanční pomoci je nutná také pomoc se školením kompetentních pracovníků i pomoc s informováním veřejnosti a uživatelů. Poskytovatelé též uvádějí, že by ocenili i ukotvení transformace sociálních služeb do platné legislativy.

Klíčovým argumentem pro rozhodnutí o transformaci je zlepšení kvality života uživatelů a jejich začlenění do většinové společnosti. Zazněl i argument zlepšení lidských práv. Jak zástupci transformovaných zařízení uvedli, celkové hodnocení transformace je zatím odlišné – ti co se již transformovali, hodnotí celý proces pozitivněji než ti, kteří do transformace zapojeni nejsou. Mají také více informací, do celé problematiky hlouběji pronikli. Pomohlo jim k tomu samotné Ministerstvo práce a sociálních věcí i pracovníci Národního centra pro transformaci sociálních služeb.

U poskytovatelů převládal názor, že proces transformace je veden dobře. 20 procent uvádí, že by se transformace sociálních služeb dala udělat lépe.

Dle získaných informací z kvalitativního výzkumu s jednotlivci bylo pro všech šest respondentů důležitá příprava pro přechod na nový typ bydlení i obavy ze samostatného bydlení. Jedna z respondentek uvedla, že v bývalém Domově mohla navštěvovat praktickou školu, kde získala základní znalosti trivia, které se jí teď hodí v samostatném životě.

Dalším důležitým faktorem je fakt, že jeden z domků chráněného bydlení je nedaleko původního zařízení, což jim umožňovalo jakousi pojistku pro případ, že by si sami v chráněném bydlení nedokázali poradit s nějakou mimořádnou událostí.

Z rozhovorů též vyplynulo, že důležitá pro vlastní přechod je vlastní příprava na samostatný život. Zde se uživatelé podíleli hlavně na chodu původního zařízení, učili se úkonům soběstačnosti a zvládání péči o sebe a své záležitosti i pomoci jiným uživatelům. Všichni velmi oceňovali trpělivost a péči svých klíčových pracovníků.

Pokud respondenti hovořili o samostatném životě, velký problém jim v novém bydlení činí hospodaření s vlastními finančními prostředky. V tomto případě potřebují téměř všichni pomoc svých osobních asistentů. Cenu peněz dosud nepotřebovali znát, někteří z nich byli v dětství zbaveni povinnosti školní docházky, tak si ani neumí své finanční prostředky spočítat a reálně rozvrhnout hospodaření s nimi. V tomto směru očekávají pomoc a podporu svých osobních asistentů.

Co se týče zaměstnávání transformovaných uživatelů, jsou zatím jen evidováni na úřadu práce. Vhodné zaměstnání pro ně se zatím nepodařilo nalézt, a to i z toho důvodu, že hledání vhodného pracovního uplatnění je často problematické i u osob, které žádný handicap nemají. Zaměstnavatelé odmítají mentálně postiženého člověka zaměstnávat z důvodů menší flexibility a také proto, že dlouhá léta nebyli k pracovním výkonům motivováni. Z toho důvodu je jejich pracovní výkon i efektivita nízká.

Z rozhovorů s respondenty se objevila i otázka partnerství. Dvě respondentky uvedly, že by si přály žít s partnerem, jeden pár spolu přešel z původního zařízení. Jedna z dotazovaných uvedla, že si partnera hledá na internetové seznamce.

V oblasti postoje veřejnosti vůči svým osobám se uživatelé zatím nesetkali s negativním postojem vůči své osobě. Jedni ze sousedů je přijali neutrálně, s jinými se zdraví a povídají si. Negativní postoj veřejnosti vůči mentálně postiženým pramení z neznalosti problematiky tohoto typu zdravotního postižení a o malé informovanosti integrace mentálně postižených osob z ústavní péče do běžné společnosti.

Co se týče veřejných zdrojů, všichni uživatelé uvedli, že využívají služby, které potřebují. Již nejsou odkázáni na jednu organizaci a jeden typ služby, což je právě ten nepřírozený prvek, který transformaci ruší.

Analýzou jednotlivých rozhovorů se potvrdilo, že pro jednotlivé respondentky bylo přestěhování do nového bydlení důležitým krokem, který je posunut blíž k reálnému životu.

Pro zhodnocení úspěšnosti transformace uplynulo ještě málo času. Česká republika ale nutně potřebuje změnu v péči o osoby s postižením. Moderní sociální politika a sociální začleňování by měly klást důraz na nepobytové sociální služby, jako jsou osobní asistence, chráněné bydlení nebo denní stacionáře.

Doporučení pro praxi:

Klíčové kroky k podpoře deinstitucionalizace:

- zpracovat strategii transformace z ústavní péče na péči v přirozeném prostředí
- zabezpečit, aby peníze z ESIF šly ve prospěch sociální inkluze a přechodu z ústavní do komunitní péče,
- více motivovat samosprávu a kraje jako největší zřizovatele ústavních zařízení k přechodu od ústavní péče k péči komunitní,
- zapojit organizace občanské společnosti a zástupce cílových skupin do tvorby strategie deinstitucionalizace a strategie sociálních služeb. (Instand, 2015)

Deinstitucionalizace přinesla změnu kvality života jedinců, zejména v novém bydlení. Lidé získali prostor k seberealizaci a více svobody. Zaměstnanci neztratili práci, jen přešli do jiné sféry. V některých případech byla ale transformace zaměstnanci vnímána jako práci ohrožující a proto byla někdy odmítána. Odpor veřejnosti byl, ale byl krátký. Důležitá je v tomto směru mediální podpora, která je v procesu deinstitucionalizace velmi nutná. Dále je nutné neustále zviditelňovat osoby, které jsou integrovány a prezentovat je ve společnosti při smysluplných činnostech. Důležité je i vzdělávání veřejnosti formou různých edukačních programů.

V častých případech se ukazuje jako problém přístup opatrovníků. Principy komunitní péče vyžadují co největší zapojení opatrovníků do procesu plánované změny. To se však velmi často nedaří. Někteří opatrovníci mají mylnou představu, že nesou odpovědnost za celý život opatrovanců, proto se snaží minimalizovat rizika spojená s běžnými situacemi. Pro změnu tohoto myšlení je nutné tyto obavy rozptýlit, například formou seminářů a opakovaných setkání.

Rovněž je nutné počítat i s drobnými neúspěchy. Uživatelé, kteří žili dlouhá léta společně v instituci, mohou pociťovat osamocení, stesky po ostatních kamarádech a obavy ze ztráty stávajících životních jistot. Pro uživatele je velmi obtížné si představit něco neznámého a odlišného a tato obava může zesílit vazbu na stávající typ služby. Pokud se správně nastaví komunitní péče, i tento jev vymizí. Ve zkoumaných

institucích došlo i v několika případech k návratu uživatelů z chráněného bydlení zpět do instituce. Tyto případy jsou, ale jsou velmi ojedinělé a mají svůj původ v dlouhodobém pobytu v instituci a ve vypěstované závislosti na trvalé péči druhé osoby. Svůj úkol tu mají hlavně sociální pracovníci, kteří jsou s uživateli v denním kontaktu a měli by hledat pro uživatele různé alternativy podpory a pomoci. Stejným způsobem musí být pracováno i s rodinou, která na nový typ služby nemusí přistoupit.

Důležitým faktorem jsou náklady na proces deinstitucionalizace. Lze předpokládat, že výsledek transformace přinese úspory v celkovém rozpočtu sociálních služeb, ale samotný proces transformace může ve svých počátečních stádiích znamenat navýšení nákladů. Jedná se zejména o vstupní náklady na vytváření nových služeb, na financování nemovitostí a případně i financování podpůrných programů. Tyto náklady však bude možné minimalizovat, a to zejména promyšleným managementem změny a důsledným plánováním rozvoje sociálních služeb v daném regionu metodou komunitního plánování. Důležitý je však výstup, že více osob dostane možnost žít kvalitnější život a finanční náklady se stanou až druhořadou skutečností.

Rizika pro deinstitucionalizaci sociálních služeb v Česku:

Co hrozí:

- stále vznikají nové velkokapacitní ústavní služby. Výrazně narůstají ústavní kapacity domovů se zvláštním režimem, tedy uzavřených zařízení. Přibývá ústavních zařízení pro seniory,
- systém je nastaven ve prospěch zachování ústavního typu péče (kapacita i náklady ústavních služeb stále tvoří největší položku sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením),
- Česká republika nemá jasnou koncepci deinstitucionalizace, ačkoliv je to jednou z podmínek čerpání ESIF,
- existuje riziko zneužití peněz z ESIF na další posílení ústavní péče v Česku (peníze budou využity spíše na udržení a humanizaci stávajících ústavů). (Instand, 2015)

Deinstitucionalizace je dlouhý proces, který je nutné pečlivě naplánovat a realizovat. Musí se do něho naplno zapojit všechny zúčastněné strany, a to již od samého začátku. Zásadní význam má spolupráce se zaměstnanci, hlavně při řízení těchto změn. Zaměstnanci budou potřeba i v nové službě, ale musí si osvojit nové způsoby práce i myšlení.

Transformace je převratným krokem k péči o osoby se zdravotním postižením. Transformací již prošlo 32 zařízení poskytující sociální pobytovou službu a již bylo přestěhováno více než 500 uživatelů. Tyto osoby již nejsou izolovány od společnosti, ale zkouší žít plnohodnotný život jako jejich vrstevníci. Proces transformace ale není tímto ukončen, čeká ho ještě dlouhá cesta plná překážek. Klíčem k úspěchu tohoto projektu je změna společenského myšlení a hodnot, široká spolupráce se společným cílem, tlak a motivace na posun dopředu a podpora a zviditelnění úspěšných projektů.

Ve 21. století by mělo být standardem pomáhat, aby se člověk s handicapem mohl stát aktivním členem společnosti.

12. ZÁVĚR

Osoby se zdravotním postižením jsou lidé jako my. Mají stejné povinnosti i stejná práva. Avšak na jejich práva bylo v minulosti často zapomínáno nebo nereagováno. Už jen jejich existence společnost pohoršovala a tak byli segregováni do různých zařízení a ústavů, většinou mimo společnost. V těchto zařízeních, kde převládal medicínský model péče, žili odříznuti od okolního světa, a díky přístupu k nim se stávali plně závislí na péči druhých osob.

Zákon o sociálních službách ukládá, že sociální služby mají být poskytovány v náležité kvalitě a takovým způsobem, aby bylo posilováno sociální začleňování člověka. Sociální začleňování je proces, který umožní člověku dosáhnout příležitostí i možností pro zapojení do ekonomického, kulturního a sociálního života společnosti a žít životem, který je považován za běžný. V praxi to znamená žít tam, kde mám kořeny, přátele, rodinu, mám respekt spoluobčanů, sám si rozhoduji o svém životě a za svůj život přijímám odpovědnost. Znamená to také, že i uživatelé sociálních služeb mají dostatek informací a možností o tom, jak si plánovat svůj život. Nově se tento termín označuje jako „případový proces, „případová práce s uživatelem“.

Řešení této situace přinesl přístup zvaný deinstitutionalizace, neboli poskytování dostupného a přístupného bydlení v komunitě, přístup k veřejným službám, osobní asistence a vzájemná podpora. Důležité je, aby i tyto osoby mohli žít vedle sousedů a přátel i vedle svých rodin. Pojem transformace znamená přechod z institucionální péče ke službám komunitního charakteru typu chráněného bydlení, osobní asistence nebo podpory samostatného bydlení. Daniel Rychlík (2015) ve svém článku pro Deník veřejné správy uvádí, že: „Cílem transformace v žádném případě nemůže být pouze zlepšit bydlení osob s postižením, ale dosáhnout takového stavu, kdy lidé dříve nuceni žít za zdmi ústavu, vyloučení ze života běžné společnosti, budou přijímáni jako naši spoluobčané a sousedé. Jako lidé z naší obce s právem se rozhodovat, svobodně se pohybovat, ale také přijímat rizika, která přináší život. Jednoduše žít život svobodné lidské bytosti tak, jak po tom toužíme každý z nás“.

Šetřením bylo dokázáno, že proces deinstitutionalizace představuje jedním z lepších způsobů péče o naše zdravotně postižené spoluobčany. Převážná část dotazovaných respondentů hodnotila tuto službu velmi pozitivně. Pouze jeden z dotazovaných respondentů uvedl, že musel službu chráněného bydlení opustit a vrátit se zpět do ústavní péče. I přes svůj neúspěch se opět připravuje na tento způsob péče. I pracovníci sociálních služeb, stejně jako pracovníci v jiných odvětvích, chtějí odvádět dobrou práci, poskytovat kvalitní službu a přispívat ku prospěchu svých uživatelů. Tyto předpoklady splňuje poskytování komunitních sociálních služeb. Východiskem komunitních služeb je důsledný individuální přístup ke každému z uživatelů, včetně rozvoje a udržení znalostí a dovedností uživatele, podpory navazování a udržování vztahů a převzetí odpovědnosti za vlastní život a rozhodnutí.

Z práce vyplývá, že komunitní sociální služby odpovídají nejlepší praxi sociální péče s ohledem na úroveň dostupných znalostí a účelnost vynakládané energie. Proto by rozhodnutí k přechodu ke komunitní péči nemělo být dále odkládáno.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J.: *Psychopedie*. Paido, Brno, 2007, ISBN 9788073151614
2. BEATZONE. [online]. 2015. *Beatzone*. Dostupné z: <<http://beatzone.cz/search/feed/Quip+CZ>>.
3. BEDNÁŘ, M.: *Kvalita v sociálních službách: příručka pro uživatele*. 1. vyd., Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2012, ISBN 9788024430690
4. ČERNÁ, M. a kolektiv: *Česká psychopedie*. Nakladatelství Karolinum, Praha, 2008, ISBN 9788024615653
5. ČERNOUŠEK, M.: *Šílenství v zrcadle dějin: pojednání pro inteligentní čtenáře*. Grada Avicenum, Praha, 1994, ISBN 8071690864
6. Český statistický úřad. [online]. 2015. ČZSO. Dostupné z: <<http://www.czso.cz>>.
7. DISMAN, M.: *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4. nezměněn. vyd., Karolinum, Praha, 2011, ISBN 9788024619668
8. DLOUHÝ, J.: *Životní minimum*. Vyd. 1., Sociopress, Praha 1997, Sešity pro sociální politiku. ISBN 8090226027
9. ENGLER, V.: *Stručné základy zdravotnické statistiky pro posluchače LF UK*. 1. vydání. Státní pedagogické nakladatelství, Praha, 1989, ISBN 1702989
10. EUR-LEX. [online]. 2015. *Eur-lex*. Dostupné z: <<http://eur-lex.europa.eu>>.
11. FARKOVÁ, M.: *Vybrané kapitoly z psychologie*. Vydal UJAK, Praha, 2008, ISBN 9788086723648
12. FRANIOK, P., KYSUČAN, J.: *Psychopedie*. Ostrava: ostravská univerzita. 2002, ISBN 8070422475
13. GAVORA, P.: *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vydání, Paido, Brno, 2010, ISBN 978807315
14. CHRÁSKA, M.: *Metody pedagogického výzkumu*. Grada Publishing, Praha, 2007, ISBN 9788024713694
15. INSTAND. [online]. 2015. *Instand*. Dostupné z: <<http://www.instand.cz/>>.

16. JOHNOVÁ, M.: *Plánování zaměřené na člověka a transformace ústavní péče*. [online]. 2015. Dostupné z <<http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/000046.pdf>>
17. KALVACH, Z.: *Geriatric a gerontologie*. Vyd. 1. Grada, Praha, 2004. ISBN 9788024705484
18. KELLY, M.: *Bud'te spokojeni doma i v práci: jak smysluplně rozvíjet svou osobnost*. 1. vydání. Beta-Dobrovský, Praha, 2012 ISBN 9788073064990
19. KOLEKTIV AUTORŮ: *Malá československá encyklopedie*. II. svazek D-CH, 1. vyd. Academia, Praha, 1985, ISBN 02/7605712112585
20. KOLAŘÍK, R., WOLFOVÁ, M.: *Sociální služby pro seniory*. [sociální péče o Staré občany] ISSN: 00498572 Dostupné z: <<http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-0017420471&partnerID=40&md5=db1e71835b30322580f9bea353562363>>.
21. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E.: *Sociální služby a příspěvek na péči*. 4. akt. vyd. ANAG, Olomouc, 2012, ISBN 9788072637485
22. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče*. MPSV. [online]. 2015. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz>>
23. KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I.: *Malý lexikon sociálních služeb*. Univerzita Palackého v Olomouci, Olomouc, 2011, ISBN 9788022427546
24. Kvalita v praxi. [online]. 2015. *Kvalita v praxi*. Dostupné z: <<http://www.kvalitavpraxi.cz/>>.
25. LAŠEK, J.: *Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů*. Československá psychologie. Academia, Praha, 2004, ISSN 0009062X
26. LEČBYCH, M.: *Modely mentální retardace*. Psychologie dnes, číslo 6/2005
27. Listina základních práv a svobod. [online]. 2015. PPS ČR. Dostupné z: <<http://www.psp.cz>>.
28. LUMOS. [online]. 2015. *Lumos*. Dostupné z: <<http://czech.wearelumos.org/about>>.
29. MALÍK HOLASOVÁ, V.: *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Grada, Praha, 2014, ISBN 9788024743158
30. MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P.: *Sociální práce v praxi*. Portál, Praha, 2005, ISBN 807367002X

31. MATOUŠEK, O.: *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd., Portál, Praha, 2003, ISBN 8071785482
32. MATOUŠEK, O.: *Ústavní péče*. Sociologické nakladatelství, Praha, 1999, ISBN 8085850761
33. MATOUŠEK, O. a kol.: *Základy sociální práce*. 1. vyd., Praha, Portál, 2001, ISBN 8071784737
34. *Metodika procesu deinstitucionalizace*. Vydalo sdružení SOS dětských vesniček. Praha, 2013, ISBN 9788090564114
35. MINIBERGEROVÁ, L. a DUŠEK, J.: *Vybrané kapitoly z psychologie a medicíny pro zdravotníky pracující se seniory*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2006, ISBN 8070134364
36. Ministerstvo práce a sociálních věcí. [online]. 2015. MPSV. Dostupné z: <<http://www.mpsv.cz>>.
37. Ministerstvo práce, sociálních věcí a rodiny Slovenskej republiky. [online]. 2015. Dostupné z: <<http://www.employment.gov.sk/sk/>>.
38. Ministerstvo pro místní rozvoj. [online]. 2015. MMR. Dostupné z: <<http://www.mmr.cz>>.
39. Ministerstvo vnitra. [online]. 2015. MVCR. Dostupné z: <<http://mvcr.cz>>.
40. MLÝNKOVÁ, J.: *Pečovatelská činnost*. 2. díl. *Učebnice pro obor sociální péče – pečovatelská činnost*, Grada Publishing, Praha, 2010, ISBN 9788024731858
41. MLÝNKOVÁ, J.: *Péče o staré občany: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Grada Publishing, Praha, 2011, ISBN 9788024738727
42. MONATOVÁ, L.: *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 1. vydání, Paido, Brno, 1996, ISBN 808593206
43. *Národní centrum podpory transformace sociálních služeb*. MPSV. [online]. 2015. Dostupné z <<http://www.trass.cz>>
44. NÝVLTOVÁ, V.: *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vydal UJAK, Praha, 2008, ISBN 978808672348
45. *Podpora uživatelů služeb při transformaci ústavní péče v péči komunitní*. Studie základních modelů podpory a zhodnocení zkušeností. MPSV. [online]. 2015. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/7058>, 2013>

46. *Postoje poskytovatelů a krajů ke způsobům transformace ústavní péče*. MPSV. [online]. 2015. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/7058>, 2012>
47. *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení*. MPSV. [online]. 2015. Dostupné z <<http://www.mpsv.cz/cs/7058>>
48. RYCHLÍK, D.: *Transformace pobytových sociálních služeb v Moravskoslezském kraji*. [online]. 2015. Dostupné z <<http://www.dvs.cz/clanek.asp?id=6569406>>
49. SHULMAN, L.: *The Skills of Helping Individuals, Families, Groups and Communities*. Thomson Learning, Belmont, 2008, ISBN 9780495506089.
50. SLOWÍK, J.: *Speciální pedagogika*. Grada Publishing, Praha, 2007, ISBN 9788024717333
51. SOBEK, J. a kol.: *Práce s rizikem v sociálních službách*. Portus, Praha, 2007, ISBN 9788025468890
52. Středočeský kraj. [online]. 2015. *Kr-Středočeský*. Dostupné z: <<http://www.kr-stredocesky.cz>>.
53. Survio. [online]. 2015. *Survio*. Dostupné z: <<http://www.survio.com/cs/>>.
54. SVATOŠOVÁ, L., PRÁŠILOVÁ, M.: *Statistické metody v příkladech*. Česká zemědělská univerzita, Praha, 2007, ISBN 9788021316737
55. TITZL, B.: *Postižený člověk ve společnosti*. 1. vydání, Univerzita Karlova v Praze – Pedagogická fakulta, Praha, 2000, ISBN 8086039800
56. TRASS. [online]. 2015. *Trass*. Dostupné z: <<http://trass.cz/>>.
57. Ústavní zákon 347/1997 Sb. [online]. 2015. *Usoud*. Dostupné z: <http://www.usoud.cz/dalsi-ustavni-zakony/?tx_ttnews%5Btt_news%5D=379&cHash=5cbe0056f7375fe333f07a418dbbcf88>.
58. VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S.: *Psychologie handicapu*. Univerzita Karlova, Praha, 2001, ISBN 8071849294
59. VALENTA, M., MÜLLER, O.: *Psychopedie*. 4.vyd. Praha: Parta 2009. ISBN 9788073201371
60. VAŠEK, Š.: *Základy speciální pedagogiky*. Vydala VŠ JAK, Praha, 2005, ISBN 8086723135
61. VÍTKOVÁ, M. a kol.: *Integrativní speciální pedagogika*. Paido, Brno, 1998, ISBN 8085931516

62. Vláda. [online]. 2015. *Vláda*. Dostupné z: <<http://www.vlada.cz>>.
63. VRTIŠKOVÁ, M.: *Teorie a metody sociální práce*. Tribun EU, Brno, 2009, ISBN 9788073998776
64. Vyhláška č. 182/1991 Sb. [online]. 2015. *Právní předpisy*. Dostupné z: <http://www.pravnipredpisy.cz/predpisy/ZAKONY/1991/182991/Sb_182991_----_.php>.
65. Vyhláška č. 391/2011 Sb. [online]. 2015. *MPSV*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlasaka_391.pdf>.
66. Vyhláška č. 505/2006 Sb. [online]. 2015. *MPSV*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6196/vyhlasaka_505_2006.pdf>.
67. Wikipedie. [online]. 2015. *Wikipedie*. Dostupné z: <http://cs.wikipedia.org/wiki/Hlavn%C3%AD_strana>.
68. Zákon o dobrovolnické službě č. 198/2002 Sb. [online]. 2015. *GOV*. Dostupné z: <<http://portal.gov.cz/app/zakony/zakonPar.jsp?idBiblio=53459&fulltext=&nr=198~2F2002&part=&name=&rpp=15>>.
69. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb. [online]. 2015. *MPSV*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.
70. Zákon o sociálním zabezpečení č. 329/2011 Sb. [online]. 2015. *MPSV*. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/zakon_329_2011.pp>.
71. Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb. [online]. 2015. *PSP*. Dostupné z: <<http://www.psp.cz/sqw/sbirka.sqw?r=2004&cz=435>>.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

Seznam obrázků

Obrázek č. 1 – Co všechno bychom o člověku měli vědět

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 – návratnost dotazníků

Tabulka č. 2 – Pohlaví dotázaných uživatelů

Tabulka č. 3 – Věk uživatelů

Tabulka č. 4 – Doba užívání sociální služby

Tabulka č. 5 – Spokojenost v současném zařízení

Tabulka č. 6 – Bydlení uživatelů

Tabulka č. 7 – Kdo rozhoduje o tom, jak vypadá bydlení uživatelů

Tabulka č. 8 – Trávení volného času

Tabulka č. 9 – Péče o svou osobu

Tabulka č. 10 – Práce

Tabulka č. 11 – Informovanost o možnosti přestěhovat se

Tabulka č. 12 – Využití možnosti stěhování

Tabulka č. 13 – Transformace vs. pohlaví uživatelů sociální služby

Tabulka č. 14 – Transformace vs. pohlaví uživatelů sociální služby – Chí kvadrát

Tabulka č. 15 – Transformace vs. věk uživatelů

Tabulka č. 16 – Transformace vs. věk uživatelů – Chí kvadrát

Tabulka č. 17 – Transformace vs. doba užívání sociální služby

Tabulka č. 18 – Transformace vs. doba užívání sociální služby – Chí kvadrát

Seznam grafů

Graf č. 1 – návratnost dotazníků

Graf č. 2 – Pohlaví dotázaných uživatelů

Graf č. 3 – Věk uživatelů

Graf č. 4 – Doba užívání sociální služby

Graf č. 5 – Spokojenost v současném zařízení

Graf č. 6 – Bydlení uživatelů

Graf č. 7 – Kdo rozhoduje o tom, jak vypadá bydlení uživatelů

Graf č. 8 – Trávení volného času

Graf č. 9 – Péče o svou osobu

Graf č. 10 – Práce

Graf č. 11 – Informovanost o možnosti přestěhovat se

Graf č. 12 – Využití možnosti stěhování

Graf č. 13 – Transformace vs. pohlaví uživatelů sociální služby

Graf č. 14 – Transformace vs. věk uživatelů

Graf č. 15 – Transformace vs. doba užívání sociální služby

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK PRO UŽIVATELE SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Transformace sociálních služeb - dotazník pro uživatele

Dobrý den,

jmenuji se Vlasta Dočekalová a jsem studentkou Univerzity Jana Amose Komenského v Praze. Prosím Vás o vyplnění krátkého dotazníku, který bude sloužit pro účely výzkumu v mé rigorózní práci na téma Deinstitutionalizace pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením a zabere Vám asi 3-5 minut Vašeho času. Předem velmi děkuji za Váš čas a ochotu pomoci.

S pozdravem Vlasta Dočekalová

1. Vaše pohlaví?

Muž Žena

2. Kolik je Vám let?

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

3. Jak dlouho využíváte sociální služby?

0 - 5 let 6 - 10 let 11 let a více

4. Jste v současném zařízení spokojen/a?

Ano Ne Nevím

5. Jak bydlíte?

Sám v pokoji S více lidmi na pokoji S přítelem, s přítelkyní

6. Kdo rozhoduje o tom, jak vypadá Vaše bydlení?

Rozhodují jiní Domlouvám se s pracovníky služby Rozhoduji se sám

7. Jak trávíte svůj volný čas?

Rozhodují jiní Domlouvám se s pracovníky služby Rozhoduji se sám

8. Jak o sebe pečujete? /péče o své tělo, oděv, obuv/

Rozhodují jiní Domlouvám se s pracovníky služby Rozhoduji se sám

9. Pracujete?

Ano Ne

10. Víte o možnosti přestěhovat se z Domova do jiného zařízení?

Ano Ne Nevím

11. Využijete této možnosti?

Ano Ne Nevím

12. Z jakého důvodu této možnosti nevyužijete?

13. V případě, že této možnosti využijete, co od nové služby očekáváte?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Vlasta Dočekalová

Obor: Speciální pedagogika

Název práce: Deinstitutionalizace pobytových služeb pro osoby se zdravotním postižením

Rok: 2015

Počet stran textu bez příloh: 127

Celkový počet stran příloh: 2

Počet titulů české literatury, pramenů a internetových zdrojů: 71

