

**Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta**

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Lukáš Bednařík

***Komparativní analýza procesu
deinstitucionalizace zařízení pobytových
sociálních služeb v Holandsku a České republice***

Diplomová práce

vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.

2013

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval samostatně a že jsem všechny použité
informační zdroje uvedl v seznamu literatury.

.....

Podpis autora práce

Poděkování

Děkuji vedoucímu této práce panu Martinovi Bednářovi za cenné připomínky a přístup umožňující hlubší vhled do dané problematiky. Tuto práci věnuji všem lidem, jejichž snahou je změnit ústavní péči a také těm, na jejichž životy má tato snaha největší dopad.

Obsah

ÚVOD	7
1. TEORETICKÁ ČÁST	10
1.1. Sociální služby pro osoby s postižením	10
1.2. Vývoj ústavní péče v ČR	12
1.2.1. Stručný historický exkurz	12
1.2.2. Socialismus – převaha medicínského modelu	16
1.2.3. Období po roce 1989 do současnosti	22
1.3. Totální instituce a kritika ústavní péče	24
1.4. Transformace a deinstitucionalizace	30
1.4.1. Aktuální situace v ČR	34
2. VÝZKUMNÁ ČÁST	37
2.1. Metodologie	37
2.2. Komparativní analýza	39
2.3. Popis výchozí situace	40
2.3.1. Holandské zařízení – popis výchozí situace	40
2.3.2. České zařízení – popis výchozí situace	44
2.4. Předmět komparace - vymezení faktorů	48
2.4.1. Motivace	49
2.4.2. Filozofie změny	50
2.4.3. Koncepty	54
2.5. Analýza motivace	54
2.5.1. Holandské zařízení - motivace	54
2.5.2. České zařízení – motivace	57
2.5.3. Komparace motivace	63
2.6. Analýza filozofie změny	67
2.6.1. Holandské zařízení – filozofie změny	67
2.6.2. České zařízení – filozofie změny	73
2.6.3. Komparace filozofie změny	77
2.7. Analýza konceptů	80
2.7.1. Holandské zařízení – koncepty	80

2.7.2. České zařízení - koncepty	86
2.7.3. Komparace konceptů	91
3. SHRNU TÍ A DISKUSE	92
ZÁVĚR	96
LITERATURA A ZDROJE	98

moje bydlení chráněném domečku si představuji mít svoje soukromí . mít svoji kamarátku je to bara je to psí fenka mam ji moc rást mít svoji zahrátku . mít dobrého kamaráda . prostě skusit žít na vlastní pěst naučit se hospodařit s penězi . umnět vařit prát péct prostě co patří k životu poznávat nové okolí a jiné lidi . něco si přivydělat na brigadach . z pozdravem vás dopisovatel mirek š.

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá deinstitucionalizací vybraných pobytových sociálních služeb v Nizozemsku a v České Republice. Deinstitucionalizace není téma nové, jde však o problematiku, která je na poli poskytování zejména pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v České republice oblastí aktuálně velmi živou a diskutovanou. Autor této práce se rozhodl zúročit své skromné zkušenosti z procesu deinstitucionalizace vybraného českého zařízení pobytové sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením a zároveň poznatky ze sdílené dobré praxe podobného procesu ve vybraném zařízení v Holandsku a jejich porovnáním a formulací vhodných postupů se tak pokouší přispět k posunu změny pobytových sociálních služeb právě v ČR.

Cílem této práce je porovnat průběh deinstitucionalizace vybraného zařízení pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením v Nizozemsku a v České republice, analyzovat proměnné vyskytující se v procesech obou zemí a vyvodit z nich vhodná doporučení a postupy aplikovatelné v českém prostředí. Cílem je také pokusit se definovat vhodné vybrané postupy a navrhnout koncepty s možným využitím v pokračujícím procesu transformace v dalších zařízeních v České republice.

Důvodem pro užitečnost vymezeného cíle je zejména skutečnost, že deinstitucionalizace a transformace pobytových sociálních služeb jsou procesy, které budou v České republice v perspektivě dalších let velmi pravděpodobně i nadále pokračovat, a to i přesto, že *„konkrétní rozsah poskytování jednotlivých sociálních služeb je velmi obtížné blíže specifikovat, protože je odrazem působení řady faktorů determinujících jejich vývoj v jednotlivých regionech.“* (Dohnalová, 2011, s. 26). Vláda České republiky se však v r. 2007 zavázala svou Konceptí podpory transformace sociálních služeb de facto k rušení stávajících velkokapacitních pobytových sociálních služeb. Tento legislativní závazek, evropské trendy, trvající kritika ústavní péče z řad samotných poskytovatelů a další faktory povedou nutně k tomu, že proces bude mít dlouhodobě postupující charakter. Dá se však také předpokládat, že deinstitucionalizace jako velmi rozsáhlá změna *„bude probíhat v období několika následujících desítek let v kontextu přirozeného vývoje pobytových sociálních služeb.“* (Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných

v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007, s. 12)

Proces je v českém prostředí relativně nový a jeho teoretická základna není v odborné literatuře v ucelené podobě dosud dostatečně pokryta. Objevuje se sice množství odborných článků, akademických statí i dílčích publikací na témata související (např. zaměstnávání osob s mentálním postižením, problematika způsobilosti k právním úkonům mentálně postižených osob apod.), ovšem např. monografie čistě na téma deinstitucionalizace u nás doposud žádná nevyšla. Jaroševská (2012, s. 58) shodně uvádí, že *„téma deinstitucionalizace pobytových zařízení sociálních pobytových služeb není dostatečně rozpracováno v odborné literatuře o řízení sociálních služeb vzhledem k tomu, že se jedná o relativně nový směr.“* Právě proto je však nutné se tímto tématem hlouběji zabývat, neboť otázka života osob s mentálním postižením je stále velmi aktuální. Matoušek (2005, s. 112) uvádí, že *„současným ideálem je směřování k tomu, aby lidé s mentálním postižením mohli využívat běžné zdroje, tedy instituce, jež poskytují služby veřejnosti. To znamená, aby žili v místním společenství způsobem, který co možná nejvíce odpovídá životu ostatních lidí bez postižení.“*

V této situaci je velmi vhodné přenášet do tuzemského prostředí zkušenosti dobré praxe z jiných evropských zemí, promýšlet jinde osvědčené postupy a pokusit se o jejich vhodnou aplikaci u nás. Motivace, filozofie změny a koncepty, stojící za deinstitucionalizací vybraného holandského zařízení a jejich porovnání s příkladem podobného procesu v České republice tak mohou být užitečným příspěvkem této rozsáhlé problematiky, neboť jak uvádí např. Zastrow (2003, podle Chrenková, Sobková, Vajdřáková, 2007, s. 13), mezi mnoha obecnými cíli sociální práce je možno uvést i cíl *„rozvíjet a využívat výzkum, vědomosti a dovednosti, které podpoří rozvoj praxe sociální práce.“*

Práce je rozdělena do několika logicky provázaných celků. V první části, která je částí teoretickou, vstupujeme první kapitolou do problematiky pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Po popisu vybraného typu služby, který je stručně dáván do souvislosti s kvalitou služeb a zásadními vymezeními zákona o sociálních službách, následuje obsáhlejší podkapitola.

Tato druhá podkapitola, která důkladněji pojednává o vývoji ústavní péče na našem území, je pro přehlednost členěna do dalších menších celků. V prvním z nich je uveden

stručný historický exkurz, zachycují nejdůležitější historická údobí ve vývoji ústavní péče. Hluběji je pak popsáno období socialismu v ČSR a je předestřen tzv. medicínský model, který tehdy v poskytování pobytových sociálních služeb lidem s mentálním postižením převládal. Podkapitolu pak uzavírá stručný popis vývoje po roce 1989 do současnosti.

Následuje kapitola, ve které je vysvětlen pojem totální instituce, jak jej vymezil americký sociolog Irving Goffman a který je východiskem pro kritiku ústavní péče. Jsou zde rovněž popsány tzv. idoly, jak je v našem prostředí vymezil Matoušek, které tuto kritiku dále rozšiřují.

Následující kapitola pak přináší popis pojmů transformace a deinstitutionalizace, které by měli být jako důležité procesy řešením neutěšeného stavu české ústavní péče. Tuto kapitolu pak doplňuje stručný popis a shrnutí aktuální situace v množství zařízení ústavní péče a osob, které je na území České republiky využívají, čímž by měl být také zdůrazněn význam nutnosti deinstitutionalizace. Tato podkapitola pak také uzavírá první, teoretickou část práce.

Vstup do druhé, výzkumné části, je skrze kapitolu popisu použité metodologie, na kterou navazuje podkapitola, která úžeji vymezuje použitou komparativní analýzu.

Následující kapitola pak přináší popis výchozí situace, tedy obrazy obou zařízení, jaké byly v době, kdy tato zařízení do procesu deinstitutionalizace vstupovala. Další kapitola je věnována výběru faktorů pro komparaci – jsou vymezeny a specifičtěji pojednány pojmy motivace, filozofie změny a koncepty. V navazující kapitole již dochází k analýze motivace obou zařízení a jejich porovnání, stejně jako v následujících dvou kapitolách, kde jsou analyzovány a porovnávány další dva vymezené faktory.

Práci pak uzavírá část poslední část, kde jsou shrnuty výsledky celé komparativní analýzy a je zde uvedena závěrečná diskuse.

1. Teoretická část

1.1. Sociální služby pro osoby s postižením

Tato práce se zabývá transformací pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Nejprve tedy stručně vstoupíme do problematiky jejich poskytování. Sociální služby, jejich rozvoj, cíle a formy jejich poskytování jsou jedním z nejdůležitějších polí, kde se uplatňují moderní teorie a metody sociální práce. Pro účely této práce se dále zaměřujeme úzce na domovy pro osoby se zdravotním postižením. Proces deinstitucionalizace jako hlavní téma této práce a jeho porovnání na příkladech vybraných zařízení v Holandsku a v České republice, se týká právě nejvíce tohoto typu služby, neboť Vláda ČR se, z důvodů, které budou podrobně popsány v následujících kapitolách, zavázala svou Konceptí podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti v roce 2007 k jejich postupně přeměně a jde tedy také o téma, jak jsme již ukázali v úvodu, veskrze aktuální.

Domov pro osoby se zdravotním postižením je sociální služba vymezena v zákoně o sociálních službách úžeji jako služba pobytová, tzn. služba spojená s ubytováním v zařízení sociálních služeb¹ (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.). Znamená to tedy, že uživatel v takové službě mnohdy tráví značnou část svého života a zařízení, v němž žije, by se tedy mělo stát jeho skutečným domovem. Cíl této služby zákon uvádí následovně: „V domovech pro osoby se zdravotním postižením se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby.“ (Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb). Cílovou skupinu této služby tvoří osoby se zdravotním postižením, zejména děti a dospělé osoby s mentálním postižením a kombinovanými vadami. Domovy pro osoby se zdravotním postižením však nejsou jediným typem služby, kterou je v České republice možné využívat, je však službou, ve které v současné době žije značný počet lidí s postižením a která, jak tato práce dále ukazuje, znamená určité historické dědictví, jehož překonání znamená také pro sociální práci (ale i pro celou společnost) velkou výzvu. Aby však byl množství typů služeb úplný, uvedme, že dalšími službami, jejichž cílovou

¹ Dalšími dvěma formami, které zákon vymezuje, jsou terénní a ambulantní.

skupinou jsou lidé s mentálním postižením, jsou také např. centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, chráněná bydlení, podpora samostatného bydlení a služby osobní asistence.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením jsou uživatelům poskytovány jednotlivé činnosti, jak je vymezuje zákon o sociálních službách. Jedná se o poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

V rámci sociálních služeb pro každou cílovou skupinu je nutné klást si otázky, jakým způsobem tyto služby vlastně poskytujeme, v jaké kvalitě, zda tato kvalita vůbec odpovídá současnému poznání a zda také umožňuje svým uživatelům dosahovat lepšího života. V poslední dekádě se po široké a rozsáhlé oborové diskusi stalo dílčí odpovědí na některé z těchto otázek přijetí zákona o sociálních službách. Kvalita se zde konečně stává něčím, co nejenom můžeme, ale protože při poskytování sociálních služeb jde na prvním místě a především o člověka (jako klienta, uživatele), tak i musíme vnímat jako určité prizma, jímž hodnotíme, měníme a posouváme tyto služby kupředu, a to právě zejména s ohledem na život uživatele, který služby využívá. Prizma znamená určitý pohled, s jakým nahlížíme na určité skutečnosti, můžeme na něco hledět prizmatem své doby z nějakého hlediska (Kraus, 1995, s. 301), v našem případě tedy nahlížíme na sociální služby pro osoby s postižením a na osoby, které je využívají. Kvalita služby totiž může mít velký dopad a odrážet se také na kvalitě života člověka, jemuž je poskytována. Janečková (2004, podle Matoušek, 2011, s. 167) říká, že zlepšování kvality života je možné chápat jako

„rozšiřování příležitostí k osobnímu růstu, což může znamenat větší nároky na klienta a také větší frustraci při neúspěchu. V tomto pojetí je větší váha položena na podmínky, v nichž klient žije, než na jeho subjektivní bilanci. Na druhé straně je kvalita života směřováním k naplnění potřeb klienta, k realizaci osobních cílů, k naplnění smyslu klientova života.“

V tomto kontextu je tedy vhodné zamýšlet se nad tím, zda sociální služby pro osoby s postižením jsou skutečně oním rozšiřováním příležitostí k růstu, zda je na

podmínky, v nichž lidé žijí, pokládána skutečná váha a zda pak také vedou k naplnění potřeb člověka, k dosažení jeho cílů a k naplnění smyslu jeho života. Nejdůležitějším východiskem, ze kterého by měla být každá sociální služba, a tedy i domov pro osoby se zdravotním postižením, nahlížena a sledována je základní ustanovení zákona o sociálních službách, které říká, že:

„Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.“ (Zákon o sociálních službách, § 2 Základní zásady).

V dalších kapitolách se pokusíme nastínit, proč domovy pro osoby se zdravotním postižením ve své současné formě a ve způsobech poskytování péče o lidi s postižením často neumožňují dostat výše uvedenému ustanovení a proč nelze v mnoha případech zajistit kvalitní život lidem, kteří ji využívají.

1.2. Vývoj ústavní péče v ČR

V této podkapitole stručně nastíníme historický vývoj poskytování služeb na našem území. Více se zaměříme na období socialismu v Československu, neboť ten do značné míry formoval pobytové sociální služby pro osoby s postižením do podoby, v jaké ji známe ještě dnes. Popíšeme hlavně tzv. medicínský model, který se v dané době v poskytování služeb osobám s postižením uplatňoval a ve stručnosti pak i alternativy tohoto modelu. Kapitulu pak uzavře nástin vývoje ústavní péče po roce 1989 do současnosti.

1.2.1. Stručný historický exkurz

Motiv poskytování sociálních služeb potřebným má v Evropě konstantní charakter. Jak uvádí Matoušek (2007, s. 14), jde historicky o dvě příčiny pomoci – tou první je snaha

pomoci lidem chudým (či sociálně slabým), druhou pak zájem držitelů moci na zachování rovnováhy ve společnosti. Ještě ve starověku i během středověku však měla společnost spíše represivní charakter, chudoba byla někdy dokonce i trestána. Matoušek (2007, s. 17) dále uvádí, že tento přístup se v dějinách několikrát opakoval a v „*určitých situacích a vůči specifickým společenským skupinám jej lze zaznamenat i v našem typu společnosti dodnes.*“

V období počátku středověku s příchodem křesťanství a jeho přijetím jako státního náboženství začaly vznikat první iniciativy, které z dnešního pohledu již můžeme nazvat jako sociální služby (kláštery, farnosti) a církve se v té době stala jejich majoritním poskytovatelem. Se záměrem poskytovat pomoc chudým vznikalo množství řádů, bratrstev a charitativních organizací a jejich služby „*měly v některých případech již ústavní charakter, ale obvykle nešlo o ústavy specializované na určitý typ klientely.*“ (Matoušek, 2007, s. 18). Kláštery a farnosti se tak stávaly svého druhu prvními institucemi s církví jako jejich zřizovatelem. Stát ve středověku však stále vykazoval raději represi (chudí a potřební jako ohrožení společenské stability), což trvalo až do konce tohoto období – převládajícím byl stav vedoucí spíše k sociální exkluzi skupin vymykajících se společenským strukturám, které byly v té době standardní. Mezi takto marginalizované skupiny patřili především žebráci, cikáni, nemajetní cizinci a také duševně nemocní lidé (Matoušek, 2007, s. 18). V českých zemích se nastíněná represe rovněž vyskytovala a byla zakotvena i legislativně (např. nařízení proti žebrotě a postrku Marie Terezie z r. 1754), kterou ale později zmírnil např. Josef II. dekrety, které doporučovaly zřizování tzv. farních chudinských ústavů – šlo ale spíše o aktivitu dobrovolnou a soukromou, nešlo tedy ještě o státní veřejnou službu, jak ji známe dnes (Matoušek, 2007, s. 19).

Vývoj v evropských zemích měl společné rysy, politika vůči chudým se začala v každém státě postupně více centralizovat a zrodil se přístup, kdy se oprávněnost nároku na službu začala přezkoumávat. Stát tak začal sledovat např. existenční minimum a sociální služby se začaly byrokratizovat. Stát započal zřizovat služby zejména ústavního charakteru, kde byla poskytována péče dlouhodobě znevýhodněným lidem. Tyto ústavy měly formu útulků, ve městech šlo o špitály a jejich cílové skupiny byly velmi různé. Teprve na konci 18. století vznikají ústavy jasněji zaměřené na osoby dle jejich postižení či problému – sirotčince (pro opuštěné děti), „blázince“ (pro osoby duševně nemocné) a chudobince (pro lidi bez majetku). V této době byli znevýhodnění lidé shromažďováni v pro tento účel vytvořených ústavech, které vznikaly např. v budovách, kde dříve žily církevní řády (Josef II. je však vyhnal). V těchto místech pak, jak Matoušek (2007, s. 21)

dále uvádí, postupně „vznikla tradice ústavní péče jako první a hlavní možnosti při řešení vážných sociálních problémů jednotlivců.“

Přelom 19. a 20. století a jeho další dekáda jsou pro naše téma velmi zajímavým obdobím. Tou dobou byla stále jako největší sociální problém viděna chudoba (chudinství byl tehdy ale stále ještě velmi široký pojem, pod který spadalo množství dalších sociálních problémů). Nově vzniklá Československá republika převzala množství legislativy z předchozího Rakouska-Uherska. Odpovědnost subjektů, které byly zapojeny do poskytování sociálních služeb, byla tehdy posloupná (od rodiny, přes spolky a fondy až k obci, okresu a zemi). V tomto období vznikalo poměrně mnoho sociálních a zdravotních ústavů (Nečas, 1938 in Matoušek, 2007, s. 23). Chudinský zákon, tehdy platný, definoval možnost finanční podpory a podmínky pro její získání, vymezoval také na druhé straně možnost využití sociálních služeb, zejména ústavního typu. Tento zákon zároveň umožňoval obci umístit do ústavu člověka, pokud byl nebezpečný. Matoušek (2007, s. 24) usuzuje, že z historického hlediska není skutečnost, že nejčastější formou sociálních služeb v meziválečném období byla ústavní péče, negativní. Podle něj totiž poskytnutí ústavní péče znamenalo kompletní zajištění potřeb uživatele a také šlo o určitý celkový posun v přístupu k lidem slabým a ohroženým (jako odpověď na dosavadní chudinskou péči, která měla, jak jsme výše ukázali, často represivní charakter). Uvádí budování množství ústavů zejména v období první republiky a zmiňuje např. Masarykovy domovy v Praze, které znamenaly co do modernosti špičku v tehdejší Evropě, a říká dále, že těžištěm tehdejší péče bylo právě toto „budování, udržování a subvencování ústavů, v té době obecně považovaných za nejúčinnější prostředky sociální péče“ (Matoušek, 2007, s. 24-25).

Druhou polovinu 19. století a 20. století pak sociální služby ovlivňuje více strukturovaná sociální politika. Evropské sociální politiky se diferencují v rámci různých druhů sociálního státu, od reziduálního přístupu (zdůrazňujícího zejména individuální odpovědnost každého člověka - anglosaské země), přes univerzalistický sociální stát (který sociální potřeby vnímá jako sociální práva - Skandinávie a západní Evropa) až po korporativistický model (sociální potřeby jsou uspokojovány na základě výkonu a produktivity člověka - německy mluvící země Evropy) (Krebs, 2007, s. 51-52). Vliv na československou sociální politiku měly tyto různé modely jen do r. 1948, kdy se vlády v ČSR ujali komunisté.

Politický vývoj od 60. let vedl v ČSR k úpravě a změně legislativy. V roce 1956 byl přijat zákon o sociálním zabezpečení, převádějící kompetence zajišťovat sociální péči výlučně na stát. Výjimkou sice bylo tzv. ústavní zaopatření, které mohly de iure provozovat rovněž dobrovolné organizace, náboženské a církevní spolky nebo dokonce podniky a JZD. Výhradní postavení v poskytování tohoto typu péče měl však navzdory popsáním legislativním možnostem fakticky stát, který správu nad sociálními službami navíc centralizoval a tím také zrušil dosavadní, prvorepublikový, samosprávný model. Krebs (2007, s. 91) říká, že *„monopol státu byl v sociální sféře takřka totální. Stát koncipoval, financoval a realizoval celou oblast. K tomu také využíval výlučně státních institucí a mechanismů.“* Stát v této době přebíral v duchu socialistického paternalismu odpovědnost za zdraví a život svých občanů pevně do svých rukou. Paternalismus znamená vztah mezi dvěma subjekty (může jít o lidi, státy nebo ekonomické subjekty), kdy jeden přistupuje nadřazeně ke druhému, zároveň však působí z otcovské a protektivní pozice. Přístup je charakteristický tím, že nadřazená osoba je přesvědčením o svém vědomí o tom nejlepší pro osobu podřízenou. Z tohoto smýšlení pak může vycházet i politika, aplikující názor že jednotlivci sami nedovedou rozpoznat, co je pro ně dobré, a je nutné jim náležité jednání, názory či postoje nařídít, dát či vnutit (Kraus, 2005, s. 259).

Sociální politika tím však byla deformována – protože šlo fakticky pouze o aktivity státu, jež monopolně spolu s dalšími aktivitami realizoval i určité aktivity v sociální oblasti, role jiných sociálních subjektů byla potlačována (Krebs, 2007, s. 91). Alternativy vůči státní ústavní péči byly v té době jen velmi minimální (Havrdová, 2010, s. 65). Na druhou stranu je však nutné říci, že rozsáhlé sociální systémy – zdravotnictví, sociální, školství – fungovaly poměrně dobře, neboť měly základ v mnohaleté a dobré úrovni a tradici (Krebs, 2007, s. 91).

V oblasti péče o osoby s mentálním postižením však nebylo příliš žádoucí, aby tyto lidé vyrůstali v rodinách, v přirozené komunitě. Matoušek uvádí, že rodičům dětí s mentálním postižením se *„často hned v porodnici doporučovalo, aby své dítě dali do kojeneckého ústavu nebo aby si pořídili další dítě.“* (2005, s. 115). Čámský (2011, s. 11) k tomuto pak říká, že

„tento přístup však velmi často dostával do neřešitelných situací nejbližší rodinné příslušníky lidí s postižením, zejména pak rodiče osob psychicky či duševně nemocných nebo osob s poruchami osobnosti, nebo 'pouze' hyperaktivních dětí. Společnost

považovala za běžné a jediné 'správné a normální' umístit takové dítě či osobu co nejdříve do psychiatrické léčebny a následně do ústavu.“

1.2.2. Socialismus – převaha medicínského modelu

V oblasti poskytování sociálních služeb se v socialistickém Československu důraz kladl „*především na ústavní péči, na pečovatelskou službu (jako v podstatě jedinou terénní sociální službu) a na poradenství.*“ (Matoušek, 2011, s. 29). Kritériem kvality služby nebyla tehdy kvalita života lidí s postižením, kteří v ústavech žili, a jejich život nebyl srovnatelný s životem jejich vrstevníků bez postižení (Srov. Čámský, 2011, s. 12). Stát a jeho ústavní péče reprezentovaly v přístupu k lidem s postižením tzv. *medicínský model*.

Medicínský model je charakteristický tím, že se v politice zaměřuje na jednotlivce, na poskytování zdravotní péče, rehabilitace a na poskytování sociálních dávek. Objektem je v tomto přístupu pacient (nikoli občan), typickým prostředím poskytovaných služeb pak ústav. Charakteristikou služeb v tomto modelu je podřízenost pacienta a plánovací proces zde řídí zpravidla lékař (odborník). Medicínský model přístupu k lidem s postižením má základ v myšlence, že to, co brání lidem s postižením v plném zapojení se do života společnosti je zejména samotné jejich zdravotní (mentální) postižení. Hlavní hodnotou, která je účelovým středem vztahu mezi zdravotníkem a pacientem (v našem případě klientem, uživatelem) je zde zejména „*odstranění symptomu nemoci ve stylu opravy toho, co nefunguje.*“ (Havrdová, 2010, s. 49). Medicínskému pojetí je vytýkáno, že se v jeho rámci pozornost věnuje hlavně léčbě, nikoli začleňování a zrovnoprávnění lidí s postižením. V rámci tohoto pojetí pak nebývá přisuzován význam překážkám vnějšího světa a nevyvíjí se tedy ani snaha je odstraňovat. Důsledkem tohoto přístupu je pak ale segregace a izolace lidí s postižením. Marešková (2010, s. 34) říká, že stát v takovém modelu nabízí pro osoby, jež se nedokážou přizpůsobit prostředí, řešení prostřednictvím „*zvláštních škol, odděleného bydlení a dalších zařízení a služeb určených výhradně pro osoby s postižením. Tento přístup má tendenci k segregaci a vylučování lidí s postižením z většinové společnosti.*“

Hlavním východiskem modelu je tedy to, že mentální postižení je nazíráno zejména jako nemoc a zařazení jedince s postižením do ústavu znamená možnost jeho vy/léčení

prostřednictvím pedagogické nápravy a reedukace (v daném období se hovoří např. o „nápravě poruch mentální retardace“, „nápravných opatřeních“ apod.). V medicínském modelu „je kladen důraz na 'odbornost personálu'. Handicap je považován za záležitost vysoké odbornosti a za tragédii pro daného jedince – pacienta. Lékař stanovuje diagnózu 'problému', předepisuje léčbu a výsledkem odbornosti by měl být vyléčený pacient.“ (Šiška, 2005, s. 22). Tento přístup byl velmi dobře patrný v dobové české odborné literatuře, ve vývoji speciální pedagogiky. Např. Dolejší (1978, s. 14) tehdejší nahlížení na mentální postižení vystihuje slovy, že „*pojetí mentální retardace tedy vždy znovu a znovu zdůrazňuje aktuální stav opožděnosti duševního vývoje a nezavrhuje potenciál možnosti nápravy eventuálního urychlení tohoto vývoje.*“ Ač by bylo zajímavé sledovat detailně vývoj speciální pedagogiky v daném období, není možné postihnout celou tuto problematiku a její vývoj. Pokusíme se dále zastavit více jen u podstaty tohoto přístupu. Důraz je zde stále kladen na diagnostiku a etologii postižení. Není sice možné jednoznačně tvrdit, že hlavním cílem působení speciální pedagogiky 70. a 80. let 20. století v rámci medicínského modelu bylo, aby byli všichni postižení lidé, zejména děti, do ústavů umístováni, ale praktický přístup k tomuto pojetí postižení fakticky směřoval. Stát se snažil zajistit maximální možnou péči v rámci popsaného přístupu. Duch tohoto modelu se na mnoha místech speciálně pedagogické literatury projevuje velmi silně. Ve srovnání s dnešními trendy působí např. následující tvrzení až ultimativně: „*U těžce duševně opožděných dětí, které nejsou vzdělavatelny ani ve zvláštní škole, nezbyvá často lékařům, psychologům a pedagogům než doporučit jejich zařazení do ústavů sociální péče, ačkoliv mají svoji rodinu.*“ (Dolejší, 1978, s. 154). Zajímavé je pak doporučení téhož autora k podobě péče v těchto ústavech: „*Odborná pomoc by se měla týkat především toho, jak zvládnout problémové situace s jednotlivými pacienty nebo chovanci, jak co nejvíce individualizovat péči vychovatelů a ošetřovatelů o každého nemocného.*“ (Dolejší, 1978, s. 154). Medicínskému modelu tedy odpovídal i jazyk a užitá terminologie. Jádro tohoto modelu totiž spočívá právě v přístupu, jak bylo mentální postižení nahlíženo.

Např. Lečbych (2006, s. 8) k tomu dále uvádí, že chápání mentálního postižení v rámci medicínského modelu je v České republice aktuálně stále dominantní (hlavně ve zdravotnickém prostředí a službách). Riziko spočívá v tom, že tento přístup může vést k omezování kompetencí lidí s postižením a k oklešťování jejich možností rozhodovat o vlastním životě. Medicínský model totiž podává obraz osob s mentálním postižením jako lidí, kteří jsou neschopní a nesamostatní a vede k přenášení rozhodování a zodpovědnosti

za svůj život na jiné lidi. Hlavním problémem tohoto modelu tedy není absence péče o člověka, jehož postižení je nahlíženo jako nemoc, nýbrž to, že daný přístup má pro osobu s postižením a její život právě pro svůj důraz na péči a kurativní charakter svazující důsledky. Brisden (1986 podle Šiška, 2005, s. 22) dokonce tvrdí, že medicínský model je *„zvlášť nebezpečný, neboť vytyčuje postiženému člověku cestu životem.“* Extrémní aplikace medicínskému přístupu vedla v minulosti v některých případech dokonce až k nelidským opatřením. Např. v některých skandinávských zemích docházelo v polovině 20. století k nucenému sterilizování mentálně postižených žen (Šiška, 2005, s. 19). Marečková (2010, s. 35-36) pak kritiku medicínskému modelu shrnuje takto:

„Přístup na základě medicínskému modelu je celkově kritizován za to, že snižuje význam společenských, politických a ekonomických faktorů a posiluje vytváření závislosti, sociálního vyloučení a diskriminace osob s postižením a jejich negativní vnímání vlastní identity. Medicínský model rovněž přináší velké riziko zneužívání moci a kontroly nad osobami s postižením ze strany zdravotnických odborníků v tom smyslu, že jejich pojetí toho, co je pro osobu nejlepší (i když se daná otázka třeba ani přímo netýká léčby postižení, ale například reprodukčních schopností osoby), vždy převáží nad vůlí osoby s postižením, která není považována za způsobilou přijímat rozhodnutí.“

1.2.2.1. Sociální model

Vedle popsaného medicínskému modelu je možné vymezit i další model, který se v přístupu k lidem s mentálním postižením rovněž uplatňuje. Jedná se o model sociální. Počátky vývoje tohoto modelu je možno spatřovat v 70. letech 20. století jako reakci samotných osob s postižením na převládající model medicínský. V současné době tento model, zejména v oblasti výzkumu, převažuje. Charakteristické pro něj je to, že problém mentálního postižení nespátřuje v jedinci, nýbrž ve společnosti (Marečková, 2010, s. 36). Původem postižení je pak neschopnost společnosti nabídnout člověku s postižením náležité služby a zabezpečit náležité zohledňování jejich potřeb. Tento model tudíž vychází z premisy, že společnost je odpovědná za začleňování osob s mentálním postižením, neboť toto postižení sama svým způsobem vytváří. Postižení je zde tedy chápáno jako určitý sociální konstrukt, který se dá popsat jako vše, co je pro osoby s postižením omezující

či jako nedostatečná podpora a rozvoj příležitostí pro účast na normálním životě v běžném prostředí člověka.

Toto pojetí má vést k sociální změně. Oliver (1996 podle Marečková, 2010, s. 37) říká, že primární ambicí tohoto modelu je „*přizpůsobit společenské, fyzické a právní prostředí potřebám jednotlivců tak, aby se odstranily sociální bariéry, namísto řešení osobních omezení způsobených tělesnou či duševní vadou.*“. Daného cíle pak lze dojít prostřednictvím změny právních norem a sociální politiky, která zajistí zpřístupnění vzdělávání, zaměstnání, ubytování atd. Nejdůležitějšími hodnotami tohoto modelu jsou pak autonomie, sebeurčení, rovnost, respekt a důstojnost. Postupné přijímání tohoto modelu dalo důvod k vytváření služeb přispívajících k odstraňování bariér ve společnosti, které doposud lidem s mentálním postižením bránily v plném zapojení. Podle tohoto pojetí je tedy možné, aby člověk s mentálním postižením vedl ve výsledku stejně spokojený jako člověk bez postižení. Tento model se tedy zabývá především „*odstraňováním diskvalifikujících, segregujících a degradujících bariér ve vnějším prostředí.*“ (Oliver, 1990, in Šiška, 2005, s. 23).

1.2.2.2. Principy normality

Nosné myšlenky sociálního modelu se promítají a jsou podobné také konceptu principů normality, který je dalším rámcem, jenž může být v sociálních službách pro osoby s mentálním postižením a ve způsobech jejich poskytování uplatňován. Pojem principy normality má svou historii ve Skandinávii. Iniciátorem zde byl Bengt Nierje, který v roce 1968 ve Švédsku formuloval sociálně politický koncept mentálně postižených. V dalších letech byl tento koncept citován a také více či méně aplikován v dalších zemích Evropy, kam se také dále dostával zpětně i jakousi oklikou přes Spojené státy americké. Koncept se tak stal podkladem pro další integrační iniciativy lidí s mentálním postižením. Pro svou jednoduchost byl mnohde akceptován samotnými postiženými, jejich rodinami, širokou veřejností i odborníky a právě ve Švédsku, kde vzniknul, se stal impulsem pro změnu vybrané legislativy (konkrétním projevem pak bylo rozhodnutí švédské vlády uzavřít všechny ústavy pro osoby s postižením a celou dosavadní institucionální péči zcela změnit v duchu popsané filozofie) (Šelner, 1998, s. 38).

Základní myšlenkou principů normality je, že lidé s mentálním postižením mají vést normální život stejně tak, jako jej vede populace lidí bez postižení. Podstatou zde ovšem není to, aby se lidé s mentálním postižením stávali podle nějaké normy „normálními“, ale to, „aby jedinci s postižením byly nabídnuty a umožněny takové životní podmínky, které jsou v dané společnosti a kultuře běžně uznávané jako daná a obvyklá norma.“ (Šelner, 2012, s. 58).

Základní myšlenky principu normality jsou rozvrženy do těchto kapitol (Šelner, 2012, s. 59):

- Zachování rytmu běžného dne a týdne.
- Oddělení sféry práce od sféry bydlení a volného času.
- Prožívání běžného ročního rytmu.
- Respektování vývojové fáze člověka s postižením.
- Respektování vlastních přání, potřeb a rozhodnutí a nárok na uznání.
- Akceptování života ve světě obou pohlaví.
- Dostupnost běžného životního standardu jako základní předpoklad pro samostatný život.
- Život v běžných životních podmínkách.

Každá jednotlivá oblast má pak implikace do praxe a odráží se v konkrétních postupech, jak by měly být způsoby poskytování v sociální službě aplikovány a jak by měly vypadat. Principy normality jsou orientovány na normy společnosti a průběh obyčejného dne. Když člověk s postižením setrvává v rodině nebo dokonce žije samostatně, mnoho věcí se v jeho životě stává samozřejmých. Jinak je tomu ovšem, když postižený člověk žije v instituci, v ústavu, v našem případě ve velkokapacitní pobytové sociální službě (Šelner, 2012, s. 61). Klíčové v aplikaci konceptu je však to, aby se s konceptem ztotožnili všichni interesovaní účastníci, a to hned na několika úrovních. Tyto úrovně lze nazvat také jako systémy. Jedná se o tzv. mikrosystém (samotní postižení), mezosystém (instituce, vlastní sociální služba) a makrosystém (široká společnost,

komunita, veřejnost, obec). Důležité je, aby se s principy normality ztotožnili všichni jednotně. Možná nejpodstatnější skupinu však tvoří pracovníci služby, ve které člověk s mentálním postižením žije, tedy účastníci mezosystému. Šelner (2012, s. 61) k tomu říká, že pracovníci *„se musejí s těmito principy identifikovat. Akceptování zájmů a potřeb postiženého člověka ze strany pracovníků všech profesí patří mezi nejtěžší věc v celém procesu přijímání zásad normality.“*

V organizacích sociálních služeb, které vykazují znaky totální instituce, může znamenat aplikace i jen některých principů normality zásadní změnu celého poskytování služby. Matoušek (2011, s. 96) k tomu říká, že totiž častým problémem těchto zařízení pro lidi s postižením je to, že lidem s těžkým mentálním postižením jsou poskytovány služby jen ve velmi omezeném rozsahu (zejména zajištění základních fyziologických potřeb), na druhé straně lidem s lehčím mentálním postižením jsou zde distribuovány služby mnohdy nadbytečné, které neumožňují jejich osobní rozvoj. Ústavy často manifestují již zmíněný tzv. medicínský přístup, podporují závislost člověka na sociální službě a často vychází vstříc raději potřebám personálu, jehož zájmem je „zvládnout“ skupiny klientů, spíše než aby zde docházelo k jasnému respektu k potřebám každého člověka. Tento přístup znamená ve svém důsledku potlačování možností, které k naplnění principů normality vedou.

Nirje (1969, s. 4), autor konceptu principů normality, pak k tomuto konstatování poměrně přímo dodává, že *„velké ústavy a podmínky, které můžeme vidět na jejich odděleních, nemohou nikdy nabídnout možnosti, které jsou druhu a kvality pro osoby s postižením zásadní. Veliká oddělení ústavů redukovují postižené osoby svým rytmem dne na pouhé objekty v prázdné, strojové atmosféře. Normální obvyklý rytmus dne s prací, odpočinkem a osobním životem je rozředen do náhražkovitých činností, které ale nejsou spojeny se smysluplným konáním člověka. Normální rytmus celého roku je většinou zakryt zkušeností monotónního pobývání na stále stejném místě. Rozvoj individuality je beznadějně zmrzačen a rozmačkán životem ve skupině.“*

Šelner (2012, s. 71) pak k aktuálnímu vývoji v oblasti poskytování služeb lidem s mentálním postižením v České republice v kontextu uvedeného konceptu dodává, že tento koncept je sice konkretizován *„v procesu transformace velkých zařízení, ale vzhledem k tomu, že principy normality zasahují větší část populace, zůstává ještě mnohé nerealizováno.“* Naráží tím na skutečnost, že pro Českou republiku znamená existence

množství ústavů velké historické břemeno, které však nedílně souvisí i s vývojem a stavem celé společnosti jako celku. Nirje (1969, s. 1) však ve svém původním komentáři ke konceptu tvrdí, že tento „*princip je užitečný v každé společnosti, ve všech věkových skupinách a přizpůsobitelný sociálním změnám a individuálnímu rozvoji každého člověka.*“ Aplikace principů normality tak znamená zejména změnu ve vnímání mentálního postižení v celé společnosti, pochopení, jak chtějí lidé s postižením vlastně žít a rozpoznání rizik, které uplatnění principů ztěžují. Matoušek (2011, s. 114) říká, že důležité je tedy i „*informování o možnostech těchto lidí, o tom, v čem potřebují pomoci a co mohou zvládnout sami. Cílem osvěty je změnit pohled veřejnosti na lidi s postižením tak, aby je chápala jako spoluobčany, s nimiž se dá žít a komunikovat.*“ Změně tedy musí předcházet zejména diskuse a široký závazek, vedoucí k obratu, akceptování jinakosti a zapojení dalších institucí do místních a komunálních struktur.

1.2.3. Období po roce 1989 do současnosti

Po odbočce k vysvětlení charakteristiky medicínského modelu péče o osoby s mentálním postižením, sociálního modelu a principů normality se vracíme zpět k popisu vývoje poskytování služeb lidem s postižením na našem území. Oblast sociální péče musela po r. 1989 nutně projít reformou. Do konce roku 2006 však stále platil zákon o sociálním zabezpečení z r. 1988, vymezující cílovou skupinu ústavní péče a typy jednotlivých institucí. Ústavy pro zdravotně postižené osoby byly do této doby stále členěny dle věku osob a kombinací jejich postižení. Např. Matoušek (2011, s. 96) ve svém výčtu uvádí 8 typů těchto tehdejších ústavů (jednalo se jmenovitě o ústav pro tělesně postiženou mládež, ústav pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením, ústav pro tělesně postiženou mládež s více vadami, ústav pro mentálně postiženou mládež, ústav pro tělesně postižené dospělé občany, ústav pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentální postižením, ústav pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami, ústav pro smyslově postižené dospělé občany a ústav pro mentálně postižené dospělé občany).

Situace se začala pozvolna měnit s rozvojem množství nestátních neziskových organizací, zejména občanských sdružení, které často vycházely z prostředí osob, které měli sami nejbližší zkušenosti s nedostatečným pokrytím moderních služeb pro osoby

s mentálním postižením. Velmi často tak první organizace jako alternativy vůči státnímu ústavnímu modelu zakládali rodiče dětí s mentálním postižením, kteří nebyli s převažující státní péčí doposud spokojeni. Šiška však uvádí, že ještě v roce 1996, se objevuje např. ve Zprávě Českého helsinského výboru obava, že pokud se situace nezačne výrazněji měnit *„máme velkou naději, že se Česká republika stane velkým skanzenem, kam se budou lidé z civilizovaných částí světa jezdit dívat na mentálně postižené děti umístěné v klecích, na mladé zdravotně postižené osoby, které žijí bez motivace a perspektivy...“*

Pozornost ke kvalitě pobytových sociálních služeb se pak zvyšuje s přípravou Standardů kvality sociálních služeb (SQSS), s realizací prvních pilotních inspekcí kvality a konečně v roce 2007 s přijetím zákona o sociálních službách, který důraz na kvalitu sociálních služeb zakotvuje legislativně. Pozornost k právům uživatelů služeb, zachování a respektu k jejich důstojnosti se tak stává stále častěji v rámci zavádění SQSS tématem dalších oborových diskusí, ale i podnětem k dílčím změnám v mnoha službách, které poskytují péči lidem s mentálním postižením a které jsou nově zavázány uvedené legislativě dostát.

Nutno dodat, že v západní Evropě společnosti postupně docházeli k přesvědčení, že budování a udržování ústavů jsou cestou zpět, mnohdy dříve, než tomu bylo u nás. Matoušek (2011, s. 26) k tomu dodává, že šedesátá léta 20. století *„přinesla v západních zemích vlnu kritiky přežívajících ústavních forem péče a budování nových alternativ k ní. Ústavy se začaly dramaticky zmenšovat, v některých zemích se do osmdesátých let zmenšily na velikost jednoho rodinného domu nebo jednoho bytu.“* Cesta změny, kterou bylo na Západě postupně nutné nastoupit, se projevila právě jako deinstitucionalizace a transformace ústavní péče. Průša (2008, podle Havrdová, 2010, s. 65) uvádí, že *„pozornost evropských zemí byla zaměřena kromě kvantitativní stránky zejména na kvalitativní stránku rozvoje služeb, zahrnující přiblížení podmínek života ve stáří nebo se zdravotním postižením 'normálnímu' životu.“* Matoušek (2005, s. 112) pak dodává, že v mnoha českých pobytových sociálních službách pro osoby s mentálním postižením stále

„přetrvává tradiční model ústavní péče preferující zdravotní péči, jen málo orientovaný na udržení a rozvoj adaptačních dovedností klientů. Přetrvává i tendence k izolaci klientů od vnějšího světa (zejména klientů s těžším postižením), nedostatečné respektování práv klientů a centrálně řízené poskytování služeb, které nezohledňuje individuální zvláštnosti a potřeby klientů.“

To, jak se vyvíjí přístup k lidem s mentálním postižením i celková sociální politika a jak jsou pak manifestovány v úrovni sociálních služeb, které jsou k dispozici, souvisí nedílně s historickým a politickým vývojem a mohou také svědčit o stavu společnosti. Kapitulu o vývoji poskytování služeb pro osoby s postižením tak můžeme uzavřít spolu se Švarcovou (2011, s. 13), která říká, že *„prubířským kamenem úrovně demokracie a humanity každé společnosti je úroveň jejího zájmu o občany, kteří jsou na její péči nejvíce závislí, to znamená o nemocné, postižené a staré lidi.“*

1.3. Totální instituce a kritika ústavní péče

Z čeho však vlastně vychází kritika ústavní péče, která byla u nás zajišťována státem? Proč mnohdy není péče o osoby s mentálním postižením v pobytových zařízeních sociálních služeb pro její uživatele vhodná? Kritika ústavní péče má svůj myšlenkový základ v 60. letech minulého století a je spojena zejména s dílem amerického sociologa Irvinga Goffmana, který v té době velmi pregnantním způsobem popsal tzv. totální instituce. Pojmem totální instituce jsou označeny organizace vytvářející pro členy, kteří v nich žijí, takové prostředí, které se zásadně odlišuje od světa, jak jej známe coby obyčejní občané společnosti v moderní době (Goffman, 1961, podle Keller, 1996, s. 121). Klíčové je, že totální instituce jsou místy, která slouží současně jako bydliště, i jako prostor, kde lidé pracují a kde je větší množství lidí odříznutých od vnější společnosti. Zároveň je dalším znakem realizace navenek uzavřeného života, který je formálně spravován. Keller (1996, s. 121-122) shrnuje další důležitou, možná nejpodstatnější, charakteristiku totálních institucí:

„Hlavním společným rysem všech těchto zařízení je, že spojují pod jednou střechou činnosti, jež bývají v podmínkách moderní společnosti provozovány odděleně a na různých místech - spánek, práce a volnočasové aktivity. V totálních institucích jsou všechny činnosti provozovány nejen v tomtéž prostoru, ale i pod dozorem autority, což je právě v podmínkách moderní společnosti další silně neobvyklý rys. Soubor těchto aktivit je provozován za přítomnosti druhých osob, přičemž na všechny tyto osoby je pohlíženo v principu stejně. Všechny činnosti jsou prováděny podle přesně stanoveného a pro všechny přísně závazného rozpisu. Všechny mají svým způsobem přispívat k naplnění

oficiálního cíle organizace, ať již je jím trest a náprava delikventů, zvyšování bojeschopnosti armády, či léčba tělesně nebo mentálně postižených.“

Respekt k individualitě člověka, k jeho právu na rozhodování, možnosti seberealizace a podpora začlenění do běžného života společnosti se v organizaci, která nese znaky totální instituce, stávají nezdárnými zcela nedosažitelnými cíli. Jedinec se zde musí takřka neustále podřizovat většině, jeho právo na vlastní rozhodování je velmi omezeno, možnost realizace vlastních přání a představ zůstává takřka nevyužitelná. Nerespektování hierarchicky nastaveného řádu a daného režimu dne znamená vybočování z řady a nežádoucí revoltu. Keller (1996, s. 122) dále doplňuje popis totální instituce a říká, že:

„přejímají veškerou zodpovědnost za své chovance po celý čas jejich pobytu. Jejich dohled se neomezuje na oblast pracovních aktivit, jak je to běžné v moderních společnostech. Život v nich je neslučitelný se dvěma podstatnými rysy moderní společnosti: neexistuje zde svobodný smluvně uzavřený kontrakt vymezující vztah mezi odvedenou prací a získanou odměnou. Všechny aktivity včetně pracovních mohou být v různé míře vynucovány. Nenacházíme zde instituci rodinného života a soukromí domácnosti. Pracovní kontakt i vedení vlastní domácnosti je umožněno pouze personálu, což dále zvyrazňuje rozdíly mezi oběma skupinami a nesouměřitelnost jejich statusu.“

Keller při popisu totální instituce dle Goffmana dále zdůrazňuje např. procesy adaptace nově příchozího uživatele ústavu, systémy privilegií či proces tzv. mortifikace. Proces mortifikace znamená, že nově příchozí člověk je po přijetí do instituce systematicky zbavován vlastní identity, aby byl dostatečně přizpůsobený fungování organizace. Postupně jsou přetrhávány veškeré svazky, jejichž původ je ve vnějším světě. Člověk je nucen podvolit se psaným i nepsaným pravidlům, harmonogramu dne, zavedenému režimu a postupně tak ztrácí vlastní svobodu, ale i obraz sebe sama. Keller (1996, s. 123) k těmto mechanismům uvádí, že jimi „jsou přetrženy či alespoň vážně narušeny kanály komunikace s vnějším světem. Je vyžadován naprostý respekt vůči personálu, nejednou doprovázený nucenými vzory úcty. Nutnost žádat o povolení každé drobnosti uvádí chovance do permisivní pozice nepřírozené pro dospělé jedince.“ Tyto mechanismy jsou obhajovány čistě praktickými důvody (terapeutický záměr, bezpečnost a ochrana apod.). Zásadním prvkem je omezování až naprostá ztráta vlastního soukromí člověka. Keller (1996, s. 123) uvádí, že mnohdy „se jedná pouze o zpětné racionalizace snahy seřadit

denní aktivity velkého počtu osob na malém prostoru při použití minima organizačních zdrojů.“ Toto se může projevat např. hromadným sprchováním, kdy klienti čekají naří v řadě na chodbě před koupelnou, jsou seskupováni společně v ní a jsou přítomni vzájemné očištění, přičemž hlavní snahou personálu je procedura maximálně urychlit bez ohledu na přání a potřeby klientů, ale zejména bez respektu k jejich důstojnosti. Podobné situace bohužel ani v posledních letech nejsou v českých pobytových službách pro osoby s mentálním postižením ničím výjimečným.²

Dalším mechanismem mortifikace je nahrazení původně soukromého majetku za majetek a předměty ústavní (v českém prostředí se nazývají tyto předměty slangově jako „erár“, může jít např. o společnou elektroniku, v nejhorších případech pak oděvy či dokonce zubní kartáčky). Výsledným stavem má být klient, který se již ani nesnaží klást popsaným mechanismům odpor a své vlastní obranné reakce vyhodnotí jako neúčelné. Právě v tomto bodě je proces mortifikace ukončen. Člověk v totální instituci má pak několik možností, jak se na tento stav adaptovat - jedná se zejména o regresi (stáhnutí se do sebe sama, útěk před realitou), rebelii (bojkot spolupráce, revolta proti pravidlům), kolonizaci (zařízení výhodné existence uvnitř instituce, zajištění dostupných zdrojů pro vlastní komfort) či konverzi (přijetí pravidel, akceptování vnuceného pohledu na sebe sama, spolupráce s pracovníky). Často se jedná o kombinaci různých těchto strategií jako cest minimalizace vlastního poškození a vyrovnání se s tenzí mezi světem uvnitř instituce a světem mimo ni (Keller, 1996, s. 125). Keller (1996, s. 125) pak shrnuje popis totálních institucí a říká, že ústavy, které jimi jsou

„často ve své ideologii prohlašují za svůj cíl vybudování či posílení seberegulačních schopností u svých chovanců. Způsob, jakým jsou tyto instituce provozovány, způsob, jakým pohlížejí na své chovance a jakým přeformovávají jejich osobnosti, je však právě tomuto cíli naprosto vzdálen. Nezanedbatelná část totálních institucí slouží jako pouhé odkladiště problémových lidí. Veřejnosti jsou však prezentovány

² Pregnantní příklad tohoto stavu přinesl dokumentární televizní pořad *Já, ošetřovatelka* z cyklu *Infiltrace* z dílny České televize z roku 2004. Reportérka Šárka Horáková, vydávající se za nově nastupující pracovníci, zachytila v ústavu sociální péče pro lidi s mentálním postižením ve Svatém Janu u Sedlčan skrytou kamerou ořesné podmínky, v nichž lidé v zařízení v té době žili. Tristní byly např. právě situace, kdy se ve vaně v jedné vodě koupe za sebou několik klientů, anebo kdy pracovníci rozmělnují klientům stravu na kaši, i když mohou sami žvýkat, aby je mohli rychleji nakrmit. Snímek vedl po zveřejnění k některým personálním změnám a vyvolal dílčí diskusi. Dostupné z: <http://www.ceskatelevize.cz/porady/10213368190-ja-osetrovatelka/>. [cit. 22. 3. 2013]

jako zcela racionálně fungující organizace efektivně naplňující své oficiálně schválené cíle. Jestliže totální instituce nějakým způsobem tvarují osobnosti svých chovanců, pak rozhodně není tím směrem, o němž samy hovoří jako o žádoucím.“

S kritikou ústavů pro lidi s mentálním postižením přicházejí postupně mnozí další autoři z řad ať už akademiků z oblasti sociální práce nebo praktiků z řad poskytovatelů sociálních služeb v České republice či v jiných zemích zejména západní Evropy. Z reprezentantů první skupiny jmenujme např. Vávrovou (2009, s. 17), která téma ve své práci zasazuje do kontextu vývoje poskytování sociálních služeb na našem území a vhodně doplňuje, že:

„pro pobytová zařízení, která vykazují znaky byrokratických organizací, je charakteristická jednotná organizace režimu dne pro většinu uživatelů dané služby, v mnoha zařízeních bývá pevně stanovená doba jídla, konání hygienických úkonů, doba vstávání i uléhání, doba volnočasových aktivit, které probíhají 'pod střechou' pobytového zařízení. Většina popisovaných aktivit, které vyplňují průběh dne, se odehrává za přítomnosti druhých osob.“

Grunewald (2003, s. 3) pak říká, že obzvláště u lidí s mentálním postižením je problém totálních institucí, kam byli v minulosti často umísťováni, alarmující, když uvádí, že žádná jiná skupina lidí nebyla vystavena v minulosti *„takovým zásahům do jejich integrity a takovému předpojatému zneužívání jako děti a dospělí s mentálním postižením. Přestože lidská práva zahrnují i lidi s postižením, stále se považuje za přijatelné odírat jim přístup k otevřené společnosti a uzavírat je v ústavech.“*

Pokusíme se nyní nahlédnout hlouběji směrem k dalším mechanismům možného problematického fungování velkých pobytových zařízení sociálních služeb pro lidi s mentálním postižením a rozšíříme kritiku ústavní péče o tzv. idoly. Idoly a jejich převaha v poskytování pobytových sociálních služeb představují další negativní rozměr péče poskytované v ústavech a mohou se promítnout v životě každého člověka, který v instituci jako uživatel žije. Velmi dobře tyto idoly popsal s ohledem na vývoj ústavní péče v socialistickém Československu Matoušek. Ten je charakterizuje jako klamy, které brání poznat člověku pravý stav věcí (výraz však nejpůvodněji vymezuje již v první polovině 17. století anglický filozof, historik a politik Francis Bacon). Idol jako pojem sám o sobě znamená podobu, obraz, či přelud. Matoušek vymezuje idoly, které vznikly během poskytování socialistické ústavní péče, a ovlivňovali poskytování tehdejších pobytových

sociálních služeb a do určité míry přetrvávají v této oblasti někde až do současnosti (Matoušek, 1999, s. 38). Tyto idoly v následujícím textu stručně představíme.

Prvním idolem je *idol centrálního řízení a závazné metodiky*. Znamená, že správné postupy vznikají pouze v centrále organizace. Iniciativa zespoda, od řadových pracovníků, je pak přijímána pouze tehdy, pokud navazuje na již existující směrnice (Matoušek, 1999, s. 38). Centrální řízení v popsaném idolu však může znamenat velmi rigidní chod organizace a záměnu cíle poskytování služby za cíl naplňování direktiv, které k primárnímu účelu existence sociální služby nemusí vždy směřovat. Druhým idolem je *idol defektu osobnosti*. Člověk je po přijetí do ústavu nahlížen jako nositel negativní nálepky. Jako uživatel služby je pak označován dle jejího typu pejorativními nebo infantilizujícími názvy („psychopat“, „deviant“, „alkoholik“, „babi“, „děda“ apod.). Teprve za touto nálepkou se nachází celistvá osobnost člověka, která však není respektována, čímž je člověk deklasován před všemi ostatními lidmi uvnitř instituce, kteří zároveň nejsou uživateli (Matoušek, 1999, s. 38). Takový mechanismus vede k nerespektování uživatele jako svébytné osobnosti a vede k pošlapávání jeho důstojnosti. Další *idol přestavby osobnosti* vychází ze socialistického předpokladu tvarovatelnosti člověka, zejména z psychologického základu učení I. P. Pavlova (na Západě byl podobně vlivný směr behaviorismu). Tento idol byl živen dobovým přesvědčením, že člověka lze převychovat. Matoušek (1999, s. 39) uvádí, že ještě dnes je často psychoterapie v ústavní péči často velmi přeceňována. V mnoha zařízeních pobytových sociálních služeb pro dospělé osoby s mentálním postižením je tak možné stále vidět hlavní důraz kladený na různé terapeutické aktivity, které mají vést k „vyléčení“ člověka v duchu medicínského modelu. *Idol dysfunkční rodiny* pak znamená extenzi předpojatostí, primárně směřovaných ke klientovi, sekundárně také k jeho rodině. Nosnou myšlenkou je přesvědčení, že pokud se někdo stává uživatelem sociální služby, je to důsledkem nedostatečného fungování jeho rodiny. Odborník je přesvědčen, že rodina uživatele musí tuto dysfunkci mít (a to i přes možné prvotní známky fungování neproblematického) a rodina je pak vnímána jako nepochybná podstata problému. Symptodem vnímání skrze tento idol je pak také neschopnost vidět a aktivovat v rodině případné zdroje (Matoušek, 1999, s. 39). Následuje v pořadí čtvrtý idol, *idol kolektivu jako terapeutického činitele*, ve kterém Matoušek (1999, s. 40) rozlišuje dva druhy kolektivu, v nichž se člověk může nacházet. Prvním je kolektiv spontánní, založený na základě svobodné vůle člověka být jeho součástí. Druhým je nařízený, direktivní, určený typ kolektivu, který se vyskytuje právě v ústavech.

Socialistická podpora těchto kolektivů dávala možnost manipulace a usměrňování člověka. Zájem kolektivu byl totiž kladen nad zájem jednotlivce. V pobytových sociálních službách prostřednictvím tohoto idolu může docházet k potlačování individuality a možnosti uplatňovat a realizovat svobodnou volbu. Pátým idolem je *idol profesionality dosažitelné formálním školením*. Znamená přeceňování samotných vědomostí a myšlenku, že jejich kvantita koresponduje s kvalifikací. Podobná korelace však zdaleka není pravidlem (Matoušek, 1999, s. 41). Nezřídka vyskytující se bývá velké přeceňování této domnělé souvztažnosti – nejzkušenější pracovníci mohou být někdy prezentováni jako ti, kteří jsou držiteli největšího množství certifikátů z absolvovaných vzdělávacích akcí a aktivit. Konečně *idol vhodných podmínek* je tvořen ideou, že bez navýšení financování, rekonstrukcí budov či změny kapacity služby není možné zajistit požadovanou péči. Tento idol pramení z někdejšího přetlaku uživatelů v poddimenzovaných službách a z omezených podmínek pro jejich poskytování. Často bylo v minulosti podobné uvažování zdůrazňováno po konfrontaci s praxí v demokratické Evropě, kde byla situace opačná (Matoušek, 1999, s. 42).

Řadu těchto idolů Matoušek dále doplňuje ještě několika dalšími, jejichž původ je však zasazen do dřívějšího období, než je socialismus 2. poloviny 20. století. Vznik těchto idolů je zasazen do kontextu vzniku ústavní péče v dobách osvícenství. Novodobé ústavy mají totiž počátek v zesvětštění do té doby církevních ústavů za vlády Marie Terezie a Josefa II. Matoušek (1999, s. 45) říká, že socialismus v podstatě navázal na tyto „*centralistické, absolutistické ambice rakouské monarchie*.“ Díky historickému ustrnutí pak došlo k absenci možností konfrontovat se s moderními trendy, které jinak v západní Evropě proběhly a které postupně proměnily mnoho veřejných institucí. Nám se však tento vývoj ve stejném období vyhnul, nebo byl značně opožděn. Další idoly, které mají tedy podle Matouška své kořeny právě hluboko v 19. století a vycházejí ze stereotypů doby osvícenství, jsou následující. *Idol jednoznačné diagnózy*, vycházející z předpokladu, že je možné vždy definitivně zjistit příčiny stavu, který je důvodem, proč je člověk v ústavu umístěn. Idol čerpá ze statistických údajů a z kvantifikace určitých patologických jevů. Jedná se však o pouhý myšlenkový konstrukt, neboť výsledky statistických kvantifikací mohou přinášet spíše skupinám, nikoli jedincům. Idol je spojen s diagnostikami a diagnózami (včetně sociálních), které však mohou být ve své podstatě začasto pouhými hypotézami (Matoušek, 1999, s. 45).

Dalším je pak *idol jedině správného postupu*. Navazuje na idol předchozí, kdy po diagnóze musí následovat léčba, určená jasným metodickým postupem. Zde se však

minimalizuje vlastní vůle člověka, kterého se diagnóza a léčba týkají a chybí uvedení rizik daného zásahu. Jediný správný postup pak bývá opíráno o názor odborníka (Matoušek, 1999, s. 46). *Idol jedině vhodné instituce* je doplněním předchozích dvou idolů, a říká, že správný postup je možné použít pouze v určitém, pro tyto účely zřízeném rámci instituce. Při příjmu uživatele do služby se zjišťuje, zda je člověk pro takovou službu vhodný (tzn. zda je indikován) (Matoušek, 1999, s. 47). *Idolem úplné nápravy* pak tento výčet celkově uzavíráme. Matoušek (1999, s. 47) říká, že tento idol „*patří mezi oblíbené, utopické vize tradiční ústavní péče.*“ Znamená totiž, že neúspěšná náprava či nepovedené uzdravení uživatele služby je výrazem jeho selhání, ne selháním instituce.

1.4. Transformace a deinstitucionalizace

Transformace a deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb jsou trendy, které v některých částech světa probíhají již léta, a to zejména jako součást důsledného naplňování základních lidských práv a svobod. Zjednodušeně se dá také říci, že v západní Evropě probíhá proces transformace již delší dobu a intenzivněji, zatímco směrem na Východ je tomu spíše naopak (jako jednu z příčin současného stavu jmenujme např. období komunismu, který ve snaze idealizovat společnost i jedince odsouval sociální problémy na okraj, mimo vidění běžného občana a budoval instituce, které se měly postarat o sociálně znevýhodněné skupiny obyvatel, jak jsme ukázali v jedné z předchozích kapitol). Např. Vávrová (2009, s. 23) uvádí, že díky určité uzavřenosti během socialismu a dané sociální politice „*zůstávali handicapovaní lidé až do doby celkem nedávné 'uvěznění' v ústavech a psychiatrických léčebnách. Společnost se tvářila, jako by žádné duševní ani fyzické handicap neexistovaly. Masové sdělovací prostředky zdravotně znevýhodněné skupiny obyvatel ignorovaly.*“ S tím souvisí i skutečnost, že v této oblasti má Česká Republika zatím jen velmi malé zkušenosti, zejména dlouhodobého charakteru, a ty, které již jsou, se dají nazvat spíše jako pilotní. Příčinou je mimo jiné i poměrně krátká doba procesu transformace.³ V celé problematice hraje tedy velkou roli (mimo jiné) časové, historické a geopolitické hledisko. Situace u nás tedy odráží zkušenosti s poměrně krátkou

³ V ČR je jednoznačným průkopníkem v této oblasti, který se vydal cestou demontování velkých ústavů, Moravskoslezský kraj. Od roku 2005 se rozhodl transformovat všechny ústavy, které zřizuje.

etapou, zatímco např. v zemích Skandinávie, Holandska či Velké Británie jde o proces s trváním v řádu desítek let. Jak je v poslední době v mnoha oborech zvykem, stává se zdrojem inspirace i hledání a sdílení dobré praxe. Dobrou praxí zde rozumíme souhrn odborných postupů, přístupů a metod, které „*vychází z důkladných znalostí problematiky vztahující se k dané oblasti.*“ (Bednář, 2011, s. 16).

Při hlubším pohledu do problematiky deinstitucionalizace a transformace bude vhodné nejprve tyto dva pojmy vymežit a definovat. V České republice se pojmy deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb objevují v poslední dekádě. Deinstitucionalizace a transformace pobytových sociálních služeb se zde týká především domovů pro osoby se zdravotním postižením a domovů pro seniory.

Priority transformace pobytových sociálních služeb v ČR jsou zachyceny v dokumentu *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.* Hlavním cílem tohoto dokumentu, který byl přijat Vládou ČR na základě usnesení ze dne 21. února 2007 pod č. 127, je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům i zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb. Pojem transformace je sám o sobě, jak uvádí např. Vávrová (2009, s. 4), poměrně široký a nejednoznačný. Transformace obecně znamená změnu či proměnu. Transformace sociálních služeb je pak úžeji „*souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.*“ (Koncepce, 2007, s. 12). Jedná se nadřazenější pojem, než je deinstitucionalizace a týká se mnohem více druhů služeb, nejenom domovů pro osoby se zdravotním postižením. Vávrová dále uvádí, že proces transformace je „*na rozdíl od převratu věcí pomalou, kontinuální, kontextuální a promyšlenou.*“ (2009, s. 4).

Cílem procesu transformace je pak přeměna dosavadního způsobu poskytování služeb pro osoby s postižením, který byl v minulosti postaven zejména na tzv. ústavech sociální péče, na služby komunitního typu, které umožní uživateli začlenit se plně do života společnosti. Výsledkem této integrace do společnosti má být „*respektování práva občana – právo uživatele sociálních služeb na rovné příležitosti a možnost svobodného rozhodování o otázkách běžného života.*“ (Koncepce, 2007, s. 15). Jako ústavní zařízení, kterým je zde věnována největší pozornost, lze označit: „*...jakékoli místo, ve kterém jsou lidé, kteří byli označeni jako postižení, izolováni, segregováni a/nebo nuceni žít*

pohromadě. Je to rovněž jakékoli místo, ve kterém lidé nemají moc nad svými životy, nebo jim je výkon této moci znemožněn, a nemohou konat vlastní každodenní rozhodnutí.“ (European Coalition for Community Living podle Zpráva o plnění systémových opatření v oblasti „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2011, 2010, s. 6-7)

Klíčovým prvkem v tomto procesu je vytvoření komunitní sítě jiných typů sociálních služeb. Dokument *Koncepte* (2007, s. 13) vymezuje tento cíl následovně: „*Cílem transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením, především mentálním a duševním, je vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňujících život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče.*“

Definici pojmu deinstitutionalizace nabízí další koncepční materiál MPSV s názvem *Kritéria transformace, humanizace a deinstitutionalizace vybraných služeb sociální péče* (2009, s. 3), kde je popsána jako „*proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne potřeby formalizované organizace-instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči v 'komunitě'.*“ V Evropské unii je termín deinstitutionalizace užíván pro manažerský proces, kdy dochází ke změně systému. Barker (1995, s. 80) ve svém *The Social Work Dictionary* uvádí velmi jednoduchou a výstižnou definici, kdy deinstitutionalizaci popisuje jako „*proces osvobození pacientů, chovanců nebo lidí, kteří jsou závislí na fyzické nebo duševní péči, z pečovatelských pobytových zařízení, a to pravděpodobně s poznáním, že již více nepotřebují takovou péči, nebo ji mohou získat skrze komunitní služby.*“⁴ Podobně termín deinstitutionalizace uvádí ve výkladovém slovníku také Bláha (2004, s. 49), a sice jako „*snahu o přesunutí dlouhodobých psychiatrických pacientů z nemocnice zpět do jejich vlastní komunity.*“ Ve všech definicích je implicitně obsaženo, že deinstitutionalizace řeší skutečnost, pobyt člověka v ústavu, která je pro něj nežádoucí. Deinstitutionalizace je tedy

⁴ Z etymologického hlediska je zajímavé, že v původní anglické verzi je slovo „*osvobození*“ uvedeno jako „*to release*“, což také dále znamená „osvobození“, „vypuštění“, „uvolnit“, „propuštění“, „odblokovat“, „pustit“. Všechna uvedená slova implikují změnu stavu, směrem od svázanosti, omezení, ke svobodě, k uvolnění.

úžeji zaměřena na instituce, ústavy, a je tedy specifictější pro změnu služby, jakou je domov pro osoby se zdravotním postižením.

Jak je vidět, oba pojmy – deinstitucionalizace i transformace – mají v zásadě podobný význam. Zjednodušeně řečeno jde o demontáž dosavadní ústavní péče a její nahrazení službami komunitního typu, které jsou poskytovány v běžném prostředí. Podstatným prvkem je zde tedy nahrazení „starých“ tradičních služeb službami novými. Deinstitucionalizace pak specifictěji, jak uvádí Koncepce MPSV (2007, s. 15) spočívá v *„podpoře rozvoje služeb, které umožní svým uživatelům nejvyšší možnou míru variabilního života, srovnatelného s vrstevníky. Jde především o služby chráněného bydlení, osobní asistence a také služby podpory samostatného bydlení.“* Stejný dokument pak transformaci sociálních služeb popisuje jako *„souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.“* (Koncepce, 2007, s. 9). Klíčová je tedy individuální podpora života člověka v jeho přirozeném prostředí. V Koncepci (2007, s. 3-4) je pojem deinstitucionalizace používán *„ve smyslu přechodu směrem k poskytování sociálních služeb zaměřeném na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Tento pojem v sobě zahrnuje také obecný princip řízené změny systému a jeho směřování.“*

Podstatné je tedy zejména to, aby v nově vznikajících neústavních službách byl kladen důraz na uplatňování vlastní vůle člověka s postižením tak, aby mohl co nejvíce naplňovat svá práva a aby dosahoval co největší míry nezávislosti. Matoušek (2005, s. 113) pak dodává, že

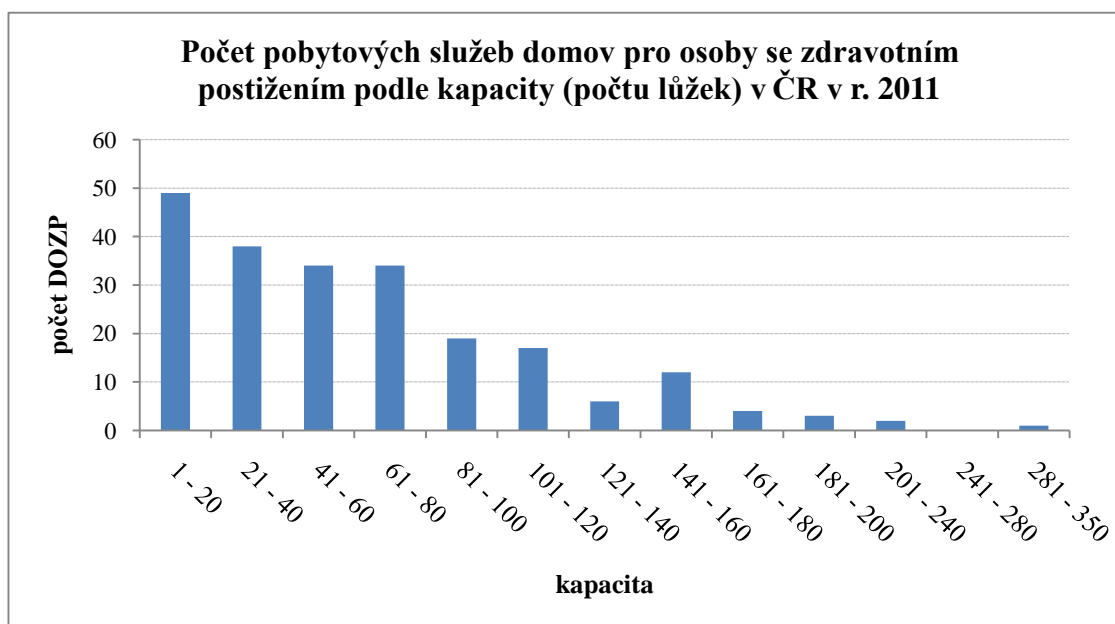
„služby nemají řídit život uživatele, ale pomoci mu, aby ho mohl co nejvíce řídit sám. S tím souvisí i snaha o to, aby byl uživatel na službě co nejméně závislý. Optimální by bylo vytvořit síť služeb, mezi nimiž by si uživatel mohl vybírat, popřípadě jich mohl využívat několik současně.“

1.4.1. Aktuální situace v ČR

Při dalším pohledu na problematiku deinstitucionalizace je velmi důležité uvědomit si, kolika osob se tento proces vlastně vůbec může týkat. Množství stávajících sociálních služeb, které stále nedostávají moderním požadavkům (a naplňují spíše kritéria ústavní péče s prvky totálních institucí s převažujícím medicínským) zůstává faktem, který jednoznačně dokládá potřebu cesty deinstitucionalizace a transformace. Vávrová (2009, s. 12) říká, že „reformní úsilí nemůžeme marginalizovat, odsouvat do pozadí nebo se tvářit, že náš stávající systém je plně funkční a odpovídá současným vývojovým trendům.“

Počet osob, které jsou v České republice na ústavní péči v pobytových službách dosud odkázány a množství domovů pro osoby se zdravotním postižením, jsou čísla poměrně vysoká. Pro ilustraci je vhodné uvést několik orientačních údajů. Výmluvný je údaj ze zařízení kolektivního bydlení a péče v České republice, který ukazuje, že v roce 2010 žilo (dle počtu lůžek) v pobytových sociálních službách více než 60 tisíc lidí. Souhrnný počet osob, které žily také v jiném typu, než v zařízení sociálních služeb (např. psychiatrické léčebny, léčebny dlouhodobě nemocných, dětské domovy apod.), pak dosahuje téměř 100 tisíc osob (*Instituce – překážka nebo nástroj ochrany lidských práv lidí se zdravotním postižením? Základní informace ke kulatému stolu pořádanému ve spolupráci se SKOK a pod záštitou biskupa Václava Malého, 9. prosince 2011, Praha, pracovní materiál Národního centra podpory transformace sociálních služeb, s. 1*).

Při bližším pohledu výlučně na službu domovy pro osoby se zdravotním postižením pak lze zjistit, že k roku datu 31. 10. 2011 bylo v České republice registrováno celkem 223 domovů pro osoby se zdravotním postižením s celkovou kapacitou 14 384 lůžek. Podle právní formy je nejvíce poskytovatelů příspěvkovými organizacemi krajů a jiných územněsprávních celků, tj. 195 poskytovatelů (Zpráva o plnění systémových opatření v oblasti „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2010, 2011, s. 91). Zajímavým údajem je pak rozložení počtu služby dle velikosti. Je alarmující, že drtivou většinu stále tvoří zařízení s kapacitou nad 20 osob (viz následující tabulka).



Tabulka č. 1 Počet pobytových služeb domov pro osoby se zdravotním postižením podle kapacity (počtu lůžek) v ČR v r. 2011 (*Instituce – překážka nebo nástroj ochrany lidských práv lidí se zdravotním postižením?* Základní informace ke kulatému stolu pořádanému ve spolupráci se SKOK a pod záštitou biskupa Václava Malého, 9. prosince 2011, Praha, pracovní materiál Národního centra podpory transformace sociálních služeb)

Rozložení ústavních služeb pro osoby se zdravotním postižením podle krajů ČR pak ukazuje Tabulka č. 2. Jako ústavní služby jsou zde však zahrnuty všechny služby, které mají registrovaný jeden z druhů služby domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro osoby se zvláštním režimem, týdenní stacionář či chráněné bydlení. Dalšími podmínkami zahrnutí do analýzy jsou pak kritéria, kdy v jedné budově nebo objektu je kapacita lůžek rovna, anebo vyšší než 19 osob, nebo kdy je kapacita nižší podle předchozího klíče, ale služba se poskytuje v budově nebo objektu s další pobytovou nebo ambulantní službou a společná kapacita pak přesahuje 19 osob (Sociální práce, 2013, s. 6).

Kraj	Počet ústavních služeb	Počet uživatelů	Z toho dětí
Jihočeský	24	1017	41
Plzeňský	22	1527	121
Královéhradecký	21	759	20
Moravskoslezský	56	1595	96
Jihomoravský	35	1514	130
Středočeský	65	1765	123
Liberecký	23	412	62
Karlovarský	16	623	36
Vysočina	22	735	80
Olomoucký	16	1261	53
Ústecký	50	1826	134
Zlínský	30	1249	96
Pardubický	24	1010	53
Praha	14	724	n/a
Celkem	418	16017	16435

Tabulka č.2 Počet ústavních služeb pro lidi se zdravotním postižením podle krajů (Sociální práce, 2013, s. 6)

Zajímavý je rovněž údaj zobrazující podíl osob s mentálním postižením v populaci. Švarcová (2011, s. 45) uvádí, že jde o jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi lidmi s postižením. Celkový počet osob s mentálním postižením sice není v České republice známý, uvádí se ale, že dle kvalifikovaných odhadů jsou v české populaci asi 3%, tzn. asi 300 tisíc osob s mentálním postižením. V celosvětovém měřítku pak počet osob s mentálním postižením stoupá.

2. Výzkumná část

2.1. Metodologie

Povaha této práce je teoreticko-empirická, a protože je komparativní analýzou, je vhodné na tomto místě pojednat rovněž některé metodologické aspekty. Komparativní analýzu je možné zařadit do oblasti kvalitativního výzkumu. U tohoto typu výzkumu nejsou primárně získávány výstupy v podobě tzv. tvrdých dat, jako je tomu u kvantitativního výzkumu, nýbrž je podáván „*integrováný pohled na předmět studie, na jeho kontextovou logiku, na explicitní a implicitní pravidla, která fungují v dané oblasti.*“ (Hendl, 2005, s. 49). Výhodou je zde tedy určitá plasticita a pružnost.

Pro srovnání dvou zařízení a jejich deinstitucionalizace se nabízí jako základní přístup tzv. *případová studie*. V případové studii jde o podrobné studium jednoho nebo více případů, o zachycení jejich komplexnosti a o popis vztahů (Hendl, 2005, s. 102). Případové studie je možné rozdělit do několika typů. Pro účel této práce se nejlépe hodí tzv. *studium organizací a institucí*. Cíle tohoto typu případových studií se mohou lišit, může jít o „*hledání nejlepšího vzorce chování, zavedení určitého typu řízení, evaluace, zkoumání procesů změn a adaptace.*“ (Hendl, 2005, s. 103). Je-li deinstitucionalizace procesem změny, pak se tento typ případové studie jeví jako obzvláště vhodný. Případovou studii je dále možné ještě více specifikovat. Například Stake rozlišuje více subtypů případových studií. Při užším vymezení předmětu této práce se jako vhodný subtyp dále ukazuje tzv. *případová studie instrumentální*. Jejím cílem je „*porozumět externím teoretickým otázkám. Případ se považuje za důležitý pouze jako prostředek pro určitý cíl. Výzkumník se v tomto obvykle zajímá, jak a proč fenomén funguje v jeho současné podobě.*“ (Stake, 1995, podle Hendl, 2005, s. 107).

Dále lze spolu s Yinem ještě jinak definovat použitý přístup, a to další možnou specifikací zvolené metody případové studie. S ohledem na cíl práce a charakter zkoumání tak můžeme danou studii zařadit rovněž mezi *studie evaluační*. Yin (1994, podle Hendl, 2005, s. 110) k tomuto typu podává stručné vysvětlení, kdy tato studie „*provádí rovněž popis, exploraci nebo explanaci* [dva posledně jmenované pojmy znamenají zároveň podle uvedeného autora další dva typy možného rozlišení případových studií, pozn. autora], *ale jde v ní především o hodnocení nějakého programu nebo intervence na základě určitých*

hodnotových kritérií.“ Jak uvidíme v této práci dále, hodnotová kritéria jsou jedním z klíčových filozofických prvků celé problematiky deinstitucionalizace a transformace pobytových sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením. Protože se zde nejedná pouze o změnu procesů, metod a technik, ale hlavně a především o změnu filozofie a myšlení v přístupu k lidem s mentálním postižením, důraz na hodnoty v procesu změny není možné pominout.

Základní metodou kvalitativního výzkumu, která byla při tvorbě této diplomové práce použita, je zkoumání dokumentů. Analýza dokumentů je významná hlavně v případech zkoumání fenoménů v čase již vzdálených, historických (Hendl, 2005, s. 130). V oblasti metod získávání dat hrají dokumenty a fyzická data nezastupitelnou úlohu. Hendl (2005, s. 204) k tomu dodává, že za dokumenty můžeme považovat „*taková data, která vznikla v minulosti, byla pořízena někým jiným než výzkumníkem a pro jiný účel, než jaký má aktuální výzkum.*“ Disertační práce doktora Jos van Loona⁵, ze které je čerpán popis deinstitucionalizace holandského Arduinu, stejně jako množství textů směrodatných pro změnu ve srovnávané pobytové sociální službě české, jsou pak právě těmito dokumenty.

Empirická část práce spočívá více v již v samotné analýze procesu transformace a svým charakterem má velmi blízko k tzv. *kritickému výzkumu*, jehož znakem je hodnotová orientace. Kritický výzkum je zaměřen na ve společnosti opomíjené jedince i skupiny. Mezi mnoha principy, z nichž kritický výzkum vychází, je možné zmínit několik nejvíce zásadních, jak je uvádí např. Griffin (1990, podle Hendl, 2005, s. 140): společnost je složena ze skupin, které mají moc a privilegia, a ze skupin těch, kteří moc a privilegia naopak nemají; instituce ve společnosti tento *status quo* nerovnováhy mezi skupinami udržují; kontradikce zájmů vede k napětí a konfliktům, skrytým mnohdy za konsenzem a harmonií; kritická perspektiva má intenci objasnit tyto rozpory a napětí a problematizovat status quo; kritická perspektiva chce změnit svět, ne ho jen popisovat - nejde pouze o

⁵ Jos van Loon studoval speciální pedagogiku na Katolické universitě v Nijmegen (absolvoval v r. 1979). V r. 2005 získal titul PhDr. pedagogických věd na fakultě pedagogiky a psychologie University v Gentu. Jeho disertační práce měla název *Emancipace a sebeuplatnění osob s mentálním postižením. Demontáž institucionální péče*. Patnáct let pracoval jako speciální pedagog v ústavu pro osoby s potížemi v učení. Od r. 1994 působí jako speciální pedagog a manažer v organizaci Arduin. Zde velkým dílem přispěl jako manažer a výzkumný pracovník k deinstitucionalizaci bývalého ústavu Vijvervreugd a k jeho transformaci. Zaměřuje se na témata kvality života, emancipace, posilování (empowerment), začleňování, seberealizace a podpora. Je stále spjat s katedrou speciální pedagogiky university v Gentu, působí jako akademický konzultant. Společně s profesorem Van Hovem, profesorem Shalockem a dr. Claudií Claes pracuje v oblasti podpory a kvality života. [cit. 2. 11. 2012]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/jos-van-loon.html>

osvětlení otázek jako co, jak, kolik apod., ale i otázek proč a komu stav, věc slouží; kritická perspektiva pak věří v to, že je důležitá změna vědomí (individuálního i skupinového), proto, aby bylo možné způsobit kýžené sociální změny.

Griffin (1990, podle Hendl, 2005, s. 140) dále uvádí, že výše uvedené principy jsou základem pro postoj zdůrazňující, že *„pro kritického výzkumníka je klíčovým bodem stimulace změny. Cílem výzkumu je posílení sebevědomí a aktivity těch, kteří jsou zkoumáni, tedy poskytnutí jim takových poznatků, aby mohli demystifikovat a kritizovat své společenské podmínky a navrhnout akce, jež by zlepšily jejich životy.“* Autor této diplomové práce byl v době jejího vzniku zaměstnán nejprve rok a půl jako odborný pracovník Národního centra podpory transformace sociálních služeb⁶ v nejmenovaném domově pro osoby se zdravotním postižením v České republice a poté toto zařízení sám v období šesti měsíců vedl. Z dané pracovní zkušenosti pak vychází i motivace porovnat deinstitutionalizaci, jak probíhala v holandském zařízení Arduin, s podobným procesem, jak probíhá právě v tomto zařízení v České republice. Určitým zdrojem jsou tedy i vlastní zkušenosti autora, jak je sám v podobném procesu zažil.⁷ Popsaný přístup tak zároveň do značné míry vystihuje určité ambice celé této práce – aby nebyla pouhým sumářem více či méně užitečných (nebo pro čtenáře jen zajímavých informací, dat a údajů), ale aby stimulovala myšlení a promýšlení celé obsáhlé problematiky směrem, kterému se věnuje celý následující text.

2.2. Komparativní analýza

V této kapitole nejprve stručně popíšeme obě vybrané sociální služby, nastíníme jejich celkovou charakteristiku a situaci, ve které do procesu změny vstupovaly. Cílem je popsat stav, který předcházel deinstitutionalizaci a který byl v obou případech do značné míry i jejím důvodem. Popis obou služeb je však spíše jen zběžný. Prvním důvodem je to,

⁶ Více informací o podpoře transformace sociálních služeb na webu MPSV. [cit. 4. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>. Informace o cílech a činnosti Národního centra podpory transformace sociálních služeb je možné nalézt na webu projektu. [cit. 4. 2. 2013]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/>.

⁷ Jméno českého zařízení však nebude uvedeno. Všechny údaje, které se týkají tohoto zařízení, zůstanou anonymizovány. Název ani poloha zařízení, jakož i klíčové osoby (např. manažeři služby, pracovníci, klienti atd.) nebudou v této práci jmenovitě uváděni.

že sociální službu je možné charakterizovat a popisovat z mnoha různých úhlů pohledu (v českém prostředí např. z pohledu Standardů kvality sociálních služeb, pak by šlo o popis až vyčerpávající), druhým pak absence některých přesnějších informací z obou služeb (autor je buď včas během sběru dat nezaznamenal, nebo k nim již nebyl možný přístup). Autor této práce si uvědomuje, že jde o určité pochybení, na druhou stranu faktem zůstává, jak naznačíme dále, že obě zařízení vykazovala na počátku dosti podobné znaky totální instituce a byli tradičními ústavními službami a cestou deinstitucionalizace se obě vydala, což je pro dané srovnání nejdůležitější. Důležité je tedy popsat zejména celkovou charakteristiku výchozí situace.

Po stručném popisu služeb vybereme a vymezíme proměnné, které byly v průběhu deinstitucionalizace obou zařízení signifikantní. Popíšeme způsob výběru těchto proměnných. Tyto proměnné zde budeme dále nazývat faktory. Faktor je možno nejjednodušeji popsat jako „*činitel uplatňující se v nějakém procesu.*“ (Kraus a Petráčková, 1995, s. 127). Vymezené faktory budou následně podrobeny srovnání v každé další podkapitole. Každá z těchto následujících podkapitol o vybraných faktorech deinstitucionalizace nejprve tyto vždy popíše v rovině pojmů. Pak budou vyvozeny klíčové otázky pro jejich analýzu. Následovat bude popis vymezených faktorů deinstitucionalizace konkrétně z každého zařízení a v závěru každé z těchto dalších analytických podkapitol dojde k porovnání vymezeného faktoru a celkovému shrnutí.

2.3. Popis výchozí situace

2.3.1. Holandské zařízení – popis výchozí situace

Holandská organizace Arduin se nachází v provincii Zeeland na jihozápadě Nizozemska ve městě Middelburg. Původně se tato organizace jmenovala Vijvervreugd a byla založena v roce 1969. Byly v ní spojeny dvě sociální služby, a to denní centrum pro děti s mentálním postižením a denní centrum pro dospělé s mentálním postižením. Cílovou skupinou této služby byly tedy jak děti, tak i dospělé osoby, a to nejen s mentálním postižením, ale také v kombinaci s poruchou autistického spektra či s poruchami chování. Do roku 1994, kdy vstoupil do organizace nový management, fungovala služba podle

tradičního ústavního modelu. Tento rok byl také zároveň počátkem deinstitucionalizace a s ním se organizace přejmenovala ze starého názvu Vijvervreugdu na současný Arduin.

Architektura, popis budov, podmínky. Ve Vijvervreugdu bylo v r. 1994 13 oddělení v jedné hlavní budově, 4 domky (bungalovy) pod jednou střechou byly v areálu dvora a dalších 11 menších domů v městě Middelburg (na jehož okraji se komplex nacházel) a v jeho okolí. Oddělení hlavní budovy měla od 12 do 26 obyvatel, v průměru to bylo 21 osob na oddělení. Zde byli umístěni hlavně lidé s těžkým mentálním postižením. Vedle toho byla vytvořena dvě oddělení pro 12 a 14 osob na horním patře, v bývalé části, kde byly ubytovány zdravotní sestry. V těchto třech místech byly umístěny osoby s lehkým mentálním postižením. Celkem tehdy v hlavní budově ústavu žilo 242 osob. V bungalovech v areálu ústavu, ve 4 domech, spojených dohromady, žilo celkem 23 osob s lehkým mentálním postižením. V dalších 11 domech se skupinovými domácnostmi žilo dále celkem 90 osob. Tři z těchto domů byly oddělené. Celkem v celém areálu ústavu Vijvervreugd žilo v roce 1994 360 osob.

Jednotlivá oddělení Vijvervreugdu nemohla být skutečným domovem. Klientům zde chyběl dostatek soukromí, běžné byly velké ložnice, nemožnost mít vlastní pokoj, nebo alespoň sdílet menší místnost pouze s několika nejbližšími osobami. Jedna z tehdejších klientek popisuje situaci např. ohledně koupání takto: *„Co jsem viděla jako nejhorší, bylo sprchování s ostatními. Jsem docela puritánská. Pořád, každý den se někdo musel koupat. Všichni jsme stáli nazí a čekali jsme, až na nás přijde řada.“* (Van Loon, 2005, s. 67). Prostory hrály ve věci velkou roli. Celý kampus Vijvervreugdu pocházel z doby, kdy nebyly otázky ohledně principů, jako jsou začleňování a principy normality, řešeny. Komplex budov tak vytvářel jakousi malou vesničku, svého druhu sociální ghetto. Různé budovy byly navíc spojeny koridory a lidé byli nuceni žít těsně dohromady (vznikal tím hluk, nepořádek a chaos). Autor této práce během návštěvy Arduinu v r. 2012 navštívil také i tento bývalý ústavní komplex a bylo skutečně zřejmé, že se jednalo o nebývale rozsáhlý areál, uzavřený a přes svou polohu nedaleko od centra města v podstatě odříznutý od vnějšího světa. Van Loon (2005, s. 16) pak situaci v tehdejších podmínkách komentuje takto:

„Obyvatel bylo uvnitř mnoho a měli jen málo, nebo vůbec žádné denní aktivity. Hygiena byla zbožným přáním a sanitární vybavení bylo špatné. Těžko bylo možné zajistit soukromí. Obyvatelé spali ve společných ložnicích. Členové personálu svědčili o tom, že

v organizaci stěží někdo naslouchal přáním klientů. Klienti se nemohli vyjádřit k ničemu a celková politika byla zaměřována pouze na skupiny.“

Z popisu je jasné, že tato situace byla velmi problematická a neumožňovala zaměřit se na klienta jako na jednotlivce se specifickými přáními a potřebami.

Denní aktivity a práce. V roce 1994 mělo asi 150 obyvatel Arduinu denní aktivity, asi 100 obyvatel mělo tzv. pracovní terapii v jedné nebo více formách, asi 50 obyvatel mělo aktivity v pracovním prostředí a asi 30 obyvatel mělo denní aktivity nebo práci mimo organizaci. Denní aktivity vypadaly jako různé kluby pro mladé lidi, skupiny pro starší osoby, skupiny pro lidi s autismem, či denní aktivity pro starší osoby. V průměru měl však jeden klient pouhých 5 hodin denních aktivit za týden. Navíc někteří klienti měli individuálně nebo v malých skupinkách muzikoterapii, fyzioterapii, logopedii nebo pohybové aktivity. Toto vše se však odehrávalo pouze v areálu ústavu a mimo jeho zdi nebyli klienti do zaměstnání či jakékoli činnosti zapojováni (Van Loon, 2005, s. 17).

Personál. Pokud jde o personál, Van Loon (2005, s. 19) způsob jeho práce zpětně popisuje jako archaický. Práce nesplňovala požadavky moderní speciální pedagogiky. Zdravotnický personál aplikoval někdy až do extrému medicínský model. Převažoval přístup pečovatelský, zaměřený na kvalitu péče, udržující závislost člověka a dále handicapující klienta. Práce byla ovládána rutinou, monotónností a zaběhlými schematickými postupy. Pracovníci se nezaměřovali na učení klientů nebo udržování jejich schopností a mnoho klientů tak mělo jen velmi málo co dělat. Matoušek (2005, s. 120) upozorňuje, že takový model práce odpovídá právě staršímu pojetí poskytování sociálních služeb lidem s mentálním postižením, kdy

„hlavním rysem je důraz na zajištění základních potřeb lidí s mentálním postižením, přičemž jejich aktivní účast nebo snaha o ni není podmínkou ani pravidlem. Péče se zaměřuje jen/hlavně na uspokojení primárních potřeb uživatelů. To je důležité, ale při takovém zaměření mohou být přehlédnuty i další významné potřeby (např. seberealizace), které uspokojovány nejsou.“

Někteří z klientů Arduinu měli sice různé aktivity několikrát týdně, ale vedle toho také spoustu volného času. Některé skupinové aktivity navíc náležely spíše dětem, nikoli osobám v dospělém věku. Pracovníci organizace také pracovali na různých věcech bez toho, aby se jejich cíle potkali, práce byla necílená, neřízená, spíše nahodilá a kusá.

Problematický byl podle Van Loona rovněž postoj managementu. Ten byl liknavý, o zlepšení podmínek života klientů nejevil příliš zájem a volil spíše pasivní a rezistentní postoj. Van Loon (2005, s. 19) k tomu uvádí:

„Když všechen personál zkušenějších pracovníků odhalil problematickou situaci, nevzali za ni žádnou odpovědnost. Jejich jediným zájmem byl strach z negativní publicity. Předali odpovědnost na nižší úrovně organizace. Pečovatelé byli lidé nejtěsněji do práce zapojeni, ale potřebovali pomoc, které se jim nedostávalo.“

Infrastruktura a organizace práce velmi ovlivňovaly způsob, jakým lidé pracovali. Mnoho skupin klientů bylo seskupeno dohromady v jednom prostoru, kvůli pracovnímu rozvrhu se pracovníci navíc necítili přináležet k jedné specifické skupině klientů. Pro mnoho zkrácených úvazků, praktikanty a přechodné zaměstnance bylo velmi těžké vybudovat ducha skutečného týmu. Van Loon výstižně dokresluje obrázek tehdejšího ústavu slovy, že v zařízení tehdy vládla atmosféra „čekání na Godota“, a to jak mezi pracovníky, tak mezi klienty.⁸ Někteří pracovníci vykazovali chování srovnatelné s naučenou bezmocností mnoha klientů. Van Loon (2005, s. 19) říká, že tehdejší organizace ústavu „byla velmi zastaralá a hierarchická. Byl enormní rozdíl mezi týmem přímé obslužné péče a manažerským týmem, který ani nevykonával organizační a finanční management. Neexistovaly ani žádné vzájemné konzultace.“

Jak je z tohoto popisu zřejmé, holandský Arduin v roce 1994, kdy vstupoval na cestu deinstitucionalizace, vykazoval některé znaky totální instituce. Arduin byl ústavní službou, která nekladla důraz na respekt k právům klientů, nedbala na kvalitu jejich života a neměla příliš zájem o změnu. Podmínky, v nichž byla služba lidem s postižením poskytována, byly nehumánní a neodpovídaly již tehdy se rozvíjejícím koncepcím neústavních typů služeb, jak k tomu pod tíhou kritiku ústavní péče docházelo v jiných zemích.

V současné době je služba Arduin poskytována na území celého regionu výhradně v domácnostech uživatelů.

⁸ Čekání na Godota je absurdní drama z roku 1953, jehož autorem je irský dramatik a prozaik Samuel Beckett. Hra je chápána jako tragické podobenství absurdity lidského údělu, jako důkaz, že jen jedním pravděpodobným smyslem lidského života je očekávání, které postrádá smyslu. Jediným způsobem, jak si tento úděl může člověk usnadnit, je prostřednictvím zabíjení času, který mu byl ohraničen, a to jakýmkoliv možným způsobem. Hlavní protagonisté této hry si vyměňují v prázdných rozhovorech nic neříkající slova. Není důležité druhému člověku v takovém dialogu něco sdělit, jde jen o maximální zaplnění ubíjejícího času.

2.3.2. České zařízení – popis výchozí situace

Porovnávané české zařízení, domov pro osoby se zdravotním postižením, se nachází v prostředí velké obce ve východní polovině České republiky. Poskytuje dlouhodobou pobytovou službu lidem se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba je příspěvkovou organizací zřizovanou krajským úřadem. Cílovou skupinou jsou osoby s mentálním postižením od 19 let věku, případně s přidruženým tělesným či smyslovým hendikepem. Zařízení je umístěno v budovách bývalého kláštera, později domova důchodců. V polovině 80. let 20. století zde došlo k přebudování tohoto domova na ústav pro mentálně postiženou mládež (pouze pro chlapce a muže) a takto bylo zařízení využíváno do konce roku 2006. Od 1. 1. 2007 se zařízení nazývá domov pro osoby se zdravotním postižením a mění se jeho cílová skupina.⁹ Zařízení není již určeno mládeži, nýbrž pro dospělé osoby od 19 let. Fakticky však přes deklarovanou změnu názvu a legislativy značná část klientů v tomto ústavu vyrostla a setrvává zde nadále i v dospělém a seniorském věku (průměrný věk uživatel je zde 42 roků). Žijí zde pouze muži.

V roce 2007 bylo zařízení vybráno pro zařazení do projektu transformace.

Architektura, popis budov, podmínky. Služba je poskytována ve dvou budovách. První budovou je bývalý klášter z první poloviny 18. století. Zde je v přízemí umístěna velkokapacitní kuchyň a společná jídelna. V prvním patře se nachází administrativní zázemí služby (kanceláře vedení, sociálních pracovníků a hospodářsko-technických pracovníků). Dále je zde první oddělení, kde žije 30 osob. Ve druhém patře se nachází druhé oddělení, kde žije také 30 osob. Obě oddělení mají shodné půdorysy a prostory v nich jsou téměř totožné. Střed každého oddělení tvoří rozlehlá chodba, která je využívána jako denní místnost, kde klienti tráví den. Jednotlivé pokoje mají kapacitu od 3 do 9 osob. Jejich vzhled a uspořádání však pokoje nepřipomínají, jde spíše o společné ložnice. Koupelny a toalety jsou rovněž společné. Na každém oddělení je zázemí pro personál (kanceláře, kuchyňka). Druhá budova je bývalou školou tehdejšího ústavu sociální péče, kde nyní sídlí tzv. aktivizační úsek.¹⁰ V přízemí budovy se nachází místnosti pro terapie. V prvním a druhém poschodí je celkem 10 pokojů pro menší počet osob, nejčastěji zde

⁹ V souladu se zákonem č.108/2006 Sb.

¹⁰ Název „škola“ je však i pro klienty v seniorském věku zažitým označením budovy.

klienti bydlí po 2-4 lidech na jednom pokoji. Tato budova v podstatě vytváří třetí oddělení celé služby. Žije zde 40 osob.

Okna v částech, kde jsou pokoje klientů, jsou zamřížovaná, mřížová je i na terasách obou budov (kuřárny, prostory pro odpočinek). Mezi oběma budovami je velký dvůr s mohutnou bránou na vstupní straně. Na druhé straně je pak areál uzavřen komplexem hospodářských budov, rybníkem, rozsáhlou zahradou a ovocným sadem. Celý komplex je oplocen a tvoří značnou část rozlohy celé obce. Ač je v jejím centru, je izolován.

V obou budovách zařízení žilo v roce 2012 celkem 100 klientů.

Denní aktivity a práce. Denní aktivity probíhaly v zařízení bez ohledu na schopnosti, dovednosti či přání a potřeb uživatelů. Převážná část činností měla infantilizující charakter a nebyla vhodně volena s ohledem na míru postižení uživatele.¹¹ Aktivity měly převážně relaxační či volnočasový ráz a nebyly vybírány s ohledem na umožnění co největší samostatnosti uživatele. Všechny aktivity se odehrávaly uvnitř. Podobně i veškerá práce se odehrávala pouze v zařízení. Určitá část klientů byla zaměstnávána v hospodářsko-technickém provozu (v kuchyni, v úklidu), aniž by měli tito lidé smlouvu či dohodu a pobírali za práci spravedlivou odměnu (často byli naopak pod výhrůžkami do práce nuceni). Práce na zahradě či během údržby areálu byla vydávána za pracovní terapii či ergoterapii. Práci mimo zařízení mělo jen několik klientů za pololegálních podmínek (např. bez dohody). Aktivity a práce nebyly často voleny vhodně časově, takže činnosti volnočasového typu se odehrávaly dopoledne namísto odpoledních hodin a pracovní aktivity byly organizovány v odpoledních hodinách. Opačný režim v rámci principu normality („od rána do odpoledne pracuji a pak mám volno“) nebyl respektován. Nevhodně byly voleny aktivity i s ohledem na hloubku mentálního postižení klientů. Častým jevem byl tedy buď klient, který dělal nesmyslnou aktivitu v nevhodnou dobu, nebo nedělal vůbec nic a celý den prochodil či proseděl uvnitř zařízení. Tento stav, který se v pobytových sociálních službách pro osoby s mentálním postižením objevuje poměrně často, shrnuje výstižně Matoušek (2005, s. 112):

„Potřeby uživatelů s těžkým tělesným či mentálním postižením jsou opomíjeny (leží na pokojích s mnoha ostatními bez podnětů, bez kontaktů s nepostiženými lidmi), zatímco

¹¹ Např. muž, 50 roků starý, který projevil přání a sám identifikoval osobní potřebu naučit se rozpoznávat mince malé hodnoty a realizovat drobný nákup byl nucen pracovat s modelínou.

potřeby uživatelů s postižením lehkým jsou uspokojovány v míře, která je přílišná a klienty zbytečně zbavuje možnosti se uplatnit a nést za sebe odpovědnost (ústav za ně vykonává např. domácí práce, které by mohli vykonávat sami).“

Personál. Největší podíl na složení personálu tvořili pracovníci v sociálních službách, menší část pak zdravotní sestry. Personál byl výrazně feminizován (na 40 pracovníků přímé péče byli jen 2 muži). V zařízení převládal medicínský model, klient byl nahlížen jako pacient.¹² Do odchodu vrchní sestry v r. 2012 se odehrávala veškerá práce, tedy nejen zdravotní, nýbrž i sociální, pod jejím vedením. Vrchní sestra zde rozhodovala o možnosti opustit zařízení na procházku, o nákupu potravin či o vybavení klientova pokoje. Sociální pracovnice vykonávaly agendu spojenou se spravováním peněz klientů, zajišťováním souhlasů opatrovníků s nákupem osobního majetku a kontaktem s úřady.

Převážná část práce personálu se odehrávala okolo zajištění péče, vykonání hygieny úkonů, podávání stravy, úklidu pokoje apod. Organizace práce navíc připomínala spíše průmyslový provoz - od tzv. „píchaček“ při příchodu a odchodu na směnu, přes harmonogramy dne (ustálené rozpisy činností, které často neměly ani význam, ale dělaly se spíše z „tradice“) k oblečení personálu, kdy převládaly nemocniční uniformy. Personál na jednotlivých odděleních byl rozdělen do týmů, které však nebyly zcela stabilní. Docházelo k přechodům pracovníků mezi odděleními a k nerovnoměrnému rozložení směn. Často tak bylo velmi obtížné, aby se klient mohl vidět se svým klíčovým pracovníkem (to bylo možné mnohdy např. pouze na noční směně dvakrát za měsíc.) Tato skutečnost představovala zásadní problém, neboť klíčovým pracovníkem je ten, kdo je určen uživateli pro proces individuálního plánování průběhu služby a pro hodnocení naplňování cílů klienta. Klíčový pracovník má disponovat odbornými kompetencemi a je odpovědný za plánování a průběh poskytované služby. K činnosti je vybrán managementem a je pro ni vyškolen a průběžně vzděláván. Bicková (2011, s. 115 - 116) uvádí, že pro uživatele je *„partnerem a má pro něj být nejbližším pracovníkem. Klientovi pomáhá formulovat jeho potřeby a cíle, projednává s ním formu podpory, hledá řešení problémů. Klíčový pracovník musí být iniciativní a všímavý, musí také umět výborně komunikovat.“*

¹² Medicínský model byl v zařízení zásadním způsobem podněcován a živen praktickým lékařem, který do něj docházel. Tento lékař byl zároveň i zastupitelem v obci, kde se služba nacházela, a byl pro určitou část občanů respektovanou odbornou autoritou. Jeho postoj vůči změně byl však radikálně odmítavý, opírající se o tvrzení, že *„mentálně retardovaní chovanci nejsou vhodní pro začlenění do společnosti a stačí jim k životu jen pár metrů čtverečních – nic víc nepotřebují.“* Tato slova zachytil autor této práce v jednom z rozhovorů s uvedeným lékařem.

Infrastruktura a organizace práce. Podobně jako v Arduinu byla organizace práce s klienty i v tomto zařízení organizována ve skupinách. Vžitá byla např. pojmenování „děčkař“ nebo „céčkař“ pro klienty ze skupiny D nebo C, přičemž kritéria pro vznik skupin a příslušnost klientů k nim neznal nikdo z pracovníků. Tyto skupiny vznikly jaksí historicky, postupem času zbytněly a zůstaly součástí organizace.¹³ Velkým problémem byla organizace práce, její smysl a cíle, které se při ní měly naplňovat. Problematické bylo také hierarchické a velmi byrokratické řízení služby. Zařízení spadalo pod ředitelství, které často emitovalo nejružnější směrnice, kterými měly být řízeny činnosti i nejbanálnějšího charakteru (např. česání klientů), aniž by byly zohledňovány podmínky dané služby a byla ponechána volnost a prostor pro iniciativu a kreativitu pracovníků. Vzniklo tak určité klima „dělání věcí pro věci“, kdy se mělo dostát nařízení nejvyššího managementu, aniž by toto mělo užitek pro chod zařízení a jeho klienty. Ve sféře vedení služby pak toto nastavení vytvářelo dojem, že jde o aktivity sice nutné, ale zbytečné, a že jejich splnění je zároveň hlavním cílem veškerého řízení. Tento duch se pak přenášel i mezi střední management a byl předáván i na nejnižší pracovní pozice, kde se přímo dotýkal klientů.

V zařízení byla v roce 2007, kdy vstupovalo do projektu transformace, prokazatelně porušována základní lidská práva, jak v dalších letech následně ukázaly i některé kontroly (jak audity ze strany zřizovatele, tak monitorovací návštěvy ze strany třetích subjektů) a bylo zjevné, že organizace nese rovněž znaky totální instituce.

Shrnutí

Obě porovnávané služby byly podobné v následujících ohledech:

- velikosti - vytvářely určitý architektonický komplex, oddělený od běžné zástavby,
- uzavřenosti – drtivá část aktivit se odehrávala uvnitř zařízení,
- klientele – podobná skladba cílové skupiny,
- porušování práv klientů – podmínky poskytování služby, přístup pracovníků ke klientům.

¹³ Mnoho klientů, členů těchto skupin, pak nemohlo hovořit o tom, že náleží k rodině či domácnosti, nýbrž že patří do „děčka“, „céčka“.

2.4. Předmět komparace - vymezení faktorů

Tato podkapitola je popisem výběru vymezených faktorů, které budou podrobeny srovnání. Je zde uvedena vždy nejdříve jejich obecná deskripce, poté zúžení a také otázky, které z nich pro další analýzu vyplývají. Pokud jde o výběr vhodných faktorů pro analýzu a srovnávání, v případě deinstitucionalizace je možné porovnávat velké množství tematicky odlišných oblastí nejrůznějšího druhu. Havrdová a kol. (2013, s. 49) uvádějí, že proces změny *„zejména pokud se jedná o tak komplexní a výraznou změnu, jako je transformace ústavního, pobytového, velkokapacitního zařízení sociálních služeb na poskytovatele realizujícího služby v malých jednotkách v komunitě, je ovlivňován řadou faktorů.“* Vydeme-li např. ze Standardů kvality sociálních služeb, mohli bychom tento proces analyzovat z pohledu změny cílů a způsobů poskytování služby, naplňování ochrany práv osob, z pohledu změny individuálního plánování či jako problematiku návazných služeb, personálního a organizačního zajištění nebo prostředí a podmínek pro poskytování dané služby. Mohli bychom také analyzovat další faktory, které na průběh změny mají rovněž vliv, jako např. komunikace s veřejností, zapojení obcí a samospráv do procesu či některá finanční hlediska změny. Okruhů, které lze analyzovat a porovnávat je velmi mnoho.

Důležité pro výběr faktorů je však v našem případě zejména historické hledisko. Protože proces změny v holandském Arduinu začal dříve (v r. 1994), než tomu bylo v případě srovnávaného zařízení českého (r. 2007) a byl, na rozdíl od situace ve vybraném zařízení českém, již ukončen, nebylo by dost dobře možné srovnávat a hledat rozdíly či podobnosti mezi procesem již uzavřeným a procesem stále probíhajícím. Z tohoto - čistě logického - důvodu bylo nutné pozornost zúžit jen na určité vybrané faktory, které lze v daném nastavení efektivněji srovnat. Deinstitucionalizace je totiž proces obsáhlý a náročný a znamená komplexní přeměnu organizace. Na tomto místě je užitečné vrátit se ještě jednou k její definici, jak ji uvádí MPSV (Kritéria, 2009, s. 3):

„proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne potřeby formalizované organizace-instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči v 'komunitě'.“

Definici deinstitucionalizace rozdělíme pro účely vymezení faktorů pro srovnávání na dvě části. Dá se říci, že první část je převážně ideová, filozofická, koncepční a znamená změnu způsobů poskytování služby. Jde zde o otázku, proč, jak a dle čeho, podle jakých postupů či myšlenek je služba poskytována. Součástí této otázky je podle definice zaprvé *proměna formalizované struktury pravidel*. Struktura pravidel znamená obecně to, co a jak se v organizaci dělá, děje, jaké jsou používány postupy (např. procedurální a procesní pravidla, užití metodiky). Na druhém místě, dle definice, pak stojí *proměna řádu*. Řád znamená soustavu norem jako celek. Do oblasti norem mohou zasahovat jak již uvedené postupy, tak také hodnoty, a to ve smyslu vůdčích či obecně aplikovaných idejí, které určují postoje a postupy lidí. Na posledním místě pak stojí *filozofie služby*. Filozofie doplňuje a zastřešuje předchozí sféry, týká se ale i celkové motivace, příčin jednání, vývojových zákonitostí a celkové vize. Druhá část definice („...*proměna instituce ve smyslu sídla...umístění v objektu a komunitě*“) znamená spíše technické hledisko, tedy např. řešení vhodné architektury budovaných objektů, jejich umístění či dostupnost.

Faktory, které budeme dále analyzovat a srovnávat, však vycházejí z první části definice deinstitucionalizace. Pro účely této práce to budou *motivace, filozofie změny a koncepty*. Motivace je důležitou otázkou po podstatě změny, zajímá nás, proč vůbec k rozhodnutí ústavy deinstitucionalizovat došlo, proč nebylo naopak rozhodnuto o tom, že změny nejsou potřeba a nezůstal zachován tehdejší stav. Otázka filozofie změny pro nás bude znamenat snahu o zjištění, dle čeho byly změny vedeny, jaká, nebo jaké byly nosné myšlenky. A konečně, otázka po hledání konceptů je hledáním způsobů, tedy odpovědi na otázku „jak“ byla změna vedena, podle čeho jednotlivá zařízení postupovala. V dalších podkapitolách rozepíšeme dále tyto jednotlivé faktory, ještě před jejich analýzou v případě srovnávaných zařízení, podrobněji.

2.4.1. Motivace

Kořen slova je odvozen od latinského slovesa *movere*, tzn. hýbat, pohybovat. Obecně označuje všechny podněty, které ústí v určité chování. V psychologických slovnících zahraničních autorů najdeme např. následující definici, která říká, že „*motivace je souhrn dynamických faktorů, jež určují chování jedince.*“ (Sillamy, 2001, s. 84). Je důležité povšimnout si slova „*dynamických*“, neboť právě dynamika je jednou z

důležitých charakteristik motivace, vyjadřuje totiž proces změny, proces pohybu, proces od myšlenky k činu.¹⁴ Sillamy (2001, s. 84) dále upozorňuje, že i když klasická psychologie rozlišuje motivy (jako intelektuální příčiny činů) a pohnutky (jako příčiny emocionální povahy), není toto rozlišování zcela relevantní, neboť na počátku každého lidského jednání stojí vždy celý komplexní soubor faktorů různé povahy (např. vědomých či nevědomých, intelektových, fyziologických, sociálních a emočních). Nezbytné je tedy uvědomit si, že jde téměř vždy o jejich vzájemnou interakci.

Havrdová (2013, s. 49) uvádí otázku motivace k deinstitucionalizaci v kontextu managementu změny jako jednu z nejdůležitějších, ve svém výzkumu ji dokonce klade hned na první místo, když se ptá, „*kdo představu, vizi změny přináší nebo požaduje (kdo ji iniciuje)*.“ My budeme tedy v analýze zjišťovat a porovnávat to, jaká motivace ke změně byla, jaké měla charakteristiky, jak tato motivace vypadala. Budeme sledovat zejména její směr a pokusíme se na závěr zjištěné motivace zobecnit a porovnat je. Základní otázky v oblasti motivace tedy jsou: *Co bylo v zařízeních motivací pro změnu? Proč se vlastně sociální služba vydala cestou deinstitucionalizace? Co vedlo k rozhodnutí ústavy demontovat? Jaké byly hlavní charakteristiky této motivace? Jaké byly impulsy ke změně? Jaké byly příčiny rozhodnutí vydat se v zařízeních cestou deinstitucionalizace?*

2.4.2. Filozofie změny

Vymezení filozofie změny jako pojmu je proti předchozímu faktoru poněkud složitější (proto i tato podkapitola bude rozsáhlejší). Můžeme si však pomoci, pokud toto spojení rozdělíme a nejprve vymezíme samotnou filozofii, jak je v našem konkrétním zkoumání chápána. Dále vysvětlíme pojetí změny. Změnu zde však budeme chápat specifitěji, než v nejobecnějším smyslu jako pouhý rozdíl mezi dvěma stavy či fenomény. Protože se v oblasti deinstitucionalizace jedná o otázku sociální práce a ta je neoddělitelná od fenoménu sociální struktury, pomůžeme si v upřesnění zkoumaného faktoru dále také tímto pojmem. Na závěr pak formulujeme otázky, na něž se při ohledávání filozofie změny u obou zařízení budeme snažit nalézt odpovědi.

¹⁴ Paralela tohoto pohybu je manifestována právě deinstitucionalizací jako takovou, která je sama pohybem a dynamickým procesem. Změna často znamená zejména právě pohyb.

Pojem filozofie

Nejprve tedy vyjdeme ze samotného pojmu filozofie. V našem případě nejde o filozofii jako vědu o poznání, což je také podle množství definic první nejčastější obsah tohoto slova, nýbrž o nosné myšlenky, které proces deinstitutionalizace, změnu sociální služby, vedly. Filozofii zde tedy vnímáme v souladu s dalším výkladem tohoto pojmu, jímž jsou určitá „základní a nejobecnější pojetí vývojových zákonitostí v určité oblasti lidského poznání nebo činnosti.“ (Kraus, 2005, s. 230). Právě toto pojetí je pro náš další srovnávaný faktor klíčové.

Oblastí poznání nebo činnosti zde úžeji myslíme metody sociální práce s lidmi s mentálním postižením a způsoby, jakými poskytování sociálních služeb této cílové skupině realizujeme a také to, jak v rámci této práce k lidem s postižením vůbec přistupujeme. Jde nám dále o to, jaké byly v případě deinstitutionalizace obou porovnávaných zařízení vývojové zákonitosti tohoto procesu. Otázkou je, jaká byla podstata procesu demontáže ústavu a na druhé straně také jaký byl její smysl. Důležitá je zde i vize měnících se zařízení, tedy to, čeho chtěly organizace skrze deinstitutionalizaci dosáhnout. Dovolíme-li si k vizi malou rozšiřující odbočku, je zajímavé, jak je vize důležitá obecně, nejen v procesu rozsáhlé změny. Vypracování znění vize je prvním krokem jak pro založení nové organizace, tak pro úspěšné uplatnění jejího poslání. Záleží na charakteru tohoto poslání, zda je formulace vize, s níž všichni souhlasí, snadné, nebo naopak obtížné. Vize má být formulována tak, aby znamenala pohled do vzdálené budoucnosti, je definována krátce a musí být srozumitelná pro každého (Rektořík, 2010, s. 34).

Vrátíme-li se zpět k původní definici filozofie, můžeme pak shrnout, že pokud existují určité vývojové zákonitosti, znamená to také, že musí mít nutně i své důsledky. Důsledkem zákonitostí jsou pak určité myšlenkové rámce, koncepty, kterými jsou definovány konkrétní postupy a které zároveň k naplnění vize, dojití smyslu a cílů činnosti vedou.¹⁵

¹⁵ Koncepty jako třetí porovnávaný faktor pak navazují na popisovanou filozofii změny a jsou jejím logickým vyústěním.

Pojem změna

Druhou částí zkoumaného faktoru, jehož význam zde vymezujeme, je změna. Změnu je možné – opět nejprve v povšechném smyslu - vyložit jako projev nebo výsledek, když se něco stane odlišným (novým, nebo zajímavým) či jako skutečnost situace, místa nebo zkušenosti, která je jiná, než obvykle a stává se pak zajímavou. Může jít také o proces nahrazení něčeho něčím novým, anebo jiným (Sidney, 2001, s. 179 – 180). Palán (1999, s. 23) vymezuje změnu jako „*kvalitativní přeměnu určitých charakteristických parametrů, které popisují stav objektu nebo děje.*“ Při určité strohosti bychom si mohli s touto definicí vystačit, neboť deinstitucionalizace znamená určitou přeměnu v parametrech sociální služby (alespoň v přísně materiálním smyslu – přechod z ústavu do domu či bytu). Protože jde ale o změnu velmi specifickou, dotýkající se primárně života lidí a společnosti, a tedy sociální (nikoli tedy pouze technickou či jinak obsahově čistě materiální) budeme ji dále nahlížet specifičtěji i v tomto smyslu.

Změna, kterou se zde zabýváme, se dotýká lidí, kteří v instituci žijí, a to zejména, nejvíce a v první řadě samotných klientů. Dotýká se ale často i jejich příbuzných, přátel a blízkých. Dotýká se však také pracovníků, i oni jsou totiž součástí života instituce. Ústav, instituce, pracovníci i klienti zde žijící a pracující vytvářejí zde společně určitou sociální strukturu. Sociální struktura je popisována jako „*relativně stále uspořádání společnosti, které tvoří základ sociálního života.*“ (Matoušek, 2008, s. 204). Pokud je ústavní péče poskytována tradičně (např. právě dle již popsaného medicínského modelu) a historicky se ve svých nejdůležitějších znacích nemění, můžeme pak mluvit právě o jejím relativně stálém uspořádání. V případě, kdy je člověk s mentálním postižením (zvláště např. s těžkou formou mentálního postižení v kombinaci s fyzickým postižením) odkázán plně na podporu ze strany profesionálů v instituci, a pokud je tato instituce totální, a neumožňuje tedy člověku kontakt s vnějším světem (nebo jen minimálně), znamená to, že pro daného člověka se odehrává celý jeho sociální život často pouze uvnitř takové instituce. V tomto kontextu pak skupinu všech osob uvnitř instituce můžeme nahlížet jako určitou společnost *per se*. Sociální služba je totiž také „*jedním ze systémů sociálního života společnosti, který funguje pro poskytnutí pomoci a podpory jednotlivcům, kteří se ocitli v nepříznivých životních podmínkách. Jako systém je založena na sociálním jednání jednotlivců a skupin. Má vlastní kulturu, strukturu a funkce.*“ (Parsons, 1967 podle Jaroševská, 2012, s. 59)-

U sociální struktury se pak také jedná o „*charakteristiky skupin tvořících společnost a vztahů mezi nimi, ustálené způsoby, jimiž skupiny ovlivňují chování jednotlivců.*“ (Matoušek, 2008, s. 204). Klíčové v tomto pojetí jsou z našeho pohledu pak právě ony ustálené způsoby, jimiž skupiny ovlivňují chování jednotlivců.

V pobytové sociální službě tyto způsoby mohou znamenat naprosto vše, co směřuje od pracovníků směrem k uživatelům (od oficiálních postupů, sdílených norem, až po veskrze individuální a osobní projevy jednotlivých pracovníků). Dále je možné vyvodit, že v případě sociálních služeb lze v pohledu uvedeného vymezení za skupinu pokládat všechny profesionály, kteří ve službách působí (sociální pracovníky, pečovatele i manažery) a za jednotlivce pak uživatele těchto služeb (ač třeba přináleží k ostatním klientům služby a vytváří s nimi také skupinu). Jaroševská (2012, s. 60) k tomu uvádí, že oproti klientům „*na druhé straně vztahů v systému sociálních služeb jsou poskytovatelé pomoci: pomáhající. Dle statusu a rolí je to velká skupina profesionálů...*“ Dostáváme se tím k části, která doplňuje a uzavírá charakteristiku sociální struktury, a která hovoří o jejích změnách. Matoušek (2008, s. 204) říká, že „*změny, které v průběhu času sociální struktury postihují, se označují jako sociální změna.*“ Sledujeme-li instituci (sociální službu) v průběhu změny, sledujeme i přeměnu její sociální struktury, tedy určitou sociální změnu.

Ptáme-li se tedy pak celkově, co znamená filozofie změny, chceme-li uskutečnit její analýzu, můžeme říci, že pro nás znamená, že budeme zjišťovat, co bylo podstatou pojetí vývojových zákonitostí deinstitucionalizace, které vedly k pozorovatelnému rozdílu ve stavu zařízení poskytujícím služby lidem s mentálním postižením v oblasti změny sociálního uspořádání v daném zařízení, v oblasti vztahů mezi skupinami v tomto zařízení a ve způsobech, jimiž jedna skupina (pracovníci) ovlivňovala druhou (klienty). Základní otázky v oblasti filozofie deinstitucionalizace tedy jsou: *Jaká byla filozofie změny? Co byly hlavní nosné myšlenky změny? Co tvořilo vizi deinstitucionalizace? Jaké ideje vytvářely deinstitucionalizaci srovnávaných zařízení? Co bylo smyslem změn?*

2.4.3. Koncepty

Další oblastí, která na předchozí faktory navazuje a na kterou se dále pro účely srovnání zaměříme, jsou koncepty užívané v průběhu změny. Koncept (z lat. *concipere*, pojmát, počít a *conceptum*, pojaté, počaté) může znamenat obecně návrh, náčrt, náskres, osnovu, skicu či rozvrh. Může být ale také synonymem pro slovo koncepce, pojetí. Tento význam slova pak zpřesňuje další analyzovaná oblast. Koncepce (lat. *con-ceptio*, početí) může být totiž (opět obecně) pojetí, způsob výkladu, chápání, základní hledisko, vůdčí idea, myšlenková osnova, hlavní záměr či myšlenka (Kraus, 2005, s. 422).

My budeme tuto oblast chápat v kombinaci obou pojetí, tedy jako náskres, osnovu či rozvrh nebo myšlenkovou soustavu. Jak již bylo při vymezení pojmu filozofie změny řečeno, důsledkem zákonitostí v určité oblasti činnosti jsou určité myšlenkové rámce, koncepty, kterými jsou definovány konkrétní postupy a které zároveň k naplnění vize, dojití smyslu a cílů činnosti vedou. Při porovnávání a analýze konceptů se tedy na tyto konkrétnější myšlenky, které rozšiřují a specifikují prakticky proces deinstitutionalizace, rovněž zaměříme. Tyto koncepty pak budou znamenat i rozšíření celkové filozofie změny. Základní otázky v oblasti konceptů tedy zní: *Podle jakých konceptů deinstitutionalizace probíhala? Kde měli tyto koncepty zdroje? Jaké byly příčiny výběru a použití konkrétních konceptů?*

2.5. Analýza motivace

2.5.1. Holandské zařízení - motivace

Stížnosti rodičů klientů na kvalitu života

Nejdůležitějším důvodem, proč Arduin vstoupil do procesu změny, byly stížnosti rodičů a blízkých na nízkou úroveň péče, které se klientům v ústavu dostávalo. V jednom případě, který byl pro další vývoj změn naprosto zásadním, podali rodiče klienta kvůli nespokojenosti s podmínkami, v nichž byl jejich syn nucen v Arduinu setrvávat, natolik důraznou stížnost, která pak spustila rozsáhlý proces změny. Tristní podmínky, ve kterých tento konkrétní klient tehdy žil a jejich reflexi popisuje Van Loon (2005, s. 20) takto:

„Rodiče J. si stěžovali ústavu kvůli nelidskému zacházení, kterého se J. dostávalo. J. žil v jedné místnosti 24 hodin denně v naprosté izolaci, bez kontaktu s jinými lidmi (mimo pečovatele) a bez jakékoli formy ošetřování. Místnost byla zamčená a byla v ní pouze postel. Na zdech nebylo vůbec nic. Pouze vysoká okna poskytovala denní světlo.“ Rodiče tohoto člověka měli již na začátku, kdy svou stížnost přes strach z důsledků pro ně i jejich syna podali, jasný postoj, že tento ústav není pro osoby s postižením v mnoha ohledech pro život vhodný.¹⁶

Do daného případu tehdy vstoupila holandská vláda a ministerstvo zdraví a sportu, kteří nařídili ústavu konzultaci a spolupráci s poradenským týmem, který měl pomoci daný případ vyřešit. Tento tým zapojil vybrané odborníky z univerzity v Leidenu, kteří se zabývali zejména poruchami chování. Poradenský tým postupně analyzoval celou situaci klienta J. Bylo zjištěno, že tento člověk není pouze mentálně postižený, nýbrž že je postižen i poruchou autistického spektra a vyskytují se u něj i přidružené poruchy chování. Izolace tohoto člověka a absence poskytování jakýchkoli aktivit byla důsledkem jeho agresivního chování k personálu. Nikdo, a to jak personál, tak ani vedení organizace, si však nekladli otázku, kde tato agresivita pramení. V podobné situaci je však nezbytné uvědomit si, že agresivitu je nutné přijmout jako určitou formu *„nezbytného projevu životní energie a síly, která nám pomáhá v prostředí a ve světě přežít.“* (Haicl, 2006, s. 17). Příčinou ataků klienta J. totiž byla nespokojenost se změnou poskytování služby, které však v době, kdy se odehrála, nikdo nevěnoval dostatečnou pozornost. Klient J. do 18 roků věku navštěvoval školu a poté byl umístěn do ústavu. Nikdo tehdy nepomyslel, jak drastické důsledky tato změna přinese. Autismus nutí člověka mít stálý a pevný rámec, schéma dne a jasnou strukturu. Tyto pevné body však byly rozbity. Souhra změněných podmínek a klientova kombinovaného postižení pak vedla postupem času k rozvíjícímu se agresivnímu chování, které mělo dopad na reakce personálu, a klient se postupně dostal do výše popsaného stavu izolace.

K analýze jeho chování a rozvinutí celé kazuistiky využil poradenský tým různé metody (rozhovory s pracovníky, pozorování či rozbor videonahrávek). Postupně byly nacházeny možnosti, jakým způsobem tomuto člověku poskytovat individuální podporu,

¹⁶ Přestože Nizozemí má delší demokratickou tradici, než Česká republika a holandská společnost je popisována jako otevřená a liberální, obavy rodičů byly jistě na místě. Pokud jde o člověka s těžkým postižením, svěřeného do zařízení, které nese znaky totální instituce, je nasnadě, že toto zařízení disponuje nad umístěným člověkem jistou mocí. Tato moc pak může být velmi jednoduše zneužitelná a může také vyvolávat určité obavy.

povedlo se dekodovat příčiny jeho chování a postupně začít měnit navyklé vzorce. Celý tento proces trval v první fázi 3 roky. Avšak na konci tohoto období už žil J. namísto v izolované místnosti v malé nezávislé bytové jednotce v rámci jednoho domu, kde měl vlastní ložnici a koupelnu.

Na příkladu změny v životě tohoto jednoho člověka skrze změnu způsobů poskytování služby lze velmi dobře demonstrovat i dlouhodobost celého procesu přeměny celého zařízení. Jde o časově velmi „náročný proces, který i v maximálně motivovaném ústavním zařízení bude trvat léta.“ (Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, 2007, s. 17).

Nejpodstatnější je však v tomto případě skutečnost, že intervence poradenského týmu, který byl původně určen proto, aby se pokusil zlepšit kvalitu života jednoho určitého člověka, podnítila úplně celou organizaci, aby komplexně změnila způsob poskytování péče (Van Loon, 2005, s. 20). Tato intervence tedy hrála v genezi změny zcela klíčovou úlohu. Změnit situaci celého Arduinu však znamenalo změnit zcela způsob uvažování o poskytování služby dané cílové skupině.

Vedení služby

Tehdejší ředitel ústavu nebyl ochoten takovouto změnu realizovat a rozhodl se raději organizaci opustit. Nemalou měrou v počátku procesu změny přispěl právě i příchod nového managementu do organizace. Vedení organizace, které v ní do té doby působilo, přistupovalo k problémům liknavě a spíše udržovalo nežádoucí stav. Nový tým však přinesl filozofii změny. Zajímavým dokreslením je heslo, které nový management razil a které se pak promítalo do práce celé organizace. Toto heslo znělo „*Ted' se to opravdu stane.*“ (*It really is going to happen now.*). Pobídky a hesla v českém prostředí nejsou dostatečně rozvinutým prvkem v motivaci pracovníků, jak je to běžné v podnicích např. v západní Evropě, v moderním managementu však mají svou důležitou funkci. Toto heslo mělo i zde svůj význam.

Politický tlak

Van Loon rovněž uvádí, že v první fázi změny, v návaznosti na řešení podmínek života pro klienta J., došlo i k použití určité politické síly. Van Loon (2005, s. 25) říká, že *„s pomocí značného politického tlaku a dvou poradních komisí se Vijvervreugd stal nezávislou organizací pod novým jménem Arduin...”* Neznamenal to však, že by vláda či samospráva intervenovaly sami od sebe s cílem změnit podmínky tehdejšího ústavu. K této skutečnosti se ještě vrátíme v podkapitole, kde proběhne porovnání faktoru motivace za obě zařízení.

2.5.2. České zařízení – motivace

Zřizovatel a politická reprezentace

Rada kraje, na jehož území se zařízení nachází a jež je jeho zřizovatelem, schválila v roce 2007 zapojení kraje do projektu MPSV ČR zavádění procesu transformace pobytových zařízení sociálních služeb na alternativní a ambulantní služby a současně navrhla k realizaci procesu deinstitucionalizace dvě svá zřizovaná zařízení, z nichž jedno zde popisujeme. Tento kraj uvádí, že se tím *„zapojil do řešení problému ústavních služeb s velkou kapacitou, které v mnohých parametrech neodpovídají standardům kvality sociálních služeb a nemohou naplnit lidská práva osob s postižením, které v těchto zařízeních žijí.“* (webové stránky kraje). Tato oficiálně deklarovaná motivace pak byla dále zakotvena v různých programových a strategických dokumentech, poprvé např. v roce 2008 ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních služeb v daném kraji, který je základním strategickým dokumentem pro oblast sociálních služeb.¹⁷ V tomto dokumentu je jako jedna z mnoha priorit vymezena i *„podpora transformace pobytových zařízení sociálních služeb ve smyslu modernizace a humanizace těchto zařízení nebo transformace na jiné typy služeb.“* (Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb daného kraje). Aktuální střednědobý plán pro období 2012 – 2014 pak tento proces pouze stručně zmiňuje v rámci hodnocení období 2009-2011 formulací, že *„významnou aktivitou je rovněž probíhající proces transformace dvou domovů pro osoby se zdravotním postižením zřizovaných krajem, a to*

¹⁷ Střednědobý plán je tvořen třemi hlavními částmi, a to obecnou částí (analýza, vize, cíle a priority), návrhovou částí (opatření specifikující jednotlivé priority) a částí prováděcí (roční akční plány s opatřeními pro příslušný rok a vymezení nezbytné sítě sociálních služeb).

v rámci projektu MPSV.“ V dalších dílčích dokumentech a veřejně přístupných proklamacích zejména na webu daného kraje, se o deinstitucionalizaci dále mluví obecně nejčastěji jako o „významném projektu“ (webové stránky kraje).

Motivace dané zařízení deinstitucionalizovat měla však spíše formální charakter. Jedním z důvodů pro toto tvrzení může být skutečnost, že projekt MPSV, do něhož kraj vstoupil, byl celorepublikový a až na několik málo výjimek se do něj zapojily na základě daných parametrů se dvěma zařízeními všechny kraje České republiky.¹⁸ Můžeme se tedy domnívat, že se tento kraj mohl zapojit proto, aby v určitém smyslu nestál v pozadí důležitého dění (vstup do projektu byl dobrovolným aktem, nikoli obligatorním). Významná (a možná i nejdůležitější) je rovněž další stránka motivace, a sice finanční. Faktem je, že projekt nabízel zapojeným krajům možnost čerpat na deinstitucionalizaci svých zařízení nemalé finanční prostředky ze zdrojů Evropské unie. Souhrnná částka pro celou Českou republiku činila v době zahájení projektu necelých 56 milionů eur (Viz základní informace k projektu na webu MPSV. [cit. 2. 11. 2012]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>). Jde tedy o sumu poměrně značnou a jednotlivé kraje tak dostaly šanci investovat prostřednictvím daného projektu do svých zařízení finance, které by třeba jinak získat nemohly, nebo v daném rozsahu ze svého vlastního rozpočtu investovat nechtěly.

Kraj, jenž je zřizovatelem porovnávané sociální služby, však v průběhu přípravy projektu a v prvních fázích jeho realizace opomenul podnitit zejména diskusi přímo v daném zařízení a od počátku vykazoval přístup zaměřený zejména na technickou stránku věci, jako bylo např. dimenzování nových služeb, zajištění technického vybavení, logistiky, výběr vhodných pozemků či budov apod., aniž by předcházela široká diskuse o smyslu změny. Ani důležité skutečnosti, které změně v zařízení samotném bránili, jako byla např. velmi rigidní organizační struktura, pro změnu nemotivované vedení služby, nedostatečně připravený personál či zjevná porušování práv klientů a jejich liknavé řešení neměli dostatečnou prioritu. Důraz byl kladen především na technickou stránku věci.

Velmi výmluvné byly také okolnosti ohledně zřízení nových služeb podpory samostatného bydlení a chráněného bydlení, kam měli postupně přecházet klienti stávajícího domova, a to ve dvou konkrétních lokalitách na území daného regionu. V jednom případě odpor občanů, obyvatel vilové čtvrti větší obce sousedící s pozemkem,

¹⁸ Např. Olomoucký kraj zapojil do projektu pouze jedno zařízení, ač velkokapacitních služeb pro osoby s mentálním postižením vhodných k deinstitucionalizaci je na jeho území více.

kde bylo plánováno vybudovat službu chráněné bydlení, vedl k rozsáhlé medializaci s cílem výstavbu zastavit. Místní občanská aktivita nabrala postupně až fašizující tendence.¹⁹ Kraj nereagoval dostatečně rychle a přiměřeně a mínění veřejnosti na území dané obce vedlo k vyvolání tlaku na její vedení a došlo ke změně původního stanoviska zastupitelstva na poskytnutí dotčeného pozemku a konečně i ke zrušení záměru na výstavbu. V dalším případě, v lokalitě okresního města, došlo k podobnému zablokování vybudování služby podpora samostatného bydlení. Iniciátorem byl však jedinec a skupina osob kolem něj sdružených. Těchto několik osob zde založilo občanské sdružení na obhajobu svých práv (rozuměj „práva nemít v sousedství mentálně postižené spoluobčany“) a tlakem na zastupitele kraje dosáhli odklonu od plánu službu v jejich lokalitě vybudovat.²⁰ Nutno dodat, že popsané skutečnosti nabíraly na intenzitě zejména před volbami do krajského zastupitelstva, takže reprezentanti kraje se v obavách před negativní publicitou rozhodli plán opustit. Podstatné však je to, že ani v jednom z uvedených případů nebyla tehdy veřejně dostatečně vyjádřena podpora kraje procesu deinstitucionalizace a nebylo směrem k veřejnosti jasně komunikováno, že kraj přijímá určitý závazek ke změně v poskytování sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením na daném území. Další aktivity kraje se pak v dalších fázích zaměřovali o to silněji pouze na splnění technických kritérií projektu tak, aby byla přiznána požadovaná suma. Lokality, pozemky a budovy pro vybudování nových služeb byly navíc vyhledávány zejména s ohledem na potenciál minimalizace konfliktů s místními občany, čímž zároveň docházelo k určité apriorní segregaci klientů, jež měli tyto služby v budoucnu využívat (přednost byla totiž dávana vyhledávání míst ne přímo v běžné zástavbě, ale spíše v blízkosti periférií apod.). Významným faktorem byl i strach z další medializace.

Zároveň také kraj pracoval paralelně na zcela jiných projektech, kdy měly být budovány další typy velkokapacitních služeb pro ostatní cílové skupiny (např. v podobě tzv. komplexu služeb pro seniory s kapacitou několika stovek uživatelů), čímž celkově popíral proklamovanou filozofii deinstitucionalizace. Na území daného kraje se zároveň nacházelo množství jiných služeb, např. domovů pro seniory či domovů se zvláštním

¹⁹ Šlo např. výlep plakátů na veřejných prostranstvích s texty „*Chcete, aby mentálně retardovaní devianti znásilňovali Vaše děti?!*“ apod.

²⁰ V rámci daného republikového projektu se však nejednalo o ojedinelou záležitost. V mnoha případech se ukázalo, že odpor veřejnosti je natolik silný, že je nutné jednání s občany v dotčených lokalitách považovat za klíčový prvek v procesu změny. Je vhodné vyvolávat diskuse a zapojovat důležité autority (např. starosti, zastupitele, kněze, vedoucí různých iniciativ a spolků, ale i jednotlivce již motivované k podpoře změny).

režimem, které by rovněž zasluhovaly pro evidentní znaky totální instituce určitou pozornost, leč zájem ze strany kraje coby zřizovatele o deinstitucionalizaci i těchto služeb nebyl žádný. Během přeměny těchto služeb nebyla v daném období možnost čerpání takových finančních prostředků, jako tomu bylo v případě domovů pro osoby se zdravotním postižením.

Motivace zřizovatele byla tedy velmi formální a nebylo patrné, že by změna vycházela z vnitřního přesvědčení, že změna je nejen vhodná, nýbrž naprosto nutná.

Klienti

Klienti samotní projevovali v mnoha případech se způsobem poskytování služby mnohem větší nespokojenost, než tomu bylo u jejího vedení či rodinných příslušníků. U klientů s těžším postižením se tato nespokojenost projevovala často podobně, jako tomu bylo u klienta v naznačené kazuistice v popisu motivace deinstitucionalizace Arduinu. Ve srovnávaném českém zařízení však toto chování vedlo pouze k dalším restrikcím, čímž se celý mechanismus dostával do nebezpečného cyklu. Klienti s lehčím postižením manifestovali svou nespokojenost více či méně otevřenými stížnostmi na kvalitu služby a přáními opustit ji a žít jinde, samostatněji, mimo ústav, v běžných podmínkách. Dlužno dodat, že určitá část klientů ani nespĺňovala dle zákona o sociálních službách kritéria cílové skupiny. Tito lidé neměli v podstatě v dané službě co dělat, neboť prokazatelně potřebovali mnohem nižší míru podpory, než jakou poskytoval domov pro osoby se zdravotním postižením. Služba je svým způsobem zneschopňovala, což oni sami vnímali velmi silně.

Pregnantní kazuistikou může být příběh klienta pana M. Pan M., 30 let, vyrůstal v dětském domově. Na toto období nevzpomíná rád, neboť byl obětí zneužívání a šikany, což ale nebylo dle jeho slov nikdy řádně řešeno. Ve věku 18 let, kdy se mělo rozhodnout o jeho dalším osudu, odcházel z dětského domova s diagnózou „lehká mentální retardace“ a přímo přešel do tehdejšího ústavu sociální péče, dnešního domova pro osoby se zdravotním postižením, který zde popisujeme. Tady strávil dalších 12 let. Pan M. je však muž soběstačný, orientovaný, dokáže se o sebe velmi dobře postarat. Při osobním setkání je již na první pohled zřejmé, že v daném zařízení nemá co dělat, on sám také reflektuje diagnózu mentálního postižení jako nesmysl, který vzešel coby určitá praxe dané doby, ale

neodpovídá realitě.²¹ Tento muž sám mnohokrát velmi jasně formuloval přání službu opustit, odejít z ústavu, žít v komunitě, v obci, zapojit se zcela běžným způsobem do života (najít si stálé zaměstnání, partnerku a založit rodinu). Pan M. však nebyl jediným klientem s popsáním osudem. V různých obměnách se v zařízení dali najít klienti, kteří vůbec neodpovídali cílové skupině, nebo vykazovali natolik nízkou míru potřebné podpory, že služba domov pro osoby se zdravotním postižením jejich umístění naprosto neodpovídala. Takovýchto klientů bylo v době vstupu do procesu deinstitutionalizace dle zkušeností a pozorování autora nejméně 20% z celkového počtu. Všichni tito lidé shodně uváděli, že v zařízení žít nechtějí a rádi by jej co nejdříve opustili. Dá se tedy říci, že jako impuls ke změně může být vnímán postoj právě samotných těchto klientů.

Blízké osoby

Ze strany blízkých osob a rodinných příslušníků klientů ke stížnostem na službu jako takovou nedocházelo. Objevovaly se sice průběžně stížnosti na nejrůznější problémy (ztráta osobního majetku klienta, nedostatečná informovanost stran jeho zdravotního stavu apod.), avšak nikdo z blízkých neprojevil explicitně formulované přání, aby některý z klientů z důvodu nevyhovujících podmínek zařízení opustil a žil jinde.²² Protože převážnou část klientely tvořily osoby starší, jejich rodiče a blízcí byli mnohdy již seniory. Skutečnost, že tito lidé znali ústavní model jako majoritní způsob poskytování péče po poměrně dlouhé časové období (pravděpodobně značnou část svého života) mohla vést k tomu, že tuto realitu zcela přijímali.

Vedení služby

Dá se říci, že podobně jako v holandském zařízení, i zde dostatečná motivace ke změně na úplném počátku chyběla. Zásadní však je, že se vstupem do procesu změny ve formě zapojení do transformačního projektu MPSV, nedošlo ke změně vedení a vedení, které bylo v této době přítomné, sice proklamovalo svůj pozitivní přístup ke změně, ale

²¹ Autor této práce si sám dobře vzpomíná na překvapení, jaké v něm vzbudilo setkání s tímto člověkem současně se zjištěním, že je klientem, nikoli zaměstnancem dané sociální služby.

²² Během doby působení autora této práce v daném zařízení však jeden klient přece službu opustil. Bylo to ale paradoxně naopak kvůli zjištění, že jde o člověka s nízkou mírou podpory a bylo dohodnuto, že mu v rámci deinstitutionalizace bude nabídnuta služba chráněné bydlení. Matka tohoto člověka s plánem kategoricky nesouhlasila s poukazem na skutečnost, že „on přece nic neumí a nezvládne“ a klienta raději umístila do podobné služby, kde riziko změny nehrozilo a její syn mohl být nadále přepečováván.

opak byl pravdou.²³ Management nebyl vůči jakékoli zásadní změně vhodně nastaven. Vedoucí byl fakticky pouhým statutárním zástupcem a na chod služby neměl praktický vliv. Službu přímo vedla jeho zástupkyně, která zároveň zastávala pozici vrchní sestry. Tato osoba prezentovala radikální postoj v otázce jak poskytovat služby lidem s postižením, hájila existenci stávajícího zařízení jako jediného a nejlepšího způsobu péče.²⁴ Medicínský model v zařízení ovládal převážnou část všech poskytovaných aktivit. Jednotliví pracovníci (zejména pracovníci v sociálních službách), kteří měli zájem osvojovat si moderní trendy práce v dané oblasti, byli vždy důrazně upozorněni, že jakákoli iniciativa narušující dosavadní režim bude potrestána (přeřazením na jinou pozici, na oddělení s náročnějšími klienty nebo dokonce rozvázáním pracovního poměru). Tento mechanismus popisuje Jaroševská (2012, s. 61):

„V rovině motivace aktérů působením systému dochází ke skupinové unifikaci motivací a podpoře vzájemné závislosti skupin a jednotlivců na udržení statusu a rolí beze změn. Hlavní motivací jednání toho, kdo potřebuje pomoc, je zajistit si bezpečí a jistotu trvalé péče, a pomáhajícího zdokonalit technologii péče a naplnit jí veškerý fyzický a duchovní prostor ústavu.“

Vzdělávání pracovníků v jednotlivých tématech důležitých pro úspěšný přechod ke službám komunitního typu mělo vždy význam pouze v tom ohledu, aby byla naplněna jeho obligatorní funkce (tzn. jako splnění podmínky pro účast v projektu a dodržení povinného penza vzdělávání podle zákona o sociálních službách) a implementace poznatků do praxe nebyla řízena. Informace týkající se kritiky dosavadní ústavní péče obecně a poznatky nového modelu, které se k vedení a dalším lidem odpovědným za chod služby (sociálním pracovnícům, staničním sestřám apod.) dostávaly, byly pouze popisné, idealizující a pravděpodobně i příliš odtržené od reality jejich každodenní práce. Vedení služby tak nemělo jasnou představu o tom, kam směřovat (resp. směr znali – zachovat daný stav), tím

²³ Například během modelového hodnocení kvality, které na počátku roku 2011 v rámci příprav na změnu proběhlo, odpověděl tehdejší vedoucí služby na otázku hodnotitele, jaké humanizační kroky proběhly v zařízení během posledního roku slovy, že v celé budově byly vyměněny klasické žárovky za svítidla úsporná.

²⁴ Přístup vedení však není možné jednoznačně odsoudit. Postoj zmíněné vrchní sestry byl nejspíše ovlivněn tím, že během 11 let působení ve stejném zařízení nezažila sama zkušenost jiné praxe (její vlastní sebereflexe). Tato osoba nikdy nenavštívila žádnou transformovanou pobytovou sociální službu, ani jinou službu komunitního typu (chráněné bydlení pro osoby s postižením či podporu samostatného bydlení) či přímo cíleně nenavštívila v rámci deinstitutionalizace zařízení s tzv. dobrou praxí v oblasti změny.

spíše však ulpívali na stávajících způsobech. Jejich přístup k přicházejícím změnám byl pak formální, což přinášelo mnoho negativních důsledků.

Motivace ze strany vedení služby k deinstitucionalizaci byla tedy v tomto případě spíše nedostatečná a dá se shrnout, že byla formální a nevycházela z vnitřního přesvědčení vedení pracovníků ani managementu, že deinstitucionalizace je vhodná.

2.5.3. Komparace motivace

Při porovnávání faktoru motivace deinstitucionalizace je zajímavé sledovat především směr, odkud motivace ke změně vyšla. Jak jsme ukázali výše, v případě holandského Arduinu šlo o určité hnutí, které mělo svůj zdroj v zájmu rodičů klientů, kteří v zařízení žili. Nebyla to tedy primárně ani vláda, ani ministerstvo a zpočátku ani samotná organizace, nýbrž rodina a blízcí konkrétního klienta, jehož životní podmínky v zařízení byly nehumánní. Zajímavé je rovněž to, že změna, kterou tento impuls vyvolal, se později stala v tomto případě v daném období v Holandsku určitým experimentem. Ačkoli mnohde jinde ve světě probíhaly deinstitucionalizační snahy, nebo na jiných místech podobné změny proběhly zcela (např. v některých skandinávských zemích), Holandsko v inkriminované době 90. let na vládní úrovni nepřijalo žádný závazný program na změnu poskytování pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Jednoduše, nebyl přijat legislativní závazek k rušení či změně ústavů, jakým Arduin po dlouhá léta byl. Původní ústav bývalého Vijvergreugdu, tedy před deinstitucionalizací, nebyl v Holandsku výjimkou (Van Loon dokonce uvádí, že podobné ústavy, jakým Arduin byl, je možné v Holandsku stále nalézt ještě dnes; z rozhovoru s autorem práce). Van Loon (2001, s. 35) k tomu pak také říká, že díky deinstitucionalizaci Arduinu „*zcela nezbytně vznikl kompletně jiný způsob organizování, než bylo do té doby v péči o lidi s postižením v Holandsku běžné: šlo zejména o individuální osobu jako nejmenší organizační jednotku, současně i rozdělení života doma a odbornou péči.*“

Pozoruhodné a nejvýznamnější je zde ovšem to, že jedna konkrétní artikulovaná stížnost (v případě klienta J.) a adekvátní reakce na ni v podobě přijetí odpovědnosti za poskytovanou službu byly příčinou, proč celá organizace nastoupila cestu postupné změny. Změna jako důsledek byla tedy vyvolána impulsem, který vycházel zespoda, v podstatě od

samotných občanů.²⁵ Podstata spočívá ve skutečnosti, že v daném případě došlo k uvědomění si tristní situace, v níž pak vznikl pocit naléhavosti změny. Tento pocit popisuje Kotter (2003, s. 17) jako takový, který „*vyhání lidí z teplých pohovek a bezpečných úkrytů, mobilizuje je a připravuje je k akci.*“ Znamená to, že pocit naléhavosti změny vyvolává v člověku silné emoční hnutí, které pak zásadně ovlivňuje a směřuje jeho další aktivitu. Kotter (2005, s. 50) dále říká, že v podobných situacích je nutné ostatním lidem, které je důležité o nutnosti změny přesvědčit, ukázat přesvědčivý předmět, který mohou opravdu vidět, cítit jej, spíše než předkládat analýzy a racionální argumenty, které sice ovlivňují myšlení, ale ne tolik emoce, které jsou však pro zahájení skutečné změny mnohem důležitější. V případě Arduinu to byl právě život klienta J. v nehumánních podmínkách a změna, která postupně díky úsilí vedení organizace a dalších pracovníků postupem času v jeho životě nastala, co podnítilo přesvědčení dalších osob o nutnosti přestavby celé organizace. Tento příklad tedy umožnil i dalším lidem takříkajíc „na vlastní kůži“ zakusit, že je změna potřebná a zároveň i možná. Pokrok, jaký klient za několik roků od prvního kroku z místnosti odříznuté od vnějšího světa učinil, byl nezpochybnitelným důkazem, který pracovníci mohli sami nejen vidět, nýbrž mohli také sami zakusit pocit při pohledu na to, jaký pozitivní přínos měl tento posun pro život jednoho člověka s těžkým mentálním postižením. Kotter k tomu dále uvádí, že lidé způsobu své práce (ale i konání vůbec, nejenom v zaměstnání) „*mění nikoli proto, že jim poskytneme výsledky analýzy, které změní jejich myšlení, ale spíše proto, že jim ukážeme pravdu, jež promění jejich cítění.*“ (Kotter, 2003, s. 15). V daném případě bylo touto pravdou to, že klient J. nežil před změnou v humánních podmínkách (jež byly výsledkem fungování celé organizace) a také to, že když se pak změnil způsob práce a uvažování v zařízení, jeho život, chování a projevy a celkové uspokojení se změnili také.

Naproti tomu v porovnávaném zařízení českém byly geneze motivace ke změně a její charakter odlišné. Samotní klienti sice nebyli se službou spokojeni, ale nad jejich stížnostmi mělo plnou kontrolu vedení zařízení, které však změnám nakloněno nebylo. Zároveň nedošlo k podpoře klientů ze strany jejich blízkých a klienti se tak dostávali do určité patové situace, kdy sice přání opustit zařízení proklamovali, ale na jejich intence nebyl brán zřetel a reakce v podobě alespoň např. podpory a zajištění odchodu do jiné,

²⁵ To, že vláda pak v daném případě intervenovala, a vytvořila určitý tlak, který podpořil žádoucí změny (což zapříčinilo následně např. i odchod nemotivovaného vedení služby a výměnu za tým, který změnu naopak přijímal), pak bylo již jen důsledkem tohoto impulsu.

vhodnější, služby se nedostavila. Impulsem ke změně pak bylo až rozhodnutí zřizovatele, která naznal, že služba je velkokapacitní, ústavní, neodpovídá standardům kvality a neumožňuje naplňování základních lidských práv a svobod a svými parametry je vhodná pro zapojení do projektu, ze kterého je možné čerpání významného objemu finančních prostředků.

Představíme-li si občana (jako klienta, uživatele služby), službu, v níž se nachází, její vedení a pracovníky, zřizovatele jako držitele lokální politické moci (kraj) a vládu a její orgány (jako tvůrce státní politiky) jako nejdůležitější objekty v celém systému poskytování sociálních služeb na určité vertikále, můžeme velmi snadno sledovat tento směr impulsu ke změně. Sledujeme-li totiž konkrétněji orientaci tohoto pohybu, vyplývá z něj zásadní rozdíl v motivaci deinstitucionalizace obou zařízení. V případě českého zařízení totiž impuls ke změně, motivace k deinstitucionalizaci, přišla ze strany zřizovatelem, na naznačené horizontále tedy shora dolů. V tomto smyslu pak měl tento pohyb právě přesně opačný charakter, než tomu bylo v případě zařízení holandského.

Proces změny tak rozsáhlého zařízení, jakým je velkokapacitní pobytová služba pro osoby s mentálním postižením, je však velmi závislý na tom, jak je o její nutnosti přesvědčeno mnohdy i velké množství personálu. Deinstitucionalizace totiž vyžaduje zejména *„nový pohled, nové chápání, nové myšlení vedoucích pracovníků organizací, kteří budou vnímat trendy ve vývoji sociálních služeb.“* (Jaroševská, 2012, s. 61). Uvědomění si nutnosti změny u managementu, ale i u jednotlivých pracovníků v sociálních službách, kteří jsou klientům nejbližší a mnohdy tak mají i největší vliv na jejich životy, je tedy možné považovat za klíčový faktor. Kotter (2003, s. 29) velmi dobře upozorňuje, že *„bez dostatečného vědomí naléhavosti změny se může úsilí o realizaci změny velkého rozsahu stát pokusem o to vyvalit obří balvan na velice vysokou horu.“* V případě českého zařízení však nešlo o uvědomění si pocitu nutnosti změny prostřednictvím zakoušení konkrétního příkladu, ale na základě prezentace racionálních údajů, faktů a analýz, jejímž nositelem byl zřizovatel. Kotter (2003, s. 16) k tomu dále říká, že změna chování:

„není především otázkou toho, že lidem předáme výsledky analýzy, které ovlivní jejich myšlení, ale spíše jde o to, že jim pomůžeme vidět pravdu, která ovlivní jejich pocity. Jak myšlení, tak i cítění, mají zásadní význam a s oběma těmito složkami se v úspěšných organizacích setkáváme, avšak samým srdcem změny, jejich podstatou jsou emoce. Proces

změny založený na osobní názorné zkušenosti a emocionálním prožitku je daleko účinnější než změna, která se opírá o racionální analýzu a další myšlenkové procesy.“

Rozdíl původu impulzu či charakteristické motivace ke změně může být kruciólním faktorem úspěšné deinstitucionalizace. Např. Havrdová a kol. (2013, s. 52) dále v rámci svého výzkumu na téma vůdcovství v transformaci pobytových sociálních služeb uvádí, že mezi nejdůležitější otázky z pohledu vlivu na výchozí fáze transformace patří, *“zda změnu přináší, zahajuje někdo zvenku a ona se tak (alespoň dočasně) pro organizaci stává spíše nařízenou povinností, nebo zda podnět ke změně přichází zevnitř, tj. změna vychází z potřeb vedení organizace nebo třeba potřeb pracovníků.“* Význam totiž spočívá v tom, nakolik se vedení a pracovníci konkrétních služeb ztotožní s myšlenkami, které sebou deinstitucionalizace nese. Pokud jsou tyto myšlenky implementovány tzv. „seshora“, vzniká větší riziko, že budou přijímány pouze povrchně a formálně. Pokud naopak vycházejí zevnitř zařízení, je větší šance, že dojde k vnitřnímu přesvědčení o změně s důležitými praktickými implikacemi pro úspěch komplexního přechodu z ústavu ke službám komunitního typu. Odborná literatura oblasti managementu tento rozdíl reflektuje podobně. Např. Paton a McCalman soudí, že změna vycházející na základě potřeb organizace je častěji viděna jako příležitost. Charakteristický je pak i proaktivní postoj ke změně, pozitivní emoce se změnou spojené, pracovníci do její realizace vkládají více energie a jsou méně ovlivnitelní faktory přicházejícími z venku. Zároveň disponují větší jistotou a kontrolou nad vlastní prací, mají jasnější cíle, načasování i strukturu práce. Na druhé straně změna přicházející zvenčí může znamenat jen řešení určitého problému, větší možností narušení jejího průběhu, nejistotou, nižší úroveň kontroly a nepřesné nebo proměnlivé hranice, které jsou důsledkem neurčitých nebo nedostatečně sdílených cílů. (Paton a McCalman, 2008, podle Havrdová, 2013, s. 52).

Tuto podkapitolu pak můžeme uzavřít zjištěním Kottera, který říká, že *„ústřední problém nikdy netkví ve strategii, struktuře, kultuře nebo v systémech. Všechny tyto prvky – i další jiné – jsou důležité. Ale podstata problému vždy spočívá v otázce, jak změnit chování lidí, přičemž k změnám chování dochází v situacích výrazného úspěchu, které většinou určitým způsobem oslovují citění a emoce lidí.“* (Kotter, 2003, s. 10)

Jak ukážeme v další kapitole, filozofie změny, s jakou je realizována, je dalším zásadním faktorem pro úspěch deinstitucionalizace.

2.6. Analýza filozofie změny

2.6.1. Holandské zařízení – filozofie změny

AAIDD a definice mentálního postižení, změna paradigmatu a důsledky nového pojetí

Filozofie změny Arduinu byla vedena definicí mentálního postižení Americké asociace mentální retardace (dále jen AAMR). AAMR je organizací, která se zabývá prací s lidmi s mentálním postižením a obhajobou jejich práv.²⁶ Termín *mentální retardace* se v kontextu vývoje v dané oblasti postupně ukázal jako nevhodný a nežádoucí a byl změněn na *intelektuální a vývojová postižení*. Nutná je zde také krátká terminologická vsuvka z českého prostředí speciální pedagogiky. Mezi autory se názor v používání pojmu „mentální retardace“ liší. Např. Švarcová (2011, s. 30) tvrdí, že je tento pojem v současnosti běžnější a také vhodnější, protože navozuje „*představu určité dočasnosti opožďování ve vývoji, napomáhá k překonávání fatalistických názorů na možnost zlepšování tohoto stavu, naznačuje relativnost a plynulost opožďování, a zejména na rodiče dětí působí více optimisticky než termín postižení, který vyvolává pocit trvalosti a nezměnitelnosti stavu dítěte.*“. Naproti tomu např. Pugnerová a Konečný (2012, s. 88) tvrdí, že v praktickém životě při komunikaci s běžnou (neodbornou) veřejností je vhodnější pro určitý pejorativní nádech tento termín nepoužívat a navrhují používat raději termín „mentální postižení“, který podle nich vyjadřuje fakt, že toto postižení je „*jen jednou z charakteristik dané osoby, ale především, že zůstává a převládá lidský charakter dané osoby.*“ Ač v českých odborných kruzích stále převládá používání termínu prvního, neboť

²⁶ V souvislosti se změnou paradigmatu (viz dále samotná definice) ve vnímání mentálního postižení došlo k přejmenování AAMR a organizace se nyní nazývá *American Association for Intellectual and Developmental Disabilities* (AAID). Posláním AAID je propagovat progresivní politiku, precizní výzkumy z dané oblasti, efektivní praktiky a univerzální lidská práva pro lidi s mentálním postižením. AAIDD přijala sestavu 13 principů (či základních hodnot) spojených s jejím posláním. Cíle AAIDD jsou posilovat kapacity profesionálů, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením; participovat na rozvoji společnosti, která plně začleňuje osoby s mentálním postižením; budovat efektivní, odpovědnou, dobře řízenou a udržitelnou organizaci. [cit. 2. 10. 2012]. Dostupné z: http://www.aaid.org/content_443.cfm?navID=129

je stále pevně zakotven v 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí zpracované Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, autor tohoto text se přiklání v souladu s definicí AAID k praktickému užívání pojmu mentální postižení.

Podstatná pro srovnávaný faktor filozofie změny je pro nás skutečnost, že AAID vydává tzv. *Definici, klasifikaci a systém podpory pro osoby s postižením*, kterou pravidelně přehodnocuje a doplňuje v souvislosti s posunem poznání v dané oblasti a že se tato definice se svými důsledky stala východiskem pro změny Arduinu. Nutná je zde další drobná historická odbočka: definice tehdejší AAMR, která ovlivnila filozofii změnu Arduinu, byla vydána již v roce 1992. Od té doby však došlo k dalším přehodnocením a vydáním dalších definic, které zohledňovaly další vývoj a poznatky v oblasti.²⁷ V této práci se však jako výchozí budeme zabývat právě 9. definicí, neboť v době, kdy se Arduin měnil, byla aktuální.

Loon uvádí, že definice AAMR měla vždy vliv na péči a sektor služeb pro lidi s postižením a ovlivňovala velmi také vědecký svět (2005, s. 44). Devátá definice znamenala zásadní změny v myšlení o lidech s postižením. Rozdíl oproti definicím předchozím je ve skutečnosti, že mnohem větší důležitost je připisována interakci mezi jedincem a prostředím a rozpoznávání jejího vlivu na fungování člověka. Tím je kladen větší důraz na otázku, jaký typ podpory člověk potřebuje, aby tato podpora vedla k jeho lepšímu životu. Ukazuje se, že lidé jsou mnohem více situováni v kontextu, ve kterém žijí, a to mnohem více, než se dříve myslelo. Devátou verzí Definice se tehdejší AAMR také pokusilo prolomit dosavadní absolutní sílu inteligenčního kvocientu (IQ) jako nejdůležitějšího diagnostického kritéria. Nově jde tedy o pokračování naznačeného směru myšlení, kdy se prohlubuje především koncept podpory (Van Loon, 2005, s. 44). Autoři manuálu k definici²⁸ se domnívají, že mentální postižení nelze nadále považovat za zcela individuální fenomén, ale postižení může být chápáno pouze jako kombinovaná interakce mezi jedincem s jeho schopnostmi a omezeními na straně jedné a prostředím a jeho hodnotami, standardy a očekávanými na straně druhé. Je tím opuštěn starý systém, který lidi kategorizoval ve stupních retardace dle zmíněného IQ. To sice stále hraje roli, ale

²⁷ Aktuálně je nejnovější její 11. verze. Viz např. *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th Edition)*, [cit. 2. 10. 2012]. Dostupné z: <http://www.aaid.org/intellectualdisabilitybook/>

²⁸ Definice sama o sobě, jak dále uvidíme, je poměrně stručným postulátem. Manuál ji pak velmi detailně a obsáhle popisuje (implikace, souvislosti, důsledky pro praxi atd.).

ztrácí svou absolutní sílu v určování stupně postižení. Definice AAID a nový klasifikační systém jsou pak zaměřeny hlavně na nezbytnou podporu osoby, místo na úroveň fungování, které jsou z IQ odvozeny (Van Loon, 2005, s. 45) V českém prostředí zatím dochází k podobně změně v zakotvení spíše ojediněle, převládá stále klasifikace MKN. Např. Opatová (2008, podle Mahrová, 2008, s. 118) říká, že společným jmenovatelem různých současných klasifikačních skupin mentálního postižení je „*zdůrazňování nesamostatnosti, ovlivnitelnosti, pomalosti, pasivity – zkrátka negativních charakteristik.*“

Definice mentálního postižení dle tehdejšího AAMR z r. 1992 zní tedy takto: „*Mentální postižení odkazuje na značná omezení v aktuálním fungování jedince. To je charakteristické výrazně podprůměrným intelektuálním fungováním, existujícím současně s dalšími omezeními ve dvou či více následujících oblastech adaptivních dovedností: komunikace, péče o sebe, bydlení, sociální kompetence, život v komunitě, sebeřízení, zdraví a bezpečnost, vzdělání, volný čas a práce. Mentální postižení se manifestuje před 18 věkem života.*“

Mentální postižení zde už není nadále vnímáno jako v člověku charakteristicky zafixovaný rys. Jde spíše o stav, ve kterém je fungování člověka určitým způsobem limitováno. Rozdíl spočívá zejména ve způsobu, jakým je uznán význam interakce mezi člověkem a prostředím a jeho vliv na fungování člověka. Důraz je pak kladen na otázku, jakou podporu člověk potřebuje, aby byl schopen vést kvalitativně lepší život. Tento směr uvažování tedy situuje fenomén postižení více jako sociální problém a problém lidských práv. Člověk je sice omezen ve svém fungování, ale jde hlavně o to, jakým způsobem se s tím může ve společnosti vyrovnat. Aby bylo možné získat hodnotné místo ve společnosti a vést kvalitativně dobrý život, lidé s postižením musí dostat potřebnou podporu. Toto je tedy základní filozofické východisko, ze kterého proces deinstitucionalizace v holandském Arduinu vycházel. Obecně se dá nazvat jako celková změna paradigmatu.

Změna paradigmatu

Paradigma znamená v nejobecnější rovině *vzor* nebo *typ*. Úžeji jde pak o nějaký „*názor na svět, který v určitém období a v určitém kulturním okruhu převládá.*“ (Matoušek, 2008, s. 131). V našem případě jde tedy o názor na mentální postižení. Změna paradigmatu je potom „*posun v celospolečensky převládajících způsobech uvažování.*“ (Matoušek, 2008, s. 131). Při změně paradigmatu v oblasti mentálního postižení jde tedy o určitý posun ve vnímání tohoto fenoménu. Změna ve vnímání člověka s postižením,

kteřou přinesla 9. definice AAID byla výsledkem diskuse a poznatků s vědecké oblasti (zkoumání postižení a jeho kontextu). Další důsledky, které v přístupu k lidem s postižením nové paradigma přináší, se promítají v následujících dílčích filozofiích, které byly v Arduinu rovněž pro proces změny velmi důležité. Jedná se o pojmy: *plné občanství a lidská práva, začleňování (inkluze), myšlení v termínech podpory, zplnomocnění (empowerment) a kvalita života*. Tyto pojmy dále rozšiřují filozofii změny.

Změna paradigmatu: Plné občanství a lidská práva

Myšlení v termínech lidských práv a občanství je prezentováno samo o sobě vedle biomedicínských, biomedicínských, funkčních a na prostředí orientovaných přístupů (Rioux, 1997, podle Van Loon, 2005, s. 36). Tento trend je rozvíjen z myšlenky, že lidé s postižením jsou zatíženi rizikem marginalizování životních podmínek, ve kterých mnoho z nich musí žít. Život v totálních institucích u mnoha osob vede k větší závislosti na systému. Ten jim ale nenabízí vždy nejlepší řešení pro jejich práva a osobní přání (Goffman, 1961, podle Van Loon, 2005, s. 38). Mnoho z těchto lidí musí stále čelit nedostatku soukromí, velkému odtržení od reálného světa a hierarchicky řízenému systému podpory. Důležité je, že v době, kdy Arduin vstupoval na cestu změn, probíhala také debata a akceptace nejrůznějších mezinárodních dokumentů, kde se nový přístup k lidem s postižením odrážel a tato debata ovlivnila i filozofii změny.

Změna paradigmatu: Začleňování (inkluze)

Etymologicky se vrací inkluze zpět k „bytí částí celku, náležení“ (Van Hove, 1999, podle Van Loon, 2005, s. 42). Inkluze vidí bezpodmínečné přijetí jako právo pro všechny lidi, vidí přijetí jako něco více než „nechat lidi být“, vidí participaci jako participování aktivní, což je mnohem více, než jen mít možnost být přítomen a konečně, nenutí lidi prokazovat, co umí, dříve než mohou participovat. Inkluze začíná uznáním rozmanitosti v komunitě. Na rozdíl od „integrace“, která znamená, že „naše“ skupina přijímá „jejich“ skupinu, inkluze znamená, že existuje pouze „my“ (Van Loon, 2005, s. 48).

Změna paradigmatu: Myšlení v termínech podpory

Dosavadní myšlení v termínech „péče“ zavádí kompletní balík péče pro člověka s postižením. Skrze všechny druhy vypracovaných programů a plánů byl ale tímto způsobem život člověka s postižením řízen v ústavu seshora, čímž se vylučovala i malá příležitost volby a svobody pohybu. S novým paradigmatem podpory však došlo

k přesunutí důrazu od péče k podpoře (Van Loon a Van Hove, 2001, podle Van Loon, 2005, s. 48). Nebylo již cílem adaptovat člověka s postižením takovým způsobem, aby perfektně zapadal do společnosti. Podpora je pak definována jako *„zdroje a strategie, které prosazují zájmy člověka s nebo bez postižení; umožňují jim přístup ke zdrojům, informacím a vztahům vlastním prostředí práce a života; a které vedou k jejich posílení nezávislosti/vzájemné závislosti, produktivitě, integraci v komunitě a uspokojení“* (Luckasson, 1992, podle Van Loon, 2005, s. 48).

Změna paradigmatu: Zplnomocnění (empowerment)

Tento termín odkazuje k měnící se rovnováze sil mezi profesionály a lidmi, kteří potřebují jejich podporu. Matoušek (2008, s. 144) tento pojem vymezuje jako *„cíl některých postupů sociální práce spočívající ve zvýšení klientovy či skupinové schopnosti prosazovat vlastní oprávněné zájmy, resp. vymanit se z podřízeného, utlačeného postavení.“* Když je člověku dáována přirozená a pravidelná péče, profesionálové tím ztrácejí větší část své monopolní pozice. Aby bylo možné přejít k takovýmto měnícím se vztahům, odborníci se musejí naučit být k dispozici bez této do určité míry mocenské pozice. Lidé s mentálním postižením pak ale na druhé straně musí být podporováni a vedeni ke schopnosti převzít více aktivity. Po čase, během kterého mohou lidé s postižením pracovat na posilování v osobní rovině, mohou někteří dále postoupit k více politické formě posilování.

Změna paradigmatu: Kvalita života

Kvalita života se v době, kdy Arduin vstupoval na cestu změn, stávala v odborné diskusi velkým tématem v podpoře lidí s postižením (Van Gennep, 1994, podle Van Loon, 2005, s. 48). Matoušek (2008, s. 91-92) vymezuje pojem kvalita života jako

„komplexní kritérium používané k hodnocení efektivity sociální péče. Jde o ekvivalent 'zisku' v ekonomickém uvažování. Opírá se buď o širší definici zahrnující zdraví, sociální postavení, mezilidské vztahy, materiální podmínky, přehled denních aktivit apod., nebo o jedno měřítko, např. životní spokojenost. Závisle na pojetí se kvalita života dá kvantifikovat souborem hodnot (profilem) nebo jednou hodnotou.“

Literatura, která tento pojem detailně rozpracovává, pak rozlišuje dimenze kvality života (Schalock, 1997, podle Van Loon, 2005, s. 48), které mohou být více či méně objektivizovány skrze indikátory, to na jedné straně, a na druhé straně mohou být nahlíženy z individuální perspektivy (Bogdan, Taylor, 1996, podle Van Loon, 2005, s. 48). Loon tvrdí, že v procesu změny se naprosto nelze obejít bez dimenzí kvality, jak je vymezuje právě Schalock. Kvalita života se tak stává další filozofickou oblastí, která deinstitutionalizaci zásadně ovlivňuje. Van Loon (2005, s. 60) tvrdí, že „*nejzásadnějším úkolem pro organizaci poskytující služby osobám s mentálním postižením je poskytování podpory v běžném životě i v zaměstnání tak, aby kvalita jejich života byla optimalizovaná.*“ Ve filozofii kvality života jsou důležité principy, jak je vymezil Schalock (1992, podle Van Loon, 2005, s. 60), jedná se o následující principiální tvrzení, kdy kvalita života lidí s mentálním postižením:

- je složena ze stejných faktorů a vztahů, které jsou důležité pro všechny lidi;
- je zvýšena umožněním osobám participovat na rozhodnutích, která jejich životy ovlivňují;
- je zvýšena přijetím a plnou integrací lidí do jejich místních komunit

Shalock (1996, podle Van Loon, 2005, s. 61) dále vyjmenovává jednotlivé *dimenze kvality života* a uvádí pro každou z nich odpovídající indikace:

- *emocionální pohoda*: bezpečí, spiritualita, štěstí, svoboda od stresu, koncept sebe sama, spokojenost;
- *mezilidské vztahy*: intimita, city, rodinné interakce, přátelství, podpora;
- *materiální pohoda*: vlastnictví, finanční bezpečnost, jídlo, zaměstnání, majetek, sociálně ekonomický status, přístřeší;
- *osobní rozvoj*: dovednosti, naplnění, osobnostní kompetence, účelné aktivity, rozvoj;
- *fyzická pohoda*: zdraví, výživa, odpočinek, mobilita, zdravotní péče, zdravotní pojištění, volný čas, aktivity denního života;
- *sebeurčení*: autonomie, volby, rozhodnutí, osobní kontrola, sebeřízení, osobní cíle a hodnoty;
- *sociální inkluze*: přijetí, status, podpora, pracovní prostředí, komunitní integrace a participace, role, dobrovolnické aktivity, rezidentní prostředí;
- *práva*: soukromí, hlasování, výběr, vlastnictví, občanská odpovědnost.

2.6.2. České zařízení – filozofie změny

Protože je deinstitucionalizace srovnávané české pobytové sociální služby ovlivněna zejména tím, že nevycházela z vnitřního rozhodnutí zařízení, nýbrž z rozhodnutí zřizovatele (kraje), tato skutečnost se také do značné míry odráží na užití filozofii. Rozhodující je zejména fakt, že zařízení bylo vybráno a zapojeno do transformačního projektu MPSV. V rámci tohoto projektu jsou pak totiž užity i konkrétní závazné dokumenty, které vymezují klíčové parametry změny a ve kterých je částečně možno dohledat i filozofii změny, ze které proces vychází. Hlavním těžištěm analýzy filozofie změny v případě této české služby musí být tedy právě tyto dokumenty, z nichž se nyní pokusíme užitou filozofii abstrahovat. Jedná se zejména o již zmíněné texty *„Konceptce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“* a dokument *„Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče“*.

Vymezit filozofii změny v případě českého zařízení není nikterak jednoduché. V zásadních koncepčních materiálech, jak je uvádí MPSV, je uvedena zejména definice procesu, jak jsme již ukázali v jedné z předchozích kapitol. Z této definice lze snad postihnout určitý základ použití filozofie změny. Filozofii změny konkrétního českého zařízení je ale možné popsat a analyzovat pouze z pohledu těchto dokumentů, neboť v žádných jiných pramenech není možné dohledat zcela jasný popis toho, čím by zde měla být deinstitucionalizace. Interní dokumenty zařízení, klíčové pro deinstitucionalizaci, se na koncepční materiály MPSV na mnoha místech odkazují, zároveň jde i o určitou nutnost je v rámci zařazení do daného projektu respektovat. Autor této práce si již na začátku této analytické podkapitoly dovoluje tvrdit, že filozofie změny ústavních služeb, jak je praktikována v procesu deinstitucionalizace na příkladu srovnávaného zařízení, není v České republice postulovaná dostatečně jasně.

V případě českého zařízení neproběhla žádná zásadní změna ve vnímání osob s mentálním postižením, jako tomu bylo v holandském Arduinu v podobě přijetí změny paradigmatu. Jak jsme ukázali v předchozí podkapitole, Van Loon zcela jasně uvádí, že přijetí nové, v té době v podstatě revoluční definice mentálního postižení dle AAMR znamenalo nutnost naprosto nového přístupu k lidem s postižením a k poskytování

sociálních služeb této cílové skupině. V České republice je sice množství organizací, které se dlouhodobě zabývají prací s lidmi s postiženími, dokonce i takových, které se již specializují na medializaci problematiky práv osob s postižením a jejich začleňování do společnosti,²⁹ ale nezdá se, že by jejich aktivity byly natolik silné, aby např. vyvolaly skutečně rozsáhlou celospolečenskou diskusi, která by ve svém důsledku teprve vedla k přijetí vládních dokumentů a akceptaci legislativního závazku pro cestu deinstitucionalizace. Poslední krok tohoto řetězce, tedy onen legislativní závazek, se sice stal realitou, otázkou ale zůstává, zda tím, že bylo jaksi bezprostředně přikročeno přímo k důsledku (přijetí závazných norem), aniž by se ale byla odehrála změna v postoji k lidem s postižením, může být vůbec nalezeno něco, co by mohlo odpovídat filozofii změny. Tuto popisovanou slabinu pak vystihuje nejlépe sama koncepce MPSV, kde se uvádí:

„Pro realizaci procesu deinstitucionalizace je nezbytná společenská shoda završená politickým rozhodnutím a následný plán podpory tohoto procesu. Materiál koncepce podpory transformace deklaruje zájem státu na směřování vývoje sociálních služeb v České republice do podoby odpovídající vyspělým státům EU a definuje jednotlivé aktivity podpory transformačního procesu.“ (Koncepce, 2007, s. 4)

Otázka zní, zda je možné v České republice obecně nějakou filozofii změny v daném kontextu vůbec vysledovat. Není jasné, kde je zachycena nějaká významná skutečnost, posun, v němž by bylo zásadní východisko nahlíženo diametrálně odlišně od minulosti, kdy byl uplatňován medicínský model. Největší otázkou totiž zůstává, zda tím, že bylo přistoupeno k legislativnímu závazku k deinstitucionalizaci, skutečně nebyl opomenut právě jakýsi vývojově důležitý krok či prvek, kterým byla v holandském Arduinu právě změna paradigmatu. Je tedy důvod k určité smělosti a prohlásit zde, že v České republice je proces změny velkokapacitních služeb veden nejasnými, nekonkrétními a ne zcela jasně ukotvenými myšlenkami, jejichž podstata, dá-li se shrnout, je vyjádřena spíše změnou způsobu poskytování služeb, nikoli změnou přístupu k lidem s postižením.

Autor této práce se dále domnívá, že základní myšlenkou, která v daném srovnávaném zařízení vede filozofii změny, nejlépe vystihuje pojem humanizace, spíše než

²⁹ Jmenujme např. občanské sdružení Inventura, které vzniklo v roce 2005 jako aktivita se snahou měnit představy veřejnosti o životech lidí s mentálním postižením a integrovat tyto lidi do společnosti skrze podporu a zviditelňování jejich umělecké činnosti. [cit. 8. 4. 201]. Dostupné z: <http://www.inventura.org>

deinstitucionalizace, jak jej vymezuje prostřednictvím Kritérií a Koncepce i samotné MPSV coby nositel hlavních myšlenek změny. Pokusíme se tedy ještě dále stručně analyzovat další významné formulace, které se v těchto materiálech objevují, neboť tyto jsou určitými myšlenkovými východisky procesu změny srovnávaného českého zařízení.

Z našeho pohledu je tedy další zajímavou formulací následující pasáž Koncepce, která říká, že *„je jasné, že určitá část uživatelů bude potřebovat péči pobytových služeb. Tyto služby musí být poskytovány tak, aby se přirozenému prostředí co nejvíce přibližovaly.“* (Koncepce, 2007, s. 15)

Otázek, které tato formulace vyvolává je opět mnoho. V první řadě je zde explicitně vyjádřen předpoklad, že existence pobytových služeb je jakousi nutností, že jejich úplná neexistence je nemožná. Neuralgickým bodem je ale pravděpodobně to, jak vágním způsobem je uveden akcent na charakter pobytových služeb, tedy na podmínku, aby se přirozenému prostředí přibližovaly „co nejvíce“. Není však jasné, co se touto mírou myslí, jak by měla realita služby co nejbližší přirozenému životu vypadat. Je možné vyvodit, že daná formulace vystihuje nejzásadnější slabinu celého pojetí filozofie změny deinstitucionalizace v českém prostředí. Nechává totiž velmi mnoho otevřeného prostoru pro subjektivní posouzení zřizovatele či managementu organizace, takže např. v případě srovnávané české služby při nastavení a úrovni její motivace (která byla v tomto případě velmi nízká), jak již byl tento faktor pojednán, zde vzniká velké riziko, že se proces změny bude zaměřovat právě za humanizaci, která však, jak ukážeme dále i dle samotného vymezení MPSV, může podporovat jen další nárůst neurčitosti celého procesu.

Humanizace současných pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením totiž dle MPSV znamená:

„změnu v zaměření se na uživatele služby jako individuality a z toho plynoucích činností. Účinným nástrojem v individualizaci péče jsou standardy kvality v sociálních službách, jejichž proces zavádění je třeba podporovat především v oblasti ústavní sociální péče. Při důsledném naplňování principů kvality v sociálních službách bude docházet k pozitivním změnám v odbornosti, kvalitě a individualizaci poskytované služby. V přístupu k uživateli se bude měnit poměr mezi péčí a podporou ve prospěch podpůrných činností. Podpora vede člověka k možnosti využití vlastních kapacit a sebeaktivaci, péče naopak může zvýšit závislost člověka na pečovateli. Míra podpory závisí na skutečných potřebách člověka, vychází z jeho úrovně psychomotorického vývoje, kvalitní odborné

diagnostiky, poznání jeho osobnosti a cílů vytvořeného osobního plánu rozvoje.“ (Koncepce, 2007, s. 14).

V tomto pojetí je patrný důraz na individualizaci péče a tím i k individualizaci poskytované služby, která má být řízena dle standardů kvality. Má se také měnit „poměr mezi péčí a podporou“. Otázkou je, zda tento proces, jak je vymezen, potřebuje samostatnou oporu v koncepčním materiálu, pakliže se odkazuje na standardy kvality, ve kterých je již důraz na podporu a individualizaci služby implicitně obsažen. Jiná definice humanizace, která je uvedena v Kritériích (2009, s. 20) popisuje ale tento pojem tak, že *„investice do změny v původních velkokapacitních zařízeních jsou zaměřeny na modernizaci stávajících pobytových zařízení sociálních služeb se záměrem zvyšování kompetencí jejich uživatelů s cílem opustit původní velkokapacitní zařízení směrem do služeb s malou kapacitou.*“

V Koncepti najdeme vymezení cíle transformace, kdy jde o to *„vytvořit koordinovanou síť služeb pro uživatele umožňujících život v přirozené komunitě a minimalizovat dosud preferovaný způsob poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče.*“ (2007, s. 13). Zde je podstatným prvkem *život v přirozené komunitě*. Podle Koncepce to znamená především odklon od budování ústavní sociální péče, větší podporu investic do rozvoje terénních a ambulantních služeb, zaměření se na humanizaci stávajících pobytových služeb a jejich rozpuštění do přirozené sítě služeb v komunitě (Koncepce, 2007, s. 13). Dá se říci, že již zde převažují hlediska technická a strategická. Dokument se dále odvolává na právo člověka na kvalitní život a na vývoj v jiných zemích EU, aniž by však bylo specifikováno, co pojem „kvalitní život“ znamená. Opět je zdůrazňováno, že *„je nutné umožnit lidem se zdravotním postižením žít v přirozené komunitě s podporou vycházející podle individuální míry a rozsahu jejich potřeb.*“ (Koncepce, 2007, s. 13). V oblasti humanizace má být důraz kladen na podporu (oproti péči), přehodnocení osobní situace uživatele, prověření diagnóz a medikace, vytvoření plánů péče a podpory a dále revize naplňování lidských a občanských práv (a to zejména ve vztahu ke způsobilosti k právním úkonům a ve vztahu k opatrovnictví) (Koncepce, 2007, s. 14-15). Deinstitutionalizace má pak dle této Koncepce spočívat v podpoře rozvoje služeb chráněné bydlení, osobní asistence a podpory samostatného bydlení.

Zajímavý je také následující postulát, který říká, že požadavek na služby co nejbližší přirozenému životu je *„charakterizován především malou kapacitou zařízení*

(snížit kapacitu zařízení v souladu s dobrou praxí EU, podle níž by počet obyvatel jednotlivých bytů či budov měl odpovídat velikosti malé skupiny jako je například velikost rodiny či školní třídy), vybavením (zařízení ani oblečení personálu nesmí připomínat nemocnici), režimem a způsobem života klientů (individualizovaný režim) a umístěním v běžné zástavbě. Vždy i u těchto služeb musí být centrem zájmu uživatel.“ (Koncepce, 2007, s. 15-16)

V tomto sdělení opět převládá východisko zdůrazňující zejména to, jak by měla vypadat sociální služby, kvalita života klienta je pak zmíněna spíše jen okrajově. Charakterizuje se zde opět spíše technické hledisko, tzn. např. kde má služba být a jak má být strukturovaná kapacitně. Podtržením tohoto přístupu je pak i již explicitnější vymezení naznačené filozofie, kdy je popisována přímo základní idea nové pobytové služby, která říká, že má jít o „poskytování služeb v malých bytových jednotkách, jejichž management a technické zázemí (např. vedení organizace či zajištění stravování) je možné centralizovat v rámci aktivit jednoho poskytovatele umístěných v běžné zástavbě.“ (Koncepce, 2007, s. 16). Těžiště v technickém hledisku se zde tedy objevuje opět. Úžeji se naopak kvality života uživatele pak Koncepce dotýká vyjádřením, že cílem integrace do společnosti je respektování práva sociálních služeb. Jedná se zejména o právo na rovné příležitosti a právo možnosti svobodného rozhodování o otázkách svého života (Koncepce, 2007, s. 16).

2.6.3. Komparace filozofie změny

Porovnat oba přístupy a dostatečně je posoudit není jednoduché. Ve filozofických východiscích se klade v českém prostředí důraz zejména na technická a materiální kritéria nových služeb. Společným jmenovatelem je zde kvalita služby, nikoli tedy života uživatele, jak je naopak jasně definováno v přístupu v případě deinstitutionalizace zařízení holandského. Jsou vymezována převážně technická, materiální a strukturální hlediska změny, to znamená především to, jak by měla vypadat deinstitutionalizovaná služba a jak by měl proces proběhnout. V případě holandského zařízení jde však především o nazírání na mentální postižení a přístup k uživatelům s mentálním postižením a prostřednictvím tohoto pohledu jsou pak vymezovány jednotlivé koncepty. Dalším znakem je pak určitá posloupnost, s jakou se filozofie v obou srovnávaných zařízeních rodí. Zatímco

v holandském přístupu je patrné, že se od filozofie změny vycházelo a jejím prostřednictvím byla deinstitucionalizace realizována, v českém kontextu má být podobná filozofie spíše důsledkem. Otázka je, zda tento přístup může k úspěchu vést.

Zkušenosti ze zahraničí ukazují, že když není změna místa poskytování sociální služby paralelně doprovázena rovněž náležitou změnou přístupů a postupů pracovníků služby k jejím uživatelům, to znamená, pokud dojde k pouhému přestěhování do jiné služby (splňující v českém případě kritéria vymezená MPSV), nedochází pak ani ke zlepšení podmínek a životního způsobu uživatelů služby (Mansell, Ericsson, 1996, podle Havrdová, 2013, s. 50). Zásadní kritika vycházející z toho srovnání pak zní, že přístup uplatňovaný v deinstitucionalizaci české sociální služby, jak je zejména prostřednictvím Kritérií aktuálně nastaven, není s to zaručit, že služby po procesu změny povedou nutně i ke zlepšení podmínek uživatelů v nich žijících. Z uvedeného také dále vyplývá, že na druhé straně právě změna přístupu pracovníků může vést ke zlepšení kvality života uživatele.

Celkově se dá tedy vyvodit, že pokud dojde pouze ke změně podmínek poskytování služby, třeba v souladu s Kritérii a dalšími materiály, ale nedojde zároveň ke změně přístupu pracovníků, je možné vybudovat v podstatě malý ústav, který bude svým fungováním replikovat způsoby přenesené z velkého zařízení pouze s tím rozdílem, že se budou odehrávat např. v domácnosti o menším počtu osob, ale medicínský model zůstane zachován a služba dimenzovaná pro menší počet osob bude stále (v nejhorším případě) i nadále naplňovat znaky totální instituce.

Kritéria samotná, ani Koncepce transformace jasně nevymezují, jaké mají být postoje pracovníků, resp. není nabídnuto jasné vodítko, jakým byla v Arduinu definice mentálního postižení se svými dalšími implikacemi. Uvádí se sice, že je důraz kladen i na vzdělávání a přeškolení pracovníků a že vzdělávání má být rovněž řízeno. Doporučení pro tuto aktivitu jsou však spíše vágní a nic neříkající. Kritéria k této oblasti uvádí, že přeškolení pracovníků má přesná pravidla, personálu je učiněna nabídka rekvalifikace, organizace změnu s pracovníky komunikuje, aby rozptýlila případné obavy. Pracovníkům, kteří nemohou nebo chtějí být ve změně účastníky má organizace pomoci při hledání nové práce a má být také stanoven harmonogram pro hledání a zaškolování pracovníků nových (Kritéria, 2009, s. 33). Otázkou však dále zůstává, jakým způsobem by měla být následující doporučení realizována, aby byla skutečně efektivní.

Důležitá ve srovnávání obou filozofií změny je skutečnost, že v holandském zařízení byla filozofie změny zahájena právě změnou přístupu k lidem s postižením, celkovou změnou postojů (manifestovanou a provázenou zásadním krokem personální změny ve vedení služby a změnou myšlení) jako naprosto základním a klíčovým východiskem pro všechny další realizované aktivity. Na druhé straně, v případě české sociální služby je tato změna postojů, vyjádřena v Kritériích v oblasti vzdělávání a přeškolení, vymezena spíše povrchně a nestává se základním východiskem. Korelace mezi postoji pracovníků vůči změně (resp. vůči uživatelům s postižením) a nové služby může být naprosto zásadní pro zdárnou realizaci celého procesu deinstitucionalizace. Pro pracovníky znamená „*nejen změnu v místě poskytování služby, ale zejména apel na změnu v přístupu, jehož základními hodnotami se mají stát vlastní rozhodování uživatelů, individuální volba a možnost žít běžný život.*“ (Havrdová, 2013, s. 50).

V porovnání obou filozofií je tedy možné dedukovat, že management holandského Arduinu si tyto skutečnosti uvědomil hlouběji a vyvodil z popsaného přístupu konsekvence v podobě zcela jinak konstruovaných konceptů, zatímco v českém prostředí hraje stále roli technicko-materiální hledisko a otázce postojů a hodnot pracovníků jako esenciální prvek pro úspěšnost provedení změny není přikládána dostatečná váha, nebo dochází přinejmenším k jejímu marginalizování tím, že je v klíčových dokumentech uváděna pouze jako jedna z mnoha oblastí. Také Havrdová (2013, s. 50-51) uvádí, že „*závislost kvality nově (komunitně) poskytovaných služeb na postojích a hodnotách organizace, přímo se odrážejících v přístupu pracovníků ke klientele i službě, a tím i na roli organizačních lídrů, je v kontextu změnového transformačního procesu zatím málo reflektována.*“

2.7. Analýza konceptů

Jak jsme již vymezili v kapitole Koncepty, koncepty zde vnímáme jako určité myšlenkové rámce, které navazují a rozšiřují celkovou filozofii změny. Jaké byly tyto jednotlivé koncepty v obou zařízeních, nyní popíšeme a v závěru opět porovnáme. V holandském Arduinu šlo o rozpracování změny paradigmatu ve vnímání mentálního postižení. V případě českého domova se jednalo spíše o materiálně-technická kritéria.

2.7.1. Holandské zařízení – koncepty

Základním rámcem užitým při deinstitucionalizaci holandského Arduinu je přechod od kvality péče ke kvalitě života. Tento koncept, který vychází z již vymezené filozofie změny (změna paradigmatu ve vnímání lidí s postižením) je dále rozpracován do konkrétních postupů. Pokusíme se je dále ve stručnosti uvést. V diskusi o kvalitě péče pro lidi s mentálním postižením jsou obvykle lidé s postižením podle Van Loona popisováni jako „zákazníci“ nebo „klienti“ spíše než jako občané společnosti. Perspektivy personálu a zařízení jsou zde obvykle důležitější, než perspektivy klientů. Druh výsledků, který je v konceptu kvality péče považován za hodnotný, je často tvořen snadno dosažitelnou a snadno měřitelnou cestou (Van Loon, 2011, s. 99). Van Loon vyvozuje, že ačkoli má každá sociální služba za to, že ví, jaké jsou její cíle, systém kvality péče nedává žádnou záruku toho, že existující znalosti stran předpokladů kvality života (jako je sebeurčení a osobní rozvoj), budou zdárně implementovány (Van Loon, 2011, s. 99).

Hlavní zaměření v konceptu kvality péče je kladeno typicky na proces. Toto zaměření pak dovoluje organizaci investovat energii do struktur, skrze něž je tato péče poskytována. Tento procesní přístup však někdy potlačuje rozhodnost a v některých případech dokonce může zcela zakrýt to, když jsou úplně opuštěny principy, podle kterých má být sociální služba poskytována. Jednoduše řečeno, kritika konceptu kvality péče vychází z přesvědčení, že zde hrozí riziko, že kvůli přílišnému soustředění se na procesy, tedy na otázku „jak věci děláme“, zapomeneme na cíl poskytování služby, tedy na otázku „proč věci děláme“. Základní rozdíl mezi konceptem kvality péče a konceptem kvality života je naznačen v následující tabulce.

	Kvalita péče	Kvalita života
Perspektiva	Poskytovatele	Člověka ve svém přirozeném prostředí
Zájem o	Procesy	Výstupy
Obsah	Řízení systému péče	Podpora a její dopady na osobní život člověka
Typická kritéria pro hodnocení	Hospodárnost, účinnost, plánování, spokojenost klienta	Na hodnotách založené dlouhodobé výstupy: inkluze, osobního rozvoje a sebeurčení
Struktury	Současný systém péče potřebuje pouze vylepšení	Podpora musí sloužit člověku v konkrétním případě, dokonce i tehdy, pokud musí být nalezena struktura jiná, alternativní

Tabulka č. 3 Zásadní rozdíly mezi zaměřením na kvalitu péče a kvalitu života (Van Loon, 2005)

Zkušenost holandského Arduinu ukázala, že je nutné v rámci tohoto konceptu přijetí pěti základních principů a z něj vyplývajících čtyř klíčových strategií. Tyto principy a strategie stručně shrneme v následující stati.

Principy

- 1. Zajištění kvality života pro každého jednoho klienta**
- 2. Zaměření na dlouhodobé na člověka zaměřené výsledky**

Výsledky při zaměření se na dlouhodobé cíle znamenají změnu v osobní zkušenosti a životních podmínkách klienta a jsou odlišné od těch, které jsou dimenzovány v krátkodobých horizontech. Tento systémový přístup je charakterizován těmito

komponenty: zdroje - zahrnující kapitál, personál, čas a znalosti; procesní program - znamená obsažené služby a poskytování podpory, jednotlivé složky programů, modely jejich osvojování personálem a přístup k distribuci podpory, jako je např. proces individuálního plánování (a individuální plány); programové výstupy – mají vztah ke kvalitě péče, cílům zajišťování kvality a k cílům zajišťování podpory; krátkodobé výstupy – subjektivní pocit pohody (např. štěstí), umístění klienta; dlouhodobé výstupy – zahrnují změny v osobních zkušenostech a životních podmínkách.

Sociální služba, která úspěšně přejde od konceptu kvality péče ke konceptu kvality života, musí klást důraz na měření na osobu zaměřených výsledků, které mají spojitost s tím, jak se mění osobní zkušenosti klienta a podmínky jeho života a které zároveň znamenají růst jeho samostatnosti, produktivity, začlenění do společnosti a celkové spokojenosti (Van Loon, 2005, s. 111).

3. Použití paradigmatu podpory

Paradigma podpory se zaměřuje především na použití systému míry nezbytné podpory jako základu pro plánování a začlenění praxe plánování zaměřeného na člověka s cílem osobního růstu, rozvojových příležitostí, začlenění do komunity a empowermentu. Podle Luckassona (2002, podle Van Loon, 2005, s. 111) tento rámeček znamená, že podpora je poskytována v běžném integrovaném prostředí (tzn. v domácnosti uživatele), jednotlivé aktivity podpory se uskutečňují primárně v běžném rámci, kdy lidé pracují, bydlí, učí se nebo tráví volný čas v běžném prostředí. Aktivity podpory jsou na člověka zaměřené a podpora je řízená skrze manažera podpory. Výsledky jsou hodnoceny dle indikátorů kvality a měření je založeno na individuálních hodnotách. Důležité je i to, že podpora se může měnit na základě různých fází v životě každého člověka.

4. Posilování personálu a osob s mentálním postižením

Van Loon (2005, s. 111) dále uvádí jednu velice důležitou věc, a sice že typická změna organizace probíhá zespoda nahoru, nikoli shora dolů. To znamená, že bez ohledu na poslání organizace a její administrativní direktivy se opravdová organizační změna objeví pouze tehdy, pokud personál i klienti s mentálním postižením jednají jinak. Tuto změnu je nutno zprostředkovat skrze posilování schopnosti rozhodovat se, sám se řídit, přijímat riziko a zakoušet vlastní práva a také odpovědnost (a to jak u klientů, tak

u pracovníků). Toto sebeurčení a empowerment pak podle sestává z použití dvou kritických komponentů - přístupu, který vede lidi k definování vlastních cílů a schopnosti převzít iniciativu při jejich dosahování.

5. Být proaktivní a orientovaný na změnu

Přechod od kvality péče ke kvalitě života může být úspěšný pouze tehdy, pokud se změní základní hodnoty a organizační kultura. Kritickou částí této změny je posun k tzv. „učící se“ organizaci. Hlavní charakteristiky takové organizace jsou zejména to, celá organizace a její pracovníci zaznamenávají, interpretují a řídí své zkušenosti a dochází ke změně jejich postojů, znalostí a chování. Důraz je kladen na to, že v procesu učení se dochází ke zvyšování potenciálů k inovacím a růstu a dochází tím pak také k nahrazování rutinních postupů, strategií, postupů. Důležité v tomto bodě je uvědomění, že jediná možnost změny je skrze změnu každého jednoho člena organizace (Van Loon, 2005, s. 112).

Klíčové strategie změny

Klíčové strategie změny tvoří implementační rámce pro výše uvedené principy, umožňují realizaci vize a zajištění motivace:

1. Vědět, kam jdeme

Schalock uvádí, že zkušenosti s podobnými programy přechodu od kvality péče ke kvalitě života vedli k identifikaci šesti společných charakteristik přechodu do komunity. Tento přechod je progresivní, zahrnuje i rodiče a jde přes zákonodárce, místní vlády, školy, agentury aj., zahrnuje jednotlivé osoby jako nositele různých týmových rolí (vizionář, organizátor, promotér), obsahuje množství konceptů, které pohání pohyb směrem k začleňování, rovnosti, empowermentu, kvalitě života a paradigmatu podpory a konečně, je veden principy normality, právem, důrazem na systémové, organizační a na osobu zaměřené výsledky (Schalock, 2002, podle Van Loon, 2005, s. 113).

2. Porozumět zkušenostem úspěšných organizací a změnám v úrovních systému

U měnících se organizací lze vysledovat některé shodné prvky, které jsou při přechodu klíčové a je nutné je při zavádění změny konceptu (od kvality péče ke kvalitě

života) respektovat i při změně sociální služby. Jde o následujících sedm charakteristik: otevřenost k přijímání rizika; sdílené hodnoty pohánějící službu; průběžné sebehodnocení; napojení na externí zdroje; celostní pohled na potřeby klienta; přímé zapojení všech pracovníků do formulování cílů organizace a rozhodování a důraz na neustálé zlepšování (Van Loon, 2005, s. 113).

3. Měření výsledků

Přechod od konceptu kvality péče ke kvalitě života znamená odklon od důrazu na procesy k důrazu spojujícímu jak kvalitu služby, tak i měřitelné indikátory výstupů. Van Loon doporučuje, aby organizace v procesu změny měřila své výsledky v těchto oblastech: výsledky individuálního výkonu klienta (fyzická a materiální pohoda); výsledky individuálních hodnot (emocionální pohoda, osobní rozvoj, sebeurčení, interpersonální vztahy, sociální začleňování a práva); výsledky organizačního výkonu (koordinace služby, finanční stabilita, fluktuace zaměstnanců) a výsledky hodnot organizace (přístup ke službám, spokojenost uživatelů a kompetence personálu) (Van Loon, 2005, s. 115).

4. Řízení výsledků

Řízení výsledků vyžaduje podle Van Loona (2005, s. 116) tři klíčové změny ve způsobu manažerského myšlení. První změnou je myšlení zaměřené na požadované výstupy a vyplývající otázky „Co se musí stát proto, abychom výsledku dosáhli?“. Odpověď na otázku znamená, že organizace vynakládá úsilí na určování významných předpokladů požadovaných výsledků. Identifikace těchto předpokladů je pak přenesena na všechny úrovně organizace. Druhou změnou je otázka, jak je koncept zajišťování a sledování kvality v organizaci implementován. Van Loon uvádí, že v organizacích, které řídí péči, se řízení kvality rovná programovým výstupům, zatímco v organizacích, kde je důraz na kvalitu života řízení kvality, je procesem monitorování technik zvyšování kvality a evaluace výstupů (Van Loon, 2005, s. 115). Tento rozdíl přináší přehledně následující tabulka.

Domény kvality života	Sledované proměnné	Indikátory výstupů
Emocionální pohoda	Zvyšování bezpečného, stabilního a předpověditelného prostředí, pozitivní zpětná vazba	Spokojenost, sebepojetí, nepřítomnost stresu
Interpersonální vztahy	Pěstování přátelství, posilování intimity, podpora rodin	Interakce, vztahy, dosažená podpora
Materiální pohoda	Vlastnictví, držení majetku, zaměstnání	Finanční status, zaměstnanecký status, status bydlení
Osobní rozvoj	Vzdělávání a trénink, augmentativní postupy	Osobní kompetence a jejich projevy
Fyzická pohoda	Zdravotní péče, mobilita, výživa	Stav zdraví, aktivity dne, odpočinek a rekreace
Sebeurčení	Možnosti volby, osobní kontroly, rozhodování, osobní cíle	Autonomie, cíle a osobní hodnoty, volby
Začleňování	Role v komunitě, aktivity v ní, dobrovolnictví	Začlenění v komunitě, role v komunitě, sociální podpora
Práva	Soukromí, možnost volit, občanská odpovědnost	Lidská a občanská práva

Tabulka č. 4 Proces zajišťování kvality v organizaci zaměřené na kvalitu života uživatele (Van Loon, 2005)

Třetí změnou pak zahrnuje management neustálého zlepšování, jeho cíle jsou vymezovány jako zvyšující se spokojenost uživatele, kvalita produktu, efektivnost a účelnost.

5. Systémová orientovanost

Van Loon uvádí, že lidé organizace stejně jako jednotliví lidé žijí, nebo se nacházejí v systému, který se skládá mikroúrovně (jedinec a jeho rodina), mezosystému (např. vzdělávací programy) a makrosystému (široká společnost). Přejít od kvality péče ke kvalitě života pak požaduje určitou citlivost ke každému z těchto subsystémů. Nutné je věnovat pozornost rolím, které tyto subsystémy v procesu změny hrají.

Koncept kvality života, namísto kvality péče, který byl použit jako nosná struktura změny v procesu deinstitucionalizace holandského Arduinu znamená naprosto jinou orientaci, než je známa z tradiční ústavní péče. Zaměření se na kvalitu života znamená „*položít hlavní důraz na dlouhodobé, individuálně určené výstupy, spojené s nezávislostí, produktivitou a začleněním do komunity a vycházet z poskytování individualizované podpory.*“ (Van Loon, 2005, s. 117). Schalock a Verdugo (2009, s. 62) uvádějí, že koncept se postupem času rozšířil, až z něj vznikl komplexní rámec, měřitelný model, který je i nadále v současnosti rozvíjen.

2.7.2. České zařízení - koncepty

Kritéria transformace pak Koncepti rozšiřují, vymezují bližší charakteristiky, jak by měla transformace probíhat. Dá se shrnout, že tato kritéria jsou zaměřena především na technické parametry. Zjišťujeme, že jde o popis jednotlivých operací, jako jsou provádění analýz, návrhy systémů alternativních služeb, plány přesunu zdrojů, příprava a stěhování uživatelů, příprava a přeškolení personálů, logistická podpora, monitoring a hodnocení nového stavu apod. Jednoduše se dá říci, že jde o kritéria převážně technicko-materiální, nikoli ideová, jako je tomu v případě holandského Arduinu v rámci komplexní změny paradigmatu ve vnímání osob s postižením coby základního filozofického východiska deinstitucionalizačního procesu. V dokumentu Kritéria se dále uvádí, že budou podporovány aktivity zaměřené na „*transformaci, případně humanizaci vybraných zařízení sociálních služeb, které povedou k vyrovnávání příležitostí uživatelů daných zařízení v uplatnění se na trhu práce a ke zvýšení dostupnosti veřejných služeb a kvality služeb sociálních.*“ (Kritéria, 2009, s. 6). Opět je nasnadě, že důraz se klade především na kvalitu sociální služby jako takové.

Koncepty, podle nichž je řízena deinstitucionalizace vybraného českého zařízení sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením a které jsou obsaženy v již uvedeném dokumentu MPSV *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče* se zde pokusíme podrobněji uvést. Kritéria jako dokument sám o sobě obsahuje slovník pojmů, specifikaci cílů podpory transformace a kritérií podpory a samotná kritéria transformace. Tato obsahují technické charakteristiky pro jednotlivé typy domácností (definují individuální domácnost, skupinovou domácnost,

domácnost pro osoby s vysokou mírou podpory, domácnost pro děti a mladé dospělé se zdravotním postižením, zázemí pro služby, zázemí pro management, humanizaci atd.). Dále obsahují provozní charakteristiky (jako všeobecná atraktivita, vnitřní povrchy, kvalita prostředí, osobní charakter obytných prostor či vybavení), procedurální charakteristiky (jako jsou individuální posouzení potřeb uživatele, volba bydlení a oslovování, podpora sociálních kontaktů, volba oblečení apod.) a personální charakteristiky (jako jsou výběr a přijímání pracovníků, pozornost vzdělávání, pracovní náplně atd.). V další části dokumentu jsou pak konečně vymezeny charakteristiky procesu transformace, kterým se zde budeme věnovat jako konceptům nejvíce. V dokumentu se uvádí, že poskytovatel má v procesu transformace sledovat následující aspekty (Kritéria, 2009, s. 28):

- Zvyšování povědomí o transformaci a humanizaci služby
- Řízení procesu
- Analýza na úrovni instituce
- Analýza na národní úrovni a úrovni kraje
- Návrh alternativních služeb
- Plánování přesunu zdrojů
- Příprava a přestěhování uživatelů
- Příprava a přesun zaměstnanců
- Logistika
- Monitorování a vyhodnocení

1. Zvyšování povědomí o transformaci a humanizaci služby

V tomto bodě se uvádí, že pro zajištění pozitivního zapojení do procesu změny je nutné uvědomění všech negativních důsledků života v ústavu a důvody, proč je vhodnější, aby uživatel žil svůj život v běžné komunitě. Je proto nutné, aby bylo z pozice zařízení či organizace zvýšeno povědomí mezi uživateli, zaměstnanci, v lokálních médiích, v komunitách, mezi rodinnými příslušníky uživatelů a mezi regionálními politiky (Kritéria,

2009, s. 28). Kritéria již ovšem nepopisují, jak by mělo toto zvyšování povědomí konkrétně vypadat.

2. Řízení procesu

Oblast řízení procesu vymezuje na prvním místě tzv. *transformační tým zařízení/instituce*. Tento tým zařízení má zodpovídat za proces změny. Má zahrnovat vedoucího pracovníka, sociálního pracovníka, psychologa (či terapeuta, vychovatele), ekonomu, zástupce pracovníků v přímé péči, zástupce administrativních pracovníků, externího pracovníka a zástupce zřizovatele. V oblasti řízení procesu se dále hovoří o *rizicích transformace*. Organizace má identifikovat rizika změny a stanovit postup pro jejich prevenci a řešení. Dokument vymezuje některá již známá rizika (např. přestěhování pouze uživatelů s nízkou mírou podpory, slučování institucí, nevhodné soustředění klientů do skupin, nahrazování odchozích uživatelů novými, nezohlednění individuálních potřeb uživatelů apod.). Dalším, a posledním bodem v této podkapitole je pak *řízení procesu a respektování potřeb uživatele*. Organizace má zvažovat nová místa, která jsou pro přechod uživatele k dispozici, a má připravovat uživatele na přechod do jiného typu služby. Dále má také připravovat plány přechodů uživatelů a podporovat kontakty s rodinou uživatel. Organizace má také sledovat a vyhodnocovat adaptaci uživatele v novém prostředí. Během stěhování mají být respektovány stávající vazby mezi uživateli a zohledňovány jejich potřeby a přání (Kritéria, 2009, s. 31).

3. Analýza na úrovni instituce

Zde se uvádí, že má dojít ke shromáždění podrobných údajů o uživatelích a také ke zmapování důležitých údajů o personálu a budově, v níž se zařízení nachází. Nutné je dle Kritérií sledovat i pohyb počtu osob v zařízení (příchody a odchody). Prvním důležitým bodem této oblasti je *posouzení potřeb uživatele*. Dle tohoto posouzení má být vybráno nové umístění uživatele, které má odpovídat právě jeho potřebám a slouží také jako základ pro vypracování individuálního plánu péče o uživatele (Kritéria, 2009, s. 31). *Plán přestěhování uživatele*, za který odpovídá sociální pracovník, má být vypracován na základě podkladů, odborného posudku (ten zahrnuje sociální posudek, psychologický a psychomotorický posudek, zdravotní posudek atd.). Pro posuzování uživatele má být

určen tým pro přípravu posudků, určeny nástroje posuzování a shromážděn potřebný materiál.

4. Analýza na národní úrovni a úrovni kraje

Organizace má spolupracovat při provádění analýz na krajské a národní úrovni. Analýzy jsou zaměřovány na zhodnocení fyzických zdrojů, kdy jsou identifikovány budovy, pozemky a majetek. Dále jde o zhodnocení lidských zdrojů, např. personál původní instituce, zástupci samospráv, zástupci církví, dobrovolníci apod. Jinou oblastí analýz je pak zhodnocení finančních zdrojů. Mapovány mají být již existující alternativní služby a hodnocen jejich rozsah (Kritéria, 2009, s. 30).

5. Návrh alternativních služeb

V této oblasti se říká, že údaje shromážděné z realizace předchozích aktivit by měli být dostatečné k navržení nových domácností, denních programů a nových terénních a ambulantních služeb, což se má promítnout v transformačním plánu zařízení, který je vytvářen na základě dalších kritérií MPSV (Kritéria, 2009, s. 32).

6. Plánování přesunu zdrojů

V této oblasti na základě analýz dochází k vytváření plánu přesunu finančních a lidských zdrojů. Vytvářejí se jednotlivé etapy využití nemovitostí, má být komunikován záměr opustit stávající budovy a poskytovatel má také sám navrhnout, jaké by mělo být možné využití budov. S těmito záměry mají být také seznámeni zaměstnanci instituce (Kritéria, 2009, s. 32).

7. Příprava a přestěhování uživatelů

Materiál uvádí, že stěhování uživatelů má probíhat s ohledem na jejich potřeby a má být bráno na vědomí, že změna pro ně většinou znamená stres. Má být reflektována zranitelnost osob, které mají navíc specifické potřeby. Snižování počtu uživatelů má

probíhat postupně, aby byla věnována pozornost jednotlivým uživatelům. Formální náležitosti mají být vyřízeny ještě před opuštěním zařízení uživatelem. Poskytovatel se v přípravě na přestěhování uživatele má zaměřit zejména na tři nejdůležitější způsoby přípravy. Jde o vytváření vztahů důvěry s pracovníky, seznamování uživatele s novým místem a terapií vývojových opoždění a řešení problémů s chováním, což mívá souvislost s vazbami na objekty i osoby (Kritéria, 2009, s. 33).

8. Příprava a přesun zaměstnanců

Kritéria uvádí, že tato oblast má mít jasná pravidla. Pracovníkům má být nabídnuta možnost rekvalifikace. Organizace má se všemi zaměstnanci o procesu změny jasně komunikovat (nejvíce s těmi, kteří se změnou cítí být ohroženi). Organizace má pomoci najít jinou práci těm pracovníkům, kteří už nemohou či nechtějí být součástí změny a má mít také stanoven harmonogram pro získávání a zaškolování pracovníků nových (Kritéria, 2009, s. 33).

9. Logistika

V oblasti logistiky je třeba mít časový plán, který zohledňuje zejména potřeby uživatelů, jejich připravenost na změnu a existenci nových služeb. Tento plán má organizace jasně stanovit. U stávajících pracovníků má být jasné, se kterými z nich se počítá do nových služeb. Všichni pracovníci jsou do procesu plánování zapojováni prostřednictvím pravidelných diskusí o změně. Výběr a vzdělávání pracovníků na nová místa mají být otevřené a spravedlivé (Kritéria, 2009, s. 32).

10. Monitorování a vyhodnocení

V poslední oblasti má být monitorováno přestěhování každého uživatele služby a zaznamenávána jeho adaptace v novém místě. Tato adaptace má být následně vyhodnocována (v oblastech jako např. aktivizační postupy, zdraví a chování uživatele apod.). Materiál uvádí, že „*klíčovými indikátory jsou zdravotní stav uživatele a jeho*

psychický vývoj.“ (Kritéria, 2009, s. 34). Monitoring má být prováděn minimálně 1x 3 měsíce, poté 1x 6 měsíců po období dalších dvou let.

2.7.3. Komparace konceptů

V případě holandského Arduinu je zřejmé, že koncepty v procesu změny použité, byly rozšířením použité filozofie změny, neboť na jednom z prvních míst při strategii změny se opět objevuje změna paradigmatu ve vnímání mentálního postižení. Zároveň zde došlo pod vlivem aplikace tohoto přístupu i ke změně nazírání na organizaci a na změnu v zaměření ve fungování organizace. Vyjádřením tohoto posunu je odklon od kvality péče ke kvalitě života uživatele. Zároveň s tímto konceptem došlo k jeho jednoznačnějšímu vymezení prostřednictvím jednotlivých strategických kroků, jejichž aplikace v Arduinu proběhla jako prověření jinde již použitých schémat, která se ukázala být dobrou a funkční volbou (inspirace zkušenostmi úspěšných organizací).

V případě české služby je zřejmé, že použité koncepty jsou opět zaměřené na technická a materiální kritéria, řeší spíše konkrétní logistiku změny, nikoli však tolik logiku ve smyslu již naznačeném v komparaci filozofie změny. Důraz je kladen na to, jak by měly nové, deinstitutionalizované služby vypadat, nikoli na to, jaký je cíl života klienta v nich, chybí zde dostatečně jasné vymezení základního konceptu, který by vycházel z pevně zakotvené filozofie změny, jako tomu bylo v Arduinu (od kvality péče ke kvalitě života). Pokud se tato rovina objevuje, pak je spíše naznačována a není formulována dostatečně jasně a konkrétně. Kritéria přechodu od poskytování velkokapacitní služby do služeb komunitního typu jsou popsána velmi povrchně a působí spíše jako určité odrazové můstky, které však spíše než jasnou strukturu změny nabízí roztržité a kusé instrukce.

3. Shrnutí a diskuse

V předchozí části, která je výzkumným těžištěm této práce, došlo k analýze a komparaci tří vybraných faktorů procesů deinstitucionalizace holandského Arduinu a české pobytové sociální služby domov pro osoby se zdravotním postižením. V této kapitole se pokusíme shrnout nejdůležitější závěry.

Motivace

Co se týče motivace, zde dochází pravděpodobně k nejjednoznačnějšímu zjištění, které se týká směru, odkud motivace ke změně přichází. Jak bylo ukázáno, v případě Arduinu přišel největší impuls ke změně od blízkých uživatelů služby, která byla v té době v mnoha ohledech zastaralou a nenabízela vhodné prostředí a podmínky pro život lidem s mentálním postižením a v některých případech byla dokonce nehumánní. Na druhé straně, ač skutečnost podobně tristních podmínek byla evidentní i v případě zařízení českého, byl zde hybnou silou zřizovatel, reprezentovaný krajem.

Jak jsme ukázali, někteří odborníci zejména v oblasti managementu procesu změny mají za to, že změna, ke které dochází bez dostatečné úrovně motivace pracovníků a vedení, nemá příliš velké naděje na úspěch a může se snadno stát neudržitelnou a často není možné ji ani dokončit. Na tuto skutečnost upozorňují i někteří odborníci na oblast pobytových sociálních služeb. Otázkou tedy zůstává, jak v případě dalších deinstitucionalizačních projektů u jiných zařízení postupovat tak, aby změna proběhla jako opravdu zvnitřněná, aby nebyla pouze formálně přijímanou a formálně realizovanou skutečností. Jak bylo v kapitole porovnávající motivaci obou zařízení uvedeno, musí zde dojít k jasnému uvědomění nevhodnosti dosavadního způsobu poskytování služeb skrze určité emoční hnutí. Jako velmi dobrou cestou se v praxi ukazuje např. konfrontace s dobrou praxí, kdy jsou pracovníci, kteří jsou přesvědčeni o tom, že způsob, jakým pracují v klasickém ústavním modelu, je dostačující, nuceni porovnat výsledky v sociální službě, kde již změna proběhla a na první pohled je zřejmá diametrálně odlišná kvalita života u jejich uživatelů.

Pokud může být příklad Arduinu inspirací pro naše prostředí, zdá se, že by bylo vhodné, aby byl podpořen a rostl pak také tlak na poskytovatele nevyhovujících

pobytových sociálních služeb zejména ze strany blízkých osob, které tyto služby využívají. Dá se předpokládat, že dostatečně intenzivní upozorňování na nedostatečné podmínky by v případě konkrétního zařízení mohl vyvolat naléhavost změny, jak tomu došlo právě v Arduinu. V této myšlence je ovšem podstatné, že popsaný tlak musí vzejít ze strany blízkých, kteří jsou dostatečně informováni o tom, jak by měla služba pro jejich blízké skutečně vypadat a měli by být také schopni tuto myšlenku artikulovat. Jejich nespokojenost a motivace ke změně by tedy měly být zvnitřněny podobně, jako by tomu mělo být u personálu služby, která do deinstitucionalizace zařízení vstupuje. V případě českého zařízení tento tlak směrem od příbuzných klientů bohužel nevzešel.

Problematická je pak ovšem takováto situace, pokud zařízení vstoupí na cestu změnu spíše z formálních důvodů, nebo je změna iniciována zřizovatelem rovněž z formálních důvodů, jako tomu je právě v analyzované službě české. Zde by snad mohlo být vhodným doporučením, aby v takovém případě zřizovatel velmi zvažoval alespoň případné včasné personální změny a maximálně podporoval i krátkodobé a rychle dosažitelné možnosti změny, které by se mohly stát příkladem pro pracovníky, kteří by nebyli zatím vnitřně přesvědčeni o smyslu deinstitucionalizace. Ač se může jednat o tvrzení a doporučení odvážné, mělo by být na každém zřizovateli, aby pečlivě zvážil všechna rizika, které sebou řízení tak rozsáhlé změny bez dostatečného nastavení nese, tedy možné splnění pouhých technických kritérií změny a současně přenesení ústavního modelu do nových služeb.

Filozofie změny

V oblasti filozofie změny se přes určité potíže ji popsat takovou, jaká v České republice je, ukazuje, že právě obtížné hledání toho, čím je tato filozofie vedena a určována, kde je její základ, je největší slabinou tohoto procesu u nás. Rámec, v němž se má změna odehrávat, je popisován vágně, a přestože dokumenty, v nichž je vymezen, jsou legislativně závazné, působí spíše jako doporučení či dokonce neurčitá přání nebo jako prosté výhledy do vzdálené budoucnosti.

Zdá se, že v této poměrně kritické neurčitosti a převážně doporučujícím charakteru dokumentů se skrývá největší riziko filozofie změny, jak je na příkladu české služby demonstrována. Není pravděpodobně možné dosáhnout úspěšných výsledků, pokud nebude jasněji a zcela konkrétně formulováno, jak by měly služby pro osoby s mentálním

postížením v rámci procesu deinstytucionalizace v České republice vypadat. Je otázkou, zda by materiály, jimiž má být ze strany MPSV proces deinstytucionalizace veden, neměli být důraznější a neměli by jasněji říkat, že naprosto konkrétním požadavkem je existence pouze takových služeb, které zajistí uživatelům život ve zcela běžných podmínkách, nikoli pouze takový, který se jim bude přibližovat. Příklad holandského Arduinu, kde byla filozofie změny vedena změnou pohledu na postižení samo o sobě a která vyústila v to, že dnes všichni klienti původního zařízení (a již také další, kteří služby organizace začali během let postupně nově využívat), dává tušit, že pouze omezené humanizační snahy a dílčí modernizace stávajících pobytových zařízení jsou jen jakýmsi drobným krokem.

Další popsaná slabina, kterou je určité vývojové přeskočení široké diskuse, související i s motivací, může změnu způsobů poskytování služeb prostřednictvím velkokapacitních ústavů nadále velmi omezovat a být faktorem, který ji bude brzdit po mnoho let. Je tedy možné říci, že spíše než částečně modernizovat pobytové sociální v rámci transformace by bylo lépe iniciovat opravdu intenzivní celospolečenskou diskusi, která by teprve vedla k formulaci filozofie změny, podpořené podporou podstatné části české společnosti, jež by vedla ke skutečné deinstytucionalizaci.

Jak již bylo v předchozí analýze naznačeno, pouhá humanizace, nebo i vybudování modernějších, co se týče vybavení a menších služeb, co se týče jejich kapacity, nemohou být zárukou zvýšení kvality života jejich uživatelů. Ústav je bohužel možné zřídít, i když v něm bude žít jen několik osob ve společné domácnosti.

Koncepty

Otázka konceptů, jak byly v rámci změny jednotlivých zařízení uplatňování, bude nejspíše pouze rozpracováním kritiku uvedené v diskusi filozofie změny. Zatímco v Arduinu byla východiskem pro tvorbu konceptů jasně definovaná filozofie změny, kdy tyto koncepty byly jejím praktickým rozšířením a rozpracováním do podoby jednotlivých vodítek, v českém pojetí jde spíše o další nárůst určité nejednoznačnosti a roztříštěnosti. Podobně jako u kritiky filozofie změny při deinstytucionalizaci české služby je možné i v rámci konceptů konstatovat, že vymezená kritéria mají opět velmi nejednoznačný charakter a jsou jen velmi nekonkrétními vodítky, ve kterých dále již tak neurčitá filozofie změny jednoduše zaniká.

Bylo by tedy velmi vhodné rozpracovat koncept českých kritérií do jednoznačného rámce, který by tvořil jasnou strukturu, v jejíž každé části by ale byla jasně patrná i filozofie změny.

Závěr

Tato diplomová práce se pokouší přispět k obsáhlé problematice deinstitutionalizace pobytových sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením a je zaměřena na srovnání deinstitutionalizace vybraných pobytových pro osoby s mentálním postižením v Holandsku a v České republice. Práce se věnuje popisu vývoje ústavní péče a zdůrazňuje, že Česká republika se v současné době snaží vypořádat s nepříliš lichotivým dědictvím v podobě stále existujících velkokapacitních zařízení pro osoby s mentálním postižením. V oblasti jejich vývoje je v této práci položen důraz především na období 2. poloviny minulého století, kdy se na našem území etabloval v těchto službách medicínský model jejich poskytování. Kritika, které je tento model podroben, je dále zdůrazněna popisem idolů, které znamenají určité, někde stále živé mechanismy jako výraz dědictví minulých dob.

Důležitou částí této práce je pak popis transformace a deinstitutionalizace, jejichž vymezení je pro další text klíčové. Kapitola je doplněna aktuálními údaji k dané problematice, které mají podtrhnout naléhavost daného tématu. Právě deinstitutionalizace je na případě dvou srovnávaných zařízení, holandského Arduinu a vybraného českého domova pro osoby se zdravotním postižením podrobena dalšímu zkoumání. Je zde vymezena výzkumná metoda, jež byla použita, kterou je případová studie a komparativní analýza vybraných faktorů. Tyto faktory jsou zde definovány, je vymezen jejich popis, aby později v dalším textu mohly vyplynout další souvislosti zkoumaného fenoménu jako celku.

Jsou analyzovány faktory motivace, filozofie změny a konceptů užitých v procesu deinstitutionalizace obou vybraných zařízení. Samotná jejich analýza je nejprve uvozena popisem výchozího stavu obou sociálních služeb, aby bylo zdůrazněno, nakolik byl jejich stav na počátku podobný.

V dalších částech jsou pak jednotlivé faktory na příkladech obou zařízení analyzovány a je uvedena jejich komparace. Nejdůležitějšími zjištěními této práce jsou ta, že proces přeměny velkokapacitních služeb v českém prostředí na příkladu popisovaného zařízení je veden nedostatečně vymezenou filozofií změny, stejně jako vágně a nekonkrétně formulovanými koncepty, podle kterých má změna postupovat. Zajímavé je

i zjištění v otázce motivace ke změně, kdy docházíme k závěru, že motivace v obou případech velmi markantně ovlivnila i průběh procesu a je značně provázána s oběma předchozími faktory.

Využití výsledků této práce je možné spatřovat zejména v podnícení dalšího zkoumání zahraniční dobré praxe a jako impulz ke zkoumání, adaptaci a implementaci dalších konkrétních konceptů do podmínek českého prostředí. Možným využitím může být i přehodnocování směru, jakým je změna v podobě deinstitucionalizace v České republice vedena na celostátní úrovni. Autor této práce doufá, že přenesené poznatky podnítky případného čtenáře k dalšímu zkoumání rozsáhlého tématu deinstitucionalizace a v nejlepším případě také přispějí k rozšíření oborové diskuse.

Literatura a zdroje

- BARKER, R. (1995). *The Social Work Dictionary*. 3rd Edition, Baltimore: National Association of Social Workers Press
- BEDNÁŘ, M. (2011). *Standardy kvality sociálních služeb - seminář pro studenty 2. ročníků CARITAS – VOŠs, Olomouc, Olomouc*
- BICKOVÁ, L. (2011). *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. 1. vyd. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky
- BLÁHA, J., ŠEMBEROVÁ, J. (2004). *Anglický výkladový slovník vybraných odborných termínů z psychologie, sociologie, etiky a sociální práce*. Praha: Triton
- ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J., KRUTILOVÁ, D. (2011). *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál
- CHRENKOVÁ, M., SOBKOVA, H., VAJĎÁKOVÁ, Z. (2007). Metody sociální práce a sociální služby, standardy kvality v sociálních službách. In JANOUŠKOVÁ, K, (ed.), *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností* (s. 13). Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě
- DOHNALOVÁ, M. a kol. (2011). *Sociální ekonomika*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika
- DOLEJŠÍ, M. (1978). *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum
- FURMANÍKOVÁ, L., HAVRDOVÁ, Z., TOLLAROVÁ, B., VRZÁČEK, P. (2013). K fenoménu vůdcovství: Kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb. *Sociální práce/Sociálna práca*, č. 1, s. 49-60
- GRUNEWALD, K. (2003). *Zavřete ústavy pro mentálně postižené*. Praha: QUIP - Společnost pro změnu
- HAICL M. a kolektiv. (2006). *Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek*. Středočeský kraj
- HAVRDOVÁ, Z a kol. (2010). *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích
- HENDL, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál
- HORNBY, A. (2001). *Oxford advanced learner's dictionary of current English*. Oxford: Oxford University Press

Instituce – překážka nebo nástroj ochrany lidských práv lidí se zdravotním postižením? Základní informace ke kulatému stolu pořádanému ve spolupráci se SKOK a pod záštitou biskupa Václava Malého, 9. prosince 2011, Praha, pracovní materiál Národního centra podpory transformace sociálních služeb

JAROSEVSKÁ, E. (2012). Změna způsobu řízení sociálních pobytových služeb jako nástroj jejich deinstitucionalizace. In *Aktuální otázky sociální politiky - teorie a praxe* (s. 56-66). Pardubice: Univerzita Pardubice

KELLER, J. (1996). *Sociologie, byrokracie a organizace*. Praha: Sociologické nakladatelství

KOTTER, J., COHEN, D. (2003). *Srdce změny: skutečné příběhy o tom, jak lidé mění své organizace*. Praha: Management Press

KRAUS, J. a kol. (2005). *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Praha: Academia

KRAUS, J., PETRÁČKOVÁ, V. (1995). *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia

KREBS, V. a kolektiv. (2007). *Sociální politika*. Praha: Codex Bohemia

LEČBYCH, M. (2006). *Psychologické aspekty podporovaného zaměstnávání u lidí s mentálním postižením* (rigorózní práce). Univerzita Palackého v Olomouci

MAHROVÁ, G. a kolektiv. (2008). *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada

MAREČKOVÁ, J., MATIAŠKO, M. (2010). *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde

MATOUŠEK, O a kolektiv. (2011). *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál

MATOUŠEK, O. (2008). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál

MATOUŠEK, O., ed., KODYMOVÁ, P., ed., KOLÁČKOVÁ, J., ed. (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Vyd. 2., rozš. a přeprac. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 159 s. Studijní texty; sv. 8. ISBN 80-85850-76-1.

MPSV. (2007). *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, Praha

MPSV. (2009). *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče*

- MPSV. (2011). *Zpráva o plnění systémových opatření v oblasti „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ za rok 2010*
- PALÁN, J. (1999). *Management organizační změny*. Praha: Credit
- PUGNEROVÁ, M., KONEČNÝ, J. (2012). *Patopsychologie se zaměřením na psychologii handicapu*. Olomouc: Univerzita Palackého
- REKTOŘÍK, J a kolektiv. (2010). *Organizace neziskového sektoru: základy ekonomiky, teorie a řízení*. Praha: Ekopress
- ŠELNER, I. (1999). Mentálně Postižení občané – Paralely a kontrasty. In *III. gerontologické dny Ostrava s mezinárodní účastí: sborník přednášek: Ostrava 15,-16. října 1999*. Ostrava: Dům techniky
- ŠELNER, I. (2012). *Fenomén člověk s postižením*. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc
- SILLAMY, N. (2001). *Psychologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého
- ŠÍŠKA, J. (2005). *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Praha: Karolinum
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. (2011). *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. (1999). *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum
- VAN LOON, J. (2005). *Emancipation and Self-determination of People with Intellectual Disabilities*. University Gent
- VÁVROVÁ, S. (2009). *Kontext transformace pobytových sociálních služeb*. Zlín: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati
- VERDUGO, M., SCHALOCK R. (2009). Quality of Life: From Concept to Future Applications in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities* (s. 62-64). Volume 6, Number 1,