Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Kateřina Kalčáková, DiS.

Deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Martin Bednář, Ph.D.
2019

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

Ve Valašském Meziříčí dne 4.4.2019 .....

Kateřina Kalčáková

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Martinu Bednářovi, Ph.D. za odborné vedení a podnětné rady, kterými mě provázel při psaní této práce. Rovněž děkuji všem svým respondentům, bez jejichž zapojení by tato práce nemohla vzniknout. V neposlední řadě poděkování patří mé rodině a mým kolegyním za podporu a trpělivost při psaní práce a studiu.

Obsah

Úvod ... 1
Konceptuální část ... 4
1 Transformace sociálních služeb ... 4
1.1 Pojem, souvislosti ... 4
1.2 Transformace v ČR ... 7
1.3 Statistické údaje ... 9
1.4 Komunitní služby ... 10
2 Instituce, ústavy ... 12
2.1 Organizace, instituce, ústav ... 12
2.2 Totální instituce ... 14
3 Proces deinstitucionalizace ... 16
3.1 Institucionalizace ... 17
3.2 Deinstitucionalizace ... 17
3.3 Principy normality ... 19
3.4 Sociální začleňování ... 20
3.5 Autonomie ... 21
3.6 Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru ... 22
3.7 Problémy a rizika deinstitucionalizace v praxi ... 24
3.8 Chráněné bydlení ... 26
Výzkumná část ... 27
4 Metodologie výzkumu ... 27
4.1 Cíl výzkumu, výzkumná otázka ... 28
4.2 Podklad pro stanovení dílčích výzkumných otázek ... 29
4.3 Popis použitých metod ... 30
4.4 Obsah rozhovoru s respondenty ... 30
4.5 Popis výzkumného souboru ... 31
4.6 Způsob získání a zpracování dat ... 31
5 Výsledky výzkumu ... 32
5.1 Popis zařízení ... 33
5.2 Prostorová kritéria ... 33
5.3 Autonomie ... 35
5.3.1 Denní režim ... 35
5.3.2 Oblast rozhodování o práci či obdobné denní činnosti ... 39
5.3.3 Oblast financí, svéprávnost ... 40
5.4 Využívání veřejně dostupných služeb, možností ... 42

5.5 Další výsledky 46
6 Shrnutí empirických výsledků, diskuze 48
Závěr 52
Bibliografický seznam 54

Úvod

Tato diplomová práce se zabývá deinstitucionalizací pobytových sociálních služeb. Cílem je ověření, zda transformací služeb konkrétního domova pro osoby se zdravotním postižením došlo také k deinstitucionalizaci služby ve smyslu odstranění charakteristik ústavní péče. Služby mohou být transformovány, přeneseny do menších zařízení, do přirozeného prostředí, a přesto do nich mohou být např. přeneseny prvky institucionalizace.

I v dnešní době mnozí lidé s mentálním postižením žijí v zařízeních, která naplňují negativní charakteristiky ústavních či totálních institucí. Z těchto charakteristik ústavů můžeme zmínit např. potlačování autonomie, uspokojování všech potřeb v rámci zařízení, striktní rozdělení na domovy pro muže a pro ženy. Již od 60 let minulého století začal ve světě proces transformace těchto pobytových sociálních služeb ve služby komunitní, poskytované v přirozeném sociálním prostředí. V České republice začala transformace pozvolna, jednalo se zpočátku o ojedinělé individuální projekty. Zmínit můžeme např. transformaci Ústavu sociální péče Horní Poustevna, za jejíž iniciací stál Milan Cháb. Ministerstvo práce a sociálních věcí v roce 2009 zahájilo řízený proces transformace velkokapacitních zařízení zřizovaných ministerstvem nebo kraji.

Hlavním znakem transformace pobytových sociálních služeb je přechod stávajících klientů z velkých zařízení do bytů či domů v běžné zástavbě a jejich život v přirozené komunitě. Transformací služeb má být podpořena a dosažena jejich deinstitucionalizace. Deinstitucionalizací se rozumí poskytování služeb na základě individuálních potřeb člověka v jeho přirozeném prostřední. Cílem tohoto procesu je zkvalitnění života lidem s postižením a umožnění jim žít běžný život srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Výsledkem deinstitucionalizace má být síť sociálních služeb, které jsou primárně orientovány na potřeby uživatelů a směřují k jejich sociálnímu začleňování. Transformace a deinstitucionalizace jsou tedy dva provázané procesy, u kterých platí, že bez transformace sociálních služeb nemůže být dosaženo jejich deinstitucionalizace (MPSV, 2013).

Nepřijatelnosti ústavní péče se věnovalo mnoho zahraničních autorů, o jejichž poznatky se opíráme dodnes. Např. Goffman zpracoval téma totálních institucí, Nirje definoval principy normality, se kterými pracoval také Wolfensberger. Tito a další autoři vybudovali svými pracemi teoretickou základnu, která výstižně popisuje, co se

v praxi v ústavech děje a co je potřeba změnit. Z českých autorů se ústavní péči a transformaci služeb věnují např. Vávrová, Cháb, Kalvach, Matoušek. Velké množství vstupních analýz a metodických materiálů k transformaci a deinstitucionalizaci služeb v rámci České republiky nabízí Ministerstvo práce a sociálních věcí, a to přímo nebo prostřednictvím Národního centra podpory transformace sociálních služeb (TRASS). Ministerstvem byla v roce 2015 také zpracována Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace (revize v roce 2016), která slouží jako nástroj k posuzování nově zřizovaných služeb. Až v několika posledních letech začíná být systematická pozornost věnována také tomu, co následuje po transformaci (ve smyslu uzavření) ústavních služeb. Zde můžeme čerpat především z příkladů dobré praxe a konkrétních příběhů lidí, kteří opustili ústavní zařízení a přešli do běžné komunity (např. nezisková organizace QUIP).

Měla jsem možnost seznámit se s chodem konkrétního domova pro osoby se zdravotním postižením. Toto zařízení prošlo transformací a v roce 2015 bylo uzavřeno. Setkávám se s různými názory na transformaci zařízení, zejména na to, zda došlo ke změně kvality života klientů domova, a to v pozitivním i negativním smyslu. Osobně mne tato problematika začala velmi zajímat. Proto jsem se rozhodla na toto zaměřit svou diplomovou práci. Po transformaci domova vzniklo pět služeb chráněného bydlení a dva domovy pro osoby se zdravotním postižením. Služby mají dva poskytovatele, ze kterých jeden souhlasil s provedením výzkumu v jeho zařízení. Tento poskytovatel provozuje službu chráněného bydlení, kde byl tedy výzkum provedený. Zařízení splňuje obě potřebné vstupní podmínky – tedy jedná se o pobytovou službu a současně se jedná o zařízení, které vzniklo v rámci transformace původního domova pro osoby se zdravotním postižením.

Diplomová práce je rozdělena na konceptuální a výzkumnou část. V konceptuální části práce se věnuji teoretickému ukotvení hlavních témat souvisejících s transformací služeb a jejich deinstitucionalizací. Konceptuální část je rozdělena na tři tematické kapitoly. První kapitola je zaměřena na stručné uvedení do tématu transformace sociálních služeb. Věnuji se také komunitním službám, protože ty jsou důležité pro dosažení očekávaných výstupů celého procesu. Transformace se týká ústavních zařízení, proto jsem se ve druhé kapitole zaměřila na definice ústavů a totálních institucí. Transformací ústavních zařízení chceme dosáhnout deinstitucionalizace služeb. Deinstitucionalizace je dlouhodobý proces, který se dotýká více dílčích témat. Z tohoto důvodu je třetí kapitola, která proces

deinstitucionalizace přibližuje, nejrozsáhlejší. Mimo jiné zde popisuji ty aspekty lidského života, které jsou v ústavních zařízeních nejvíce ohrožovány. Jde o naplnění principů normality, autonomie a sociálního začleňování. Shrnuji také poznatky o rizicích procesu transformace, které vychází z dosavadních zkušeností.

Ve výzkumné části práce popisuji metodologii provedeného výzkumu včetně výzkumných otázek. Při stanovení výzkumných otázek jsem vycházela z charakteristik totálních institucí popsaných Goffmanem a z Nirjeho prvků normalizace. První je třeba v rámci deinstitucionalizace odstranit, druhé naplnit. V navazující kapitole představuji výsledky výzkumu.

Konceptuální část

1 Transformace sociálních služeb

Deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb má být dosaženo prostřednictvím jejich transformace. První kapitola textu je proto zaměřena na uvedení do tématu transformace včetně základních souvislostí. Tato práce se nezabývá historií či vývojem procesu transformace, proto je předkládán jen velmi stručný nástin dosavadního vývoje v České republice. Zmíněny jsou projekty realizované Ministerstvem práce a sociálních věcí, které jsou zaměřeny na podporu transformace a deinstitucionalizace pobytových služeb. Na sebe navazující projekty jsou podstatným mezníkem v realizaci přechodu z ústavní péče ke komunitní podpoře. Tato aktivita ministerstva je významná především z důvodu velkého množství zařízení, které jsou v rámci realizace projektů transformovány.

V domovech pro osoby se zdravotním postižením žilo v České republice v roce 2017 cca 12 300 osob. Pro základní přehled vývoje změn v počtu těchto zařízení a jejich kapacit jsem zpracovala příslušná data ze statistických ročenek Ministerstva práce a sociálních věcí. Tyto informace jsou jedním z podpůrných ukazatelů průběhu transformace pobytových služeb v České republice.

Ústavní služby jsou převáděny na služby komunitního charakteru. Proto jsou komunitní služby popsány v závěru této kapitoly.

1.1 Pojem, souvislosti

Transformace sociálních služeb v některých zemích probíhá již od šedesátých let minulého století. Mezi země, kde transformace a deinstitucionalizace služeb dosáhla významných úspěchů, patří např. Kanada, Nový Zéland a Velká Británie. V České republice se o potřebě transformace ústavní péče hovoří na různých úrovních od devadesátých let minulého století.

Slovník cizích slov definuje termín transformace jako proměnu, přetvoření, přeměnu jednoho druhu výroby v jiný (Klimeš, 1998, s. 805). Tyto principy jsou naplňovány i v procesu transformace sociálních služeb. Nicméně s touto definicí si zde nevystačíme.

Transformace sociálních služeb je soubor vzájemně propojených procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb. Jde o změnu ústavní péče v bydlení a podporu poskytovanou v přirozeném sociálním prostředí.

Transformace se aktuálně nejvíce dotýká pobytových služeb pro lidi se zdravotním postižením s velkou kapacitou. Lidé s postižením odcházejí z těchto velkých ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je obvyklý pro jejich vrstevníky (TRASS, [online]). Zařízení, která prochází procesem transformace, jsou postupně uzavírána.

Nezbytným předpokladem pro úspěšnou transformaci sociálních služeb je změna dotační politiky státu. Konkrétně jde o odklon od investování do budování či udržování ústavní sociální péče směrem k podpoře zejména terénních a ambulantních služeb.

Na proces transformace nelze nahlížet pouze jako na uzavření ústavních zařízení. Cílem transformace je, aby každý člověk mohl dosáhnout běžných životních standardů majoritní populace. Nástrojem je vytvoření koordinované sítě služeb pro uživatele tak, aby jim byl umožněn život v přirozené komunitě. Toto platí i pro ty osoby např. s mentálním postižením, které potřebují péči a dopomoc druhých lidí. Jde o umožnění cesty do přirozených komunit, poskytování sociálních služeb je přeneseno ze zařízení do domácnosti.

Pro nové služby, které v rámci transformace vznikají, pak musí platit, že jsou poskytovány v běžném prostředí, tedy v domech nebo bytech v běžné bytové zástavbě. Způsob a rozsah služeb je poskytován každému uživateli individuálně, podle jeho zájmů a cílů (podpora vychází z individuálních potřeb a je poskytována v individuální míře). Poskytování služeb směřuje k sociálnímu začleňování uživatelů v přirozené komunitě, a naopak nepřispívá nebo nezapříčiňuje jejich sociální vyloučení. Služby jsou organizovány podle běžného denního a životního rytmu. Všechna tato pravidla musí být naplňována souběžně (MPSV, 2013).

Levická popisuje transformaci jako proces skládající se z humanizace existujících podmínek, transformace existujících služeb na služby nové kvality, a nakonec z přechodu od institucionální formy poskytování péče na komunitní sociální služby. Jednotlivé etapy procesu se prolínají. Humanizace je v této souvislosti vnímána jako proces, který vede k proměně stávajícího systému péče a prostředí v takový, který naplňuje práva a potřeby uživatelů. V rámci humanizace se do popředí dostávají potřeby uživatelů služeb, na rozdíl od stávajícího stavu, kdy je značný rozdíl mezi potřebami osob a přístupem personálu k jejich naplňování. Součástí tohoto procesu je zavádění nových pracovních metod a odstraňování těch, které byly vyhodnoceny jako staré, nevhodné, překonané nebo nežádoucí (Levická, 2017).

K transformaci sociálních služeb se Česká republika zavázala mj. ratifikací Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením v roce 2009. Bez transformace služeb není možné naplnění ustanovení úmluvy. Naopak stávající stav odpírá lidem s postižením přístup k některým zde ukotveným právům. Je třeba ovšem poznamenat, že úmluva nepřiznává lidem s postižením jiná práva, než jaká jsou garantována všem lidem bez rozdílu např. v Listině základních práv a svobod. V této souvislosti můžeme poukázat např. na právo na svobodu pohybu a pobytu, právo na ochranu před neoprávněným zasahováním do soukromého a rodinného života, právo na zachování lidské důstojnosti (Zákon č. 23).

Důsledným naplňováním článků úmluvy je garantován obyčejný lidský život. Lidé, kteří jsou v ústavech, nemohou na tato práva dosáhnout, popř. je plně uplatňovat. Matiaško vystihuje, že „celá úmluva je vystavěna na principu nezávislosti, který je základním stavebním prvkem všech práv lidí se zdravotním postižením“ (Matiaško, 2011). Podstatné v této souvislosti jsou zejména články 12 a 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Článek 12 definuje právo na rovnost před zákonem. Dotýká se také zásahů do svéprávnosti, který pokud už je použit, musí být uplatňován po nejkratší dobu a podléhat pravidelnému přezkumu. Článek 19 blíže popisuje právo osob na nezávislý způsob života a zapojení do společnosti. Základem k tomuto je klíčový princip lidských práv, tedy že všechny lidské bytosti jsou narozeny v rovnosti důstojnosti a práv, a že každý život má stejnou cenu. Tato práva velmi úzce souvisí právě s transformací a deinstitucionalizací sociálních služeb, které jsou nezbytné pro jejich naplňování.

V rámci přístupu k právu na nezávislý způsob života a zapojení do společnosti se státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, zavázaly osobám se zdravotním postižením zajistit:

a) volbu místa pobytu, kde a s kým budou žít,
b) přístup ke službám poskytovaným v domácím prostředí, přístup k podpůrným komunitním službám včetně osobní asistence,
c) na rovnoprávném základě s ostatními přístupnost komunitních služeb a zařízení určených široké veřejnosti (MPSV, 2011).

Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb je zařazena také do strategického dokumentu České republiky, kterým je Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2016–2025. Jeden ze zde stanovených strategických cílů je

zajištění přechodu od institucionálního modelu péče o osoby se zdravotním postižením k jejich podpoře v přirozeném prostředí (MPSVa, [online]).

Platformu pro nezbytnost transformace pobytových sociálních služeb můžeme nalézt také v zákoně o sociálních službách. Podle ustanovení tohoto zákona musí být při poskytování sociální pomoci a podpory prostřednictvím sociálních služeb naplňována tato pravidla:

- rozsah a forma pomoci musí zachovávat lidskou důstojnost,
- pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb,
- pomoc musí působit na osoby aktivně,
- pomoc musí podporovat rozvoj samostatnosti osob,
- osoby musí být motivovány k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace,
- podpora musí posilovat sociální začleňování.

Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Zákon č. 108, § 2).

Předpokladem pro úspěšný proces transformace je, aby společnost přebrala odpovědnost a podílela se na změně. Závažným rizikem transformace je přestěhování lidí z ústavů do komunity bez dalšího zajištění služeb, podpory a bez umožnění využívání zdrojů a služeb běžných v této komunitě (služby zdravotní, doprava a další veřejné služby).

1.2 Transformace v ČR

„Přechod od ústavní péče k podpoře v komunitě je vyústěním společenských změn postavených na ochraně lidských práv a obrazem toho, jak se tyto změny projevují v sociálních službách“ (MPSV, 2013, s. 11).

Sociální služby a pomoc v České republice upravoval nejdříve zákon č. 100/1988 o sociálním zabezpečení. Tento zákon se nezabýval způsobem poskytování služeb, nabízel pouze výčet typů služeb poskytovaných podle tohoto zákona. Sociálními službami se blíže zabýval až dlouho očekávaný zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zákon nabyl účinnosti k 1. lednu 2007. Nabízí výčet druhů sociálních služeb, které jsou rozděleny do třech kategorií – sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence. Zákon také upravuje způsob jejich poskytování, přinesl např. povinnost naplňovat standardy kvality sociálních služeb.

Změny, kterými sociální služby v České republice prochází, však nejsou pouze legislativní. Dochází k odklonu od tradičního poskytování sociálních služeb ve velkých pobytových zařízeních. Tento proces zahrnuje proměnu zařízení jako takových, ale i proměnu přístupu k poskytování služby (zejména individualizace).

V roce 2007 byla vládou České republiky schválená Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti (MPSVa, [online]). V roce 2010 zřídilo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR Národní centrum podpory transformace (TRASS).

Tři projekty zaměřené na transformaci sociálních služeb realizovalo (jeden projekt je ještě realizován) Ministerstvo práce a sociálních věcí. Tyto projekty jsou v procesu transformace v rámci České republiky významné tím, že přináší rozhodnutí o transformaci, finanční prostředky a postihují velké množství zařízení (zejména domovy pro osoby se zdravotním postižením zřizované kraji).

V letech 2009 až 2013 realizovalo MPSV projekt Podpora transformace sociálních služeb. Do tohoto projektu se zapojilo celkem 32 zařízení (pobytové sociální služby). Jednalo se o pilotní projekt, kterým MPSV spustilo cílený a soustavný proces transformace v rámci celé České republiky. Z tohoto důvodu lze tuto aktivitu MPSV chápat jako přelomovou. Cílem projektu bylo podpořit transformaci zejména velkokapacitních pobytových zařízení v jiné typy sociálních služeb. Tyto služby mají být poskytovány v přirozené komunitě, mají podporovat sociální začlenění uživatelů a jejich nastavení má být založeno na individualitě. Hlavním výstupem z projektu byla metodická a analytická základna pro další fáze procesu transformace. Výstupem činnosti regionálních pracovních skupin byly transformační plány jednotlivých zařízení.

Na tento pilotní projekt od roku 2013 plynule navázal projekt Transformace sociálních služeb, který byl realizovaný do prosince roku 2015. Do tohoto projektu bylo zapojeno 40 zařízení, ve kterých probíhaly vzdělávací programy, konzultace transformačního procesu a supervize. V rámci tohoto projektu pak byly aktivity soustředěny na práci se zapojenými subjekty (uživatelé, obce, poskytovatelé služeb), zbudování nových zařízení a ukončení provozu původních zařízení. Součástí aktivit byla také příprava samotných uživatelů na opuštění služby a posilování jejich kompetencí.

Aktuálně na tyto dva projekty navazuje projekt Život jako každý jiný (2016-2019). Tento projekt je pak více zaměřený na podporu krajů a obcí a na potřebné

systémové změny. Aktivity mají směřovat na celou šíři aktérů, kteří mají vliv na začleňování lidí se zdravotním postižením v rámci společnosti (široká veřejnost, poskytovatelé veřejných a zdravotních služeb).

Všechny projekty byly financovány z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu ČR prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (MPSVa, [online]).

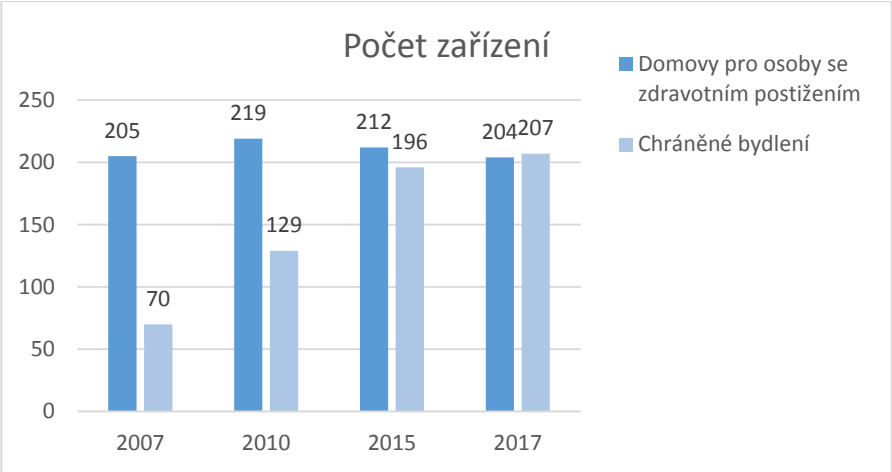
Cílem transformačního procesu, jak je definován v rámci politiky MPSV, je:

- zkvalitňování životních podmínek uživatelů pobytových zařízení,
- naplňování lidských práv uživatelů služeb,
- proměna velkokapacitních zařízení služeb sociální péče,
- přehodnocení zdrojů (nejen finančních, ale i personálních a metodických) a systémů řízení služby (Sociální služby Vsetín, [online]).

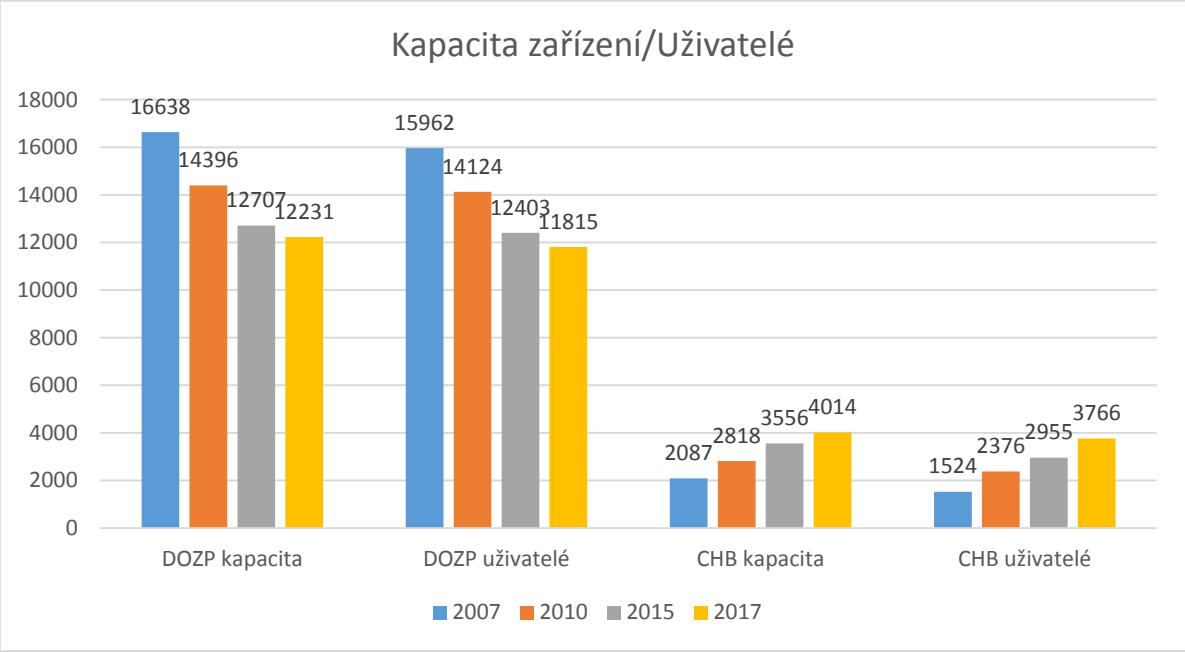
1.3 Statistické údaje

Ministerstvo práce a sociálních věcí každoročně vydává statistickou ročenku z oblasti práce a sociálních věcí. V této ročence jsou k dispozici údaje za celou Českou republiku popř. za kraje o počtu jednotlivých služeb, jejich kapacitě, počtu uživatelů, skladbu personálu atd. Pro tuto práci jsem ze statistických ročenek vybrala jen základní údaje o počtu domovů pro osoby se zdravotním postižením a chráněného bydlení, včetně jejich celkové kapacity a počtu uživatelů. Údaje jsou uvedeny za rok 2007 (účinnost zákona o sociálních službách), 2010, 2015 (ukončení projektu MPSV Podpora transformace) a 2017 (poslední aktuální data) (MPSVb, [online]).

V prvním uvedeném grafu je možné vidět vývoj počtu jednotlivých druhů služeb, resp. pobytových zařízení. U domovů pro osoby se zdravotním postižením za sledované období nedošlo prakticky ke změně počtu zařízení. Statisticky však došlo ke snížení celkové kapacity zařízení téměř o 4 500 lůžek. Naopak u chráněného bydlení došlo ke značnému nárůstu počtu zařízení i lůžek.



Graf č. 1 Počet zařízení



Graf č. 2 Kapacita zařízení/Uživatelé
(DOZP – domov pro osoby se zdravotním postižením
CHB – chráněné bydlení)

1.4 Komunitní služby

Pro zajištění potřebné dopomoci lidem s postižením v rámci sociálních služeb jsou možné dvě varianty: umístění v zařízení s pobytem nebo podpora života v domácích podmínkách (Novosad, 1997, s. 29). Cestou k realizaci potřebné pomoci v domácích podmínkách jsou komunitní služby, především tedy služby terénní a ambulantní.

„Být sociálně začleněn znamená být součástí komunity, žít v běžných místech, kde žijí i ostatní lidé.“ (MPSV, 2013, s. 42).

Komunita je různě velká společenská jednotka lidí, kteří mají něco společného (např. normy, hodnoty, náboženství, prostor). Navrátil uvádí dva typy komunity – teritoriální a zájmová. Teritoriální komunita je definována prostorem, který její členové sdílí. Velikost daného prostoru může být různá – komunita sousedská (např. v rámci jednoho domu), komunita v rámci města, země atd. Zájmovou komunitou se rozumí skupina lidí, kteří mají společné preference, zájmy, znaky (Navrátil, 2001). Členové této komunity se nemusí osobně znát a potkávat, přesto si mohou být vzájemně významnou podporou. V rámci komunity jsou důležité nejen společné zájmy nebo prostor, ale především vzájemné sociální vazby.

V rámci komunitních služeb je lidem s postižením poskytovaná podpora neformální nebo podpora prostřednictvím společensky přijatelných cest. Služby by měly prioritně být poskytovány v bytech, domácnostech klientů. Cangár říká, že „Nejlepší řešení se nacházejí tam, kde potřeby vznikají. Umístění lidí do zařízení je pouze elegantní a rychlé řešení“. Komunitní služby pak vystihuje jako koordinaci přirozené podpory při samostatném bydlení a poskytování podpory při samostatném rozhodování (Cangár, 2018).

Cíle samotné komunitní práce definuje Navrátil jako propojení potřeb a existujících zdrojů v komunitě, podporu skupinové solidarity a spolupráce v komunitě a podporu změn v komunitě (Navrátil, 2001, s. 131).

Po transformaci zařízení by měla vzniknout propojená síť sociálních služeb. Pro začlenění do běžného života je ale nezbytná také dostupnost běžných veřejných služeb (která je garantovaná např. již zmiňovanou Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením). Sociální služby nesmí nahrazovat služby veřejně dostupné (obchod, kadeřník, veřejná doprava). Slabinou současného systému však je častá nesystémovost komplexních řešení, neprovázanost jednotlivých služeb a často nevyužívání celého spektra možných služeb, nejen sociálních. Aby mohl člověk být a zůstat v komunitě, to vyžaduje existenci nabídky flexibilních bytů a dostupnost kvalitních komplexních a víceoborových služeb v blízkosti bydliště. Pro umožnění tohoto musí dojít k legislativním změnám, ke změnám systému financování a také ke změně společenského klimatu ve smyslu vnímání lidí nesoběstačných, lidí s hendikepem (Kalvach, 2014).

Při budování komunitních podpor je často výraznou překážkou také odpor a obavy ze strany stávající místní komunity. Není výjimkou, že na lidi s postižením je pohlíženo jako na lidi nemocné, abnormální, nevzdělatelné, chudáky. Časté je vnímání,

že „ti lidé“ jsou nějak zásadně odlišní, chybní a je v nejlepším zájmu všech (i v zájmu jich samotných) uschování v bezpečí ústavu. Naopak nový pohled nazírání je, že jsou to lidé, kteří potřebují v určitých (ale ne ve všech) oblastech svého života více či méně významnou podporu.

2 Instituce, ústavy

Transformací pobytových sociálních služeb usilujeme o zrušení ústavní péče, uzavření ústavů. Ne každá organizace, zařízení je nezbytně nutně ústavem. I v rámci komunitních služeb jsou vytvářeny nové služby pobytového charakteru (např. chráněná bydlení). Druhá kapitola této práce je tedy zaměřena na definování ústavních zařízení a také totálních institucí. Právě jako jeden z typů totálních institucí Goffman (dle Syrovátkové, 2015, s. 4) uvádí „Zařízení pečující o ty, o nichž se soudí, že se sami o sebe postarat nedokáží a současně jsou pro okolí neškodní.“

2.1 Organizace, instituce, ústav

Organizace je spojení lidí, kteří se řídí určitými pravidly a sledují společný cíl. Pokud je v organizaci ustavený způsob chování a jednání a tento musí dodržovat všichni členové, hovoříme o instituci. V některých případech se organizace může stát cílem sama o sobě, sebezáchova je povýšena nad původně stanovený cíl (Matoušek, 1999, s. 17).

Poskytování potřebné pomoci a péče v ústavním zařízeních s celoročním pobytem je tradiční formou zajištění péče o lidi s mentálním postižením. Pro ústav je typické souběžné poskytování bydlení, stravy, možností společenských aktivit, sociální a popř. zdravotní péče. Toto pak v praxi mj. podstatně omezuje možnosti rozhodování a volby uživatelů služeb ústavů. Poskytování jedné části služby je vázáno na poskytování ostatních částí. Např. rozhodnutí o ukončení využívání péče znamená současně ztrátu bydlení (Lejsal, 2015, s. 10).

Definice ústavů, kterou vytvořila Evropská koalice pro nezávislý život říká, že: „Ústav je takové místo, ve kterém jsou osoby označené za mentálně postižené, umístěny v izolaci, segregaci a společných zařízeních. Ústav je místo, kde lidé nemají, nebo jim není dovoleno vykonávat kontrolu nad svými životy a nemohou rozhodovat o každodenních úkonech.“ (NRZP, Aktuality [online]).

Pro ústav není rozhodující jeho velikost, ale to, že zde žijí lidé sdružení na základě stejného znaku, jakým je např. mentální postižení. Velikost zařízení je jen

dílčím ukazatelem. Čím je zařízení větší, tím je obtížnější poskytovat službu na základě individuálního přístupu a nabízet a zprostředkovávat možnosti zapojení do společnosti.

Novosad říká, že v ústavu klienti nemají prostor pro své soukromí (jedná se o kolektivní zařízení) a identitu. Jejich osobnost je poznamenána deprivačními vlivy a také dochází ke zřejmé sociální izolaci. V ústavu dochází k vyčlenění z rodiny, ze společnosti, a dochází k omezení lidských a občanských práv (Novosad, 1997).

Tato zařízení se často nachází v odlehlých místech mimo komunity a také dostupnou dopravu. Lidé zde žijí desetiletí a převážnou část života jim chybí soukromí, důstojnost, rodina a vztahy, vzdělání, práce a možnost uplatnit svá práva. Život lidí v ústavech je podřízený chodu samotné organizace. Z hygienických důvodů nesmí vstupovat do kuchyně. Z důvodu bezpečnosti nesmí sami opouštět zařízení. Z technických důvodů si nemohou sami prát prádlo. Lidé upoutaní na lůžko se dostanou ven jednou za týden. Pokud v zařízení nejsou nájezdy, dostatek mobilních křesel nebo lůžek a také dostatek personálu, nemusí se ze zařízení ven dostat vůbec (JDI, 2018). Ústavní prostředí svádí k zdravotnickému přístupu, posiluje závislost na ústavu a upřednostňuje potřeby personálu zvládat skupinu před respektem k osobním potřebám klienta.

V ústavních zařízeních není lidem umožněno využívat dobré věci, které k životu patří:

- ve vztahové rovině rodina nebo malá vztahově intimní skupina, přátele,
- práce jako smysluplná činnost,
- zacházení jako s jednotlivcem,
- zacházení s úctou,
- existence příležitostí objevovat a rozvíjet dovednosti, schopnosti a talenty,
- přístup k přirozeným místům každodenního života,
- možnost přispívat k chodu společnosti, být užitečný a ceněný.

V ústavech lze pozorovat to, že lidem je poskytována jiná péče, než potřebují. Lidem s větší mírou závislosti, zejména lidem upoutaným na lůžko, jsou poskytovány služby minimální. Soustřeďují se zejména na ošetřovatelskou péči (nakrmit, přebalit, umýt). Lidem s menší mírou závislosti, popř. s menším omezením jsou poskytovány služby nadbytečné. I to, co by byli schopni zvládnout samostatně za ně udělá personál zařízení (Matoušek, 2007, s. 96).

Matoušek popisuje ústavní péči jako dědictví reálného socialismu. V této souvislosti popisuje šest idolů (ve smyslu obrazu, přeludu), které ve sféře ústavní péče

z této doby ještě v určité podobě stále přetrvávají. Prvním je idol centrálního řízení a závazné metodiky, který v sobě obsahuje princip tvorby a přikazování metodik z ústředí, nejvyššího řízení. Pokud už má rozhodování vyházet z nižších organizačních článků, musí jen rozvíjet již centrálně určené. Druhým je idol defektu osobnosti – člověk v ústavu je ponížen na nositele zpravidla negativní nálepky, není na něj pohlíženo jako na celistvou bytost. Jedná se o deklasující označení v negativním (jako alkoholik, pacoš) ale i v nepřiměřeném smyslu (babi, holčička). Idol přestavby osobnosti vychází z přesvědčení, že člověk je vždy a za všech okolností tvárný (např. přestavitelný psychoterapií). Dalším je idol dysfunkční rodiny. Pokud někdo potřebuje pomoc, přichází do ústavu, je to z důvodu selhání rodiny. I dnes často přetrvávají výtky vůči rodině, jejich péči, např. rodičům je připisována odpovědnost za selhání dospělých dětí. Stále se v praxi také setkáváme s více či méně vědomým uplatňováním idolu kolektivu jako terapeutického činitele. Kolektivita je nařizovaná, není vítána odlišnost názorů, projevů, postojů. Posledním je idol profesionality dosažitelné formálním školením (Matoušek, 1999).

2.2 Totální instituce

Pokoje, byty, budovy nebo podniky, kde je pravidelně vykonávána určitá činnost, můžeme označit jako sociální instituce. Instituce mohou být otevřené komukoliv nebo pouze určité skupině osob (výběr členů). Totální instituce jsou extrémním případem všezahrnujících institucí. Obyvatelé mají omezené možnosti kontaktu s vnějším světem, a tudíž se pro ně celým jejich světem stává instituce. Tyto instituce ovlivňují prakticky celý život lidí v nich bydlících. Do této kategorie patří kasárna, vězení, kláštery, ale také domovy, kde je zajišťována péče o nesoběstačné osoby, jako např. domovy pro osoby se zdravotním postižením (Keller, 1996).

V těchto institucích často dochází k „přemístění cílů“ (Dunham, dle Kellera, 1996). To znamená, že původní cíl organizace je v reálném čase zaměněný za jiný, např. pouhá ostraha, hlídání. Obzvláště u velkých zařízení pro lidi s mentální postižením je sledována velká neúčinnost při naplňování svých deklarovaných cílů. Hlavním úkolem se stává dohled a kontrola (Keller, 1996, s. 127).

Goffman (dle Smith, 2006) definuje totální instituci jako místo, kde větší počet podobně situovaných jedinců oddělených na delší dobu od vnější společnosti vede společně navenek uzavřený a formálně spravovaný způsob života. Uvádí, že ne všechny instituce jsou stejné a neexistuje jeden popis, který by byl obecně platný. Definoval ale soubor znaků, které jsou pro totální instituce příznačné. Přesto žádná z těchto

charakteristik není nezbytně nutně společná všem typům totálních institucí. Jednotlivé znaky lze sledovat i v běžných institucích, zde ale platí, že se nevyskytuje více těchto znaků současně. Pro totální instituce je typické, že se v nich dále uvedené znaky vyznačují v silné míře.

Prvním znakem totálních institucí, jak je uvedl Goffman je to, že všechny aspekty života členů instituce se odehrávají na stejném místě, i když se jinak provozují na různých místech. Jedná se např. o spánek, jídlo, práci, volnočasové aktivity, odpočinek. Tyto činnosti se zpravidla uskutečňují odděleně. Naopak v instituci se vše děje pod jednou střechou, dochází k odstranění hranic oddělující jednotlivé sféry lidského života.

Dalším znakem je podléhání všech činností jedné, stejné autoritě. Všechny denní činnosti bez rozdílu probíhají pod dozorem této autority. Osoby v instituci, jejich chování a aktivity jsou neustále kontrolovány.

S výše uvedeným souvisí také to, že všechny aktivity během dne mají předem stanovený závazný rozpis. Činnosti jsou předem naplánované a musí se uskutečňovat v daném čase a pořadí, navazují jedna na druhou. V běžném životě mimo instituci se aspoň část činností odehrává bez předem připraveného racionálního plánu.

V totální instituci převažují skupinové, kolektivní aktivity. Každá fáze denních činností se uskutečňuje za přítomnosti druhých (v bezprostřední společnosti dalších jedinců).

Dále platí, že na všechny členy skupiny je pohlíženo stejně a očekávají se od nich stejné věci. Není zohledňována, snad ani připouštěna individualita. Také se dohlíží, zda všichni dělají, co se od nich žádá nebo očekává.

Vše, co se děje v instituci, směřuje k naplnění cíle organizace (např. péče o neschopné, trest, náprava). Toto se stává motivem všech činností. Stejně tak stanovená pravidla a normy mají za cíl dosažení hlavního poslání instituce.

Posledním společným znakem totálních institucí podle Goffmana (dle Syrovátkové, 2015) je to, že zde proti sobě stojí dvě zásadně nerovné skupiny osob – klienti a personál. Jinými slovy na straně jedné je zde organizovaná skupina a na straně druhé dohlížející personál. Existuje mezi nimi nepřekročitelná bariéra, prostupnost prakticky není možná (snad se dá spíše jen teoreticky připustit, že za určitých podmínek se zaměstnanec může stát klientem). Sociální distanc je často jedním z pravidel chodu organizace. Prvotním cílem personálu je cíl organizace, tedy zajistit péči o klienty.

Totální povaha institucí pak může být symbolizovaná i vnějšími bariérami jako je zamčený vchod, zamčené místnosti, kam uživatelé smí jen pod dohledem nebo na svolení personálu, vysoký plot. Z pohledu prostoru a vybavení upozorňuje Matoušek na několik společných znaků ústavní péče. Jde o prostorové přetížení (vícelůžkové pokoje), nepoměr mezi úrovní prostorů pro uživatele a pro personál a bariéry mezi těmito dvěma územími, redukce klientova osobního teritoria (často jen postel). Chybí místa k přijímání návštěv nebo se nejedná o adekvátní, klidné prostředí. Lidem jsou odnímány osobní věci, nemají možnost mít např. svůj nábytek, povlečení. Přitom pocit domova vytváří právě soubor věcí, k nimž má člověk osobní vztah (Matoušek, 1999).

Alternativní pohled na charakteristiku procesů v institucích lze najít ve Zprávě Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči. Ty jsou zde shrnuty jako:

- odosobnění (eliminace věcí osobního vlastnictví a jejich nahrazování společnými či ústavními věcmi, odstranění projevů individuality např. v oblečení),
- neměnnost rutiny (denní rutina, stále stejná organizace dne pro všechny bez ohledu na individuální přání, preference),
- hromadné zacházení (neustálý pobyt v rámci skupiny, společné aktivity, jedinec se musí podřizovat většině),
- sociální propast mezi uživateli služeb a pracovníky organizace (MPSVa, [online]).

3 Proces deinstitucionalizace

Transformací sociálních služeb chceme docílit jejich deinstitucionalizace. Šiška (Šiška, 2005, s. 24) upozorňuje: „Deinstitucionalizace neznamená pouhé fyzické přestěhování z jedné velké instituce do jiné – menší a integrované.“ V této kapitole se proto zaměřuji na hlavní aspekty, které s deinstitucionalizací souvisí. Konkrétně se pak jedná o principy normality, které by měly být naplňovány v životě každého člověka (resp. mělo by být umožněno je naplňovat). Dávají vodítko pro to, jak lze nahlížet na pojem normální život. Aktivitami je usilováno o sociální začleňování lidí s postižením do majoritní společnosti. Všichni lidé nejsou stejní, nemají stejná přání a stejné představy o svém životě, aktivitách a prioritách. Rozhodnutím jednoho může být život zcela mimo sociální kontakty, jiný člověk si může zvolit život v uzavřené komunitě (např. Amišové). Nejde o posuzování toho, jaký způsob života je dobrý nebo nevhodný.

Pro velké i malé (každodenní) životní volby je podstatné, to, že jsou určovány vlastním rozhodnutím.

Z výše uvedených důvodů se v této kapitole věnuji tématům principů normality, sociálního začleňování a autonomie. Dále shrnuji některé zkušenosti lidí, kteří se již do procesu transformace zapojili. Příklady dobré i špatné praxe jsou cenným zdrojem a motivací pro uvědomění si a předcházení rizik transformace. V samém závěru se pak věnuji charakteristice služby chráněného bydlení. Důvodem je to, že lidé z ústavních zařízení přecházejí velmi často právě do tohoto typu služby. Ve službě chráněného bydlení byl proveden také můj výzkum.

3.1 Institucionalizace

„Institucionalizací je označován proces, ve kterém se sociální role, hodnoty, představy a způsob chování jednotlivce stávají pevně spojené s organizací.“ (Vávrová, 2010, s. 69). Syndrom institucionalizace neboli hospitalismu vzniká tam, kde dochází k izolování lidí od vnějšího světa. Člověk se přizpůsobuje organizaci a jejímu chodu natolik, že se na ní stává závislým. Ztrácí schopnost fungovat v běžném prostředí a vztazích. Oslabována je také schopnost rozhodování a plánování, přejímány jsou normy a hodnoty instituce.

3.2 Deinstitucionalizace

Na počátku snah o deinstitucionalizaci sociálních služeb stály stížnosti na systematické zneužívání pacientů a uživatelů služeb ze strany zaměstnanců, kteří byli zodpovědní za péči. Princip přechodu od institucionální péče k péči komunitní nazýváme jako komunitní paradigma. S procesem deinstitucionalizace pak nezbytně souvisí rozvoj komunity.

Šiška uvádí, že deinstitucionalizace znamená dosažení takového stavu, kdy je všem lidem s postižením umožněno prožívat život tak, jak si sami přejí. Současně však musí být nastavený takový systém podpory, jaký potřebují (Šiška, 2010, s. 61).

Cháb rozděluje deinstitucionalizaci na dvě části, které obě musí být naplněny. První je práce s lidmi, kteří již v ústavu jsou a jejich odchod z těchto ústavů. Druhou částí je to, aby už další lidé nebyli vystaveni vlivu institucionalizace (Cháb, 1994).

Na to navazují cíle deinstitucionalizace, jak jsou popsány v Manuálu transformace ústavů. Cíle procesu, které musí být naplňovány paralelně, jsou:

1. zamezení institucionalizace dalších lidí, které v sobě zahrnuje také to, že už žádný člověk nebude přijat do ústavu,
2. transformace stávající ústavní sociální péče, tedy úplné zrušení ústavů,
3. zajištění dostupnosti podpory v komunitě (MPSV, 2013).

Podle Eidelmana v sobě deinstitucionalizace zahrnuje pomoc lidem opustit pobytové instituce, budování kapacity komunity pro všechny, prevenci institucionalizace a ukončení přijímání do institucí a podporu rodin (Eidelman, 2011).

Deinstitucionalizaci nelze zúžit jen na přestěhování lidí z ústavů do jiných, menších zařízení. I malé skupinové zařízení může být institucí a zachovávat si institucionální prvky.

Předpokladem pro dosažení deinstitucionalizace je podle Šišky dodržování čtyř základních principů, a to:

- oddělení budov a podpory (i lidé s vysokou mírou podpory mohou žít v běžných bytech nebo domech, služba nemá být vázaná na budovy či domovy),
- dostupnost příležitostí, jaké mají všichni ostatní (systém sociálních a veřejných služeb má být nastavený tak, aby lidé s postižením mohli využívat možností běžného života stejně jako lidé bez postižení – zaměstnání, lékař, vzdělávání, doprava, nákupy, kultura, sport atd.),
- volba a rozhodování o službě (člověk s postižením musí mít maximální možnou kontrolu nad svým životem),
- život v komunitě jako předmět lidských práv (tedy ne segregace, která je již sama o sobě porušením základních lidských práv i bez existence dalších negativních jevů) (Šiška, 2010, s. 61-62).

Jedním z dalších důležitých aspektů deinstitucionalizace je poskytování uživatelům služeb podpory, nikoli péče. Právě poskytování péče je v ČR tradičním modelem, převládá paternalismus při péči o nesoběstačné klienty. Podle Kalvacha upřednostňování péče před podporou snadno vytváří závislost, prohlubuje nesoběstačnost, z klientů činí pasivní příjemce úkonů (Kalvach, 2014, s. 20). Slovy Chába „Péče nemůže učinit z lidí neschopných lidi schopné“ (dle Kalvach, 1994, s. 20). Podpora naopak směřuje k soběstačnosti, participaci a uplatňování vlastní vůle. Podpora soběstačnosti, přesněji její zachování, posílení nebo obnova, má přednost před poskytováním péče.

3.3 Principy normality

Teorie normalizace, její posuzování a principy mají své kořeny ve Skandinávii v šedesátých a sedmdesátých letech minulého století. Naplňování principů normalizace může být jedním ze způsobů hodnocení odstraňování prvků institucionalizace. Jsou tedy jedním z vodítek pro rámec služeb komunitního charakteru. Východiskem je potvrzení práv všech lidí na vzdělávání, práci, život v komunitě, zdravotní péči a občanství.

Teorie normalizace je jedna z nejsilnějších a nejtrvalejších integračních teorií pro lidi s mentálním postižením. Lidem s postižením přiznává tytéž podmínky, jaké jsou přiznávány ostatním občanům. Zahrnuje tedy normální, běžné životní podmínky – bydlení, školní docházku, zaměstnání, cvičení, rekreaci a svobodu volby. Vše toto je aspoň do určité míry odpíráno lidem žijícím v ústavním zařízení.

Dle Wolfensbergera jde v rámci normalizace o využití prostředků, které mají ostatní lidé s cílem vytvořit, popř. udržet osobní chování a charakteristiky, které jsou co možná kulturně normativní. Vše vychází ze sociální a fyzické integrace, tedy komunitní integrace (dle Flynn a Lemay, 1999).

Normalizováno má být životní prostřední a ne člověk. Normalizace neznamená, že všichni lidé jsou „normální, stejní“, ale že se všichni lidé přizpůsobují společenským normám. Zahrnuje např. rozvoj komunity, služeb a životních pravidel. Lidé s mentálním postižením mají vést normální, tedy obvyklý, běžný život, který je srovnatelný s životem jejich vrstevníků. Toto nemusí znamenat přizpůsobení se průměru za každou cenu (např. bez ohledu na přání osoby, její preference). Cílem je vytvoření prostoru s příležitostmi pro adaptaci a seberealizaci.

Pochopení toho, jak má vypadat normální život lidí s mentálním postižením je možné přes popis toho, jak vypadá život lidí bez postižení. B. Nirje v šedesátých letech minulého století sestavil principy normalizace v oblasti základních hodnot kvality života.

Vzorce a podmínky každodenního života dle Nirjeho:

1. Dodržování normálního denního režimu.
2. Oddělení sféry práce od sféry bydlení a volného času – bydlení, práce a trávení volného času probíhá v místech k tomu obvyklých, tedy ne všechny aktivity v rámci jednoho prostoru. V rámci dne dochází ke změně místa, vzdělávání probíhá ve školách, zaměstnání mimo sféru bydlení.
3. Dodržování běžného rytmu roku (jako je např. dovolená, slavení narozenin, pracovní dny a víkendy).

4. Dodržování normálního životního průběhu, cyklu (v dětství život v rodině, vzdělávání, příprava na zaměstnání a zaměstnání, změna bydliště v dospělosti – odchod od rodičů, stárnutí).
5. Respektování vlastních přání, potřeb, rozhodnutí a nárok na uznání.
6. Normální vztahy k druhému pohlaví, partnerství.
7. Normální ekonomický standart se základní finanční jistotou, odměna za práci podle výkonu a svobodné zacházení s penězi.
8. Život v běžných životních podmínkách (Nirje, dle Šelner, 2012).

Základní je právo na bydlení v komunitě. Děti mají mít možnost vyrůstat v rodině, dospělí by pak měli mít svůj byt nebo dům (ne nutně ve smyslu vlastnictví). Na toto je také navázaný předpoklad finanční soběstačnosti a zajištěnosti. Člověku s postižením musí být dána příležitost ekonomického zajištění tak, aby si mohl koupit, co potřebuje pro svůj domov a život. To neznamená jen systém pojistných a nepojistných dávek (např. invalidní důchody, příspěvek na bydlení), ale také možnost placené práce. Finanční zajištění nebo nezajištění by nemělo představovat překážku využívání toho, co je v komunitě běžné.

Život člověka ve středním věku můžeme rozdělit do několika oblastí: bydlení (samostatné bydlení), partnerský vztah a rodina, pracovní a společenské uplatnění. V ideálním případě jsou pak všechny tyto oblasti plně saturovány. U lidí s mentálním postižením v oblasti bydlení často dochází k tomu, že až do pokročilého věku, popř. po celý život zůstávají ve své primární rodině (s rodiči). Další velmi početnou skupinu pak tvoří ti, kteří odcházejí do pobytových sociálních služeb. Absentují partnerské vztahy, nebo jsou neuspokojivé (sexuální potřeby jsou uměle uspokojovány, pseudo homosexualita). Extrémním postojem v partnerství je pak jakýkoli partner, nebo čekání na ideál (Dönner, 1999, s. 44).

3.4 Sociální začleňování

S deinstitucionalizací je také spojován termín sociálního začleňování, popř. inkluze. Pro oba pojmy je společné úsilí o začlenění osob (např. s mentálním postižením) do většinové společnosti a jejího každodenního života. Sociální začlenění z širšího pohledu pak může být definováno existenčním zabezpečením (materiálním), začleněním do společnosti, uplatněním osobnostního potencionálu a socializací, popř. socioterapií (náprava vztahů). U lidí s postižením se jedná o vyrovnání se s postižením nebo adekvátní kompenzace jeho následků (Novosad, 1997).

Cílem pomoci a podpory, která je fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci poskytována prostřednictvím sociálních služeb, je jejich sociální začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (Zákon č. 108/2006 Sb.). V současnosti však využívání některých služeb naopak sociální vyloučení zapříčiňuje.

Sociální začleňování znamená dosáhnout příležitostí žít způsobem života, který je ve společnosti považovaný za běžný. Abychom tohoto dosáhli, musíme být schopni poskytnout potřebnou podporu. Sociální začleňování může proběhnout jen v rámci přirozeného prostředí, v životě ve společnosti, v komunitě.

Toto vyžaduje naplnění několika podpůrných opatření. Především se jedná o zakotvení práva. Tedy práva na život v komunitě jako nezpochybnitelného a vymahatelného práva. Dále se jedná o zajištění individuální podpory. Lidé mají mít k dispozici podporu, která vzhledem k jejich postižení a také sociální situaci bude řešit jejich individuální potřeby. Tato podpora by se neměla stáhnout jen na poskytování sociálních služeb. Důležitá je ekonomická podpora (výdaje spojené s postižením, dostatečný příjem) a podpora při hledání a udržení zaměstnání. Ideálem je potom nevytvářet uměle služby pro lidi s postižením, ale umožnit jim využívat služby pro širokou společnost. Nezbytné je tedy zajistit přístup k běžným komunitním službám a systémům. Veřejné systémy je třeba změnit tak, aby vyhovovaly lidem s mentálním postižením. Jedná se o řadu – komunitních, sociálních, ekonomických, vzdělávacích, kulturních a politických systémů (NRZP, Aktuality [online]).

3.5 Autonomie

Slovník cizích slov definuje autonomii jako samosprávu, právo řešit samostatně, nezávisle na jiném své vlastní otázky (Klimeš, 1998, s. 49).

Jednou z charakteristik totálních institucí je, že přebírají za klienty veškerou zodpovědnost po celý čas jejich pobytu (Keller, 1996, s. 130). Klient tedy o sobě nerozhoduje, je vyloučený z rozhodovacího procesu, který se týká jeho vlastního osudu. Opakem toho je pak naplnění principu autonomie. Potlačování autonomie vede k neschopnosti se příště rozhodnout a ke ztrátě motivace.

Míru samostatnosti při rozhodování můžeme rozdělit do tří stupňů. Základním stupněm je samostatné rozhodování, které nevyžaduje žádnou další oporu – při rozhodování člověk využívá jen neformální zdroje informací a podpory (např. rada kamaráda, prodavače). Dalším, méně samostatným stupněm je vlastní rozhodnutí s dodatečnou podporou. Člověk se rozhoduje samostatně, ale při rozhodování využívá

podporu někoho dalšího, přičemž tato podpora je cílená (např. zprostředkování informací). Co se samostatnosti rozhodování týká, je nejnižším stupněm rozhodnutí na základě nejlepšího porozumění vůli a preferencím ze strany dalších osob. Typické je zejména u lidí se závažným omezením rozhodování v rámci kruhu podpory, tedy lidí, kterým člověk důvěřuje. To předpokládá stálou snahu těchto lidí zjišťovat přání, preference a vůli člověka s postižením. U každého člověka je třeba předpokládat vůli a aspoň usilovat o navázání komunikace a zjištění této vůle, nevzdávat to (Krhutová, 2013).

Právo rozhodovat o sobě samém je v praxi často dáváno do souvislosti s institutem svéprávnosti, resp. omezení svéprávnosti. U lidí s mentálním postižením se velmi často setkáváme s tím, že jsou omezeni ve svéprávnosti. U některých ještě zůstávají v platnosti rozhodnutí o zbavení svéprávnosti, resp. způsobilosti k právním úkonům.

Občanský zákoník hovoří o svéprávnosti jako o způsobilosti nabývat pro sebe vlastním právním jednáním zpráva a zavazovat se k povinnostem (Zákon č. 89, §15). V rozsudku, kterým soud omezuje něčí svéprávnost, musí být stanoveno, v jaké míře a v jakých oblastech toto omezení stanovuje (např. při nakládání s penězi omezení částky, se kterou může osoba nakládat). V naší praxi se často setkáváme s omezením na všechny záležitosti mimo záležitosti každodenního života. Žádná zákonná či jiná obecně závazná norma pak ale neupravuje, co záležitosti každodenního života jsou a co ne. Kořínková toto definuje jako např. nakupování, cestování, ale také vyřizování věcí na úřadě (Kořínková, 2017).

3.6 Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru

Ministerstvo práce a sociálních věcí zpracovalo kritéria, pravidla, která upravují proces transformace a podmínky pro nově vzniklé služby. Tento materiál zde zmiňuji, protože se jedná o jeden z možných nástrojů pro posuzování deinstitucionalizace služeb. Jsou také využívána jako podmínky pro financování dílčích projektů v rámci transformace sociálních služeb z fondů Evropské unie. Poskytovatelé sociálních služeb jsou až na výjimky z velké části odkázáni na finanční podporu ze zdrojů Evropské unie, popř. ze státního rozpočtu (zejména se může jednat o dotace poskytované prostřednictvím Ministerstva práce a sociálních věcí a Ministerstvem pro místní rozvoj). Proto musí při čerpání dotací na stávající služby anebo na rozvoj nových služeb tato kritéria naplňovat.

Jejich poslední úprava proběhla v roce 2016. Účelem kritérií je vymezení klíčových charakteristik, které je třeba dodržovat při procesu deinstitucionalizace. V rámci kritérií jsou zvlášť zpracovány podmínky pro terénní, ambulantní a zvlášť pro pobytové služby. Pro tuto práci není relevantní poskytnout kompletní výčet, resp. obsah jednotlivých kritérií, proto dále bude uveden jen základní přehled týkající se pobytových služeb.

První kritérium popisuje podmínky nastavení cílů služby. Služba např. musí podporovat uživatele individuálně, musí podporovat udržování a rozvoj schopností a dovedností uživatele vedoucí k samostatnosti. Dále uživatele podporuje v jeho rozhodování a usiluje o realizaci aktivit a životního stylu dle jeho rozhodnutí.

Druhým kritériem jsou provozní charakteristiky. Provoz domácností má být zajišťován samotnými uživateli. Skladba uživatelů domácnosti musí odpovídat jejich přáním. Organizace práce se řídí potřebami uživatelů.

V rámci třetího kritéria jsou popsány podmínky na lokalitu. Zde je určeno např. že domácnost není ve stejném objektu s ambulantní sociální službou a že domácnost je umístěna v bytovém nebo rodinném domě, který má charakter běžného bydlení.

Čtvrté kritérium se věnuje zázemí a vybavení služby. Domácnost popisuje jako běžně uspořádanou bytovou jednotku. Velikost pokojů a chodeb pak odpovídá běžné bytové jednotce, zázemí pro management není součástí domácnosti.

V pátém kritériu je stanovená maximální kapacita domácností. U individuálních domácností 1-2 uživatelé, u skupinové domácnosti 3 až 6 uživatelů V jednom bytovém nebo rodinném domě je maximálně 12 uživatelů. (MPSV, 2016).

Tři z pěti uvedených kritérií se věnují prostorovému umístění (lokaci), uspořádání a vybavení služby a její kapacitě. Otázkou k diskuzi však je, zda pouhým vyhověním prostorovým požadavkům je možné dosáhnout cíle deinstitucionalizace. Odstranění prostorové segregace v zařízení nemusí nutně znamenat odstranění segregace jako takové. Na segregaci lze pohlížet nejen jako na izolaci, ale také jako na vyčlenění ze společenských vztahů, podvolení se handicapu, který se stává bariérou mezi člověkem a ostatními (Koláčková, Kodymová, 2005). Na naplňování prostorových kritérií lze nahlížet jako na jeden z předpokladů naplnění konečného cíle.

3.7 Problémy a rizika deinstitucionalizace v praxi

V rámci České republiky již bylo uzavřeno několik desítek ústavů. Máme již tedy k dispozici množství zpětné vazby o tom, jak deinstitucionalizace probíhá, příklady dobré a špatné praxe.

Johnová na příkladu konkrétních uživatelů služeb popisuje hlavní překážky deinstitucionalizace. Při přechodu z ústavů do komunity byly společné tyto problémy, které přechod značně ovlivňovaly:

- postoje a malá představivost nepřesahující rámec pobytové služby (na straně všech), pro sociální pracovníky je často nepřijatelné přistoupit na to, že neformální nápomoc v rámci komunity není poskytována prostřednictvím nástrojů sociální práce,
- nevědomost o možnostech podpory, omezený přístup k této podpoře mimo pobytové sociální služby, jejich nevyužívání, nedostupnost, nefunkčnost, popř. neexistence,
- výkon opatrovnictví nerespektující vůli opatrovance,
- diskriminace z důvodu zdravotního postižení (např. při hledání bydlení),
- malá flexibilita a kapacita terénních sociálních služeb (variabilita, finance, dostupnost) (Johnová, 2017).

Mertová poukazuje na problém, který je velkou překážkou při osamostatňování uživatelů transformovaných služeb. Tím je finanční situace klientů. Jediným příjmem lidí s mentálním postižením, zejména těch umístěných v ústavní péči, je zpravidla jejich invalidní důchod. V domovech pro osoby se zdravotním postižením je stanovená maximální výše úhrad za ubytování 210,-Kč/den a 170,-Kč/den za celodenní stravu. V součtu je to 11 400,-Kč za měsíc, resp. 30 dnů (Vyhláška č. 505, § 14). Průměrná úhrada za stravu a ubytování u pěti náhodně vybraných domovů pro osoby se zdravotním postižením je 10 560,- Kč za měsíc, resp. 30 dnů, což se blíží maximální možné výši úhrad. Úhrada za péči se při poskytování služby v domově pro osoby se zdravotním postižením stanoví ve výši přiznaného příspěvku na péči (Zákon č. 108, §73). Průměrná výše invalidního důchodu pro invaliditu třetího stupně byla v roce 2017 10 655,-Kč měsíčně. Po úhradě za ubytování a stravu musí osobě zůstat alespoň 10 % jejího příjmu. Lidé žijící v domovech pro osoby se zdravotním postižením tedy mají zákonem garantováno finanční zajištění pro základní životní potřeby (ubytování, strava, péče) a to i při nižších příjmech. Současně však zpravidla nejsou schopni ze svého

příjmu vytvořit úspory, finanční rezervu. Naopak bydlení v bytech či domech a využívání dalších služeb v komunitě značně zvyšuje jejich životní náklady.

Při volbě druhu sociální služby, kterou budou lidé s postižením v komunitě využívat, je pro ně určující také výše příspěvku na péči. Příspěvek je pro lidi s postižením často jediným zdrojem finančních prostředků, ze kterých si mohou hradit potřebnou pomoc. Výše příspěvku na péči tedy často určuje to, jaké služby a v jakém rozsahu může osoba využívat. Se zdravotním postižením souvisí i další zvýšené výdaje, jako jsou náklady na dopravu, kompenzační, zdravotní či speciální pomůcky, úprava bytu.

Další problém při přechodu lidí z ústavní péče vidí Mertlová v omezených možnostech shánění vhodného bydlení v běžných bytech, pronájmů. Bydlení musí být finančně přijatelné, důležitá je ale také jeho lokace – musí být dostupné veřejnou dopravou, dostupné musí být veřejné a sociální služby. U nájemního bydlení však dlouhodobě nabídka převyšuje poptávku (Mertlová, 2017).

Skutečná nabídka služeb v dané obci a komunitě pak značně omezuje možnost volby lidí odcházejících z ústavů. Ti se zpravidla musí rozhodnout pro jednu z možných variant (tedy místa, kde je dostupná, nově vznikla nebo je plánovaná služba spojená s bydlením). (Sociální práce/sociální práca, 2013 (1)).

Stávající členové komunity, kam mají přicházet nebo přichází lidé z ústavní péče, zaujímají k jejich příchodu různé postoje. Časté jsou obavy z agresivního chování, krádeží, sexuálního násilí. U lidí žijících v ústavu skutečně dochází k poruchám sociálních interakcí. Tyto mohou být dány již samotným mentálním postižením. Vágnerová uvádí, že u mentálního postižení lze definovat z pohledu psychologické charakteristiky tři oblasti, kde lze najít značné odlišnosti mezi lidmi s a bez postižení. Jedná se o poruchu poznávacích schopností, nápaditosti emočního prožívání a odlišnost motivace a nápadnosti v chování. V oblasti poruchy poznávacích funkcí lze pak hovořit o snížené kritičnosti, snadnější ovlivnitelnosti, ulpívání na jednom způsobu řešení a přiklánění se k stereotypnosti. Značně omezená je schopnost učení, které má spíše mechanický charakter (prosté zapamatování bez pochopení). S tím souvisí také snížená efektivita učení a potřeba naučené neustále procvičovat a opakovat (toto se týká nejen teoretických znalostí ale také praktických, např. zavazování tkaniček). Značně bývají omezené verbální schopnosti, a to jak v rozsahu slovní zásoby, tak ve smyslu pochopení kontextu sdělovaného sdělení (verbálního i písemného). Pro emoční prožívání je typická zvýšená dráždivost, a to jak v oblasti negativních, tak po stránce pozitivních emocí.

K obvyklým stereotypům při vnímání lidí s mentálním postižením patří, že jsou srdeční, až přehnaně přátelští, velmi radostní. Na druhé straně škály stojí stereotyp, že se jedná o lidi agresivní a bez zábran. Časté afektivní výbuchy, a to opět jak pozitivní, tak negativní, patří také do odlišností v emočním prožívání. V oblasti motivace pak převládá orientace na přítomný okamžik, uspokojení potřeby tady a teď. Typické je, že je oslabená schopnost plánování, budoucnost patří mezi těžko chápané abstraktní pojmy. Pro oblast chování je typické větší či menší oslabení schopnosti porozumět platným normám chování, tomu, co je ve společnosti obvyklé a přijatelné. Konkrétně se může jednat o celou škálu projevů, např. automatické tykání, formu zdravení („ahoj“), hlasitý hovor ve společnosti, předbíhání ve frontě apod. S tímto může být spojeno také nevědomé kriminální chování. Např. se může jednat o drobné krádeže v obchodě. Lidé s mentálním postižením mívají potíže s vyjádřeních svých pocitů (také proto, že se jedná o abstraktní pojmy). Zvláště s přibývajícím věkem lze pozorovat sklony k agresivnímu chování. Všechno toto pak přispívá k omezení schopnosti adaptace a sociálního začleňování (Vágnerová, 2014). V rámci transformace a deinstitucionalizace služeb je tedy důležité pracovat také s veřejným míněním, vzájemným poznáváním lidí s a bez postižení a umožňovat přirozené setkávání.

Vrbický výstižně popisuje nejčastější mýty o deinstitucionalizaci, které můžeme chápat také jako překážky jejího úspěšného průběhu a ukončení jako:

- transformace není pro lidi s vysokou mírou podpory,
- transformace není pro staré,
- transformace přináší problémy s komunitou,
- po přestěhování do nového bude hotovo (Vrbický, 2018).

3.8 Chráněné bydlení

Lidé z transformovaných zařízení nejčastěji odchází do menších domovů pro osoby se zdravotním postižením, do chráněného bydlení a méně častěji pak do bytů (vlastní či nájemní bydlení). V souvislosti se záměrem této práce je podstatná pouze služba chráněného bydlení, kde byl provedený také výzkum. Proto se zde nebudu věnovat dalším typům služeb ať pobytových nebo terénních a ambulantních, kterých mohou lidé s postižením také využívat.

Chráněné bydlení patří mezi služby sociální péče. Jedná se o pobytovou sociální službu určenou osobám se sníženou soběstačností z důvodu např. zdravotního postižení. Současně musí tito lidé potřebovat pomoc jiné fyzické osoby při základních životních

potřebách. Základní činnosti (tedy povinně zajišťované) v chráněném bydlení jsou: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy nebo pomoc při poskytování stravy, pomoc při osobní hygieně a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné vzdělávací a aktivizační činnosti, sociálně terapeutické činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (Zákon č. 108, § 51). Rozsahem základních činností se prakticky neliší od služby domova pro osoby se zdravotním postižením. Úkony, ze kterých se jednotlivé činnosti skládají, pak konkretizuje § 17 vyhlášky č. 505 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Zde je také stanovená maximální výše úhrady za stravu, ubytování a za služby péče a podpory. Maximální výše úhrady za službu péče a podpory je 130,- Kč za hodinu (Vyhláška č. 505, § 17).

Chráněné bydlení může být poskytováno formou individuálního nebo skupinového bydlení. Forma skupinového bydlení je v souvislosti s transformací a deinstitucionalizací pobytových sociálních služeb vnímána jako kompromisní řešení. Důvodem je, že tato forma není plně v souladu s článkem 19 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením. V praxi však není dostatek alternativ typu samostatného bydlení v bytě s dostatečnou mírou podpory nebo služeb podpory samostatného bydlení (také z důvodu ekonomického aspektu). Chráněné bydlení je v tomto kontextu tedy přijímáno jako funkční řešení.

Výzkumná část

4 Metodologie výzkumu

Další části práce jsou věnovány provedenému výzkumu a jeho výsledkům.

Jak již bylo uvedeno v konceptuální části, transformace sociálních služeb je soubor vzájemně propojených procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb. Jde o změnu ústavní péče v bydlení a podporu poskytovanou v přirozeném sociálním prostředí. Aktivitami je usilováno o sociální začleňování lidí s postižením do majoritní společnosti. Cílem je dosažení takového stavu, kdy je všem lidem s postižením umožněno prožívat život tak, jak si sami přejí. individuální podpory. Tato podpora by se neměla stáhnout jen na poskytování sociálních služeb.

Samotným přechodem z velkého zařízení do menšího nemusí být automaticky naplněn požadavek života v přirozené komunitě, využívání běžných příležitostí a možností. Jedním z rizik transformace služeb je, že celý proces se v praxi zúží na přesun klientů ze stávajících velkých zařízení do nových, menších zařízení, která ale budou fungovat na původních principech a zaběhlých postupech.

4.1 Cíl výzkumu, výzkumná otázka

Cílem provedeného výzkumu je zjistit, zda transformací konkrétního domova pro osoby se zdravotním postižením došlo skutečně k deinstitucionalizaci služby. Tedy, zda celý proces nestojí jen na přechodu z většího zařízení do menšího v jiné lokalitě. Byly transformací domova pro osoby se zdravotním postižením odstraněny prvky institucionalizace? Vycházíme zde z předpokladu, že v původním transformovaném zařízení se tyto prvky vyskytovaly. Minimálně ty pro pracovníky a vedení organizace neohrožující projevy institucionalizace můžeme nalézt ve veřejných dokumentech o transformaci zařízení (zejména je upozorňováno na nevyhovující prostorové uspořádání). Pro tuto práci není ale potřebné zjišťovat, zda, v jaké podobě a míře bylo či nebylo původní zařízení institucí, popř. totální institucí. Cílem je ověřit, zda transformace zařízení naplnila požadavek deinstitucionalizace.

Hlavní výzkumná otázka byla stanovena takto: Došlo v rámci transformace zařízení k jeho deinstitucionalizaci?

V konceptuální části jsem se věnovala popisu toho, co lze souhrnně označit jako prvky institucionalizace. Jde např. o charakteristiky ústavní péče a totálních institucí. Do stejné oblasti patří i to, čeho zpravidla nelze v ústavu dosáhnout – např. naplňování principů normality, dosahování na běžné možnosti, život v přirozeném prostředí. Ze všech těchto aspektů jsem vybrala tři, které považuji za zcela základní k tomu, abychom mohli hovořit o deinstitucionalizaci služby. Jde naplnění prostorových požadavků na službu, naplňování principu autonomie a využívání běžných veřejných služeb. Jedná se o tři vzájemně propojené požadavky. Člověk může žít v běžném bytě, ale i tak všechny jeho potřeby mohou být uspokojovány prostřednictvím sociálních služeb. Ani to samo o sobě nemusí být zcela v nepořádku, pokud je toto jeho svobodné rozhodnutí o životním stylu.

Na základě výše uvedeného byly stanoveny tři dílčí výzkumné otázky.

Dílčí výzkumné otázky:

1. Jsou naplněna prostorová kritéria služby (lokace, domácnosti)?

2. Je naplňován princip autonomie uživatelů?
3. Využívají uživatelé zařízení veřejně dostupné služby a možnosti (případně naopak jsou všechny jejich potřeby saturovány v rámci služby)?

4.2 Podklad pro stanovení dílčích výzkumných otázek

Jak jsem již uvedla, kritéria prostoru, autonomie a sociálního začleňování vnímám jako nejdůležitější při dosažení deinstitucionalizace služeb. Tedy služby mají být poskytovány v přirozeném prostředí, směřovat k sociálnímu začleňování osob, které o svých věcech a svých životech rozhodují samostatně nebo s přiměřenou podporou. Naplnění, popř. nenaplnění těchto kritérií jsou vodítkem umožňující posouzení, nakolik bylo dosaženo deinstitucionalizace služby.

Již bylo několikrát uvedeno, že transformace služeb není jen o přestěhování do menších zařízení, vhodněji uspořádaných a lépe vybavených. Současně jsou ale velikost zařízení, jeho lokace a skladba jednotlivých domácností jedním z důležitých aspektů, které lze využít při zjišťování, nakolik má služba institucionální charakter. Odkázat lze např. na v konceptuální části zmíněné prvky institucí a ústavů, jak na ně upozorňují jednotliví autoři – např. vysoké ploty, umístění zařízení v odlehlých částech obce, kolektivní bydlení, redukce klientova osobního teritoria. Oproti tomu je kladena podmínka na život v běžných životních podmínkách (Nirje, dle Šelner, 2012).

V neposlední řadě je v ústavním zařízení potlačováno individuální rozhodování uživatelů služeb. Požadavek na sociální služby je ale opačný. Jak můžeme nalézt např. v Manuálu transformace ústavů: „Sociální služby mají zaručovat každému, kdo je využívá, možnost žít podle jeho rozhodnutí a mít možnost volby na rovnoprávném základě s ostatními o tom, kde, s kým a jak bude žít.“ (MPSV, 2013, s. 25). Požadavek na uplatňování autonomie v každodenním životě je snad nejdůležitějším předpokladem naplnění požadavku deinstitucionalizace služeb.

Dalším signifikantním znakem ústavů a ústavní péče je realizace všech denních aktivit v zařízení, neexistence přirozených bariér mezi nimi a nahrazování veřejných služeb službami sociálními. V důsledku toho se pak lidé s postižením ocitají mimo běžný život společnosti, dochází k jejich sociálnímu vyloučení (MPSV, 2015, s. 101). Proto je třetí dílčí výzkumná otázka soustředěna na využívání běžných zdrojů a příležitostí jako předpoklad sociálního začleňování.

4.3 Popis použitých metod

Pro zpracování empirické části práce byla zvolena forma kvalitativního výzkumu, konkrétně zpracování případové studie. Důvodem pro zvolení tohoto typu výzkumu je především to, že cílem výzkumu není zjištění kvantifikovatelných dat a jejich souvztažností. U části hledisek naplňování požadavků na prostorové uspořádání služby (např. počet osob v domácnosti) je nastavení kvantifikovatelných dat možné. Nicméně samotná číselná data nemusí mít vzhledem k výzkumné otázce žádnou vypovídající hodnotu. Pro ověření výzkumných otázek je nezbytné zjištění příčin a souvislostí u zjištěných dat.

Konkrétní zvolenou metodou pak je zpracování případové studie. Tato forma je založená na získání co nejvíce informací z co nejvíce zdrojů ke konkrétnímu případu. Současně zohledňuje vztahy mezi získanými daty.

Použité zdroje informací:

- veřejně dostupné informace o službě, lokalitě,
- interní dokumenty zařízení,
- rozhovory s uživateli a pracovníky služby,
- rozhovory s dalšími aktéry – např. opatrovník, bývalí pracovníci služby,
- pozorování.

4.4 Obsah rozhovoru s respondenty

Při rozhovorech s respondenty byla použita forma polostrukturovaného rozhovoru, tedy předem připravený soubor orientačních otázek. Účelem připravených oblastí otázek bylo stanovit základní strukturu a vodítko rozhovoru. Vycházeno bylo z předpokladu, že konkrétní otázky budou formulovány až v průběhu rozhovoru s uživateli tak, aby respektovaly preference konkrétního respondenta. Samotný rozhovor se poté rozvíjel u každého respondenta individuálně.

Jádrem každého rozhovoru byly tyto oblasti otázek:

1. Kde bydlíte (dům, pokoj, jak vypadá?)
2. S kým bydlíte, s kým byste chtěl bydlet, můžete se sám rozhodnout?
3. Máte zde své osobní věci, chtěl byste tu mít něco dalšího?
4. Kde byste chtěl bydlet?
5. Žijí s vámi lidé, kteří vám někdy ubližují, nebo vás trápí, rozčilují?
6. Máte klíče od svého bytu?

7. Jak jste se rozhodl pro práci, popř. jiné aktivity, které běžně děláte?
8. Kdo rozhoduje, jak naložíte se svými penězi?
9. Máte opatrovníka (ve smyslu zástupce)?
10. Jak využíváte zdravotnické služby (sám, někdy v doprovodu, nikdy sám)?
11. Jak moc můžete rozhodovat o každodenních věcech (jídlo, spánek, zábava)?
12. Kdy vás můžou doma navštívit přátele?
13. Jak vypadá váš den?
14. Kam rád ve městě chodíte?
15. Kdybyste se chtěl odstěhovat, šlo by to?
16. Máte kamarády, kde se s nimi stýkáte, co spolu děláte?
17. Znáte někoho mimo lidi, které potkáváte ve službě?
18. Když potřebujete pomoc, kdo vám pomůže?

4.5 Popis výzkumného souboru

Pro účely výzkumu bylo náhodně vybráno pět z dvanácti uživatelů služby chráněného bydlení. Výběr respondentů proběhl vylosováním lístků s čísly (jedna až dvanáct), ke kterým bylo následně zjištěno jméno osoby ze seznamu klientů zařízení. Těchto pět osob bylo následně osloveno s žádostí o zapojení se do výzkumu. Všech pět osob se zapojením do výzkumu souhlasilo. Od konkrétních respondentů se potom odvíjel výběr dalších oslovených osob (především ze strany pracovníků zařízení a opatrovníků). Všichni respondenti původně využívali služeb transformovaného domova pro osoby se zdravotním postižením.

Z důvodu anonymizace jsou respondenti označeni jako respondent (R) a pořadovým číslem. Respondent číslo jedna, dva a tři jsou osobami se střední mírou podpory. Respondenti číslo čtyři a pět jsou osobami s vysokou mírou podpory.

Jak již bylo uvedeno, byly informace zjištěné od respondentů a pozorováním doplněny také rozhovory s pracovníky zařízení. U čtyř respondentů se do výzkumu zapojili také jejich opatrovníci.

4.6 Způsob získání a zpracování dat

Pro účely získání potřebných dat bylo několikrát navštíveno zařízení chráněného bydlení. Rozhovory s uživateli služeb probíhaly v jejich domácnostech nebo mimo prostory služby. Rozhovory s pracovníky probíhaly téměř vždy v rámci tohoto zařízení.

Zapojení do výzkumu bylo ze strany všech respondentů dobrovolné. Předem s nimi byl probrán účel rozhovoru, jeho rámcové zaměření, rozsah zjišťovaných a zpracovávaných údajů. Pokud si přáli, byl u rozhovoru s uživateli služby přítomen pracovník služby nebo opatrovník. Aspoň krátké samostatné rozhovory byly provedeny se čtyřmi uživateli služby. Místo a čas rozhovoru určoval respondent. Rozhovor se odvíjel podle předem stanovených okruhů otázek, vždy však bylo respektováno tempo a způsob komunikace respondenta. Pokud respondent nechtěl, nemusel odpovídat na všechny otázky.

Všichni respondenti před setkáním věděli, k jakým účelům se rozhovory použijí. Souhlasili s anonymním zpracováním pro potřeby mé diplomové práce.

Účastníci výzkumu (zejména ze strany pracovníků zařízení) si nepřáli, aby byl z rozhovorů pořízen audio grafický záznam. Z tohoto důvodu byl průběh rozhovoru zaznamenáván písemně do připravených archů. Důraz byl kladený na co nejpřesnější zaznamenání obratů a myšlenek respondenta.

Analýza dat byla provedena otevřeným kódováním sestavením do čtyř zastřešujících kategorií. Tyto kategorie jsou pojaty v širším rámci, do výstupů výzkumu byly zahrnuty i související poznatky, pokud jejich uvedení bylo vyhodnoceno jako relevantní pro cíl výzkumu.

5 Výsledky výzkumu

V úvodu této části práce stručně představuji zařízení, ve kterém byl provedený výzkum. Provedení výzkumu v zařízení bylo umožněno pod podmínkou, že v diplomové práci nebude výslovně uvedeno, o jaké zařízení a poskytovatele se konkrétně jedná. Uvedení těchto dat není pro potřeby výzkumu a výsledky nijak podstatné, tato podmínka byla tedy plně akceptována. Jsou-li dále v práci uvedeny citace nebo parafráze vztahující se k prezentaci služby nebo jejích pravidlům, je vždy vycházeno z interních materiálů služby nebo veřejně dostupných zdrojů.

Dále již předkládám samotné výsledky výzkumu. Výsledky byly strukturovány do čtyř oblastí. První tři oblasti, tedy prostorová kritéria, uplatňování autonomie a sociální začleňování, korespondují s dílčími výzkumnými otázkami. Čtvrtá část je potom shrnutím dalších významných zjištěných dat v souvislosti s ostatními prvky institucionalizace.

Pokud dále zmiňuji respondenty, je tím myšleno respondenty ze strany uživatelů služeb, pokud není uvedeno jinak. V případě, že respondent uvedl v rozhovoru jméno další osoby, je toto nahrazeno „X“.

5.1 Popis zařízení

Služba chráněného bydlení vznikla v roce 2015 jako jedno ze zařízení, které bylo zřízeno v souvislosti s transformací domova pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o jedinou návaznou pobytovou službu, jejímž poskytovatelem je jiná než původní organizace. Vznik této služby nebyl součástí transformačního plánu.

Toto chráněné bydlení poskytuje podporu lidem s mentálním, případně kombinovaným postižením, kteří jsou ve věku od 18 do 69 let. Služba je určena pro muže i ženy, dosud ji využívají ale pouze muži. Kapacita zařízení je 12 osob. Deset stávajících klientů do zařízení přešlo z transformovaného zařízení, dva z domácího prostředí. Přímou péči zajišťuje devět zaměstnanců (7,25 úvazků) – osm asistentů a jeden sociální pracovník (0,5 úvazku).

Posláním zařízení je být místem, kde lidé naleznou domov – bezpečné, vstřícné a zodpovědné prostředí. Nabízí uživatelům možnost žít běžným způsobem života, rozvíjet svou soběstačnost a nezávislost. Služba provází uživatele jejich životem a podporuje je v přijímání zodpovědnosti za chod domácnosti i jejich život.

5.2 Prostorová kritéria

Jak již bylo uvedeno, nároky na lokaci služby, prostorové uspořádání domácností a případně domu jsou jedním z vodítek pro hodnocení výskytu institucionálních prvků. Část výzkumu byla proto soustředěna na lokaci, architektonické členění a vybavení domácností.

Služba chráněného bydlení je poskytována ve starším bytovém domě, který je v osobním vlastnictví soukromého majitele. Dům se nachází v lokalitě, která je definována symbolickou segregací. Jedná se o oblast se zvýšenou koncentrací nízkopříjmových, nezaměstnaných, zadlužených osob (dvojnásobná a vyšší úroveň osob v exekuci než v ostatních lokalitách města) a osob závislých na sociálních dávkách.

V blízkosti chráněného bydlení jsou služby občanské vybavenosti. Do vzdálenosti 500 metrů od budovy jsou zastávka MHD a nádraží ČSAD, několik obchodů (potraviny, obchodní dům), veřejná knihovna, základní i střední školy, jedna

z budov městského úřadu, restaurace a lékárna. Vzdálenost od centra města je cca 800 metrů.

V roce 2015 byla v rámci města zpracována analýza stavebních a funkčních bariér, které znesnadňují mobilitu např. i osobám se zdravotním postižením. Při mapování byla hodnocena dosažitelnost veřejných služeb a možnost účastnit se běžného veřejného života. Z této analýzy vyplynulo, že ve městě se nenachází lokality výrazně nedostupnější než jiné části města. Velké množství veřejných služeb bylo vyhodnoceno jako nepřístupné. Jedná se např. o všechny budovy městského úřadu (sídlí ve třech budovách), finanční úřad, budovy městské knihovny (s výjimkou jedné budovy), veřejné WC, nádraží ČD i ČSAD, kulturní zařízení, lékárny, všechny bankomaty ve městě. Naopak nejpřístupnější jsou budovy velkých obchodních řetězců.

Dům, ve kterém je chráněné bydlení poskytováno, má tři byty. Jedná se o byty 2+1, každý byt má samostatnou koupelnu a WC. Uživatelé jsou ubytováni v jednom jednolůžkovém, šesti dvoulůžkových a jednom třílůžkovém pokoji. V domě nebydlí jiní obyvatelé, ve všech bytech je poskytována služba chráněného bydlení. Dům je oplocený, branka je po celý den zamčená. U branky je zvonek na pracovníka služby.

Čtyři respondenti (ze strany uživatelů služby) bydlí společně s další osobou v dvojlůžkovém pokoji, jeden sám v jednolůžkovém pokoji. Každý respondent má v pokoji svou postel, skříň a případně další drobný nábytek. Rozložení nábytku v pokoji určuje pracovník služby, uživatel nemůže bez souhlasu pracovníka v pokoji provádět žádné úpravy nebo změny. Z velké části je nábytek ve vlastnictví poskytovatele. Pokud si to uživatel přeje, může zde mít svůj vlastní nábytek, který ale musí mít přednostně ve svém pokoji. Nábytek a další vybavení, které chce uživatel mít ve společných prostorách, musí projednat s dalšími uživateli domácnosti a podléhá to schválení pracovníkem zařízení. Každý z respondentů uvedl, že v pokoji a bytě má takové věci, jaké si přeje.

Respondenti si fakticky nemohou zvolit, kde v rámci služby budou bydlet. Nemohou si zvolit osobu, která s nimi bude bydlet v pokoji a v domácnosti. Kapacita zařízení je nepřetržitě naplněna. Změna spolubydlícího je možná jen výměnou za jiného, který již službu využívá nebo v případě odchodu jiného uživatele ze služby. Ze strany služby není umožněno, aby ve dvoulůžkovém pokoji bydlel jen jeden uživatel.

„O naše bydlení je zájem, je moc lidí, kteří k nám chtějí jít a potřebují to, třeba když se o ně nemá kdo postarat. Další potřebné služby nejsou, proto nemůžeme snížit kapacitu.“ (pracovník)

„Bydlím s X, ne nemohl jsem si ho vybrat, …, ale s X to jde, nevadí mi, on často někam chodí, není doma…rozumíme si.“ (R3)

Oba dva respondenti se střední mírou podpory, kteří nebydlí sami, projevili přání bydlet sám v pokoji nebo úplně sám v bytě mimo službu.

„Chtěl bych bydlet jako X, no X, to je můj kamarád, on bydlí v paneláku, já za ním jezdím. Můžu u něho i přespat, to on u mě nemůže, to nejde.“ (R2)

5.3 Autonomie

Druhou oblastí, která byla v rámci výzkumu ověřována, je míra uplatňování autonomie respondentů v každodenním životě. Samostatné rozhodování (nebo rozhodování s potřebnou mírou podpory) je nezbytným předpokladem k tomu, aby mohlo být dosaženo cíle transformace a deinstitucionalizace. Této oblasti byla pro její důležitost věnována zvýšená míra pozornosti. Výsledky jsem pro přehlednost a pro zvýšení vypovídající hodnoty sdružila do třech zastřešujících celků.

5.3.1 Denní režim

Zařízení má stanovenou obecnou strukturu dne svých obyvatel.

„Vstávání klientů, podpora osobní hygieny, oblékání, příprava snídaně v bytech, ranní úklid pokojů a kuchyně, odchod do zaměstnání, sociální rehabilitace. V průběhu dopoledne se předpokládá návrat klientů z denních aktivit. Klienti mají po příchodu z denních aktivit osobní volno a prostor pro odpočinek, poté následuje krátká koordinační porada k upřesnění odpoledního a večerního programu. Odpoledne jdou klienti nakoupit potraviny na večeři a snídani, poté následuje příprava večeře a osobní volno, příp. program podle dohody. Provádějí běžný úklid domácnosti. Den je ukončen podporou osobní hygieny a nočním odpočinkem. V pátek je uskutečňován větší nákup na víkend. Sobotní dopoledne patří společnému úklidu domácnosti a společné přípravě oběda. Sobotní odpoledne je vyhrazeno osobnímu volnu nebo programu podle dohody.“ (interní materiály zařízení)

Uživatel se nemusí tomuto režimu přizpůsobit. Denní režim a aktivity jsou stanovovány v rámci individuálního plánování. Individuální plánování probíhá u všech klientů, individuální plán je vyhodnocován jednou měsíčně. Zejména u respondentů s vysokou mírou podpory je individuální plán dále konzultován s jejich opatrovníky. Uživatel sám může v průběhu měsíce sdělit, jaké má přání, co by chtěl dělat. Ze strany

pracovníků služby je také uživatel cíleně dotazován, vybízen k tomu, aby své přání sdělil. V rámci individuálního plánování, denních koordinačních porad a průběžných rozhovorů např. při společné činnosti je s klientem probíráno, zjišťováno, co by chtěl dělat, kdy a jak.

V rámci plánování služby je ovšem vždy prvotně vycházeno z předem stanoveného chodu zařízení, jak je uvedeno výše. Vše mimo tento režim je pak bráno jako individuální dohoda.

Tři respondenti uvedli, že se mohou sami rozhodnout, kdy budou vstávat, kdy půjdou spát, kdy se budou koupat apod. Dva respondenti, kteří potřebují velkou nápomoc při péči o vlastní osobu mají tyto činnosti předem naplánované. Toto se odvíjí od individuálního plánování, potom ale probíhá denní dohoda konkrétního asistenta s uživatelem. Pracovníci se snaží při organizaci denního režimu zohlednit přání, preference uživatele. Vždy však s ohledem na provoz zařízení.

„X si v sobotu rád přispí, když mám službu, mě to nevadí. S ostatními kluky připravíme snídani, on pak většinou přijde. Když ne, tak na něj sem tam zaklepu, zjišťuju, jestli už je vzhůru. Přes týden to nejde, musí jít do sociální rehabilitace, je třeba ho někdy vzbudit, abychom všechno stihli.“ (pracovník)

„Co bude uživatel dělat si stanovuje sám v rámci individuálního plánování nebo s podporou pracovníka. Nabízíme jim, co by šlo dělat, co by mohli využít, toto pak probíráme. Když chce, tak mu pomůžeme. X chtěl např. tablet, toto přání projevil víckrát. On ale neumí číst a psát. Společně s opatrovníkem jsme se dohodli, že budeme trénovat aspoň základní ovládání, třeba i hry. A pak se mu koupí. Už ho má a má z něho radost. My víme, že by si mohl kupit něco, co by více využíval. Ale bylo to jeho přání, tak jsme hledali cestu, jak mu v tom napomoci.“ (pracovník)

Rozhodnutí o denní činnosti, pokud při ní respondent nepotřebuje nápomoc pracovníka, nemusí být schváleno pracovníkem zařízení. Pokud při činnosti respondent potřebuje dohled, radu nebo nápomoc pracovníka, je třeba se na této činnosti předem dohodnout. Zda je danou aktivitu možné provést, je potom určováno možnostmi asistentů nebo možnostmi dalších služeb (zejména prioritně využívaná sociální rehabilitace).

„Program a průběh dne si sestavují a domlouvají obyvatelé jednotlivých bytů, odpovídá běžnému způsobu života.“ (pracovník)

„Pokud chtějí, mohou i dopoledne v domě zůstat. Všechny ale směřujeme k tomu, aby měli dopoledne nějakou aktivitu mimo chráněné bydlení – jak je to

v běžném životě. Je tu více kluků, kteří jsou dopoledne doma. Mají třeba odpolední směny, nebo když jsou nemocní.“ (pracovník)

Změny denního režimu se zpravidla domlouvají dopředu. U společných aktivit je uživatel, který si přeje změnu, vázán na dohodu s dalšími uživateli, zejména v rámci domácnosti. Pokud se na změně neshodnou, musí se uživatel podřídit většině. Pokud se uživatelé na postupu neshodnou, je vše provedeno podle původního rozpisu.

„V sobotu dopoledne děláme velký úklid, odpoledne už mají volný program. Dopoledne je úklid lepší, pak už po obědě máme každý více volno. Uklidí se najednou a je to pak rychle hotové, při jedné práci. Do úklidu se musí zapojit každý, jen se určí, kdo udělá úklid společných prostor, jako je kuchyně. Na to máme rozpis, musí se všichni vystřídat.“ (pracovník)

U společných aktivit, jako je příprava teplé stravy, se musí vždy jednotliví členové domácnosti dohodnout na čase a průběhu vaření, přičemž rámcově je toto určeno pravidly služby. Společnými aktivitami jsou především nákupy potravin a vaření, úklid domácností a pokojů. Dále probíhá společné plánování aktivit v rámci denního koordinačního setkání a jednou za týden v rámci vyhodnocující porady. Vždy je potřeba dohody aspoň v rámci domácnosti – tedy čtyři lidé se musí dohodnout.

Pracovníky zařízení je sestavován týdenní jídelníček. Ten je potom předložený uživatelům. Jídelníček je možné změnit podle přání uživatelů.

Respondent číslo jedna uvedl, že ho baví, když si může jídlo připravit sám, je to pro něj velká změna oproti dřívějšímu domovu.

„Tam jsem měl všechno připravené. Snídani a večeři si dělám sám, namažu si maso, nebo salám.“ (R1)

„Holky vždycky vyvěsí jídelníček. To potom uvaří. Když nechceme, nemusíme jíst spolu. Holky vaří v každé kuchyni, hlavně co má kdo rád.“ (R3)

V zařízení není podmínkou odběr společného jídla. Je možné si stravu objednávat, docházet do restaurace, uživatel si může vařit sám. Potraviny určené pro společné vaření jsou ukládány ve sdílených kuchyních v bytě. Tyto potraviny jsou nakupovány ze společného rozpočtu domácnosti, do kterého přispívají všichni rovným dílem. Vzít tyto potraviny je možné jen po dohodě s pracovníkem.

V zařízení je možné přijímat návštěvy v době od 8:00 do 20:00. Uživatelé tráví čas se svou návštěvou v bytě nebo na dvorku, kde je malé posezení. Není možné, aby návštěva v zařízení přespala. Uživatelé služeb by měli návštěvy hlásit dopředu, je možné ale mít i návštěvu neohlášenou. Příchod návštěvy je zpravidla zjištěn personálem

zařízení z důvodu nutnosti odemčení vstupní branky plotu, kde je zvonek pouze na službu.

„Můžu mít návštěvy…vždycky musím říct holkám, že mi někdo přišel.“ (R1)

„S X se často navštěvujeme, já chodím za ním a on zase ke mně. Někdy se třeba potkáme, když jdu z práce, jdeme potom k nám, díváme se na televizi.“ (R2)

„Jednou jsem šla na návštěvu za X, byla jsem dohodnutá jen s ním. Bylo těžké se do domu dostat, protože na zvonek u branky nikdo nereagoval, nakonec jsem se dovolala X a ten mi přišel otevřít. Pracovnice zařízení mi potom vyčetla, že jsem nebyla předem ohlášená.“ (opatrovník)

V rámci individuálního plánování a potom při každodenních poradách uživatel služby oznamuje, kdy se bude zdržovat mimo zařízení. Při samotném odchodu uživatel nemusí službě hlásit, že odchází, toto je ale doporučováno. Všichni tři respondenti, kteří jsou schopni z budovy sami odejít, své odchody přítomnému pracovníkovi oznamují.

„V zájmu bezpečí klientů doporučujeme oznámit přítomnému pracovníkovi každé, i krátkodobé opuštění zařízení.“ (pracovník)

Celodenní pobyt mimo zařízení je uživatel povinen nahlásit pracovníkům minimálně 24 hodin předem.

Všichni uživatelé mají klíče od vstupní branky, domu, bytu a svého pokoje. Tři respondenti klíče používají samostatně, jeden s podporou pracovníka, jeden respondent klíče používat neumí. Obyvatelé nesmí žádný z klíčů nikomu zapůjčit. Rezervní klíče od všech bytů a pokojů jsou u pracovníků služby pro případ potřeby.

„Zatím jsme klíče nikdy nevyužili. Když není nikdo v bytě, nevstupujeme tam. Ani není důvod. Soukromí je důležité.“ (pracovník)

„X neumí klíče používat, ale má je v pokoji na poličce, aspoň je tam má.“ (pracovník)

Pracovníci vstupují do bytu a pokojů po zaklepání, vždy se souhlasem obyvatele. Pro vstup do společných prostor bytu postačuje souhlas jednoho obyvatele. Pro vstup do pokoje také. Pokud ale obyvatel pokoje výslovně předem uvede, že si nepřeje, aby mu do pokoje vstupoval někdo z pracovníků, je toto respektováno.

„Jenom X si nepřeje, aby mu do pokoje někdo chodil. Bydlí tam sám. Nevíme, co v pokoji má, ale když si to nepřeje, nechodíme tam. Pracujeme na tom, aby měl vůči nám více důvěry, a jednou nás do pokoje pustil.“ (pracovník)

„S X se vždycky domluvím, že ho přijdu navštívit, do pokoje mě pustí, i mi ukazuje třeba skříně, jaký tam má pořádek, je rád za pochvalu, že se snaží. Nevím, proč

nechce asistenty pustit do pokoje, jako opatrovník to neřeším, to si musí vyjasnit oni sami. Pro mě je důležité, co si on přeje a hledáme cestu, jak k tomu dojít.“ (opatrovník téhož uživatele)

V zařízení je mimo víkendů od 20:00 do 8:00 následujícího dne stálá přítomnost asistentů. Mimo jednoho respondenta, který bydlí sám v pokoji, nemají ostatní respondenti možnost být v bytě nikdy sami. K tomuto lze využít jen kuchyň v rámci bytu.

5.3.2 Oblast rozhodování o práci či obdobné denní činnosti

Všichni respondenti pobírají invalidní důchod (pro invaliditu druhého nebo třetího stupně). Tři respondenti pracují na chráněném trhu práce (respondent číslo jedna a respondent číslo tři pracuje v sociálním podniku, respondent číslo dva pracuje v družstvu invalidů), dva nejsou zaměstnání ani nenavštěvují pracovní rehabilitaci.

Žádný z respondentů za pobytu v domově pro osoby se zdravotním postižením nebyl zaměstnaný (v pracovním či jiném pracovně právním poměru). Všichni tři respondenti, kteří jsou zaměstnaní, při výběru zaměstnání byli podporováni pracovníky zařízení. Jako první bylo u všech tří zaměstnaných respondentů využito nabídek chráněného trhu práce. Zaměstnání bylo zprostředkováno pracovníky. Žádný z respondentů dosud chráněný trh práce neopustil. Při výběru zaměstnání dva respondenti uvedli, že si nemohli vybrat z více zaměstnání, byli limitováni nutností pracovat (finanční zajištění) a skutečnou nabídkou zaměstnání.

„Naši klienti neměli žádné nebo jen minimální pracovní návyky, někteří v DOZP vypomáhali, ale do běžné práce by jít nemohli. Na tom stále ještě pracujeme – aby do práce každý den došli, aby uměli v práci komunikovat, dodržovat pravidla. Někteří začali s malým úvazkem a teď už pracují třeba na šest hodin denně, to je velký úspěch.“ (pracovník)

„Neměl jsem peníze, musel jsem vzít práci, která byla… Ale už jezdím do práce sám… Mám rád X, je jako můj táta, on mi mockrát pomohl…To je šéf.“ (R2)

Jeden respondent prošel nejdříve pracovní rehabilitací a nyní několik měsíců pracuje v sociálním podniku. Účast na sociální rehabilitaci mu byla nabídnuta, když byla tato aktivita ve věstě zavedena. Klíčový pracovník s ním tuto záležitost probíral v rámci individuálního plánování. Poté se respondent rozhodl, že se do pracovní rehabilitace zapojí.

„V rámci pracovní rehabilitace, přípravy na zaměstnání si mohl X vybrat z více oborů. Zatím nikde nepracoval, neměl představu, co jednotlivá práce vlastně znamená, co obnáší. Toto se s ním všechno probíralo v rámci přípravy, to trvalo několik měsíců. Vybral si práci ve výrobě, myslím, že to byla pro něj dobrá volba. Hodně ho to baví.“ (pracovník)

Všichni tři respondenti, kteří jsou v pracovním poměru, se shodli, že nyní jsou se svou prací spokojeni, pracovní místo měnit nechtějí.

Respondent číslo čtyři a respondent číslo pět nechodí do zaměstnání. Oba využívají v dopoledních hodinách službu sociální rehabilitace téže organizace. Do sociální rehabilitace dochází jeden z těchto respondentů samostatně, druhý v doprovodu pracovníka. Tato služba je využívána i dalšími dvěma respondenty. Využívání služby sociální rehabilitace ale není pro uživatele služby povinné, pokud chtějí, mohou službu ukončit.

„Do rehabilitace chodím aspoň jednou týdně, učím se vařit.“ (R2)

„X by už do sociální rehabilitace ani neměl chodit, nikam se neposouvá, spíš potřebuje péči a pomoc, třeba při jídle, když jde na toaletu a tak podobně. Už to nenaplňuje cíl sociální rehabilitace. Ale není tu jiná možnost, kam by mohl takto chodit, proto zatím pořád chodí k nám.“ (pracovník soc. rehabilitace)

„Je možné využít třeba osobní asistenci, to je ale placená služba, proto upřednostňujeme sociální rehabilitaci, to je pro klienty zdarma.“ (pracovník)

„Když klient nechodí do práce, vedeme ho k jiné podobné aktivitě, aspoň ta sociální rehabilitace. Snažíme se simulovat běžný život.“ (pracovník)

5.3.3 Oblast financí, svéprávnost

Všichni respondenti byli rozhodnutím soudu omezení ve svéprávnosti. Zařízení nevyžaduje od opatrovníků doložení rozhodnutí soudu o omezení svéprávnosti. Opatrovníci dokládají pouze listinu opatrovníka. Respondenti číslo jedna, dva a tři byli omezeni na nakládání s finančními prostředky do stanovené výše (R1 a R3 částka 500,- Kč týdně, R3 částka 1500,-Kč měsíčně). Respondenti číslo čtyři a pět nemohou nakládat s žádnou finanční částkou.

Tři respondenti mají mimo invalidního důchodu dále příjem ze zaměstnání či jiné pracovní činnosti. U všech pěti respondentů platí, že finance klienta jsou vypláceny k rukám opatrovníka. Všichni respondenti mají svůj bankovní účet, kde je jediným disponentem opatrovník.

Platby za ubytování a společnou stravu ve všech pěti případech provádí opatrovník.

Žádný z respondentů nerozhoduje o nakládání se svými penězi zcela samostatně, ale s podporou ostatních (opatrovník a asistenti). Respondenti číslo jedna, dva a tři dostávají týdenní kapesné – dva přímo od svých opatrovníků, jednomu je kapesné předáváno asistentem na základě dohody s opatrovníkem. Tento opatrovník do zařízení pravidelně nedochází, proto předávání peněz je dohodnuto takto. Dva respondenti s vysokou mírou podpory nenakládají se svými penězi vůbec.

„Peníze nepoznají, neznají hodnotu věcí. X jenom spočítá, kolik kusů mincí nebo bankovek má, ale ani to se mu nepodaří vždycky. Ale trénujeme aspoň to. Ale sám si nikde neplatí.“ (pracovník)

Tři respondenti tedy dostávají týdenní kapesné do vlastních rukou. Pokud si nepřejí, nemusí sdělovat, jak s penězi naloží. To platí směrem k opatrovníkům i asistentům. Tři respondenti, kteří mají své kapesné si s těmito penězi nakládají samostatně. Peníze mají u sebe.

„Nemusí mi říkat, co si koupí za těch 500 korun. Navíc mu vždycky dám tak 500 korun, jak se domluvíme. Za ty si nakoupí třeba jídlo, co má rád. Přinese mi paragon, co si za ty peníze koupil, společně to projdeme. Když je něco nevhodného, bavíme se o tom. Koupí si třeba i cigarety, to mi vadí, ale jsou to jeho peníze.“ (opatrovník)

„Když X přišel, bylo to zpočátku těžké. Když jsem ho převzala (došlo ke změně opatrovníka), neměl skoro žádné peníze. Co měl našetřeno z domova pro osoby se zdravotním postižením, to se postupně utratilo při přestěhování. Teď spolu šetříme, peníze má na spořícím účtu. Pokaždé se mě ptá, kolik tam má peněz, já mu ukážu výpis, má z toho velkou radost. Přesně si pamatuje, kolik má peněz. Jsou to jeho peníze, já mu jenom pomáhám, když chce něco většího koupit, bavíme se o tom dopředu.“ (opatrovník)

Zařízení disponuje s částkou na společné nákupy od opatrovníků. S těmito penězi respondenti nenakládají, jednou měsíčně jsou opatrovníkům vyúčtovány. V rámci domácnosti je při sestavování jídelníčku řešeno i to, kolik peněz mají na společné nákupy. Uživatelé jsou vedení k tomu, aby věděli nebo měli aspoň trochu přehled, kolik potraviny stojí a jak se dané jídlo odrazí na společném rozpočtu. Respondenti číslo jedna a dva chodí sami nakupovat, respondenti číslo tři a pět chodí nakupovat aspoň příležitostně v doprovodu asistentů nebo pracovníků sociální rehabilitace.

Jak bylo uvedeno, všichni respondenti jsou rozhodnutím soudu omezeni ve svéprávnosti. Při uzavírání o poskytnutí sociální služby včetně dodatků zastupoval všech pět respondentů opatrovník. Zařízení nemá k dispozici smlouvu v alternativní podobě, např. ve formě snadného čtení.

„Všichni mají omezení na všechny právní úkony, s výjimkou záležitostí každodenního života. Rozdílné je jenom nakládání s penězi.“ (pracovník)

„Podrobnosti pak probíráme s každým klientem při individuálním plánování. Vysvětlujeme si pravidla služby, s čím mu můžeme pomoct, nabízíme mu možnosti činností.“ (opatrovník)

„Smlouvu… to nevím, asi jo, … asi X (myšleno opatrovník)“ (R2)

Při provádění výzkumu jsem se u všech respondentů setkala s uveřejňováním jejich fotografií např. v rámci prezentace zařízení. U všech respondentů musel se zveřejněním fotografie souhlasit klient i opatrovník.

„S klienty se bavíme o tom, jestli můžeme jejich fotku někde uveřejnit. Když si to nepřejí, nezveřejníme ji ani když by s tím opatrovník souhlasil. Opatrovník nám ale vždycky musí podepsat souhlas ke každé fotografii, to je to GDPR.“ (pracovník)

„Mám fotku na… tom počítači… to bylo z oslavy, aby bylo vidět, že jsme veselí.“ (R2)

Podmínkou pro provedení výzkumu v zařízení byl předchozí souhlas všech opatrovníků respondentů s jejich zapojením do výzkumu. V případě, že by respondent souhlasil a opatrovník ne, nebylo by u tohoto respondenta provedení rozhovoru možné.

5.4 Využívání veřejně dostupných služeb, možností

Tři respondenti odchází pravidelně v ranních hodinách ze zařízení buď do zaměstnání nebo do sociální rehabilitace. V průběhu časného odpoledne se potom průběžně z této aktivity vracejí do chráněného bydlení. Dva respondenti pracují střídavě v dopoledních a odpoledních hodinách. Do těchto aktivit chodí, popř. dojíždí až na jednoho respondenta samostatně, bez doprovodu.

„Než se X naučil dojít do sociální rehabilitace, chodili pro něj domů. Trvalo to několik měsíců, ale už tam trefí, chodí si sám, má naučenou jednu cestu… To víte, že se mu vždycky může něco stát, ale to by nemohl nikdy nic dělat sám. Je to jedinkrát, co chodí mimo chráněné bydlení sám ven, víc se opravdu nenaučí, proto se to snažíme pořád udržovat.“ (pracovník)

Respondenti využívají služeb veřejné vybavenosti jako je kadeřník, lékař, veřejná doprava. Žádná z těchto služeb není automaticky zajišťována pracovníky zařízení a ani poskytovatel dané služby nedochází do zařízení.

„X občas odveze svým autem opatrovník. Třeba když ho propouštěli z nemocnice, jinak by musel čekat na sanitku. My bychom s ním jeli MHD, dovozy nezajišťujeme.“ (pracovník)

„Vždycky hledáme, jak jde co zařídit spíš mimo naši službu. Aby klienti využívali to, co ostatní lidi. Nebyl by problém, aby k nám chodila např. holička nebo kaplan, ale to už pak není o podpoře. Když to nezvládnou sami, dojít tam, tak se jim zajistí doprovod ze sociální rehabilitace. Třeba X by jinak ani nikam nechodil. Nemá kamarády, nechodí do práce, jinak by neměl vlastně důvod jít ven.“ (pracovník)

„Chodím do domečku na ping pong, taky budu jezdit na kole, mám ho slíbené k narozeninám.“ (R2)

„Chodíme na pivo. Spolu s X, to je pracovník.“ (R4)

Dva respondenti věděli, kde je ve městě nádraží, další dva věděli, kde je aspoň zastávka autobusu (nedaleko domu).

Oslavy narozenin nebo svátky jsou slaveny u všech respondentů přímo v zařízení.

„U oslav se potkáváme, vždycky s klientem domlouváme dopředu, jak chce třeba narozeniny oslavit. Bavíme se o tom, koho chce pozvat, jaké bude občerstvení, to pak připravujeme spolu, nebo někdo to zvládne i sám, jen mu poradíme. Někdo to probírá i s opatrovníkem.“ (pracovník)

Respondenti číslo jedna, dva a tři uvedli, že mají ve městě kamarády. Všichni respondenti stále udržují kontakty s lidmi, kteří stejně jako oni byli v domově pro osoby se zdravotním postižením. Někdy společně dojedou do města, kde domov byl. Navštíví tam své známé, projdou se.

„Můj kamarád, to je třeba X. Ne, on tady nebydlí, potkali jsme se, no ani nevím kde, někde venku, možná na pivu.“ (R2)

Respondent číslo dva uvedl, že jeho přáním by bylo vrátit se zpátky do města, kde dřív bydlel v domově pro osoby se zdravotním postižením.

„Ne do domova, to nemyslím, ale do města…bydlel jsem tam dvacet pět let…každého jsem znal, v obchodě mě znaly prodavačky, povídaly si se mnou, taky pan farář…chodil jsem pomáhat X, na fušku, on mi vždycky dal nějaké peníze, šel se mnou na pivo…tady to tak není.“ (R2)

Respondent číslo čtyři se prakticky stýká pouze s lidmi v zařízení (pracovníci a další obyvatelé), s lidmi v sociálním podniku a v sociální rehabilitaci, kam dochází. Respondent číslo pět se stýká pouze s lidi v zařízení a s lidmi v sociální rehabilitaci. Navíc jsou v kontaktu se svým opatrovníkem. Jeden z těchto opatrovníků dochází za klientem několikrát do měsíce, druhý spíše výjimečně.

„Jsou rádi, když za nimi někdo přijde, baví se s nimi...sami od sebe ale nikam nejdou, vždy s nimi někdo musí jít, samotné je to nenapadne, většinou si s nimi povídáme my…no, podle toho, kolik máme času. Proto jsme rádi, když chodí do rehabilitace, že jsou i s jinými lidmi.“ (pracovník)

„Jen málokdo má někoho blízkého z rodiny, s kým se stýká. Opatrovník je většinou veřejný.“ (pracovník)

„Mám rodiče, ti žijí v (obec), jezdím za nimi, bydlí v (obec), maminka.“ (R1)

„Je to těžké, ty vzdálenější rodinné vazby nebyly, nebo jsou tou dobou už zpřetrhané, tím, jak se nepotkávají…ale někdy se nám podaří někoho z rodiny najít, to je potom radost, když začnou jezdit, aspoň na svátky…kluci jsou za rodinu vděční.“ (pracovník)

„Mám rád…X (jedná se o pracovnici sociální rehabilitace), taky, no… chodíme spolu, … ven.“ (R4)

Žádný z respondentů nevyužívá jiné sociální služby dostupné ve městě mimo služby chráněného bydlení a sociální rehabilitace. Tyto služby poskytuje stejný poskytovatel, stejně tak provozuje sociální podniky, kde pracují dva ze tří zaměstnaných respondentů a pracovní rehabilitaci.

Možnost volby, kde budou uživatelé bydlet (město, budova) je závislá na potřebné míře podpory a na skutečných možnostech bydlení v kombinaci se zajištěním potřebné péče a podpory. Setrvání ve službě je podmíněno tím, že klient spadá do cílové skupiny.

„X už byl samostatný, nepotřeboval žádnou pomoc. Tím už jsme mu neměli co nabídnout, dohodli jsme se, že ze služby odejde, až bude mít jiné bydlení. Hlavně on si to přál taky, směřovali jsme ho k tomu. Opatrovník to pomohl zajistit, žije teď v pronájmu v bytě. Už nejsme v kontaktu, nevím, jak se mu daří. To je taky dobře, že už má jiné zájmy, nevrací se k nám.“ (pracovník)

Jak již bylo uvedeno, respondent číslo dva by si přál bydlet v jiném městě. Tento respondent a další dva by si přáli bydlet sami v bytě nebo aspoň sami v pokoji.

„Nevím, jak by se dalo zvládnout, aby bydlel zpátky. Tam je jenom DOZP, ale takovou pomoc on nepotřebuje. Nejsou tam další služby, třeba sociální rehabilitace nebo stacionář. Kdyby šel do pronájmu, bylo by těžké, aby měl potřebnou pomoc. Bavíme se s ním o tom, ale teď to prostě nejde.“ (pracovník)

Služba tohoto konkrétního chráněného bydlení je pobytovou sociální službou se skupinovou formou bydlení. Asistenti nedochází do domácností klientů (vlastních nebo pronajatých), ale klienti se stěhují do bytů, kde je služba zajišťována. Respondenti mají uzavřené smlouvy o poskytnutí pobytové sociální služby. V případě odstěhování z bytu je automaticky ukončeno využívání všech dalších služeb.

Jistým omezením v přirozeném sociálním začleňování je lokace budovy v oblasti zvýšeného výskytu sociálně patologických jevů, jak bylo popsáno výše. Prakticky nejsou udržovány sousedské kontakty.

„Ne, problémy nám to nedělá. Báli jsme se toho, ale zatím nemáme špatné zkušenosti. Snažíme se, aby se klienti nestýkali s lidmi, co bydlí vedle, je to velké riziko, … hlavně u těch důvěřivých, ale to jsou vlastně všichni.“ (pracovník)

Jeden opatrovník uvedl, že nevýhodu zařízení vidí ve velké citové vázanosti opatrovance na konkrétní pracovníky a v časté změně pracovníků služby.

„X si vždycky na někoho zvykne, má ho rád, když pracovník odejde, chybí mu. Je těžké vybudovat si důvěru, pro něj jsou asistenti těmi nejbližšími lidmi…a oni pak odejdou, jen se rozloučí.“ (opatrovník)

„Měl jsem rád tu holku, blondýnku, ona mě holila … povídali jsme si, chodila se mnou nakupovat…nevím, kde je.“ (R2)

Respondent číslo pět odpověděl na otázku, koho má rád, že se jedná o jednu konkrétní pracovnici zařízení. Tato asistentka zde již nepracuje.

Čtyři respondenti mají praktického lékaře ve městě, jeden dojíždí do sousední obce. Jeden respondent uvedl, že se k lékaři sám objednává, také k němu sám jezdí. Dva respondenti uvedli, že k lékaři je objednávají asistenti, k lékaři pak dojdou sami nebo v doprovodu pracovníka sociální rehabilitace. Dva respondenti (s vysokou mírou podpory) dochází k lékaři jen v doprovodu pracovníka jedné ze služeb. Všichni respondenti mají běžného praktického lékaře (mimo zařízení).

5.5 Další výsledky

Cílem transformace pobytových sociálních služeb je jejich deinstitucionalizace. V této práci se zaměřuji na zjištění, nakolik transformací konkrétního domova došlo také k deinstitucionalizaci služby. V rámci provedeného výzkumu jsem se zaměřila na tři hlavní oblasti, jak byly popsány výše. V poslední části se věnuji shrnutí výsledků, které nelze zařadit do uvedených třech hlavních oblastí. Jedná se o popis pozorovaných znaků institucionální péče, které je možné v zařízení pozorovat nebo které se naopak daří potlačovat.

Jednou z charakteristik totálních institucí podle Goffmana (dle Smith, 2006) je to, že všechny činnosti klienta podléhají jedné autoritě. V rámci zařízení lze doložit cílenou snahu o to, aby klienti využívali i jiných služeb. Respondenti s vysokou mírou podpory (respondent číslo čtyři a pět) všechny své potřeby uspokojí buď v rámci služby chráněného bydlení nebo v rámci sociální rehabilitace. Právě zde může být skryté riziko, protože obě tyto služby poskytuje tatáž organizace. Služby podléhají jednomu vedoucímu úseku pro lidi se zdravotním postižením. Táž organizace provozuje také sociální podniky, kde pracují respondent číslo jedna a respondent číslo tři. Nejedná se o stoprocentní podléhání jedné autoritě v rámci všech aktivit, nicméně je zde minimálně dominance jedné autority.

Další charakteristikou institucionální péče, kterou lze v zařízení v určité míře sledovat, je předem stanovený závazný režim pro všechny aktivity. Zde lze pozorovat dva rozdílné přístupy. Činnosti uskutečňované mimo zařízení tomuto plánování nepodléhají. Není předem dáno, kdy např. respondent číslo dva přijde ze zaměstnání, jestli se respondent zdrží v rámci sociální rehabilitace. Také činnost, která probíhá v rámci sociální rehabilitace není nijak striktně naplánovaná. Na druhou stranu činnosti, které probíhají v rámci zařízení, resp. ty činnosti, kde je přítomnost pracovníka, již předchozímu přesnému naplánování podléhají. Tyto činnosti se dějí až na výjimky ve stále stejný čas a ve stejném sledu. Některé činnosti jsou vázány na přesný čas – jedná se např. o sobotní úklid, porady v rámci zařízení a domácností. Plánovací porady, schůzky vede asistent. Ten má také v některých činnostech poslední, rozhodující slovo. Není vyloučené, aby naplánované aktivity probíhaly jindy a jinak, ale k tomuto je už přistupováno jako k individuální domluvě. Něčemu navíc, co je sice možné, ale je třeba to předem dohodnout, schválit.

Dalším znakem institucí je to, že jedinec se musí přizpůsobovat většině. Služba v mnohém usiluje a také naplňuje individuální přístup. Nicméně v aktivitách, které jsou

společné nebo se dotýkají více lidí, se musí shodnout min. čtyři osoby v rámci domácnosti.

Jak bylo popsáno výše, jednotlivé domácnosti v rámci budovy splňují nároky na vybavení, uspořádání a kapacitu. Jedná se např. o podmínku domácnosti o max. čtyřech lidech nebo celkovou kapacitu dvanácti klientů v rámci služby. Jednotlivé domácnosti jsou umístěny v běžných bytech. Lze však pozorovat prostorové oddělení budovy od ostatního okolí. Především se jedná o to, že budova není volně přístupná. Jedná se o již zmíněné oplocení, budova je přístupná pouze přes branku. Ta je ale po celý den uzamčená. Všichni respondenti mají od této branky klíče, oni sami nejsou v pohybu mimo budovu tímto omezeni. Toto řešení ovšem uzavírá budovu pro příchozí z vnějšího prostředí. Klíč od branky není možné někomu dát, ani zapůjčit. Zvonek u branky je pouze jeden, a to na pracovníka služby. Tímto způsobem jsou nepřímo ze strany pracovníků zařízení kontrolováni všichni, kdo do budovy přichází.

V zařízení chybí místa pro přijímání návštěv. Služba je poskytována v běžných bytech, je tedy přirozené, že zde není speciální místnost pro přijímání návštěv. Návštěvy respondenti přijímají ve svých bytech, resp. ve svých pokojích. Až na jednoho respondenta žádný nebydlí v pokoji sám, všichni respondenti bydlí ve čtyřčlenných domácnostech. Z těchto důvodů zde není možné přijmout a trávit čas s návštěvou v soukromí.

V zařízení naopak nedochází k odnímání osobních věcí a mimo omezenou manipulaci s nábytkem, je všem respondentům umožněno mít v pokoji i domácnosti osobní věci. Naopak je toto podporováno. Při přestěhování do služby je klient vybízen k tomu, aby si sebou přinesl své osobní věci. Většinu používaných věcí (opět mimo nábytku) vlastní přímo respondenti. Pořizují si je podle svých přání a preferencí. Toto platí např. i pro matrace, povlečení, ručníky, záclony. Je možné si v pokoji pověsit obrázek apod.

V rámci institucí často dochází k tomu, že všechny aspekty života členů instituce se odehrávají na stejném místě. V tomto konkrétním zařízení lze nalézt projevy toho, že se pracovníci snaží toto minimalizovat. Uživatelům, kteří nechodí do zaměstnání, jsou nabízeny alternativní aktivity. Jedná se zejména o sociální rehabilitaci. V pracovních dnech všichni respondenti opouštějí domácnost za účelem zaměstnání, popř. již zmíněné sociální rehabilitace. Společné volnočasové aktivity v rámci zařízení jsou pouze v omezené míře. Zejména u respondentů číslo jedna, dva a tři je cílená snaha o realizaci volnočasových aktivit mimo službu. Těmito respondenty jsou např.

navštěvovány zájmové kurzy pro veřejnost (Dům dětí a mládeže), koncerty, kino, restaurace. V případě respondentů číslo čtyři a pět je jejich zapojení do aktivit mimo službu omezenější. Svůj čas tráví převážně v zařízení nebo v sociální rehabilitaci. Volnočasové aktivity jim zprostředkovávají asistenti zejména v zařízení.

Při mém pobytu v zařízení bylo možné sledovat projevy podpory důstojnosti pracovníků vůči klientům a respektování jejich důstojnosti. Všichni respondenti jsou oslovováni tak, jak si přejí. Až na respondenta číslo dva se jedná o oslovení křestním jménem, pracovníci respondentům vykají. Stejně tak je možné oslovovat křestním jménem všechny pracovníky. Velkou hodnotou pro pracovníky je ochrana soukromí klientů. Do jejich pokojů ani domácnosti není vstupováno bez jejich předchozího souhlasu. Pracovníci neodnášejí z domácnosti žádné věci bez vědomí respondentů, např. ani prázdné obaly.

6 Shrnutí empirických výsledků, diskuze

Na základě provedeného výzkumu je možné konstatovat, že transformací domova pro osoby se zdravotním postižením nedošlo k úplné deinstitucionalizaci služby. Respondenti žijí v nájemních bytech v běžné zástavbě. Nemohou si ale zvolit, s kým budou bydlet a také skutečná možnost volby, kde budou bydlet je omezená. O většině svých záležitostí rozhodují samostatně nebo s potřebnou podporou rozhodování. Na druhou stranu se v některých oblastech musí přizpůsobovat většině nebo stanovenému chodu zařízení.

Zařízení z velké části poskytuje své služby v přirozeném sociálním prostředí. Služba je poskytována v nájemních bytech. Vnitřní uspořádání domácností i jejich vybavení je shodné s běžnými byty. Dva respondenti by uvítali, pokud by mohli bydlet sami v pokoji, nejlépe však sami v bytě. Přestože se může jednat o zdánlivou maličkost, velké omezení spatřuji v přístupnosti budovy. Konkrétně se jedná o uzamčený přístup přes plot, kde je u branky zvonek pouze na pracovníky služby. Tímto je dosaženo téměř stoprocentní kontroly pracovníků nad tím, kdo do budovy vstupuje. Návštěvy při příchodu musí pracovníkovi sdělit, kdo jsou a za kým jdou.

Možnost rozhodování je oslabena zejména v oblasti volby toho, s kým budou respondenti žít. Toto je dáno tím, že v jedné domácnosti bydlí vždy čtyři osoby a ve většině pokojů osoby dvě. Klienti si nemohou zvolit, v jaké domácnosti budou bydlet. Nově příchozí se přistěhuje do uvolněného pokoje. Ani pokud by uživatel služby mohl

platit dvojnásobek ceny (za ubytování), není možné, aby ve dvoulůžkovém pokoji bydlel sám. Přednost má vždy poskytnutí služby dalšímu zájemci.

Všichni respondenti si sami nebo s podporou pracovníků určují svůj denní režim. Toto platí u aktivit, u kterých klient nepotřebuje nápomoc pracovníka. Pracovníci dopředu vědí, při kterých činnostech klient tuto nápomoc potřebuje. Poté je daná činnost individuálně naplánovaná. Ne vždy je možné klientovi vždy vyhovět v jeho přání (např. na čas, kdy bude provádět osobní hygienu), protože je třeba zajistit nápomoc dalším klientům.

Při rozhodování, zpravidla mimo aktivity běžného života jsou všichni respondenti zastupováni svým opatrovníkem. Výrok soudu, kde je stanovený rozsah omezení svéprávnosti není u všech respondentů stejný. Tři respondenti jsou omezení ve svéprávnosti tak, že nemohou samostatně právně jednat ve všech právních jednáních s výjimkou běžných záležitostí každodenního života. Dva respondenti mají omezení svéprávnosti v menší míře. Pracovníci zařízení projednávají se všemi opatrovníky shodné záležitosti, ve shodném rozsahu. U respondentů s vysokou mírou podpory je s opatrovníkem konzultován i individuální plán, je vyžadováno jeho schválení. Individuální plán je tedy pracovníky vyhodnocen jako právní jednání.

Pracovníci usilují o sociální začleňování klientů. Omezující v tomto je prakticky nemožnost budování sousedských vztahů. V rámci domácností v budově zařízení nejsou mezi obyvateli vztahy srovnatelné se sousedskými. Lidé se potkávají denně, pokud jsou doma, jsou v blízkém kontaktu, není zde možnost nestýkání se s nimi. Z důvodu umístění služby v oblasti se zvýšeným výskytem sociálně patologických vztahů jsou kontakty respondentů s obyvateli sousedního domu minimalizovány a pracovníky cíleně omezovány. Tímto je potlačena jedna ze součástí sociálního začleňování.

Zejména respondenti s vysokou mírou podpory se zapojují téměř výhradně do aktivit, které jsou směřovány k lidem s postižením.

Chráněné bydlení je pobytovou sociální službou. U všech pěti respondentů vznikla bytová závislost na službě. Nemají nyní fakticky jinou možnost bydlení než v rámci služby. V případě ukončení využívání dalších služeb zařízení musí ukončit i využívání bydlení. Je možné požádat např. o pronájem městského bytu nebo vyřídit komerční pronájem. V tomto případě se však klient vystavuje riziku nezajištění potřené nápomoci a případného dohledu. Toto riziko vyplývá ze služeb, které jsou ve městě dostupné nebo naopak nedostupné. Několik let např. ve městě byla poskytována služba podpory samostatného bydlení. Klienti transformovaného zařízení, kteří přešli do

městského bytu a tuto službu využívali, nemohli tuto službu využívat v dostatečné míře z finančních důvodů.

Rizika přináší poskytování služby spojené se skupinovým bydlením. Jmenuji např. nutnost aspoň v některých ohledech přizpůsobení se jedince skupině, provádění aktivit v rámci předem stanoveného a neměnného rozpisu, absence soukromí. Toto vše patří k charakteristikám institucionální péče. V určité míře se všechny uvedené charakteristiky projevují i ve sledovaném zařízení.

Výsledky provedeného výzkumu se shodují s jinými dosud provedenými výzkumy nebo s jinými hodnoceními procesu transformace. Pracovníci zařízení jako velkou slabinu transformace považují to, že nejsou dostatečné návazné sociální služby. Nicméně cílem transformace služeb není zabezpečovat všechny potřeby klientů v rámci sociální služby. Johnová popisuje jako jednu z překážek při přechodu ke komunitním službám právě malou představivost v možnostech pomoci nad rámec sociálních služeb. Přednostně jsou stále využívány nástroje sociální práce. (Johnová, 2017).

Mertlová poukazuje na omezené možnosti klientů z důvodu jejich finanční situace. (Mertlová, 2017). I toto tvrzení se shoduje s výsledky provedeného výzkumu. Např. respondent číslo pět pobíral téměř deset let příspěvek na péči, stanovený stupeň závislosti čtyři. Úřad práce, příslušné kontaktní pracoviště zahájilo řízení o opětovném posouzení nároku a výše přiznaného příspěvku na péči z důvodu, že oprávněná osoba prošla transformací zařízení. Po přezkoumání byl u respondenta stanovený druhý stupeň závislosti a tomu byla stanovena adekvátní výše příspěvku. Za poskytnuté služby péče v rámci chráněného bydlení je tomuto respondentovi účtována měsíčně částka cca 11 000,-Kč. Respondent nemá finanční prostředky na zaplacení této výše. V zařízení může zůstat jen z důvodu, že úhrada za péči je dokrývána z jiných zdrojů. V případě, že by musel toto zařízení opustit, je pro něj z finančních důvodů jedinou reálnou možností využití služby domova pro osoby se zdravotním postižením. V tomto typu služby je úhrada za péči shodná s výší přiznaného příspěvku na péči bez ohledu na rozsah skutečně poskytované pomoci. Respondent číslo dva by si přál vrátit se do města, kde bylo původní zařízení. Nyní zde neexistuje služba, která by mu zajistila denní podporu. Pokud by zde dojížděla např. osobní asistence, nemohl by službu zaplatit v potřebné výši.

Výzkum byl provedený v jednom zařízení. Náhodným výběrem bylo určeno pět respondentů ze strany uživatelů služby, kteří se výzkumu účastnili. Jeho výsledky proto nelze zobecnit na celou škálu následných zařízení, která po transformaci původní služby

vznikla. Stejně tak nelze výsledky automaticky vztáhnout na všechny uživatele této konkrétní služby. Toto lze vnímat jako jeden z limitů provedeného výzkumu.

Služeb tohoto chráněného bydlení využívají lidé s nízkou, střední i vysokou mírou podpory. Z pěti respondentů byli tři osobami se střední a dva s vysokou mírou podpory. Do výzkumu nebyl zapojený žádný respondent s nízkou mírou podpory. Výsledky výzkumu ukazují, že u lidí, kteří potřebují méně podpory probíhá sociální začleňování ve větší míře a snadněji oproti lidem s větší mírou podpory. Stejné je to s naplňováním principu autonomie v každodenním životě. Zpětně vidím pro provedený výzkum jako přínosné zapojení dvou respondentů právě s vysokou mírou podpory. V případě, kdy by tyto osoby nebyly výzkumu účastny, je možné, že výsledky výzkumu by byly odlišné.

V průběhu získávání informací v terénu i při samotném vyhodnocování výsledků pro mne bylo v určitých ohledech problematické zachování objektivity a nestrannosti. Jako sociální pracovník jsem často musela pracovat se svými tendencemi hodnotit, zda je určitý přístup ke klientovi nebo situaci správný, vhodný. Musela jsem se vědomě vracet do role výzkumníka, který má pozorovat, zjišťovat informace a jejich souvislosti. Jsem si vědoma toho, že v některých oblastech se mi toto nemuselo podařit naplnit.

Další slabinou výzkumu, resp. zpracování výsledků spatřuji v nemožnosti pořídit z rozhovorů audio grafický záznam. Průběh rozhovorů jsem tedy zapisovala, s úsilím o co nejpřesnější zaznamenání slov, nebo aspoň myšlenky respondenta. V případě písemného záznamu rozhovoru je ale vždy riziko podvědomého filtrování na to, co v danou chvíli tazatel považuje za podstatné. Není možné se vrátit k tomu, co nebylo zapsáno. Ruční, pomalejší záznam rozhovoru také v některých případech mohl ovlivnit jeho plynulé tempo a přirozenou dynamiku.

Závěr

Tato práce se věnuje transformaci pobytových sociálních služeb a zejména jejich deinstitucionalizaci. Transformace pobytových služeb (v České republice se dotýká zejména služeb pro lidi se zdravotním postižením) je proces, který stojí na uzavírání ústavních zařízení a jejich přeměny ve služby jiné kvality. Cílem je lidem s postižením umožnit žít běžným způsobem života, v přirozené komunitě a využívat běžné zdroje a možnosti. Důležitou součástí procesu je zajištění potřebné podpory a péče lidem, kteří uzavíraný ústav opouští. Zde je však jedno z rizik deinstitucionalizace služeb. Zajištění následné podpory v menších zařízeních neznamená automaticky odstranění prvků institucionalizace.

V konceptuální části jsem se zaměřila na témata, která souvisí s cílem práce. První oblast je věnována transformaci služeb. Transformace se týká institucí, resp. ústavní péče. Druhá část práce je proto věnována přiblížení ústavů, totálních institucí a jejich charakteristik. Transformací služeb chceme dosáhnout jejich deinstitucionalizace. Z tohoto důvodu je poslední kapitola konceptuální části věnována tomuto tématu, včetně souvislostí.

V empirické části se věnuji provedenému výzkumu. Výzkum byl zaměřený na ověření toho, zda transformací konkrétního ústavu došlo také k deinstitucionalizaci služby. Provedla jsem kvalitativní výzkum zpracováním případové studie. Zjištěno bylo, že nejvíce prvků či charakteristik institucionální péče je možné pozorovat u lidí (a způsobu zajišťování jim potřebné podpory) s vysokou mírou potřebné podpory. Tito respondenti byli více závislí na službě a konkrétních pracovnících, jejich kontakty byly omezeny prakticky jen na pracovníky sociálních služeb. Z důvodu závislosti na pomoci ze strany pracovníků se musejí nejvíce přizpůsobovat chodu zařízení, dodržovat zaběhlý režim. Většina respondentů pobývala v původním domově pro osoby se zdravotním postižením dlouhodobě (nejdéle třicet pět let). I z tohoto důvodu byly u respondentů narušeny nebo zcela vymizely přirozené rodinné, sousedské či přátelské vztahy.

Dosažení deinstitucionalizace služeb v tomto konkrétním zkoumaném případě je do jisté míry omezeno skutečnými možnostmi volby. Žádný z respondentů si např. nemohl zvolit, s kým bude bydlet. Respondent, který by chtěl odejít ze služby do jiného města toto učinit nemůže, protože dosud nebyla nalezena cesta, jak mu zde zajistit potřebnou podporu. Respondenti s vysokou mírou podpory musejí při potřebných doprovodech využít pracovníka sociální rehabilitace. Jiné vazby nemají, dobrovolníci zde nejsou, jiný typ služby je placenou službou, kterou si nemohou finančně dovolit

využívat. Volby jsou tedy omezené provozními pravidly zařízení, reálnou dostupností veřejných služeb, možnostmi bydlení a možnostmi zajištění potřebné podpory a také finanční dostupností.

Výsledky výzkumu potvrzují to, že deinstitucionalizace služeb je dlouhodobý proces, který nekončí uzavřením původního ústavu a přestěhováním klientů do jiných služeb. Otevřenou otázkou je, zda v případě skupinového nebo sdíleného bydlení je možné dosáhnout úplné deinstitucionalizace.

Bibliografický seznam

BEDNÁŘ, Martin. 2012. Kvalita v sociálních službách. Olomouc: UP v Olomouci. ISBN 978-80-244-3069-0.

CANGÁR, Miroslav. 2018. Transformácia a deinštitucionalizácia v Slovenskej republike. In: TRASS [online]. 29.listopadu 2018 [cit. 2019-1-3]. Dostupné z: http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2018/11/Transformace-a-deinstitucionalizace-v-SR_Cangár.pdf.

EIDELMAN. Steven. 2011. Život v komunitě: změna není jen v bydlení. In: QUIP [online]. 2. listopadu 2011 [cit. 2018-12-11]. Dostupné z: https://www.kvalitavpraxi.cz/dokumenty/deinstitucionalizace/zivot-v-komunite-zmena-neni-jen-v-bydleni/

FLYNN, Robert a Raymonds LEMAY. 1999. A quarter-century of normalization and social role valorization: Evolition and impact. Ottawa: University of Ottawa press. ISBN 0-7766-0485-6.

FOUCAULT, Michel. 1987. Mental illness and psychology. Berkely: University of California press. ISBN 0-520-05919-0.

DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. 1999. Bláznit je lidské. Praha: Grada. ISBN 80-7169-628-5.

GOFFMAN, Erving. 2003. Stigma. Praha: SLON. ISBN 80-86429-21-0.

HENDL, Jan. 2008. Kvalitativní výzkum. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

JEDLIČKA, Richard. 2015. Poruchy socializace u dětí a dospívajících. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5447-5.

JEDNOTA PRO DEINSTITUCIONALIZACI. 2018. Zpráva JDI z. s. o lidech žijících v ČR v pobytových zařízeních. In: JDI [online]. [cit. 2019-2-2]. Dostupné z: http://jdicz.eu/wp-content/uploads/jdi_70vyroci.pdf.

KALVACH, Z., L. ČELEDOVÁ a I. HOLMEROVÁ. 2011. Křehký pacient a primární péče. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4026-3.

KALVACH, Zdeněk. 2014. Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb. Praha: Diakonie ČCE. ISBN 978-80-87953-07-5.

KLIMEŠ, Lumír. 1998. Slovník cizích slov. Praha: SPN. ISBN 80-04-26710-6.

KELLER, Jan. 1996. Sociologie, byrokracie a organizace. Praha: SLON. ISBN 80-85850-15-X.

KOLÁČKOVÁ, Jana a Pavla KODYMOVÁ. 2005. Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými. In: MATOUŠEK, Oldřich. Sociální práce v praxi. Praha: Portál. s. 89-109. ISBN 80-7367-002-X.

KOŘÍNKOVÁ, Dana. 2017. Podpora při rozhodování a svéprávnost jako podmínky (zachování) autonomie. In: POSPÍŠIL, David a Lucie SMUTKOVÁ (eds.). Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí. Praha: MPSV. s. 548-555). ISBN 978-80-7421-121-8.

KRHUTOVÁ, Lenka. 2013. Autonomie v kontextu zdravotního postižení. Ostrava: Albert. ISBN 978-80-7326-232-7.

LEJSAL, M., L. BOČKOVÁ a K. ŠÁMALOVÁ. 2015. Sešit sociální práce. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-086-0.

LEVICKÁ, Katarína a Jana LEVICKÁ. Kritický pohľad na transformáciu služieb v podmienkach SR. 2017. In: POSPÍŠIL, David a Lucie SMUTKOVÁ (eds.). Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí. Praha: MPSV. s. 176-190. ISBN 978-80-7421-121-8.

MATIAŠKO, Maroš. 2011. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením a transformace sociální péče v České republice. In: TRASS [online]. [cit. 2018-12-13]. Dostupné z: http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/02/umluva-OSN.pdf

MATOUŠEK, Oldřich. 1999. Ústavní péče. Praha: SLON. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, Oldřich. 2001. Základy sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.

MATOUŠEK, Oldřich. 2003. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich. 2003. Slovník sociální práce. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MERTOVÁ, Nina. 2017. Příprava osob s mentálním postižením pro samostatný život v neziskové organizaci PFERDA. In: POSPÍŠIL, David a Lucie SMUTKOVÁ (eds.). Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí. Praha: MPSV. s. 58-63. ISBN 978-80-7421-121-8.

MICHALÍK, Jan. 2011. Zdravotní postižení a pomáhají profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2011. Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-037-2.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2013. Manuál transformace ústavů. Deinstitucionalizace sociálních služeb. Praha: MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. ISBN 978-80-7421-057-0.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2014. Strategie sociálního začleňování 2014-2020. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-080-8

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2015. Slovník sociálního zabezpečení 2015. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-114-0

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. 2016. Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016-2020. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-126-3.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍa. Transformace sociálních služeb. Mpsv.cz [online]. [cit. 2019-1-26]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/7058.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍb. [online]. [cit. 2019-1-26]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/3869.

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

MUSIL, Jiří. 1999. Speciální psychologie I. Olomouc: UP v Olomouci. ISBN 80-244-0008-1.

NÁRODNÍ RADA OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM. Aktuality. *Nrzp.cz* [online]. © 2010. [cit. 2019-1-5]. Dostupné z: http://www.nrzp.cz/aktualne/stanoviska-a-prohlaseni/449-preklad-spolecneho-prohlaseni-edf-if-mdac-o-nezavislem-zivote.html

NAVRÁTIL, Pavel. 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-90-0.

NOVOSAD, Libor. 1997. Některé aspekty socializace lidí se zdravotním postižením. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7083-268-1.

Nový občanský zákoník. 2014. Olomouc: Sagit. ISBN 978-80-7208-920-8.

PIPEKOVÁ, Jarmila a Marie VÍTKOVÁ. 2017. Od edukace k sociální inkluzi osob se zdravotním postižením se zaměřením na mentální postižení. Brno: Muni press. ISBN 978-80-210-7689-1.

QUIP. 2010. Metodika měření kvality života. In: QUIP [online]. [cit. 2019-1-3]. Dostupné z: https://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/017/002053.pdf?seek=1321018073

SMITH, Greg. 2006. Erving Goffman. New York: Routledge. ISBN10 0-415-35590-7.

Sociální práce/sociálna práca. 2010, č. 4. ISSN 1213-6204.

Sociální práce/sociálna práca. 2013, č. 1. ISSN 1213-6204.

SOCIÁLNÍ SLUŽBY VSETÍN. Transformace. Sluzbyvsetin.cz [online]. ©2012-2017 [cit. 2018-12-9]. Dostupné z: http://www.sluzbyvsetin.cz/cz/domovy/centrum-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim/transformace.

Sociální zabezpečení. 2017. Olomouc: Sagit. ISBN 978-80-7488-211-1.

SYROVÁTKOVÁ, Tereza. 2015. Komentovaný překlad: „Asylums“. Praha (bakalářská práce). Univerzita Karlova v Praze, Filozofická fakulta, Ústav translatologie.

ŠELNER, Ivo. 2012. Fenomén člověk s postižením. Olomouc: Caritas – Vyšší odborná škola sociální. ISBN 978-80-87623-06-0.

ŠIŠKA, Jan. 2005. Mimořádná dospělost. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0992-4.

ŠIŠKA, Jan. 2010. Reflexe deinstitucionalizace – hodnoty, náklady, doporučení. Sociální práce/Sociálna práca, č. 4, s. 61-66. ISSN 1213-6204.

TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana a Markéta PÍŠOVÁ. 2018. Sociální práce jako nástroj změny. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-708-4.

Ústavní zákon č. 23 ze dne 9. ledna 1991, kterým se uvozuje Listina základních práv a svobod jako ústavní zákon Federálního shromáždění České a Slovenské Federativní republiky. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Částka 6, s. 114-121. Dostupný také z: https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=23/1991&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy

VÁGNEROVÁ, Marie. 2014. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁVROVÁ, Soňa. Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením. Sociální práce/Sociálna práca, č. 4, s. 67-75. ISSN 1213-6204.

VRBICKÝ, Jan. 2018. Aktuální situace v oblasti deinstitucionalizace a transformace. In: TRASS [online]. 29.listopadu 2018 [cit. 2019-1-3]. Dostupné z: http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2018/11/Aktuální-situace-v-oblasti-DEI-a-transformace_Vrbický.pdf