

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

Diplomová práce

Praha 2010

Bc. Lenka Součková

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Transformace ústavů sociální péče pro občany
s mentálním postižením**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Lenka Štěpánková, Ph.D.

Zpracovala:

Bc. Lenka Součková

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „**Transformace ústavů sociální péče pro občany s mentálním postižením**“ vypracovala samostatně, s použitím informačních zdrojů uvedených v příloženém seznamu.

Lenka Součková

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat paní PhDr. Lence Štěpánkové, Ph.D. za velmi užitečnou a všestrannou pomoc, kterou mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Také bych chtěla poděkovat paní Bc. Aleně Brožkové, ředitelce ÚSP Jinošov, bez jejíž pomoci by tato práce nevznikla. Umožnila mi krok za krokem celý proces transformace sledovat a poskytla mi veškeré dostupné informace.

V neposlední řadě bych chtěla poděkovat svému manželovi Mgr. Jirímu Součkovi za odborné konzultace, své rodině, ale také kolegům v práci za podporu při studiu.

Lenka Součková

Motto:

„Jestliže vnímám člověka v ústavu ne jako svěřence ústavu, ale jako spoluobčana, zhrozím se, jak málo spoluobčanské solidarity a jak málo občanských práv se mu dostává. Jak málo mu dávám. Teprve tento údiv je skutečným motorem transformace. Nestanu-li v tomto údivu, nic nepochopím.“

(Milan Cháb – do své smrti ředitel ÚSP Horní Poustevna. Usiloval o proměnu ústavu na síť sociálních služeb komunitního typu. Za jeho vedení ústav téměř zmizel, proměnil se do 19 domácností v šesti obcích Šluknovského výběžku a zatím 6 lidí z ústavního kolotoče vystoupilo a začlenilo se do běžného života.)

Obsah

Úvod	8
1. Sociální služby.....	10
1.1 Legislativa a sociální služby	10
1.2 Poskytovatelé a druhy sociálních služeb	16
1.3 Kvalita sociálních služeb.....	23
2. Transformační projekt	27
2.1 Historie a současnost ÚSP Jinošov	28
2.2 Cíl projektu.....	38
2.3 Etapy transformace	40
3. Konkrétní kroky k transformaci	44
3.1 Deset bodů vedoucích k transformaci	46
3.2 Zhodnocení lidských zdrojů.	49
3.3 Individuální plán přechodu klienta	52
4. Průzkum názorů na transformační projekt	59
4.1 Předmět průzkumu	60
4.2 Tvorba dotazníků	63
4.3 Analýza výsledků.....	65
Závěr	71
Resume	74
Anotace.....	75
Klíčová slova	75
Seznam použité literatury	76
Seznam příloh	77

Úvod

O začlenění občanů s mentálním postižením do společnosti, kteří žijí v ústavech sociální péče, toho bylo napsáno poměrně hodně. V posledních desetiletích minulého století se setkáváme s rozvojem diskuze a s počátky systémového přístupu k začleňování do společnosti. Možná ještě nejsme připraveni tyto lidi přijmout a bez dostatku informací ani být nemůžeme. Až donedávna totiž byli většinou „zavřeni“ v oplocených zařízeních na okraji měst a vesnic, daleko od běžného života. Pokud se dostali za brány ústavu, bylo to jen v jeho blízkém okolí.

Transformace rezidenčních zařízení v České republice navazuje na zahraniční trendy označované jako „humanizace ústavní péče“. Základem je respekt k lidským právům, k individuálním potřebám a etickým principům. Proces transformace zkvalitní životní podmínky klientů stávajících pobytových zařízení sociální péče, tedy ústavů. Podpoří naplňování lidských práv, zvláště práva klientů (uživatelů) na hodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí.

Diplomová práce je zaměřena na průzkum a zmapování situace v oblasti ústavů sociální péče pro dospělé občany s mentálním postižením a jejich možnost začlenění se do projektu s názvem **„Transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb“**, který je financován z prostředků Evropského sociálního fondu. Práce je zaměřena na jeden z vybraných ústavů sociální péče pro dospělé občany s mentálním postižením a postupně sleduje vývoj od doby, kdy se o transformaci začalo uvažovat až po současnost.

Cílem práce je ukázat, že i dospělý člověk s mentálním postižením je schopen se začlenit do společnosti, pokud k tomu bude mít předpoklady a podmínky. Pravdou je, že ne každý mentálně postižený člověk si přeje být do společnosti začleněn, a bez důkladné předchozí přípravy to nedokáže téměř žádný. Domnívám se, že tato skutečnost si zaslouží naši pozornost a také proto je práce zaměřena právě na tuto aktivitu Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky a ústavu, který byl do tohoto projektu vybrán.

Nutno zdůraznit předpoklad Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (dále jen MPSV), že proces transformace sociálních služeb bude probíhat v období několika následujících desítek let. **V této práci tedy není možné proces transformace vyhodnotit, je možné pouze situaci kolem transformace prozkoumat**

(zmapovat) a ukázat zrod a vývoj procesu, který je u nás v současné době v tzv. nulté fázi, jejíž ukončení se předpokládá do konce roku 2010.

Podpora transformace zařízení sociálních služeb je vedena **dvěma směry** – podpora transformace zařízení sociálních služeb pro **seniory** a podpora transformace zařízení sociálních služeb pro **osoby se zdravotním postižením**. Problematika těchto dvou cílových skupin je natolik odlišná, že je nutné podporované aktivity přizpůsobit specifickým potřebám obou cílových skupin a jednotlivým typům pobytových zařízení, jejichž hlavními nositeli jsou v dnešní době domovy důchodců a ústavy sociální péče. Z důvodu šíře a složitosti problematiky není možné obě skupiny v práci uvádět, nadále se tedy v práci budu věnovat pouze osobám se zdravotním postižením.

V magisterské práci se chci věnovat skupině občanů s mentálním postižením, kteří většinu života prožili v ústavech sociální péče, v institucích, nacházejících se v odlehlých zámcích, na okraji společnosti. Na okraji vesnic, daleko od možnosti být součástí většinové společnosti. Občanům, závislých na pomoci hrstky zaměstnanců, kteří v nepříliš kvalitních podmínkách poskytovali a poskytují nejnutnější péči spočívající v základní hygieně, podávání stravy a zajišťování základní zdravotní péče.

Pilotní projekt deinstitucionalizace (transformace) pobytových služeb v jiné typy zařízení znamená pro mnohé z těchto lidí šanci na návrat do majoritní společnosti. Možnost bydlení v domcích po malých skupinkách, v podporovaných bytech, možnost dostupnosti práce v chráněných dílnách či na trhu práce, možnost kulturního vyžití a podobně. Tedy změnu prostředí. **Prostředí, ve kterém mohou navazovat nové mezilidské vztahy. Problémy handicapovaných, jejich prostředí a socializace, jsou problémem nejen sociální pedagogiky, ale celé naší společnosti i z hlediska obyčejného člověčenství a lásky k bližnímu.**

K tomuto tématu zatím neexistuje dostatečné množství odborné literatury, protože se jedná o pilotní projekt. Z tohoto důvodu práce čerpá především ze zdrojů Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky (MPSV), z jednotlivých dokumentů a metodik, které ministerstvo pro tyto účely postupně vydává. Celý proces je ve fázi zrodu a během vzniku diplomové práce se pokyny a postupy průběžně měnily.

1. Sociální služby

Cílem této kapitoly je vysvětlit co to jsou sociální služby, čím se poskytování těchto služeb v ČR řídí, komu jsou poskytovány a jaké druhy sociální služby u nás existují. Ozřejmit plánování sociálních služeb ve vztahu k politikám Evropské unie (dále EU) a ČR. Veškeré aktivity, činnosti a směřování, které se dějí a realizují při plánování sociálních služeb v dané lokalitě či regionu, musí být v souladu s tímto rámcem a kdykoliv musí být patrné a prokazatelné.

1.1 Legislativa a sociální služby

Sociální politika EU je zakotvena v Amsterodamské smlouvě hlava XI., články 136-145. Jsou v ní zakotveny například sociální cíle, zlepšování pracovního prostředí, sociální jistoty, sociální dialog, spolupráce v sociální politice, stejné odměňování mužů a žen, rovnocennost placené dovolené aj. (9). V období od roku 2000 se sociální politika EU řídí tzv. Lisabonským procesem. Jeho cílem je, aby se EU stala nejkonkurenceschopnější a nejdynamičtější ekonomikou na světě, založenou na znalostech, schopnou trvalého růstu s více lepšími pracovními místy a vyšší sociální soudržností. V roce 2000 byl v Nice přijat Evropský sociální program. V oblasti boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení byly v Nice odsouhlaseny tyto cíle:

- ✓ Usnadnit lidem z ohrožených skupin účast na trhu práce a přístup ke zdrojům, právům, službám a zboží
- ✓ Předcházet riziku sociálního vyloučení
- ✓ Pomáhat nejzranitelnějším
- ✓ Mobilizovat všechny důležité účastníky

Sociální služby a jejich plánování jsou nezbytnými nástroji, které umožňují dosahovat těchto cílů na místní úrovni, a tím je prakticky uvádět v život. Evropská unie klade na sociální služby tři klíčové požadavky:

- ✓ **Kvalita** – souhrn vlastností a charakteristik služby, které souvisejí s jejich schopností uspokojit známé či předpokládané potřeby uživatele.
- ✓ **Dostupnost** – fyzická, ekonomická, sociální, informační, psychologická.

- ✓ **Ochrana uživatele** – bezpečnost, transparentnost, aktivní účast uživatelů při plánování a poskytování služby.

Aby bylo možné dosáhnout cílů Evropského sociálního programu, jsou pod gescí Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky vytvářeny Národní akční plány sociálního začleňování. Národní akční plán sociálního začleňování na léta 2006 až 2008 vymezil jako jeden z prioritních cílů podporovat rozhodovací procesy na lokální a regionální úrovni. V této souvislosti není možné opomenout následující dokument.

BÍLÁ KNIHA v sociálních službách je strategický dokument MPSV, který definuje základní principy transformace sociální politiky ČR. Jde o zásady, které vycházejí z evropského pojetí sociální politiky a významně korespondují s podstatou metody komunitního plánování:

- ✓ Nezávislost a autonomie
- ✓ Začlenění a integrace
- ✓ Respektování potřeb
- ✓ Partnerství
- ✓ Kvalita
- ✓ Rovnost
- ✓ Národní standardy, rozhodování v místě (10)

Významným zlomovým bodem je rok 2006. V České republice byl přijat Zákon č. 108 o sociálních službách, jenž nabyl platnosti k 1. 1. 2007.

Hlavním cílem zákona je ochrana práv a zájmů lidí, kteří mohou být vzhledem ke svému postižení, věku či nepříznivé životní situaci různými způsoby diskriminováni. Dále je patrná snaha o vytváření podmínek, důležitých při uspokojování přirozených potřeb jedinců. Pomoc při zvládnutí péče o vlastní osobu vyžaduje podporu, která je nutná při vytváření pocitu soběstačnosti.

Důvodová zpráva k Zákonu č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách (11) uvádí cíle zákona takto:

- ✓ Vytvořit podmínky pro uspokojování oprávněných potřeb osob, které jsou oslabeny v jejich prosazování.
- ✓ Naplnit princip rovných příležitostí pro všechny členy společnosti.
- ✓ Zajistit potřebnou podporu a pomoc pro sociální začlenění osob a důstojné podmínky života, odpovídající úrovni rozvoje společnosti.

- ✓ Podpořit a podporovat proces sociálního začleňování.
- ✓ Podporovat proces sociální soudržnosti společnosti.
- ✓ Zabezpečit ochranu osob oslabených ve schopnosti prosazovat svá práva a zájmy.
- ✓ Podporovat jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace.
- ✓ Získat přehled o rozsahu a charakteru sítě sociálních služeb.
- ✓ Zajistit potřebnou síť sociálních služeb.
- ✓ Zrovnoprávnit poskytovatele sociálních služeb.

Dále zákon o sociálních službách vymezuje základní priority, které musí sociální služby naplňovat:

- ✓ Zachovávat lidskou důstojnost.
- ✓ Vycházet z individuálně určených potřeb.
- ✓ Podporovat rozvoj samostatnosti.
- ✓ Posilovat sociální začleňování.
- ✓ Poskytovat pomoc a podporu v náležitě kvalitě.
- ✓ Zajišťovat dodržování lidských práv a základních svobod.

Nový zákon o sociálních službách zahrnuje tři základní oblasti sociálních služeb:

1. **Sociální poradenství** – do této kategorie je zařazeno základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství.
2. **Služby sociální péče** – napomáhají zlepšení psychické a fyzické soběstačnosti a umožňují v nejvyšší možné míře zapojení člověka ve společnosti. Patří sem: osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.
3. **Služby sociální prevence** – snahou je zabránit sociálnímu vyloučení jedince. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám v překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů. Do této oblasti spadá raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, nízkoprahová denní centra, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi,

sociálně aktivizační služby pro seniory se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy a sociální rehabilitace.

(17)

Zákon vymezil rozdělení sociálních služeb podle jejich formy na terénní, pobytové a ambulantní a stanovil typy služeb, jejichž náplň blíže specifikuje v § 35 a Vyhlášce č. 505/2006 Sb. Ve vyhlášce je přesně uvedeno, jaké úkony jsou poskytovatelé sociálních služeb v rámci dané služby oprávněni poskytovat a na co mají uživatelé nárok.

Nově popisuje součinnost a spolupráci obcí, krajů a MPSV při plánování sociálních služeb. Zakotvuje pojem „**plán rozvoje sociálních služeb**“, a to jako výsledek aktivního zjišťování potřeb lidí v určitém území a hledání způsobu, jak tyto potřeby uspokojit vzhledem ke zdrojům, které jsou v daném území k dispozici.

Územní dostupnost sociálních služeb by mělo zajistit vytváření sítě služeb na úrovni obcí a krajů. Mělo by docházet k vybudování sítě služeb, které by nabízely dostatek vhodných služeb pro všechny cílové skupiny. *„Základem plánování sociálních služeb je spolupráce zadavatelů (obcí, krajů) s uživateli (klienty) a poskytovateli (jednotlivými organizacemi) sociálních služeb při vytváření plánu, vyjednávání o budoucí podobě služeb a realizaci konkrétních kroků. Společným cílem je zajistit dostupnost kvalitních sociálních služeb.“* (16)

V současné době obce a kraje ve svých samostatných působnostech výrazně přispívají k rozvoji sociálních služeb, jak se uvádí především:

- ✓ V zákoně o obcích (č. 128/2000 Sb.)
- ✓ V zákoně o krajích (č. 129/2000 Sb.)
- ✓ V zákoně o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení (č. 114/1988 Sb.)

Dále jsou obce a kraje vázány:

- ✓ Evropskou sociální chartou – postavení lidí s postižením a jejich právo využívat služby sociální péče, právo tělesně nebo duševně postižených na odbornou přípravu k výkonu povolání, rehabilitaci a na profesní a sociální re-adaptaci (12)
- ✓ Listinou základních práv a svobod (14)
- ✓ Ústavou ČR

Tyto dokumenty zakazují diskriminaci občanů. Nástrojem proti diskriminaci jsou sociální služby, které občanům se znevýhodněním umožňují využívat běžné veřejné služby a prostory.

Nově do sféry plánování sociálních služeb přináší:

- ✓ Důraz na aktivní roli uživatelů sociálních služeb a zastoupení jejich zájmů v procesu plánování.
- ✓ Zapojení širokého okruhu lidí a spolupracovníků do tvořivé práce.
- ✓ Opakované ověřování závěrů s přáním lidí.
- ✓ Důraz na vyjednávání a zplnomocnění veřejnosti kontrolovat postup rozhodování i uskutečňování.

Transformace pobytových služeb vzniká na základě plánování sociálních služeb od úrovně vlády, MPSV, kraje a ve spolupráci se zúčastněnými městy, ve kterých již komunitní plánování proběhlo.

Sociální služby a MPSV

Hlavním úkolem MPSV je příprava dlouhodobých systémových opatření a příslušných právních předpisů a podpora rozvoje kvality poskytovaných sociálních služeb. Jde například o:

- ✓ Plánování sítě sociálních služeb v krajích a obcích opírající se o zjištěné potřeby lidí.
- ✓ Zvyšování odbornosti a kvality poskytovaných služeb s důrazem na ochranu práv uživatelů služeb.
- ✓ Občanských a svépomocných aktivit, tj. neziskového sektoru.

V oblasti podpory neziskového sektoru ministerstvo realizuje dotační řízení, jehož cílem je přispívat na provoz a rozvoj sociálních služeb poskytovaných nestátními neziskovými organizacemi. Dotační řízení je vyhlašováno každoročně.

Se vstupem ČR do EU se i pro tento systém otevřela příležitost využít tzv. "**strukturální pomoc**". MPSV zajišťuje čerpání prostředků z Evropského sociálního fondu (ESF).

V sociální oblasti mají samospráva (obce, kraje), nestátní neziskové organizace a další organizace možnost čerpat finanční prostředky na:

- ✓ Vzdělávání svých zaměstnanců s cílem posílit jejich schopnosti a dovednosti při poskytování sociálních služeb.
- ✓ Podporu a pomoc skupinám ohroženým sociálním vyloučením - jedná se například o příslušníky romské komunity, oběti trestné činnosti, osoby komerčně zneužívané, osoby bez přístřeší apod.

Sociálními službami rozumíme různou *podporu, pomoc či opatření, které vychází z nutnosti řešit problémovou situaci jedince*. Sociální služby jsou důležité nejen pro osoby s mentálním postižením, a to v průběhu různých životních fází. V poslední době se stále častěji hovoří o modernizaci sociálních služeb. Je zřejmé, že kvalitní partnerský svazek mezi klienty a poskytovateli sociálních služeb by měl zajistit nejen osobám s mentálním postižením delší a kvalitnější život.

Cílem služeb bývá mimo jiné podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu, rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život, snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů. Zde se nabízí řešení ve dvou rovinách:

- ✓ Umístění v zařízení s pobytem.
- ✓ Podpora života v domácích podmínkách.

Zařízení s pobytem – domovy pro osoby se zdravotním postižením (staré označení ústavy sociální péče). Jedná se o poskytování služeb osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba poskytuje následující činnosti:

- ✓ Poskytnutí ubytování.
- ✓ Poskytnutí stravy.
- ✓ Pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu.
- ✓ Pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.
- ✓ Výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.
- ✓ Zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.
- ✓ Sociálně terapeutické činnosti.
- ✓ Pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí. (17)

Domovy pro jedince s handicapem – tyto domovy bývají většinou menšího rozměru a snaží se nahradit rodinnou atmosféru a poskytnout rodinné zázemí. Klient je více začleněn do prostředí zařízení, je možné, že se podílí na různých prospěšných pracích – např. zametání apod. Pobyt v tomto zařízení může být celoroční nebo týdenní, v případě týdenního pobytu mohou klienti odjíždět na víkend domů.

Stacionáře – jsou zařízení pro denní pobyt klientů. To znamená, že klient ráno přijde nebo je přivezen do zařízení, zde se věnuje různým aktivitám – např. terapeutické činnosti a večer odchází nebo je odvezen domů. Výhoda stacionáře spočívá v tom, že rodina nadále pečuje o svého postiženého člena a přitom se ostatní mohou věnovat svému zaměstnání, a tím rodinu finančně zabezpečit. Zřizovateli stacionářů jsou obvykle různé organizace či nadace.

Domácí péče zajišťovaná ošetřovatelkou – klienta v jeho domácím prostředí navštěvuje ošetřovatelka. Frekvence návštěv záleží na vzájemné dohodě a také na službách, které jsou poskytovány. Nejčastěji se jedná o domácí práce, pomoc při hygieně a oblékání, vyřizuje za klienta nákupy a jiné možné pochůzky. Nelze opomenout ani aspekt sociální, kdy je pro jedince nesmírně důležitý sociální kontakt, který je v tomto případě i kontaktem s vnějším okolím.

Osobní asistence – zde je snahou úsilí o nezávislost a samostatnost jedince s handicapem. Podpora při dopravě do zaměstnání, hospodaření s finančními prostředky, podpora přípravy jídla apod.

„Respitní péče“ vychází z předpokladu, že člověk, pečující o blízkou osobu s postižením, potřebuje, stejně jako každý jiný, nebo ještě více, odpočinek a volný čas. I on potřebuje realizovat své potřeby a zájmy. Proto je třeba, aby byl zastoupen buď asistentem, který na určitou dobu přebírá péči o postiženého za něj, nebo stacionářem, který jej na několik hodin denně či několik týdnů v roce zastoupí.(5)

1.2 Poskytovatelé a druhy sociálních služeb

Zlomovým bodem v oblasti sociálních služeb byl bezesporu rok 1989. Převážným poskytovatelem sociálních služeb byl do této doby stát a jeho pole působnosti bylo velice omezené. Nebral se ohled na jednotlivé metody sociální práce a vázl přímý vztah mezi státem a klienty, kdy nedocházelo k vzájemnému propojování vazeb v sociálních službách. Po roce 1989 se chopili práce lidé, kteří se nebáli založit nestátní organizace zaměřené na specifické potřeby klientů, jejichž prostřednictvím mohli začít poskytovat modernější sociální služby. Docházelo k velkému rozmachu sociálních služeb, ve kterých se objevoval moderní trend. Jedná se především o aktivní zapojování samotných uživatelů sociálních služeb.

Sociální služby - poskytovatelé a dostupnost

Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem - umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Stát na financování sociálních služeb nepřispívá pouze formou dotací, ale také v podobě **příspěvku na péči**. Tento příspěvek, dává informovanému uživateli možnost vybrat si takovou službu, kterou skutečně potřebuje a která umožní jeho začlenění do přirozené komunity. Je přiznáván podle nutné míry podpory individuálně odlišně pro každého uživatele, a to ve čtyřech stupních. Je tedy nezbytně nutné vytvořit takovou nabídku služeb, které umožní **všem** lidem plnohodnotný život v komunitě.

Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v Zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1. 1. 2007, poskytovány:

- ✓ Osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu.
- ✓ Osobě, které byl udělen azyl.
- ✓ Občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie.
- ✓ Cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

Vybrané typy sociálních služeb (azylové domy, kontaktní centra, noclehárny, terénní programy) jsou poskytovány také osobám legálně pobývajícím na území České republiky. (17)

Kdo sociální služby poskytuje

Obce a kraje dbají na vytváření vhodných podmínek pro rozvoj sociálních služeb, zejména zjišťováním skutečných potřeb lidí a zdrojů k jejich uspokojení; kromě toho sami zřizují organizace poskytující sociální služby. Významnými poskytovateli sociálních služeb jsou také nestátní neziskové organizace a fyzické osoby, které nabízejí jejich široké spektrum.

Žádost o sociální službu

O sociální službu musí člověk obvykle sám požádat. U některých typů sociálních služeb vydávají obce a kraje rozhodnutí o poskytnutí služby, a to ve správním řízení. Jedná se zejména o pečovatelskou službu a pobytové služby v domovech pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Pokud službu poskytuje nestátní nezisková organizace, uzavírá její uživatel s poskytovatelem smlouvu. V rozhodnutí, respektive smlouvě je také stanovena finanční spoluúčast uživatele na poskytování služby.

Informace o sociálních službách

Informace o sociálních službách a jejich poskytování lze získat např. na městských, případně obecních nebo krajských úřadech (odborní sociálních věcí), v občanských nebo jiných specializovaných poradnách anebo přímo u poskytovatelů sociálních služeb.

Druhy sociálních služeb:

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje

rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

Podporované bydlení je sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se

společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Domovy se zvláštním režimem poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při prosazování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Služba se poskytuje za úplatu.

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní

nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Krizová pomoc je ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svojí nepříznivou situaci vlastními silami. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy (nebo pomoc při zajištění stravy), terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

Nocehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, poskytnutí nebo zprostředkování informací. Služba se poskytuje za úplatu stanovenou poskytovatelem.

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickou psychickou poruchou, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. (17)

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že po roce 1989 došlo k radikálním změnám v oblasti širě nabídky sociálních služeb. Do té doby nebylo mnoho možností. Existovalo u nás pouze několik druhů zařízení. Pro děti to byly dětské domovy, případně tzv. „pastřáky“, pro postižené občany ústavy sociální péče nebo psychiatrické léčebny, pro seniory zase domovy důchodců a léčebny dlouhodobě nemocných. Všechny tyto služby

byly poskytovány v rozlehlých zařízeních, s pokoji bez možnosti alespoň minimálního soukromí, kdy klienti (pacienti) neměli možnost samostatnosti. Byla pevně stanovena doba buzení, jídla, podávání léků, hygieny, vycházek nebo večerky.

O některých skupinách lidí se ani nemluvílo. Neexistovali u nás lidé závislí na psychotropních látkách (maximálně alkoholici, kteří byli zavíráni do protialkoholických léčeben často bez jejich souhlasu), neexistovaly oběti domácího násilí – ať už děti, ženy nebo muži, neexistovaly zneužívané děti. Po roce 1989 se postupně všechny tyto skupiny lidí objevily a bylo nutné jejich situaci řešit. Vznikla široká nabídka sociálních služeb, ze které si každý, kdo se ocitne v nepříznivé situaci, může vybrat podle toho, která forma pomoci mu nejvíce vyhovuje. Samozřejmě ani dnes není zdaleka všechno ideální. Nadále existují ústavy sociální péče, protialkoholické a psychiatrické léčebny nebo dětské domovy. V některých zařízeních není možné zajistit soukromí nebo zrušit přísný denní režim.

Jsou však zařízení, kde to možné je a začíná se projevovat snaha o zlepšení podmínek pro klienty těchto zařízení. Je zřejmé, že změna neproběhne „ze dne na den“, ale bude to proces **dlouhodobý, závislý na individuálním přístupu**. Zaměstnanci těchto zařízení budou muset změnit způsob práce a přístup ke klientům. Ne všichni to dokážou - mnozí z nich odejdou, ale přijdou jiní, kteří budou mít dostatečné vědomosti a budou patřičně motivováni pro práci v těchto zařízeních. Mnohá zařízení zaniknou, ale vzniknou jiná, nová, menší, kde budou mít k sobě blíž jak klienti, tak zaměstnanci. Stávající zařízení se buď přebudují tak, aby v nich byla zachována lidská důstojnost a přiblížila se více životu v domácím prostředí, nebo se využijí k jiným účelům. Jak jsem již uvedla, bude to proces dlouhodobý, ale **na jeho konci bude spokojený klient i zaměstnanec**. Vzniknou nové druhy služeb a tam, kde to bude jen trochu možné, se **klienti ústavů začlení do majoritní společnosti a budou žít společně s ostatními hodnotným a důstojným životem, byť za pomoci druhých**.

1.3 Kvalita sociálních služeb

Již v roce 2003 uvádí Bílá kniha v sociálních službách, že „sociální služby existují proto, aby pomáhaly lidem udržet si své místo ve společnosti a aby je chránily před sociálním vyloučením. Sociální služby by v maximálním možném rozsahu měly lidem **pomáhat žít běžným životem**, umožnit jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školu, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o svou domácnost stejně jako o všechny další věci, které jsou lidmi vnímány jako samozřejmé.“ (10)

V několika posledních letech hovoří Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky o **standardech kvality** sociálních služeb. Kvalita v sociálních službách je mnohdy těžko definovatelná. Za kvalitní služby lze považovat ty, které pomáhají uživatelům žít běžným životem (nebo takové, které se k němu alespoň blíží), naplňovat jejich vlastní cíle a chrání jejich práva a zájmy. Rezervy, respektive nedostatky v zajišťování kvality můžeme hledat především **uvnitř** samotných zařízení či organizací. Kvalita se musí odvíjet od uspokojování potřeb a zájmů samotných uživatelů služeb, ovšem i v zájmu zadavatelů služeb, tedy těch subjektů, které služby objednávají a platí z veřejných zdrojů – například obce či státu.

Propagační publikace MPSV – Standardy kvality sociálních služeb (Praha 2004) či Kvalita v sociálních službách (Praha 2001); hovoří o tom, že zavedení standardů do praxe na celonárodní úrovni umožní porovnávat efektivitu jednotlivých druhů služeb, které pomáhají řešit stejný typ nepříznivé sociální situace i efektivitu různých zařízení, které poskytují stejný druh služeb. Důležitým zdrojem pro hodnocení kvality služeb je: **cíl služeb, poslání zařízení, cílová skupina klientů, kapacita zařízení, postupy jak zajistit respektování práv uživatelů služeb, způsob a principy služeb a další vnitřní pravidla**. Neexistuje žádná absolutní definice kvality – to, co je společností považováno za „kvalitní“, je závislé na politických, společenských, kulturních, hospodářských či historických vlivech, působících v jakékoliv situaci.

„Manuály, zabývající se kvalitou, většinou obsahují pokyny a postupy na dvou úrovních. Ty, které jsou aplikovány **v celé organizaci** a ty, které jsou specifické pro **jednotlivé části organizace** nebo s ohledem na místní podmínky. Mělo by platit, že jasná pravidla, obsahující pokyny a postupy existují a jsou respektována všemi organizacemi, bez ohledu na jejich velikost. Soubor zásad však bude reagovat na to, co

je podstatné z hlediska konkrétních okolností při poskytování jednotlivých typů služeb.“ (MPSV, 2004)

Ke zlepšení kvality napomáhá registrace poskytovatelů sociálních služeb, která umožňuje zájemcům vstoupit do systému sociálních služeb. Samozřejmostí je to, že registraci dostanou pouze ti, kteří splní určité požadavky. Podmínky, které poskytovatelé musí splňovat a které se týkají bezpečnosti služeb a jejich individuálního zaměření na uživatele, specifikuje § 88 Zákona o sociálních službách. (17)

Právě **standardy kvality** sociálních služeb mají být hlavním prvkem **zvyšování úrovně** při kontrole kvality. Podle zákona je „důležitým znakem kvality sociální služby její schopnost **podporovat** jednotlivé uživatele služeb v naplňování cílů, kterých chtějí s pomocí sociálních služeb dosáhnout při řešení vlastní nepříznivé sociální situace“. Ve standardech je proto zdůrazněna **orientace na osobní cíle uživatelů služeb**, což umožňuje konkretizovat abstraktní ideály, jakými jsou např. důstojnost nebo plnohodnotný život.“ (15)

Jak vyplývá z již zmíněného zákona, lidská práva by měla být, respektive musí být, zaručena všem osobám bez rozdílu sociálního statutu či zdravotního stavu. Snahou zákona je tedy **předcházet** možnému porušování práv uživatele nebo jeho diskriminaci. Především v komunikaci je nutné používat takovou formu, aby jí samotný klient rozuměl.

Důležitým bodem je samotná **smlouva o poskytování sociálních služeb**. Podle zákona má poskytovatel povinnost uzavřít s uživatelem nebo jeho zákonným zástupcem **písemnou smlouvu** v případě poskytnutí sociální péče. Smlouva by měla, kromě jiných náležitostí, obsahovat i rozsah poskytované sociální služby, místo a čas poskytované služby a výpovědní lhůty. Pracovník zařízení zjišťuje, co zájemce od služby očekává, společně pak formulují, jakým způsobem bude poskytovaná služba dohodnuté cíle naplňovat. Smlouvou se tedy rozumí **oboustranná ochrana smluvního vztahu**.

Jedním z důležitých problémových okruhů je opatření týkající se **omezení pohybu osob**. Zákon definuje, v jakém případě lze použít opatření omezující pohyb osob (přímé ohrožení zdraví a života uživatele, zdraví a život jiných fyzických osob). V takovýchto situacích je samozřejmostí vyrozumění lékaře, který by měl vydat souhlas s tímto opatřením. Informován by měl být také zákonný zástupce uživatele. V případě výskytu takovéto situace musí dojít k její evidenci, zároveň tato zpráva obsahuje určité

informace – např. kdy k události došlo, důvod použití opatření, doba jeho trvání apod. (17)

„Uživatelé si mohou **stěžovat** na kvalitu nebo způsob používání sociálních služeb, aniž by tím byli jakýmkoliv způsobem ohroženi. Zařízení má za tímto účelem stanovena vnitřní pravidla, která uplatňuje a se kterými jsou seznámeni jak uživatelé, tak i pracovníci.

Zařízení také podporuje uživatele ve využívání **vlastních přirozených sítí**, jako je rodina, přátelé, známí a snaží se předejít jeho návyku na sociální službu. V případě potřeby umožňuje využívání dalších sociálních služeb. (15)

Tolik hovoří dokument Standardy kvality. Nabízí se otázka, zda je v praxi možné kvalitu služeb zkontrolovat. Podle mého názoru kvalita sociálních služeb závisí především na přístupu každého jednotlivého pracovníka v sociálních službách. Můžeme mít sebelepší a sebemodernější zařízení se špičkovým vybavením, ale pokud zde pracuje personál, který si „odkrotí“ svou směnu a jde domů, nezáleží mu na klientech, nemá k nim vztah, nikdy nemůžeme hovořit o kvalitní péči nebo kvalitním životě klientů. Personál, plní si pouze své pracovní povinnosti, bez osobního přístupu a zájmu nemůže nikdy zdaleka nahradit domácí prostředí. Tuto problematiku mohu posoudit pouze jako nezávislý pozorovatel. Jednak z práce dobrovolníka v domově pro seniory a také jako účastník letních pobytů s mentálně postiženými klienty a návštěvník ústavu sociální péče, ve kterém jsou tito klienti umístěni.

Zaměstnanci domova pro seniory, kde mám jako dobrovolník na starosti imobilní klientku, snad ani netuší, co to kvalita péče znamená. Mohu to posoudit, i když nejsem v domově celý den. Moje návštěvy jsou nečekané, někdy ráno, jindy odpoledne nebo o víkendu. Během mé přítomnosti se sestra objeví jen proto, aby klientce píchla injekci (inzulín) a přinesla léky. Potom přijde ošetřovatelka s jídlem a nikoho nezajímá, že je klientka nepohyblivá, že si jídlo ze stolečku sama nepodá. Nemůže se bez pomoci už ani napít. Po chvíli zbytek jídla odnesou, otřou lžící i stůl jedním hadrem. Sklenička na pití je špinavá, v hrnku zaschlá káva. Cestou domů občas potkávám personál sedící (někdy i ležící) na sedacích soupravách v místech vyhrazených ke kouření.

Nutno podotknout, že všichni zaměstnanci takoví nejsou. Jsou zde i lidé, kteří mají snahu pro klienty zajistit různé aktivity. Ať je to každotýdenní kavárna, kdy „babičky a dědečky“ obsluhuje personál (sociální pracovníce, pokladní, ekonomka)

nebo různé besedy, estrády, v létě grilování na zahradě. To jsou ovšem aktivity, kterých se nemohou zúčastnit všichni. Ti, co nemohou ani sedět na vozíčku jsou zavřeni ve svých jednolůžkových pokojích. Ne každému je přáno dožít se vysokého věku v plné fyzické síle. A právě tady má místo kvalitní personál. Pokud je ovšem pro pracovníka (mám na mysli obecně, nikoliv konkrétní profesi) problém imobilnímu klientovi podat nebo odebrat mísu, umýt hrnek od kávy nebo pomoci při jídle, nemá v takovém zařízení, dle mého názoru pracovat. Protože tady žijí lidé a ne věci. Věc můžeme odložit a nevšímat si jí, ale **ČLOVĚKA?**

Na druhé straně vidím v ÚSP Jinošov naprosto jiný přístup. Tady nejsou rozdíly mezi imobilními a mobilními klienty. Možná, že jsem při svých návštěvách jen měla „štěstí“ na kvalitní personál, možná je to tak samozřejmé. Velmi záleží na managementu zařízení, způsobu jeho vedení, kontroly a přístupu k lidem. Pokud ředitel a střední management práci podřízených nekontroluje je to chyba. Každý člověk potřebuje mít nad sebou kontrolu, protože bez kontroly i ten nejlepší má občas tendenci práci trochu „ošidit“. Určitě je péče v ústavu kvalitnější než v domově, je to vidět i na klientech. Jsou veselí, přátelší, spokojení. Do aktivit v ústavu i mimo něj jsou zapojováni klienti bez rozdílu. Těm imobilním se pracovníci věnují ještě více než mobilním. A ti mobilní zase pomáhají svým kamarádům, kde mohou. Je to parta lidí, která drží při sobě a to platí i ve vztahu klient-personál.

2. Transformační projekt

Již od 80. let minulého století jsou odbornou praxí podporovány klíčové změny v institucionální péči, které reagují na objektivní potřeby současné společnosti a zohledňují proces sociálního začleňování jako základní myšlenky moderní sociální politiky.

Na základě Usnesení ze dne 21. února 2007 byl vládou České republiky pod č. 127 přijat materiál „**Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti**“, jehož hlavním cílem je podpořit a usnadnit cestu poskytovatelům a zřizovatelům pobytových služeb v přirozeném procesu humanizace sociálních služeb.

Materiál reaguje na vývoj v oblasti sociálních služeb a je jedním z nástrojů realizace Zákona o sociálních službách v praxi. Podporuje poskytovatele a zřizovatele sociálních služeb v zajištění dostupné péče a podpory osobám v nepříznivé sociální situaci takovou formou, která v co nejvyšší míře odpovídá životu jejich vrstevníků v přirozeném prostředí běžné společnosti a vytváří podmínky pro rozšíření sítě sociálních služeb.

Za hlavní navrhované body lze označit zejména:

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

Materiál je vypracován v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, tj. Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2004-2006, Bílou knihou v sociálních službách a zejména Zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je vytvořen v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod a je také v souladu s cíli Lisabonské strategie a Národním rozvojovým plánem.

Cílovým stavem integrace handicapovaných do společnosti je **respektování práva občana** – právo uživatele sociálních služeb na rovné příležitosti a možnost svobodného rozhodování o otázkách běžného života (individuálně dle jeho schopností). Ze zatím vybraných ústavů sociální péče vzniknou nová zařízení, která budou poskytovat přiměřené služby pro jejich uživatele a budou podporovat vznik regionálních služeb pro lidi se zvláštními potřebami.

Proces transformace je časově náročný proces, který i v **maximálně motivovaném** ústavním zařízení bude trvat léta. Přesto, anebo právě proto, je nutné začít s některými změnami ihned. Jde zejména o různá opatření zvyšující míru soukromí obyvatel, zvyšování citlivosti k dodržování lidských i občanských práv uživatelů, realizaci programu soběstačnosti a využívání možnosti zapojení uživatelů do místního a ekonomického života obce.

2.1 Historie a současnost ÚSP Jinošov

Zámek v Jinošově byl zbudován někdy koncem 18. století. V roce 1827 přestavěl pak zámeckou budovu hrabě Jindřich Vilém Haugwitz, pán na zámku v Náměšti nad Oslavou v letech 1794 – 1842. Sloužila především potřebám společenského života. Potomci hraběcí rodiny zřejmě žili na zámku do roku 1945, na základě Benešových dekretů museli „Šenvald“ opustit a jejich majetek propadl státu.



Na jaře r. 1945 se stal zámek útočištěm utečenců, především starých lidí, žen a dětí, prchajících z území východního Německa před blížící se frontou a před sovětskými vojsky. Poválečnou obnovu zámku prováděli skauti, aby mohli pořádat skautské lesní školy. V roce 1950 byl areál majetkem Svazu mládeže a stal se krátce přechodným domovem hornických učňů. Koncem srpna 1951 zde byla zřízena škola tzv. **Státní kurs pro přípravu pracujících na vysoké školy se stručnějším pojmenováním **Dělnická příprava****, který fungoval do roku 1953.



Dalšími obyvateli zámku se stali staří lidé ve zřízeném Domově důchodců, který byl veřejně přístupný. V roce 1966 se z domova pro důchodce stal domov pro mužské obyvatele s mentálním postižením, tedy ústav sociální péče (ÚSP).

Tento samostatný ústav přešel v roce 1976 pod správu Okresního ústavu sociálních služeb v Třebíči, pobývalo zde 104 klientů, o které se staralo 29 zaměstnanců.



Od 1. 1. 2004 je zřizovatelem Ústavu sociální péče Jinošov, příspěvkové organizace, kraj Vysočina a stal se otevřeným i pro uživatelky – ženy. (18)

Současnost

Ústav má celkem 70 uživatelů, většinou mužů (ústav je koedukován od roku 2004). Průměrný věk je 54 let, polovina z nich žije v ÚSP Jinošov více než 20 let. Jsou zvyklí pohybovat se ve venkovském prostředí, v hezké přírodě, k dispozici mají tříhektarový park.

V únoru 2008 došlo z důvodu dlouhodobého působení dřevokazného hmyzu k bodovému zřícení části stropu v jednom z pokojů druhého nadzemního patra v budově zámku.



Po konzultaci se statikem byl preventivně vyklizen celý objekt a 40 klientů násilně a bez přípravy přestěhováno na sídliště do ubytovny Vojenské letecké základny v Náměšti nad Oslavou. Zbývající klienti byli přestěhováni do druhé budovy v areálu zařízení.

V září 2008 byli klienti z Vojenské ubytovny přestěhováni do třech ubytoven v Náměšti nad Oslavou (na fotbalovém stadionu, zimním stadionu a do ubytovny ve vlastnictví firmy Oslavan, a.s. (příloha č. 7)

Pronájem těchto ubytoven je zajištěn do 15. 9. 2010. Toto řešení považuje kraj i vedení ústavu za uspokojivé, neboť všechna zařízení jsou blízko centra města. Klientům tak bylo umožněno začlenit se do normálního života a navíc mají v prostorách

sportovních areálů možnost volnočasových aktivit včetně mnoha příležitostí pro pracovní terapie.

V ubytovně fotbalového stadionu je ubytováno 19 uživatelů v jednolůžkových až třílůžkových pokojích, je zde sociální zařízení pro uživatele i personál, dále denní místnost s kuchyňkou a kancelář pro personál.

V ubytovně hokejového stadionu je ubytováno 11 uživatelů v jednolůžkových až třílůžkových pokojích. V rámci této ubytovny probíhá Axmanova terapie práce s hlinou, je zde jídelna s kuchyňkou, sociální zařízení pro uživatele i personál a kancelář vedoucího a personálu. Tyto dvě ubytovny jsou umístěny v málo frekventované části města, centrum města je však lehce dostupné.

V ubytovně firmy Oslavan, a.s., která se nachází v centru města, žije 8 uživatelů v jednolůžkových až třílůžkových pokojích. Na ubytovně je společné sociální zařízení a kuchyňka. V prostorách ubytovny se také nachází místnost pro terapie určená části uživatelů z ubytoven fotbalového a hokejového stadionu.

V areálu ÚSP je v bývalé hospodářské budově vybudováno oddělení pro 32 uživatelů, kteří jsou ubytováni v jednolůžkových až třílůžkových pokojích. Dále jsou zde kanceláře, ústavní kuchyň, jídelna uživatelů i zaměstnanců, sklady, plynová kotelná a také byt 2+1, který slouží od 1. 1. 2010 jako cvičná domácnost pro uživatele s vysokou mírou podpory. Další budova slouží k terapii klientů a jako místnost k využívání pedikérských a holičských služeb. U vstupu do areálu je vrátnice, která je nyní využívána jako dvoulůžkový pokoj s vlastním sociálním zařízením. Budova prádelny je zcela zrekonstruovaná a vybavena novým zařízením. V poslední budově je garáž, kůlna, údržbářská a šicí dílna, márnice a místnost pro další terapie.

Služby jsou poskytovány v tomto rozsahu:

- ✓ celoroční ubytování
- ✓ ošetrovatelská péče a pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu a pomoc při osobní hygieně
- ✓ poskytnutí stravy
- ✓ zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- ✓ výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- ✓ sociálně terapeutické činnosti
- ✓ sociálně – právní pomoc
- ✓ pomoc při obstarávání osobních záležitostí

Sociální péče je v ústavu zajišťována dvěma sociálními pracovníci. Uživatelům je poskytováno sociálně právní poradenství, pomoc při kontaktu s rodinou, přáteli a společenským okolím, pomoc při jednání se správními orgány a institucemi. Součástí sociální péče je i nakládání s finančními prostředky klientů.

Organizace využívá při poskytování sociálních služeb tyto prostředky:

- ✓ sociálně terapeutické činnosti
- ✓ pracovní aktivity
- ✓ volnočasové aktivity
- ✓ výtvarné techniky
- ✓ kurzy na doplnění vzdělání
- ✓ poradenství
- ✓ informativní programy
- ✓ náboženské programy
- ✓ mediální prostředky
- ✓ rekreace, relaxace, rehabilitace
- ✓ individuální přístup ke klientovi
- ✓ individuální plány
- ✓ podpora k soběstačnosti
- ✓ běžné zdravotní pomůcky
- ✓ domácí zvířata

Výchovná péče v sobě zahrnuje:

Pracovní terapie - uživatelé se pod vedením vychovatele učí pracovat se dřevem, podílí se na drobné údržbě areálu, parku i ubytoven a klienti, kteří mají zájem, se také mohou účastnit rybářských akcí taktéž pod vedením pana vychovatele. Individuálně klienti pracují dle svých zájmů brigádně u soukromníků či organizací za úplatu.

Práce v režimu pracovních předpisů. Jedná se o práci na základě dohody o pracovní činnosti dle ZP. Klienti pracují při úklidu společných prostor, mytí nádobí a žehlení. Jeden klient je po absolvování kurzu pracovníka v sociálních službách evidován na úřadu práce.

Výtvarná terapie - věnují se jí 3 multifunkční dílny; dvě se nacházejí v areálu ÚSP Jinošov, jedna v prostorách ubytovny Oslavan, a.s. v Náměšti nad Oslavou. Jedná se o dílnu Axmanovy techniky modelování, která umožňuje i lidem se zdravotním

postižením absolvovat řemeslné a výtvarné vzdělání v oboru modelování. Zvládnutí řemeslného základu pod vedením zaškolené instruktorky nabízí osobám se zdravotním postižením možnost samostatných výtvarných aktivit. Od 1. 1. 2010 zahájily činnost další dvě multifunkční dílny v Náměšti nad Oslavou mimo prostory ubytoven, nabízející uživatelům (klientům) aktivní trávení volného času.

Činnostní terapie zahrnuje nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností. Jedná se o nácvik v oblasti praktického života. Klienti jsou motivováni k udržování a rozvíjení soběstačnosti (učí se prát, žehlit, mýt nádobí, nakupovat, stlát postele, udržovat si pořádek, používat telefon, počítač, hospodařit s penězi, kávou, cigaretami, chodit k lékaři, používat veřejnou dopravu apod.).

Volnočasové aktivity zahrnují společenské programy v areálu i mimo něj. Například společenské hry, hudbu, tanec, sportovní hry, náboženské programy, stanování v přírodě, tábory, rekreace tuzemské i zahraniční, výlety, návštěvy kulturních vystoupení, setkávání s klienty jiných zařízení, setkávání se zdravou populací.

Organizace využívá k dosahování stanovených cílů tyto metody práce:

- ✓ diagnostické
- ✓ kompenzační
- ✓ preventivní
- ✓ kladný a upřímný vzor zaměstnanců v přímé péči
- ✓ individuální komunikace s klientem a s jeho blízkými
- ✓ motivační metody
- ✓ metody vysvětlování
- ✓ demonstrační metody
- ✓ diskusní metody
- ✓ fixační metody

Lékařská péče ambulantní i odborná je zajištěna smluvními lékaři. Ústav spolupracuje s neurologickou ambulancí, psychiatrem a kožním lékařem. Specializovaná vyšetření jsou prováděna ve spádových zdravotnických zařízeních okresní nemocnice Třebíč. Stomatologickou péči i prevenci zajišťuje zubní lékařka v Náměšti nad Oslavou. Zdravotní péči uživatelů zajišťuje zdravotní personál ÚSP – 5 registrovaných zdravotních sester a 7 sanitářek pod vedením vrchní sestry.

Zodpovědnost za kvalitně poskytovanou zdravotní péči nese vedoucí ošetřovatelského úseku.

Ošetřovatelská péče je poskytována individuálně, podle stupně postižení a aktuálního zdravotního stavu. Klienti jsou podporováni v péči o vlastní zdraví a hygienu, důraz se klade na prevenci. Tři uživatelé docházejí k pravidelné logopedické prevenci. Společně s pracovníky sociální péče je zabezpečeno kondiční cvičení, vycházky, v létě pobyt v bazénu apod.

Zařízení navštěvuje kadeřnice, která nabízí holičské a kadeřnické služby, a pedikérka. Uživatelé, kteří nevyužívají jejich služeb, si tyto zajišťují samostatně. Mezi další spolupracující organizace patří fotbalový klub Náměšť nad Oslavou a Oslavan, a.s. jejichž ubytovny jsou využívány k dočasnému bydlení uživatelů a dalších nebytových prostor k volnočasovým aktivitám. Při stěhování majetku a uživatelů do náhradního ubytování v Náměšti v roce 2007 a 2008 byla navázána spolupráce s místní vojenskou posádkou. Plánuje se využití jejich pomoci i při přesunu materiálních zdrojů do nově vzniklých domácností. Jednání s těmito subjekty jsou v kompetenci ředitelky.

S občanským sdružením Střed z Třebíče spolupracuje ústav na proškolení dobrovolníků, kteří působí v zařízení. ***Dobrovolníci jsou odvážní lidé, ochotní se za něco postavit, jsou ochotni zasvětit své ruce, svou mysl a především svá srdce službě ostatním. Odměnou jim je vědomí, že jejich činnost má smysl.*** (2)

Zodpovědnost za spolupráci s dobrovolníky a občanským sdružením Střed nese vedoucí pracovníků v sociálních službách.

Vzdělávání uživatelů bylo v ústavu zahájeno v září roku 2000 formou Kurzu na doplnění vzdělání pomocnou školou ve spolupráci se Základní školou Cyrilometodějskou v Třebíči. Do výuky byli zařazeni ti, kteří neměli splněnou povinnou školní docházku, podrobili se psychologickému vyšetření, výuka jim byla doporučena a uživatelé samotní o ni měli zájem. Výuka probíhala buď podle vlastního individuálního plánu, nebo v malých, maximálně tříčlenných skupinách. Učili se zde základům čtení, psaní, počtů a věcného učení.

V posledním školním roce 2008/2009 studovalo 7 uživatelů. Pro nedostatečný zájem, způsobený zejména vysokým věkovým průměrem uživatelů, byla v červnu roku 2009 spolupráce ukončena.

V současné době má:

- ✓ 19 klientů dokončenou školní docházku na dřívější zvláštní škole.
- ✓ 10 klientů školní docházku v různých stupních studia nedokončilo.
- ✓ 8 klientů si doplnilo vzdělání v ÚSP Jinošov, dle osnov pomocné školy (odloučené pracoviště Základní školy Cyrilometodějské v Třebíči).
- ✓ 1 klient absolvoval vzdělávací program pro pracovníky sociální péče se zaměřením na přímou obslužnou péči, nyní je evidován na Úřadu práce v Náměšti nad Oslavou jako zájemce o zaměstnání.

Stupně mentálního postižení klientů:

- ✓ Lehká mentální retardace – 42 % (29 klientů)
- ✓ Středně těžká mentální retardace - 36 % (24 klientů)
- ✓ Těžká mentální retardace - 22 % (15 klientů)
- ✓ Hluboká mentální retardace - 0

Zaměstnání klientů:

- ✓ 9 klientů před nástupem do ústavní péče pracovalo (především jako pomocní dělníci).
- ✓ 4 klienti mají uzavřenou dohodu o pracovní činnosti v ÚSP Jinošov.
- ✓ 1 klient si v Náměšti zajistil pracovní uplatnění formou pravidelných brigád v obchodě.
- ✓ 4 klienti jsou zapojeni do pracovní dílny Axmanovy techniky modelování (provozuje sdružení Slepíši Tasov, pracoviště v ÚSP Jinošov).

Podrobnou analýzu klientů provedlo MPSV ve spolupráci s ÚSP formou velmi rozsáhlého dotazníku. (příloha č. 5) Na každého klienta byl vyplněn dotazník, který byl v elektronické podobě zaslán na MPSV, kde byly pomocí speciálního programu dotazníky vyhodnoceny (celkem asi 25 stran). Vyhodnocení není publikováno celé – rozsah práce to ani neumožňuje, byl použit pouze vzorek těch nejzákladnějších údajů – věkový průměr, způsob kontaktu s rodinou, míra soběstačnosti apod. (příloha č. 6)

Stravování v zařízení je poskytováno celodenně v souladu se zásadami správné výživy a zdravotním stavem klienta. O druhu diety rozhoduje příslušný lékař. Stravování klientů i personálu zajišťuje vlastní kuchyň, odkud je strava také rozvážena do ubytoven v Náměšti nad Oslavou.

Každá ubytovna má prostory pro výdej a podávání stravy. Strava se podává pětkrát denně dle časového rozvrhu výdeje jídla z kuchyně. Za způsob vydávání stravy zodpovídá sloužící personál, který v případě potřeby asistuje i při konzumaci jídla. Dle individuálních schopností jsou klienti zapojováni do procesu stolování, přípravy stravy nebo mytí nádobí. **Pitný režim** je zajištěn na každé ubytovně, k dispozici jsou nově i automaty na vodu.

V ústavu je zřízena stravovací komise, jejímiž členy jsou také klienti. Činnost komise se zaměřuje především na vhodnost a kvalitu stravy pro klienty ústavu a na úroveň jejich stravování. Komise respektuje přání a doplňující návrhy klientů, které mohou vznést na schůzce konané pravidelně jedenkrát měsíčně.

Praní prádla se realizuje ve vlastní prádelně, která je umístěna v areálu ÚSP Jinošov. Prádelna zajišťuje praní, sušení, žehlení a mandlování prádla všem klientům. V současné době je zajištěn i rozvoz prádla klientům na ubytovny v Náměšti nad Oslavou. Prádelna je v provozu v pracovní dny od pondělí do pátku (7:00 – 14:30), dle potřeby i o víkendech a svátcích.

Rozmístění klientů - ÚSP Jinošov (30 klientů) následovně:

Celkem 14 pokojů, z toho 5 třílůžkových, 7 dvoulůžkových, 1 jednolůžkový, 1 třílůžkový pokoj (v současnosti využívaný jedním klientem)

Ubytovny v Náměšti nad Oslavou (celkem 38 klientů)

Ubytovna Oslavan (8 klientů):

Celkem 4 pokoje, z toho 1 třílůžkový, 2 dvoulůžkové, 1 jednolůžkový pokoj

Ubytovna Fotbalový stadion (19 klientů):

celkem 8 pokojů, z toho 4 x trojlůžkové, 3 x dvoulůžkové, 1 jednolůžkový pokoj

Ubytovna Hokejový stadion (11 klientů):

Celkem 5 pokojů, z toho 1 třílůžkový, 1 třílůžkový s vlastním sociálním zařízením, 1 dvoulůžkový, 2 jednolůžkové pokoje

Každá ložnice má pro jednoho klienta v základním vybavení lůžko, šatní skříň, noční stolek. Klientům se poskytuje ložní prádlo a dle vlastního přání mají možnost uzamykat pokoj nebo skříň. Každý pokoj je dále uzpůsoben potřebám jednotlivých klientů a vybaven doplňky pro vytvoření prostředí, ve kterém se klient cítí co nejlépe.

2.2 Cíl projektu

Cílem transformačního procesu je přechod k poskytování sociálních služeb, které jsou zaměřeny na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí. Samotná proměna pobytových zařízení sociálních služeb je otázkou volby a vývoje každého jednotlivého zařízení a při plánování změn je nutné přihlížet ke specifickým poskytování služeb v každém jednotlivém zařízení. Země dnešní Evropské unie (EU) se od 70. let minulého století zabývají realizací procesu deinstitucionalizace a podporou práva žít v přirozené komunitě pro všechny občany. Česká republika, jako členský stát EU, se prostřednictvím dokumentu „**Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb**“ (13) k této politice hlásí.

Opatření ve zmíněném dokumentu jsou pouze vodítkem a podporou, při vlastní realizaci budou jednotlivá opatření přizpůsobována potřebám konkrétních jedinců, využívajících ústavní péči, a zároveň budou vytvářeny programy a projekty zaměřené na prevenci institucionalizace osob se specifickými potřebami. Jedná se o osoby se zdravotním postižením, zejména děti a dospělé s mentálním postižením a kombinovanými vadami a dále seniory se sníženou schopností soběstačnosti a samostatnosti. Odborná veřejnost v České republice se těmito otázkám věnuje v posledních deseti letech. V květnu 2009 proběhla na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně ve spolupráci s odborem sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu Zlínského kraje dvoudenní konference na téma „**Transformace pobytových sociálních služeb jako posun v kvalitě a dostupnosti**“. První den byl částí pro veřejnost, druhý den byl částí pro studenty. Konference se zúčastnili také zástupci MPSV. (příloha č. 8)

Nutno zmínit, že umístění do ústavu sociální péče je v mnoha případech nevhodné. Často je důsledkem **nedostatečné nabídky sítě služeb**, s jejichž podporou a pomocí by mohl člověk se specifickými potřebami setrvat ve svém přirozeném prostředí. Snaha zajistit lidská práva pro všechny bez rozdílu se projevuje od 90. let minulého století v celé naší společnosti – od iniciativ v původních ústavních zařízeních až po vznik nové legislativy. Předpokladem úspěchu transformace je **osvěta** u veřejnosti i samotných uživatelů, **aktivní spolupráce** účastníků procesu, uživatelů služeb, zařízení ústavní sociální péče, obcí, krajů a resortů a v neposlední řadě **vzdělávání pracovníků sociálních služeb**. Tyto aktivity musí být v potřebné míře doprovázeny **metodickou a finanční podporou státu a dalších institucí veřejné správy**. V oblasti plánování

financování sociálních služeb je potřebné zrevidovat a zásadně redukovat výstavbu velkých pobytových zařízení a ušetřené finanční prostředky směřovat do vzniku služeb v komunitě, které odpovídají individuálním potřebám uživatelů.

Stávající poskytovatele ústavních služeb je nutné podporovat tak, aby měli sami zájem o přeměnu ústavů na služby poskytované v přirozeném prostředí, zaměřené na individuální potřeby uživatelů a v případě, kdy toto není možné, s ohledem na situaci uživatelů, maximálně přiblížit pobyt uživatelů životu v domácím prostředí.

ÚSP Jinošov je zapojen do projektu MPSV **Pilotní zahájení procesu transformace pobytových zařízení sociálních služeb**, který bude po zahájení čerpání z Integrovaného operačního programu (IOP) financován z těchto prostředků. Řídícím orgánem IOP je Ministerstvo pro místní rozvoj ČR - odbor řízení operačních programů.

Transformace probíhá v souladu s dokumentem „**Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti**“ schváleným vládou ČR v únoru roku 2007 a v souladu s novým Zákonem o sociálních službách č. 108/2006 Sb. a se Standardy kvality sociálních služeb.

Jedná se o opravdovou **revoluční změnu** v poskytování sociálních služeb, téměř po padesáti letech. Z tohoto důvodu bude celý proces dlouhodobý, časový horizont celé transformace je cca 4 roky.

Naše společnost dlouho žila bez dostatečných informací o postižených spoluobčanech. Lidé s mentálním postižením byli bývalým režimem umístěni do ústavů mimo města, mimo veřejnost, mimo veškeré dění. Jako by nebyli. Oni ale existují a jsou jedni z nás. Jsou to lidé stejní jako my, se stejnými potřebami, city, emocemi. Neměli by proto být odděleni, ba naopak.

Transformační proces v ÚSP Jinošov byl již zahájen. Byl sestaven tzv. transformační tým, který má za úkol přinášet nové informace a pomáhat s pochopením a zvládnutím celého procesu jednak zaměstnancům, ale také klientům a jejich rodinám. Cílem je celková změna pobytového zařízení, které nevyhovuje kritériím pro poskytování sociálních služeb nastavených zákonem, ve služby, které plně odpovídají standardům kvality, zaručující ochranu práv uživatelů a odpovídající poptávce ze strany zájemců. Jedním z předpokladů je vytvoření služeb i jiného typu - například chráněného

bydlení, podporovaného bydlení s cílem přiblížit uživatelům život v přirozeném prostředí.

S celkovou koordinací transformačního procesu aktivně pomáhá organizace Children High Level Group (CHLG), která má již s transformací zkušenosti. Nadace CHLG byla založena v roce 2005 baronesou Emou Nicholson a spisovatelkou Joanne Rowlingovou. Cílem této charity je zlepšení životních podmínek v oblasti zdraví, vzdělávání a celkové kvality života. Organizace se snaží o tuto změnu především jednáními se zodpovědnými institucemi. Hlavním obsahem činnosti CHLG v České republice je především posílit mimoústavní péči a dosáhnout legislativních změn.

2.3 Etapy transformace

Transformační proces lze rozdělit do několika etap:

✓ vzdělávání zaměstnanců

Stávající zaměstnanci absolvovali jedno až dvoutýdenní stáže v zařízeních, která již mají zkušenost s transformací, a to v souladu s programem dobré praxe. Další vzdělávání pracovníků a jejich rekvalifikace povede ke zlepšení další uplatnitelnosti těchto lidí na trhu práce, tedy ke zvýšení kvalifikace a pracovního potenciálu.

✓ vzdělávání klientů v oblasti uplatňování jejich práv

Proběhla beseda o záměrech transformace, uživatelé byli zapojeni do diskuze. Formou individuálních setkání klienta s jeho klíčovým pracovníkem byla provedena analýza potřeb uživatele zaměřená na transformační proces. S tím souvisí tvorba a hodnocení individuálního plánu.

Na pravidelných setkáních klienta a klíčového pracovníka byly diskutovány otázky výběru domácnosti – kde a s kým bude klient bydlet, kteří zaměstnanci tam budou pracovat, jakou má klient představu o vybavení domácnosti a pokoje. V neposlední řadě si klient vybíral i z nabídky terapií.

Co se týká uplatňování práv klienta, nejen klíčový pracovník s nimi rozebírá otázku svobodné volby. Vysvětluje jim jejich práva na samostatné rozhodování (samozřejmě dle možností a schopností každého jednotlivce) v oblasti volby oslovování, oblečení, volnosti pohybu, samostatnosti v hospodaření s cigaretami apod.

✓ **komunikace s veřejností, osvěta**

Podpora směřuje nejen k zaměstnancům, ale i na vznik podnikatelských aktivit v oblasti poskytování sociálních služeb daného regionu – osobní asistence, pečovatelská služba apod. Rozvíjet by se měly také další návazné služby veřejného zájmu, jako například údržba a opravy, stejně jako lékařská péče, a to prostřednictvím využívání vnějších zdrojů. Služby si bude zajišťovat každá domácnost samostatně tak, jako v běžném životě. V místě pobytu by měly být také takové služby jako kadeřník, cukrárna nebo prádelna, které by bylo možné použít vždy, když si obyvatelé nestačí vyprat v domácnostech apod.

✓ **nácvik klientů na samostatné bydlení v chráněném bydlení s přesně stanovenou mírou podpory poskytovatele**

Součástí je nácvik samostatnosti při péči o domácnost a vlastní osobu v nově vzniklém chráněném bydlení v prostorách hokejové ubytovny a ubytovny Oslavan v Náměšti nad Oslavou. Tato forma vznikla v lednu 2010. Zaměstnanci zde neslouží noční směny, pouze pohotovost doma. Pracovní úvazky klientů jsou v domácnostech od pondělí do pátku na 6 hodin denně (ráno 7-9, odpoledne. 16-20 hod.) Mezitím chodí do nově vzniklých vzdálených terapií. Snídaně a večeře si nakupují a připravují sami, v sobotu a v neděli si vaří s personálem, který je v chráněném bydlení přítomen v 12 hodinových denních směnách. Tím se uživatelé, vyžadující minimální míru podpory, učí v nově vzniklých domácnostech dodržovat režim dne, tedy střídat práci a zábavu.

Nácvik simulace samostatné domácnosti pro osoby s vysokou mírou podpory probíhá v ústavu v Jinošově v samostatném bytě. Jedná se o praktické vyzkoušení budoucího bydlení v 6 klientech a jejich potřeb (a zároveň ověření plánovaného počtu zaměstnanců v domácnosti)

✓ **vymezení rizik pomocí analýzy SWOT**

- Prodej areálu zámku v době přípravy transformace.
- Nedostatek finančních prostředků během kterékoliv fáze transformačního procesu.
- Nedostatek finančních prostředků na provoz, zejména mzdy.
- Stresová zátěž a případné zhoršení zdravotního stavu uživatelů i zaměstnanců.
- Nevhodně nastavené nově vzniklé sociální služby.
- Nepřijetí uživatelů majoritní společností.
- Snadná ovlivnitelnost uživatelů sociálně-patologickými jevy.
- Neschopnost zaměstnanců přizpůsobit se nově nastaveným podmínkám.

- Odliv stávajících zaměstnanců a uživatelů.
- Zvýšený počet stížností ze strany zaměstnanců i uživatelů.
- Nepochopení a nezájem o život osob se zdravotním postižením z řad odborné veřejnosti (lékařů, pracovníků úřadů, legislativců, soudců, soudních znalců, opatrovníků apod.).

✓ **nákup nebo pronájem bytů, domů**

Zařízení bylo v roce 2007 zapojeno do komunitního plánování sociálních služeb v Náměšti nad Oslavou. Výstupem těchto plánů pro integraci osob s mentálním a kombinovaným postižením do společnosti je vytipování vhodných bytů a budovy pro účely chráněného bydlení, vznik chráněného bydlení a vznik denních rehabilitačních stacionářů. Z důvodu havárie stropu v zařízení v roce 2008 je dočasně využívána ubytovna ve vlastnictví města Náměšť nad Oslavou. V roce 2009 došlo v souvislosti s připravovanou transformací ÚSP Jinošov k oslovení vytipovaných obcí v souladu se střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb v kraji Vysočina. Předběžná jednání o nabídce a případné rezervaci pozemků a bytů vedla se starosty Náměště nad Oslavou, Hrotovic, Jaroměřic nad Rokytnou, Kralic nad Oslavou, Velké Bíteše a Mohelna ředitelka zařízení a následně pracovník zařízení pověřený k transformaci. Spolupráce mezi zařízením a jmenovanými obcemi je pozitivně otevřená, došlo k vytipování vhodných lokalit a na základě žádosti ÚSP k blokaci vhodných pozemků a budov. Starostové Náměště nad Oslavou a Velké Bíteše byli požádáni o sdělení kontaktní osoby z obecního úřadu aktivně spolupracující na transformaci ÚSP Jinošov.

✓ **postupný přechod klientů do chráněných bydlení**

Od ledna 2010 probíhá postupný přechod klientů do chráněných bydlení.

✓ **zapojování klientů do pracovního procesu**

Klienti jsou zapojováni do pracovního procesu jednak na ubytovnách, jednak formou dohod o provedení práce. Jedná se o různé pomocné práce v kuchyni, při úklidu, údržbě zámeckého parku apod. Jeden klient je evidován na úřadu práce.

Etapa adaptace

Jedním z prvních kroků bezprostředně po nastěhování a dále průběžně bude důležité a nezbytné zapojit uživatele do plánování chodu domácnosti (volba jídelníčku, trávení volného času, nabídky denních činností). Seznamování s vnitřním prostorem domu, to znamená orientaci v prostorách domu a seznamování s nejbližším okolím domu a zahrady, tedy orientaci v nejbližším okolí a zahradě. Průběžně po nastěhování budou také klienti seznamováni s nabídkou využití vnějších zdrojů. Samozřejmostí bude průběžné přehodnocování individuálního plánu. Míra podpory bude poskytována podle individuálních potřeb jednotlivých uživatelů.

3. Konkrétní kroky k transformaci

Formulace VIZE (žádoucího cílového stavu organizace v daném časovém úseku)

Poskytovat takové sociální služby, které uživatelům umožní život v přirozeném prostředí. Zkvalitnit a rozšířit poskytování dosavadní sociální služby tak, aby se charakter ústavní péče výrazně změnil (přechod od ústavní pobytové péče k alternativním sociálním službám), a to pomocí zvyšování kvalifikace zaměstnanců, využíváním a spoluprací s veřejně dostupnými zdroji, spoluprací s organizacemi podobného typu, spoluprací s rodinou a opatrovníky uživatelů, uzpůsobením sociální služby běžnému životu. Začlenění a setrvání uživatelů v přirozeném prostředí. Doplnění sociálních služeb chybějících v regionu, potřebných pro zajištění kvalitního života uživatelů. Sociální služby poskytovat a přizpůsobit individuálním potřebám každého uživatele. Při poskytování sociálních služeb dbát výrazné návaznosti na veřejně dostupné zdroje a jejich využití.

Formulace MISE (proč a jak transformovat zařízení a proč a jak poskytovat služby novou formou)

Zlepšit životní podmínky uživatelů, a to integrací do přirozeného prostředí postupným opouštěním velkokapacitního ústavu a budováním nových domácností v souladu s „Kritérii transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče“ a efektivním zacílením na individuální potřeby uživatele v souladu se „Standardsy kvality sociálních služeb“.

Čerpat finanční prostředky na transformaci lze po etapách, proto se ústav rozhodl využít této možnosti. Minimální čerpání z IOP je 20 milionů Kč, které zamýšlí transformační tým ústavu použít na I. etapu. V první etapě by měla být realizována:

- ✓ Výstavba dvojdomku v Náměšti nad Oslavou pro uživatele s vysokou mírou podpory. (příloha č. 3)
- ✓ Likvidace staré budovy Městského úřadu tamtéž a postavení centra denních aktivit se zázemím managementu, terénních služeb a denním stacionářem.
- ✓ Výstavba dvou domků ve Velké Bíteši pro uživatele s vysokou mírou podpory.
- ✓ Rekonstrukce domu v majetku kraje v Třebíči, který bude poskytovat službu chráněné bydlení.

Nezbytná je úzká spolupráce na tvorbě transformačního projektu se sociálním odborem kraje Vysočina, především s majetkovým odborem. Jednání regionálního transformačního týmu se zaměřuje na konzultace zvolených cílů a postupů, stavební studie domku a posouzení vhodnosti vytipovaných pozemků. Nezbytností je vyhotovení smlouvy o smlouvě budoucí.

Součástí zpracování Strategie je i vypracování základu **Komunikační strategie vnější a vnitřní**. Vnitřní v rámci zařízení a vnější vůči uživatelům, veřejnosti, spolupracovníkům, opatrovníkům, příbuzným uživatelů a podobně.

Strategie zapojení rodin a opatrovníků do procesu transformace

Průběžně spolupracovat na výběru vhodné lokality, umožnit návštěvu budoucí lokality. Zvážit návrat k rodině, návrat do původní lokality bydliště. Nutná je dopravní dostupnost lokalit.

V průběhu ledna až března 2010 spolupracovat na přehodnocování rozsudků o zbavení způsobilosti k právním úkonům a podat návrh příslušnému soudu o přehodnocení těchto rozsudků.

Během roku 2010 a dále průběžně nabídnout spolupráci na tvorbě a přehodnocování individuálního plánu, výsledkem by měl být individuální plán zaměřený protransformačně.

Měsíc před plánovaným přestěhováním zprostředkovat setkávání uživatele s rodinou v místě jeho budoucího bydlení, společné poznávání okolí – výstupem je adaptovaný uživatel.

Etapa přesunu

Během etapy přesunu uživatele bude mít rodina možnost podílet se na jeho přestěhování a zařízení domácností - výstupem by měl být adaptovaný uživatel.

Etapa adaptace

Bezprostředně po nastěhování a dále průběžně vybídnout rodinné příslušníky k častějším návštěvám a pomoci při vytváření osobního prostoru uživatele. Výstupem by měl být uživatel adaptovaný na nové prostředí.

Průběžně zapojit rodiny uživatelů do společenského života domácnosti např. formou společné akce uživatelů a jejich rodin.

Průběžně spolupracovat na přehodnocování individuálního plánu uživatele. Výsledkem by měl být aktualizovaný individuální plán.

3.1 Deset bodů vedoucích k transformaci

Vedle pracovníků a jejich rodin se může strach z negativních dopadů transformace projevit i u ostatních lidí z okolí. Například živnostníci, profitující z velké koncentrace lidí okolo zařízení, mohou být procesem ohroženi. Strach ze ztráty různých jistot či výhod mohou vyvolat silný odpor, projevující se v místních iniciativách. V plánech transformačních procesů v jednotlivých lokalitách bude nutné pamatovat i na podpůrná opatření, zmírňující tyto dopady. Činnost obcí by proto měla být soustředěna na sociální práci, zejména v oblasti poradenství, která pomáhá lidem v nepříznivé sociální situaci.

Všechny tyto obavy může velmi významně omezit **účinná mediální kampaň**, zaměřená na místní obyvatele. Ti mají většinou obavy ze soužití s mentálně postiženými. Převážně o nich mají děsivé představy, myslí si, že jsou blázni a mají z nich strach, který pramení z neznalosti, jak s takovými lidmi jednat a jak se k nim chovat. (příloha č. 4) Neznalost veřejnosti může totiž vyvolat u občanů představu, že klienti s těžkým postižením nebo agresivní jedinci budou umístěni do panelového domu bez dohledu pečovatele. Jeho přítomnost je různá - může být 24 hodin, také deset nebo i dvě hodiny denně podle služby a schopností klienta. U pobytové služby je to 24 hodin denně, v chráněném bydlení nemusí být dohled pečovatele v noci, podporované bydlení je terénní služba s dohledem např. na 2 hodiny denně.

Vlastní transformace sociálních služeb má zejména tři zásadní překážky. Jsou to **obavy z nedostatku finančních prostředků** po provedení transformace (na transformaci peníze budou, ale následná služba se zřejmě prodraží – bude potřeba více zaměstnanců - na jednu celodenní pobytovou domácnost až 6 lidí), **odpor proti změně** a otázky **využití stávajících ústavních zařízení**. I když je možné předpokládat, že vlastní výsledek transformace, ve své konečné fázi, přinese úspory v celkovém rozpočtu sociálních služeb, samotný proces transformace může ve svých počátečních stádiích znamenat navýšení nákladů. Jedná se zejména o vstupní náklady při vytváření nových služeb, na financování nemovitostí, ze kterých postupně budou uživatelé odcházet a ještě nedojde k jejich jinému využití nebo prodeji a případně i financování podpůrných programů. Tyto náklady však bude možné minimalizovat, a to zejména promyšleným managementem změny a důsledným plánováním rozvoje sociálních služeb v daném regionu metodou komunitního plánování.

Základními principy transformace jsou princip humanizace, princip individualizace a princip služby v přirozeném prostředí člověka. Ministerstvem práce a sociálních věcí byly vytýčeny cíle a byl vytvořen harmonogram transformace s časovým rozplánováním jednotlivých kroků a tím, kdo jednotlivé kroky povede, případně kdo se bude na jejich realizování podílet.

1. Ustanovení regionálního transformačního týmu

V týmu je zástupce zodpovědný za podporu transformace na úrovni kraje, zástupce zodpovědný za dostupnost služeb a financování služeb. Za ústav je v týmu ředitel a jeho zástupce. V případě, že se v rámci transformace předpokládá účast dalších subjektů v procesu, je možné je jmenovat a zapojit do týmu.

2. Ustanovení multidisciplinárního týmu v rámci vybraného zařízení (ústavu)

Do týmu je zapojen zástupce kraje, ředitel zařízení, jeho zástupce, ekonom, sociální pracovník zástupce uživatelů, příbuzných uživatelů, zástupce pracovníků v přímé péči a spolupracujících organizací.

3. Identifikace majetku kraje pro možné užití v rámci IOP

Krajský úřad (KÚ) započne se zhodnocením možností získání či využití nemovitostí a pozemků pro potřeby transformace.

4. Identifikace regionu

KÚ na základě střednědobého plánování sociálních služeb kraje identifikuje oblasti, ve které by měly být poskytovány nově vzniklé služby a začne se sběrem existujících dat zaměřených na vybraná zařízení a potřebnost regionu.

5. Zahájení jednání s obcemi v daném regionu

KÚ započne jednání o získání či využití nemovitostí a pozemků v obcích.

6. Identifikace priorit zařízení

KÚ začne identifikaci čerpání prostředků z Integrovaného operačního programu (IOP). Finanční prostředky budou například čerpány pouze do jednoho nebo dvou či tří zařízení kraje.

7. Pověření o součinnosti s obcí

Na základě rozhodnutí krajského úřadu může KÚ pověřit vybrané zařízení pro vyjednávání s obcemi k získání či levnému odkoupení zdrojů a pozemků a potřebnému zasíťování sociálních služeb.

8. Pověření

Krajský úřad písemně pověří vybraná zařízení k zajišťování strategie transformace, kde vybranému zařízení rámcově sdělí jeho kompetence a povinnosti včetně určených zodpovědných osob. KÚ definuje pravomoci a kompetence ředitele zařízení při zapojení do procesu transformace.

9. Informování relevantních osob o zapojení do procesu transformace

Ředitel vybraného zařízení po oficiálním jmenování do procesu transformace informuje ve spolupráci se zřizovatelem zaměstnance o zapojení do projektu „Podpora transformace“.

10. Vazba na plánování obcí

Pracovník KÚ, zodpovědný za plánování sociálních služeb, předá základní informace o procesu transformace sociálních služeb osobám odpovědným za plánování sociálních služeb na úrovni měst a obcí a zmapuje možnosti spolupráce.

Následným krokem je setkání **dobré praxe**, které organizuje vybraný ústav ve spolupráci s MPSV (příloha č. 2)

Smysl dobré praxe transformace je proces předávání dobré praxe při realizaci aktivit, které vedou k transformaci a humanizaci pobytových zařízení. Je systémem interaktivních setkání (exkurzí) do zařízení, která realizovala nebo úspěšně realizují aktivity, které vedou k humanizaci služeb vzhledem k potřebám a možnostem uživatelů. Stážisti mají možnost ve skupině poznat zařízení, společně konzultovat problematiku otázky řešeného tématu, získat inspiraci pro vlastní práci apod.

- ✓ předávání know-how – v přímé práci, řízení apod.
- ✓ motivace k další práci
- ✓ získání zpětné vazby na fungování organizace
- ✓ získání zpětné vazby na jednotlivé pracovníky – osvěžení, vybočení z rutiny
- ✓ navázání spolupráce (možný kontrakt na další individuální stáže, výměnné stáže)
- ✓ zvyšování kvalifikace vlastních zaměstnanců

3.2 Zhodnocení lidských zdrojů

Transformace zásadním způsobem změní život nejen samotným uživatelům, ale také personálu současných zařízení, lidem v jejich okolí i celé společnosti. Navržená opatření počítají s **udržením nebo dokonce navýšením pracovních míst** v regionech, přesto mohou být vnímána jako práci ohrožující, a proto personálem odmítána. Důvodem může být skutečnost, že v některých regionech je v jednom ústavu zaměstnáno více členů rodiny. Rodina je závislá na těchto příjmech a transformace se pro ni stává hrozbou. Přitom **pilířem** celého transformačního procesu je právě **kvalitní personál**. Z tohoto důvodu musí být práce s personálem, jeho vzdělávání a přesvědčování o smyslu a důležitosti procesu transformace neopomenutelnou součástí začátku celého procesu.

Transformace zařízení umožňuje nejen zachování pracovních míst pro stávající pracovníky, ale i nábor nových pracovníků. Nesmíme zapomenout také na vzdělávání zaměstnanců - nutná je rekvalifikace stávajících i nových pracovníků na pracovníky v sociálních službách, zvyšování jejich kvalifikace i exkurze v jiných podobných zařízeních. Nejdůležitější je ovšem empatie, vlídnost a trpělivost. „Musejí však být **trvalou složkou** pracovníkovy **osobnosti**. Jinak by ztratily sílu přesvědčivé autenticity a proměnily by se ve svůj neupřímný, pokřivený obraz.“ (3)

Transformace také znamená pracovní nabídku pro absolventy středních a vysokých škol v oboru sociálně-právním, sociální a speciální pedagogiky. Přispěje k udržení stávajících terénních a ambulantních sociálních služeb – pečovatelské služby, denních stacionářů a zdravotní domácí péče – home-care a ošetrovatelských služeb. Zvýší také počty učitelů ve speciálním školství.

Transformace je šancí k lepší dostupnosti a vyhledávání zaměstnání i pro některé uživatele. V rámci ústavem nově vybudované sociálně terapeutické kavárny – cukrárny v Náměšti nad Oslavou a prodejny v Třebíči bude také uživatelům nabídnuta pracovní rehabilitace, popř. stálé zaměstnání.

V koncepci transformace, kterou vypracovalo MPSV, je jedním z úkolů jednotlivých ústavů obsadit místo pracovníka, který by se celého procesu zúčastnil, byl koordinátorem a zároveň prostředníkem mezi ministerstvem a ústavem. Ředitelé ústavů dostali za úkol vyhlásit výběrové řízení na obsazení tohoto místa a výběr vhodného kandidáta. Popis realizace činnosti je poměrně podrobný a klade na budoucího

pracovníka velké nároky. Proto bylo nutné velmi pečlivě výběrové řízení připravit a pracovní nároky na obsazení tohoto místa podrobně popsat. Pracovní náplň pracovníka pro transformaci je rozsáhlá a náročná, ale v procesu transformace je nezbytné, aby byl tento proces koordinován. Pracovník pro transformaci je členem týmu, který musí **velmi úzce** spolupracovat. Při vyhlášení výběrového řízení bylo nutné popis pracovní činnosti popsat detailně i z toho důvodu, aby uchazeči přesně věděli, jaký rozsah činnosti bude po nich požadován. I z tohoto důvodu byl součástí výběrové komise psycholog. Realizace činnosti má několik bodů, včetně časového harmonogramu. Byl předložen k posouzení na MPSV a v této podobě byl také ministerstvem schválen.

Na základě předložených požadavků se přihlásilo několik uchazečů o tuto pozici, jejich žádostmi se zabývala výběrová komise. Byli vybráni tři uchazeči, kteří absolvovali psychologické vyšetření (pro zajímavost - finanční náklady na jedno vyšetření se pohybují v rozmezí 2.500 – 3.000 Kč).

Začlenění klientů ústavu do majoritní společnosti se nazývá také transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy zařízení (nebo deinstitutionalizace). Vybraný pracovník musí být především přesvědčen o správnosti této cesty, musí ji prosazovat na všech jednáních a se všemi účastníky. Při komunikaci s uživateli by měl mít „srdce na dlani.“ I z těchto důvodů byla v konečné fázi vybrána pracovnice, kterou zvolila výběrová komise, i když její prvenství nebylo v psychologickém vyšetření jednoznačné.

Na plánované přeřazení stávajících pracovníků (kuchařů, prادلen, údržbáře, tedy pracovníků, kteří v současnosti nepracují v přímé péči s uživatelem, klientem) bude mít vliv:

- ✓ individuální přístup pracovníka k uživatelům zařízení
- ✓ dovednosti, zájmy a kreativita
- ✓ pracovní hodnocení přímého nadřízeného
- ✓ požadované vzdělání, ochota se rekvilifikovat a průběžně školit
- ✓ zapojení do transformačního procesu a diskuzí o programu možných aktivit pro uživatele

Hodnocení zaměstnanců a návrhy na jejich přeřazení budou posuzovány na základě jejich schopností, individuálních pohovorů, na základě jejich pracovního hodnocení jednotlivými nadřízenými a na základě ochoty se rekvilifikovat. Podporou

zaměstnancům bude supervize. Pokračováním bude příprava zaměstnanců na práci v nových podmínkách.

Někteří zaměstnanci se mohou dostat do situace, která pro ně znamená přímé ohrožení. V sázce může být jejich setrvání v zaměstnání, což vyvolává silné nepříjemné pocity, hrůzu rostoucích představ a myšlení. Reakcí může být nepřiměřené chování, rozvoj fobie a úzkostnosti, jestliže nepříjemné tělesné pocity trvají příliš dlouho. (1)

Proto pokládám za důležité individuální pohovory ředitele i středního managementu se zaměstnanci, při nichž se mohou ujistit, že se s nimi v nové budoucí práci počítá.

Požadavky ve výběrovém řízení na nové pracovníky, které bude zařízení přibírat do nově zřízených sociálních služeb (chráněné bydlení, denní stacionář apod.):

- ✓ kvalifikace podle typu služby
- ✓ nutnost vlastnit řidičský průkaz (automobil pro 9 osob) a pracovat na PC
- ✓ zájmy, dovednosti a kreativita
- ✓ organizační schopnosti, schopnost týmové spolupráce
- ✓ základní znalosti o transformaci

Při procesu transformace je důležitá, ne-li prvořadá, **motivace zaměstnanců**.

Motivace je **proces aktivace chování, udržování aktivity a řízení vzorce aktivity**. (4)

Toho si je vedoucí pracovník, v tomto konkrétním případě ředitelka, velmi dobře vědoma. Prioritou jsou následující činnosti:

- ✓ stimuluje pracovní proces a vyhledává příležitosti
- ✓ zkouší a nese riziko
- ✓ podněcuje ostatní k tomu, aby překračovali vlastní hranice
- ✓ povzbuzuje sdílenou vizi, má představu o budoucnosti
- ✓ umožňuje ostatním jednat
- ✓ posiluje ostatní a podporuje spolupráci
- ✓ formuje způsob jednání
- ✓ svým jednáním a chováním je příkladem pro ostatní
- ✓ plánuje postupné cíle včetně odměn tak, aby uvedla celý proces do chodu
- ✓ sleduje práci jednotlivých členů týmu, jejich aktivitu podporuje a uznává
- ✓ chválí týmové úspěchy

3.3 Individuální plán přechodu klienta

Transformace ústavů sociální péče v jiné formy pobytových služeb je proces složitý a dlouhodobý, z čehož vyplývá, že musí být velmi pečlivě připraven. V případě handicapovaných jedinců je tento proces složitější, protože klienti stávajících ústavů mají různé druhy postižení – od tělesného přes mentální až po postižení kombinované. Ve své diplomové práci se věnuji konkrétnímu ústavu sociální péče pro osoby s mentálním postižením, který byl pro proces transformace vybrán. Pro úplnost je nutné mentální postižení definovat.

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme **trvalé** snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení **není nemoc**, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.(7)

V posledních letech je zdůrazňován pojem „**člověk s postižením**“. Toto sousloví upozorňuje, že se za pojmem skrývá především lidská bytost. V hovorové řeči bývají často zneužívány termíny související s mentální retardací a to debilita, imbecilita a idiotie. Tyto termíny se v moderní pedagogické a psychologické praxi již téměř neužívají.

Mentální retardace může být vrozená nebo získaná. Mohou ji způsobit určité chromozomální anomálie, zejména trizomie 21. chromozomu (Downův syndrom), také nitroděložní infekce (toxoplasmóza, zarděnky, pásový opar) nebo poškození při porodu, kdy je mozek nedostatečně zásoben kyslíkem. V dětství může vývoj dítěte, které by jinak bylo normální, zbrzdit vážné poranění hlavy například dopravní nehodou nebo bitím týrajícího rodiče.

Hlavní znaky mentální retardace jsou:

- ✓ „Nízká úroveň rozumových schopností projevující se nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky,
- ✓ postižení je vrozené (na rozdíl od demence, která je získaným handicapem rozumových schopností),
- ✓ postižení je trvalé, přesto je možné určité zlepšení působením výchovných a terapeutických vlivů.“

Tyto osoby trpí také často dětskou mozkovou obrnou nebo drobnějšími poruchami hybnosti. Projevují se i hyperaktivitou, zvýšenou dráždivostí, poruchami pozornosti. Mívají poruchy řeči, sklon reagovat impulzivně a zbrkle.

Naopak mentální retardace vzniklá na podkladě chromozomální odchylky - Downův syndrom - se projevuje těžkopádností a ulpíváním na určitém stylu. „Mentálně postižený člověk není schopen odhadnout svoje možnosti a přizpůsobit jim svoje chování.“(8)

Lidé s mentálním postižením mají stejné základní potřeby jako lidé bez postižení - chodit do školy se svými vrstevníky, mít smysluplnou práci, bezpečný domov, rodinu a přátele, cítit svobodu v rozhodování a jiné. K naplnění svých potřeb potřebují lidé s mentálním postižením podporu a otevřenost většinové společnosti. Podpora a služby by měly být poskytovány v běžném prostředí, mezi lidmi bez postižení – nikoli v uzavřeném prostředí ústavů či speciálních škol.

Otevřenost je o integraci. A integrace je o přijetí lidí s mentálním postižením do každodenního života. Rodinou, známými, sousedy, učiteli, zaměstnavateli, každým z nás. (18)

Mentální retardace může vzniknout ve třech obdobích:

- ✓ **Prenatálním** (před narozením dítěte) - kvůli infekci matky během těhotenství, jejímu špatnému životnímu stylu – drogy, kouření, alkohol, úraz.
- ✓ **Perinatálním** (během porodu nebo těsně po něm) - porod může být protražovaný (dlouhotrvající), může dojít k hypoxii plodu, tedy k nedostatku kyslíku, předčasný porod atd.
- ✓ **Postnatálním** (po porodu do 2 let věku dítěte) - infekce, úrazy, záněty mozku, těžká žloutenka, špatná výživa.

Klasifikace mentální retardace

„Klasifikace mentální retardace dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Je uvedeno i rozmezí hodnot inteligenčního kvocientu, které je pro dané pásmo charakteristické.“(7)

Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 až 12 let. Většina z nich dosáhne úplné nezávislosti v praktických domácích pracích a v osobní péči (jídlo, hygiena, oblékání...). Zvládnou výuku ve zvláštní, respektive pomocné škole. Při vzdělávání je vhodné rozvíjet jejich dovednosti

a kompenzovat nedostatky Nejsou schopni uvažovat abstraktně, i v jejich verbálním projevu většina abstraktních pojmů chybí, užívají jen konkrétní označení.

K lehké mentální retardaci se mohou individuálně přidružit vývojové poruchy, autismus, tělesné postižení, epilepsie, poruchy chování. Většinu jedinců (z horní hranice LMR) lze zaměstnat v praktických profesích.

Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80%, v populaci je to 2,6%.

Středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 až 9 let. Omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Verbální projev bývá chudý, agramatický, špatně artikulovaný a málo konkrétní. Často se vyskytují tělesná a neurologická postižení, zejména epilepsie. Možnosti vzdělání v pomocné škole.

Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentálním postižením je 12%, v populaci je to 0,4%

Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34, u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let. Ve většině případů jde o kombinované postižení. Časté sebepoškozování. Jejich učení je značně omezeno a vyžaduje dlouhodobé úsilí, i pak zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plnění několika příkazů. Možnosti vzdělávání v rehabilitační třídě.

Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7%, v populaci to je 0,2%

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20, u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Většina osob je imobilní, inkontinentní, nekomunikující, s kombinovanými vadami tělesnými a smyslovými. Možnosti vzdělávání jsou individuální a velmi omezené.

Výskyt v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1%, v populaci to je 0,02%

Jiná mentální retardace. Švarcová uvádí, že tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených.

Nespecifikovaná mentální retardace. Dle Švarcové se tato kategorie užívá sice u prokázané mentální retardace, ale není dostatek informací zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. (7)

Výchovu a vzdělávání lidí s mentální retardací považujeme za celoživotní proces, charakterizovaný nutností stálého opakování, prohlubování znalostí a dovedností. Základy výchovy spočívají v rodině. Velkým problémem je to, že se výsledky dostávají velmi zvolna, že pokroky jsou téměř nepozorovatelné.

Hlavním rysem soudobého školství je úsilí o nejširší začleňování **všech** postižených dětí do běžných tříd. V české literatuře se obvykle používá také termín integrace. Podmínky integrace každoročně upravuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (MŠMT ČR) Metodickým pokynem k integraci dětí a žáků se zdravotním postižením do škol a školských zařízení, který je zveřejňován ve Věstníku MŠMT ČR. Základním nástrojem pro tuto integraci je **individuální vzdělávací program** – IVP (individualized educational plan – IEP). Vedle integrace se objevuje a prosazuje trend inkluze, tj. začleňování dětí s těžkým a hlubokým stupněm postižení do běžných tříd, alespoň na část výuky. (6)

První skupinou lidí, kterým transformace změní život, jsou vlastní uživatelé sociálních služeb a jejich rodiny. Ne všichni uživatelé musí vnímat transformační snahy jako pozitivní. Častá nedostatečná informovanost nebo neznalost jiných typů sociálních služeb může v uživateli vyvolat obavy ze ztráty stávajících životních jistot. Pro uživatele je velmi obtížné si v těchto případech představit něco neznámého a odlišného a tato obava v něm může vyvolat velké úzkosti a zesílit vazbu na stávající typ služby, ať je jeho kvalita jakákoliv. Z tohoto důvodu je nutné **pracovat s klienty** tak, aby tuto obavu neměli a stejně tak **pracovat i s rodinou**, která nemusí být připravena, možná ani schopna, přijmout svého handicapovaného člena zpět do svého kruhu, navíc jako rovnoprávného s ostatními. Společné bydlení, jak by se mohlo na první pohled zdát, není podmínkou, vždyť většina klientů se učí žít ve vlastní domácnosti tak, jako každý z nás. Vhodné je zaměřit se mimo jiné na individuální práci sociálního pracovníka, zaměstnanců ústavu, ze kterého se handicapovaný člen rodiny vrací, i dalších osob s klientem a rodinou.

Jedním z prvních důležitých kroků je přehodnocení situace každého jednotlivého uživatele sociální péče. Přehodnocení by mělo proběhnout individuálně, podle osobních představ každého jednotlivce, s ohledem na rozsah a formu potřebné podpory. Na základě osobní analýzy musí být vytvořeny **plány péče a podpory**, které by měly odrážet osobní představu jednotlivých uživatelů o vlastním životě i jejich individuální potřeby, a které budou současně podporovat sociální začleňování a běžný styl života,

dále *plány terapeutického působení a posouzení možnosti přípravy uživatelů na zaměstnání a jeho následné zajištění*. Tyto skutečnosti si u svých klientů zjišťují pracovníci sami v zařízeních – od psychiatra, sociální pracovníce, z osobního spisu klienta, od příbuzných, v jednání se žadatelem (klientem) o službu a z lékařské zprávy, která je při nástupu klienta do zařízení **povinná**.

U těch klientů, kteří již mají schopnosti samostatně bydlet, je nutné co nejdříve samostatné bydlení zajistit. Umístění uživatelů do bytových jednotek musí odpovídat všeobecně uznávaným normám ubytování v domech v běžné zástavbě. V případě lidí, kteří pobývali delší dobu v ústavním zařízení, je nutné vypracovat plány jejich osobního rozvoje a začleňování do komunity a analýzu rizik na celý proces. Tyto plány umožní hladký průběh postupného opouštění „ústavního“ pečujícího prostředí, a to prostřednictvím předem naplánovaných postupných kroků, které kladou zvyšující nároky na samostatnost člověka. Vlastní příprava na začlenění uživatele do komunity obsahuje i přípravu terénu na jeho snadnější přijetí, vyžaduje spolupráci s veřejnými institucemi a se zajištěním sítě občanské vybavenosti. Již dnes je jasné, že určitá část uživatelů **bude potřebovat péči** pobytových služeb. Tyto služby ovšem musí být poskytovány tak, aby se co nejvíce přibližovaly přirozenému prostředí. To znamená snížit kapacitu zařízení v souladu s dobrou praxí EU, podle níž by počet obyvatel jednotlivých bytů či budov měl odpovídat velikosti malé skupiny (jako například velikosti rodiny nebo školní třídy), vybavením (zařízení ani oblečení personálu nesmí připomínat nemocnici), režimem a způsobem života klientů (individualizovaný režim) a umístěním v běžné zástavbě. Středem zájmu i u těchto služeb musí být vždy uživatel. Základní myšlenkou pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením je poskytování služeb v malých bytových jednotkách, tzv. domácnostech, po 6 klientech (maximálně 3 domácnosti vedle sebe), jejichž management a technické zázemí (např. vedení organizace či zajištění stravování) je možné centralizovat v rámci aktivit jednoho poskytovatele umístěných v běžné zástavbě. Na základě volby poskytovatele budou mít tato centra registraci na jeden nebo více typů sociálních služeb a ve svých ubytovacích kapacitách budou moci poskytovat celou škálu služeb podle individuálních potřeb uživatelů. Poskytování více druhů služeb jedním poskytovatelem by mělo vést ke komplexnímu a ekonomicky udržitelnému poskytování sociálních služeb podle individuálních potřeb uživatelů. Podle modelu těchto center služeb už nyní fungují některé chráněné byty či domovy pro zdravotně postižené, včetně návazných služeb,

kterými jsou například poskytování podporovaného bydlení, denní či týdenní stacionář nebo respitní pobyt.

Jak již bylo několikrát řečeno a zdůrazněno, transformace je proces složitý, ale především se jedná o **skutečnou novinku v oblasti péče o postižené spoluobčany**. Právě proto je nesmírně důležitá pečlivá příprava. Transformační tým vypracoval individuální plán přechodu klienta. Tedy jednotlivé kroky, podle kterých je potřeba u každého jednotlivě postupovat.

Individuální plán přechodu klienta:

1. Komplexní osobní analýza klienta.
2. Trénink zvyšování soběstačnosti klienta – péče o vlastní osobu, práce v domácnosti, příprava studené stravy, orientace ve městě, komunikace s občany, dopravní výchova, hospodaření s penězi, kávou, cigaretami, dodržování léčebného režimu – samostatný příjem léků, měření teploty apod.
3. Vymezení rizik a následná opatření (týmová práce – klíčový pracovník, sociální pracovník, vychovatel, zdravotní sestra, klient, opatrovník, příbuzný).
4. Motivace klienta a jeho příbuzných k přechodu do přirozeného prostředí.
5. Umožnit klientovi výběr z nabídky poskytovaných sociálních služeb podle individuální potřeby klienta, možná návštěva klienta v podobném typu zařízení.
6. Podání návrhu na navrácení a přehodnocení způsobilosti k právním úkonům.
7. Podání odvolání ve věci opatrovnictví v případě, že opatrovníka vykonává zaměstnanec ústavu.
8. Vyřízení občanského průkazu.
9. Nabídka doplnění chybějící školní docházky, popř. rozšíření kvalifikace.
10. Hledání vhodného pracovního uplatnění – spolupráce s úřadem práce, dobrovolníky a s agenturami podporovaného bydlení.
11. Orientace v nabídce poskytovaných sociálních služeb v okolí nového bydliště – zájmové kroužky, kulturní akce, kadeřnictví, pedikúra, lékařské ambulance, zubaři, pošta, obchody, veřejné hromadné dopravní prostředky, restaurace apod.
12. Možnost výběru spolubydlícího.
13. Nabídka ubytování a vybavení nábytkem.
14. Seznámení a navázání spolupráce s personálem – osobními asistenty.
15. Přestěhování a počáteční pobyt s dohledem personálu.
16. Dle individuálních potřeb klienta osobní asistence

Není nezbytné jednotlivé kroky podrobně popisovat. Už z jejich výčtu je patrné, že transformační tým při jejich tvoření postupoval velmi svědomitě. V těchto několika krocích je zahrnuto vše potřebné. Tým vycházel z praktických zkušeností, a to nejen z práce s postiženými. Vždyť pro každého člověka je přirozené například to, že si zařizuje domácnost podle svých vlastních představ. Také je samozřejmostí seznamování s okolím v novém bydlišti, průzkum okolí a nabídky služeb. Každý přece chce vědět, kam bude chodit k lékaři, nakupovat, posedět si s přáteli, k holiči nebo na procházky. U osob s mentálním postižením je velmi důležité postupně nacvičit používání těchto služeb, zvláště u těch jednotlivců, kteří - ať už pro nedostatek zájmu nebo schopností či z jiných důvodů - prostory ústavu neopouštěli buď vůbec, nebo jen velmi zřídka. Téměř každý člověk se v cizím prostředí orientuje s obtížemi, málokomu to nečiní obtíže. Tato schopnost vůbec nesouvisí s mentálním postižením. Vždyť zdravý jedinec se může ztratit kdekoliv a mentálně postižený se výborně orientuje i v neznámém prostředí. Postupná orientace jak v bytě, tak v okolí, pomůže klientům k rychlejší adaptaci na nové prostředí. Potom tam budou doma.

4. Průzkum názorů na transformační projekt

Proces transformace je změna, na kterou musí být připraveni nejen samotní klienti, jejich rodiny a zaměstnanci stávajících ústavů, ale snad ještě více je třeba zaměřit se na veřejnost, zejména na tu část společnosti, ve které budou budoucí uživatelé sociálních služeb žít. Je hezké, že se budou stavět domy pro malé skupinky lidí, budou se kupovat byty, budovat síť služeb. Je hezké, že klienty ústavů začleníme mezi zdravé jedince. Je hezké, že budeme žít všichni vedle sebe a společně. **Otázkou ovšem je, zda chceme a zda jsme připraveni s mentálně postiženými žít. Mají vůbec obyčejní lidé představu o tom, kdo to jedinec s mentálním postižením je, jak se k němu mají chovat, jak s ním mluvit? Mají vůbec zdraví jedinci zájem žít v sousedství mentálně postižených? Jak se na ně dívají? Pohled na ně jim vadí nebo se jich bojí nebo se na ně nechtějí dívat? Překáželo by jim mít je za sousedy, denně je potkávat, jezdit s nimi v dopravních prostředcích, ve výtahu, potkávat je v obchodě nebo na ulici? Ví vůbec zdravá část populace, co to mentální postižení je a co je jeho příčinou? Není jim nepříjemné se s těmito lidmi stýkat?**

To jsou otázky, na které je třeba hledat odpovědi a na které je zaměřen anonymní dotazník. (příloha č. 4) Chodili by do zařízení, kde jsou tito jedinci zaměstnáni? Právě v souvislosti s touto otázkou vedení ústavu pojalo myšlenku otevřít v Náměšti nad Oslavou kavárnu s cukrárnou, ve které by byli bývalí klienti zaměstnáni. Tuto zkušenost mají např. v Brně, kde je v objektu Vaňkovka právě taková kavárna v provozu. Ředitelka ústavu i zaměstnanci několikrát kavárnu navštívili a vždy se setkali se zájmem ze strany návštěvníků kavárny. Je zde převážně plno, lidé si zvykli sem chodit za milou obsluhou a příjemným prostředím. Otevření kavárny nebo podobného zařízení by bylo dalším pozitivním krokem v transformačním procesu.

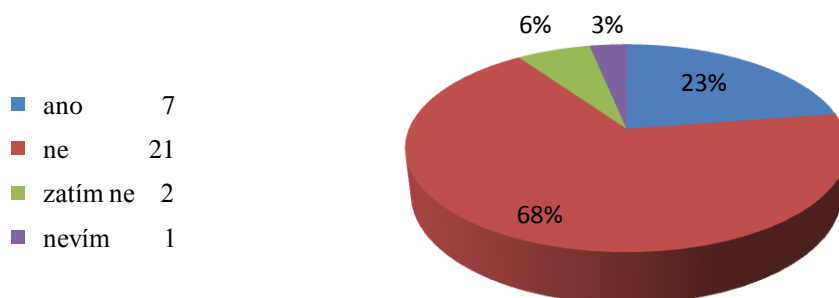
4.1 Předmět průzkumu

O chystaném procesu transformace své zaměstnance vedení ústavu průběžně informovalo. Byly pořádány semináře a školení, ředitelka a vedoucí jednotlivých úseků se zaměstnanci hovořili individuálně. Jedním z prvních konkrétních kroků v procesu transformace ze strany vedení ústavu směrem k zaměstnancům bylo tzv. zmapování situace. Bylo třeba zjistit, zda pracovníci tento proces pochopili, zda mají dostatek informací, případně jestli potřebují informace další. Pokud ano, čeho by se měly týkat, respektive které otázky je trápí, jakých informací by potřebovali více. Bylo nutné zjistit, zda vůbec mají zájem po transformaci nadále tuto práci vykonávat. Vzhledem k tomu, že klienti budou umístěni (přestěhováni) do lokalit mimo ústav, a to v okruhu několika kilometrů, pro stávající zaměstnance to bude znamenat nejen změnu způsobu práce, ale také místa pracoviště. Zaměstnanci se budou věnovat mnohem menším skupinkám klientů a ne každý dokáže pracovat i s těmi nejhůře postiženými. Z tohoto důvodu bylo třeba zjistit, kdo by chtěl s jakou skupinou klientů pracovat – někdo raději pracuje s těžce postiženými, jiný dává přednost práci s klienty postiženými lehce nebo středně.

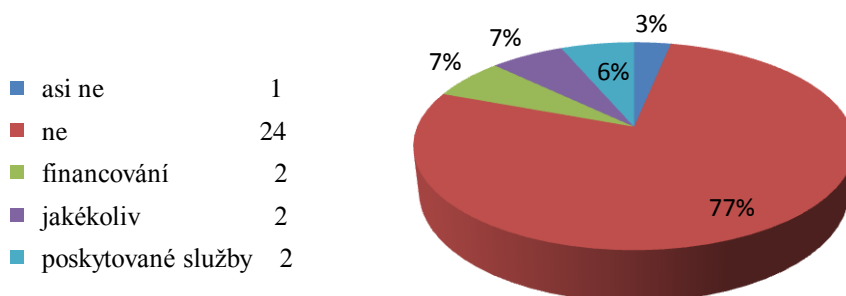
Zaměstnancům byl předložen dotazník, který vypovídal o tom, jak se povedlo proces transformace zaměstnancům přiblížit a vysvětlit, byl tedy jakousi **zpětnou vazbou** pro vedení ústavu a celý transformační tým.

Jednalo se o celkem 31 zaměstnanců. Dotazník byl vytvořen až poté, co se zaměstnanci hovořili nejen zástupci organizace CHLG, ale i ředitelka, a to formou individuálních rozhovorů mimo pracoviště, v příjemném prostředí místní pizzerie. Z níže uvedeného dotazníku je patrné, že kvalitní komunikace a osvěta, postupné vysvětlování a přátelská atmosféra jsou prvky v pracovním vztahu nesmírně důležité. Domnívám se, že čas, který vedení ústavu věnovalo přípravě jak zaměstnanců, tak klientů byl nevyčísitelnou investicí do budoucna. Výsledky dotazníku nasvědčují tomu, že management zařízení postupoval správně a promyšleně.

1. Jsou nějaká témata, která jsou Vám ohledně transformace nejasná?



2. Potřebovali byste o transformaci více informací?
(v případě, že ano, navrhněte konkrétní témata)



3. Myslíte si, že se pro Vás, jako pro zaměstnance, něco zásadního změní?
(např.: pracovní doba, změna stylu práce s klienty, rekvalifikace a jiné pracovní uplatnění, více cestování...)

ANO 31

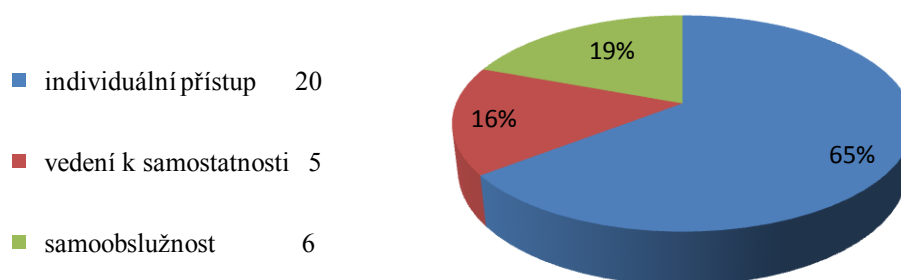
4. Myslíte si, že Vám pomohou exkurze, týdenní stáže v jiných zařízeních?

ANO 31

5. Jste ochotni si kvůli transformaci doplnit vzdělání?

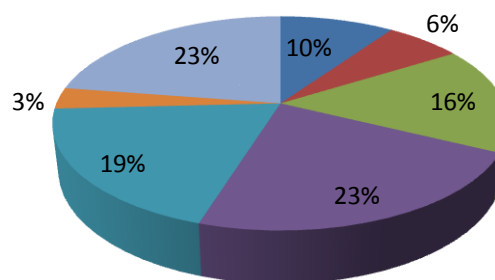
ANO 31

6. Jak si myslíte, že musíme pracovat s klienty, abychom je připravili na plánované změny?



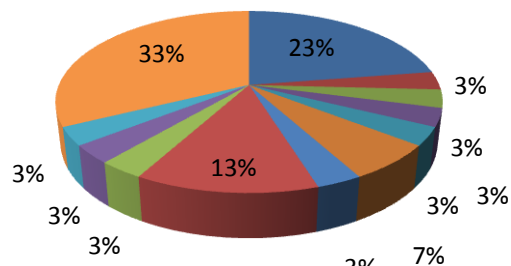
7. S jakou skupinou byste chtěli v budoucnu pracovat?

■ lehká MR	3
■ střední MR	2
■ těžká MR	5
■ lehká nebo střední MR	7
■ střední nebo těžká MR	6
■ lehká MR nebo střední MR nebo je mi to jedno	1
■ je mi to jedno	7



8. Jaké místo pracoviště by Vám v budoucnu nejvíce vyhovovalo?

■ Náměšť n/Oslavou	7
■ Třebíč	1
■ Mohelno	1
■ Hrotovice	1
■ Náměšť, Kralice, Mohelno	1
■ Náměšť, Kralice, Mohelno, Třebíč	2
■ Náměšť, Mohelno	1
■ Náměšť, Kralice, Třebíč	4
■ Náměšť, Kralice, je mi to jedno	1
■ Náměšť, je mi to jedno	1
■ Náměšť, Mohelno, Třebíč	1
■ Náměšť, Kralice	10



4.2 Tvorba dotazníku

Transformace ÚSP neřeší pouze otázku postupného „rozpuštění“ stávajících zařízení, ale také otázku humanizace. **Humanizace** stávajících pobytových zařízení znamená především změnu v zaměření se na uživatele služby jako individuality a z toho plynoucích činností. V přístupu k uživateli se mění poměr mezi péčí a podporou ve prospěch podpůrných činností. **Podpora** vede člověka k možnosti využití vlastních možností, **péče** naopak může zvýšit závislost člověka na pečovateli. Míra podpory závisí na skutečných potřebách člověka, vychází z jeho úrovně psychomotorického vývoje, kvalitní odborné diagnostiky, poznání jeho osobnosti a cílů vytvoření osobního plánu rozvoje. Jednou z možností, jak zlepšit kvalitu života v pobytových zařízeních je dobrovolnictví.

Dobrovolnictví je nezištná pomoc druhému, posiluje sociální soudržnost, podporuje navazování porozumění, zvyšuje kvalitu života. Bohužel existuje řada bariér, mezi něž patří pasivita ve vyhledávání a získávání dobrovolníků, pracovní vyčerpání stávajících dobrovolníků a v neposlední řadě nedostatek informací o dobrovolnictví.

Dobře připravených pracovišť pro dobrovolníky je u nás zatím nedostatek. Při organizování dobrovolnické pomoci je třeba brát v úvahu spontaneitu a tvořivost dobrovolníků, ale současně i pravidla, kterým se dobrovolník musí podřídit, aby jeho činnost organizaci prospěla a nenarušovala její chod. (2)

Bariéry jsou ovšem i na straně veřejnosti. I na tuto otázku hledá anonymní dotazník (příloha č. 4) odpověď. Pomoc není jen o tom, přispět finančním darem, ale především aktivním zapojením se do práce. Ne každý má zájem o tuto formu pomoci. Ne každý chce nebo může s postiženými pracovat. Něco jiného je bojovat za zdravé životní prostředí nebo za záchranu památek a něco jiného je pracovat s dětmi, seniory či postiženými. Pokud se člověk rozhodne pro tuto činnost, potom mu to určitě dává pocit užitečnosti, uznání a sounáležitosti.

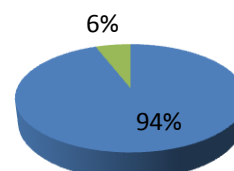
Jak jsem již naznačila v úvodu kapitoly, s otázkou transformace ÚSP pro osoby s mentálním postižením vyvstává celá řada otázek. Dotazník, který by odpověděl na všechny otázky kolem soužití s jedinci s mentálním postižením, by musel být mnohem rozsáhlejší a podrobnější. Bylo by určitě zajímavé zabývat se tímto průzkumem mnohem podrobněji, bohužel to vzhledem k omezenému prostoru v diplomové práci není možné. Dotazník je zaměřen pouze okrajově na základní otázky – má veřejnost zájem o to, aby byli klienti z ústavů zařazeni mezi zdravou populaci, nebo mají být i nadále zavřeni za zdmi a ploty, žít jen ve své komunitě? Mají tito jedinci vůbec šanci na normální život? Přijme je zdravá část společnosti mezi sebe? Nebudou z jejího středu vyloučeni i přes snahu je začlenit?

4.3 Analýza výsledků

Dotazníkovou metodou bylo osloveno **102** respondentů. Dotazník měl celkem 19 otázek.

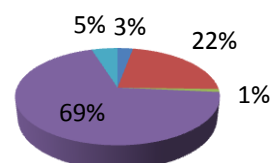
1. Víte co znamená pojem mentální postižení?

■ Rozumové postižení	96
■ Tělesné postižení	0
■ Smyslové postižení	6
■ Nevím	0



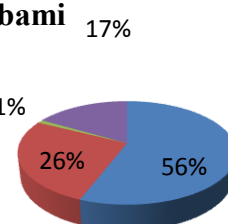
2. Myslíte si, že se komunikace s osobou s lehkým mentálním postižením (MP) něčím liší od komunikace se zdravou osobou?

■ Neliší, žádný rozdíl není	3
■ Musím na ně mluvit velice pomalu a dobře artikulovat	23
■ Při mluvení musím ukazovat obrázky	1
■ Je to stejné, jen je nutné občas některé věci podrobněji vysvětlit	70
■ Nevím	5



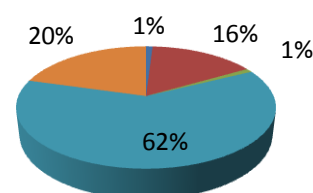
3. Nastoupíte do vlaku, kde je několik sedadel obsazeno osobami s MP. Mezi sebou mají místo, jinde však není, co uděláte?

■ Sednu si k nim	57
■ Raději postojím	27
■ Odejdu do jiného vagónu, abych se na ně nemusel ani dívat	1
■ Nevím	17



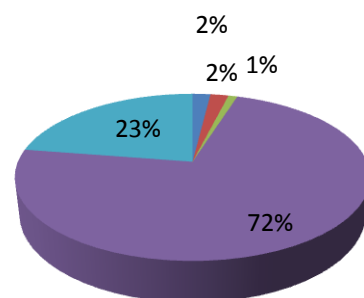
4. Máte tendenci spíše se těmto osobám vyhýbat?

■ Ano, mám z nich strach	1
■ Nevím jak s nimi komunikovat	16
■ Nechci se na ně dívat	1
■ Bojím se, že po mně budou něco chtít	0
■ Ne, nemám s tím problém	63
■ Nepřemýšlel(a) jsem o tom	21



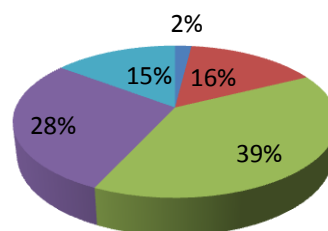
5. Koupíte si stavební parcelu a časem zjistíte, že na vedlejší parcele bude stát domek pro dospělé osoby s mentálním postižením, co uděláte?

■ Prodám ji	2
■ Budu si stěžovat a bránit se na příslušném úřadě	2
■ Postavím mezi pozemky plot, abych se na ně nemusel(a) dívat	1
■ Neudělám nic, nevadí mi to	74
■ Nevím	23



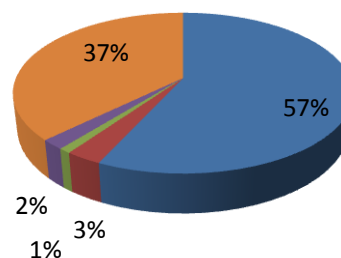
6. Kdyby se vám narodilo dítě, které by postupně vykazovalo známky mentálního postižení, umístil(a) byste ho do ústavu?

■ Rozhodně ano, dal(a) bych ho do ústavu	2
■ Musel(a) bych o tom hodně přemýšlet	16
■ Nechal(a) bych si ho, a čekal(a) jak se situace bude vyvíjet	40
■ Nechal(a) bych si ho v každém případě	29
■ Nevím	15



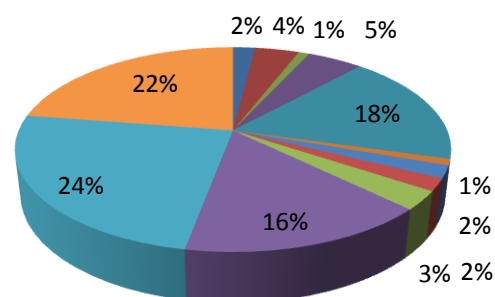
7. Myslím si, že je dobré, když si rodina ponechá postižené dítě ve vlastní péči?

■ Ano	58
■ Není to dobré pro matku	3
■ Není to dobré pro dítě	1
■ Není to dobré pro sourozence	2
■ Není to dobré pro sousedy	0
■ Nedokážu to posoudit	38



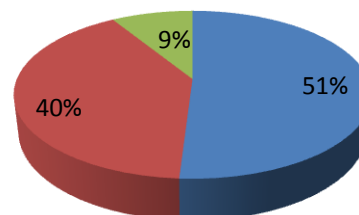
8. Znáte příčiny toho, proč se někomu narodí dítě s mentálním postižením?

■ Matka alkoholička	(A)	2
■ Matka kuřačka nebo narkomanka	(K)	4
■ Úraz matky v těhotenství	(Ú)	1
■ Těžký porod	(P)	5
■ Dědičné předpoklady	(D)	18
■ A + K		1
■ K + D		2
■ A + K + D		2
■ A + K + P + D		3
■ A + K + Ú + P + D		16
■ Nejsem si jistý		25
■ Nevím		23



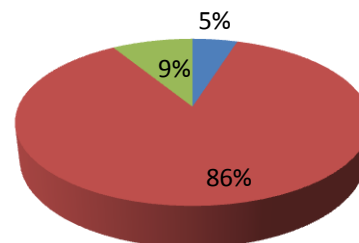
9. Znáte ze svého okolí dospělou osobu s mentálním postižením?

■ Ano	52
■ Ne	41
■ Nevzpomínám si	9



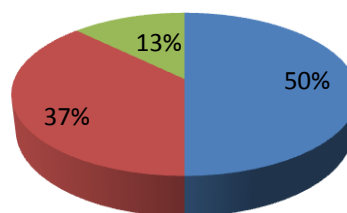
10. Když byste měl(a) potkat dospělou osobu s mentálním postižením, radši se jí vyhnete?

■ Ano	5
■ Ne	88
■ Nevím	9



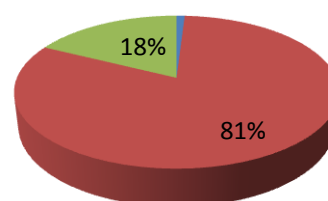
11. Znáte organizaci ve svém okolí, která se stará o dospělé osoby s mentálním postižením?

■ Ano	51
■ Ne	38
■ Nevzpomínám si	13



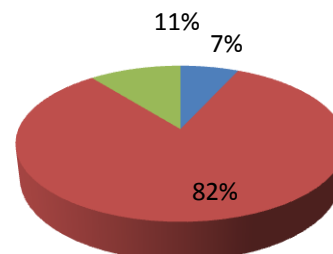
12. Když byste měl(a) jet výtahem společně s dospělou osobou s mentálním postižením, počkáte si na jiný?

■ Určitě ano	1
■ Ne, nevádí mi to	83
■ Nejsem si jistý(á)	18



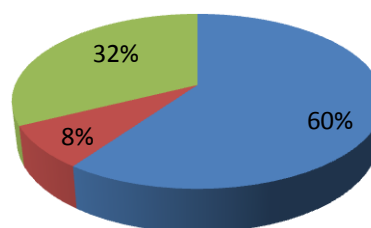
13. Když nastoupí do tramvaje dospělá osoba s mentálním postižením, díváte se raději jinam?

■ Ano	7
■ Ne, nevádí mi to	84
■ Nevím	11



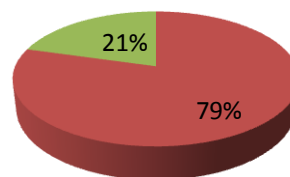
14. Navštěvoval(a) byste restauraci, ve které obsluhují osoby s mentálním postižením?

■ Ano	61
■ Ne, v žádném případě	8
■ Nevím	33



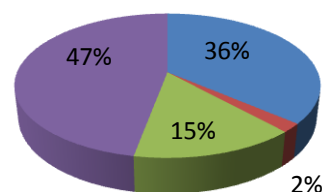
15. Domníváte se, že dospělé osoby s MP by měly žít stranou od společnosti?

■ Ano	0
■ Ne	81
■ Nedokážu to posoudit	21



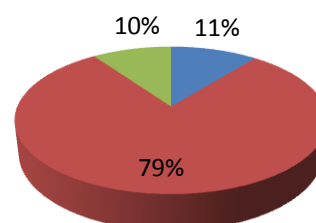
16. Dokázal(a) byste pečovat o dospělou osobu s lehkým mentálním postižením?

■ Ano	37
■ Ne	2
■ Spíše ne	15
■ Nevím	48



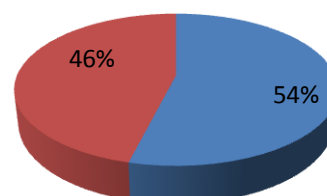
17. Máte někoho s mentálním postižením v příbuzenstvu?

■ Ano	11
■ Ne	81
■ Nevím o tom	10



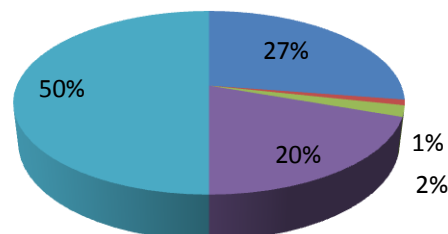
18. Pomohl(a) jste někdy sociálnímu ústavu nebo přímo nějaké osobě s MP finančním nebo jiným darem?

■ Ano, pomohl(a)	55
■ Ne, nepomohl(a)	47



19. Dokázal(a) byste pracovat jako dobrovolník s dospělými osobami s MP?

■ Ano	28
■ Ano, ale nevím, na koho se obrátit	1
■ Kategoricky ne	2
■ Spíše ne	20
■ Nikdy jsem o tom neuvažoval(a)	51



Jak vyplynulo z průzkumu, společnost se soužití s osobami s mentálním postižením nebrání. Ne všichni respondenti odpověděli na některé otázky jednoznačně. U některých z nich byly připsány různé poznámky, náměty a připomínky. Pro příklad zde uvádím:

Otázka č. 3 – Nastoupíte do vlaku u odpovědi **raději postojím**, byla poznámka – *nesedla bych si mezi žádnou skupinu cizích lidí*

Otázka č. 13 – Když nastoupí do tramvaje u odpovědi **ano**, byla poznámka – *není slušné na někoho „čučet“*

Při hlubší analýze bychom jistě došli k zajímavým výsledkům. Vyhodnocení otázek v anonymním dotazníku například z hlediska vzdělání, z hlediska věku nebo z obou hledisek současně by bylo určitě velmi zajímavé. Přijímají postižené spoluobčany lépe mladí lidé nebo lidé s vyšším vzděláním? Nebo v tomto případě záleží jen na věku a vzdělání není podstatné? Nebo je tomu naopak? Nabízejí se opravdu velmi široké možnosti průzkumu. Co ovlivňuje názor na osoby s mentálním postižením – je to výchova v rodině, ve škole nebo vliv kamarádů, vliv prostředí? To jsou otázky, které na své odpovědi teprve čekají. Nejlépe nám na tyto otázky ovšem odpoví samotná praxe – až lidé, kteří léta žili v ústavech, mimo naši společnost, přijdou mezi nás.

Závěr

Člověk, žijící v ústavní péči, se musí přizpůsobit velké skupině lidí, kdy na jednom místě žijí často desítky nebo stovky uživatelů, a pravidlům pro provoz specifických pracovišť – veřejné stravování, hromadné ubytování a režim podobný zdravotnickému zařízení. Uživatel sociální služby, žijící v takovém zařízení, fakticky bydlí někde, kde je nutné dodržovat zvláštní pravidla naprosto odlišná od běžného života – hygienické normy (uživatelé nesmí využívat kuchyň, aby si uvařili nebo po sobě umyli nádobí; nesmí si sami vzít léky – ty může podávat jen zdravotnický personál, apod.). Život v takovém zařízení potlačuje práva klientů na svobodné rozhodování. Například na právo svobody pohybu, na volbu oblečení nebo stravy. V těchto zařízeních také bývá zvykem klientům tykat, nedodrží se právo na soukromí, kdy personál vchází do pokojů bez zaklepání, označuje klienty jmény jako ležák, debil, blázen. Bez vědomí klientů používá nevhodná opatření ve formě léků na uklidnění, izolačních místností, síťových lůžek, zábran u postele, mříží na oknech. Některá stávající zařízení působí spíše jako nemocnice nebo léčebny. Po chodbách se plouží klienti často v pyžamech a županu, když nejsou zrovna tlumeni léky nebo zavření na pokoji bez možnosti vstát z postele. Personál se o klienty postará jen v tom nejnnutnějším, ale nic navíc ho nezajímá. Pokud by snad někdo měl snahu udělat něco navíc, ostatní ho ze svého kolektivu vyčlení. Bohužel i v dnešní době se ještě najdou zařízení, kde to takto funguje.

Na druhé straně jsou zařízení, kde je i přes velký počet klientů snaha o zlepšení kvality jejich života. Personál při vstupu do pokoje klepe, klienta oslovuje dle jeho přání (někdy si klient přeje tykání, někdy oslovování křestním jménem, někdy je tykání oboustranné). O klientech mluví hezky, ne hanlivě, podporuje je v různých činnostech. V takovýchto zařízeních jsou potom klienti usměvaví a spokojení, i zaměstnanci jsou v práci spokojeni. Ovšem i v sebelépe fungujícím ústavu se stále jedná o ústav. Nemůžeme zde například hovořit o soukromí, když na jednom pokoji bydlí více klientů. Ideální stav by nastal tehdy, když by klienti bydleli v jednolůžkových pokojích s vlastním sociálním zařízením. Vzhledem k tomu, že ústavy jsou většinou zřízeny v budovách, které jsou památkově chráněné, není přestavba možná bez souhlasu památkového ústavu. Ten ovšem takový souhlas nevydá, protože by se tím památka

znehodnotila. Jediným východiskem ze situace je „rozpuštění“ stávajících ústavů a začlenění klientů do běžného života.

Nutno podotknout, že ne všichni postižení spoluobčané žijí v ústavech. Žije mezi námi spousta rodin, kde rodiče vychovávají postižené dítě. Existují různé formy pomoci těmto rodinám. Jsou to například denní či týdenní stacionáře.

Našlo by se určitě více možností a více otázek, na které je zajímavé znát odpověď. Tato práce nemůže a ani nemá v úmyslu hledat odpovědi na všechny otázky související se společným životem zdravé a postižené populace.

Touto prací jsem chtěla ukázat, že **je možné změnit péči** o naše postižené spoluobčany. Ve většině případů stále žijí v ústavech, ale i tady je možné péči o ně zlepšit. Je možné postupně ústavy přebudovat k jiným účelům a stávající klienty začlenit mezi zdravou populaci. Domnívám se, že vedení ÚSP Jinošov vzalo věc za správný konec. Nemám na mysli jen samotný proces transformace, ale celkový přístup ke svým klientům. Ředitelka ústavu je člověk velice čínorodý a za své svěřence (klienty) by i dýchala, kdyby mohla.

A zase záleží na lidech. Jak je možné, že ředitelka zná nejen všechny zaměstnance, ale i klienty jménem? Jak je možné, že zná jejich rodiny, jejich osudy, jejich přání? Bylo by to možné u člověka, který si odvede jen svou práci a jde domů? Domnívám se, že rozhodně ne. Když jede paní ředitelka na nějaké jednání, působí jako seriózní dáma v kostýmku. Na druhou stranu ovšem dokáže „navléknout“ tepláky a jít s klienty do lesa, sednout na kolo a jet s klienty na víkend na ryby nebo se aktivně zapojit do sportovních her. Každoročně spolu jezdíme s klienty stanovat do kempu na Dalešickou přehradu. Tam je doslova ráj nejen pro ně. Koupání, výlety, večer grilování a samozřejmě diskotéka. Občas zajdeme do hospůdky nebo na zmrzlinu. A všude jsou lidé, kteří je přijímají takové, jací jsou. Není to tím, že tam jezdíme již hodně let, protože rekreatanti se v kempu střídají (i když ne všichni). Je to tím, že mentálně postižení jsou lidé jako my, ale na rozdíl od většiny „zdravých“ jsou **nezáludní, přátelští a bezprostřední**. Večery na diskotékách nebo při různých soutěžích si dokážou užít jako málokdo z nás. Ani jednou jsem se nesečkala s tím, že by některého z klientů nějaká dívka odmítla, když ji požádá o tanec.

Jedno léto jsme měli možnost prožít „**barevný den s handicapem**“, kdy se do kempu sjeli klienti ústavů z celého kraje. Kemp byl plný lidí, z nichž se většina znala, protože ústavy pořádají společné akce. Ale také tam bylo plno rekreatantů. Den si užívali

naprosto všichni. K poslechu hrála kapela z jednoho ústavu, složená z klientů. Každý ústav měl stánek s ukázkou terapií a možností zakoupení výrobků. Zřejmě největším zážitkem pro všechny byl příjezd přibližně padesáti motorek. Tolik odsuzovaní „motorkáři“ tam přijeli jen udělat handicapovaným radost. Každý z návštěvníků měl možnost motorku si prohlédnout. Na závěr „kluci na motorkách“ kemp dvakrát objeli, všem zamávali a byli pryč. Druhým velkým zážitkem byl výlet parníkem po přehradě. Den byl zakončen divadelním představením, u kterého se všichni výborně pobavili.

Podle mého názoru je právě tohle začlenění osob s mentálním postižením do společnosti. Ne to setkání ústavů, ale to setkání klientů ústavů v rekreačním zařízení během letních prázdnin. V době, kdy je zařízení plně funkční a plné lidí. Právě tady a teď mají klienti možnost aspoň pár dní v roce žít mezi zdravými lidmi. A zdraví lidé mají možnost právě tady a teď prožít pár dní s postiženými, vyzkoušet si, zda to soužití bude fungovat. Podle reakcí všech účastníků funguje velmi dobře.

Pokud bude víc takových skvělých a zapálených lidí jako jsou zaměstnanci ÚSP Jinošov a pokud bude víc takových tolerantních lidí jako v kempu na Dalešické přehradě, věřím, že právě nastartovaný proces transformace se podaří tak, jako je tomu již dnes v mnoha vyspělých zemích ve světě.

Domnívám se, že zde se nachází obrovská možnost působení sociální pedagogiky. Právě v této oblasti má velké možnosti výchova a vzdělávání. Protože jen dostatečně vzdělaný a informovaný člověk dokáže být tolerantní nejen k nedostatkům druhých, ale i svým vlastním.

Resume

Nosným tématem práce je začlenění osob s mentálním postižením do společnosti. Práce se zabývá druhy sociálních služeb v ČR, kvalitou sociálních služeb a především možnostmi změny stávajících sociálních služeb, poskytovaných především v ústavech sociální péče pro osoby s mentálním postižením, v jiné formy zařízení. Práce se věnuje konkrétnímu ústavu sociální péče, který byl vybrán do procesu transformace, jeho historii a současnosti a postupným krokům, které byly v procesu transformace učiněny.

Práce je metodicky rozpracována do ucelených kapitol, průzkum byl proveden dotazníkovou metodou a jsou v ní pro názornost vyhodnocení průzkumu použity grafy. Ukončena je shrnujícím závěrem, ve kterém je poukázáno na zcela konkrétní možnost začlenění osob s mentálním postižením do společnosti.

Anotace

Práce se zabývá problematikou začlenění osob s mentálním postižením, převážně žijících v ústavním zařízení do majoritní společnosti.

Cílem práce je ukázat, že i dospělý člověk s mentálním postižením je schopen se začlenit do společnosti, pokud k tomu bude mít předpoklady a podmínky.

Annotation

This work concerns with the issue of integration the mentally afflicted people, living mainly in the insane hospitals, into the majority community.

The purpose of this work is to declare, that even the adult mentally afflicted person is able to integrate into the community, when the background and the conditions are convenient.

Klíčová slova

klíčový pracovník, klient, kvalita sociálních služeb, osoba s mentálním postižením, sociální poradenství, sociální služby, příspěvek na péči, společnost, standardy kvality, transformace, ústav sociální péče, začlenění

Keywords

essential worker, client, quality of the social services, mentally afflicted person, social consultancy, social services, social contribution, community, quality standards, transformation, insane hospital, integration

Seznam použité literatury

Monografie

1. Hájek, K. Práce s emocemi pro pomáhající profese, Portál, s.r.o., Praha 2006, 2007, ISBN 978-80-7367-346-8
2. Kraus B., Základy sociální pedagogiky Portál s r.o. 2008, ISBN 978-80-7367-383-3
3. Kraus, B., Poláčková, V., et al. Člověk-prostředí-výchova. 1. vydání, Brno: Paido, 2001, ISBN 80-7315-004-2.
4. Nakonečný, M. Úvod do psychologie, Academica nakladatelství Akademie věd ČR, vydání 1., 2003, ISBN 80-200-0993-0
5. Novosad L. Základy speciálního poradenství. Praha Portál 2000, ISBN 80-7178-197-5
6. Průcha, J. Moderní pedagogika, 2 vydání, Portál, s.r.o., Praha 2002, ISBN 80-7178-631-4
7. Švarcová, I. Mentální retardace Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178- 506-7
8. Vágnerová, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vydání Praha: Portál, 1999, ISBN 80-7178-214-9

Odborné publikace

9. Amsterodamská smlouva
10. Bílá kniha v sociálních službách
11. Důvodová zpráva k Zákonu č. 108/2006 Sb., ze dne 14. března 2006 o sociálních službách
12. Evropská sociální charta Rady Evropy, Turín 1961, Dodatkový protokol Štrasburk 1988, Pozměňovací protokol Turín 1991
13. Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti (materiál MPSV)
14. Listina základních práv a svobod
15. Standardy kvality sociálních služeb, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2004 - příloha č. 2 k Vyhlášce 505/2006 Sb.)
16. Vyhláška č. 505/2006 Sb. z 15. 11. 2006
17. Zákon č.108/2006 Sb. o sociálních službách

Elektronické zdroje

18. www.helpnet.cz/mentalni-postizeni

19. www.uspjinov.cz

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Slovníček základních pojmů

Příloha č. 2 - Dobrá praxe

Příloha č. 3 - Návrh dvojdomku

Příloha č. 4 – Anonymní dotazník

Příloha č. 5 - Dotazník MPSV

Příloha č. 6 - Vyhodnocení dotazníku MPSV

Příloha č. 7 - Článek z regionálních novin

Příloha č. 8 - Pozvánka na konferenci

Příloha č. 1- Slovníček základních pojmů (MPSV)

Ústavní péče – pojem ústavní péče byl zakotven v dřívější legislativě (vyhláška MPSV č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení) v souvislosti s poskytováním péče v zařízeních sociální péče. Řada těchto zařízení vykazovala a stále vykazuje typické znaky ústavní péče:

- ✓ Izolace lidí na základě nějakého společného znaku
- ✓ Potlačení individuality člověka
- ✓ Jasná hierarchie organizace, kdy na nejvyšším stupni stojí vedení (ředitel) organizace, a na tom nejnižším, na konci řady, uživatel služby

Alternativní ústavní péče – služby poskytované v přirozeném prostředí, které jsou poskytovány **terénní** (osobní asistence, pečovatelská služba, podpora samostatného bydlení) nebo **ambulantní** (denní stacionáře, centra denních služeb apod.) formou, případně i formou **pobytovou** (chráněné bydlení, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením atd.). Jedná se o služby, které naplňují zásady dle § 2 Zákona o sociálních službách, vycházejí z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilují jejich sociální začleňování. Sociální služby jsou poskytovány v náležitě kvalitě tak, aby byla vždy respektována lidská práva a základní lidské svobody. K hlavním znakům těchto služeb patří fakt, že:

- ✓ Jejich cílem je zlepšit kvalitu života lidí
- ✓ Umožňují a podporují využívání běžných zdrojů (veřejných služeb, neformálních zdrojů – rodina, sousedé)
- ✓ Nevytváří závislost na službě, ale odpovědnost převádí na nejbližší okolí člověka
- ✓ Jdou za člověkem do běžného prostředí a jsou poskytovány jen v případě, kdy jsou potřeba

Transformace pobytových sociálních služeb (ústavů sociální péče) směřuje k poskytování těchto služeb.

Deinstitucionalizace – proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění

v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne na potřeby formalizované organizace-instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v „komunitě“.

Domácnost – soubor místností a prostoru pod společným uzamčením, který svým stavebně-technickým a funkčním uspořádáním splňuje požadavky pro trvalé bydlení, kde je poskytována sociální služba. Jedná se o personálně a provozně uzavřenou skupinu.

Individuální domácnost – domácnost pro 1-2 uživatele

Skupinová domácnost – domácnost pro 3-6 uživatelů

Humanizace – proces, jehož cílem je proměna systému péče tak, aby naplňoval práva a potřeby uživatelů. Pojem deinstitucionalizace představuje jeden z komponentů humanizace.

Ústav – původní zařízení sociálních služeb

Kapacita – počet uživatelů sociální služby, kteří ji využívají v jednom okamžiku.

Osoba s vysokou mírou podpory – uživatel, který potřebuje pomoc, podporu či dohled z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve všech částech dne.

Transformace sociálních služeb – souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.

Uživatel, klient – osoba, užívající sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Integrovaný operační program (IOP) – investiční program ČR zpracovaný v rámci Cílů Konvergence a Konkurenceschopnost pro programovací období 2007-2013. Tento program je financován z Evropského fondu pro regionální rozvoj (ERDF) a státního rozpočtu ČR, řídicím orgánem programu je Ministerstvo pro místní rozvoj České republiky. Podpora IOP je zaměřena na celé území ČR s výjimkou hlavního města Prahy. IOP je koncipován jako program intervencí národního charakteru, které mají plošné a systémové zaměření. V rámci IOP je jednou z oblastí intervence také oblast podpory Služby v oblasti sociální integrace. Gestorem za realizaci této oblasti

intervence je MPSV, které stanovilo tři prioritní aktivity. Jednou z aktivit je podpora transformace služeb sociální péče, na kterou je vyčleněno necelých 56 milionů EUR. U jednotlivých projektů bude hrazeno 100% celkových způsobilých výdajů projektu, v rámci podpory není vyžadována žádná finanční spoluúčast ze strany příjemce dotace, tedy kraje nebo obce.

Projekt „Podpora transformace sociálních služeb“ – individuální projekt Odboru sociálních služeb a sociálního začleňování MPSV, hrazený z prostředků Operačního systému Lidské zdroje a zaměstnanost z evropského sociálního fondu. Cílem projektu je zajistit komplexní systém podpory transformace služeb sociální péče pro osoby se zdravotním postižením a rozvojové plány, vycházející z problematiky transformačního procesu; zvýšit informovanost o procesu transformace, vytvořit systém vertikální a horizontální spolupráce mezi všemi dotčenými subjekty procesu, podpořit proces zkvalitňování životních podmínek uživatelů stávajících pobytových zařízení sociální péče a podpořit naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky, žijícími v přirozeném prostředí. Prostředkem k těmto cílům budou, mimo jiné, podrobné analýzy, zmapování současné situace v oblasti služeb sociální péče a ověření procesu transformace ve vybraných zařízeních.

Home care – poskytování odborné zdravotnické péče kvalifikovaných zdravotních sester přímo v domácnosti klienta.

Chráněné bydlení – komplexní residenční služba, která poskytuje klientům podle jejich individuálních potřeb takovou podporu, aby mohli v maximální míře vést běžný způsob života. Klienty chráněného bydlení mohou být lidé, kteří jsou v důsledku nemoci nebo postižení dlouhodobě či trvale znevýhodněni. Kromě ubytování, pomoci při zajištění chodu domácnosti zajišťuje kontakt se společností, obecné poradenství a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Chráněné bydlení je prostor, který je domovem pro lidi, kteří potřebují každodenní pomoc od někoho dalšího.

Chráněné bydlení je domácnost velmi podobná běžné domácnosti, která je integrální součástí vesnice nebo města.

Chráněné bydlení umožňuje lidem s handicapem žít stejně jako kdokoli jiný (bez handicapu).

V chráněném bydlení mají lidé s handicapem k dispozici asistenty, kteří jim pomáhají, když je to potřeba.

V chráněném bydlení se klade maximální důraz na rozvoj samostatnosti lidí s handicapem.

Raná péče – soustava služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem a dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám

Charakteristika rané péče:

- ✓ Snižuje vliv prvotního postižení a brání vzniku postižení druhotného.
- ✓ Posiluje kompetence rodiny, využívá jejich přirozených zdrojů.
- ✓ Postupně činí rodiče nezávislími na institucích, snižuje nutnost ústavního pobytu a šetří tím státní výdaje.
- ✓ Je poskytována v přirozeném prostředí dítěte. Základním přirozeným prostředím je rodina. Láskyplná a stimulující interakce mezi rodičem a dítětem s postižením je podstatným faktorem rozvoje nejen jeho psychických, ale i fyzických funkcí.
- ✓ Je předpokladem úspěšné sociální integrace.
- ✓ Služby rané péče jsou sestavovány na základě individuálních potřeb rodiny.
- ✓ Poskytuje nezávislé informace.

Cílová skupina rané péče

- ✓ rodiny s dětmi
- ✓ děti s tělesným, smyslovým, mentálním postižením 0 – 4 roky
- ✓ děti s kombinovaným postižením 0 – 7 let
- ✓ děti ohrožené ve vývoji (komplikovaný porod, nízká porodní váha, nedonošenost, hypoxie)

Raná péče začíná od zjištění postižení do doby zařazení dítěte do předškolního, případně školního zařízení.

Osobní asistence – komplex služeb, jejichž cílem je pomoci člověku se zdravotním postižením zvládnout prostřednictvím osobního asistenta ty úkony, které by dělal sám, kdyby neměl postižení. Poskytuje se bez omezení místa a času. Zahrnuje například osobní péči, hygienu, toaletu, pomoc při oblékání, dopravě, při jídle a pití, ošetrovatelskou péči, při nouzových a havarijních situacích, při zajištění chodu

domácnosti, nákupy, kontakt se společenským prostředím, jednání a pochůzky, pomoc při zájmových aktivitách atd.

Denní stacionář – ambulantní služba sociální péče, poskytovaná na základě písemné smlouvy mezi poskytovatelem a klientem denního stacionáře, za úhradu dle platného sazebníku schváleného Radou města v souladu s individuálním plánem péče klienta. Poskytované služby denního stacionáře zachovávají a rozvíjejí důstojný život těch, kteří je využívají, jsou bezpečné a odborné. Při poskytování všech úkonů služby jsou dodržovány zásady, obsažené v Etickém kodexu zaměstnanců sociálních služeb.

Kapacita denního stacionáře je 6 osob.

Posláním denního stacionáře je pomáhat klientům aktivně prožívat volný čas ve společnosti vrstevníků, při zajištění podpory a pomoci, kterou tito klienti vzhledem ke svému věku, nepříznivé zdravotní nebo sociální situaci potřebují.

Denní stacionář je určen dospělým osobám, které mají z důvodu věku nebo zdravotního postižení sníženou soběstačnost a vyžadují pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby a jejichž zdravotní nebo sociální situace způsobuje ohrožení sociálním vyloučením.

U klientů stacionáře se předpokládá alespoň částečná soběstačnost, služby nejsou poskytovány lidem úplně závislým na péči druhé osoby, dále lidem, jejichž zdravotní stav vyžaduje poskytování akutní zdravotní péče v lůžkovém zdravotnickém zařízení nebo jež trpí infekčním onemocněním, které může ohrozit zdraví ostatních klientů nebo personálu a osobám, jejichž chování by z důvodu duševní nemoci, mentální poruchy, závislosti na návykových látkách nebo absence sociálních návyků narušovalo kolektivní soužití.

Poskytování služeb v denním stacionáři zahrnuje tyto činnosti:

- ✓ základní sociální poradenství
- ✓ pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu
- ✓ pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- ✓ poskytnutí stravy
- ✓ výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- ✓ zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- ✓ sociálně terapeutické činnosti
- ✓ pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Příloha č. 2 – Dobrá praxe

Ústav sociální péče Jinošov, příspěvková organizace

Jinošov 1, 675 71 Náměšť nad Oslavou

DOBRÁ PRAXE

23. – 24. října 2009

ZAŘÍZENÍ ÚSP JINOŠOV

Je ústav pro muže s mentálním postižením, byl založen v r. 1966 v areálu zámku Schönwald. V domově pro osoby se zdravotním postižením jsou cílovou skupinou dospělé osoby, muži i ženy, s mentálním a kombinovaným postižením. V ústavu žije v současné době 68 klientů (z toho 4 ženy), průměrný věk je 54 let.

HAVÁRIE NA ZÁMKU

V únoru 2008 došlo z důvodů dlouhodobého působení dřevokazného hmyzu k bodovému zřícení části stropu v jednom z pokojů druhého nadzemního patra v budově zámku, kde byli umístěni klienti s nejtěžším postižením. Pod troskami zůstal jeden imobilní klient, kterého záchranná služba převezla do nemocnice, v současné době je v pořádku. Po konzultaci se statikem byl preventivně celý objekt zámku vyklizen, 38 klientů bylo přestěhováno do druhé budovy v areálu zařízení a 40 klientů dočasně umístěno v ubytovně Vojenské letecké základny v Náměšti nad Oslavou. Havárie se ocitla uprostřed zájmu novinářů.

SOUČASNÝ ŽIVOT

V současné době jsou klienti umístěni částečně v ostatních, havárii nezasážených budovách ústavu v Jinošově, zde se jedná o 30 klientů, 38 klientů se podařilo umístit v září roku 2008 ve třech ubytovnách v Náměšti nad Oslavou. S provozovateli ubytoven byla uzavřena nájemní smlouva na dva roky. Toto prozatímní řešení považuje kraj i vedení za uspokojivé, neboť všechna zařízení jsou blízko centra města a klientům je umožněno začlenit se do normálního života.

PROCES TRANSFORMACE

Původní vize po havárii stropu:

Původním záměrem vedení ústavu bylo přebudovat přízemí zámku na nácvikové středisko. V prvním patře bylo plánováno ubytování pro seniory s mentálním postižením. V přilehlém parku by byly postaveny domky na ubytování pro klienty, kteří by se přibližně 1 rok připravovali a cvičili na život v chráněném bydlení. Plán zahrnoval i rekonstrukci dvou domů v Třebíči, z nichž jeden byl plánován pro klienty s autismem, vedení se také zaměřilo na výstavbu v Náměšti nad Oslavou.

SOUČASNOST

Vytipování lokalit vhodných pro výstavbu domků

Při typování lokalit byla na prvním místě nepsaná kritéria, která logicky vyplývala ze zjištěných informací a zkušeností z pobytu klientů v Náměšti nad Oslavou. Pracovníci ústavu se zaměřili na příbuzenské vazby, bývalé bydliště uživatelů, na obce nad 1000 obyvatel. Důležitým kritériem byla dostupná zdravotní služba, možnost nákupu potravin a dovozu teplé stravy, dále doprava veřejnými prostředky a ostatní veřejné zdroje. Vhodnou lokalitou je taková, v jejíž blízkosti bydlí zaměstnanec zařízení.

PRINCIPY JEDNÁNÍ S PARTNERY (starosta, radní, zřizovatel) osobní zkušenosti ředitelky ústavu.

Důležité je vytvářet si s partnerem vztah, respektovat jeho osobnost (sdílení zkušeností, vzájemná podpora). Na každé jednání je nutné se připravit, včas a bez čekání ho informovat o podstatných událostech, ale nezatěžovat ho problémy nebo zbytečnými detaily. Za partnerem je vhodné přicházet s řešením a žádat pouze konzultaci, názor. Otázky, které budou pokládány, je důležité si předem zformulovat.

Za partnerem je třeba chodit ve vhodnou dobu, ovšem ne příliš často, je třeba si vážit času, který nám věnuje.

PRAXE

Prvořadě bylo získat ústní povolení k jednání se starosty od vedoucích pracovníků odboru kraje, prostudovat si webové stránky města, zjistit jména a telefonní čísla, domluvit termín schůzky. Připravit si základní informace o zařízení a procesu

transformace (i písemně). Snažit se přesvědčit o správnosti deinstitucionalizace, připravit si argumenty. Zjistit potřebné informace jako velikost pozemků, obvyklá cena za m², možnost rezervace pozemků. Smluvit si nové termíny schůzky, respektovat požadavky druhé strany jako například vyhotovení písemné žádosti o byt nebo pozemek. Nabízet svoji účast na zasedání rady města či zastupitelstva. Velmi důležité je vyžádat si zpětnou vazbu – písemné prohlášení zastupitelstva o tom, že vzali transformaci na vědomí nebo že rezervují pozemek (č. parcely, velikost v m²).

VÝSTUPY JEDNÁNÍ BĚHEM ROKU 2009

Jaroměřice nad Rokytnou

Písemné prohlášení rady města, že souhlasí se spoluprací na projektu. Vytipovaný pozemek, schválený radou města, je zveřejněn na Úřední desce města. Jedná se o jeden domek se zahradou pro 6 klientů – chráněné bydlení, provozovatel jiný než Jinošov.

Hrotovice

Rezervace stavebního pozemku o výměře 1653 m², rada vyžaduje pravidelné informace o procesu. Obvyklá cena pozemků v této lokalitě je za 200,-- Kč za m². Zde se jedná o jeden domek se zahradou pro 6 klientů s vysokou mírou podpory, ale mobilních (pozemek se nachází v kopci).

Náměšť nad Oslavou

Rezervace dvou pozemků, dále nabídka k odprodeji jednoho obecního bytu. Rezervace odprodeje budovy bývalého městského úřadu pro účely zbourání a výstavby centra denních aktivit a zázemí managementu.

Kralice nad Oslavou

Není písemný výstup, pouze ústní slib o možnosti výstavby. Dle dostupných informací nemá město vykoupené všechny pozemky pro účely výstavby. Zde je nutné jednání zástupců kraje ohledně záruk. Plánován je dvojdomek pro 12 klientů, kteří by využívali terapie v Náměšti nad Oslavou (vzdálenost cca 3 km, dostupné vlakové i autobusové spojení)

Velká Bíteš

Byla zajištěna blokace zasít'ovaných pozemků dvou parcel, každá o velikosti 864 m², cena 1.200,-- Kč za m², plánovány jsou 2 domácnosti.

Mohelno

Bylo odstoupeno od původně slíbené zasít'ované parcely nabízené k odprodeji za 30,-- Kč za m². Podobně levných parcel mělo město k dispozici 11 a bylo 30 žadatelů, mladých rodin s dětmi. V jednání je odkoupení pozemku od soukromníka na konci vilové čtvrti, výměra 1551 m² ve vlastnictví tří sourozenců, kteří se ještě nedohodli na ceně, za kterou by byli ochotni parcelu rezervovat alespoň tři roky. O tuto parcelu má ústav eminentní zájem, protože se nachází na konci vilové čtvrti u lesa a vyhovovala by klientům s vysokou mírou podpory, kteří jsou „hluční“ a mají agresivní sklony (potřebují větší zahradu). Plánuje se jedna domácnost (6 klientů).

Třebíč

Vytypovaný dům je v majetku kraje a po rekonstrukci by sloužil jako chráněné bydlení (asi pro 8 osob s prodejnou výrobků klientů), ale zástupce majetkového odboru se vyjádřil ve smyslu, že rekonstrukce by byla drahá a levnější bude varianta výstavby. Jednání se zástupci města zatím neproběhlo, uvažuje se o něm v případě, že nebude realizována výstavba v Kralicích nad Oslavou. Proběhlo jednání se zástupci SPMP (společnost pro podporu lidí s mentálním postižením), kteří mají od města pronajatý tříhektarový pozemek na výstavbu vesničky pro osoby s MP do r. 2017. Tento pozemek by mohl být využit pro výstavbu jednoho či dvou domků pro klienty s vysokou mírou podpory či autismem (kteří nejsou v ústavu umístěni, ale ze strany SPMP je zájem)

Nyní se pracuje na **I. etapě transformačního plánu**, do které jsou zahrnuta města Náměšť nad Oslavou a Velká Bíteš. V těchto lokalitách se plánuje výstavba jednoho dvojdomku v Náměšti a dvou domků v Bíteši pro klienty s vysokou mírou podpory.

V **Náměšti nad Oslavou** je dále plánována výstavba **centra denních aktivit** – terapie, internetová kavárna s prodejnou.

Akciová společnost Oslavan ústavu pronajme byt 3+1 pro chráněné bydlení, očekává se podobný pronájem od města.

Vedení ústavu kontaktovalo firmu provozující chráněnou dílnu v Ostravě, která vyrábí moučníky ve své vlastní pekárně, s nabídkou zřízení pobočky v Náměšti nad Oslavou.

Mapuje se zájem o **zřízení denního stacionáře** v Náměšti, který je součástí komunitního plánování města Náměště nad Oslavou.

Ústav je zapojen do střednědobého plánování kraje Vysočina, ze kterého má vyplynout nedostatek určitých druhů sociálních služeb v regionu a bližším okolí (osobní asistence).

Příloha č. 3 – Návrh dvojdomku

Návrh dvojdomku v Náměšti nad Oslavou pro potřebu transformace.

Výstavba v Náměšti nad Oslavou – uživatelé s vysokou mírou podpory

V bezbariérovém nízkoenergetickém přízemním rodinném dvojdomku jsou umístěny dvě domácnosti po 6 osobách. Každá domácnost má vlastní přístup z venku. Dvojdomek má jednu garáž pro devítimístné auto se sníženým nástupem, kůlnu na náradí (např. sekačka na trávu, náradí na údržbu zahrady), společnou zahradu. Každý pokoj je vybaven signalizačním zařízením, které ústí do kanceláře z obou domků.

Přístup z obou domácností je do:

1. místnosti pro denní program klientů – i dveře z venku, protože klient musí překonat fyzickou vzdálenost
2. snoezelenu – místnosti multismyslové stimulace
3. sociálního zařízení – sprcha a WC pro personál (přibližně pro 12 lidí v nepřetržitém i jednosměnném provozu, a dělené směně)
4. kancelář pro PC, dokumentaci, léky apod.
5. jednolůžkový pokoj pro odlehčovací službu se sociálním zařízením

Navrhujeme alternativní možnost vytápění, alespoň solární na teplou vodu.

Každá domácnost hospodaří v jedné obytné jednotce.

Obytná jednotka obsahuje

1. 1 x dvoulůžkový pokoj - pro případný pár nebo klienty preferující společné soužití.
2. 4 x jednolůžkový pokoj.
3. Koupelnu s bezbariérovou sprchou a sedátkem, 2x umyvadlo a zrcadlo, koutek na převlékání a vestavěná skříň či komora na hygienické pomůcky (pleny, ručníky, župany, mycí pěny, žínky šampony, ale i desinfekci).
4. 2x WC pro imobilní uživatele s umyvadlem (pro muže a ženy).
5. Kuchyň je součástí obývacího pokoje i jídelny pro 6 + 1 (personál) osob, tato má východ na zahradu s krytou terasou. Součástí kuchyně je komora na potraviny. Kuchyňský kout obsahuje lednici s mrazničkou, elektrický či plynový sporák

s troubou, průmyslovou myčku na nádobí pro 12 souprav, mikrovlnnou troubu, rychlovarnou konvici.

6. Zádveří – obsahuje vestavěné skříně a místo na botníky, komoru na úklidové prostředky i místo na odložení imobilního vozíku.
7. Místnost na praní, žehlení a sušení prádla – obsahuje průmyslovou pračku na 10 kg prádla, sušičku na prádlo, sušák stolní a žehlicí prkno. Nutná je možnost odvětrávání.

V každé domácnosti má personál vyhraněný prostor na uzamykatelné skříně.

Slovník:

Obytná jednotka – soubor pokojů v těsné blízkosti pro maximálně 6 uživatelů, kteří mohou využívat společné sociální zařízení a kuchyň.

Osoba s vysokou mírou podpory – uživatel, který potřebuje pomoc, podporu či dohled z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu ve všech částech dne.

Denní programy – soubor programů a metod zajišťující výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, věnující se rozvoji schopností a dovedností uživatelů sociálních služeb.

Snoezelen – je speciálně vybudovaná místnost sloužící volnočasovým aktivitám osob s těžkým mentálním postižením, s hyperaktivitou a autismem. Využívá barevného ladění například s hudbou, se zvuky a vůněmi. Je to místnost multismyslové stimulace a otevřeného prostoru. Klient si sám vybírá nebo naznačuje podněty, které v něm vyvolávají libé pocity.

Příloha č. 4 – Anonymní dotazník

Anonymní dotazník

(vyberte, prosím, jednu odpověď, která vám z uvedené nabídky nejvíce vyhovuje)

1. Víte co znamená pojem mentální postižení?

- Rozumové postižení
- Tělesné postižení
- Smyslové postižení
- Nevím

2. Myslíte si, že se komunikace s osobou s lehkým mentálním postižením (MP) něčím liší od komunikace se zdravou osobou?

- Neliší, žádný rozdíl není
- Musím na ně mluvit velice pomalu a dobře artikulovat
- Při mluvení musím ukazovat obrázky
- Je to stejné, jen je občas nutné některé věci podrobněji vysvětlit
- Nevím

3. Nastoupíte do vlaku, kde je několik sedadel obsazeno osobami s MP. Mezi sebou mají místo, jinde však není, co uděláte?

- Sednu si k nim
- Raději postojím
- Odejdu do jiného vagónu, abych se na ně nemusel ani dívat
- Nevím

4. Máte tendenci spíše se těmito osobám vyhýbat?

- Ano, mám z nich strach
- Nevím jak s nimi komunikovat
- Nechci se na ně dívat
- Bojím se, že po mně budou něco chtít
- Ne, nemám s tím problém
- Nepřemýšlel (a) jsem o tom

5. Koupíte si stavební parcelu a časem zjistíte, že na vedlejší parcele bude stát domek pro dospělé osoby s mentálním postižením, co uděláte?

- Prodám ji
- Budu si stěžovat a bránit se na příslušném úřadě
- Postavím mezi pozemky vysoký plot, abych se na ně nemusel dívat
- Neudělám nic, nevadí mi to
- Nevím

6. Kdyby se vám narodilo dítě, které by postupně vykazovalo známky mentálního postižení, umístil (a) byste ho do ústavu?

- Rozhodně ano, dal (a) bych ho ústavu
- Musel (a) bych o tom hodně přemýšlet
- Nechal (a) bych si ho, a čekal (a) jak se situace bude vyvíjet
- Nechal (a) bych si ho v každém případě
- Nevím

7. Myslíte si, že je dobré, když si rodina ponechá postižené dítě ve vlastní péči?

- Ano
- Není to dobré pro matku
- Není to dobré pro dítě
- Není to dobré pro sourozence
- Není to dobré pro sousedy
- Nedokážu to posoudit

8. Znáte příčiny toho, proč se někomu narodí dítě s mentálním postižením?

- Matka alkoholička (A)
- Matka kuřačka nebo narkomanka (K)
- Úraz matky v těhotenství (Ú)
- Těžký porod (P)
- Dědičné předpoklady (D)
- A+K
- K+D
- A+K+D
- A+K+P+D
- A+K+Ú+P+D
- Nejsem si jistý (á) (J)
- Nevím (N)

9. Znáte ze svého okolí dospělou osobu s mentálním postižením?

- Ano
- Ne
- Nevzpomínám si

10. Když byste měl (a) potkat dospělou osobu s mentálním postižením, radši se jí vyhnete?

- Ano
- Ne
- Nevím

11. Znáte nějakou organizaci ve svém okolí, která se stará o dospělé osoby s mentálním postižením?

- Ano
- Ne
- Nevzpomínám si

12. Když byste měl (a) jet výtahem společně s dospělou osobou s mentálním postižením, počkáte si na jiný?

- Určitě ano
- Ne, nevádí mi to
- Nejsem si jistý (á)

13. Když nastoupí do tramvaje dospělá osoba s mentálním postižením, díváte se raději jinam?

- Ano
- Ne, nevádí mi to
- Nevím

14. Navštěvoval (a) byste restauraci, ve které obsluhují osoby s mentálním postižením?

- Ano
- Ne, v žádném případě
- Nevím

15. Domníváte se, že dospělé osoby s mentálním postižením by měly být žít stranou od společnosti?

- Ano – napište důvod:
- Ne
- Nedokážu to posoudit

16. Dokázal (a) byste pečovat o dospělou osobu s lehkým mentálním postižením?

- Ano
- Ne
- Spíše ne
- Nevím

17. Máte někoho s mentálním postižením v příbuzenstvu?

- Ano
- Ne
- Nevím o tom

18. Pomohl (a) jste někdy sociálnímu ústavu nebo přímo nějaké osobě s MP finančním nebo jiným darem?

- Ano
- Ne

19. Dokázal (a) byste pracovat jako dobrovolník s dospělými osobami s mentálním postižením?

- Ano
- Ano, ale nevím, na koho se obrátit
- Kategoricky ne
- Spíše ne
- Nikdy jsem o tom neuvažoval (a)

Příloha č. 5 – Dotazník MPSV

ÚSP Jinošov

Počet respondentů 68

Klient č. 62		Popis současného stavu	
1	Iniciály klienta	MU	
2	Datum narození	rok XXX	měsíc XX
3	Datum příjmu	rok XXX	měsíc X
4	Odkud klient přišel		
	1 z rodiny		
	2 z psychiatrické léčebny		
	3 z jiného ÚSP		
	4 z dětského domova		
	5 z diagnostického centra		
	6 neznámo		1
5	Důvod pobytu		
	1 vysoký věk rodičů/bez rodičů		
	2 nefunkční rodina		
	3 kombinované postižení		
	4 nařízená ústavní výchova z důvodu dysfunkční rodiny		
	5 nařízená ústavní výchova z důvodu nepřizpůsobivého chování klienta		
	6 rodina nemá zájem		1
6	Pohlaví		
	1 muž		
	2 žena		1
7	Národnost		
	1 česká		
	2 slovenská		

	3 romská 4 vietnamská	
	5 ukrajinská 6 polská 7 jiná	1
8	Lékařská diagnóza MR1.... bude nakódováno později podle sebraných údajů	F 70.0
9	Stabilita stavu 1 stabilní 2 kolísá 3 trvale se zhoršuje	2
10	Potřebuje bezbariérový přístup? 1 ano 2 ne	2
11	Stupeň přiznané sociální závislosti 1 1. stupeň 2 2. stupeň 3 3. stupeň 4 4. stupeň 5 žádný	1
12	Údaje o lécích, které klient užívá 1 užívá léky, které nutně potřebuje a neobejde se bez nich 2 užívá léky doplňkově 3 neužívá léky	1
13	Údaje o specifické terapii, která je klientovi poskytována 1 je pro klienta nezbytná a je cílená 2 je doplňková/volnočasová	2
14	Jsou k dispozici údaje o biologické rodině klienta (jména, adresy, kontaktní detaily apod.)? 1 ano 2 ne	1
15	Má klient jakýkoliv kontakt s užší (rodiče, prarodiče, sourozenci) rodinou?	

	<p>1 ano</p> <p>2 ne</p>	1
16	<p>Pokud ano, jak často?</p> <p>1 týdně</p> <p>2 měsíčně a méně</p> <p>3 ročně a méně</p> <p>4 nepravidelně</p>	4
17	<p>Je to pravidelný nebo nepravidelný kontakt?</p> <p>1 pravidelný (nejméně jednou za měsíc)</p> <p>2 nepravidelný</p>	2
18	<p>Má klient kontakt s širší rodinou a přáteli?</p> <p>1 ano</p> <p>2 ne</p>	2
19	<p>Pokud ano, jak často?</p> <p>1 týdně</p> <p>2 měsíčně a méně</p> <p>3 ročně a méně</p> <p>4 nepravidelně</p>	
20	<p>Je to pravidelný nebo nepravidelný kontakt?</p> <p>1 pravidelný (nejméně jednou za měsíc)</p> <p>2 nepravidelný</p>	
21	<p>Druh kontaktu s rodinou a širším okruhem blízkých osob</p> <p>1 rodinné návštěvy v zařízení</p> <p>2 telefonáty</p> <p>3 dopisy</p> <p>4 emaily</p> <p>5 klient navštěvuje rodinu doma</p> <p>6 jiný</p>	3
22	<p>Pokud klient chodí domů na návštěvy, jak často?</p> <p>1 týdně</p> <p>2 měsíčně a méně</p>	

	3 ročně a méně 4 nepravidelně	
23	Kolik dní v posledním roce klient strávil doma? Udejte konkrétní číslo, bude nakódováno později	0
24	Má klient nějaké sourozence umístěné Ve Vašem zařízení? 1 ano 2 ne 3 údaj neznámý	2
25	Má klient nějaké sourozence umístěné v jiných zařízeních? 1 ano 2 ne 3 údaj neznámý	2
26	Má klient partnera/-ku ve Vašem zařízení? 1 ano 2 ne 3 údaj neznámý	2
27	Má klient partnera/-ku v jiné instituci? 1 ano 2 ne 3 údaj neznámý	2
28	Kdy naposledy bylo umístění klienta podrobena přezkoumání u nařízení ochranné výchovy? 1 před méně než rokem 2 před více než rokem	
29	Je klientova způsobilost k právním úkonům omezena? 1 plně 2 částečně (k právním úkonům spojeným k zacházení s finančními prostředky, v oblasti pracovně právních vztahů) 3 není omezena	1
30	Pokud je svéprávnost omezena - je omezení klienta dle pohledu ústavu patřičné nebo nepatřičné? 1 patřičné 2 nepatřičné	1

31	Pokud je svéprávnost omezena – kdo je opatrovník?	
	1 úřad	
	2 rodinný příslušník	2
32	Pokud je svéprávnost omezena – jak opatrovník spolupracuje?	
	1 spolupracuje	
	2 spolupracuje s obtížemi	2
33	Komunikace	
	1 Klient rozumí běžné instrukci podané běžným způsobem	
	2 Klient rozumí běžné instrukci, pokud je podána specifickým způsobem (znaková řeč, opakování, obrázky)	
	3 Klient rozumí jen základním pokynům	
	4 Komunikace s klientem je minimální	
	5 Komunikace s klientem není možná	1
Soběstačnost - aktuální stav		
U následujících otázek je použito kódování		
	1 Je schopen	
	2 Je schopen s pomocí	
	3 Není schopen	
34	najít se	1
35	umýt se (kartáček a mýdlo)	1
36	udržovat osobní hygienu (WC)	2
37	obléknout se	1
38	zacházet s penězi	
	1 sám se svěřenou částkou	
	2 s připraveným seznamem bez doprovodu do obchodu	
	3 musí mít doprovod do obchodu	3
39	připravit studené jídlo	2
40	připravit teplé jídlo	2
41	pečovat o své oblečení	
	1 klient je schopen celkové údržby včetně praní	
	2 klient je schopen rozlišení čistého a špinavého prádla, uložení prádla	
	3 klient není schopen	2

42	pečovat o čistotu v pokoji/bytě	2
43	pohybovat se (fyzická mobilita)	1
44	Orientace v prostředí	2
45	Používat dopravní prostředky	2
Soběstačnost - předpokládaný posun U následujících otázek je použito kódování 1 bude schopen s individuálním přístupem (1:1) dosáhnout samostatné úrovně 2 bude schopen pomocí tréninku dosáhnout samostatné úrovně 3 bude schopen s individuálním přístupem dosáhnout úrovně „s pomocí“ 4 bude schopen pomocí tréninku dosáhnout úrovně „s pomocí“ 5 nebude schopen posunu		
46	najít se	
47	umýt se (kartáček a mýdlo)	
48	udržovat osobní hygienu (WC)	1
49	obléknout se	
50	zacházet s penězi	3
51	připravit studené jídlo	1
52	připravit teplé jídlo	1
53	pečovat o své oblečení	5
54	pečovat o čistotu v pokoji/bytě	5
55	pohybovat se (fyzická mobilita)	
56	Orientace v prostředí	5
57	Používat dopravní prostředky	5
58	Zaměstnání- volný čas 1 klient je zaměstnatelný na běžném trhu práce 2 klient je zaměstnatelný v chráněných podmínkách 3 klient je schopen pracovat v ergoterapeutické dílně 4 klient není zaměstnatelný/není schopen pracovat v žádných podmínkách	2
59	Míra podpory	

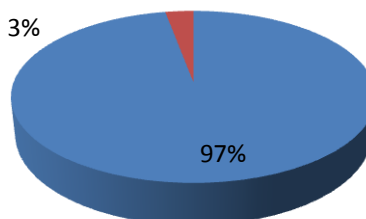
	Dle úsudku zaměstnanců klient potřebuje podporu:	
	1 jedenkrát denně a méně	
	2 třikrát denně a méně	
	3 8 hodin denně	
	4 24 hodin denně	4
60	Pohled klienta: Klient chce	
	1 žít sám/s partnerkou	
	2 s příbuznými	
	3 žít ve společném bytě s ostatními klienty	
	4 chce zůstat v ústavním zařízení s 24 hodinovou podporou (v stávajícím nebo jiném)	
	5 žít ve Městě	
	6 žít na venkově	
	7 mít zvířata	
	8 jiné	3

Příloha č. 6 – Vyhodnocení dotazníku MPSV (několik vybraných údajů)

1 Demografické charakteristiky

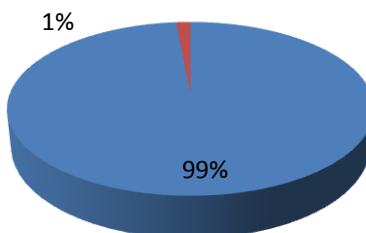
pohlaví

■ muž	66
■ žena	2



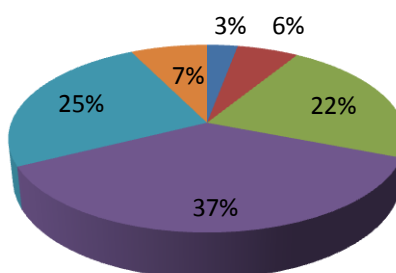
národnost

■ česká	67
■ slovenská	1



věkové skupiny

■ do 29 let	2
■ 30-39	4
■ 40-49	15
■ 50-59	25
■ 60-69	17
■ 70 a více	5

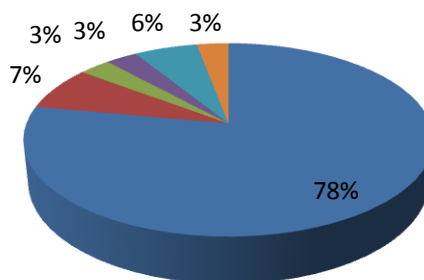


Průměrný věk je 54 let, v rozpětí od 23 do 76 let. Většina osob je nad 40 let.

2 Pobyt v ústavu

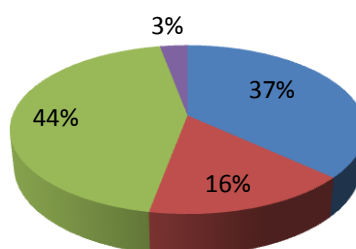
důvod přijetí do ústavu

■ rodiče stáří/nemá	53
■ nefunkční rodina	5
■ kombinované postižení	2
■ nařízená ÚV - chování	2
■ rodina nemá zájem	4
■ ostatní	2



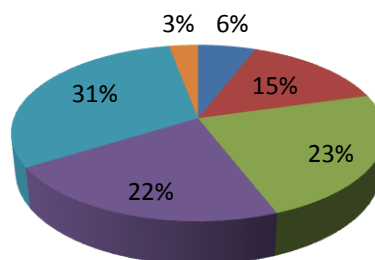
odkud přišel do ústavu

■ z rodiny	25
■ z PL	11
■ z jiného ústavu	30
■ neznámo	2



délka pobytu v ústavu

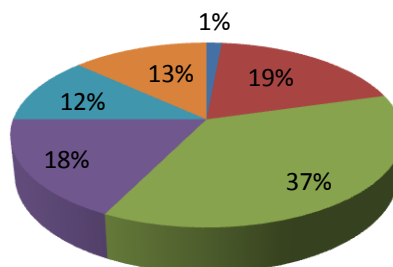
■ do 5 let	4
■ 6 - 10 let	10
■ 11 - 20 let	16
■ 21 - 30 let	15
■ 31 a více let	21
■ ostatní	2



Průměrná doba pobytu v ústavu je 23 let, a to v rozmezí od 3 do 43 let; polovina klientů žije v ústavu přes 20 let.

věk přijetí do ústavu

■ do 10 let	1
■ 11 - 20 let	13
■ 21 - 30 let	26
■ 31 - 40 let	12
■ 41 - 50 let	8
■ 51 a více let	8

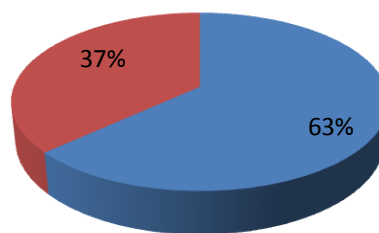


Více než polovina klientů přijata od 21 do 40 let věku. Průměrný věk při přijetí je 31 let. Rozpětí od 6 do 66 let.

3 Rodinné vztahy

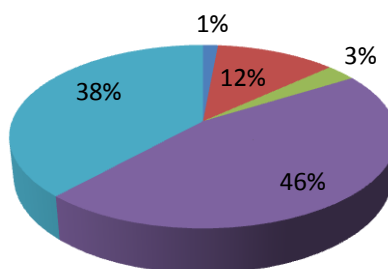
kontakt s užší rodinou

■ ano	43
■ ne	25



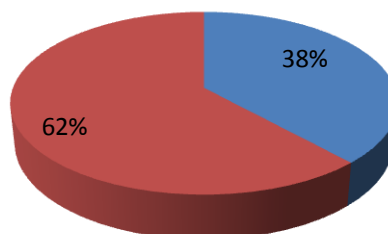
jak častý kontakt s užší rodinou

■ týdně	1
■ měsíčně a méně	8
■ ročně a méně	2
■ nepravidelně	31
■ bez kontaktu	26



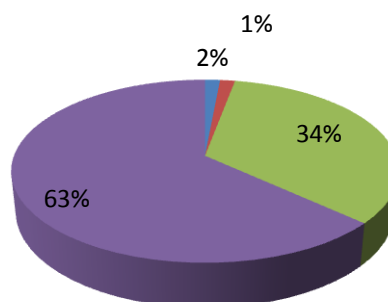
kontakt se širší rodinou

■ ano	26
■ ne	42



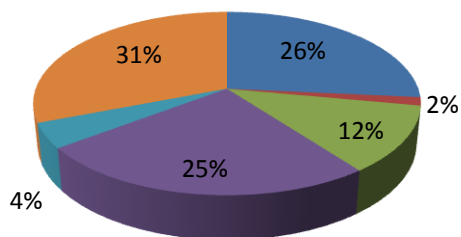
jak častý kontakt se širší rodinou

■ týdně	1
■ měsíčně	1
■ nepravidelně	23
■ bez kontaktu	43



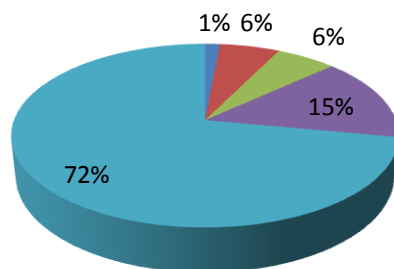
typ kontaktu

■ návštěvy v zařízení	18
■ telefonáty	1
■ dopisy	8
■ návštěvy doma	17
■ jiný	3
■ bez návštěv	21



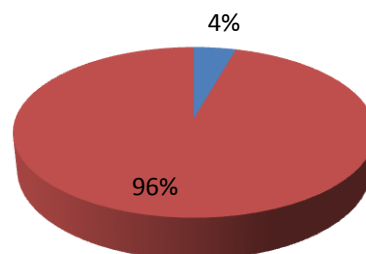
jak často domů

■ týdně	1
■ měsíčně a méně	4
■ ročně a méně	4
■ nepravidelně	10
■ bez kontaktu	49



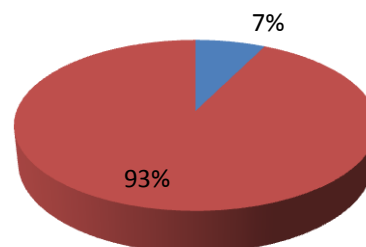
sourozenci v jiném zařízení

■ ano	3
■ ne	65



partner v jiném zařízení

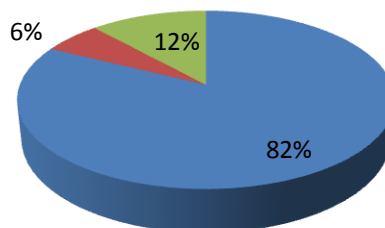
■ ano	5
■ ne	63



4 Právní statut

omezení způsobilosti k právním úkonům

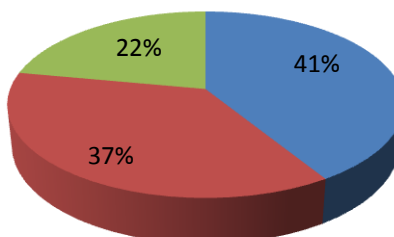
■ plně	56
■ částečně	4
■ není omezena	8



5 Diagnóza a zdravotní stav

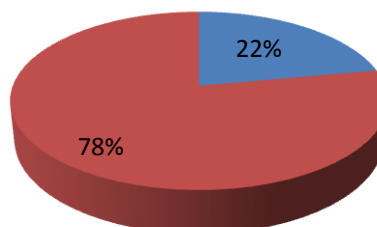
diagnoza

■ lehká MR	28
■ střední MR	25
■ těžká MR	15



typ terapie

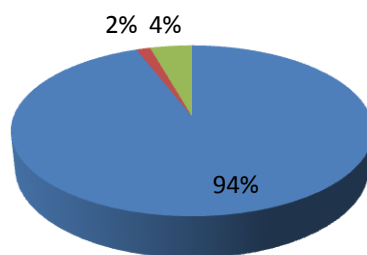
■ nezbytná	15
■ doplňková	53



6 Soběstačnost

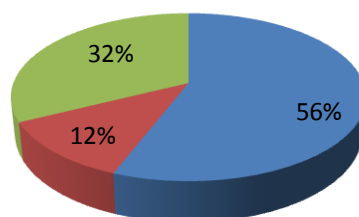
najít se

■ je schopen	64
■ jen s pomocí	1
■ není schopen	3



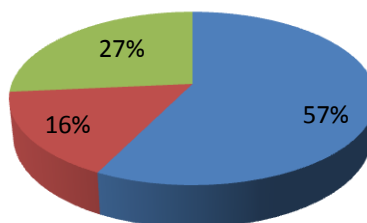
umýt se

■ je schopen	38
■ jen s pomocí	8
■ není schopen	22



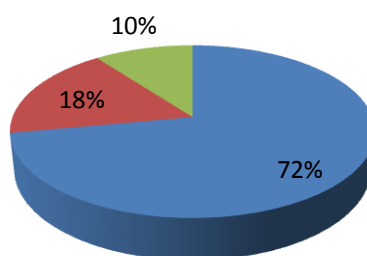
udžovat osobní hygienu

■ je schopen	39
■ jen s pomocí	11
■ není schopen	18



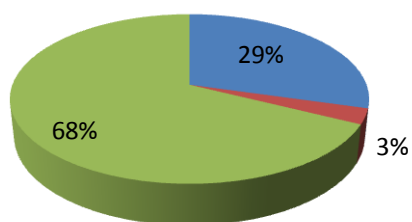
obléknout se

■ je schopen	49
■ jen s pomocí	12
■ není schopen	7



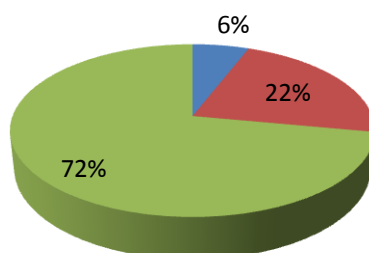
zacházet s penězi

■ je schopen	20
■ jen s pomocí	2
■ není schopen	46



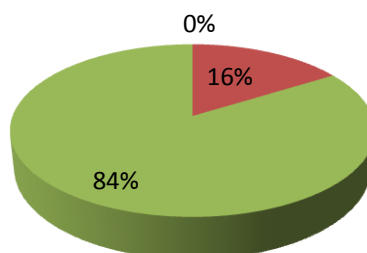
připravit studené jídlo

■ je schopen	4
■ jen s pomocí	15
■ není schopen	49



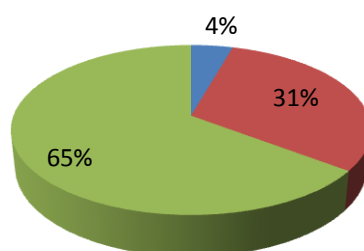
připravit teplé jídlo

■ je schopen	0
■ jen s pomocí	11
■ není schopen	57



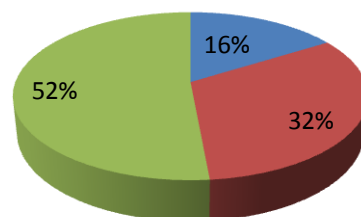
pečovat o oblečení

■ je schopen	3
■ jen s pomocí	21
■ není schopen	44



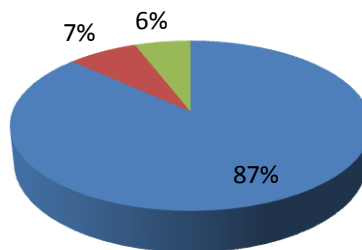
pečovat o čistotu v pokoji

■ je schopen	11
■ jen s pomocí	22
■ není schopen	35



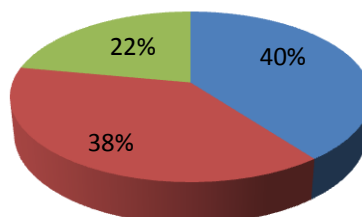
pohybovat se

■ je schopen	59
■ jen s pomocí	5
■ není schopen	4



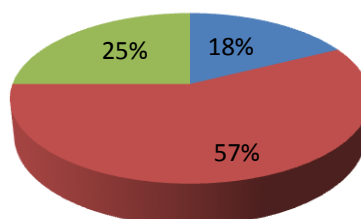
orientace v prostředí

■ je schopen	27
■ jen s pomocí	26
■ není schopen	15



cestovat dopravními prostředky

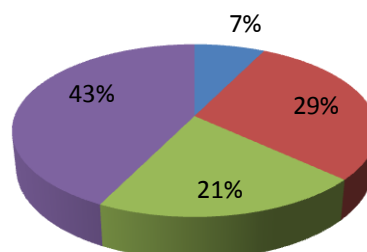
■ je schopen	12
■ jen s pomocí	39
■ není schopen	17



7 Funkční hodnocení

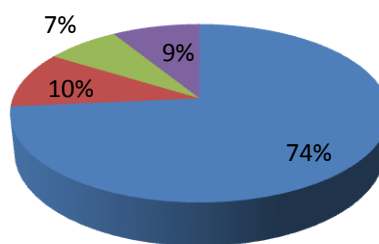
zaměstnání

■ na běžném trhu práce	5
■ v chráněných podm.	20
■ v ergoterapeutické dílně	14
■ není zaměstnaný	29



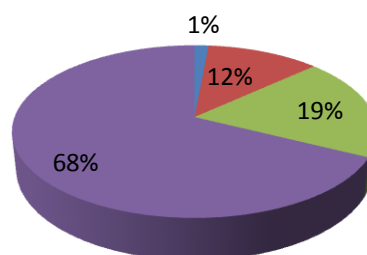
komunikace

■ rozumí běžné řeči	50
■ rozumí specifické řeči	7
■ rozumí jen základním pokynům	5
■ minimální	6



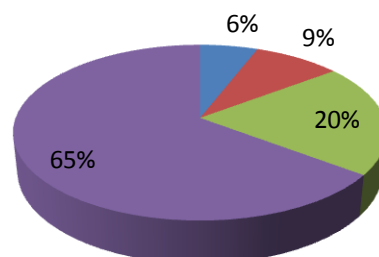
míra podpory

■ jedenkrát denně a méně	1
■ třikrát denně a méně	8
■ 8 hodin denně	13
■ 24 hodin denně	46



přání klienta

■ žít sám nebo s partnerem	4
■ s příbuznými	6
■ v bytě s klienty	14
■ zůstat v ústavu	44



Příloha č. 7 – Článek z regionálních novin

Konec ústavu v Jinošově: Kraj zámek prodává Autor: Hana Jakubcová

Jinošov – Když se před dvěma lety propadl strop jinošovského Ústavu sociální péče a zavalil klienta, vyšlo najevo, v jak mizerném stavu je historický objekt stavebně. Všechno zlé však může být k něčemu dobré.

Jinošovský ústav

Autor: DENÍK/ Marcela Nováčková

Izolovaný svět starých zámeckých zdí se brzy stane pro 70 jeho obyvatel s různým stupněm mentálního i tělesného postižení minulostí. Havárií se jim otevřela nová budoucnost.

Většina z nich od zmíněného neštěstí žije po ubytovnách v Náměšti nad Oslavou a pomalu si zvyká na „docela normální život“ mezi lidmi. Menší část dosud pobývá v ústavních hospodářských budovách. I pro ně se však chystá cesta ven.

Kraj zveřejnil předběžný záměr zámeček prodat a všech 70 klientů rozestěhovat do malých domků v okolních městech. Na jejich stavbu vzniká projekt. Cena zatím není stanovena.

Pilotní projekt

Náměšť nad Oslavou, Velká Bíteš, Jaroměřice nad Rokytou, Kralice nad Oslavou, Hrotovice, Mohelno a Třebíč tak budou mít své nové obyvatele, zapojené do běžného života, jak jen to bude možné.

„Jde o pilotní projekt ministerstva práce a sociálních věcí. Klienti budou žít v chráněném bydlení, v domcích po šesti či dvojdomcích po dvanácti. A podle stupně postižení bude volena i míra intenzity péče o ně. Někde bude celodenní, jinde pár hodin,“ říká ředitelka jinošovského ústavu Bc. Alena Brožková.

Strop se v Jinošově propadl právě v době, kdy kraj tipoval zařízení, na něž by takový projekt „narouboval“. Volba pak vyplynula z logiky věci.

Podle slov mluvčí kraje Jitky Svatošové neproběhne stěhování klientů do domků dříve, než za rok.

„V tuto chvíli není jasná částka, za kterou bude zámek Jinošov prodán. Je možné, že v případě jednoho zájemce za odhadní cenu, v případě vícero zájemců za cenu nejvýše nabídnutou,“ informovala Svatošová. Podle ní oficiální záměr projedná příští týden krajské zastupitelstvo, proto není taktické o ceně hovořit už nyní.

Dle odborníků si rekonstrukce původního letoviska rodu Haugwitzů z roku 1827 vyžádá okolo 100 milionů korun. Ústav zde fungoval od 60. let minulého století, vnitřní dispozice objektu se však časem ukázala být pro jeho provoz jako nevyhovující.

Příloha č. 8 – Pozvánka na konferenci



Ústav pedagogických věd Fakulty humanitních studií

Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

**ve spolupráci s odborem sociálních věcí a zdravotnictví Krajského úřadu
Zlínského kraje**

si Vás dovoluje pozvat na

1. sociální konferenci

na téma

Transformace pobytových sociálních služeb

jako posun v kvalitě a dostupnosti

pořádanou ve dnech 14. – 15. května 2009

místo konání

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

aula budovy U2, Mostní 5139, Zlín