

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

Transformace zařízení sociálních služeb

Vedoucí práce: Mgr. Karel Šimr, Ph.D.
Autor práce: Radka Poláčková
Studijní obor: sociální a charitativní práce
Ročník: 3. ročník

2019

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě (v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Teologickou fakultou) elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Ve Starém Plzenci, 12. ledna 2019

.....

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Karlu Šimrovi, Ph.D. za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

Obsah

Poděkování.....	3
Úvod	5
1. Definice pojmů, historický přehled	7
1.1 Vymezení sociálních služeb	7
1.2 Osoby s mentálním postižením jako cílová skupina sociálních služeb.....	7
1.2.1 Osoby s mentálním postižením.....	8
1.3 Vznik a vývoj ústavní péče.....	9
1.3.1 Specifika ústavu sociální péče	9
1.3.2 Sociální začlenění	12
1.3.3 Vymezení kvality života	14
2. Transformace sociálních služeb	15
2.1 Transformace a deinstitucionalizace.....	15
2.2 Komunitní služba a její znaky	17
2.3 Transformace sociálních služeb v ČR	18
2.4 Proces transformace ústavu	21
3. Centrum sociálních služeb Stod	22
3.1 Poslání a cíle CSS Stod	22
3.2 Sociální péče před započatím transformace a deinstitucionalizace	23
3.3 CSS Stod v posledních letech.....	23
3.4 CSS Stod v procesu transformace	24
3.4.1 Sociálně terapeutické centrum DOZP Stod	25
3.4.2 Transformace DOZP Stod – I. etapa	26
3.4.3 Transformace DOZP Stod – II. etapa	26
3.4.4 Transformace CSS Stod – III. etapa	27
4. Přínos transformace z pohledu uživatele sociální služby.....	28
4.1 Hodnocení přínosu transformace	28
4.2 Výsledek evaluace	29
4.3 Osobní příběhy lidí v transformovaném zařízení	31
4.4 Zhodnocení změn v sociálních službách v souvislosti s transformací	35
Závěr.....	37
Seznam použitých zdrojů	39

Úvod

V této bakalářské práci se autorka zabývá otázkou transformace pobytových zařízení pro osoby se zdravotním postižením. Svoji pozornost zaměřuje především na osoby s mentálním a kombinovaným postižením, kteří jsou institucionalizací nejvíce ohroženi.

Začleňování osob s postižením do společnosti a otázka změny ústavních pobytových služeb patří mezi oblasti sociální práce, kterým se v poslední době věnuje zvýšená pozornost. Ústavní péče je běžná forma poskytování sociálních pobytových služeb v České republice. Ministerstvo práce a sociálních věcí podporuje proces transformace sociálních služeb svými projekty již od roku 2009. Byly to projekty: Podpora transformace sociálních služeb (2009-2013), Transformace sociálních služeb (2013-2015), Život jako každý jiný (2016-2019).

Vyspělá společnost uznává, že lidem s mentálním postižením se má dostat potřebné pomoci. V druhé polovině dvacátého století bylo vyjádřením této představy ústavní poskytování sociální péče, která nabízela odbornou komplexní péči o lidi s postižením.

Praxe ukazuje, že s dostatečnou podporou mohou lidé s handicapem žít v běžných domácnostech, mohou se zapojit do pracovního procesu, ať již na volném trhu práce nebo v chráněných dílnách, a využívat běžně dostupných služeb. Z tohoto pohledu můžeme transformaci považovat za převrat v pobytových sociálních službách, protože se netýká jen samotného procesu přestěhování a změny místa pobytu, ale je změnou celospolečenskou, jejímž přínosem je celková změna pohledu na osoby se zdravotním postižením.

Tato práce nabízí srovnání ústavního a komunitního typu poskytování sociální služby. Zaměřuje se na kvalitu života osob s mentálním postižením po procesu transformace sociálních služeb. Kvalita života osob s postižením byla dlouhou dobu považována za nepodstatnou. V době před rokem 1989 byli lidé s postižením vyčleňováni ze společnosti a umísťováni do ústavů sociální péče. Zájem skupiny převažoval nad zájmem jednotlivce, na individuální potřeby nebyl brán zřetel.

V současné době dochází v některých zařízeních k procesu transformace a deinstitucionalizace. U pobytových zařízení ústavního typu je deinstitucionalizace projevem hledání nových možností s cílem nabídnout lidem s postižením možnost žít běžný život jako lidé bez postižení a využívat přirozené zdroje.

Autorka přibližuje zmíněný proces transformace na příkladu konkrétního zařízení, jehož obyvatelé se z původního ústavního zařízení postupně stěhují do nových individuálních a skupinových domácností. Tento proces přináší velkou změnu v životě lidí s postižením, proto se tato práce zabývá otázkou, zda proces transformace vede ke zkvalitnění života klientů.

Od roku 2015 pracuje autorka v příspěvkové organizaci, která poskytuje sociální služby osobám s mentálním a kombinovaným postižením, proto je jí téma transformace ústavní péče blízké. Přestože proces transformace v této organizaci, která byla zřízena

jako ústav sociální péče pro mentálně postižené, probíhá již několik let, pro řadu lidí je důvod změny nejasný. Tato práce si klade otázky, proč dochází ke změně v poskytování sociální služby, co je přínosem komunitní služby, proč se původní ústav zruší.

První kapitola se věnuje sociálním službám. Popisuje, co je jejich účelem, jaké mají místo v systému sociálního zabezpečení a právní ukotvení sociálních služeb v zákonech České republiky. Další část kapitoly se věnuje osobám s mentálním postižením jako specifické cílové skupině sociálních služeb. Dále práce popisuje, jak vypadá život v ústavu a zda má člověk s mentálním postižením právo na nezávislý způsob života.

Ve druhé kapitole jsou definovány pojmy transformace a deinstitucionalizace. Kapitola se věnuje popisu procesu transformace, jeho jednotlivým fázím. Představením tohoto procesu se ukáže jeho složitost a mnohvrstevnatost. Je zde popisováno, jak by měl vypadat život člověka v komunitní službě.

Obsahem třetí kapitoly je samotný popis procesu transformace v příspěvkové organizaci Centrum sociálních služeb Stod. Na příkladu konkrétního zařízení je nastíněn rozdíl mezi službami poskytovanými v ústavu a v komunitě.

Poslední kapitole se věnuje procesu transformace z pohledu uživatele sociální služby, který přešel z ústavní formy poskytované péče do komunitní služby. Jak vnímá změny ve svém životě, jaký je jeho subjektivní dojem.

Tato práce čerpá z odborné literatury, z právních předpisů, z koncepčních a strategických dokumentů a v neposlední řadě z osobních zkušeností.

1. Definice pojmů, historický přehled

1.1 Vymezení sociálních služeb

Pro sociální služby existuje v dnešním pojetí velké množství nejrůznějších definic, kterými je možné sociální služby vymezit. Sociální služby můžeme definovat jako služby poskytované lidem, kteří jsou společensky znevýhodněni z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, nebo jsou ve špatné sociální situaci (například senioři, zdravotně postižení, příslušníci etnických menšin, bezdomovci aj.). Cílem těchto služeb je zlepšení kvality života či začlenění do společnosti.

Sociální služby by měly prostřednictvím souboru aktivit umožnit lidem s hendikepem zajistit si životní potřeby a co nejdéle zůstat v jejich přirozeném prostředí. Pokud se zdravotní stav nebo soběstačnost zhorší natolik, že není dále možné zajistit potřebnou podporu v přirozeném prostředí, nastupuje pomoc formou sociální služby poskytované v zařízeních.

Poskytování sociálních služeb je v České republice vymezeno zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který nabyl účinnosti 1. 1. 2007. Zákon o sociálních službách nastavuje základní rámec potřebné pomoci a podpory při řešení nepříznivé sociální situace.

Přijetí tohoto zákona přineslo zásadní změnu systému. Zákon klade důraz na individuální poskytování služby s ohledem na potřeby konkrétního člověka a podporuje posílení zodpovědnosti za řešení své životní situace.

Se zavedením nové dávky – příspěvek na péči – došlo k distribuci finančních prostředků přímo k uživateli sociální služby. Zákon také zavedl standardy kvality a kontrolu jejich dodržování.

Za nedostatek tohoto zákona můžeme považovat systém financování sociálních služeb, který je založený na systému dotací, jež jsou jednoleté a nenárokové a poskytovatele sociálních služeb udržuje v závislosti na přiznání dotací ze státního rozpočtu.

V zákoně o sociálních službách také není zakotvena deinstitucionalizace ústavních služeb, ke které se Česká republika zavázala ratifikací Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Tuto úmluvu přijalo Valné shromáždění OSN v roce 2006.

1.2 Osoby s mentálním postižením jako cílová skupina sociálních služeb

Tato kapitola vymezuje pojmy: mentální postižení a specifika osob s mentálním postižením. Vysvětlení těchto pojmů slouží pro lepší pochopení cílové skupiny sociální práce.

Mentální postižení je jedním z typů zdravotního postižení. Podle kvalifikovaných odhadů žije v České republice asi kolem 300 tisíc osob s mentálním postižením a ze statistických údajů vyplývá, že jejich počet neustále stoupá.

V poslední době došlo v České republice k posunu v terminologii, kdy se změnilo užívání termínů mentálně postižený a nově se začal používat pojem osoba se zdravotním

postížením. To znamená, že člověk je v první řadě vnímán jako lidská bytost a tak by se k němu mělo vždy přistupovat. Jeho fyzické či psychické omezení, které ovlivňuje způsob jeho prožívání či chování je až na druhém místě. Lidé s tímto postižením jsou především lidské bytosti a samotné postižení je druhořadé.

Pro vymezení pojmu mentálního postižení existuje velké množství nejrůznějších pohledů.

Mentální postižení můžeme označit jako souhrnné pojmenování pro vrozené a trvalé omezení adaptačních schopností.¹

Americká asociace pro mentálně retardované (AAMR) využívá definici: „Mentální postižení je podstatné omezení stávajícího výkonu vyznačující se podprůměrnou úrovní intelektových schopností se současným omezením v nejméně dvou z následujících adaptačních dovedností – komunikace, sebeobsluha, sociální dovednosti, bydlení ve vlastním domě, sebeurčení, zdraví a bezpečnost, školní výkon, volný čas a práce.“²

Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí projevující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií.³

Další definice popisuje mentální retardaci jako souhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v požadované míře se mu přizpůsobit.⁴

U osob s mentálním postižením dochází k omezení pojmové, praktické a sociální inteligenci. To se projevuje omezenou schopností adaptace, obtížemi s učením či se zapojením do běžných denních aktivit.

Podle mezinárodní klasifikace jsou osoby s mentálním postižením děleny do skupin podle hloubky postižení: osoby s lehkou mentální retardací, se středně těžkou mentální retardací, těžkou mentální retardací a hlubokou mentální retardací.

1.2.1 Osoby s mentálním postižením

Základní psychické potřeby osob s mentálním postižením jsou identické s potřebami ostatních lidí. Liší se z důvodu omezenější rozumové schopnosti.⁵ Rozumové schopnosti a jeho projevy je potřeba posoudit v kontextu se společenským prostředím, jazykovou rozmanitostí, individuálními rozdíly v komunikaci, vnímání, pohybových možnostech. U každého jedince můžeme vedle omezení objevit i silné stránky. Osoby s mentálním postižením mohou v sobě skrývat mnoho rozličných vloh. Každý z nich je samostatnou bytostí, která musí řešit své vlastní problémy a je na určitém stupni vývojových možností, které je třeba dále rozvíjet a podporovat.⁶

¹ MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. s. 110

² MATOUŠEK, O. a kol. Sociální práce v praxi. Praha: Portál, 2005. s. 111

³ VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie: teoretické základy a metodika. 3. vydání. Praha: PARTA, 2007. s. 14

⁴ VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. s. 146

⁵ Tamtéž. S.

⁶ ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace: vzdělání, Výchova, sociální péče. Praha: Portál, 2000.

Každý člověk s mentálním postižením je jiný a má své charakteristické osobnostní rysy. Nicméně u části z nich se objeví jasné společné znaky. Potom jejich konkrétní individuální přizpůsobení závisí na konkrétním druhu mentální retardace, hloubce, rozsahu aj.⁷

Lidé s mentálním postižením tvoří rizikovou skupinu z pohledu možného porušování jejich práv. Často nedokážou správně vyhodnotit situaci, mají problémy v oblasti komunikace, jsou zvyklí se podřizovat. V případě, že jsou jejich práva porušována, dokážou se obtížně sami bránit.⁸

Smysl zjišťování limitů je důležitý pro vypracování systému potřebné podpory. Vhodná individuální podpora vede ke zlepšení kvality života člověka s mentálním postižením.

Důležité je brát v úvahu, že lidé s mentálním postižením mohou užívat všechna práva stejně jako ostatní lidé. V listině základních práv a svobod, v článku 29, je o zdravotně postižených psáno, že mají „právo na zvýšenou ochranu zdraví při práci a na zvláštní pracovní podmínky“ a „právo na zvláštní ochranu v pracovněprávních vztazích a na pomoc při přípravě k povolání.“, kdy se v tomto článku zdůrazňuje především ochrana zdravotně postižených.⁹

1.3 Vznik a vývoj ústavní péče

1.3.1 Specifika ústavu sociální péče

Jak je již nastíněno v předchozích kapitolách, má ústavní péče v České republice dlouhou historii. Zpočátku se zaměřovala na celkovou odbornou péči o hendicapované osoby. Výhradní přednost dostávala izolace těchto osob od běžného každodenního života, velmi ojediněle docházelo k péči o postiženého člena rodiny v domácím prostředí.

V současnosti došlo ke změně názvu u organizací, které poskytují sociální služby. Bohužel ale nedošlo také ke změně poskytování sociální služby.

V padesátých a šedesátých letech 20. století u nás vznikla většina ústavů. Typické znaky ústavů a úskalí života obyvatel v institucionální péči popisuje Milan Cháb, který byl v letech 1981 - 2001 ředitelem Ústavu sociální péče v Horních Pustevnách.¹⁰

Uživatelé byli umisťováni do ústavů sociální péče na základě správního rozhodnutí podle stupně jejich postižení. Druhy ústavů a náplň jejich činnosti byly definovány vyhláškou č. 182/1991 Sb.

⁷ Tamtéž.

⁸ SOBEK, Jiří a kol. Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením. Příručka pro zaměstnance sociálních služeb. 2. vydání. Praha: Portus Praha, o. s. s. 13.

⁹ Listina základních práv a svobod, hlava čtvrtá, článek 29.

¹⁰ CHÁB, Milan. Svět bez ústavů. Praha: QUIP společnost pro změnu, 2004.

Zřizování ústavů podléhalo spíše požadavkům, aby postižení nebyli příliš na očích celé společnosti, než aby to odpovídalo jejich potřebám. Proto byly ústavy zpravidla zřizovány v ne příliš vhodných podmínkách – na samotách, v odlehlých zámcích, na okraji malých vesnic.

Život osoby s mentálním postižením v ústavní péči vypadal následovně: Svěřenec neměl nejmenší šanci na jakoukoliv aktivní účast na rozhodování o přijetí do určitého ústavu. Žádost o přijetí podal jeho opatrovník či zákonný zástupce příslušnému orgánu. Pro přijetí bylo důležité jen posouzení zdravotního stavu od ošetřujícího lékaře. Diagnostikovaný podprůměrný intelekt potvrdil potřebu ústavní péče. Nástupem do institucionální péče se svěřenec musel automaticky přizpůsobit podmínkám ústavu, nikoliv že by se služba přizpůsobovala jeho potřebám.

Z důvodu velké kapacity ústavu ztratil svěřenec veškeré soukromí, ubytování bylo běžně zajišťováno i v místnostech pro více než deset osob.

Režim ústavního zařízení se stal pro svěřence nejdůležitějším pravidlem. Nemohli je nijak ovlivnit, museli se mu jen přizpůsobit. Veškerá činnost a obsah dne byl plánován za ně a vše bylo přesně časově rozplánováno – vstávání, výchovné činnosti, stravování, ranní a večerní hygiena, apod. Ústavní lékař a zdravotní sestry zajišťovali zdravotní péči, což znamenalo především předepisování léků.

Pokud byl svěřenec schopen školní docházky, pak vzdělávání probíhalo přímo v ústavu.

Ve stejné budově se v podstatě odehrávaly veškeré činnosti. Svěřenci tak splývaly tři oblasti, které má jinak běžný člověk oddělené – místo kde bydlí, kde pracuje či se vzdělává a kde tráví volný čas. Dokonce i dny v týdnu jim splývaly, protože rytmus dne byl přísně stereotypní a rutinní. Nad celým dnem dohlížel personál v ústavním oděvu, často bez odborného vzdělání.

Péče byla víceméně poskytována také stereotypně, nevykazovala žádný individuální přístup k potřebám svěřenců. Postupem času si všechny osoby v ústavní péči zpřetrhaly sociální vazby ke svým blízkým, k rodině. Navazování vztahů mimo ústav nebylo ani možné ani přípustné. Svěřenci zastávali jen sociální roli uživatele služby.

Sexualita byla u svěřenců vnímána jako něco nepřirozeného. Pokud se frustrace z popírání sexuality přeměnila v agresi, byla proti svěřenci použita ochranná opatření jako svěrací kazajka, tlumící léky či pobyt v klecovém lůžku. Samotnou příčinou agrese se nikdo nezabýval.

V rámci denních činností probíhaly v ústavu tzv. pracovní aktivity, kdy svěřenci museli vykonávat neoblíbené práce a to bez jakéhokoliv finančního ohodnocení. Na druhou stranu běžné činnosti jako úklid pokoje, žehlení, praní, vaření, atd. svěřenci vykonávat nemohli buď z hlediska ochrany bezpečnosti práce či z hygienických důvodů daných předpisy ústavu.

Vycházka mimo ústav musela být nejprve schválena a pouze za doprovodu personálu. Na vycházku mohli svěřenci chodit jen ve skupinách.

Propuštění z ústavu bylo velmi nesnadné. Podle vyhlášky mohl být propuštěn ten, kdo hrubě a opakovaně porušuje ústavní řád. Propuštěn ale mohl být jen tehdy, pokud

byla zajištěna náhradní péče. Svévolné propuštění z ústavu nebylo možné, protože svěřenec byl diagnostikován jako ten, kdo potřebuje ústavní péči.

Ústav poskytoval vše, co je běžně dostupné z veřejných zdrojů. Jednalo se o bydlení, zdravotní péči, zaopatření, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči, výchovu k pracovní činnosti. Na druhou stranu tedy neposkytoval nic navíc, co by nebylo možno zajistit i zvenku.

Bohužel i po reformě ústavní péče v institucích, které poskytují sociální služby, přetrvávají některé tyto prvky i v současnosti.

Rozdíl v bydlení v ústavu a bydlení v běžném prostoru je velmi odlišný. Ústavní budovy jsou určeny pro velké množství osob a jsou soustředěny na jednom společném prostoru, který obvykle tvoří oplocený areál. Ten je dále uspořádán a rozdělen na oblast provozní, jednotlivá oddělení a útvary. Oddělení, která slouží svěřencům jako domov, vykazují typické znaky jako dlouhé chodby, na kterých jsou vícelůžkové pokoje. Všechny pokoje jsou vybavené stejně. Jednotlivé prostory v ústavu jsou označeny specifickým označením – denní místnost, sesterna, herna, atd. Obytné prostory nejsou vnímány jako soukromý prostor, nýbrž jsou pracovištěm zaměstnanců.

Osoby s mentálním postižením jsou takto vychovávány k tomu, že vše v jejich životě je řízeno někým jiným. Obzvláště tomu tak je, pokud jsou do ústavů umístováni již od útlého věku, postupně přechází do ústavů pro mládež, odkud se plynule dostanou do ústavů pro dospělé.

Ústav lze jednoduše popsat jako jakékoliv místo určené pro postižené osoby. Tyto osoby jsou v izolaci od ostatních lidí a zároveň nuceni žít pohromadě. V ústavu se osoby nemohou samy rozhodovat ve věcech svého vlastního života, nemají nad svým životem žádnou moc.

Po roce 1989 dochází v ústavech ke změnám. Začíná se měnit přístup ke svěřencům. Prostředí se stává přirozenější a osobnější. Ústavy se otevírají komunitě a klienti se snaží více do komunit zapojit a tím mohou trávit více volného času mimo ústav.¹¹

Bohužel však všechny tyto naznačené změny stále nejsou dostačující. Nelze vytvořit moderní ústav, který by podporoval přirozený život lidí se zdravotním postižením. M. Cháb píše, že ústavy nelze reformovat, ale pouze transformovat.¹²

Podle definice sociálních služeb je občanům péče „zajišťována“, tedy klient zastává pasivní roli v přijímání sociální služby. „Celý systém sociální péče byl de facto pojat tak, že občan čekal na to, co mu bude poskytnuto, a nebyl žádným motivačním prvkem veden k tomu, aby se rozhodoval a vyvíjel vlastní aktivitu“.¹³

Česká republika se snaží po vzoru ostatních vyspělých zemí směřovat k inkluzi. Lidé s postižením pak nejsou ze společnosti izolováni, ale mohou se podle svých schopností nějakým způsobem zapojit, jsou tedy právoplatnou součástí inkluzivní společnosti.¹⁴

¹¹ MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. 1. vyd. Praha: SLON, 1995. 141 s.

¹² CHÁB, Milan. Svět bez ústavů. Praha: QUIP společnost pro změnu, 2004.

¹³ MATOUŠEK, Oldřich. Ústavní péče. 1. vyd. Praha: SLON, 1995. 141 s.

¹⁴ TRUHLÁŘOVÁ, Zuzana; LEVICKÁ, Jana; SMUTEK, Martin. Sociální práce v kontextu lidských práv. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus Hradec Králové, 2014, s. 61-64.

1.3.2 Sociální začlenění

Tato kapitola vymezuje systém sociální pomoci, definuje sociální služby a jejich stávající právní úpravu. Zaměřuje se především na sociální začlenění lidí s mentálním postižením do společnosti.

Hlavním cílem systému sociální pomoci je zabezpečení základních životních potřeb osob, které se nacházejí v obtížné životní situaci. Taková pomoc má být aktivizující, vést k samostatnosti a ne k dlouhodobé nebo trvalé sociální závislosti.

Poskytování sociálních služeb je v České republice vymezeno zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Zároveň vstoupila v platnost prováděcí vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) č. 505/2006 Sb.¹⁵

Oblast sociálních služeb prochází od roku 1989 dynamickým vývojem. Významné změny přinesl zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jeho prováděcí předpisy, které určují nejen současnou podobu celého systému sociálních služeb, ale i kontext transformačních aktivit. V souladu s požadavky Evropské unie klade Zákon o sociálních službách důraz na sociální začlenění a prevenci sociálního vyloučení osob.

Dochází ke změně v přístupu k lidem s postižením. Aplikací zákona začíná nová éra života osob s postižením, která se vyznačuje snahou o zvýšení kvality jejich života. Lidé, kteří žili dlouhou dobu v ústavech a byli vystaveni účinkům a důsledkům ústavní péče, dostávají transformací sociálních služeb šanci odejít z ústavu do komunity, žít běžný život podobně jako jejich vrstevníci, být součástí společnosti a aktivně se podílet na životě komunity, rozhodovat sami o sobě.

Zákon o sociálních službách přináší významné změny v jejich poskytování. Upravuje vztahy mezi poskytovateli a uživateli sociálních služeb, velkou roli klade na individuální přístup a spoluzodpovědnost uživatele na řešení nepříznivé sociální situace.

Základní funkcí sociálních služeb je pomoc a podpora osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sociálním začleňováním se pak podle § 3 zákona o sociálních službách rozumí proces, který zajišťuje, aby osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené mohly dosáhnout příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný.¹⁶

Důležité je zdůraznit subsidiární povahu sociálních služeb, jejichž podstatou je řešení situace jednotlivců. Zákon o sociálních službách nastavuje základní rámec pro zajištění základních činností, které jsou nezbytné pro sociální začlenění osob v nepříznivé sociální situaci, tj. zajištění potřebné pomoci a podpory a zabezpečení důstojných životních podmínek. Sociální služba musí vycházet z individuálních potřeb, musí na člověka působit aktivně, podporovat rozvoj samostatnosti, motivovat, aby nezůstával dlouhodobě v nepříznivé situaci, důležité je posilovat sociální začlenění.

Úkolem sociální služby je usilovat o to, aby lidé s mentálním postižením v maximální možné míře, kterou jim jejich postižení umožní, žili životem srovnatelným s životy svých

¹⁵ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, vyhláška 505/2006 Sb.

¹⁶ tamtéž

vrstevníků. Zdravý dospělý člověk rozhoduje o tom, kde a jak bude žít, jak bude jeho byt nebo pokoj vybaven. Může si určit, kdy a co bude jíst a jak bude trávit svůj volný čas. To však v rámci ústavní péče není možné. Lidé žijící v ústavech o těchto věcech mohou rozhodovat jen velmi omezeně. Pro život v ústavu je typická takzvaná institucionalizace.

Institucionalizace je proces, kdy se pro instituci (ústav) stává důležitějším její chod než individuální potřeby osob, které v ní žijí. To znamená, že organizace a jednotlivé činnosti instituce podléhají zavedenému řádu, jemuž se její klienti musí podřizovat na úkor svých individuálních potřeb a přání.¹⁷

Americký sociolog E. Goffman přišel s novým pojmem totální instituce, kterým označoval místo, kde žije větší počet lidí se stejnými charakteristickými znaky odděleně od okolní společnosti. Život těchto lidí se podřizuje specifickému řádu místa a odehrává se pouze na tomto místě – lidé zde spí, stravují se, pracují, učí se i relaxují. Jsou ve společnosti stále stejných lidí a pod dohledem stejných autorit.¹⁸

Za hlavní vlastnost totálních institucí můžeme považovat rozbití hranic běžně oddělujících různé oblasti života. To znamená, že všechny oblasti života probíhají na stejném místě a pod dohledem autority, kterou je organizace. Každá část denního programu probíhá ve společnosti velké skupiny dalších lidí, kdy ke všem je přístupováno stejně a ode všech se vyžaduje, aby dělali tutéž činnost. Všechny denní činnosti, jejich sled a předem určený čas jsou naplánovány a jsou nařízeny systémem formálních předpisů a pracovníků. Veškeré tyto aktivity jsou prováděny proto, aby naplnily plán zdánlivě směřující k plnění oficiálního cíle instituce.¹⁹

To, že je ústavní zařízení organizováno, má svůj praktický význam. Pro zaměstnance je pochopitelně jednodušší, budou-li všichni klienti obědvat v poledne jednotně připravené jídlo ve společné jídelně, nebo když všichni v deset hodin večer zhasnou a jdou spát. Tímto způsobem organizované místo však zbavuje člověka individuality a nelze jej nazývat domovem.²⁰

Jak upozorňuje M. Cháb, ústav není důstojným domovem pro dospělého člověka a dodává, že právo na samostatný dospělý život je jedno ze základních práv každého člověka, tedy i člověka s mentálním postižením.²¹

V souvislosti s osobami s mentálním postižením se často zmiňují jejich specifické potřeby, které je třeba za pomoci zvláštní intervence naplňovat. Lidé s mentálním postižením však nemají žádné mimořádné, specifické potřeby, pouze vyžadují speciální podporu, kterou mohou zajistit zvláštní pomůcky, úprava prostředí nebo pomoc druhého člověka při uspokojování některých běžných lidských potřeb.

¹⁷ Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. 1.vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013, s. 170.

¹⁸ tamtéž

¹⁹ Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. 1.vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013, s. 170.

²⁰ CHÁB, Milan. Svět bez ústavů. Praha: QUIP společnost pro změnu, 2004.

²¹ tamtéž

Americký psycholog A. Maslow sestavil ve 40. letech 20. století známou pyramidu lidských potřeb. Mezi základní potřeby patří zajištění potravy, přístřeší, tepla a spánku. Tyto základní potřeby poskytujeme osobám se zdravotním postižením celkem samozřejmě a jsou v ústavních zařízeních pro osoby se zdravotním postižením běžně naplňovány. U tzv. vyšších potřeb nastává problém. Potřebu soukromí lze v ústavních podmínkách zajistit jen velmi obtížně. Běžnou praxí jsou několikálůžkové pokoje bez možnosti uzamčení.

Péče poskytovaná v ústavním zařízení již ze své podstaty ztěžuje nebo dokonce znemožňuje styk s okolím a zapojení do většinové společnosti. Naopak koncentruje větší počet lidí se stejným typem handicapu na jednom místě a tím je izoluje. Potřeby, které jsou v rámci ústavních zařízení nejvíce omezovány, se týkají vztahů a zapojení do lidského společenství. Potřeba sdílet společný prostor s někým blízkým, potřeba cítit se součástí společnosti a být touto společností akceptován. Tento typ sociální služby tedy nemůže naplňovat svůj obecný cíl, kterým je sociální začlenění.

Všeobecně lze považovat za problém ústavů pro osoby s hendikepem fakt, že lidem s těžším postižením jsou často poskytovány služby minimální, pouze na úrovni péče o základní fyziologické potřeby. Naopak lidem s lehčím postižením se dostává péče nadbytečná, která jim brání v jejich osobním rozvoji.

Ústavní péči je třeba nahradit škálou jiných sociálních služeb, které by lépe přispívaly k začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti a napomohly tak k sociálnímu začlenění klientů. K tomuto cíli má dopomoci v současné době probíhající transformace sociálních služeb.

1.3.3 Vymezení kvality života

Kvalita života je individuálním pocitem spokojenosti a radosti ze života, navzdory strastem a potížím, které člověk prožívá. Každý člověk bez rozdílu vnímá svůj život v určité kvalitě. Kvalita života je ovlivněna především úrovní fyzického, duševního a sociálního komfortu. Můžeme pozorovat, že vnímání kvality života je dáno především subjektivními pocity a vnímáním jedince.

Spokojenost člověka můžeme posuzovat na základě známé Maslowovy hierarchie potřeb, která obsahuje 5 úrovní: úroveň biologických a fyzických potřeb, úroveň potřeby bezpečí a jistoty, úroveň potřeby sounáležitosti, úroveň potřeby uznání a úcty a nejvyšší úroveň potřeby seberealizace.

Mezinárodní zdravotnická organizace WHO definuje kvalitu života jako "jedincovu percepci jeho pozice v životě v kontextu své kultury a hodnotového systému a ve vztahu k jeho cílům, očekáváním, normám a obavám".²²

V oblasti kvality života patří k nejpoužívanějším pojmům well-being (pocit pohody), social well-being (sociální pohoda), social welfare (sociální pohoda), human

²² LUDVÍKOVÁ, L. a kol. 2013. Kvalita života osob se speciálními potřebami. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.

development (lidský rozvoj), happiness (štěstí) a satisfaction (spokojenost). Jak můžeme vidět, jedná se o pojmy, které často představují jednotlivé oblasti v komplexním procesu sledování kvality života.

Mezi základní sociální indikátory ovlivňující vnímání kvality života patří zdraví, kvalita pracovního prostředí, nákup zboží a služeb, možnosti trávení volného času, pocit sociální jistoty, možnosti rozvoje osobnosti, fyzikální kvalita životního prostředí, možnost účasti na společenském životě.

Zásadní význam pro kvalitu života osob s mentálním postižením či postižením vůbec má podpora okolí. „Bylo prokázáno, že podpora ze strany rodiny, přátel a pracovníků sociálních služeb, je zásadní. V každodenním životě znamená běžný stav, ale také povzbuzení. V této souvislosti je podpora vnímána jako pocit sounáležitosti, být členem společenství, být uznán jeho součástí“²³

2. Transformace sociálních služeb

Dříve než se budeme věnovat samotnému procesu transformace sociálních služeb, je potřeba definovat klíčové pojmy transformace a deinstitucionalizace. Jejich význam se pohybuje mezi krajními mantinely, kterými je ústavní péče a komunitní služba.

2.1 Transformace a deinstitucionalizace

Oba pojmy - transformace i deinstitucionalizace popisují proces změny. Jedná se o proces náročný nejen na čas, ale především na lidské a finanční zdroje. Uskutečnění těchto procesů není možné bez zapojení veřejné správy a samosprávy, poskytovatelů sociálních služeb a aktivity jednotlivců.

Pojem transformace představuje změnu velkokapacitní služby ústavního charakteru na podporu a bydlení v běžném prostředí. Celý proces představuje změnu místa a formy poskytování sociální služby, změny v řízení, financování i vzdělávání.

Podstatou transformace není pouze přestěhování uživatelů z velké budovy do menší. Transformace umožní lidem s postižením žít v domácnosti v rodinném domě nebo bytě, který je umístěn v běžné zástavbě. Život lidí s postižením se podobá životu, který vedou jejich vrstevníci.

Transformace přináší změnu v přístupu k lidem s postižením, mění obsah poskytované služby samotné. S potřebnou mírou podpory mohou lidé s postižením převzít zodpovědnost za svůj život, mohou zvládnout péči o sebe a o domácnost. Často dojde i ke změně formy nebo druhu poskytované služby, např. z domova pro osoby se zdravotním postižením na chráněné bydlení, případně z pobytové služby na terénní.²⁴

Deinstitucionalizace ústavní péče znamená změnu poskytování péče o lidi s postižením z ústavní na komunitní tak, aby výsledná struktura poskytovaných služeb byla orientována na individuální potřeby uživatelů a na jejich sociální začlenění. Tyto

²³ BERTSSON, L. a další. 2007. Adolescents' experiences of well-being when living with along-term illness or disability. [Scandinavian Journal of Caring Sciences], 2007.

²⁴ PŘÍHONSKÁ, Ivana. Sociální práce a transformace sociálních služeb.

služby jsou poskytovány v přirozeném prostředí takovým způsobem, aby tito lidé nebyli vystavováni institucionalizaci.²⁵

Matoušek (2008) popisuje termín deinstitucionalizace jako „vlivný trend v soudobé sociální práci, prosazující ve všech případech, kdy je to možné, neústavní formy péče, dobře klientovi dostupné a nevytrhující klienta z jeho přirozeného prostředí, tedy péči poskytovanou v rámci komunity“.²⁶

Cháb (2004) chápe instituci jako mocenský problém spočívající na myšlence mocenské nadvlády těch, kteří jsou součástí instituce nad těmi, kteří jsou v její hierarchii pod nimi. Deinstitucionalizaci tedy považuje za odstranění mocenského problému.²⁷

Cílem deinstitucionalizace je, nabídnout lidem se zdravotním postižením srovnatelné možnosti a podmínky pro život jako mají jejich vrstevníci. Poskytovaná péče je omezena na nezbytně potřebnou míru. Snahou je naučit lidi, kteří dlouhé roky žili svůj život v ústavu, žít i mimo něj. To znamená poskytnout jim takovou podporu, aby posílili své kompetence v samostatném rozhodování a jednání. Umožnit jim plánovat si a organizovat svůj život a věnovat se činnostem běžným pro ostatní lidi.²⁸

Ke změně v myšlení a v postojích musí dojít nejen na straně poskytovatelů služeb a jejich zaměstnanců, ale i na straně uživatelů, jejich opatrovníků, důležitá je také změna v postojích veřejnosti, zástupců obcí, kraje a státu.

Výsledkem deinstitucionalizace je pro člověka s postižením možnost volby místa, kde bude žít, s kým bude žít. Může využívat v místě dostupné sociální služby, stejně tak i jiné veřejně poskytované služby. Bude se podílet na životě společnosti a zastávat běžné společenské role.

Cílovým stavem pro poskytovatele sociálních služeb je to, že se stane součástí sítě veřejně dostupných služeb a dokáže pružně reagovat na potřeby a cíle uživatele v přirozeném prostředí.

Pro zadavatele, kterým je nejčastěji veřejná správa nebo samospráva, je završením deinstitucionalizace stav, kdy mají občané zajištěn přístup ke službám, které odpovídají jejich individuálním potřebám, jsou pro ně dostupné místně, časově i ekonomicky. Zadavatel zároveň plánuje rozvoj služeb poskytovaných v komunitě tak, aby uživatele neizolovaly.

Pro společnost je výsledkem deinstitucionalizace stav, kdy jsou její členové – lidé s mentálním i jiným zdravotním postižením přijímáni a vnímáni nikoliv skrz své postižení, nýbrž prostřednictvím běžných společenských rolí, jež zastávají. Stav, kdy veřejnost přijímá tyto osoby jako právoplatné členy obce, ctí jejich lidská i občanská práva.²⁹

Naplnění vize deinstitucionalizace je úkolem pro celou společnost. Není možné jí dosáhnout zrušením jednoho zařízení, jednoho právního předpisu. Naplnění práva jedince

²⁵ tamtéž

²⁶ MATOUŠEK, O. Slovník sociální práce. 2. vyd. Praha: Portál, 2008.

²⁷ CHÁB, Milan. Svět bez ústavů. Praha: QUIP společnost pro změnu, 2004.

²⁸ PŘÍHONSKÁ, Ivana. Sociální práce a transformace sociálních služeb.

²⁹Manuál transformace ústavů. Deinstitucionalizace sociálních služeb. 1.vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013.

s mentálním postižením na nezávislý způsob života je systémovým úkolem, zasahujícím do řady odvětví práva, do gesce řady ministerstev. (Lorencová, J. 2014)

Pro poskytování podpory v komunitě je nezbytné zajistit dostatečné spektrum a kapacity potřebných sociálních služeb v místě, které si člověk sám zvolí. Většině lidí s postižením nebyla v minulých letech dána možnost výběru a jediným řešením často bylo, předat osobu se zdravotním postižením do péče instituce, specializovaného ústavu. Nebylo obvyklé starat se o postiženého v domácím prostředí. Naopak panoval názor, že adekvátní péče se osobám s hendikepem dostane pouze v ústavech s profesionálním personálem a v prostředí, které je jim přizpůsobeno. Ústavní zařízení sídlila nezářídka v odlehlých lokalitách. Pozemky náležející k budovám bývaly zpravidla obehnané zdmi nebo ploty, areály byly uzavřeny bránou, „chovanci ústavu“, byli segregováni do umělých světů, pečlivě oddělených od běžné populace.

Přestože je transformace sociálních služeb v západoevropských zemích pojmem známým po několik desetiletí, Česká republika se začala tímto procesem zabývat až po roce 1989. Zpočátku to bylo často díky aktivitám progresivních neziskových organizací. Tyto neziskové organizace často zakládali rodiče dětí s postižením. Jejich snahou bylo soustředit kolem neziskové organizace osoby s postižením a jejich rodiče, aby mohli společně sdílet zkušenosti a možnosti zlepšení kvality života osob s postižením a jejich včlenění do společnosti.

Některé znaky institucionalizované péče přetrvávají dodnes. Člověk v ústavu je limitován mnoha faktory. V rámci velké instituce není možné plnit přání jednotlivců. I přes snahy pracovníků zařízení je nezbytné přizpůsobovat život uživatelů řádu a každodennímu běhu ústavu, v němž žijí. Soukromí uživatelů nebývá dodržováno z důvodu nevhodné architektonické dispozice zařízení, osobní cíle uživatelů či zvyšování jejich kompetencí není možno naplňovat z důvodu malé kapacity personálu. Jsou omezeny možnosti při výběru spolubydlících na pokoji, limitována je volba činností, které bývají pracovním vyplněním každého dne a slouží k aktivizaci osob, nelze zohledňovat individuální požadavky na druh podávaného jídla atd.

2.2 Komunitní služba a její znaky

Komunitní sociální služba je taková služba, která uživatele nevyčleňuje ze společnosti, ale naopak podporuje, aby mohl žít v komunitě běžným způsobem života.

MPSV vytvořilo Kritéria pro poskytování sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace (dále jen Kritéria), která definují sociální službu komunitního charakteru jako službu, která je zaměřená na řešení nepříznivé sociální situace v přirozeném prostředí člověka. Může být poskytována ambulantní, terénní či pobytovou formou. Každá tato forma je v obci umístěna tak jako jiné prostory podobného účelu a není soustředěna s ostatními službami stejného charakteru v jednom místě. Ambulantní a pobytové služby jsou omezeny maximálním počtem uživatelů v jednom místě. Sociální služba komunitního charakteru nevyklučuje místně ani způsobem

jejího poskytování člověka ze společnosti. Podporuje jej ve využívání běžných zdrojů v okolí, podporuje rozvoj schopností a dovedností uživatele, vede k jeho samostatnosti, podporuje, aby žil ve svém přirozeném prostředí, kde udržuje běžné společenské vztahy a zastává sociální role, které jsou běžné pro jeho vrstevníky.³⁰

Určitá část uživatelů potřebuje pobytovou sociální službu, její podoba ale nesmí připomínat ústav. Proto Kritéria podrobně popisují požadavky na podobu pobytové služby. Je vymezena maximální kapacita v domácnostech (bytech, domech) a měla by být umístěna v běžné zástavbě, která se neliší od okolních staveb určených pro bydlení. Uživatel využívá zdroje dostupné z komunity a veřejně dostupné služby, které mu neposkytuje služba jako v ústavu. Uživatel rozhoduje o svém životě sám.

Pokoje uživatelů jsou jasně vymezené od ostatních prostor a jsou vybaveny podle vkusu a přání uživatele. Domácnosti obsahují běžnou výbavu – kuchyň, obývací pokoj, pračku, komoru, používá se běžné názvosloví v domácnosti.

Základním znakem komunitní služby je individuální přístup, který vychází z potřeb daného člověka, služba se přizpůsobuje uživateli a ne on jí. Život člověka s mentálním postižením v komunitě by měl co nejvíce připomínat život člověka bez postižení. Běžný život ve světě mužů a žen, sousedství s ostatními lidmi.

Pro princip normality je důležitý normální životní rytmus dne – dopoledne práce (nebo škola), odpoledne aktivity, večer odpočinek, normální rytmus týdne - pracovní dny a víkendy a normální rytmus roku - dovolená, prázdniny, roční období.

2.3 Transformace sociálních služeb v ČR

V mnoha evropských zemích docházelo k odklonu od nevyhovujícího modelu ústavní péče a přechodu na nový systém poskytování sociálních služeb s předstihem až čtyřiceti let. Především severské země jsou známy promyšleným systémem individuální péče, s respektem k osobitosti jednotlivých lidí. Příklady dobré praxe a odklon od ústavní péče nalezneme také ve Velké Británii a v USA, kde je deinstitucionalizace sociálních služeb legislativně ošetřena. Komunitní způsob poskytování sociálních služeb je akceptován i v dalších zemích, např. v Itálii, Rakousku, Španělsku.

Po roce 1989, v tehdy ještě Československé republice, začaly vznikat nestátní neziskové organizace (často církevní nebo občanská sdružení). Jednalo se však spíše o ojedinělé snahy, které neměly zaštitění v nějakém celostátním projektu. Problémem byl především systém financování sociálních služeb.

Ke změnám v poskytování pobytových sociálních služeb dochází v České republice zhruba od 90. let minulého století, kdy začaly vznikat různé alternativy ke klasické ústavní péči. V roce 1990 byl vytvořen scénář sociální reformy, jehož součástí byla změna systému sociální péče na moderní systém sociální pomoci.

Dlouhou dobu žili lidé s postižením ve velkokapacitních zařízeních. Často to byly zámky na okrajích měst a obcí, které společnost nevyužívala. Změna nastává v letech

³⁰ Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace, s. 4.

2000 - 2002, kdy začal Česko - Britský projekt, který napomohl vzniku Standardů kvality sociálních služeb a metodě komunitního plánování.

Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo v roce 2003 tzv. Bílou knihu. Tento dokument definuje sedm principů tvořících základ všech sociálních služeb:

- podporovat nezávislost, respektovat lidi jako jednotlivce a směřovat k jejich individualitě, právům a odpovědnosti
- udržet si místo ve společnosti a předejít sociálnímu vyloučení, pomoci lidem žít běžným způsobem v přirozeném společenství
- služba vychází z individuálních potřeb, ne z potřeb systému
- efektivnost služby je založena na spolupráci, lidé jsou aktivní příjemci a spolupracovníci
- služby jsou v souladu se standardy
- rovný přístup lidí k sociálním službám bez diskriminace
- poskytování služeb plyne z potřeb jednotlivce a komunity.³¹

K největší změně systému sociální péče dochází v květnu roku 2006 se vznikem zákona o sociálních službách č. 108/2006, který určuje povinnost poskytovat sociální službu na základě individuálnosti.³²

Česká republika se k myšlence transformace a deinstitucionalizace přihlásila v roce 2007. Od tohoto roku se Ministerstvo práce a sociálních věcí začalo systematicky věnovat podpoře procesu transformace, deinstitucionalizace a humanizace sociálních služeb na území našeho státu.

Důležitým krokem bylo přijetí mezinárodní Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Ta byla přijata Valným shromážděním OSN v roce 2006 a v České republice nabyla platnosti 28. října 2009.

Článek 19 této Úmluvy ukládá státu přijmout účinná a odpovídající opatření, která mimo jiné zajistí, aby „osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními místo pobytu, kde a s kým budou žít a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí“.³³

Dalším významným krokem k deinstitucionalizaci bylo schválení Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti (dále jen Koncepce) vládou České republiky v roce 2006.

Na tuto Koncepci pak již přímo navázaly projekty Ministerstva práce a sociálních věcí, které mají za cíl uvést do praxe její myšlenky. Prvním projektem byl projekt Podpora transformace sociálních služeb, realizovaný od února 2009 až do května 2013.

Cílem tohoto projektu bylo podpořit transformaci sociálních služeb tak, jak byla pojata v Koncepci. Transformace v tomto projektu byla od začátku pojata jako

³¹ Bílá kniha v sociálních službách, 2003.

³² Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

³³ Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením

prosazování a naplňování lidských práv lidí se zdravotním postižením a nastavení sociálních služeb tak, aby byly založeny na individualitě a vytvořily síť, která bude působit jako prevence vstupu do ústavu.

K úkolům projektu patřila příprava analýz na úrovni krajů a na úrovni státu, podpora krajů a zařízení sociálních služeb při procesu transformace, mediální kampaň k problematice péče o osoby se zdravotním postižením.

Do projektu bylo zapojeno 13 krajů a zúčastnilo se jej 32 ústavních zařízení z celé České republiky, která poskytují služby přibližně 3 800 lidem s postižením. Zároveň díky němu vznikla významná metodická a analytická základna a platforma odborníků, kteří jsou schopni a ochotni předávat svoje zkušenosti s procesem transformace dál.

Na tento projekt plynule navázal druhý projekt s názvem Transformace sociálních služeb. Hlavním cílem bylo vytvořit na národní úrovni prostředí pro transformaci pobytových zařízení sociálních služeb na služby komunitní a zapojení uživatelů do společnosti a na trhu práce.

Projekt Transformace sociálních služeb byl zaměřen na posílení kompetencí lidí se zdravotním postižením, kteří žijí v ústavech nebo je opouštějí. Podpořil poskytovatele sociálních služeb a další organizace poskytující služby, které napomáhají sociální integraci lidí se zdravotním postižením, a také kraje a obce.

Do tohoto projektu vstoupilo 40 zařízení poskytující pobytové sociální služby, kteří jsou v procesu transformace nebo chtějí s transformací svých služeb začít. Aktivita tohoto projektu byla zaměřena na podporu a udržení vize transformace na různých úrovních – poskytovatelé sociálních služeb, samospráva, stát.

Oba dva tyto projekty byly podpořeny v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a byly financovány z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky.

Zatím třetí a poslední projekt na období let 2016 až 2019 s názvem Život jako každý jiný realizuje MPSV v současné době. V projektu jsou naplánovány aktivity zaměřené na analýzy a hodnocení, podporu systémových změn, metodickou podporu, vzdělávání a osvětu.

Projekt se více zaměřuje na podporu krajů a obcí a na systémové změny. Usiluje o větší změny na straně dalších aktérů, kteří mají velký vliv na začleňování lidí s postižením do společnosti, např. lékaře, soudce, policisty a další osoby.

Hlavním cílem tohoto posledního projektu je podpořit nabídku kvalitních a dostupných komunitních sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. Podpora se zaměřuje na všechna témata, která souvisejí s životem lidí se zdravotním postižením v přirozeném prostředí. Podporuje rozvoj procesů střednědobého plánování rozvoje sociálních služeb a transformace, vytváření sítě sociálních služeb poskytovaných v komunitě. Věnuje se tématu bariér, se kterými se potýkají lidé se zdravotním postižením, ať už se jedná o bariéry fyzické nebo v komunikaci. Zabývá se otázkou opatrovnictví a jeho hranice, kompetence opatrovníka, řešení konkrétních kazuistik.

2.4 Proces transformace ústavu

Tato kapitola popisuje proces transformace ústavu sociální péče pro lidi s mentálním postižením. Popis vychází z osobních zkušeností autorky tohoto textu, ze zkušeností spolupracovníků z dalších transformovaných zařízení a z Manuálu transformace ústavů a deinstitucionalizace sociálních služeb, kterou vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí v roce 2013 na základě praxe transformovaných zařízení.

Účastníky procesu jsou uživatelé služby a jejich opatrovníci, poskytovatel služby a jeho zřizovatel, obce, kraj atd.

Transformaci zařízení sociálních služeb můžeme charakterizovat jako dlouhodobý proces. Samotný proces můžeme rozdělit na čtyři na sebe navazující fáze – zahájení, příprava, realizace a ukončení. Celý proces může trvat i několik let. Za řízení procesu transformace je zodpovědný transformační tým.

Proces transformace začíná podnětem ke změně života lidí s mentálním postižením. Na základě tohoto podnětu je vytvořena vize, představa o budoucí podobě poskytované služby. Tato základní myšlenka je důležitým předpokladem pro ukotvení procesu uvnitř organizace, spojuje aktivity spojené s transformací a je platná po celou dobu trvání procesu.

O zahájení transformace můžeme hovořit, pokud se na vizi transformace shodne poskytovatel a zřizovatel a proces transformace projde schvalovacími procedurami. S rozhodnutím o procesu transformace musí být seznámeni uživatelé a jejich opatrovníci, zaměstnanci i veřejnost.

Následuje fáze přípravy transformace. V jejím průběhu poskytovatel především analyzuje údaje o užívatelích, zjišťuje možnosti podpory v komunitě, provede analýzu personální a ekonomické situace. V této fázi je nezbytné zjistit potřeby každého uživatele a zhodnotit, jakou potřebuje míru podpory, jaké má vazby k místu, aktuální schopnosti, dovednosti, zdravotní stav. Výstupem je plán potřebné podpory všech uživatelů v komunitě.

Dalším úkolem je analýza veřejně dostupných služeb v okolí - zdravotní péče, obchody, pracovní možnosti, aktivity, kultura apod. Zdroje dostupné v komunitě mohou částečně nahradit služby, které zajišťoval ústav.

Transformace přináší nemalé změny ve fungování organizace. Po přechodu do komunitních domácností se stávají nadbytečné některé provozy technického charakteru – stravovací provoz, prádelna, údržba budov a zahrad, zásobování. Ve fázi přípravy je proto nutné uvažovat o změně skladby zaměstnanců, která spočívá v nárůstu pracovníků v sociálních službách na úkor technických profesí. U některých zaměstnanců může proběhnout rekvalifikace na pozici pracovníka v sociálních službách.

Součástí přípravy musí být plán na vzdělání současných pracovníků v sociálních službách pro poskytování sociální služby v komunitních domácnostech, která se zásadně liší v přístupu od ústavní péče.

V přípravné fázi je také potřeba analyzovat stav majetku a jeho možné využití v novém uspořádání, plánuje se pořízení nemovitostí, výstavba.

Fáze realizace začíná schválením transformačního plánu, který zahrnuje všechny kroky k přechodu uživatelů do života v komunitě. K tomuto cíli vede dlouhá cesta.

Přechodu uživatelů předchází jejich příprava, osvojení si nových dovedností. Klíčovou dovedností je rozhodování, kterou se uživatelé v ústavní péči neosvojili. Při přípravě uživatele je potřeba vzít v úvahu návyk na život v ústavu, to znamená míru institucionalizace.

Realizuje se vzdělávací plán stávajících zaměstnanců, případně zaměstnanců nově přijatých. V rámci přípravy probíhají stáže v transformovaných službách, kde si zaměstnanci vyzkouší práci mimo ústav.

Proces transformace s sebou přináší finanční nároky. Zejména pokud je plánována výstavba nových objektů nebo rekonstrukce, jsou náklady vysoké. Finanční podporu je možné získat z prostředků Evropské unie v operačních programech. Na nákladech souvisejících s transformací se podílí také zřizovatel.

Kromě investičních prostředků je potřeba počítat s nárůstem finančních prostředků na provoz. V přechodové fázi jsou náklady vyšší, protože dochází k financování v nových službách a souběžně jsou náklady na původní ústavní areál.

Fáze ukončení procesu transformace formálně proběhne podáním závěrečné zprávy zřizovateli, případně poskytovateli finanční podpory (např. u projektů EU).

Zkušenosti ukazují, že přestěhováním do komunitních domácností transformace nekončí. Samotné přestěhování nezajistí, že se kvalita života uživatelů zlepší. Je potřeba dlouhodobě zajistit dostatečnou míru podpory a začlenění do komunity za přítomnosti kvalifikovaného personálu.

3. Centrum sociálních služeb Stod

Proces transformace a deinstitucionalizace bych ráda představila na konkrétním příkladu z praxe. Jediné zařízení v Plzeňském kraji, které tímto procesem prochází, je Centrum sociálních služeb Stod (CSS Stod). Před zahájením procesu transformace se jednalo o zařízení, kde na jednom místě žilo nejvíce osob se zdravotním postižením v celém Plzeňském kraji.

Hlavním předmětem zájmu je srovnání kvality života osob s mentálním postižením před započítáním procesu transformace a po přestěhování do nového prostředí s komunitním typem poskytované podpory.

3.1 Poslání a cíle CSS Stod

Centrum sociálních služeb ve Stodu existuje od roku 1961, původní název byl Ústav sociální péče (ÚSP) a sloužil osobám s mentálním a kombinovaným postižením. Od svého vzniku byl ÚSP určen pouze pro chlapce a následně muže.

V roce 2003 se ÚSP stal samostatnou příspěvkovou organizací, jejímž zřizovatelem byl Plzeňský kraj. Kapacita ústavu v té době čítala 190 klientů, skutečný počet ubytovaných mužů byl 184. V témže roce bylo 10 klientů zaměstnáno mimo zařízení.

Celý areál se skládal z pěti budov, ve kterých bylo sedm pobytových oddělení, kde klienti žili. Uživatelé byli, a někteří stále jsou, ubytováni v pokojích nebo bytech se sociálními zařízeními. Kromě ubytovacích kapacit bylo možné v areálu nalézt výtvarné ateliéry a dílny pro pracovní rehabilitaci, tělocvičnu a místnosti určené pro fyzioterapii.

Celý areál se nachází v rozsáhlé zahradě určené ke sportu, relaxaci, ale i k práci. V její zadní části leží farma s hospodářským zvířectvem. Součástí CSS Stod je také objekt v obci Březí na Šumavě, který využívají především uživatelé k rekreaci.

3.2 Sociální péče před započítáním transformace a deinstitucionalizace

Od roku 1961 ústav sloužil osobám s mentálním a kombinovaným postižením. Klienti byli považováni za chovance a svěřence, teprve později za obyvatele. Klientům se převážně tykalo bez předchozí domluvy, na veřejnosti byli oslovováni jako „kluci“.

Všechny pokoje byly vícelůžkové, neexistoval pokoj jen pro jednoho, či dva klienty, což velmi nabourávalo intimitu a nezajišťovalo soukromí ubytovaných osob. Klienti si nemohli vybrat spolubydlící na pokoji.

Pracovníky tvořil velkou měrou zdravotnický personál. Neexistoval systém klíčových pracovníků, takže klient se obracel na pracovníka, který měl ten den zrovna službu. Individuálně se klientům více mohli věnovat snad jen pracovníci pro volnočasové aktivity při ergoterapii. Práce byly vykonávány buď ve prospěch ústavu, nebo ve prospěch veřejnosti, bez nároku na finanční odměnu. Práce spočívala například v kosení trávy a sušení sena, hrabání listí v areálu ústavu i mimo něj, chovu hospodářských zvířat. Klienti vykonávali pomocné práce v kuchyni, údržbě, prádelně a při úklidu společných prostor. Dříve i všechny tyto pomocné práce byly vykonávány bezúplatně a chápány jako rehabilitační činnost.

Pohyb klientů mimo areál ústavu byl omezen pouze na společné akce, samostatné procházky měli povoleni jen někteří vybraní klienti, přičemž je pokaždé museli ohlásit. Celkově se na jakýkoliv pohyb mimo ústav nahlíželo jako na nežádoucí činnost.

Konformita v ústavu se projevovala téměř ve všech běžných denních činnostech. Ranní budíček ve stejnou dobu pro všechny klienty, denní jídla podávaná v jednotný čas, a neustále se opakující celodenní režim. Konformní bylo i ošacení, které si klienti nemohli vybrat podle svého vkusu. Téměř jednotné oblečení bylo označeno jménem s odůvodněním, že se prádlo pere ve společné prádelně. Klient nerozhodoval o tom, co si ten den obleče, co by chtěl koupit, jakou si vezme obuv.

3.3 CSS Stod v posledních letech

Proces změn v CSS Stod započal již v roce 2005 s příchodem nového vedení organizace. Změny, které měly zlepšit kvalitu života klientů ústavu, začaly již počátkem roku 2006. Po technické stránce došlo ke zlepšení ubytovacích prostor - vyměnili se nemocniční postele, odstranili se mříže na oknech a koule na dveřích. Také se snížil počet klientů

ubytovaných na jednom pokoji či v jednom bytě. V celém areálu se vyměnila okna, radiátory a barevně se vymalovali místnosti.

Změny nenastaly jen v oblasti bydlení, především se začal měnit přístup ke klientům. Zaměstnanci se přestali chovat skupinově a začali zjišťovat zájem klientů. Další změny nastaly v postoji k okolí mimo ústav, kterému se zařízení snaží otevírat. V roce 2006 se poprvé uskutečnila akce s názvem 6. den, festival pro klienty a širokou veřejnost.

I přes veškeré změny došlo v určitém okamžiku ke stagnaci. Nebyl již způsob jak účinně pokračovat v procesu změn vedoucím ke zkvalitnění života v zařízení. Jediným možným řešením byla změna celého systému. Pokud vedení chtělo zajistit klientům co možná nejpřirozenější život, jako mají jejich vrstevníci, bylo nutné zabývat se myšlenkou opuštění původního areálu a vybudování nových domácností v přirozeném prostředí a také zapojení klientů do života jednotlivých domácností.

Dalším podstatným milníkem byla výměna lékařky psychiatricky. Nová paní doktorka klientům věnuje čas, komunikuje s nimi i personálem a snaží se hledat řešení za podávání nezbytně nutného množství léků.

3.4 CSS Stod v procesu transformace

Základním cílem transformace je sociální integrace osob se zdravotním postižením přeměnou Centra sociálních služeb Stod na zařízení, které bude poskytovat sociální služby klientům v přirozeném prostředí, nabídne jim bydlení a podporu v komunitě a zkvalitní nabízené služby.

Ještě před zahájením samotného procesu transformace začaly probíhat změny v poskytování služeb, které měly za cíl podpořit kompetence klientů a jejich zapojení do okolní společnosti.

Projekt Sociální integrace klientů DOZP Stod, který se realizoval v roce 2006, rozšířil aktivity pracovní rehabilitace pro klienty. Jedním ze vzniklých projektů bylo velmi specifické vzdělávání pro 30 klientů, dalším pracovníě-tréninkové centrum pro 10 osob, které se nacházelo v kavárně Rychlá myš v centru města. V témže roce se také otevřela volně přístupná čajovna vybavená počítači a připojením k internetu umístěná přímo v areálu ústavu.

V roce 2007 dochází k přejmenování organizace z Ústavu sociální péče na Domov pro osoby se zdravotním postižením Stod (DOZP Stod). Ve výroční zprávě k tomuto roku se můžeme dočíst: „Rok 2007 byl rokem intenzivních příprav na transformaci zařízení ...“.³⁴ Zároveň je ve zprávě představena budoucnost organizace, která bude mít podobu Centra sociálních služeb. To bude poskytovat různé sociální služby, umožní bydlení v párech a stane se nedílnou součástí komunity.

V roce 2007 se také napravují pracovní vztahy s jednotlivými klienty – vznikají pracovní smlouvy (především na dohodu o provedení práce) pro ty uživatele, kteří pracují v areálu ústavu.

³⁴ Výroční zpráva DOZP Stod. 2007.

V tomto období zároveň probíhá spolupráce s Domovem Pramen v Mnichově v tzv. párových terapiích. Úspěchem této terapie je skutečnost, že jeden pár využil možnost společného života v chráněném bytě v Sokolově.

3.4.1 Sociálně terapeutické centrum DOZP Stod

V roce 2008 je po intenzivních přípravách spuštěn projekt chráněného bydlení a sociálně terapeutické dílny (pekárny a prodejny) ve městě Stod, který byl podpořen z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Obsahem projektu je výstavba objektu poskytujícího sociální péči, který aktivuje proces sociální integrace, respektive zapojení klientů chráněného bydlení do místní komunity obyvatel města Stod. Projekt je podpořen z 5. výzvy programu ROP NUTS II Jihozápad a zahájen dne 2. 3. 2009. Zahrnuje vybudování 12 chráněných bytů v centru města Stod a vznik terapeutických pracovišť – pekařství U mlsného anděla a navazující prodejna, kde jsou zaměstnány osoby se zdravotním postižením. Cílem projektu je zvýšení soběstačnosti klientů, zajištění samostatného bydlení, včetně možnosti párového soužití a přiblížení klientů běžnému způsobu života, namísto ústavní péče. Projekt je ukončen dne 30. 11. 2010. Celkové náklady na tento projekt činí 45 mil Kč.

V červnu roku 2008 jsou nově registrovány sociální služby: chráněné bydlení (18 klientů), sociálně aktivizační činnost pro seniory a zdravotně postižené a odborné sociální poradenství. V tomto roce ukončuje svoji činnost kavárna a nahrazuje ji dílna Šikovná myš, která v těchto prostorách provozuje svoji činnost do současnosti.

Velkým úspěchem roku 2008 je vydání knihy Andělská kuchařka, na které se významně podílí pan Petr, uživatel pobytových služeb, který je autorem ilustrací v knize.

Během roku 2009 pokračuje pracovní skupina zaměstnanců ústavu ve vytváření vize transformovaného zařízení. Vzniká návrh nové organizační struktury, budoucího uspořádání a členění na jednotlivé domácnosti a oblasti. Po diskusích je domluveno, že by veškeré nové domácnosti měly být do vzdálenosti cca 25 km od Stodu a to především kolem páteřní komunikace Plzeň - Domažlice.

Pracovní skupina se shoduje na myšlence, že do budoucna chce umožnit bydlení v komunitě všem klientům a v první řadě těm, kteří potřebují vysokou míru podpory. V posledních měsících roku 2009 vznikla první verze transformačního plánu, vznikají transformační týmy, začíná se jednat se zástupci obcí a obhlížet se vhodné budovy a pozemky. Probíhají první cílené informační schůzky s opatrovníky, klienty a personálem.

V následujícím roce 2010 pokračuje vzdělávání managementu a startuje cílené vzdělávání zaměstnanců v přímé péči. Přínosem jsou jistě i stáže v jiných zařízeních, kde je možné vnímat "dobrou i špatnou praxi".

Mezi klienty se zjišťuje nezbytná míra podpory. Nově se začínají poskytovat služby v bytech na sídlišti Pod Makovým vrchem v Holýšově, od 1. března 2010 v nich žije pět mužů. V bytě 2+1 dva a v bytě 3+1 tři párově.

Mluvíme-li o transformaci zařízení, nesmíme zapomenout na jednu zásadní změnu, a tou jsou ženy. 1. března 2010 se stává klientkami i 5 žen, přítelkyň pánů z výcvikového chráněného bydlení. Domov ve Stodu od této doby již tedy není vyloženě mužský, ale je možné společné soužití mužů a žen. Ruku v ruce s tímto došlo k úpravě popisu cílové skupiny.

Tyto konkrétní cíle vymezuje Transformační plán DOZP Stod, který byl vypracovaný pro potřeby procesu transformace. V Transformačním plánu jsou také definované konkrétní principy a strategie postupu. Dále sloužil jako podklad pro celkové nastavení projektu a rozčleňuje celý proces transformace na 3 etapy.

3.4.2 Transformace DOZP Stod – I. etapa

V roce 2010 dochází ke schválení transformačního plánu I. etapy transformace zastupitelstvem Plzeňského kraje a posléze i Ministerstvem práce a sociálních věcí. V závěru roku se ve stádiu schvalování nalézá také žádost o poskytnutí dotace z Integrovaného operačního programu (IOP).

Projekt Transformace DOZP Stod - I. etapa je zahájena v roce 2010 s podporou programu IOP. V rámci této etapy procesu transformace je vybudováno celkem 13 nových domácností na území Plzeňského kraje. Tyto domácnosti se nacházejí v lokalitě Stod, Holýšov, Dnešice a Nýřany a žije v nich celkem 68 uživatelů, z toho 36 klientů s vysokou mírou podpory.

V lokalitě Stod jsou vybudovány 3 skupinové domácnosti (1 domácnost vždy pro 6 uživatelů) s vysokou mírou podpory, ve Dnešicích dvě skupinové domácnosti (1 domácnost vždy pro 6 uživatelů). V lokalitě Holýšov pak jsou vybudovány 3 skupinové domácnosti s vysokou mírou podpory (1 domácnost vždy pro 6 uživatelů), dále 2 skupinové domácnosti (obě pro 3 uživatele) a 1 individuální domácnost (pro 2 uživatele). Náklady projektu, který byl dokončen v květnu 2015, činí celkem 57 mil Kč.

3.4.3 Transformace DOZP Stod – II. etapa

V roce 2011 se pokračuje v plánování tzv. II. etapy transformace zařízení. Na konci září 2012 je podána projektová žádost pro II. etapu projektu transformace.

Další projekt Transformace DOZP Stod - II. etapa je zahájen v roce 2012 a navazuje na I. etapu transformace. Na území kraje je vybudováno 10 nových domácností. Realizace této etapy probíhá v lokalitě Nýřany, Tlučná, Vejprnice, Chotěšov a Staňkov. Celkem velkokapacitní zařízení opouští 41 uživatelů.

V lokalitě Nýřany je vybudována 1 skupinová domácnost pro 4 uživatele, v lokalitě Tlučná 2 skupinové domácnosti (1 domácnost vždy pro 5 uživatelů), v lokalitě Staňkov 3 skupinové domácnosti (1 domácnost pro 4 uživatele a 2 domácnosti pro 3 uživatele), v lokalitě Vejprnice 1 skupinová domácnost pro 5 uživatelů a v lokalitě Chotěšov pak 3 skupinové domácnosti (1 vždy pro 4 uživatele). V rámci II. etapy je také vybudována

sociálně aktivizační dílna v lokalitě Staňkov a doplňuje tak typ sociální služby, který není v této oblasti v současné době k dispozici. Projekt je ukončen v listopadu roku 2015. Náklady projektu podpořeného v rámci programu IOP činí celkem 49 mil Kč.

V roce 2013 dochází ke změně názvu na Centrum sociálních služeb Stod (CSS Stod) i ke změně loga.

Rok 2014 je v mnoha ohledech převratný. Dochází na přibírání nových zaměstnanců, intenzivní proškolení, rekvalifikace, na postupné utlumování podpůrných provozů jako je centrální kuchyně, prádelna, sklady, údržba. Pracuje se na metodice k finančnímu hospodaření, na zajišťování zdravotní péče, údržby a mnoha dalších věcech souvisejících se změnami v poskytování péče.

Podstatná je také práce s klienty v rámci individuálního plánování a v rámci plánování přechodu. V prosinci se stěhují první obyvatelé nových domů. Konkrétně 12 osob do Nýřan a dalších 12 do Dnešic. Dochází tak k opuštění jedné budovy v areálu zcela a jedné z části.

Důležité je také otevření sociálně-aktivizační dílny v Nýřanech. V roce 2014 je zaregistrována odlehčovací služba, poskytovaná od 1. ledna 2015.

Rok 2015 je ve znamení staveb, přesouvání různého majetku a stěhování. Vše začíná již v únoru, kdy se stěhují klienti s potřebou vysoké míry podpory do 3 domácností do Holýšova, následně 3 domácnosti do Stodu - Háječek, 2 domácnosti do Tlučné, 1 do Vejprnic a čtyři pánové do bytu v Nýřanech.

Proces přeměny ústavního zařízení na komunitní služby pokračuje i v roce 2016. Hned začátkem roku se stěhuje celkem 22 klientů do 2 domácností do Staňkova a 3 domácností do Chotěšova. Také transformační tým po krátkém oddechu, znovu mobilizuje své síly a začíná pracovat na transformačním plánu pro projekt Transformace CSS Stod - III. etapa. Proces přeměny už trvá deset let a III. etapa by měla být jeho poslední fází.

3.4.4 Transformace CSS Stod – III. etapa

Proces transformace je dosud realizován třemi projekty, které započaly v tomto zařízení již v roce 2007. Původní areál ústavu během těchto fází opustily více než dvě třetiny klientů. V současné době probíhá závěrečná etapa transformace. CSS Stod získává podporu, díky které dojde k vybudování nových rodinných domů a následnému přestěhování všech klientů.

S tím souvisí také opuštění stávajícího areálu a plánovaná stavba nové administrativní budovy. Systém poskytované péče se po dokončení transformace změní z péče ústavního typu na péči komunitní.

V současnosti jsou služby poskytovány v 18 domácnostech v rodinných domech ve Staňkově, Holýšově, Stodu, Chotěšově, Dnešicích, Nýřanech, Tlučné a Vejprnicích. Nový domov a lepší služby v nich našlo 97 klientů. Další pobytové služby jsou pak poskytovány v 17 bytech v běžné zástavbě Holýšova, Stodu a Nýřan. S minimální podporou v nich žije 32 osob, které opustily ústavní způsob života.

V roce 2017 CSS Stod získalo podporu pro realizaci kompletního opuštění původního areálu ústavu. Tak dostane příležitost k životu v běžném prostředí i zbývajících 61 klientů, kteří jsou dosud ve dvou původních budovách. Projekt Transformace CSS Stod – III. etapa byl podpořen Integrovaným regionálním operačním programem (IROP). Náklady na tento projekt jsou 79 mil. Kč.

Na konci roku 2018 začíná výstavba sedmi nových domů pro skupinové bydlení a nové administrativní budovy. V roce 2020 dojde k přestěhování všech klientů bývalého ústavního areálu a k jeho úplnému opuštění.

4. Přínos transformace z pohledu uživatele sociální služby

Hlavním cílem této kapitoly je zhodnotit, k jakým změnám a v jakých oblastech života uživatele sociální služby dochází v průběhu transformace sociální služby a zda je probíhající integrace pro klienty přínosem. V této kapitole se autorka zamýšlí nad přínosem transformace sociálních služeb z pohledu osob, které přešly z ústavního typu služby do života v komunitě.

V souladu s hlavním cílem je tato část práce zaměřena na zhodnocení míry samostatnosti a samostatného rozhodování klientů v průběhu procesu transformace. Zda a jakým způsobem se změnila kompetence klientů a především jak na svůj život pohlížení obyvatelé nových domácností.

4.1 Hodnocení přínosu transformace

Pro hodnocení přínosu transformace pro uživatele CSS Stod byla použita metoda evaluace, což je systematický proces sběru a analýzy dat s cílem určit, zda a v jakém stupni bylo nebo právě je dosahováno cílů.

Evaluační proces má ověřit, zda opravdu dochází k naplňování původních cílů, nastavených na počátku procesu transformace, kdy se plánovalo jaké nové služby poskytovat, pro jaký typ klientů a jaký počet. Snaží se získat informace o posunech ve službách, o tom co funguje, co nefunguje a proč. Důležitým výstupem je dopad změn na cílovou skupinu uživatelů.

Cílem evaluace je poskytnout zpětnou vazbu pro všechny zúčastněné (zřizovatel, poskytovatel, uživatel atd.), přinést informace o kvalitativních změnách v poskytované službě.

Proces evaluace zahrnuje několik fází. Pro získávání informací od účastníků je důležitá formulace otázek tak, aby přinesly odpovědi na to, co je potřeba se dozvědět (otevřené, uzavřené otázky). Dalším krokem je zvolení vhodné techniky sběru dat (dotazníky, rozhovory, pozorování, analýza dokumentů). Vzhledem k tomu, že není možné získat údaje od všech zúčastněných v procesu, je potřeba vybrat vhodný vzorek respondentů. Následuje sběr dat, následná analýza a vyhodnocení procesu.³⁵

³⁵Evaluace v procesu komunitního plánování. Programový tým projektu EQUAL 0076.

Proces evaluace v CSS Stod zaměřený na hodnocení změn v poskytování služeb z pohledu uživatelů služby probíhá v rámci projektu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR s názvem Transformace sociálních služeb z důvodu získání sběrného materiálu pro následné zpracování a hodnocení.

Tyto výstupy evaluace průběžně provádějí pracovníci Centra. Šetření probíhá pravidelně od roku 2014. Ke sběru dat dochází dvakrát ročně s předem vybranými respondenty. Rozhovory začaly probíhat ještě v době před opuštěním původního ústavního zařízení. Díky tomu je možné zmapovat, zda dochází ke změnám a v jakých oblastech života klientů. Z ústavního areálu se první klienti do komunitních domácností přestěhovali v roce 2014.

Rozhovor byl veden celkem se 17 klienty CSS Stod. Z toho je 14 klientů ve službě Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP), 3 klienti jsou ve službě Chráněné bydlení (CHB). Podle potřebné míry podpory je poměr respondentů následující: 11 klientů – vysoká míra podpory, 2 klienti – střední míra podpory, 4 klienti – nízká míra podpory.

Pracovníci využívají převážně řízené rozhovory s klienty na základě předem daného okruhu otázek. Jejich cílem je zjistit míru samostatnosti a kompetencí, míru rozhodování uživatele o vlastním životě, zapojení do života komunity a do společenského života:

1. Kde bydlím?
2. Jak vypadá moje bydlení?
3. Moje léčba
4. Moje životospráva
5. Jak trávím svůj volný čas?
6. Kdy, kde a s kým budu o samotě?
7. Kdo a kdy vstupuje do mého obydlí?
8. Pomoc při péči o sebe
9. Používání mých peněz v každodenním životě
10. Moje plány do budoucna a jejich naplňování
11. Moje právní vztahy
12. S jakými lidmi, mimo pracovníky zařízení, udržuji vztahy?
13. Kde trávím svůj volný čas?
14. Pracuji?
15. Co se za posledních 6 měsíců v mém životě nejvíce změnilo?

Rozhovory probíhají v přirozeném prostředí klientů. Pořadí otázek je možné dle potřeby zaměňovat, zároveň je důležité využívat upřesnění a vysvětlení. Pracovník, který vede rozhovor, si ověřuje správné pochopení otázky a výklad odpovědi.

4.2 Výsledek evaluace

Evaluačním cílem je popis a identifikace silných a slabých stránek poskytované sociální služby z pohledu klientů v souladu s posláním organizace, se standardy kvality, se zákonem. Hodnocení bere v potaz dopad poskytovaných služeb na životní situaci klienta.

Nejen z rozhovorů, ale i z pozorování, je možné vyhodnotit, že k největším změnám ke zvýšení samostatnosti a samostatnému rozhodování klientů dochází po přestěhování do komunitní služby. Klient není jen pasivním příjemcem, ale stává se aktivním partnerem plánování sociální služby.

Vzhledem k tomu, že k prvnímu stěhování klientů došlo před téměř pěti lety, můžeme hodnotit naplňování stanovených cílů v průběhu času. Jak již bylo uvedeno, krátce po přestěhování do komunitních domácností dochází k výraznému zvýšení samostatnosti. Toto období je velmi individuální, můžeme však hovořit zhruba o období jednoho roku. V následujícím čase jsou patrné jen malé změny k lepšímu, pro mnoho lidí téměř nepozorovatelné. Pro uživatele služby se však jedná o významný posun v možnosti rozhodování o vlastní osobě.

V úvahu je třeba brát také přirozené stárnutí obyvatel nových domácností. Na jednu stranu dochází k rozvoji kompetencí. U některých klientů však můžeme pozorovat zhoršování fyzické kondice a celkové ubývání sil způsobené přirozeným vývojem.

Zaměříme-li pozornost na jednotlivé kompetence klientů, můžeme sledovat, že největší možnost rozhodovat se mají klienti v oblasti trávení volného času. Ve sledovaném období došlo k významnému snížení četnosti odpovědí, že uživatel nemá možnost se rozhodovat a vybírat z nabídky ve prospěch odpovědí, uživatel sám rozhoduje a pracovníci se ho ptají, co by chtěl. Mezi oblastmi, kde jsou klienti dlouhodobě v rozhodování nejvíce omezováni, patří bydlení a oblast právních vztahů.

Velký posun se projevil v oblasti životosprávy. Zvyšující se možnost volby v rozhodování je úzce spojena s přestěhováním klientů do menších komunitních domácností. Projevilo se to ve změnách v přípravě stravy, kdy příprava a konzumace jídla probíhá v domácnostech klientů. V domácnostech je možné pružněji reagovat na chutě klientů oproti ústavnímu zařízení. Za částku stravovací jednotky je možné nakupovat i potraviny a pochutiny, které si museli klienti v bývalém zařízení dokupovat navíc z kapesného. Jedná se například o lepší jogurty, šťávy, kávu, sušenky, více ovoce, suroviny na víkendové pečení.

V oblasti financí se začali uživatelé více starat o své peníze, zvýšila se možnost rozhodovat v určité míře o svých financích. Při rozhovorech ohledně zacházení s financemi je zřetelně vidět, že individuální přístup v menších domácnostech směřuje k pružnějšímu, rozmanitějšímu a hospodárnějšímu životu.

Pozitivním zjištěním je, jak klienti vnímají společné prostory. Ještě nedávno byl patrný velký rozdíl ve vnímání „mého“ pokoje a všeho ostatního. To se pomalu mění, klienti se začínají chovat jinak ke společným prostorům. Mnohé dokonce baví se o tyto společné prostory starat, rádi je uklízí, pracují na zahradě, začali se zajímat o výzdobu atd.

Potvrzuje se, že nižší počty klientů vedou k tomu, že je personál lépe zná a dokáže pružněji reagovat na jejich potřeby. A na druhou stranu klienti v menším počtu mohou se svým asistentem navázat osobnější vztah, což vede k opravdu individuálnímu jednání a přístupu.

Na základě těchto šetření bylo zjištěno, že transformace pobytových sociálních služeb ústavního typu má pozitivní vliv na rozvoj kompetencí v oblasti rozhodování lidí s postižením žijících v těchto zařízeních. Dotazované osoby s mentálním postižením vnímají současný život a sociální služby po transformaci velmi kladně. Do jejich životů se dostala svoboda a volnost, což pro ně znamená „mít klid“, mít možnost si jít nakoupit, mít možnost jít jen tak na procházku, možnost být o samotě.

Na základě provedených rozhovorů můžeme konstatovat, že pro všechny uživatele je v životě velmi důležitý kontakt s jejich blízkými, udržování mezilidských vztahů, pocit fyzické a psychické pohody. Z analýzy dat vyplývá, jak si klienti považují současné volnosti, svobody v rozhodování a možnosti svobodného pohybu.

Rozhovory jsou doplněny o dva osobní příběhy klientů, které mají ověřit výstupy vyplývající z evaluačních šetření.

4.3 Osobní příběhy lidí v transformovaném zařízení

JIŘÍ

Pan Jiří se narodil s Downovým syndromem. V roce 1984 přišel do Stodu ze zařízení určeného pro děti, kam ho umístila matka, protože se o syna nemohla sama postarat po smrti jeho otce. Panu Jiřímu bylo v době, kdy přistěhoval do ústavu ve Stodu 20 let.

Jiří měl celý život velmi dobré vztahy nejen s matkou, ale i se svými dvěma bratry a jejich rodinami. Pan Jiří měl svou rodinu rád a velmi často na ni myslel a mluvil o ní. Dokud to bylo možné, navštěvoval svou rodinu i na delší dobu. Postupně se délka těchto pobytů zkracovala až ho nakonec maminka a bratři navštěvovali spíše jen v zařízení, případně pana Jiřího brali na jednodenní výlety, kdy ho ráno vyzvedli a večer opět přivezli zpět do ústavu.

Rodinné vztahy byly ze strany zařízení jednoznačně podporovány, ale v té době se všechny návštěvy museli podřizovat chodu zařízení, dodržovat návštěvní hodiny, nahlásit se předem a také se musela dodržovat izolace v době chřipkových epidemií.

Pan Jiří se v rámci transformace zařízení přestěhoval do nové komunitní domácnosti ve Stodu pro osoby s vysokou mírou potřebné podpory. Žil v domácnosti spolu s dalšími pěti obyvateli, obýval dvoulůžkový pokoj, obývací pokoj a kuchyně společně využívali všichni obyvatelé. Dům je bezbariérový, včetně bezbariérové koupelny.

V roce 2017 po dvou a půl letech od přestěhování zemřel.

Vybrané oblasti: č. 3 Moje léčba, č. 4 Moje životospráva, č. 8 Pomoc při péči o sebe

U většiny oblastí se nedá hovořit o prudkém zlepšování v samostatném rozhodování, pan Jiří byl klient s potřebou vysoké míry podpory. Vlastní rozhodnutí se často dalo vypořádat jen díky empatii personálu, který na základě zkušeností dokázal vnímat projevy libosti či nelibosti.

Oddělení, na kterém byl původně umístěn pan Jiří, bylo po dlouhou dobu vedeno jako zdravotní, později začal zdravotní personál na oddělení jen docházet a již nepracoval přímo na oddělení. Pan Jiří využíval praktického lékaře, kožního lékaře a psychiatricku, kteří do zařízení docházeli, za dalšími odbornými doktory musel dojíždět. V novém bydlišti docházel praktický lékař za panem Jiřím domů.

U pana Jiřího se během života projevil diabetes, proto bylo potřeba, aby si několikrát denně píchal inzulin. Toto zdravotní omezení ovlivňovalo celé jeho fungování v ústavu. Nemohl s ostatními klienty jezdit na rekreace, na výlety ani se nemohl samovolně pohybovat po areálu. Také nemohl navštěvovat terapeutické dílny a byla přísně kontrolována jeho strava. Pan Jiří trávil většinu času jen na svém oddělení, kde se nejraději věnoval malování a vystřihování obrázků. Také se rád díval na televizor.

V roce 2007 došlo k výměně psychiatricky zařízení, jednalo se o velmi pozitivní krok ze strany vedení organizace. Po této výměně došlo ke změnám v medikaci a v důsledku toho ke zlepšení celkové kondice Jiřího. Pan Jiří se poté začal zajímat o své okolí, o možnosti práce na oddělení a zapojení se v terapeutických dílnách.

Pan Jiří si svou léčbu ani lékaře nemohl a hlavně nedokázal vybrat sám, museli za něho rozhodovat jiní. Jeho projevy nepohodlí a bolesti se začali brát vážněji a na základě těchto projevů došlo ke změně diabetologa a léčby. Bylo nutné začít dojíždět na dialýzu, na kterou později pan Jiří dojížděl až třikrát týdně do Plzně. Tyto cesty bral jako výlety. Vytvářel příjemnou a veselou atmosféru mezi ostatními pacienty na dialýze, povídal si se zdravotním personálem i diabetologem, kteří byli velmi vstřícní. Také pravidelné podávání léků si pan Jiří nedokázal sám ohlídat, ale postupně se naučil nosit a hlídat si svůj notýsek na zaznamenávání inzulinu. Díky změně přístupu ke zdravotním omezením se mohl pan Jiří postupně zapojit do aktivit zařízení, začít jezdit na výlety, zapojovat se do sportovních aktivit, účastnit se pravidelných činností v dílnách i týdenních rekreací na základě vlastní volby.

Také strava byla ovlivněna diabetem. Z kuchyně byla dovážena přímo na oddělení a nebyla žádná možnost volby, vařilo se jen jedno jídlo. Později bylo možné vybírat si ze dvou variant oběda, ale za pana Jiřího velmi dlouho vybíral personál, postupně docházelo ke změně, kdy si klient mohl vybírat sám za pomoci asistentky. K tomuto pokroku došlo i na základě osvěty ze strany odborníků diabetologie. Postupem času bylo vidět co mu chutná a co mu dělá dobře. V nové domácnosti došlo k dalšímu zlepšení. Byl možný výběr ze čtyř variant obědů a ostatní jídlo se nakupovalo a připravovalo podle přání a chuti klientů. Díky změně zacházení s financemi klienta bylo možné, aby si pan Jiří nakoupil vlastní potraviny a uskladnil je v lednici či spíži domácnosti. Pokud chtěl, mohl využít vlastních zásob místo společné stravy.

K pití byl v ústavu k dispozici vždy čaj, buď černý nebo ovocný. V domácnosti si mohl Jiří sám rozhodnout, co si za pomoci asistentky uvaří nebo nalije. Pan Jiří měl svou vlastní zásobu čajů a rád zval ostatní na šálek čaje.

Denní režim pana Jiřího byl dlouho určován aktuální glykemií, podle vyhodnocení personálu. Postupem času se začalo více dbát na klientovu pohodu díky komunikaci pracovníků s lékařem. Po domluvě s lékařem se začalo upravovat množství inzulinu podle

pana Jiřího a ne jen podle glykemie jako předtím. Byl zrušený do té doby povinný “polední klid” a striktní denní režim, který byl dodržován. Klient si mohl určit, kdy bude vstávat, uléhat a odpočívat podle svého přání a potřeb. Pan Jiří postupně posouval dobu vstávání. Nejdříve vstával kolem čtvrté hodiny ranní, ale k závěru života vstával až mezi sedmou a osmou hodinou. Také spát začal chodit podle svého přání. Večer se koukal na společnou televizi a spát odcházel, až když se cítil unaven.

V péči o sebe na tom byl pan Jiří po fyzické stránce v podstatě stále stejně nebo spíše (s přibývajícím věkem) hůře. Rozdíl byl v přístupu personálu, který se začal měnit postupně od roku 2007. Ještě v roce 2006 připravovali oblečení na příští den zaměstnankyně večer bez ohledu na preference klientů. Nové oblečení a osobní věci nakupoval personál sám bez účasti klienta. Všechny věci klientů byly uloženy v uzamčených skříních na chodbě a měli k nim přístup pouze pracovníci. . Pan Jiří si velmi zakládal na tom, co má na sobě a jak vypadá. Svě šaty si začal chystat sám vždy večer za pomoci asistentek. Skříň s osobními věcmi se přestala zamykat a pan Jiří se mohl převlékat i několikrát za den.

Koupání probíhalo v ústavu vždy ráno, klienti čekali na židlích podél zdi koupelny, až na ně přijde řada. Během změn došlo ke zrekonstruování koupelen a změnil se také přístup personálu. Postupně se začalo dbát na intimitu a v nových domácnostech se stalo samozřejmostí, že klient je v koupelně sám. Pan Jiří si za pomoci asistentek nakupoval vlastní osobní drogerii. Na oddělení začala docházet pedikérka, pokud chtěl Jiří její služby využít, tak mohl. Také mu bylo nabídnuto, že by mohl chodit ke kadeřnici do města. O toto neměl zájem a nechával se nadále stříhat od asistentek.

KAREL

Pan Karel přišel do zařízení ve Stodu v roce 1975, když mu bylo patnáct let. Do této doby se o něho starala matka, která ho i po přestěhování navštěvovala. Interval návštěv se postupně, i díky zdravotnímu stavu maminky, prodlužoval. Posledních patnáct let za ním jezdila maximálně jednou do roka. V roce 2013 maminka zemřela a opatrovnictví bylo soudem nabídnuto sestře, kterou nikdo v ústavu neznal. Ta si úřední opatrovnické povinnosti plní, ale za panem Karlem příliš nejedí.

Karel se přestěhoval do rodinného domu pro lidi se s vysokou mírou podpory v únoru 2015. Do té doby žil na stejném oddělení a obdobném pokoji jako pan Jiří. Oproti němu má však velký hendikep – pohybuje se pouze pomocí mechanického vozíku. V rámci oddělení (v řádu desítek metrů) byl schopný se pohybovat, díky síle svých rukou, pomalu sám. Z vozíčku na postel nebo na WC se přemístí obtížně sám, ale často při této manipulaci upadne. Je nutné říci, že pomoc při přemísťování často odmítá a chce dokázat, že to zvládne sám.

Mezi záliby pana Karla bychom mohli zařadit starost o ložní prádlo a oblečení. Klient se velmi rád snaží převlékat postele a připravovat oblečení. Přibližně před sedmi lety se podařilo Karlovi domluvit alespoň jednou týdně práci v dílnách v rámci zařízení – jezdil do svíčkařské dílny, kde nedělal svíčky, ale to co ho právě bavilo.

Ve srovnání s panem Jiřím je u Karla mnohem obtížnější vypořádat osobní přání a volbu. Především v oblastech týkajících se vyšších potřeb se Karel nevyjadřuje a působí dojmem, že je mu to téměř jedno. U oblastí týkajících se potřeb základních je většina změn založena na minimálních projevech libosti klienta, na dlouholeté znalosti ze strany personálu, na "principu normálnosti" a na vyšší kvalitě života.

Vybrané oblasti: č. 1 Kde bydlím, č. 2 Jak vypadá moje bydlení, č. 6. Kdy, kde a s kým budu o samotě, č. 7 Kdo a kdy vstupuje do mého obydlí

Obec Stod ani jednotlivá oddělení si pan Karel k bydlení v minulosti nevybíral. Do Stodu ho umístila matka a bydlení na konkrétním oddělení (prošel jich více) bylo vždy souhrnou několika skutečností. V první řadě to bylo volné místo a zásah personálu na základě znalostí jeho dovedností a vazeb. Stěhování mezi pokoji nikdo neřešil. Pan Karel bydlel vždy tam, kde to nejvíce vyhovovalo oddělení jako celku. Posledních patnáct let bydleli na pokoji čtyři klienti, každý měl skříň na chodbě, protože na pokoj se již nic nevešlo. Pokoj měl omyvatelné stěny. Postel byla kovová - nemocniční. O pokoji, ani o společných prostorech oddělení pan Karel rozhodovat nemohl, nikdo se ho neptal.

V roce 2008 došlo k prvním změnám v oblasti bydlení. Podařilo se vymalovat pokoj, pan Karel se spolubydlícími se podíleli na výběru barev, koupili se nové postele, vyměnili okna a radiátory, ale kromě výmalby se klienta opět nikdo moc neptal. Spíše to probíhalo tak, že personál zkoušel odhadovat, co by se mohlo Karlovi a ostatním líbit a co by jim mohlo vyhovovat.

V rámci staveb nových domů vznikly domácnosti s vysokou mírou podpory ve dvou obcích. Pan Karel si sám nedokázal vybrat, kde by chtěl bydlet. Personál na základě znalostí tohoto klienta, na základě vazeb na další klienty a personál a na základě vzdálenosti k opatrovníci, vybral jednu z domácností v Holýšově. Obdobně tomu bylo i díky časovému tlaku s vybavením pokoje. V současné době je Karel na dvoulůžkovém pokoji se spolubydlícím, se kterým si rozumí. Nyní je více prostoru a času na to, snažit se více komunikovat a zjistit, co by chtěl pan Karel ještě na pokoji mít a jak pokoj vyzdobit. Asistentky si také více začaly uvědomovat, že Karel a ostatní klienti se nemají podílet jen na vybavení svých pokojů, ale také na vzhledu, funkčnosti a vybavení společných prostor, celého domu a zahrádky.

Personál také vypořádal jednu podstatnou věc. Pan Karel je klidnější, vstřícnější a usměvavější díky tomu, že je vždy včas v kuchyni nebo třeba na toaletě. Je to tím, že není tolik závislý na asistentkách z důvodu takové maličkosti, jako je kratší vzdálenost (do kuchyně nebo na WC).

Na bývalém oddělení existovala zdravotní ambulance. To byl jeden z důvodů, proč tam stále někdo chodil. Rovněž na pokoje vstupovalo mnoho cizích lidí (další klienti, asistentky, uklízečky). Téměř nikdo neklepal. Návštěvy a praktikanti se klientům běžně nepředstavovali. Problémem bylo také průchozí, s vedlejším pokojem společné WC. A jak již bylo řečeno, o nějaké intimitě v koupelně nemohla být řeč. Ještě v roce 2006 sedával Karel na klozetovém křesle mezi ostatními klienty na "herně" (společenské

místnosti). S ostatními a mezi ostatními v podstatě být musel. Během času se nakoupily župany, postupně se snižoval počet klientů v koupelně při hygieně, začalo se používat běžné WC oproti klozetovým křeslům. Personál byl veden k tomu, aby při vstupu na pokoj klepal, aby nechal na Karlovi, kde chce trávit svůj čas.

Zásadní změna, která pro Karla nastala po přestěhování do domácnosti v Holýšově, není založená na rozhodování, ale na dispozici bydlení. Karel má pouze dvoulůžkový pokoj, počet klientů v domácnosti je nižší, všude to má blízko, sám se dostane na malou terasu, může být sám v koupelně, návštěva musí zazvonit a domluvit se s ním. Další změnou, na které se však pracovalo již v bydlení minulém, je přístup personálu, který dává prostor k tomu, aby klient mohl jít (jet), kam zrovna chce. Pro ztíženou možnost pohybu je také důležité, aby asistentky dokázaly reagovat na náznak a poté pomohly pana Karla přemístit.

4.4 Zhodnocení změn v sociálních službách v souvislosti s transformací

Předmětem této části práce bylo zkoumání kvality života osob s mentálním postižením a přínos procesu transformace sociálních služeb pro jejich uživatele. Snahou bylo najít odpovědi na otázky, jak lidé s postižením vnímají samotný proces transformace sociálních služeb, jaký vliv na kvalitu života má proces transformace, jak hodnotí kvalitu svého života po přestěhování do komunitního typu bydlení, jaké konkrétní přínosy transformace pro lidi s postižením má, jaké konkrétní nedostatky do života lidí s postižením transformace sociálních služeb přinesla.

Nejvíce patrná je změna podmínek směřující ke kvalitě bydlení. Poskytování služby v domácnostech, na rozdíl od prostor velkokapacitní instituce, odpovídá přirozenému prostředí. Přínosem pro zapojení obyvatel do chodu domácnosti je, že se spolupodílejí na vybavování a výzdobě domácnosti. Díky tomu došlo k významnému posunu ve vnímání soukromých prostor (pokoj) a společně obývaných (kuchyně, obývací pokoj). Ve stoupající míře oproti době po přestěhování vnímají klienti i společné prostory jako „jejich“. K možnosti péče o zahradu je přístup velmi individuální. Záleží z velké části na schopnosti obyvatel jednotlivých domácností, vzhledem k míře potřebné podpory, na zájmech jednotlivých klientů. Důležitým faktorem je osobní preference a motivace pracovníků v domácnosti.

Nový způsob života s sebou přinesl mnoho změn. Klienti se začali samostatně nebo s doprovodem personálu individuálně pohybovat po městě, někteří klienti získali pracovní uplatnění. Klienti si osvojují mnoho dovedností. Zapojují se do běžného chodu domácnosti. Přípravují si jídlo, nakupují potřebné potraviny, uklízejí, zkrátka provádějí činnosti, které dříve vykonával pouze personál. Přestěhování do nových domácností celkově vedlo ke snížení rizikového chování klientů.

V rámci adaptačního období se klienti velice obtížně zbavovali zvyku ihned a velmi rychle něco sníst tak, aby jim někdo jiný nesnědl jídlo. Na rozdíl od velkokapacitní instituce klienti v domácnostech mohou volit kdy a co budou jíst. Ukázalo se, že tato možnost volby posílila rozhodovací schopnosti klientů a sami si říkají, co a kdy budou

jíst. Zároveň pracovníci stolují spolu s uživateli na rozdíl od společné jídelně velkokapacitní instituce. Tento mechanismus posílil osobní vazbu mezi klienty a pracovníky stejně jako mechanismus užívání osobních věcí.

Zejména po uplynutí adaptačního období dochází u jednotlivých klientů k posílení kompetencí, schopností a dovedností. Začínají přijímat nové role v péči o domácnost, učí se novým dovednostem, zvyšují schopnost v péči o sebe.

Při přesunu do nových domácností došlo ke snížení počtu klientů na jednoho pracovníka, díky tomu je možné více se věnovat individuální podpoře jednotlivých obyvatel komunitní domácnosti. Pro dobré fungování domácnosti se jako důležité jeví stabilní pracovní tým, který je založený na pozitivních vztazích a důvěře. Pracovníci reflektují obtíže, když jeden ze spolupracovníků nepracuje obdobným způsobem jako ostatní.

Ze strany pracovníků je možné zaznamenat významnou změnu v oblasti sdílené odpovědnosti. Ve velkokapacitní instituci nepocíťovali individuální odpovědnost za děje a procesy ve službě. Po přesunu do domácností uváděli jako poměrně velkou negativní zátěž, že odpovědnost za chod domácnosti je pouze na nich. Po adaptačním období, kdy si na individuální odpovědnost zvykli, začali naopak uvádět danou skutečnost jako pozitivní („jaké si to udělám, takové to mám“).

Pracovníci refleктоvaly, že dopravní a technické podmínky v domácnostech vedli k tomu, že museli snížit hranici obav o to, co se klientům může stát. Posílení individuality a sociálního začleňování vedlo k tomu, že po adaptačním období zaměstnanci upouštěli od přehnaného ochrannictví směrem ke klientům. Přesto, že je k tomu původně vedli technické podmínky sami nakonec tento proces hodnotili velmi efektivně.

V oblasti vnímání času ze strany klientů dochází k posunům k přirozenějšímu způsobu života velmi pomalu. I po adaptačním období kopíruje vnímání času v domácnostech časovou strukturu naučenou z původní instituce. Častým projevem je např. skutečnost, že po večeři chodí klienti brzy spát i přes přesvědčování ze strany pracovníka.

Změny v životě klientů nesouvisí pouze s přestěhováním uživatele do komunitní služby, ale především se změnou nastavení poskytovaných služeb, kde klíčovou roli mají samotní pracovníci. Další zvyšování samostatného rozhodování je takřka nemožné bez kvalitních asistentů a dobrého metodického vedení.

Z rozhovorů a pozorování vyplývá, že klienti vědí, že mohou nějakou vlastní aktivitou přispět ke své spokojenosti. Cituji výrok jednoho klienta: „dojedu si, když se mi zasteskne“. I proti pocitu osamocení dokážou něco dělat „někdy jdu ven“ nebo „kdykoliv můžu někoho navštívit“. Je patrné, že klienti přestávají být pasivními příjemci služby a aktivně se podle svých možností a schopností zapojují do činností nejrůznějšího charakteru.

Závěr

Transformace je především o změně myšlení. Bez pochopení principu procesu transformace není možné dosáhnout jejího úspěšného dokončení.

Předmětem této práce bylo srovnání přístupu poskytování sociálních služeb v ústavním a komunitním typu sociální služby. Abychom se mohli zamyslet nad přínosem změn, které probíhají, museli jsme se nejdříve seznámit s historií a vývojem sociálních služeb na území České republiky a vymezit související pojmy.

V poskytování sociální péče osobám se zdravotním postižením u nás dlouhodobě převažuje ústavní charakter ve velkokapacitních zařízeních. Velké množství osob se zdravotním postižením využívá pobytové sociální služby a podstatnou část svého života prožijí v ústavních zařízeních mimo přirozené prostředí.

Odborná diskuze o nutnosti procesu sociálního začleňování probíhá od 80. let minulého století. Proces deinstitucionalizace, tj. přechod od ústavní péče k poskytování komunitního způsobu sociálních služeb, je výsledkem společenských změn, které jsou postaveny na ochraně lidských práv.

Důležitým východiskem transformačního procesu bylo přijetí mezinárodních strategických dokumentů v čele s Úmluvou OSN o právech osob se zdravotním postižením (2007), která stojí na principu rovnoprávnosti a ochraně lidských práv těchto osob se zdravotním postižením. Klíčový je článek 19. Úmluvy pojednávající o nezávislém způsobu života a zapojení do společnosti. Zásadní změnu v poskytování sociálních služeb v České republice přinesl zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který klade důraz na lidskou důstojnost, individuální přístup a podporu samostatnosti.

V roce 2013 bydlelo v ústavních zařízeních téměř 70 tis. osob se zdravotním postižením. Do procesu transformace se zapojilo 47 zařízení poskytujících sociální služby pro osoby se zdravotním postižením. Doposud z těchto zařízení odešlo přes 1 500 klientů.

Tyto výsledky můžeme jednoznačně považovat za nedostatečné. Transformační proces je dlouhodobý a náročný proces, který je ovlivňován mnoha faktory. Jedná se o společenský a politický postoj, závislý na politické situaci, která se v průběhu procesu transformace několikrát změnila, na postoji společnosti k osobám se zdravotním postižením. Významnou bariérou je finanční nákladnost procesu transformace.

Transformace je proces, který má za úkol zajistit individuální přístup ke klientům, dodržování jejich práv, zachování lidské důstojnosti a zajištění podpory pro začleňování klientů sociálních služeb do společnosti. Deinstitucionalizace představuje změnu systému, ve kterém dochází k rozvoji komunitních služeb, jež nahradí ústavní zařízení.

Tato práce na výše uvedené procesy nahlíží především z pohledu uživatele sociální služby a zkoumá kvalitu života osob s mentálním postižením po procesu transformace. Přechod uživatele do komunitní péče s sebou nese i značná rizika spojená s životem ve společnosti. Ústavní péče je sice omezující, ale do značné míry ochranná. Změna v přístupu a bydlení ještě není zárukou začlenění do přirozeného způsobu života v komunitě.

Cílem transformace není vytvořit malé ústavy, je třeba změnit poskytování sociální služby tak, aby naplňovala individuální potřeby a možnosti klientů. Transformaci lze považovat za revoluci v pobytových sociálních službách, protože se netýká jen samotného procesu přestěhování, ale je změnou celospolečenskou, jejímž přínosem je celková změna přístupu k osobám s postižením.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použité literatury

BERNTSSON, L. a další. 2007. *Adolescents' experiences of well-being when living with along-term illness or disability*. [Scandinavian Journal of Caring Sciences], 2007. 10.1111/j.1471-6712.2006.00490.x.

ČÁP, J. *Psychologie pro učitele*. SPN. 1980.14-652-80.

HEŘMANOVÁ, E. 2012. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. SAV, 2012. Sociológia - Slovak Sociological Review. ISBN 978-80-7419-106-0.

CHÁB, M. 2004. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP – Společnost pro změnu. ISBN 80-239-4772-9.

KOLDINSKÁ, K. *Sociální pomoc*. In: TRÖSTER, P. a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 6. vydání. Praha: C. H. Beck, 2013, s. 205-225. ISBN 978-80-7400-473-5.

LUDVÍKOVÁ, L. a kol. 2013. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-802-4438-276.

Manuál transformace ústavů. Deinstitutionalizace sociálních služeb. 1.vydání. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.

MATOUŠEK, O. *Ústavní péče*. 2. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. Vyd. Praha: Portál. 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál. 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, O., KOLDINSKÁ K. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1. vyd. Praha: SLON, 1995. ISBN 80-85850-08-7.

MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.

MIZRAHI, T. a DAVIS, L. E. *Encyclopedia of social work*. 20. vydání. Oxford: Oxford University Press, 2008, 4 sv. ISBN 978-0-19-531036-8.

LUDVÍKOVÁ, L. *Kvalita života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2013. ISBN 978-80-244-3827-6.

MÚHLPRACH, P. *Vývoj ústavní péče : (filosoficko-historický pohled)*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3.

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. *Jak na to: příklady dobré praxe v deinstitucionalizaci*. 1. vyd. Praha: MPSV, 2013. 75 s. ISBN 978-80-7421-045-7.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.

PŘÍHONSKÁ, Ivana. *Sociální práce a transformace sociálních služeb*. neuvedeno

RENOTIOROVÁ, M., LUDVÍKOVÁ, L., a kol. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. 314 s. ISBN 80-244-0873-2.

SOBEK, Jiří a kol. *Lidská práva v každodenním životě lidí s mentálním postižením. Příručka pro zaměstnance sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Portus Praha, o. s., 70 s. ISBN 978-80-254-8696-2.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7.

TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ, J., SMUTEK, M. *Sociální práce v kontextu lidských práv*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus Hradec Králové, 2014, s. 61-64. ISBN 978-80-7435-533-2.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. 3. vydání. Praha: PARTA, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vydání. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

Výroční zpráva DOZP Stod. 2007.

Právní předpisy

Bílá kniha v sociálních službách, 2003.

Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Internetové odkazy

Evaluace v procesu komunitního plánování. Programový tým projektu EQUAL 0076.
https://www.mpsv.cz/files/clanky/6820/09_metodika.pdf

Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace.

<http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/kriteria-transformace/>

ABSTRAKT

POLÁČKOVÁ, R. *Transformace zařízení sociálních služeb*. České Budějovice 2019. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Karel Šimr. Ph.D.

Klíčová slova: transformace sociálních služeb, deinstitucionalizace, ústavní péče, kvalita života, osoby s mentálním postižením, sociální začlenění

Práce se zabývá srovnáním ústavního a komunitního typu poskytování sociální služby. Popisuje vznik a vývoj ústavní péče a současný stav v této oblasti. Definiuje pojmy související s poskytováním sociální služby osobám se zdravotním postižením, hlavní pozornost se zaměřuje na osoby s mentálním a kombinovaným postižením.

Cílem práce je posoudit přínos změny poskytované služby z pohledu klienta a vliv této změny na rozvoj kompetencí a tím zkvalitnění života uživatele. S náležitou podporou jsou lidé se mentálním hendikepem schopni samostatného života srovnatelné kvality jako běžní občané a plně či částečně zapojení do společnosti.

Závěrečná část se věnuje zkušenostem s procesem transformace v konkrétním zařízení a sleduje přínos změny podpořené osobními zkušenostmi obyvatel tohoto zařízení.

ABSTRACT

POLÁČKOVÁ, R. *Transformation of social service facilities*. České Budějovice 2019. Bachelor Work. Southbohemian University in České Budějovice. Theological Faculty. Department of Ethics, Psychology and Charity Work. Faculty Advisor Mgr. Karel Šimr. Ph.D.

Key words: transformation of social services, deinstitutionalisation, institutional care, quality of life, mental retarded people, social inclusion

The bachelor work deals with comparison of institutional care and community social service. It describes the formation and development of institutional care and its conditions in recent days. At the beginning there is given a definition of terms concerning the social services to handicapped people, especially to mental retarded ones.

The goal of this work is to assess the contribution of transformation in social care from the point of view of the client. Further it analyses the benefits to better quality of life and improvement of competences. Proper support helps handicapped people to a fully-fledged life and to full or at least partial inclusion in society.

The final part goes through real experiences with transformation in one particular facility. Personal experiences illustrate best the contribution of changes in description of various areas in everyday life.