

UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA FILOZOFICKÁ

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2016

Bc. Lenka Michalová

Univerzita Pardubice

Fakulta filozofická

Transformace ústavní péče pro osoby s mentálním a zdravotním postižením
v České republice

Bc. Lenka Michalová

Diplomová práce

2016

Univerzita Pardubice
Fakulta filozofická
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Lenka Michalová**
Osobní číslo: **H14564**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Resocializační pedagogika**
Název tématu: **Transformace ústavní péče pro osoby s mentálním a zdravotním postižením v České republice**
Zadávající katedra: **Katedra věd o výchově**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Záměrem diplomové práce je popsat historii ústavních zařízení pro osoby s mentálním a zdravotním postižením v České republice (před a po roce 1989) a zejména objasnit proces transformace a deinstitucionalizace ústavních zařízení jako fenoménu posledních let v České republice. V úvodu magisterské práce by byla pozornost zaměřena na analýzu forem a druhů poskytovaných sociálních služeb a jejich dostupnost.

V teoretické části práce by byla objasněna terminologie - klient ústavního zařízení a pohled na něj v kontextu historie, byly by vymezeny druhy postižení, syndromy a poruchy chování u cílových osob ústavní péče.

Významná pozornost v diplomové práci by byla zaměřena na porušování základních lidských práv v ústavní péči jako jeden z hlavních důvodů procesu transformace a Standardům kvality sociálních služeb, zejména Standardu č. 5 Individuální plánování, jako jedné z možností přímé práce s klientem, která souvisí s jeho osamostatňováním a získáváním dovedností, které vedou k opuštění ústavního zařízení.

Dále by byla popsána práce s klientem v procesu transformace, jak s klientem v průběhu procesu transformace pracovat, jaké probíhají přípravy na přesun, adaptace klientů na nové prostředí, příprava personálu a práce s opatrovníky a rodinnými příslušníky v procesu transformace.

Praktická část diplomové práce by byla realizována na základě kvalitativních výzkumných metod - rozhovory s řediteli zařízení, které prochází transformačním procesem. Hlavním tématem by byly jejich názory na transformaci a přesun klientů do komunitních služeb, názory pro a proti, co shledávají jako největší problém a co naopak vidí pozitivně apod. Závěr praktické části by byl zaměřen na analýzu konkrétního zařízení, na kterém by byl zmapován proces transformace.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

MATOUŠEK, Oldřich. Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

MAHROVÁ, Gabriela, VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. Kvalita v sociální práci a sociálních službách. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-247-4315-8.

BEDNÁŘ, Martin. Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe. Olomouc: Caritas, 2014. ISBN 978-80-87623-10-7.

VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, LEČBYCH, Martin a kol. Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada Publishing, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

SLAŠŤANOVÁ, Denisa a Zuzana DURAJOVÁ. Zaměstnávání lidí s postižením a transformace sociálních služeb: přehled situace v České republice a doporučení pro změnu. Brno: Liga lidských práv, 2012. ISBN 978-80-87414-10-1.

COHEN, W. I. NADEL, L. MADNICK, M. E. Down syndrome: visions for the 21st century. John Wiley and Sons, 2002. ISBN 0471418153, 970471418153.

Vedoucí diplomové práce:

PaedDr. Zdenka Šándorová, Ph.D.

Katedra věd o výchově

Datum zadání diplomové práce:

30. března 2015

Termín odevzdání diplomové práce:

31. března 2016



prof. PhDr. Karel Rýdl, CSc.
děkan



L.S.



Ing. Jaroslav Myslivec, Ph.D.
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. listopadu 2015

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 25. 6. 2016

Bc. Lenka Michalová

Poděkování:

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, kteří mi pomohli při vypracování této diplomové práce. Na prvním místě bych chtěla poděkovat vedoucí diplomové práce PaedDr. Zdence Šándorové, Ph.D. za podnětné připomínky a komentáře. Dále bych chtěla poděkovat ředitelkám zařízení sociálních služeb za čas, který mi věnovaly, především PhDr. Janě Pilné, za předání cenných informací a zkušeností. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině a přátelům za podporu při psaní diplomové práce.

Anotace

Práce se zabývá tématem transformace v kontextu sociálních služeb v České republice. Transformací se pro účely této práce rozumí změna velkokapacitní ústavní péče na bydlení a podporu v běžném prostředí. V teoretické části práce je popsána historie ústavních zařízení a sociálních služeb v České republice. Dále je popsáno, kdo je klientem těchto zařízení, zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a proces transformace z teoretického i praktického hlediska. V praktické části diplomové práce je popsán proces transformace na konkrétním zařízení a na přístupu ředitelek pověřených vedením zařízení, která procházejí procesem transformace.

Klíčová slova

Transformace, sociální služba, mentální postižení, klient

Annotation

The presented thesis focuses on institutional transformation within the field of social work in the Czech Republic. Specifically, it focuses on the transformation from high-capacity institutes caring for mentally disabled to sheltered housing facilities and support of mentally disabled in ordinary environments. The theoretical section describes the history of the Czech mental health care institutions. The definition of the client of such institutions and the transformation process as defined by the Act No. 108 of the 2006 statute are discussed in detail as well. The empirical section deals with transformation of a particular social care institution and the attitudes and actions taken by its directors.

Keywords

Transformation, social work, mental disability, client

OBSAH

ÚVOD.....	12
TEORETICKÁ ČÁST	15
1. Historie ústavních zařízení v ČR	15
2. Sociální služby pro osoby s mentálním a zdravotním postižením v ČR.....	20
3. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.....	23
3.1 Standardy kvality sociálních služeb.....	25
4. Klient ústavního zařízení pro osoby se zdravotním a mentálním postižením	28
4.1 Zdravotní postižení	28
4.2 Mentální retardace	30
4.2.1 Lehká mentální retardace (F70).....	32
4.2.2 Střední mentální retardace (F71)	33
4.2.3 Těžká mentální retardace (F72)	33
4.2.4 Hluboká mentální retardace (F73)	34
4.2.5 Jiná mentální retardace (F78)	34
4.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79).....	35
4.2.7 Nejčastější specifické diagnózy	35
4.3 Kombinované postižení	37
5. Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb	38
5.1 Důležité dokumenty	41
6. Proces transformace	43
6.1 Práce s klientem v procesu transformace.....	43
6.1.1 Standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby	44
6.2 Spolupráce s dalšími subjekty při procesu transformace.....	49
PRAKTICKÁ ČÁST	51
7. Výzkumná část.....	52
7.1 Kvalitativní výzkum	52
7.2 Výzkumné cíle a výzkumná otázka	53
7.3 Výzkumný vzorek.....	54
7.4 Realizace výzkumu	54
7.5 Popis zařízení.....	55
7.6 Interpretace dat	73

7.7 Kazuistiky	90
7.8 Shrnutí praktické části	94
DISKUZE	95
ZÁVĚR	97
POUŽITÉ ZDROJE.....	99
Seznam příloh	104

Seznam obrázků

Obr. 1 Domov Na Hrádku, p. s. s.

Obr. 2 Nalžovický zámek, p. s. s.

Seznam použitých zkratk

APA	Americká psychiatrická asociace
ČR	Česká republika
DOZP	Domov pro osoby se zdravotním postižením
DS	Domov seniorů
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch)
DVC	Dílčí výzkumný cíl
ESF	Evropský sociální fond
CHB	Chráněné bydlení
ICD	International Classification of Diseases and Related Health Problems (viz MKN)
IQ	Intelligence quotient (inteligenci kvocient)
KÚ SK	Krajský úřad Středočeského kraje
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
NUTS	Nomenklatura územních statistických jednotek
OP LZZ	Operační program lidské zdroje a zaměstnanost
PS	Pečovatelská služba
p. s. s.	Poskytovatel sociálních služeb
ROP	Regionální operační program
SK	Středočeský kraj
SS	Schutzstaffel (česky Ochranný oddíl)
TP	Těžké postižení
TP	Transformační plán
WHO	World Health Organization (Mezinárodní zdravotnická organizace)
ZTP	Zvlášť těžké postižení
ZTP/P	Zvlášť těžké postižení s průvodcem

ÚVOD

Téma diplomové práce jsem si vybrala na základě osobní zkušenosti. Po absolvování bakalářského studia jsem nastoupila jako pracovník přímé péče do domova pro osoby se zdravotním postižením. Byla to práce, která neodpovídala mému vzdělání (byla jsem jediná s vysokoškolským vzděláním, která pracovala v přímé péči), ale chtěla jsem pracovat, abych získala zajímavé pracovní zkušenosti. Práce to byla velmi náročná, 12 hodin denně až 5 dní v týdnu v kontaktu s člověkem, který má mentální postižení, od nejlehčí až po hlubokou mentální retardaci. Nejdříve jsem ve své práci nespatořovala smysl, protože většina práce se točila kolem obstarávání základních životních potřeb (podávání stravy, výměna inkontinentních pomůcek, koupání) a dále ve vyplňování různých papírů (denní hlášení, pitný režim klienta, stravování klienta, spotřebovaný materiál, monitoring chování, individuální plány apod.) a minimálně aktivizační činnosti s klienty. Tuto práci jsem dělala celý rok (maximální psychické a fyzické vyčerpání za minimální plat). Po roce této práce jsem dostala od zaměstnavatele příležitost začít pracovat na projektu Transformace sociálních služeb jako koordinátor transformace. Až s touto prací jsem poznala smysl své práce. V rámci pracovních schůzek, komunikaci s ostatními zařízeními procházejícími transformací, workshopů a konferencí, jsem začala chápat smysl tohoto procesu. Každý klient do ústavu nepatří. Po dobu trvání tohoto projektu, 2 roky, jsem pochopila, proč je toto téma tak medializované, proč se o něj zajímá tolik lidí... Po skončení projektu jsem začala opět pracovat v přímé péči s klientem s mentálním postižením a na svou práci nahlížím zcela jiným pohledem. Nyní mi zaměstnavatel opět dal příležitost, a to podílet se na tvorbě metodik a směrnic a pracovat v zařízení jako sociální pracovník.

Práce s klientem s mentálním postižením je velmi náročná. Člověk musí ke každému klientovi přistupovat individuálně, rozpoznat jeho potřeby a společně pracovat na zlepšení těch potřeb, které klientovi zvyšují jeho soběstačnost a jeho šance na prožití takového života, který se podobá životu jeho vrstevníků.

Záměrně používám pojem „klient“, neboť za dobu svého působení v sociálních službách jsem se setkávala pouze s tímto pojmem.

Hlavním znakem ústavu je větší počet klientů, na menší počet pracovníků soustředěných v jedné budově (např. 1 pracovník na 10 klientů). Klienti se řídí denním režimem, který je dán zařízením, veškeré konané akce jsou hromadné i pro ostatní... V souvislosti s tímto si každý uvědomí, že takto by žít nechtěl a proto se začalo s procesem

transformace. Proces transformace by měl vést k tomu, aby klienti žili běžným způsobem života tak, jak to bývá u jejich vrstevníků.

V teoretické části diplomové práce se věnuji historii sociálních služeb. Historii jsem čerpala zejména z publikace Oldřicha Matouška – Sociální služby – legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení. Tato publikace mi přišla zajímavá ke zpracování této kapitoly, neboť obsahovala ucelené informace k tomuto tématu.

V následující kapitole jsem popsala sociální služby pro osoby se zdravotním a mentálním postižením. Kapitulu jsem vypracovávala na základě zákona č. 108/2006 o sociálních službách v platném znění a vyhlášky č. 505/2006, v platném znění, která upravuje tento zákon a pomocí odborné literatury.

Třetí kapitolou diplomové práce je analýza zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění vzhledem k deinstitucionalizaci a transformaci sociálních služeb. Nejdříve je popsána historie tohoto zákona a poté zákon samotný. *„Jednotlivé státy Evropského společenství se intenzivněji zabývaly procesem deinstitucionalizace a transformace pobytových zařízení. V některých zemích byla tato mnoholetá snaha již zapracována do příslušných zákonů. V ČR se některé principy deinstitucionalizace promítly právě do legislativy prostřednictvím zákona o sociálních službách.“* (Krhutová, 2013, s. 23)

Věnovala jsem pozornost rovněž Standardům kvality poskytování péče, které musí mít každé zařízení vypracováno v souvislosti s kvalitou péče. Na základě těchto standardů inspekce zařízení hodnotí.

Kdo je klientem ústavního zařízení, je popsáno v kapitole 4. Dle standardu č. 1 Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb, si poskytovatelé sociálních služeb sami určují, kdo je jejich klientem prostřednictvím veřejného závazku. Služby se mohou zaměřovat na klienty se zdravotním postižením, s mentálním postižením nebo s kombinovaným postižením. V této kapitole tedy charakterizují zdravotní postižení a mentální postižení, jejich druhy dle mezinárodní klasifikace nemocí. K mentálnímu postižení se mohou rovněž vázat specifické diagnózy. Mezi nejčastější specifické diagnózy můžeme řadit Downův syndrom a autismus.

V závěru teoretické části popíši samotnou transformaci a proces transformace. Neméně podstatnou část věnuji podrobněji standardu č. 5 – individuální plánování, který je důležitý v práci s klientem, neboť se díky němu může s klientem pracovat na zvyšování jeho soběstačnosti.

V praktické části diplomové práce zjišťuji, jaký názor na transformaci mají ředitelky zařízení sociálních služeb, jejichž zařízení právě prochází nebo prošlo transformací. Tyto názory jsou zjišťovány pomocí rozhovorů, které jsou následně zpracovány, okódovány a

interpretovány. Rozhovory byly uskutečněny ve čtyřech zařízeních, dvě ze zařízení si nepřála být jmenována a tak jsou uvedena anonymně. Dále jsem na jednom zařízení podrobněji analyzovala proces transformace a to pomocí projektu, do kterého bylo zařízení zapojeno. K vypracování jsem použila analýzu dokumentů, neboť jsem většinu informací čerpala z dokumentů zařízení. Využila jsem také metodu zúčastněného pozorování, neboť v této organizaci pracuji a mohu tedy pozorovat, co se v zařízení děje.

TEORETICKÁ ČÁST

„Člověk je sám i mezi lidmi.“

Antoine de Saint-Exupéry

Člověk s mentálním postižením je obyčejný člověk, který chce žít tak, jak žijí ostatní. Názor na člověka s postižením se měnil po celou historii. Nejdříve tito lidé byli vytlačováni na kraj společnosti a v současné době se je zase snaží z tohoto okraje společnosti dostat. Dlouhá léta žili za vysokými zdmi a zamřížovanými okny ústavů v pokoji s několika spolubydlíci, kde nebyl brán zřetel na jejich potřeby a individualitu. Společnost udělala velký pokrok a nyní tito lidé žijí ve vlastních bytech se spolubydlíci, které si vybrali a žijí běžný život, jako všichni ostatní, mají své přátele, zájmy... a hlavně žijí život, který chtějí žít a ne který museli žít, jak tomu bylo ještě nedávno.

1. Historie ústavních zařízení v České republice

Jak uvádí Vágnerová (2004), postoj k mentálně postiženým byl v průběhu celého historického vývoje značně ambivalentní. Záleželo vždy na tom, zda je lidé přijímali jako ty, kdo potřebují jejich pomoc a ochranu, nebo je zavrhovali buď jako méněcenné nebo nebezpečné bytosti.

Od počátků vývoje lidstva žili jedinci, kteří trpěli nějakými nedostatky, vadami nebo poruchami. Názory na jejich život se vyvíjely a měnily v úzké návaznosti na historii. Některé prvky péče o tyto osoby se objevovaly již ve starověku a jejich výskyt je úzce spojen s vývojem společnosti, jejich potřeb a požadavků (Monatová, 1998).

První sociální služby se objevily v raném středověku po přijetí křesťanství jako státního náboženství a po zřízení církve. S křesťanstvím přišlo přikázání pomoci chudým formou konání milosrdných skutků a poskytování almužen. Jako první církevní sociální služby začaly fungovat kláštery a později i farnosti. Výjimečně se stávali zakladateli a podporovateli sociálních služeb někteří šlechtici-filantropové, kteří byli téměř vždy také členy křesťanské církve. Většina sociálních služeb poskytovala přístřeší, základní stravu a základní zdravotnickou péči. V raném středověku v rámci katolické církve vznikaly první řády, které byly orientované na pomoc chudým a nemocným. Na přelomu středověku a novověku své charitativní organizace zakládaly také protestantské církve. Církev byla tedy první institucí,

kteřá poskytovala sociálních služby a v této činnosti byla také obecně společensky uznávána a akceptována.

Od středověku až do počátku novověku převládala v celé společnosti tendence k sociálnímu vylučování lidí, kteří se nějak vymykali standardním sociálním strukturám. Týkalo se to chudých lidí, žebráků, tuláků, duševně nemocných, cikánů, nemocných nakažlivými nemocemi, jakýchkoli cizinců, lidí vyvázaných z rodinných pout a z místních vazeb a vůbec lidí, „nepříslušných“ (Matoušek, 2007).

Podporou rodiny si nemohl být jistý člověk, který byl tělesně či mentálně postižený, protože postižení bylo často interpretováno jako nepřízeň Boha a bylo důvodem k zapovězení nebo vyhnání. Středověké církevní instituce poskytovaly hendikepovaným lidem podporu jen na omezenou dobu a stravu tito lidé dostávali jen ve sváteční den (Matoušek, 2007).

Ve středověku tedy vedle sebe existovala represivní složka a zároveň křesťanská filantropie jako první institucionalizovaná podoba sociálních služeb.

Na našem území byla represivní opatření vůči chudým lidem poprvé upravena v říšském policejním řádu Ferdinanda I. z roku 1552. Ve stejné podobě se u nás později vydávala další nařízení proti žebrotě a o postrku, např. nařízení Marie Terezie „Bettler-, Schub-und Verpflegsordnung“ z roku 1754. Represivní přístup k lidem žijícím na okraji společnosti, v jiných zemích v době osvícenství spíše zesiloval, u nás do určité míry byl zmírněn dvorskými dekrety Josefa II. z let 1782-1786, jimiž se doporučovalo zřizování farních chudinských ústavů (Matoušek, 2007).

Nejdříve se u nás začaly zřizovat služby ústavního typu, které spadaly pod stát. Tyto služby měly pečovat dlouhodobě o znevýhodněné lidi. Ústavy byly, podobně jako starší církevní zařízení, nejdříve nerozlišenými útulky, kde žili chudí, staří, nemocní, děti a mládež, tuláci a žebráci aj. Až na přelomu 18. a 19. století začala vznikat diferencovaná velká zařízení pro opuštěné děti (sirotčince), pro lidi trpící duševními nemocemi (blázince), pro staré lidi (starobince), pro lidi nemajetné (chudobince) aj.

Byla to doba, kdy se znevýhodnění soustředili ve specializovaných ústavních zařízeních, pro která se např. v českých zemích nacházely vhodné objekty v budovách, odkud Josef II. vyhnal církevní řády. Vznikaly tak jakési kláštery, kde o znevýhodněné pečovali zaměstnanci. Zde začala vznikat tradice ústavní péče jako první a hlavní možnost při řešení vážných sociálních problémů jednotlivce. Na venkově se v této době uplatňovalo ubytování potřebných v obecních bytech či domech tzv. pastouška. Systém tzv. střídavy spočíval v tom, že se obyvatelé obce střídali v zajišťování minimální výživy pro lidi žijící v pastoušce. Byla tím přinejmenším formálně posilována solidarita lidí žijících spolu v jedné obci. (Dnes bychom

v tomto mohli spatřovat začátky poskytování komunitních sociálních služeb.) (Matoušek, 2007).

Nejčastější formou sociální služby, jež byla poskytována u nás za první republiky, byla ústavní péče. Z historického hlediska tento trend bychom neměli vnímat negativně, protože poskytoval potřebnému veškeré služby v rámci ústavu a to znamenalo velký pokrok na rozdíl od represivních tendencí z předcházející doby (Matoušek, 2007).

Společně s vývojem ústavu jako instituce se vyvíjí i jeho prostředí. Mühlpachr ve svém filosoficko-historickém pohledu poukazuje na změny na konci 19. a počátku 20. století, jež vedly od pojetí ústavů jako institucí sloužících k vylučování lidí ze společnosti až k novému postoji společnosti a její orientaci na potřeby klientů. Bohužel i tento trend vede k pojetí ústavní péče jako ochrany klientů před nároky vnějšího světa. Dokazuje to pouze vznik „světa ve světě“ a autor pojmenovává tuto situaci jako tzv. skryté vylučování. Výslednicí jsou pak jedinci vyloučení ze společnosti (Mühlpachr, 2001).

Šedesátá léta 20. století přinesla v západních zemích vlnu kritiky ústavních forem péče a začalo budování nových alternativ. Ústavy se začaly zmenšovat, v některých zemích se do osmdesátých let zmenšily na velikost jednoho rodinného domu nebo bytu. Začaly vznikat stacionáře a komunitní centra, rozvíjely se služby kontaktující klienty v jejich přirozeném prostředí, které nazýváme terénní služby. Někteří klienti začali být podporováni zvláštními typy chráněného či podporovaného bydlení nebo chráněného či podporovaného zaměstnávání. Vznikají modely osobní asistence zejména pro lidi s mentálním a tělesným postižením (Matoušek, 2007).

Ustanovení § 62 zákona č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení, umožnilo zřizování, provozování a udržování ústavů sociální péče také dobrovolným organizacím, církvím a náboženským společnostem, podnikům a jednotným zemědělským družstvům. I přes existenci tohoto ustanovení byla skoro veškerá odpovědnost za výkon sociální péče převedena na stát. Sociální péče byla centralizovaná. Církevní a jiné nestátní ústavy se postupně rušily nebo je přebíral stát. V tomto období lze spatřovat počátek situace, která do určité míry přetrvává i v nynější době. Stát svěřil sociální služby do několika různých ministerstev a ta při faktickém řešení konkrétních případů neuplatňovala stejná pravidla. Tento stav bývá nazýván „rezortismus“ (Matoušek, 2007).

Zákon č. 101/1964 Sb., o sociálním zabezpečení, umožnil občanům, kteří potřebují zvláštní pomoc (jak zněl nový pojem, který byl zaveden) účast na společném stravování, poskytování pečovatelské služby a pomůcek k odstranění, zmírnění nebo překonání následků jejich poškození, popřípadě peněžitých příspěvků na jejich opatření (§ 76, odst.1 citovaného

zákonu). V tomto zákoně nebyli uvedeni jako možní poskytovatelé sociálních služeb alternativní zřizovatelé ústavů sociální péče. Naší právní úpravou ve druhé polovině 20. století nebyl tedy poskytnut téměř žádný prostor pro další rozvoj sociálních služeb. Důraz byl kladen především na ústavní péči, na pečovatelskou službu (jako v podstatě jedinou terénní službu) a na poradenství (Matoušek, 2007).

V šedesátých letech dvacátého století se rozšířila pečovatelská služba, vznikla stacionární zařízení pro seniory (tzv. domovinky), ojediněle i pro psychiatrické pacienty (denní sanatoria) a byly podporovány kluby důchodců. Ústavní zařízení však zůstávala velká, respekt ke klientům v nich chyběl nebo byl nedostačující, špatné hygienické podmínky byly ve většině zařízení, typické bylo ubytování v místnostech s velkým počtem lůžek.

Postoje společnosti kolem roku 1989 k ústavům sociální péče procházely vývojem plným peripetií. Ještě v přecházejícím desetiletí se považovalo za běžné, že člověk s mentálním postižením patří do ústavního zařízení.

Po roce 1989 nastaly zásadní změny, a to jak v oblasti politické a ekonomické, tak v oblasti sociální. Již v roce 1990 byl připraven Scénář sociální reformy – jakýsi program postupu reformy v jednotlivých částech československého systému sociální ochrany. V jeho rámci se mimo jiné předpokládala reforma celého systému sociální péče a jeho změna v moderní systém sociální pomoci, přičemž se pracovalo s konceptem tzv. záchranné sociální sítě. Tím byl míněn systém podpory minimálních příjmů lidí, sloužící k tomu, aby byly odstraněny či alespoň zmírněny negativní sociální důsledky „transformačního šoku“ (Matoušek, 2007).

„Sociální politika státu se před rokem 1989 orientovala převážně na sociální služby ústavního, tj. pobytového charakteru. Legislativa v tomto období rozlišovala tzv. „ústavy sociální péče“ a dále tzv. „ostatní účelová sociální zařízení“, z nichž nejrozšířenější byla pečovatelská služba.“ (Krhutová, 2013, s. 17)

„Ústavní péče byla koncipována jako ochrana klientů před nároky vnějšího světa s pevně stanoveným režimem a převahou zdravotnického přístupu k řešení problému. Pro život lidí v ústavní péči byl typický naprostý nedostatek soukromí a absence respektu k jejich intimitě (mnohalůžkové pokoje, např. i s osmnácti lůžky, sociální příslušenství na chodbách společná značnému počtu uživatelů), striktně určený režim od budičky, času podávání stravy, vymezení doby na práci, polední odpočinek, volnočasové aktivity, které byly realizovány společně – skupinové hry, skupinové procházky, ojedinělá možnost dostat se mimo zdi ústavu, výjimečné soužití mužů a žen v zařízení. Péče byla tehdy poskytována převážně zdravotnickým

personálem, paternalistickým způsobem, bez přihlídnutí k individuálním potřebám uživatelů.“ (Krhutová, 2013, s. 17 – 18)

V devadesátých letech začala snaha o deinstitucionalizaci sociálních služeb, tj. vytváření alternativ k tradiční, většinou ústavní péči, a velký nárůst nestátních organizací (církevních i necírkevních) (Matoušek, 2001). I když sdružení poskytovalo služby náročné na kvalifikaci personálu, nemuselo do roku 2007 zaměstnávat pracovníky s určitou kvalifikací, formulovat metodiky práce, ani se nemuselo zabývat kvalitou svých služeb. Také církve u nás zřídily po roce 1989 organizace specializované na poskytování sociálních služeb (Charita Diakonie aj.). Na rozdíl od občanských sdružení, která preferují služby neústavního charakteru, církevní organizace začaly provozovat domovy důchodců, azyly pro bezdomovce a pro matky s dětmi, hospice (Matoušek, 2007).

Snahy o reformu systému sociální péče jako celku byly méně úspěšné. Na legislativních změnách se začalo pracovat již v roce 1994, a v roce 1997 byl vládou schválen věcný záměr zákona o sociální pomoci, k přijetí nových právních předpisů, a nastavení nového systému sociální pomoci došlo až v roce 2006.

Významnou inovací bylo formulování Standardů kvality sociálních služeb, které nicméně byly do přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jen doporučovanou pomůckou.

2. Sociální služby pro osoby s mentálním a zdravotním postižením v České republice

„Společným jmenovatelem všech sociálních služeb je snaha o maximální podporu či pomoc člověku při řešení jeho nepříznivé sociální situace, s důrazem na jeho aktivitu, samostatnost a ochranu lidských práv.“ (Krhutová, 2013, s. 19)

Sociální služby se částečně řadí do širší kategorie veřejných služeb.

Veřejné služby jsou služby poskytované v zájmu veřejnosti. Jsou financovány z veřejného rozpočtu, jsou více definovány legislativou než ostatní služby.

Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v co možná největší možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, které tito občané nosí. Sociální služby zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do kterých patří, případně další zainteresované osoby.

Sociální služby jsou tu proto, aby pomáhaly lidem zachovat si své místo ve společnosti a aby bylo zabráněno tomu, aby tito lidé nebyli ze společnosti naopak vyloučeni. Sociální služby by měly v maximálním možném rozsahu lidem pomáhat žít co nejběžnějším životem - umožnit jim chodit do práce, nakupovat, navštěvovat školu, navštěvovat místa víry, účastni se volného času, starat se sám o sebe a o svou domácnost stejně jako o všechny další věci, které jsou lidmi vnímány jako samozřejmé. Proto existuje velmi množství služeb, které jsou založeny na poskytování pomoci a podpory ve vlastním přirozeném společenství, což umožňuje lidem žít ve vlastním domově, pracovat, vzdělávat se a zapojit se do života ve svém okolí (Bílá kniha v sociálních službách, 2003).

Zřizovateli zařízení poskytujících sociální služby v rezortním pojetí mohou být v České republice obce, kraje a MPSV ČR. Obce mohou zřizovat v rámci své samostatné působnosti sociální služby buď jako vlastní organizační složky bez právní subjektivity, nebo jako příspěvkové organizace, které mají samostatnou právní subjektivitu. První možnost, forma organizační složky obce, se využívá spíše v případech, kdy jde o službu v těchto ohledech náročnou, je vhodnější forma samostatné příspěvkové organizace. Kraje také mohou zřizovat sociální služby v rámci své samostatné působnosti, a to stejně jako obce buď ve formě svých organizačních složek, nebo jako příspěvkové organizace. Po roce 2002 se kraje staly zřizovateli většiny zařízení sociální péče, kterou do té doby zřizovaly okresy.

Zřizovatelem a poskytovatelem sociálních služeb mohou být v ČR i nestátní neziskové organizace. Nestátní poskytovatelé sociálních služeb vznikají jako právnické osoby od roku 1990, do té doby nebylo poskytování sociálních služeb ze strany nestátních subjektů možné. V roce 1990 bylo zřejmé, že k rozvoji občanské společnosti jsou potřeba i nestátní subjekty, které mohou pracovat na neziskové bázi (Matoušek, 2007).

Až do konce roku 2006 byla členěna ústavní zařízení pro těžce zdravotně postižené občany na následující typy: ústavy pro tělesně postiženou mládež, tj. pro děti od 3 let do ukončení přípravy na povolání), ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením (ten samý věk), ústavy pro mentálně postiženou mládež (pro věk od 3 do 26 let, mohla být zřizována i oddělení pro starší děti), ústavy pro tělesně postižené dospělé občany (po ukončení povinné školní docházky, případně přípravy na povolání), ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s přidruženým mentálním postižením (ten samý věk), ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami (ten samý věk), ústavy pro smyslově postižené dospělé občany s více vadami (ten samý věk), ústavy pro smyslově postižené dospělé občany (ten samý věk), ústavy pro mentálně postižené dospělé občany (pro klienty od 26 let), ústavy pro chronické alkoholiky a toxikomany (pro osoby, které nevyžadují zdravotnickou péči), ústavy pro chronické psychotiky a psychopaty (pro osoby, které nevyžadují zdravotnickou péči) (Matoušek, 2007).

Obecným problémem ústavních zařízení pro postižené je to, že více postiženým lidem jsou někdy poskytovány minimální služby, na úrovni poskytnutí základních fyziologických potřeb, kdežto lidem s menší mírou postižení jsou často poskytovány služby nadbytečně atudíž brzdící jejich osobní rozvoj. Ústavní prostředí posiluje závislost klienta na ústavním zařízení a upřednostňuje potřebu personálu zvládat skupinu před respektem k individualitě konkrétního klienta.

Zákon o sociálních službách definuje již jen dvě kategorie těchto ústavních zařízení, jsou to domovy pro osoby se zdravotním postižením a domovy se zvláštním režimem.

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou celoroční pobytová služba s prvky komplexní péče, která současně obsahuje výchovné, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti (Mahrová, Venglářová, 2008, zákon č. 108/2006 Sb.).

Lidé s postižením mohou využívat služeb chráněného bydlení, zřízených mimo ústavní prostředí. Jde o pobytovou službu podle potřeby zajišťující vedle ubytování i stravování, pomoc v domácnosti a podporu v dalších činnostech uživatele včetně kontaktu se

společenským prostředím. Na ústavech nezávislé služby chráněného bydlení zavádějí u nás také nestátní organizace.

Další již u nás rozvinutou formou služby jsou denní, případně týdenní stacionáře. Mimo jiného nabízejí zejména výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

Lidem žijícím ve vlastních domácnostech je poskytována služba, kterou nová legislativa nazývá podpora samostatného bydlení. Spočívá v pomoci při zajištění chodu domácnosti a v pomoci při dalších aktivitách včetně zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a to vše v domácnosti klienta.

Další ze služeb je pečovatelská služba, která je uživatelům poskytována ve vlastních domácnostech. Jde o nejrozšířenější neústavní službu poskytovanou lidem se zdravotním postižením a seniorům. Zřizovateli jsou obce a kraje.

Odlehčovací služby neboli úlevová (respitní) péče spočívá buď v tom, že postižený člověk dostane v domácím prostředí k dispozici pečovatele, a pečující osoby z rodiny tak mohou na nějakou dobu přestat pečovat, nebo je člověk s postižením umístěn do pobytového zařízení, které přebere péči kompletně.

Průvodcovské a předčitatelské služby jsou určeny lidem, jejichž schopnosti v oblasti komunikace a orientace snížilo zdravotní postižení.

Osobní asistence je forma služby, kterou rozvinuly nestátní organizace po roce 1989. Asistent pomáhá lidem s postižením při zvládnání úkonů, které by uživatel dělal sám, kdyby mu v tom postižení nebránilo. Dále sem ještě mohou spadat služby sociálně terapeutických dílen a sociálně aktivizační služby (Zákon č. 108/2006 Sb).

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

V České republice se některé principy deinstitucionalizace promítly do legislativy prostřednictvím zákona o sociálních službách a jeho zásad. V této kapitole je popsána historie zákonů předešlých a dále tedy vznik samotného zákona o sociálních službách.

V období vlády komunistické strany v naší zemi byl v padesátých letech do naší právní úpravy převzat tzv. sovětský model sociálního zabezpečení, a tedy i sociálních služeb. Zatímco za první republiky byly sociální služby provozovány obcemi a dobročinnými spolky, od roku 1956 přešla kompetence k poskytování sociálních služeb pod stát.

V prvním zákoně o sociálním zabezpečení (č. 55/1956 Sb.) byla ještě stanovena možnost, aby sociální služby poskytovaly církve a církevní řády. V šedesátých letech však byla i tato možnost zrušena.

V padesátých letech byl vytvořen jednotný systém sociálního zabezpečení, v rámci něhož byla upravena také sociální péče spolu se sociálními službami. V průběhu druhé poloviny 20. století bylo postupně přijato několik zákonů o sociálním zabezpečení (č. 55/1956 sb., č. 101/1961 Sb., č. 121/1975 Sb., č. 100/1988 Sb.). Všechny tyto zákony obsahovaly úpravu sociální péče a byly doprovázeny prováděcím předpisem, který definoval jednotlivé nároky v sociální péči včetně sociálních služeb (Matoušek, 2007).

Do roku 1989 a v průběhu devadesátých let byl i v praxi kladen důraz na celodenní ústavní péči. Alternativní služby především před rokem 1989 kromě pečovatelské služby v podstatě neexistovaly. Služby terénní a jiné začaly poskytovat až nestátní subjekty, které vznikly po roce 1989.

Systém sociálních služeb poskytovaných rámci sociální péče upřednostňoval i po roce 1989 péči ústavní formy. Bylo to patrné nejen z výčtu sociálních služeb, ale také ze skutečnosti, že osoby, které se rozhodly zůstat doma a pečovat o příslušníka své rodiny závislého na péči, byly sice finančně podporovány, ale neodpovídajícím způsobem. Většina rodin řešila potřebu péče o seniora umístěním do ústavní péče (domov důchodců). Vzhledem k tomu, že se jednalo o dotovanou službu, bylo zařízení takové péče pro většinu rodin výhodnější, a rodiny ji tedy upřednostňovaly před možností ponechat osobu v domácím prostředí (Matoušek, 2007).

V devadesátých letech začaly spontánně vznikat nestátní organizace, zprvu především zájmové, které začaly poskytovat alternativní sociální služby a sledovaly rovněž nové,

moderní trendy ve vývoji sociálních služeb. Protože nebyla k dispozici žádná zvláštní právní úprava, vznikaly tyto organizace nejdříve jako občanská sdružení, později jako obecně prospěšné společnosti (Matoušek, 2007).

Práce na prvních návrzích nového systému sociální pomoci započaly již v roce 1994, teprve v roce 2006 byl přijat nový zákon o sociálních službách, který spolu s dalšími právními předpisy přinesl očekávanou změnu systému sociální péče. Zákon o sociálních službách byl přijat v květnu roku 2006 a byl vydán ve Sbírce zákonů pod číslem 108/2006 Sb., účinnosti nabyl 1. 1. 2007.

Tento zákon zcela změnil předchozí systém sociálních služeb a poprvé v historii ČR právně definoval pojem sociální služby jako „činnosti nebo souboru činností, které dle tohoto zákona zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění či prevence sociálního vyloučení.“ (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Důležitým ustanovením v zákoně o sociálních službách je §2, který stanovuje základní zásady poskytování sociálních služeb:

(1) Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

(2) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Zákon o sociálních službách přinesl také novou kategorizaci sociálních služeb. Sociální služby se podle nové právní úpravy dělí na:

- Sociální poradenství (základní a odborné)
- Služby sociální péče
- Služby sociální prevence.

Zákon obsahuje rovněž dělení forem, v jakých se tyto služby mohou poskytovat. Jsou to služby:

- Pobytové
- Ambulantní
- Terénní (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Změny, které přinesl zákon o soc. službách:

- V zákoně byl upraven příspěvek na péči.
- Byla přijata nová kategorizace sociálních služeb.
- Do vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb byl zaveden smluvní princip – o poskytování sociálních služeb se uzavírá smlouva.
- Pro poskytovatele soc. služeb byl zaveden systém registrace u krajských úřadů, bez níž není možné sociální služby provozovat.
- Zákon stanovuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka.

K zákonu 108/2006 Sb. o sociálních službách se rovněž váže vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění, která nabyla účinnosti dne 15. listopadu 2006, a kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. Vyhláška obsahuje: způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby, rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výše úhrad za poskytování některých sociálních služeb, zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb, kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách, hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb, náležitosti průkazu zaměstnance obce a zaměstnance kraje oprávněného k výkonu činností sociální práce, přechodné ustanovení a účinnost vyhlášky (Vyhláška č. 505/2006 Sb).

V současné době se připravuje novela zákona o sociálních službách a vznik zákona o sociálních pracovnících.

3.1 Standardy kvality sociálních služeb

Kvalita v sociálních službách je téma, které je často zmiňováno v souvislosti s procesem transformace. I když je pojem kvalita velmi široký, existuje mnoho definic a systémů zabývajících se hodnocením a řízením kvality. Kvalitu legislativně vymezují v sociálních

službách standardy kvality sociálních služeb publikované ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.

Kvalita života je široký, relativní a velmi rozšířený pojem. Kvalita života může být hodnocena jak z hlediska objektivního, pak zahrnuje podmínky zdravotní, ekonomické, bytové, informační aj., ale také z hlediska subjektivního, tj. podle toho, jak jedinec vnímá dané životní podmínky. Mimo zdravotnických a sociálních pracovníků se kvalitou života zabývají i sociologové, psychologové, filozofové atd. (Kutnohorská aj., 2011).

Standardy vycházejí ze základních lidských práv a svobod, Deklarace základních lidských práv a svobod a rovněž jsou zakotveny i v právních dokumentech České republiky. Výchozím principem tvorby standardů byla snaha zajistit, aby sociální služby podpořily člověka nacházejícího se v nepříznivé osobní situaci a on mohl setrvat v přirozeném prostředí a dál mohl rozvíjet přirozené sociální vazby (Mojžíšová, 2008).

Standardy kvality sociálních služeb:

- Byly pod vedením Ministerstva práce a sociálních věcí vytvořeny v průběhu let 2000 – 2002 zástupci odborné veřejnosti a poskytovatelů i uživatelů sociálních služeb.
- Na konci roku 2006 byla publikována prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. zákona o sociálních službách, která částečně mění znění jednotlivých standardů a jejich kritérií.
- Standardy byly v průběhu přípravy porovnávány (a doplňovány) se standardy kvality sociálních služeb některých evropských zemí, zejm. Velké Británie (Bednář, 2014).

Standardy kvality sociálních služeb

- Standardy kvality na sebe navazují, nemůžeme se zabývat jedním standardem, aniž bychom reflektovali ostatní (Chaloupková, 2013).
- Standardy platí pro všechny typy a druhy služeb, které lze (dle definice) považovat za sociální služby.
- Jsou souborem měřitelných a ověřitelných kritérií.
- Řadu pravidel si v souladu s principy obsaženými ve Standardech musí definovat poskytovatelé sami (tzv. veřejný závazek - poslání, cíle; postupy pro podávání stížností, pravidla pro individuální plánování služeb apod.) (Bednář, 2014).

Standardy jsou rozděleny do tří základních částí

- Procedurální (můžeme se setkat i s pojmem procesní):
 1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb,
 2. Ochrana práv osob,
 3. Jednání se zájemcem o sociální službu,
 4. Smlouva o poskytování sociální služby,
 5. Individuální plánování průběhu poskytování sociální služby,
 6. Dokumentace o poskytování sociální služby,
 7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby,
 8. Návaznost na další zdroje.
- Personální:
 9. Personální a organizační zajištění sociální služby,
 10. Profesionální rozvoj zaměstnanců.
- Provozní:
 11. Místní a časová dostupnost služby
 12. Informovanost o službě,
 13. Prostředí a podmínky,
 14. Nouzové a havarijní situace,
 15. Zvyšování kvality sociální služby (Vyhláška č. 505/2006 Sb.)

4. Klient ústavního zařízení pro osoby se zdravotním a mentálním postižením

Tato kapitola specifikuje, kdo je klientem ústavního zařízení pro osoby se zdravotním postižením.

Dle standardu č. 1: Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb si poskytovatelé sociálních služeb sami určují, kdo bude jejich klientem. Některé služby se mohou orientovat pouze na osoby s mentálním postižením, jiné na osoby zdravotně postižené a jiné na osoby s kombinovaným postižením, záleží na službě (organizaci), jak si toto stanoví ve svém veřejném závazku.

Jaká zařízení se můžou chápat pod pojmem ústavní? Ústavní zařízení je pobytové zařízení. Pobytová zařízení mohou být ve formě služeb: podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem nebo chráněné bydlení. Ukazatelů, co je vlastně „ústav“ může být více, může to být větší počet klientů v jedné budově, kde se soustřeďuje veškerá aktivita těchto osob. Tato charakteristika se spíše týká služeb domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, domov se zvláštním režimem. K cílové skupině osob a tedy k této kapitole se nejvíce blíží služba domov pro osoby se zdravotním postižením.

4.1 Zdravotní postižení

Jedince se zdravotním postižením označujeme jako: osoba se zdravotním postižením. Definice pojmu postižení či zdravotního postižení není jednotná a v různých politických resortech se liší (Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2015–2020, Opatřilová, Procházková, 2011).

Odhaduje se, že počet osob se zdravotním postižením v populaci je na 10 procentech.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách zdravotní postižení definuje jako: „*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit člověka závislým na pomoci jiné osoby*“. Znamená to, že mohou nastat případy, kdy je člověk očividně zdravotně postižený, ale dopady tohoto postižení nejsou tak závažné, aby se neobešel bez pomoci někoho jiného. Dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je ten, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a současně omezuje duševní, smyslové

nebo fyzické schopnosti tak, že má vliv na schopnost pečovat o sebe a být soběstačným. Důležité je, že tento stav nemusí být hodnocen až po uplynutí jednoho roku. Současná lékařská věda dokáže ve většině případů velice přesně odhadnout trvání a vývoj zdravotního stavu (Zákon č. 108/2006 Sb.).

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti vymezuje osoby se zdravotním postižením takto: „*Jedná se o fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány jako invalidní ve třetím stupni (tj. osoby s těžším zdravotním postižením) nebo v prvním či druhém stupni. Mezi osoby se zdravotním postižením se navíc řadí i fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení posouzeny, že již nejsou invalidní, a to po dobu 12 měsíců ode dne tohoto posouzení.*“ Naopak osobami se zdravotním postižením již nejsou fyzické osoby, které byly podle předchozí a nyní už neúčinné právní úpravy rozhodnutím úřadu práce uznány jako zdravotně znevýhodněné.

V oblasti zdravotního pojištění se v ČR pojem postižení definuje jako stav závažného a trvalého snížení funkční schopnosti vzniklého v důsledku úrazu, nemoci či vrozené vady (Opatřilová a Procházková, 2011).

Z pedagogického hlediska lze za osoby s postižením považovat „*všechny děti, mladé lidi a dospělé, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně ztížena.*“ Tito jedinci tak potřebují speciálně pedagogickou podporu (Pipeková, 2010).

Dne 13. prosince 2006 přijala Organizace spojených národů Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Tato úmluva nespojuje zdravotní postižení pouze se zdravotní diagnózou. Za osoby se zdravotním postižením považuje "*osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními*" (Úmluva o právech osob se zdravotním postižením, 2011)."

Nejčastějšími příčinami zdravotního postižení může být: dědičnost, nehoda, úraz, nemoc, příčiny vzniklé v prenatálním období (způsobené léky, drogami, alkoholem), příčiny způsobené komplikovaným porodem.

V souvislosti se zdravotním postižením se můžeme setkat i s pojmem tělesné postižení.

Tělesné postižení neboli handicap je zdravotní postižení definované tělesnou odchylkou jedince omezující jeho pohybové schopnosti, což přímo ovlivňuje jeho kognitivní, emocionální a sociální výkony. „*Jsou narušeny role, které postižený ve*

společnosti zastává: soběstačnost, schopnost cestovat, partnerská a rodinná role, pracovní a zájmová činnost. (Všeobecná encyklopedie v osmi svazcích, 1999).“

Pojem tělesného postižení bývá obvykle redukován pouze na postižení pohybového ústrojí. Jako tělesně postižená je obecně vnímána osoba, jejíž pohybový handicap je zjevný a nedá se přehlédnout. Také zákon, který vymezuje tělesná postižení, se omezil pouze na takové definice tělesně postižených, které mají přímou souvislost s pohybovým postižením.

Tělesná postižení mohou být vrozená nebo získaná. Vrozené vady vznikají buď během těhotenství, nebo při porodu. Získaná postižení může způsobit buď úraz, nebo různé choroby. Na rozdíl od vrozených vad mohou vzniknout v kterémkoli období života.

4.2 Mentální retardace

Mentální retardace je nejednoznačný termín a v současné době vymezovaný značným množstvím definic, které mají společně zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince a jeho schopnost adaptace na sociální prostředí. Termín se začal více používat po konferenci Mezinárodní zdravotnické organizace (dále WHO) v Miláně v roce 1959 a pozvolna nahradil celou řadu relevantních pojmů.

Jednu z definic mentální retardace uvádí i kolektiv autorů Michalík, Valenta, Lečbych (2012, s. 31):

„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptačních schopnost jedince.“

Můžeme se setkat s více používaným pojmem a to mentální postižení.

„Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.“ (Valenta aj., 2012, s. 30).

Mezinárodní klasifikace nemocí

WHO ve víceméně pravidelných intervalech a v souladu s progresem ve vědě reviduje klasifikaci nemocí včetně duševních poruch (MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí. Od roku 1992 (u nás o rok později) platí desátá revize této klasifikace (MKN-10, mezinárodní označení (ICD-10).

Stupeň mentální retardace se určuje na základě posouzení inteligence a posouzení schopnosti adaptability (adaptačního chování), orientačně též inteligenčním kvocientem a mírou zvládnání obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince a to takto:

- F70 – Lehká mentální retardace (mildmentalretardation) – IQ 50 – 69, dříve debilita.
- F71 – Středně těžká mentální retardace, též střední mentální retardace (moderatementalretardation) – IQ 35 – 49, dříve imbecilita
- F 72 – Těžká mentální retardace (severe mentalretardation) – IQ 20 – 35, dříve idioimbecilita, prostá idiocie
- F78 – Jiná mentální retardace
- F 79 – Nespecifikovaná mentální retardace (Valenta aj., 2012).

Mimo stupně mentálního postižení MKN-10 rozlišuje i kód postiženého chování u těchto klientů (afekty vzteku, sebepoškozování...), a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení:

- 0 – žádné či minimálně postižené chování
- 1 – výrazně postižené chování vyžadující intervenci
- 8 – jiná postižení chování
- 9 – bez zmínky o postižení chování (Valenta aj., 2012).

Klasifikace může vycházet ze dvou základních manuálů – Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), vydávané WHO a z Diagnostického a statistického manuálu psychických poruch, který vydává APA (Americká psychiatrická asociace).

DSM-IV

Stupně mentální retardace podle DSM-IV

317 MildMentalRetardation – IQ 50 – 55 až 70

318.0 ModerateMentalRetardation – IQ 35 – 40 až 50 – 55

138.1 Severe MentalRetardation – IQ 20 – 25 až 35 – 40

Diagnostická kritéria mentální retardace:

- snížení intelektových funkcí (IQ 70 a méně);
- souběžný deficit v oblasti adaptability jedince a to nejméně ve dvou z následujících oblastí: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční (akademické) dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost;
- začátek poruchy před 18. rokem života (Michalík aj., 2012).

Na pojem „mentální retardace“ lze nahlížet z řad různých perspektiv. Jinak je chápána z pohledu lékařů, kteří v ní mohou spatřovat diagnostickou kategorii spojenou s řadou limitů a dívat se na ni posudkovým okem, jinak ji chápou sociální pracovníci, kteří pracují v pobytových zařízeních, odlišný pohled na ni lze nalézt u pracovníků v oblasti integrace a inkluze, jiný pohled mají psychologové a speciální pedagogové. Jiné vnímání nalezneme u rodičů, příbuzných a opatrovníků osob s mentální retardací a úplně zcela osobité a originální pohledy najdeme u osob, kterým byl tento pojem přiřčen a jak jim tato skutečnost do značné míry ovlivnila chod jejich života (Valenta aj., 2012).

4.2.1 Lehká mentální retardace (F70)

IQ se pohybuje v rozmezí 50 – 69. U dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let a výskyt v celkovém počtu mentálních retardací je kolem 80%. V charakteristice této úrovně mentálního postižení Švarcová uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopností užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému rozhovoru, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplně nezávislosti v osobní péči jako je jídlo, hygiena, oblékání atd. Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvoj jejich dovedností a kompenzování nedostatků. U osob s lehkou mentální retardací se mohou v různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo různá tělesná postižení. Tato diagnóza zahrnuje

slabomyslnost, lehkou mentální abnormalitu a lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu) (Švarcová - Slabinová, 2006, WHO).

4.2.2 Střední mentální retardace (F71)

IQ dosahuje výše 35–49. Odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let a výskyt je 12% v celkovém počtu mentálních retardací. U je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči. Je také opožděna a omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Pokroky ve škole jsou omezené, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si mohou osvojit základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou středně retardovaní jedinci obvykle schopni vykonávat jednoduchou ruční práci, jestliže jsou úkoly strukturovány a je zajištěn nad nimi dohled. V dospělosti jsou velmi zřídka kdy schopni úplně samostatně žít. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Někteří postižení dokážou jednoduše konverzovat, zatímco druzí se nedokáží stěží domluvit o svých základních potřebách a někteří se nenaučí mluvit nikdy, ale mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a další formy nonverbální komunikace. U značné části takto postižených je přítomen dětský autismus nebo jiné vývojové poruchy, které velice ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení, neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají. Tato diagnóza zahrnuje středně těžkou mentální abnormalitu a středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu) (Švarcová - Slabinová, 2006, Valenta, 2007, WHO).

4.2.3 Těžká mentální retardace (F72)

U těžké mentální retardace je stav podobný jako u středně těžké retardace, úroveň poškození je však vyšší a porucha výraznější a většina jedinců trpí poruchami motoriky (Mahrová a Venglářová, 2008).

Výše IQ dosahuje 20–34, což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let a vyskytuje se v 7% celkového počtu mentálních retardací. Většina jedinců z této kategorie trpí

značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému. I když jsou možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob značně omezené, jak ukazují zkušenosti, je včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče velmi důležitá, neboť může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života. Tato diagnóza zahrnuje těžkou mentální abnormalitu a těžkou oligofrenii (Švarcová - Slabinová, 2006).

4.2.4 Hluboká mentální retardace (F73)

IQ je nižší než 20 a u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Většina osob z této kategorie je nepohyblivá nebo omezená v pohybu. Postižení bývají často inkontinentní a jsou schopni pouze primitivní neverbální komunikace. Mají minimální či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Tyto osoby vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti výchovy a vzdělání jsou velmi omezené. Chápání a používání řeči je omezeno na reagování na jednoduché požadavky. Dosáhnout můžou jen nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech. U takto postižených jedinců jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, často trpí epilepsií a mají poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus. Tato diagnóza zahrnuje hlubokou mentální abnormalitu a hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii). (Švarcová - Slabinová, 2006)

4.2.5 Jiná mentální retardace (F 78)

Do této kategorie spadá takový člověk, u kterého je stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod zvláště nesnadné nebo nemožné při přidruženém senziorickém či somatickém postižení např. u neslyšících, nevidomých a nemluvicích jedinců. Patří sem také osoby s autismem, poruchami chování a těžce tělesně postižené osoby. Komunikační možnosti těchto jedinců jsou zde individuální, musí být využito totální

komunikace, která znamená využití všech dostupných a použitelných komunikačních metod s jasným cílem a to dorozumět se (Švarcová - Slabinová, 2006, WHO).

4.2.6 Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

Tato kategorie je používána v případech, kdy je mentální retardace prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit jedince do jedné z uvedených kategorií (Švarcová - Slabinová, 2006).

4.2.7 Nejčastější specifické diagnózy

K mentálnímu postižení se často přidružují i genetické poruchy nebo vývojové poruchy. V následujících kapitolách jsou uvedeny nejčastější z nich spojované s mentálním postižením. Jedná se o Downův syndrom a autismus.

Downův syndrom

Mezi nejčastější genetické poruchy spojené s mentálním postižením patří na prvním místě Downův syndrom.

Patří k vůbec nejčastějším vrozeným syndromům (jedno dítě na 700 až 1 500 porodů, v českých zemích je to každoročně přibližně 70 dětí, rizikovým faktorem je přitom věk rodičky nad 35 let). Člověk s tímto syndromem je charakteristický specifickým fenotypem. Má zavalitější postavu, široké ruce s krátkými prsty, mohutný krk, menší, vzadu zploštělou hlavu, kulatý obličej, drobné nízko posazené uši, pootevřená ústa „mongoloidní“ postavení očí způsobené kolmou kožní řasou ve vnitřním koutku. Downův syndrom bývá také spojen s poruchou vývoje některých vnitřních orgánů (např. kardiovaskulárního systému), neurologickým postižením (epileptické záchvaty), mentální retardací (většinou ve středním pásmu) a poruchami řeči.

V současné době můžeme těžit ze znalostí medicíny, vzdělávání a rehabilitace u osob s Downovým syndromem. Pro tyto jedince se nabízí mnoho možností i příležitostí. V poslední třetině dvacátého století došlo k rozšíření oblastí vzdělávání a zaměstnávání osob s Downovým syndromem. Aby tomu mohlo být tak nadále, musí společnost tyto osoby nadále podporovat v jejich rovnosti a svobodě (Cohen aj., 2002).

Dále může mezi specifické genetické poruchy patřit: Angelmanův syndrom, Cridu Chat syndrom (syndrom kočičího křiku), De Lange syndrom, Di-Georgův syndrom, Edwardův syndrom, Klinefeltův syndrom, Lesch-Nyhanův syndrom, Patauův syndrom, Prader-Williho syndrom, Sotosův syndrom, Syndrom fragilního X chromozomu, Syndrom Smith-Magenis, Trizomie chromozomu X, Tuberózní skleróza – Bourneville-Prigľův syndrom, Williamsův syndrom.

Autismus

Mezi neurovývojové poruchy se na prvním místě řadí autismus nebo také jinak nazýván jako porucha autistického spektra.

Pojem autismus pochází z řeckých slov autos – sám, ismus – orientace, stav).

Jak uvádí Lechta (2010) se podle MKN-10 (2009) do skupiny pervazivních vývojových poruch řadí tyto diagnostické kategorie: dětský autismus (F84.0), atypický autismus (F84.1), Rettův syndrom (F84.2), jiná dezintegrativní porucha v dětství (F84.3), hyperaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby (F84.4), Aspergerův syndrom (F84.5), jiné pervazivní vývojové poruchy (F84.8), nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha (F84.0) (MKN).

Mentální retardace a autismus jsou dva rozdílné, ač částečně se překrývající syndromy. Přibližně u tří čtvrtin lidí trpících autismem je k pervazivní vývojové poruše přidružena mentální retardace (lehká až střední okolo 24 %, těžká až hluboká okolo 47 % pacientů). Lidé, kteří mají hluboký mentální deficit a autismus se liší od lidí s prostou mentální retardací hlavně specifickým chováním (Thorová, 2006).

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj dítěte je kvůli tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. Autismus doprovází specifické vzorce chování (Thorová, 2006).

Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy (málo symptomů) až po těžkou (velké množství symptomů). Problémy se musí projevit v každé části základní diagnostické triády.

Autismus je poruchou, jejíž příčinu se prozatím nepodařilo odhalit. Předpokládá se, že určitou roli zde hrají genetické faktory, různá infekční onemocnění a chemické procesy

v mozku. Moderní teorie tvrdí, že autismus vzniká až při kombinaci několika faktorů. Autismus je v podstatě syndrom, který se diagnostikuje na základě projevů chování. Projevuje se buď od dětství, nebo v raném věku (do 36 měsíců). Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že dítě nedokáže správným způsobem vyhodnocovat informace (senzorické, jazykové). Lidé s autismem pak mívají výrazné potíže ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti (Thorová, 2006).

4.3 Kombinované postižení

Kombinovat se mohou nejen závažnější stupně poruch či postižení, ale i lehčí stupně navzájem s těžšími (Ludvíková, 2005). Není vyloučena prakticky žádná kombinace různých vad, přičemž některé se vyskytují častěji, jiné pouze výjimečně (Slowík, 2007).

Kombinované postižení je dle Jesenského (2000):

1. Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení
2. Mentální postižení s tělesným postižením
3. Mentální postižení se sluchovým postižením
4. Mentální postižení s chorobou
5. Mentální postižení se zrakovým postižením
6. Mentální postižení s obtížnou vychovatelností
7. Smyslové a tělesné postižení
8. Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.

5. Transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb

Pojem „transformace“ je užíván v řadě významů, zpravidla znamená podstatnou změnu, proměnu. Ve spojení s ústavními sociálními službami jde o procesy změny v oblastech jako je řízení, financování, vzdělávání, místo poskytování služby a forma poskytování sociální služby s cílem dosáhnout toho, aby potřebná péče byla lidem poskytována v běžných životních podmínkách, aby člověk s handicapem měl stejné podmínky a příležitosti žít srovnatelný život se svými vrstevníky (Krhutová, 2013).

Transformace v pojetí tohoto textu je změna z velkokapacitní ústavní služby na bydlení a poskytování podpory v běžném prostředí. Lidé s postižením díky transformaci přecházejí z velkých ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je běžný.

Transformace sociálních služeb přispívá k začlenění osob s postižením do běžného života společnosti. S náležitou podporou mohou lidé s postižením žít v běžných domácnostech, převzít odpovědnost za svůj život a zvládat péči nejen o sebe a domácnost tak, jak to dělají ti, kdo v ústavech nežijí. V rámci svých možností mohou chodit do zaměstnání, pěstovat své záliby nebo se stýkat s přáteli z okolí (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, © 2015).

Společně s pojmem transformace se můžeme setkat i s pojmem deinstitucionalizace. „Deinstitucionalizace je proces, ve kterém dochází k proměně instituce jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filosofie služby, tak ve smyslu sídla (umístění v objektu a komunitě) tak, aby výsledná struktura a provozování služby byly primárně orientovány na potřeby uživatelů a ne potřeby formalizované organizace- instituce. Je jí dosahováno proměnou institucionální péče v péči v „komunitě“ (Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče, 2009, s. 3).

Proces transformace, resp. deinstitucionalizace byl v České republice zahájen po roce 1989. Největší potíže přineslo zavádění změn zejména v pobytových službách, kde byly transformační procesy blokovány mnoha překážkami. V sociálních službách převládal zpočátku nízký podíl uživatelů, kteří by se podíleli na rozhodování služeb. Jednotlivá zařízení složitě zvládala proces přechodu od paternalistických forem poskytované péče k moderním formám spíše partnerských služeb (Čámský aj., 2011).

Proces deinstitucionalizace byl v ČR po roce 1989 výrazně ovlivněn principy ochrany lidských práv v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, zejména pro osoby se

zdravotním postižením, také byl ovlivněn procesem tvorby a vznikem právních standardů kvality a procesem přípravy vzniku a aplikace zákona o sociálních službách (Čámský aj., 2011).

Pojem transformace byl složitěji vnímán ze strany měst, obcí, okresů a krajů, kdy se poměrně dlouho vyjasňoval její vlastní obsah. Někteří zřizovatelé vnímali transformaci jako investici do budov a zařízení, a vlastní kvalitou poskytovaných služeb se v mnoha případech příliš nezabývali. V souvislosti s účinností zákona se však i v této oblasti objevily významné projekty, které napomáhaly k naplňování transformace tím naplňování kvality.

Pojem deinstitucionalizace se v sociálních službách používá ve smyslu přechodu od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v jeho přirozeném prostředí. Je to postupný proces, ve kterém dochází k odklonu od tzv. komplexní dlouhodobé péče v institucích směrem k poskytování služeb formou individualizované podpory života v komunitě. Pojem transformace sociálních služeb představuje proces změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování sociálních služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách. Jinak řečeno, jedná se o přechod od institucionální péče ke službám komunitního typu (Čámský aj., 2011).

MPSV se v návaznosti na koncepční řešení kvality a dostupnosti sociálních služeb systematicky věnuje podpoře procesu transformace, deinstitucionalizace a humanizace služeb sociální péče (Ministerstvo práce a sociálních věcí, © 2015).

Všeobecným cílem procesu je na základě podrobných analýz a zmapování současné situace v oblasti služeb sociální péče zajistit komplexní systém podpory transformace služeb sociální péče, zpracovat rozvojové plány vycházející z problematiky transformačního procesu, zvýšit informovanost o procesu transformace institucionální péče pro osoby se zdravotním postižením, vytvořit systém vertikální a horizontální péče pro osoby se zdravotním postižením a spolupráce mezi všemi dotyčnými subjekty procesu transformace, podpořit proces zkvalitňování životních podmínek, podpořit naplňování lidských práv uživatelů pobytových sociálních služeb a jejich práva na plnohodnotný život srovnatelný s vrstevníky žijícími v přirozeném prostředí (Čámský aj., 2011).

Příklady projektů spojených s transformací sociálních služeb

V této podkapitole jsou zmíněny dva projekty, které souvisí s transformací sociálních služeb, a kterých se účastnilo několik zařízení sociálních služeb. Zapojením do těchto projektů bylo pro mnohé organizace velkým plus v podobě nemalých finančních částek na proces transformace v jejich zařízení.

Projekt Podpora transformace sociálních služeb (2007-2013)

Cílem projektu je podpořit přechod lidí s postižením z velkokapacitních ústavních služeb do bydlení a služeb v běžném prostředí.

Projektu se účastnilo 32 ústavních zařízení z celé ČR, která poskytují služby cca 3 800 lidem s postižením. Na projektu spolupracují všechny kraje České republiky (Hlavní město Praha se vzhledem k podmínkám Evropského sociálního fondu účastní vybraných aktivit).

Projekt realizoval odbor sociálních služeb a sociální práce Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. Součástí projektu je také Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, které vzdělává a podporuje účastníky transformačního procesu.

Projekt přispíval k plnění Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti, která byla přijata usnesením vlády České republiky č. 127 dne 21. února 2007.

Projekt byl financován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost (Národní centrum podpory transformace sociální služby ©, 2015).

Projekt Transformace sociálních služeb

Od ledna 2013 do prosince 2015 realizovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí individuální projekt „Transformace sociálních služeb“, který byl podpořen v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost. Projekt byl financován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky.

Projekt vytvářel na národní úrovni prostředí pro transformaci pobytových zařízení sociálních služeb na služby komunitní. Komunitní služby více podporují jejich uživatele, v tomto případně zejména lidi se zdravotním postižením, v zapojení se do společnosti a na trh práce. Aby bylo této změny dosaženo, je nutné zapojit řadu různých subjektů. Zároveň je

neustále nutné pracovat s povědomím veřejnosti, aby byli lidé se zdravotním postižením opouštějíci ústavy přijati do běžného společenství.

Projekt Transformace sociálních služeb byl zaměřený 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. Přínosem pro zřizovatele a zadavatele sociálních služeb bylo mj. pokračování ve sledování dat z probíhajícího procesu transformace a jejich další vyhodnocení a zároveň možnost čerpat podporu.

Projektu se účastnilo 40 zařízení – poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou v procesu transformace nebo chtějí s transformací svých služeb začít (Národní centrum podpory transformace sociálních služeb ©, 2015).

5.1 Důležité dokumenty

Podpora transformace pobytových sociálních služeb v České republice vychází z priorit Národního rozvojového plánu pro období 2007 – 2013 a Národního strategického referenčního rámce 2007 – 2013. Na výše uvedené strategické dokumenty a Lisabonskou strategii, která je označována za program zásadních reforem, úzce navazuje Integrovaný operační program pro programovací období 2007 – 2013. Priority procesu transformace pobytových zařízení sociálních služeb jsou vyjádřeny v dokumentu „Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti“, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127. Koncepte je vypracována v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, tj. Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006 – 2008 a na léta 2008 – 2010, Bílou knihou v sociálních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je vytvořena v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práva svobod (Čámský aj., 2011).

Důležité dokumenty, které se týkají transformace a deinstitucionalizace sociálních služeb jsou následující. Jedná se jak o dokumenty teoretické jako např. Manuál transformace, tak jsou tu i dokumenty praktické, kde jsou příklady dobré praxe, vzory individuálních plánů a další dokumenty, které realizátorům pomohou v procesu transformace. Jedná se o:

- Strategické dokumenty na stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí
- Doporučené postupy Ministerstva práce a sociálních věcí
- Dokumenty na stránkách Národního centra na podporu transformace sociálních služeb.

6. Proces transformace

K pozitivnímu zapojení osob do procesu transformace, je potřeba, aby si všichni uvědomili negativní důsledky života v instituci (ústavu) a důvody, proč je potřeba, aby se uživatel vrátil do běžné komunity. Je proto potřeba zvyšovat povědomí o procesu transformace a to jak mezi klienty, rodinnými příslušníky či opatrovníky, pracovníky, ale také širokou veřejností.

6.1 Práce s klientem v procesu transformace

Umístění uživatelů probíhá s přednostním ohledem na jejich potřeby a s vědomím toho, že samotná změna prostředí je stres. Poskytovatel reflektuje, že zvláště zranitelní jsou lidé se specifickými potřebami. Noví pracovníci jsou v kontaktu s uživatelem v dostatečné míře ještě v době, kdy je v původním prostředí. Snižování počtu uživatelů probíhá postupně, pokud by k němu došlo v příliš krátké době, není možné věnovat dost pozornosti jednotlivým uživatelům. Formální záležitosti související s přechodem uživatele do jiného typu služeb musejí být vyřízeny předtím, než uživatel původní zařízení opustí.

Poskytovatel se zaměří na 3 hlavní způsoby přípravy uživatelů, kterými jsou:

- a) formování vztahů důvěry s pracovníky;
- b) terapie vývojových opoždění a zabírání se problémy s chováním, což souvisí s připoutáním a vazbám k prostoru, objektu i osobám;
- c) seznamování uživatele s novým místem (Ministerstvo práce a sociálních věcí ©,

2015).

Poskytovatel zvažuje nová místa, která jsou k dispozici (tj. biologická rodina, nové domácnosti).

- Poskytovatel posuzuje a sladuje možnosti pro soužití uživatele a jeho rodiny.
- Poskytovatel připravuje uživatele na přechod do nového typu bydlení a denních programů.
- Poskytovatel plánuje přestěhování uživatele.
- Poskytovatel podporuje udržení kontaktů s rodinnými příslušníky a opatrovníky uživatele.
- Poskytovatel sleduje a vyhodnocuje přestěhování a adaptaci uživatele

- Poskytovatel při plánování přestěhování uživatele respektuje stávající vazby mezi uživateli, jejich přání a potřeby.

Většina zařízení, která prochází transformací, si vytváří tzv. transformační plány, které většinou obsahují plány stěhování uživatelů. V těchto plánech je přesun uživatelů členěn na fázi přípravy, fázi samotného přesunu a fázi adaptace v novém prostředí a popř. další fáze. Jsou zde uvedeny rizika, která se mohou objevit ve všech fázích přesunu a jak s těmito riziky pracovat. Vzhledem k tomu, že každý klient má individuální potřeby, je třeba s každým zacházet jinak. Sociální pracovník nebo pověřený pracovník vyhotovuje analýzy služeb, dělá rozhovory s klienty, s opatrovníky, rodinnými příslušníky, vyhledává vhodné služby a klientovi zajišťuje např. zkušební pobyt v jiné službě, aby se mohla následující služba, do které klient přejde nastavit dle jeho individuálních potřeb.

6.1.1 Standard č. 5 - Individuální plánování průběhu sociální služby

Tato podkapitola se věnuje blíže Standardu č. 5 – Individuální plánování, jako jednomu z možných způsobů práce s klientem v procesu transformace.

V procesu transformace se klienti ústavních zařízení budou začleňovat do běžné společnosti, budou více využívat spíše komunitních služeb. Aby klient mohl opustit ústavní zařízení, je potřeba dát velký důraz na jeho přípravu na tento přesun. Vezmeme-li v potaz mentální postižení klienta a to, že většina klientů v dnešním ústavním zařízení žije i více než 20 let, musí tato změna probíhat s ohledem na klienta. Individuální plán vede pověřený pracovník zařízení a po dohodě s klientem spolu pracují na jednom nebo více cílů, které si klient stanovil sám nebo s pomocí pověřeného pracovníka. Cíle v individuálním plánování se v procesu transformace spíše zaměřují na zvyšování soběstačnosti a samostatnosti. Jedná se o to, aby klient, který přechází z ústavní služby do služby komunitního typu, byl připraven na život, který dosud neznal. Klíčový pracovník má možnost s klientem pracovat na zvyšování jeho soběstačnosti a samostatnosti právě pomocí cílů, které si nastaví. Konkrétně se může jednat o cíle, které souvisí se změnou prostředí (např. klient v ústavním zařízení byl zvyklý, že za něj úklid pokoje prováděla paní uklízečka. Po přechodu do chráněného bydlení bude muset klient zvládnout úklid svého pokoje sám. Proto si klient může stanovit cíl: Chci si zvládnout sám uklidit svůj pokoj. Pokud by se jednalo o klienta, který je méně schopný např. z důvodu zdravotního postižení, může se jednat o cíl: Chci si zvládnout sám utřít prach na svém nočním stolku.). Není dobré si dávat velké cíle, u klientů s mentálním postižením, je

potřeba postupovat po malých krůčcích. Klient by u velkého cíle mohl dostat strach, že to nezvládne a klíčový pracovník by s ním nemohl dále pracovat.

Individuálně plánovat ukládá:

- Paragraf 88, písm. f) zákona o sociálních službách, který požaduje: Plánovat průběh poskytování sociální služby podle osobních cílů, potřeb a schopností osob, kterým se poskytují sociální služby, vést písemné individuální záznamy o průběhu poskytování sociální služby a hodnotit průběh poskytování sociální služby za účasti těchto osob, je-li to možné s ohledem na jejich zdravotní stav a druh poskytované sociální služby, nebo za účasti jejich zákonných zástupců.
- Standard č. 5 – Individuální plánování průběhu sociální služby
- Paragraf 2 zákona o sociálních službách, který výslovně uvádí, že pomoc prostřednictvím sociální služby musí vycházet z individuálně určených potřeb osob (Čámský aj., 2011).

Standard č. 5 uvádí tyto kritéria, která se týkají individuálního plánování:

Kritérium 5a – Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje

Kritérium 5b – Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby,

Kritérium 5c – Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda jsou naplňovány její osobní cíle;

Kritérium 5d – Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance

Kritérium 5e – Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám (Vyhláška č. 505/2006 Sb.).

Nejdůležitější aspekty aktuální právní úpravy ve vztahu k individuálnímu plánování:

- Služby je potřeba poskytovat na základě individuálně určených potřeb, přání a schopností, které jsou zachyceny procesem zvaným individuální plánování.

- Individuální plánování musí směřovat k tomu, aby lidé mohli žít způsobem, který je ve společnosti považovaná za běžný, aby mohli být součástí běžné společnosti – pracovat, vzdělávat se atd. tam, kde ostatní lidé (Bednář, 2014).

Ve zdravotně sociální práci je potřeba mít na paměti, že uspokojování potřeb člověka je důležité, a to od nejtělejšího věku až do dospělosti (Kutnohorská aj., 2011).

Význam individuálního plánování služby

- Klíčovým prvkem plánování je definování žádoucí změny v životě člověka a následná konkretizace termínů a úkolů pro jednotlivé členy týmu (uživatele služby, poskytovatele a případně další zúčastněné).
- Základní prvek kvality sociální služby – služba „na míru“
- Povinnost individuálně plánovat nelze zredukovat na existenci individuálního plánu. I když výsledný plán je důležitým důkazem o naplňování tohoto požadavku, samotný proces vzniku plánu – individuální plánování – je ještě důležitější.
- V procesu plánování je úkolem poskytovatele vybrat spolu s uživatelem služby na jakých cílech uživatele se bude pracovat (které zapadají do rámce organizace) a navrhnout, jaké postupy a metody práce budou použity.
- Systematická práce s uživatelem, předcházení nahodilostem.
- Pozornost věnovaná všem uživatelům.
- Příležitost předejít, vyhnout se možným rizikům či připravit se na ně.
- Kontrola kvality a efektivity služby.
- Plánování služby není diagnostika či hodnocení uživatele, popis jeho stavu či určování dalšího průběhu služby bez uživatele.
- Významnější než individuální plán je proces individuálního plánování.
- Kontinuální, záměrný, strukturovaný proces, při němž se stanovují kroky (prostředky), jimiž je třeba dosáhnout požadované změny (Bednář, 2014).

V individuálním plánování je důležité stanovení osobního cíle. Osobním cílem je v kontextu sociálních služeb to, čeho může uživatel dosáhnout využíváním sociální služby.

Kritéria dobře formulovaného cíle:

Musí být významný - Bude-li cíl společné práce důležitý a přínosný, bude uživatel spíše investovat do jeho dosažení a bude si k tomu žádat pracovníkovu spolupráci. To bude pro pracovníka příjemnější a usnadní mu to práci. Uživatel bude mít pocit, že mu pracovník rozumí, respektuje jej a má zájem mu pomoci.

Musí být dosažitelný v reálné době (rozdělení jednoho velkého na řadu malých) - Natolik malý, aby jej bylo možné dosáhnout v představitelné době. Dosažení malého cíle je snazší, a když je dosažen, přináší zážitek pokroku v řešení problémů. Je lepší stavět řadu malých cílů než jeden velký. Variantou může být rozdělení velkého cíle na řadu cílů malých.

Musí být konkrétní, zaměřený a týkat se chování - Cíle, které jsou neurčité, neumožní ověřit, zda jich už je dosaženo nebo ještě ne.

Musí se týkat výskytu, nikoli nepřítomnosti něčeho - Uživatelé často vědí, co nechtějí a co by nemělo být. Dobře zformulovaný cíl se však musí týkat toho, co uživatel chce, aby bylo, protože až to bude, bude to možné zjistit a současně to přinese naplnění jeho přání. Navíc přání něco nedělat zaměřuje lidskou mysl právě na tuto činnost a znesnadňuje věnovat se něčemu jinému.

Musí pojmenovat začátek, nikoli jen konec něčeho - K vykročení nestačí jen přestat s tím, co bylo. Je třeba se krok po kroku naučit věci řešit jinými, příjemnějšími způsoby.

Cíl musí být realistický - Mnoho uživatelů má sklon dávat si grandiózní cíle, v nichž zákonitě neuspějí. Často to bývají cíle, které jsou žádoucí, takže pracovníci mají sklon na ně přistoupit. Pracovník by neměl provádět kontrolu realitou, vysvětlovat, že je to nesplnitelné. Místo toho lze dojednat první kroky k zvýšení šance na dosažení toho tak těžkého a vzdáleného grandiózního cíle.

Dosažení cíle musí stát úsilí - Jakkoli má být cíl malý a dosažitelný, vyžaduje určité úsilí, aby na něm stálo za to dělat. Takový cíl podporuje uživatelské pozitivní sebehodnocení, ukazuje, jak těžké je dosáhnout malých cílů, natožpak grandiózních. Když uživatel cíle nedosáhne,

znamená to jen, že potřebuje více úsilí; když jej dosáhne, stojí jeho úsilí za ocenění (Bednář, 2014).

Nejdůležitějšími principy individuálního plánování jsou:

- Co je s uživatelem dohodnuto, to je mu poskytováno.
- Co je poskytováno, vychází ze skutečných potřeb a osobních cílů uživatele.
- Aktivně jsou zjišťovány předpoklady a schopnosti člověka v podmínkách společenského života. Do popředí se dostávají jeho vlohy a silné stránky (na čem lze stavět). Plán se zaměřuje na odlišné životní zkušenosti, namísto na menší výkon. Při plánování služby se vychází především ze schopností, možností a zdrojů uživatele (jako opak neschopnosti a potřeby úplné péče).
- Služba se plánuje společně s uživatelem. Posiluje se aktivní účast uživatele a lidí, kteří ho nejvíce znají. Důležitou roli hrají neformální zdroje (rodina, přátelé, sousedé apod.)
- Nezaměňovat profesionální cíle (zlepšit motoriku) za cíle uživatelů (naučit se telefonovat).
- Užívá se spíše přirozený jazyk, než profesionální terminologie.
- Definují se žádoucí změny v životě člověka, příp. uspokojení jeho potřeb. Vychází se z přání a potřeb člověka, nikoli z možnosti stávajících programů poskytovatele.
- Plány se přehodnocují, uživatel má možnost měnit své osobní cíle.
- Plány obsahují termíny plnění a kritéria vyhodnocení.
- Za plánování jsou odpovědní konkrétní pracovníci zařízení.
- V zařízení je zaveden systém sdílení informací o plánech a průběhu poskytování služeb jednotlivým uživatelům.
- Poskytovatel nestanovuje cíle místo uživatelů, ale nabízí a poskytuje podmínky a prostředky k jejich dosažení.
- Netrvat na tom, aby osobní cíle byly formulovány během prvních kontaktů
- Neplánovat z formálních důvodů!(Bednář, 2009).

6.2 Spolupráce s dalšími subjekty při procesu transformace

Stejně jako u uživatelů sociálních služeb je jako první z důležitých kroků spolupráce zákonných zástupců a opatrovníků nebo rodinných příslušníků seznámení s plánem transformace. Může to probíhat formou pozvání k návštěvě domova, na které bude záměr představen, což může být formou besedy a projekce, kde budou sděleny informace o dalších krocích, které budou uveřejněny na webových stránkách domova. Je důležité si pověřit určitou osobu, která toto bude mít na starost např. ředitelka, soc. pracovnice, vedoucí oddělení apod. Nebo uspořádat individuální nebo skupinové schůzky, kde bude probíhat předávání informací o smyslu transformace a deinstitucionalizace, kde se bude argumentovat o kladech a přínosech pro uživatele a vše s důrazem na jejich práva. Je dobré veškeré informace o transformaci zveřejňovat na webových stránkách, aby jak rodinný příslušníci nebo samotná veřejnost měla stále aktuální informace.

Organizace by si měla vytvořit určitý plán komunikace zaměřený také na širokou veřejnost a to na seznámení veřejnosti s tím, co je transformace, jak v zařízení probíhá apod. Předávat informace jak blízké veřejnosti (okolí organizace), tak i vzdálené veřejnosti (obec, nejbližší město apod.). Nejčastější formou, kdy organizace mohou informovat blízkou i širokou veřejnost jsou Dny otevřených dveří. V Den otevřených dveří udělat workshop nebo krátkou informativní schůzku. Organizace by neměla zapomínat i na sdělování informací o transformaci písemnou formou pomocí např. informačních letáků, článků v regionálním tisku apod.

Dalším bodem spolupráce je oslovení potencionálních budoucích spolupracovníků v návazných institucích, a to ve vybraných lokalitách možného umístění uživatelů. Oslovení může probíhat formou pozvání k návštěvě domova, seznámení s uživateli a zaměstnanci. Jednalo by se o cílené předávání informací o lidech s handicapem, a tak by bylo možné eliminovat zkreslené mínění a obavy z neznámého. Sem by mohla patřit i spolupráce s obecními úřady, účast na veřejných akcích, na akcích spolků a různých organizací – vystoupení uživatelů, prezentace jejich výrobků apod.

Je potřeba oslovit a zapojit do spolupráce zúčastněné orgány veřejné správy a samosprávy. Předání informací o konkrétních krocích a stavu transformace. Pro předcházení možným problémům stanovit a pojmenovat rizika. Jednání na obecních úřadech vybraných lokalit, setkání se starosty a vedoucími sociálních odborů. Jednání a setkávání na různých úrovních (zřizovatel, MPSV, obec apod.).

Dále by organizace měla předcházet možným střetům zájmů a respektovat ochranu zájmů uživatelů (využití spolupráce při hledání pracovních příležitostí, při navazování využití sociálních a veřejných služeb uživateli). Osobní jednání a předem sjednané schůzky na různých institucích a na různých úrovních.

Je potřeba předcházet neporozumění transformačního procesu všech zúčastněných stran. Předcházet možnému nepochopení a odmítání transformace ze strany zaměstnanců. Tomuto by se dalo zabránit konáním pravidelných porad na všech úrovních řízení organizace, kde by se ověřovaly názory ze strany zaměstnanců. Negativnímu obrazu transformace u zaměstnanců by se mohlo zamezit např. organizováním návštěv, předávání zkušeností od kolegů, kde se transformace úspěšně realizuje nebo realizovala. Pozvat zkušeného supervizora, zařídit kvalitní akreditované vzdělání od organizací, které se specializují na proces transformace a deinstitucionalizace.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část diplomové práce se věnuje výzkumu.

Pro rekapitulaci: tématem diplomové práce je Transformace ústavní péče pro osoby s mentálním a zdravotním postižením v České republice. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaký názor na transformační proces mají osoby pověřené vedením ústavních zařízení, která prošla nebo procházejí transformací.

Za hlavní výzkumnou metodou byla zvolena metoda kvalitativní a to rozhovoru. Tato metoda byla vzhledem k tématu jako nejvhodnější. Dále byla použita metoda analýzy dokumentů a zúčastněného pozorování.

V následujících kapitolách bude popsána výzkumná metoda, výzkumné cíle, které byly stanoveny a výzkumný vzorek, realizace výzkumu a následně interpretována data.

Na základě analýzy dokumentů a informací z webových stránek budou popsána jednotlivá zařízení, ve kterých byly provedeny rozhovory. Je popsána jejich stručná historie, poskytované služby a popř. projekty, kterých se daná zařízení v rámci transformace zúčastnila, protože ne každé zařízení provádělo transformaci právě s pomocí projektu.

Větší pozornost je věnována zařízení Domov Na Hrádku, p. s. s., kde jsou popsány transformační procesy v zařízení a s nimi související projekt Cesta životem – stejné šance a příležitosti, do kterého se zařízení zapojilo a s pomocí něhož dále pokračuje s transformací. Tohoto procesu jsem se zúčastnila a na základě této zkušenosti jsem použila metodu zúčastněného pozorování.

V rámci tohoto projektu zařízení vytvářelo tzv. Transformační plán, který slouží jako manuál pro transformaci daného zařízení. Z transformačního plánu jsem vybrala důležité informace, které přibližují samotný proces transformace.

7. Výzkumná část

7.1 Kvalitativní výzkum

V rámci výzkumu na téma transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním a zdravotním postižením, byly zjišťovány názory ředitelek zařízení se zaregistrovanou službou domov pro osoby se zdravotním postižením na proces transformace v jejich zařízení. Podmínkou výzkumu bylo, aby dané zařízení procházelo nebo prošlo procesem transformace.

K vypracování praktické části diplomové práce jsem zvolila kvalitativní výzkum. Maňák (2004) definuje kvalitativní výzkum takto: *„Kvalitativní výzkum v humanitních vědách označuje různé přístupy (metody, techniky) ke zkoumání pedagogických jevů, kdy do popředí nevystupuje kvantifikace empirických dat, nýbrž jejich podrobná kvalitní analýza.“* J. Hendl (2005) dodává: *„Kvalitativní výzkum se provádí nejčastěji jako intenzivní kontakt s terénem nebo životní situací.“* Proto shledávám, že pro přesnější získání dat, je vzhledem k mému tématu vhodnější použít kvalitativní metodu.

Hlavním znakem kvalitativního výzkumu je dlouhodobost, intenzivnost a podrobný zápis. Pozorovatel může zaznamenávat skoro vše, co se v daném prostředí odehrává. Během pozorování nebo hned po něm si pozorovatel dělá zápisy, píše si poznámky, ze kterých potom skládá celkový obraz zkoumaného prostředí. Pozorovatel si všímá rozdílů mezi zkoumanými osobami a tím zjišťuje, jak se zkoumané osoby dívají na danou věc svými očima (Gavora, 2000).

V kvalitativním výzkumu najdeme širokou škálu metod a technik, kterými se dá zkoumat vybraná problematika. V tomto případě to je analýza případů, analýza dokumentů, rozhovor a zúčastněné pozorování. Kvalitativní přístupy se zaměřují na jednotlivé případy a zkoumají je do hloubky. Kvalitativní výzkum je určitý proces, který se mění a vyvíjí. Zdůrazňuje souvislosti mezi událostmi, situacemi, jevy a snaží co nejlépe pochopit zkoumanou realitu.

Jedná se tedy o nestatistické zpracování získaných informací, které nám umožňuje nahlédnout hlouběji pod povrch zkoumaného jevu.

Metoda kvalitativního výzkum

Jako hlavní výzkumnou metodou byl zvolen strukturovaný rozhovor. Základem strukturovaného rozhovoru jsou předem naformulované otázky, jež mají pevně danou strukturu nebo pořadí. V tomto případě je to nejvhodnější technika pro zkoumání daného tématu. Otázky byly předem dané a respondent odpovídal pouze na ně. Vzhledem k širokosti tématu by doplňující otázky nebyly možné, neboť by se respondenti nedrželi dané struktury otázek.

Jako další výzkumné metody jsem použila analýzu dokumentů, zúčastněné pozorování a v závěru praktické části se nachází dvě kazuistiky, které popisují pozitivní a negativní pohled na proces transformace.

Analýza dokumentů je metoda sběru dat, která představuje vyhledávání vhodných dokumentů, z nichž chceme získat informace o daném jevu (Mioviský, 2006). Analýza dokumentů se může kombinovat s jakoukoli jinou metodou získávání dat, v případě této práce s rozhovorem a pozorováním.

Zúčastněné pozorování řadíme mezi tzv. kvalitativní metody. Při zúčastněném pozorování se výzkumník přímo pohybuje v prostoru, kde se vyskytují zkoumané fenomény, sám je součástí tohoto prostředí, splývá s ním a stává se jedním z aktérů, čímž dochází k interakci mezi pozorovaným a pozorovatelem (výzkumníkem) (Wildemuth, 2009).

Kazuistika nebo též případová studie patří mezi výzkumné metody a zabývá se popisem jednotlivých případů, např. vznikem, průběhem a vyléčením duševní choroby apod. Stejně jako jedince se může kazuistika týkat i skupiny lidí či instituce. Slouží jako pomoc a srovnání pro podobné případy. (Hartl, Hartlová, 2009, s. 253).

7.2 Výzkumné cíle a výzkumná otázka

K pochopení struktury tématu, byl vypracován přehledný graf, který znázorňuje hlavní výzkumný cíl s dílčími výzkumnými cíly (příloha č. 1).

Hlavním výzkumným cílem je: Zjistit názory ředitelů (ředitelek) zařízení sociálních služeb na proces transformace. Na základě hlavního výzkumného cíle byly dále vytvořeny dílčí výzkumné cíle. Dílčí výzkumné cíle byly tři a to následující:

- DVC1 – Zjistit, jaká byla motivace ředitelů zařízení k tomu, aby začali s procesem transformace zařízení?
- DVC 2 – Popis průběhu procesu transformace v zařízení.
- DVC 3 – Zjistit jaká je perspektiva procesu transformace v daném zařízení.

Ke každému dílčímu výzkumnému cíli se vázalo několik otázek, na které respondenti odpovídali.

Byla stanovena výzkumná otázka: Jaké jsou názory ředitelů/ ředitelky zařízení procházejících procesem transformace na proces transformace?

7.3 Výzkumný vzorek

Výběr respondentů byl záměrný. Zaměřila jsem se na ředitele (ředitelky) zařízení, která prochází nebo prošla procesem transformace a sídlí ve Středočeském kraji. Osloveno bylo celkem deset zařízení, které prochází nebo prošlo procesem transformace. Kladně se k rozhovoru vyjádřilo celkem 5 zařízení, z nichž byla vybrána 4. Ve všech případech byla pověřena vedením organizace žena (proto dále budu uvádět pouze pojem „respondentka“).

7.4 Realizace výzkumu

Sběr dat

Na základě telefonického rozhovoru bylo osloveno celkem deset zařízení. Pět zařízení odmítlo rozhovor z různých důvodů a pět zařízení bylo ochotno rozhovor poskytnout. Byla vybrána čtyři nejvhodnější zařízení.

Kontakty na zařízení, která prochází nebo prošla transformací, byla získána díky pracovním zkušenostem z dob, kdy jsem pracovala jako koordinátor transformace v jednom z oslovených zařízení, kde jsem v rámci výkonu této profese přicházela s ředitelkami a řediteli ostatních zařízení do kontaktu v rámci pracovních schůzek, vzdělávání, workshopů a konferencí.

Po telefonickém rozhovoru, kdy byly přislíbeny rozhovory, bylemailem poslán seznam otázek k rozhovoru, aby se na něj mohly respondentky připravit, a tím se předešlo

delšímu časovému prodlení u samotné realizace. Dále bylo dohodnuto místo a čas, kde budou rozhovory zrealizovány. Respondentky byly velmi ochotné a už při telefonickém rozhovoru bylo znát, že k problematice transformace ústavní péče mají co říci.

Všechny rozhovory byly realizovány v zařízení, kde respondentky pracovaly.

Rozhovory v zařízení se realizovaly v domluvený čas, bez problémů. Nejdříve bylo s respondenkami dohodnuto, zda chtějí být v diplomové práci jmenovány nebo ne. Dvě zařízení si nepřála být uvedena, jejich rozhodnutí jsem respektovala a budou uvedena anonymně pod názvy „Zařízení 3“ a „Zařízení 4“.

Rozhovory byly zapisovány do připraveného formuláře.

Po realizaci rozhovoru, se uskutečnila prohlídka zařízení, kdy samotná respondentka nebo pověřený pracovník mě provedl zařízením, abych se seznámila se zařízením, a viděla, jak samotný proces transformace probíhal. Takto bylo provedeno zúčastněné pozorování.

Zaznamenané rozhovory jsem poté doma přepsala do počítače pro lepší čitelnost a následné zpracování. Rozhovory jsem upravila pouze minimálně, tak aby byla zachována jejich autenticita.

Po této úpravě byly rozhovory kódovány. Nejdříve byl text rozdělen na jednotky a těm byly přiděleny kódy. Kódy byly voleny tak, aby se co nejvíce přiblížily výzkumným otázkám. Kódy byly následně seskupeny podle podobnosti nebo jiné souvislosti a následně kategorizovány. Po kategorizaci byla data interpretována.

7.5 Popis zařízení

V následující kapitole budou popsána jednotlivá zařízení, s jejichž ředitelkami byl realizován rozhovor. Jedná se tedy o čtyři zařízení, dvě jsou jmenována a dvě jsou uvedena pouze pod názvem „Zařízení 3“ a „Zařízení 4“. Je to z důvodu zachování anonymity zařízení, která nechtěla být v diplomové práci jmenována.

U každého zařízení je popsána stručná historie, jaké druhy služeb, které má zaregistrované, popis jednotlivých služeb a popis projektu nebo projektů, do kterých v rámci transformace zařízení zapojila.

Více pozornosti je věnováno zařízení Domov Na Hrádku p. s. s., na němž je detailněji popsán proces transformace v praxi. Tento proces transformace je popsán pomocí transformačního plánu a historie zařízení.

Informace o zařízení jsou čerpána z webových stránek zařízení a analýzy dokumentů.

V následující kapitole jsou pak interpretovány rozhovory, které byly realizovány.

Domov Na Hrádku, poskytovatel sociálních služeb



obr. č. 1 Domov Na Hrádku, p.s.s. (zdroj: archiv Domova)

Statutárním zástupcem organizace je PhDr. Jana Pilná, která je ve své funkci již několik let a má tedy mnoho zkušeností s vedením a řízením takové organizace. S procesem transformace započala již se svým nástupem.

Domov na Hrádku, p. s. s. se nachází asi 6 km za Uhlířskými Janovicema směrem na Kolín. Jedná se o jednopatrový zámeček obklopený parkem. Na pozemku se nachází ještě jednopatrový dům chráněného bydlení, keramická dílna a technické budovy.

Domov Na Hrádku, p. s. s. byl otevřen 18. 9. 1985, jako ústav pro mentálně postižené dívky a vznikl přestavbou z domova důchodců.

Právní subjektivitu získal domov 1. 8. 1991, kdy se stal příspěvkovou organizací. Od 1. 1. 2007 byl Ústav sociální péče přejmenován na Domov Na Hrádku. Dne 23. 5. 2007 Krajský úřad Středočeského kraje rozhodl o registraci sociální služby - domov pro osoby se zdravotním postižením.

Nyní má Domov Na Hrádku zaregistrovaných celkem pět služeb: Domov pro osoby se zdravotním postižením, Domov pro seniory, Chráněné bydlení, Pečovatelská služba a Podpora samostatného bydlení.

Nejdříve vzniklo chráněné bydlení v areálu domova v Červeném Hrádku v roce 2008 a v roce 2009 organizace rozšířila službu o další tři chráněná bydlení (2 byty v Kolíně a 1 dům v Cerhenicích) a to s pomocí Regionálního operačního programu.

Cílové skupiny klientů a druhy poskytovaných služeb

Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP)

Cílová skupina služby DOZP jsou dospělí muži a ženy s mentálním postižením, jejichž situace vyžaduje vyšší míru pomoci/podpory druhé osoby a jejichž potřeby mohou být naplněny v souladu s cíli domova pro osoby se zdravotním postižením.

Služba směřuje k tomu, že klient s ohledem na svoje možnosti a s potřebnou podporou sociální služby: žije v důstojném domácím prostředí, má zajištěnou péči o vlastní osobu, má zajištěnou péči o domácnost, využívá možnosti ve svém okolí (obchody, služby, úřady, zájmové aktivity, vzdělávací a pracovní příležitosti, veřejnou dopravu atd.), udržuje kontakty a vztahy i mimo domov (s přáteli, se známými, s rodinou apod.) (Domov Na Hrádku, ©2010)

Chráněné bydlení (dále CHB)

Služba je určena dospělým ženám i mužům s mentálním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc/podporu druhé osoby a jejichž potřeby mohou být naplněny v souladu s cíli chráněného bydlení. Cíle chráněného bydlení jsou následující: žít v domácím prostředí, starat se o domácnost, pečovat o svoji osobu, využívat možnosti ve svém okolí (obchody, služby, úřady, zájmové aktivity, vzdělávací a pracovní příležitosti, veřejnou dopravu atd.), udržovat kontakty a vztahy i mimo chráněné bydlení (s přáteli, se známými, s rodinou apod.) (Domov Na Hrádku, ©2010)

Domov pro seniory (dále DS)

Cílovou skupinou služby DS jsou senioři.

Věková struktura cílové skupiny:

mladší senioři (65 – 80 let)

starší senioři (nad 80 let)

Specifikace cílové skupiny:

- mladší a starší senioři, kteří se z důvodu snížené soběstačnosti ocitli v obtížné sociální nebo zdravotní situaci,
- senioři, kteří před umístěním do domova žili ve společné domácnosti se synem, dcerou nebo sourozenci či jiném příbuzenském vztahu, jejichž zdravotní stav odpovídá cílové skupině, domova pro osoby se zdravotním postižením (Domov Na Hrádku, ©2010).

Pečovatelská služba (dále PS)

Cílová skupina:

osoby s kombinovaným postižením

osoby se zdravotním postižením

senioři

Věková struktura cílové skupiny:

- dospělí (27 – 64 let)
- mladší senioři (65 – 80 let)
- starší senioři (nad 80 let)

Senioři a osoby, které jsou příjemci invalidního nebo starobního důchodu a kteří žijí v obci Bečváry, Červený Hrádek, Jindice a přilehlých obcích a jsou osobami, které potřebují přiměřenou míru pomoci a podpory v úkonech, které sami nezvládají z důvodu snížené soběstačnosti (Domov Na Hrádku, ©2010).

Podpora samostatného bydlení

Služba je určena dospělým ženám i mužům s mentálním postižením, kteří bydlí ve vlastním (pronajatém) bytě, jejichž situace vyžaduje pomoc či podporu druhé osoby a jejichž potřeby mohou být naplněny v souladu s cíli služby podpora samostatného bydlení (Domov Na Hrádku, ©2010).

Projekt Domova Na Hrádku

Domov Na Hrádku byl zapojen do projektu Cesta životem – stejné šance a příležitosti, který byl financován Evropským sociálním fondem prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanosti, a získal z globálního grantu Evropského sociálního fondu Podpora vzdělávání a procesů v sociálních službách částku 3 020 977,- Kč.

Doba realizace projektu byla od 1. července 2013 až do 30. června 2015.

Specifickým cílem projektu bylo dokončení transformace sociálních služeb domov pro osoby se zdravotním postižením, domov pro seniory, pokračování v rozšiřování sociální služby chráněné bydlení a zavedení sociální služby podpora samostatného bydlení. Projekt měl za cíl vytvořit odborné, organizační a systémové podmínky pro dokončení přeměny zařízení z uzavřeného ústavu na jiný typ sociálních služeb v přirozenějším prostředí.

Hlavními aktivitami projektu byly: tvorba transformačního plánu, poradenství a vzdělávání pracovníků domova, pořádání workshopů a konferencí.

Transformační plán

Projekt, do kterého se zařízení zapojilo, byl tvořen několika klíčovými aktivitami. Jednou z klíčových aktivit bylo vytvoření transformačního plánu, který má sloužit jako „návod“ na transformaci zařízení.

Transformační plán vyhotovovala všechna zařízení, která procházela nebo prochází transformací a musel projít schválením od poskytovatele sociální služby, a tím je v případě tohoto zařízení Středočeský kraj.

Následující kapitola se zaměřuje pomocí analýzy dokumentů na popis a důležité odstavce z transformačního plánu Domova Na Hrádku (dále jen TP), pro přiblížení toho, co vše musí zařízení udělat, naplánovat nebo čemu předcházet v rámci transformačního procesu.

TP Domova Na Hrádku je zaměřen především na deinstitucionalizační změny ve službách, které jsou poskytovány osobám s mentálním postižením: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení.

V TP jsou popsány cíle transformace, což má být výsledek toho, jak zařízení bude vypadat po transformaci. Jedná se o to, že změnový proces byl primárně veden s cílem umožnit dospělým lidem s mentálním postižením v maximální možné míře s ohledem na jejich možnosti a potřeby žít běžným způsobem života a zapojit se do společnosti:

- *Klienti budou žít v domácnostech co nejpodobnějším běžným domácnostem, kde budou mít i svůj soukromý prostor,*
- *klienti budou moci žít v běžném denním rytmu,*
- *klienti si budou moci zažít běžné věci, které v ústavní péči nezažili (např. nákupy, vaření, péče o prádlo atp.),*
- *klienti budou blíže komunitě, ve které žijí (budou moci mít sousedské vztahy, být součástí místního dění atp.),*
- *klienti budou moci co nejsamostatněji zvládat úkonyspojené s žitím v domácnosti, péči o ní a sebe,*

- *klienti budou mít díky menším skupinám individuálnější přístup.*

To vše bude umožněno tím, že se změní struktura, kapacita i místa poskytování služeb.

Dojde ke změnám v personální oblasti (navýší se počet pracovníků v přímé péči tak, aby byl možný individuálnější přístup ke klientům, pracovníci budou ve své práci vidět smysl, budou bez problémů zvládat individuální plánování a organizaci své práce a budou podporovat transformační proces, resp. právo lidí s postižením žít v běžných podmínkách a využívat služeb poskytovaných v komunitě.). Další změny se samozřejmě týkají i rodiny a rodiných příslušníků a příslušných úřadů a poskytovatelů sociálních služeb).

Vazby na strategické oblasti

V TP by mělo být vidět o jaké dokumenty se zařízení opírá.

Je potřeba zmínit důležité dokumenty, jednak ty – lidsko právní jako je Listina základních práv a svobod, Úmluva o právech osob se zdravotním postižením nebo o dokumenty na národní úrovni (např. Doporučené postupy MPSV), na místní úrovni to můžou být Střednědobé plány kraje, pod které zařízení spadá nebo Akční plány rozvoje měst (např. města Kolína, jako je to v případě TP Domova Na Hrádku).

Vstupní analýza

Na začátku projektu bylo hlavní klíčovou aktivitou Monitoring a vstupní evaluace, kterou vypracoval externí dodavatel (vybrán na základě výběrového řízení).

Jednalo se o zjištění počátečního stavu organizace před zahájením transformace.

Externí dodavatel studoval dokumenty, prováděl rozhovory s pracovníky v přímé péči, managementem a klienty, pozoroval chod zařízení a na základě toho vypracoval vstupní evaluaci, kde bylo zařízení hodnoceno nejen pro účely transformace, ale i z pohledu inspekce kvality. Na základě této evaluace externí dodavatel předal zařízení doporučení, která mají být „odrazovým můstkem“ pro nastavení správného procesu transformace.

V závěru projektu externí dodavatel vyhotovili závěrečnou analýzu, která měla ukázat to, jakého pokroku zařízení v průběhu projektu docílilo.

Zde uvádím několik příkladů hlavních závěrů ze vstupní evaluace týkajících se transformace:

- *prostředí DOZP není vyhovující a není možné v něm možno žít běžným způsobem života, a to nejen z důvodů materiálně-technických, ale také organizačních a personálních,*
- *lidé v DOZP žijí ve velkých skupinách, které navíc nejsou uzavřené,*
- *v DOZP jsou špatně dostupné běžné veřejné i sociální a příbuzné služby (např. služby zaměstnanosti),*
- *v DOZP je některým uživatelům poskytována příliš velká podpora, což jim neumožňuje udržování nebo rozvoj samostatnosti, dochází k porušování práv klientů v oblasti uplatňování vlastní vůle, ale také v oblasti soukromí, volného pohybu ad.),*
- *zaměstnanci jsou jen málo připraveni na transformaci.*

Vzhledem k tomu, že zařízení má jak dobré, tak špatné zkušenosti se stěhováním klientů do komunitních služeb, vypracoval externí dodavatel SWOT analýzu zařízení, která přesněji popisuje silné a slabé stránky a příležitosti a hrozby zařízení.

Např. silnou stránkou zařízení je právě pozitivní zkušenost s předchozí transformací, jako slabé stránky můžu jmenovat:

- *přetrvávající ústavní způsoby práce,*
- *pracovníci vnímají ústavní způsob poskytování služeb jako správný,*
- *finanční limity,*
- *nedostatečný počet pracovníků v DOZP pro uživatele.*

Jakou svou příležitost mimo jiné vidí zařízení v systematickém vzdělávání pracovníků, čímž by zařízení chtělo docílit změny názoru u pracovníků na proces transformace.

Jako hrozbu vidí zařízení v nespolečnosti a nesouhlasem s transformací u opatrovníků, rodinných příslušníků a veřejnosti apod.

TP se rovněž zabývá vyhotovením analýzy procesu rizik transformace. Je potřeba si stanovit rizika, které hrozí a zároveň si k nim vypracovat opatření. Mezi nejčastější rizika transformace si zařízení zvolilo:

- *Nezájem až odpor klientů k přestěhování*
- *Nevhodně sestavené skupiny do domácností*

- *Klienti se neadaptují na nové podmínky*
- *Nesouhlas rodin a opatrovníků se změnami*
- *Nevhodně zvolené objekty*
- *Nedostatek vhodných objektů*
- *Nedostatek kvalitních pracovníků*
- *Odpor pracovníků ke změně*
- *Nezájem zaměstnanců o práci v nových službách a objektech*
- *Zachování ústavních způsobů práce s uživateli*
- *Nepřijetí klientů a služby okolím*
- *Nedostatek financí na realizaci změn*
- *Absence podpory z kraje a obcí*
- *Nevyjádření transformace jako priority v důležitých dokumentech kraje a obcí¹*

Dále zařízení muselo vypracovat několik analýz vlastního zařízení. Jedna z těchto analýz se týkala klientů: klienti dle věku, dle pohlaví, dle speciálních potřeb v oblasti mobility, klienti dle průkazu ZTP, ZTP/P, TP, dle délky pobytu v zařízení, kontaktu s rodinou, dle příspěvku na péči, uživatelé dle míry nezbytné podpory.² Tato analýza byla pro zařízení velmi důležitá, neboť se podle ní dá usuzovat, kam bude zařízení směřovat, co se týká budoucí klientely.

Strategie práce s klientem s rizikem v chování, autismem, v seniorském věku

Zařízení vymezilo počet klientů s rizikovým chováním, autismem a v seniorském věku a každému klientovi dle jeho individuálních potřeb vymezilo vlastní postup stěhování a adaptaci na nové prostředí. Všechny tyto postupy musí mít klient zapracován do svého individuálního plánu a dle těchto postupů klienta připravovat na následný přesun do jiného typu služby.

Strategie zapojení uživatelů a blízkých osob do procesu transformace

Tato kapitola je v TP zpracována velmi podrobně a je tedy velmi rozsáhlá, proto jsem vybrala jen nejdůležitější body, které shledávám k procesu transformace jako důležité. Jedná

¹ Pouze výčet některých rizik bez popisu opatření.

² K vypracování této analýzy byl každému klientovi zařízení vyhodnocen dotazník: Posouzení míry nezbytné podpory pro účely transformace dle doporučeného postupu MPSV č.1/2010. Na vypracování jednoho dotazníku se musel podílet klient, klíčový pracovník, vedoucí služby, vedoucí zdravotně sociálního úseku a pracovník pověřený správným vyhotovením dotazníku.

se o tři etapy stěhování: příprava, přesun a adaptace na nové prostředí; všechny tři etapy jsou popsány jak z hlediska klientů, tak z hlediska opatrovníků nebo rodinných příslušníků.

Uživatelé budou zapojováni do transformačního procesu v celém jeho průběhu a jednotlivé nástroje budou voleny s ohledem na:

- *schopnosti, dovednosti a zkušenosti klienta,*
- *aktuální fázi transformačního procesu,*
- *další zapojené osoby.*

Etapa přípravy

V přípravné fázi budou využívány především nástroje, které umožní uživatelům vybudovat si představu o své budoucnosti a budoucnosti zařízení (kde, jak a s kým by chtěli a budou žít), a které zvýší jejich podíl na plánování budoucího bydlení a způsobu života:

- *Informační schůzky*
- *Exkurze do již fungujících CHB, případně dalších CHB, jak budou postupně vznikat.*
- *Návštěvy, vycházky, výlety do míst, kde budou kupovány/pronajímány objekty k bydlení.*
- *Nácviky sociálních dovedností*

Etapa přestěhování

Ke stěhování uživatelů bude docházet postupně tak, jak budou získávány nové lokality. Pracovníci se budou řídit následujícími postupy:

- *Jakmile bude možné začít zařizovat bydlení, jezdit tam postupně a seznamovat klienta s dispozicemi bytu a blízkým okolím. Postupně vozit věci (minimálně pár dekoračních, osobních předmětů), připravovat, zabydlovat tak, aby uživatel neprijel první den do „holého“ bytu.*
- *Stěhování postupné, max. po dvojicích.*
- *Pracovník je v klidu, motivuje klienta, je připravený na stěhování. Ideálně oblíbený pracovník, kterému klient věří.*

Etapa adaptace

V prvních dnech po přestěhování bude adaptace na nové prostředí probíhat následovně:

- *Min. prvních 5 dnů bude 24hodinová služba na každém bytě. Na tyto služby budou vybráni pracovníci, kteří v transformaci vidí smysl, chtějí ji, umí podporovat klienty správným způsobem. Na službách se prostřídají i vedoucí pracovníci, aby získali zkušenosti s každodenním provozem, měli přímé informace o průběhu adaptace a mohli být vzorem ostatním pracovníkům („zajímá je to a nebojí se toho“).*
- *Nácviky sociálních dovedností: V adaptační fázi budou nácviky zaměřeny především na:*
 - (1) bezpečnost v domácnosti a objektu (zamykání, spotřebiče atp.),*
 - (2) základní orientaci v okolí,*
 - (3) sebeobslužné činnosti.*
- *Seznámit sousedy s existencí služby, předat kontakty pro případ potřeby na koordinátora nebo vedoucí služby (na domovní schůzi, při vhodných příležitostech).*
- *Pozvat příbuzné, rodiny na návštěvu.*

Strategie zapojení rodin, opatrovníků a blízkých osob do procesu transformace

Rodinám a opatrovníkům bude nabídnuta následující podpora a možnosti zapojení do procesu změn:

Etapa přípravy

- *Informační schůzky pro rodiny a opatrovníky – obsah schůzek: budou podány informace o transformaci, vysvětleny důvody, proč se uživatelé stěhují, informování o tom, proč je lepší bydlet v bytě, domě než v ústavu, budou podávány příklady dobré praxe s přestěhováním.*
- *Rozhovory s klienty, kteří již bydlí v domě, bytě*
- *Ukázka bytů, domů, kde klienti již bydlí*
- *Seznámení s personálem, který bude danou službu pro jejich klienta poskytovat*

- *Seznámení se spolubydlicími klienta, aby viděli, s kým bude jejich příbuzný, opatrovanec žít*

Etapa přesunu

- *opatrovníkovi, rodině se byt ukáže, aby viděl, že je pro klienta připravený,*
- *opatrovník, rodina se podílí na stěhování – v den stěhování mohou být přítomni,*
- *opatrovníci budou moci pokládat všem otázky, ptát se na cokoli – musí být ujištěni, že je vše v pořádku,*
- *opatrovník bude moci být s klientem v jeho bytě déle, aby viděl sám, jak je služba zajištěna (např. až do večera),*

Etapa adaptace

- *opatrovníkovi, rodině budou podávány (telefonicky, mailem, písemně) informace o klientovi a o tom, jak probíhá jeho adaptace v novém bytě a na novém místě*

Identifikace vzdělávacích potřeb

Jako důležitou součástí TP je vymezení okruhů vzdělávání zaměstnanců. Nejenže to byla součástí TP, ale rovněž se jednalo o jednu z klíčových aktivit samotného projektu.

Na základě stanovení rizik transformace, vypracované SWOT analýze a dalších analýz a současnému přístupu zaměstnanců k transformaci a ke své práci si pečující personál i management společně zvolil témata vzdělávání, která mají zaměstnancům pomoci s pochopením tématu transformace, změnit názor na proces transformace a pomoci pracovníkům s řešením konkrétních problémů v pracovním procesu s klienty.

Zaměstnanci zařízení během půl roku prošli 72 hodinami akreditovaného vzdělávání na téma transformace a deinstitucionalizace, práce s riziky, práce s klientem v sociální službě, komunikace s klientem, individuální plánování apod.

Vzděláním prošly jak pracovnice z přímé péče, které jsou s klientem v kontaktu denně, tak zaměstnanci z managementu, včetně ředitelky zařízení a také zaměstnanci z řad provozního personálu (stravovací úsek a údržba), protože i ti při své práci přichází do kontaktu s klienty služby.

O toto vzdělávání se postaral sám externí dodavatel, který zajišťoval vzdělávání akreditovanými kurzy. Vzdělávací kurzy byly pro pracovníky velmi zajímavé, neboť se týkaly

hlavně samotné práce s klientem. Jednotlivé situace zaměstnanci řešili přímo s lektory a ti je sami naváděli na možný postup řešení, prováděly se modelové případy.

Zaměstnanci byli s výběrem vzdělávacích kurzů spokojeni. Vzdělávací kurzy zpětně hodnotili jako přínosné pro jejich praxi.

Domov Nalžovice, poskytovatel sociálních služeb



Obr. č. 2 Nalžovický zámek (zdroj: webové stránky domova)

Nalžovický zámek je poskytovatelem sociálních služeb. Poskytuje celkem tři sociální služby: pobytovou službu domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení v několika domech v Příbrami a Příčovech a sociálně terapeutickou dílnu.

Historie samotné budovy Nalžovického zámku není veselá. Nalžovický zámek byl postaven ve druhé polovině 17. století jako barokní zámek. Jednalo se o mohutnou blokovou stavbu obdélníkového půdorysu s dvoupatrovou střední částí, mansardovou střechou a věžičkou. Za 2. světové války Nalžovický zámek sloužil jako sídlo nejvyššího soudu pro příslušníky SS a odsouzené stříleli právě u zdi zámeckého parku.

V roce 1948 zámek Schwarzenbergům zkonfiskoval stát a zřídil v něm domov důchodců. Od roku 1986 zde sídlí domov pro osoby se zdravotním postižením.

Projekt Transformace sociálních služeb

Zařízení Nalžovický zámek, poskytovatel sociálních služeb, byla od ledna 2013 do prosince 2015 zapojena do projektu Ministerstva práce a sociálních věcí „Transformace

sociálních služeb“, který byl podpořen v rámci Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost.

Projekt byl financován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky.

Cílem projektu bylo podpořit procesy transformace organizace a nastavit další směřování a strukturu služeb tak, aby odrážely potřeby klientů, odpovídaly principům transformace a aby organizace byla připravena na změny směřující k umožnění běžného života lidí s postižením v komunitě (Domov Nalžovice, [b.r.]).

V rámci projektu byly podpořeny tyto klíčové aktivity: konzultace a supervize, propagace transformace a deinstitucionalizace služeb, vzdělávání, vyhodnocení průběhu procesu transformace a jejich dopadů.

V průběhu projektu došlo v organizaci k těmto změnám:

- snížení kapacity z 50 na 34 osob služby domov pro osoby se zdravotním postižením – 16 osob se z budovy zámku přestěhovalo do chráněného bydlení (tři domácnosti v Příčovech a jedné domácnosti v Příbrami).
- vyhodnocení míry podpory uživatelů
- analýza sítě sociálních služeb
- analýza poskytování služeb organizací Nalžovický zámek, p.s.s.
- přípravě všech uživatelů na nové podmínky dle jejich potřeb a možností
- podpoře změn uvnitř stávající organizace v řízení i realizaci poskytování služeb
- podpoře rozhodování uživatelů – sebeobhájké skupiny
- nastavení individuálních plánů uživatelů v souladu s jejich přáním a stanoveným cílem
- vytvoření transformačního týmu
- finanční a personální analýza v procesu změny
- vytvoření a stanovení komunikační strategie změn (Domov Nalžovice, [b.r.]

Výstupem projektu byl transformační plán, který byl schválen Radou Středočeského kraje dne 21. 12. 2015.

Popis a struktura jednotlivých služeb

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Služba je určena dospělým lidem s mentálním nebo kombinovaným postižením ve věku od 19 do 64 let věku z regionu Středočeského kraje, výjimečně i z jiných míst ČR, s nízkou úrovní dovedností pro samostatný život.

Služba je poskytována ve čtyřech budovách, které jsou umístěné v parku Nalžovického zámku.

Chráněné bydlení

Služba chráněné bydlení pro osoby se zdravotním postižením je poskytována v několika rodinných domech v Příčovech a Příbrami. Jedná se zpravidla o novostavby v běžné bytové zástavbě v obci či městě. V každé domácnosti je obývací pokoj, kuchyně, sociální zařízení a jednotlivé ložnice s jednolůžkovými nebo maximálně dvoulůžkovými pokoji.

Zařízení má rovněž na svých webových stránkách uvedeny tyto cíle, které jsou velmi důležité v poskytování sociálních služeb.

„Věříme, že každý člověk představuje unikátní hodnotu a že lidé s mentálním znevýhodněním, stejně jako všichni lidé, by měli mít osobní svobodu při usilování o splnění svých přání a zaujetí vlastního místa na světě.“

Možnost volby

Hledáme způsoby a možnosti rozvíjení samostatného rozhodování našich klientů o dění kolem nich. Snažíme se o to, aby míra podpory umožňovala klientům v maximální možné míře uchopit rozhodování do vlastních rukou. Klienti se podílí na formování Chráněného bydlení.

Individuální přístup

Uvědomujeme si, že klienti našich služeb jsou individuality a že musíme umět tvořit služby tak, aby pružně reagovaly na potřeby jednotlivých klientů. Důraz klademe na rozvíjení či udržení zájmů a schopností jednotlivých klientů a vytvoření takových podmínek, které vedou k jejich větší samostatnosti.

Rozhodování o vlastní budoucnosti

Podporujeme klienty v samostatném rozhodování o vlastní budoucnosti, o formě bydlení a službách, které budou využívat. Snažíme se přizpůsobovat služby v Chráněném bydlení tak, aby klienti žili běžným způsobem (např. rozsah služby upravujeme podle potřeb a přání klienta), případně podporujeme klienta v jeho rozhodnutí změnit poskytovatele služby či začít samostatně bydlet bez využívání sociálních služeb.

Rovnocenný přístup

Asistent přistupuje ke klientovi jako k partnerovi v dialogu. Jedná s klientem jako se sobě rovným a respektuje důstojnost klienta (Domov Nalžovice, [b.r.]).

Sociálně terapeutické dílna

Nalžovický zámek nabízí celkem deset dílen – keramická dílna, tkalcovská dílna, textilní dílna, dílna výroby svíček, chov drobného zvířectva, dílna zahradní, dílna počítačové gramotnosti, pohybová dílna, aranžerská dílna, dílna vaření.

Zařízení 3

Toto zařízení nechtělo být v diplomové práci uvedeno. Vzhledem k jejich přání, jsem nutna toto respektovat, a proto toto zařízení bude uvedeno jako anonymní.

Zařízení existuje již od roku 1982. Nejdříve v něm byly poskytovány služby týdenního a denního stacionáře a od roku 1992 začala být poskytována služba domov pro osoby se zdravotním postižením, od roku 2008 je klientům poskytována i služba sociální rehabilitace. Organizace tedy v současné době poskytuje pět sociálních služeb: denní stacionář, týdenní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a sociální rehabilitace.

Projekt zařízení

Organizace se zúčastnila Individuálního projektu Středočeského kraje „Zvyšování kvality sociálních služeb ve Středočeském kraji. Tento projekt byl financován z Evropského sociálního fondu a ze státního rozpočtu ČR.

Cílem projektu bylo vzdělat zaměstnance v sociálních službách na všech úrovních (management i přímá péče) a nepřímo také zaručit i uživatelům kvalitní a bezpečné sociální služby. Došlo ke vzdělání pracovníků prostřednictvím konkrétních klíčových aktivit, k vytvoření podkladů pro kvalitní poskytování služeb, k podpoře managementu. Cíle projektu byly dosahovány prostřednictvím vzdělávacích aktivit a aktivit prohlubujících kvalitu - akreditované kurzy; konzultace na místě; cvičné audity; apod.

Cílové skupiny klientů a popis poskytovaných služeb

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Služba je poskytována ve dvou budovách. V jedné budově jsou 2 herny, kuchyňka, jídelna, kancelář, prádelna, sušárna, místnost pro muzikoterapii a rehabilitaci, jeden čtyřlůžkový pokoj, jeden jednolůžkový pokoj, dva dvoulůžkové pokoje a tři třílůžkové pokoje a dále k budově přiléhá zahrada. V druhé budově jsou tři denní místnosti, tělocvična, jídelna, sociální zařízení a kanceláře, klubovna a osm pokojů po třech lůžkách. Denní místnost slouží ke každodenní výchovné a terapeutické činnosti. Dále se zde nachází i keramická dílna a bazén. Tyto prostory jsou společné pro denní stacionář. V zařízení se nevaří, ale jídlo je dováženo z nedaleké nemocnice.

Denní stacionář

Využívají se prostory druhé budovy, strava je dovážena z nedaleké nemocnice. Klienti mohou službu navštěvovat v době od 6:00 hod do 16:00 hod.

Týdenní stacionář

Využívají se prostory druhé budovy, strava je dovážena z nedaleké nemocnice. Klienti mohou být ubytováni ve službě od pondělí 6:00 hod do pátku 16:00 hod.

Sociální rehabilitace

Služba je poskytována v pracovní dny od 9 – 17 hod. Tréninkový obchod a kavárna zprostředkovává pracovní aktivity, které bezprostředně souvisí s provozem: komunikace se zákazníky, obsluha, úklidové činnosti. Při pracovní činnosti je vždy přítomen terapeut nebo jeho asistent. Klienti se zde střídají max. ve dvou po čtyřech hodinách. Prostory jsou využívány také jako galerie výrobků osob s postižením, které byly vyrobeny v rámci pracovní terapie.

Tato služba byla v letech 2011 – 2013 financována z prostředků Individuálního projektu Středočeského kraje – z prostředků ESF, prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR.

Chráněné bydlení

Tato služba je poskytována v bytě 2+1 ve městě, kde sídlí zařízení.

Zařízení 4

Toto zařízení nechtělo být rovněž jmenováno v diplomové práci.

Jedná se o zařízení, které se jako jednomu z mála podařilo dosáhnout plné transformace a to tím, že klienti a management opustil budovu, kde jich žilo kolem 90 a všichni tito klienti se přestěhovali do běžné zástavby.

Zařízení má registrovány celkem tři sociální služby: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení a denní stacionář.

Projekty zařízení

V květnu 2008 podalo zařízení projekt do výzvy Regionálního operačního programu (ROP NUTS II Střední Čechy). Zároveň byly v objektu sociální služby vybudovány dva nové cvičné byty (v celkem třech bytech se na život v domácnosti připravovalo 12 lidí).

V roce 2009 díky projektu, který byl podpořen z prostředků ROP NUTS II Střední Čechy, státního rozpočtu a rozpočtu Středočeského kraje v celkové výši 20 mil. Kč, byly nakoupeny a zrekonstruovány 4 objekty (celkem 6 domácností), do kterých se během tohoto a začátkem dalšího roku nastěhovalo 19 lidí. Organizace se zapojila do projektu (zaměřeného na získávání a rozvoj pracovních návyků a zlepšení možnosti pracovního uplatnění uživatelů služeb).

Do srpna roku 2010 se podařilo zprovoznit 4 objekty (5 domácností), ve kterých je poskytována sociální služba DOZP. V domácnostech žila tedy již více než polovina všech uživatelů pobytových služeb organizace. Systematicky díky dlouhodobým cílům organizace pracovala také s opatrovníky i dalšími skupinami, které jsou důležité pro celý proces transformace. Díky fundraisingovým aktivitám se podařilo získat nejen důležité kontakty ale i finanční podporu z různých zdrojů a možnost prezentovat a šířit myšlenku transformace.

V roce 2011 Středočeský kraj a MPSV schválili transformační plán. Proběhla také transformace denního stacionáře a v následujícím roce 2012 probíhal nákup objektů z projektu pro poskytování pobytových služeb v domácím prostředí.

Od května do září roku 2014 se stěhovali uživatelé do nových domácností a v září byla definitivně opuštěna ústavní budova.

Poskytované služby a jejich struktura

Domov pro osoby se zdravotním postižením

Služba Domov pro osoby se zdravotním postižením je poskytována lidem, kteří potřebují individuální podporu tak, aby mohli rozvíjet své schopnosti a dovednosti, znali svá práva a povinnosti, rozhodovali o svém životě a postupně získávali větší samostatnost.

Služba pomáhá člověku: zapojit se do běžného života, přebírat odpovědnost za sebe sama, uplatnit se na trhu práce, vzdělávat se, využívat veřejné služby, prožívat aktivně volný čas.

Služba DOZP je poskytována v běžných domácnostech ve městě a jeho okolí. Individuální podpora je zajištěna týmem kvalifikovaných asistentů 24 hodin denně, 7 dní v týdnu.

Chráněné bydlení

Jedná se o pobytovou sociální službu určenou lidem s mentálním postižením, kteří chtějí žít v normálních bytech s dalšími dvěma až třemi spolubydlicími.

9 bytů chráněného bydlení je rozmístěno v běžné městské zástavbě v rodinných nebo bytových domech. Do bytů za obyvateli – uživateli služby – dochází asistent na takovou dobu, po kterou potřebují jeho pomoc. V některých bytech je asistent přítomen jen několik hodin denně, v jiných jsou asistenti 24 hodin denně.

Asistenti lidem pomáhají se zvládnutím běžného života: se staráním se o domácnost a sebe sama, s hospodařením s penězi, s jednáním na úřadech, se zvládnutím soužití v

domácnosti, s hledáním práce atp. Snahou pracovníků služby je podporovat člověka, který službu využívá, v rozvíjení vlastních schopností a dovedností a pomáhat mu jen v takových situacích a při takových činnostech, které bez pomoci zvládnout nedokáže. Umožňují člověku objevovat možnosti a formy co nejnezávislejšího života. Každému člověku se snaží poskytovat takovou podporu, kterou právě on potřebuje.

Služba je poskytována tak, aby lidé v ní mohli žít pokud možno co nejvíce dle svých představ, přání a rozhodnutí i podle toho, co je společností považováno za normální a běžné – pracovat, navazovat vztahy, mít své přátele, aktivně prožívat volný čas atd.

Denní stacionář

Denní stacionář je sociální služba, která vytváří prostor pro rozvoj dovedností potřebných pro běžný život. Služba je určena lidem s mentálním postižením od 15ti let věku.

Podpora týmu je každému člověku, který sociální službu využívá, šitá na míru. Při plánování aktivit vychází asistenti z cíle, který je uveden ve smlouvě o poskytování sociální služby a z individuálního plánu. Asistenti působí ve službě v roli průvodců, kteří uživatele podporují v plánování a realizaci volného času, v nácviku různých dovedností, např. nakupování, vaření, samostatný pohyb, hospodaření s penězi atd. Provázíme pozitivními i negativními aspekty života. Poskytuje také podporu při pracovním uplatnění, která zahrnuje pravidelné konzultace, pracovní tréninky, podporu na pracovišti a podporu zaměstnavatelům.

Od října do června probíhají ve stacionáři různé kurzy: kurz vaření, kurz komunikačních dovedností, kurz v rámci podpory při pracovním uplatnění a kurz všeobecných znalostí.

7.6 Interpretace dat

Rozhovory s respondentkami byly okódovány a seřazeny do následujících kategorií. Jednotlivé kategorie jsou podbarvené různými barvami pro lepší orientaci jednotlivých kódů v textu rozhovorů.

Tab. č.1 Kategorie a jejich vysvětlení

Název kategorie	Vysvětlení
Budova	V rozhovoru se objevuje jako popis budovy, nevhodné architektonické zařízení budovy, nevhodný objekt,
Finance	Finanční prostředek, (ne)poskytnutí finančního příspěvku, dotace apod.
Klienti	V rozhovoru se objevuje v souvislosti s nevhodnou péčí o klienty, cílovou skupinou klientů apod.
Opatrovníci	Příbuzní, rodina a veřejní i rodinný opatrovníci apod.
Ostatní organizace – spolupráce	Významná spolupráce s ostatními organizacemi (ne zřizovatel a MPSV ČR).
Projekt	Zapojení organizace do jakéhokoliv projektu týkající se transformace.
Transformační plán	Tvorba, schválení a řízení se transformačním projektem.
Veřejnost	Široká i blízká veřejnost z okolí zařízení, klientů apod.
Zaměstnanci	Personál včetně managementu, pracovníků přímé péče a ostatních pracovníků.
Zřizovatel	Zřizovatel zařízení (Krajský úřad Středočeského kraje)

Domov Na Hrádku, p. s. s.

Tab. č. 2 Rozhovor s respondentkou z Domova Na Hrádku, p. s. s.

Proč jste začal/a s procesem transformace u Vás v zařízení? (Důvody k transformaci apod.) Odpověď: Nelíbilo se mi, že klienti museli žít v ústavní celoroční pobytové službě, aniž by tam patřili.
Pomáhal Vám někdo s procesem transformace? (např. nějaká organizace) Odpověď: Zřizovatel nám vytvářel podporu.

<p>Jak hodnotíte tuto spolupráci?</p> <p>Odpověď: Zpočátku byla výborná.</p>
<p>Jaké kroky jste museli udělat, aby se Vaše zařízení mohlo zapojit do procesu transformace?</p> <p>Odpověď: Museli jsme začít s investičními projekty ROP a následně s projektem OP LZZ.</p>
<p>S jakými reakcemi jste se setkal/a v procesu transformace? (zřizovatel, opatrovníci, zaměstnanci, veřejnost apod.)</p> <p>Odpověď: Zřizovatel nás podporoval, opatrovníci zpočátku neměli zájem, ale postupně se někteří nechali přesvědčit o správnosti – začali vidět výsledky. Zaměstnanci nevěřili, že by klienti mohli žít v přirozeném prostředí a veřejnost nás přijala dobře, ale musela být s předstihem informována.</p>
<p>Jak proces transformace ve Vašem zařízení probíhal/ probíhá?</p> <p>Odpověď: Začal humanizací prostředí, vzděláváním zaměstnanců, schůzkami s opatrovníky, získáváním objektů díky projektům, přípravou klientů na změny – nácviky dovedností a přestěhováním 20 klientů z ústavu.</p>
<p>V jaké fázi transformace se Vaše zařízení nachází? (z Vašeho hlediska, aktuální stav)</p> <p>Odpověď: Snažíme se o snížení počtu klientů ze 68 na 42. Ukončili jsme projekt - Cesta životem – stejné šance a příležitosti, z něhož vznikl transformační plán</p>
<p>Jak hodnotíte dosavadní průběh transformace ve Vašem zařízení?</p> <p>Odpověď: Díky transformačnímu plánu se můžeme v budoucnu zapojit do projektů ESF na investiční akce – stavby pro menší počet klientů a vytvořit tak malé domácnosti. Bohužel nevíme, zda bude zřizovatel vytvářet podporu, protože se zvýší počet pracovníků a tím dojde ke značnému navýšení osobních nákladů – platy. Zúčastňujeme se schůzek k transformaci, které organizuje zřizovatel a vyměňujeme si názory a zkušenosti, což přináší jak pozitiva, tak i negativní pohled – hlavně na finanční zátěž.</p>
<p>Jak bude Vaše zařízení v procesu transformace pokračovat?</p> <p>Odpověď: Musíme vše řešit se zřizovatelem, který by sice transformaci podpořil, ale nedovolí nám navýšení finančních prostředků na udržitelnost.</p>
<p>Setkal/a jste se během transformace s nějakým problémem?</p> <p>Odpověď: Ano, když je transformace tvrdě prosazována bez ohledu na klienta, který, když nezvládá situaci v novém prostředí, nemá možnost se vrátit do původního prostředí, a nebo, když je to klient s velmi těžkým mentálním postižením a údajně má jednolůžkový byt a nakonec tam zůstává zcela sám, bez kontaktu i několik hodin.</p>
<p>Jakou máte celkovou vizi do budoucna? Jak si Vaše zařízení představujete za 5, 10 ... let ?</p>

Odpořed': Vzhledem k tomu, že transformační proces by měl probíhat tak, že budova se musí opustit a nesmí sloužit dál pro sociální služby, nemáme příliš velké nadšení pro další transformační kroky. Jednak pro to, že bylo hodně investováno do prostředí, do zahrady, která je rozlehlá a využitelná pro seniory. Jednak klienti mají vysoký věkový průměr a jejich zdravotní stav vyžaduje náročnou ošetrovatelskou péči, což odpovídá tomu, že by se mohla budova spíše zrekonstruovat a vytvořit důstojné podmínky pro ty, co už nemůžou mít péči v domácím prostředí. Takže spíše se budeme orientovat na zdravotně postižené a seniory, jejichž zájem je o pobytovou službu. Bohužel domovy pro tuto skupinu chybí a do budoucna budou chybět. Budoucnost záleží na politické situaci a finančních podmínkách.

Ředitelka zařízení paní PhDr. Jana Pilná byla velmi ochotná k poskytnutí rozhovoru. Rozhovor probíhal v sídle Domova Na Hrádku, v její kanceláři v dopoledních hodinách.

S procesem transformace započala již na začátku přidělení své funkce. Domov Na Hrádku díky tomu prošel značnou rekonstrukcí. Z 68 klientů přešlo 20 klientů do komunitního typu služby (chráněné bydlení) - „Nelíbilo se mi, že klienti museli žít v ústavní celoroční pobytové službě, aniž by tam patřili.“ Z rozhovoru vyplývalo, že respondentce jde velmi o kvalitu života klientů, protože několikrát během rozhovoru jsou právě klienti často zmiňováni.

V transformaci vidí respondentka budoucnost, ale nesmí být tvrdě prosazována v čemž shledává problém: „...když je transformace tvrdě prosazována bez ohledu na klienta, který, když nezvládá situaci v novém prostředí, nemá možnost se vrátit do původního prostředí a nebo, když je to klient s velmi těžkým MP (mentálním postižením) a údajně má jednolůžkový byt a nakonec tam zůstává zcela sám, bez kontaktu i několik hodin.“

Velkým problémem jak se pak ukázalo, bylo pro respondentku, která uvedla, že aby mohla docílit toho, aby klienti mohli žít v běžném prostředí, finance. Jak vyplývalo z rozhovoru, byly, jsou a budou dle respondentky finanční prostředky alfoou a omegou celého procesu transformace. Respondentka musela proto začít s investičními projekty (ROP a OP LZZ). V těchto projektech shledává plus, protože díky nim mohla začít humanizace prostředí, zaměstnanci prošli akreditovaným vzděláváním a získaly se objekty a klienti mohli začít být připravováni na změny – nácviky nových dovedností. Díky projektu začalo docházet i k častějšímu setkávání rodin a opatrovníků, kteří ze začátku neměli o transformaci zájem ale „postupně se nechali přesvědčit o správnosti – začali vidět výsledky.“

Respondentka byla ze začátku transformačních procesů velmi vděčná za podporu od zřizovatele (Krajský úřad Středočeského kraje). Zároveň ale uvedla: „*Díky transformačnímu plánu se můžeme v budoucnu zapojit do projektů ESF na investiční akce – stavby pro menší počet klientů a vytvořit tak malé domácnosti. Bohužel nevíme, zda bude zřizovatel vytvářet podporu, protože se zvýší počet pracovníků a tím dojde ke značnému navýšení osobních nákladů – platů.*“ Zřizovatel sice podpořil dané zařízení v procesu transformace, ale zároveň zařízení uvedl do rozpaků, co se týká příslibení finančních prostředků na tak rozsáhlé změny. To dokládá i odpověď na otázku: „*Jak bude Vaše zařízení v procesu transformace pokračovat?*“ – „*Musíme vše řešit se zřizovatelem, který by sice transformaci podpořil, ale nedovolí nám navýšení finančních prostředků na udržitelnost.*“ Ze svého pohledu hodnotím to, že zařízení přistupuje k transformaci spíše negativně a to z důvodu finančních problémů. V transformačním procesu vidí budoucnost, ale zároveň není nadšená z kroků, které by do budoucna zařízení mělo podstoupit, pokud by se muselo držet transformace, tak jak je v současné době prosazována: „*Vzhledem k tomu, že transformační proces by měl probíhat tak, že budova se musí opustit a nesmí sloužit dál pro sociální služby, nemáme příliš velké nadšení pro další transformační kroky. Jednak proto, že bylo hodně investováno do prostředí, zahrady, která je rozlehlá a využitelná pro seniory. Jednak klienti mají vysoký věkový průměr a jejich zdravotní stav vyžaduje náročnou ošetrovatelskou péči, což odpovídá tomu, že by se mohla budova spíše zrekonstruovat a vytvořit důstojné podmínky pro ty, co už nemůžou mít péči v domácím prostředí. ...*“ Zároveň respondentka uvedla svou vizi do budoucna, v které shledává to, že by se začala orientovat na zdravotně postižené a seniory, jejichž zájem o pobytovou službu je vysoký, ale bohužel domovy pro tuto cílovou skupinu chybí a do budoucna chybět budou. Dále uvedla, že budoucnost bude velmi záležet na politické situaci a finančních podmínkách.

Respondentka byla z transformačních procesů nadšená, ale v závěru rozhovoru uvedla, že z určitých důvodů (jako je opuštění budovy, do které bylo tolik investováno) není příliš nadšená z dalších transformačních kroků.

Domov Nalžovice, p. s. s.

Tab. č. 3 Rozhovor s respondentkou z Domova Nalžovice, p. s. s.

Proč jste začal/a s procesem transformace u Vás v zařízení? (Důvody k transformaci apod.)

Odpověď: Kvůli nevyhovující budově pro poskytování sociální služby – barokní zámek s řadou bariér pro osoby se zdravotním postižením včetně nemožnosti vytvořit prostředí soukromí z důvodu architektonického rázu budovy. Zařízení je umístěno v malé obci, kde není příliš příležitosti pro osoby s postižením se zapojit do dění. Dalším důvodem byla existence ústavních prvků v poskytování služby, které se nutně objevují v případě poskytování služby lidem ve větším množství.

Pomáhal Vám někdo s procesem transformace? (např. nějaká organizace)

Odpověď: Organizace nikoliv – oddělení transformace na MPSV, Středočeský kraj

Jak hodnotíte tuto spolupráci?

Odpověď: Velmi dobře – podpora, vstřícnost a snaha pomoci včetně zorganizování setkání, kde bylo možno sdílet zkušenosti z praxe

Jaké kroky jste museli udělat, aby se Vaše zařízení mohlo zapojit do procesu transformace?

Odpověď: bylo jich mnoho.

1. přesvědčit zřizovatele, abychom se do procesu mohli zapojit
2. přesvědčit zaměstnance – mnohdy podceňovaná skupina, ale je jedna z nejdůležitějších – když oni nechtějí, nejde nic a naopak
3. získat opatrovníky pro tento způsob poskytování služby, bořit jejich obavy
4. vytvořit hlavní motor změn z řad zaměstnanců a klientů

S jakými reakcemi jste se setkal/a v procesu transformace? (zřizovatel, opatrovníci, zaměstnanci, veřejnost apod.)

Odpověď:

Zřizovatel: podpora, opatrovníci: strach, nejistota, obavy ze selhání klienta, strach z toho, že pro ně nebude případně místo v zařízení – potom radost, vděk, zaměstnanci: zpočátku strach o práci, nepochopení smyslu, lpění na zaběhlých věcech- teď radost z práce, radost z pokroku klientů, veřejnost: nechápali smysl se odstěhovat z budovy zámku, nepochopení smyslu transformace „je lepší, když se na ně nemusíme dívat“ – vše se velmi mění díky článkům v novinách a TV, kulatým stolům, spolupráci se soudy atd.

Jak proces transformace ve Vašem zařízení probíhal/ probíhá?

Odpověď: Těch položek je opět mnoho. Dochází k proškolení a přípravě zaměstnanců na změny, probíhá intenzivnější spolupráce s opatrovníky, příprava uživatelů na změny, je aktivní skupina, která řídí transformaci v organizaci - složená z pracovníků a klientů, příprava transformačního plánu, registrace nové služby chráněné bydlení, podpora uživatelů v zařazení na otevřený trh práce atd.

V jaké fázi transformace se Vaše zařízení nachází? (z Vašeho hlediska, aktuální stav)
Odpověď: Máme schválený transformační plán, z 50 uživatelů se 16 přestěhovalo na chráněné bydlení – z nich 11 je zaměstnáno na otevřeném trhu práce, nyní čekáme na výsledek výzvy na profinancování zakoupení jiných budov v okolí, připravujeme dalších deset uživatelů na opuštění budovy zámku
Jak hodnotíte dosavadní průběh transformace ve Vašem zařízení?
Odpověď: Velmi dobře- mám z toho dobrý pocit, který nás všechny vede dál, mám radost z pokroku klientů.
Jak bude Vaše zařízení v procesu transformace pokračovat?
Odpověď: Chceme se z budovy zámku odstěhovat a poskytovat komunitní službu v několika lokalitách na Příbramsku.
Setkal/a jste se během transformace s nějakým problémem?
Odpověď: Prozatím s nějakým zásadním nikoliv. Problém by nastal, kdyby se nepodařilo získat finance na zakoupení nových nemovitostí, jelikož budova zámku generuje vysoké náklady na provoz a opravy.
Jakou máte celkovou vizi do budoucna? Jak si Vaše zařízení představujete za 5, 10 ... let ?
Odpověď: Cílem je odejít z budovy zámku a poskytovat komunitní službu bez ústavních prvků na Příbramsku.

Ředitelkou Domova Nalžovice je Mgr. Lenka Mottlová. Paní ředitelka byla rovněž velmi ochotná mi poskytnout rozhovor a k transformaci měla zajímavé informace.

Rozhovor probíhal v Domově Nalžovice v kanceláři paní ředitelky v dopoledních hodinách.

Důvodů, proč paní ředitelka začala s procesem transformace, bylo hned několik, jednak nevyhovující budova, problém se soukromím klientů a umístění domova v malé obci: „Nevyhovující budova pro poskytování sociální služby – barokní zámek s řadou bariér pro osoby se zdravotním postižením včetně nemožnosti vytvořit prostředí soukromí z důvodu architektonického rázu budovy. Zařízení je umístěno v malé obci, kde není příliš příležitostí pro osoby s postižením se zapojit do dění. Dalším důvodem byla existence ústavních prvků v poskytování služby, které se nutně objevují v případě poskytování služby lidem ve větším množství.“

Aby se zařízení mohlo zapojit do procesu transformace, muselo podstoupit mnoho kroků, jako nejdůležitější paní ředitelka vyjmenovala tyto: nejdříve přesvědčit zřizovatele a zaměstnance – „*Mnohdy podceňovaná skupina, ale je jedna z nejdůležitějších – když oni nechtějí, nejde nic a naopak.*“ Dále zbořit obavy z řad opatrovníků a samozřejmě u klientů.

Zřizovatel vytvářel podporu, opatrovníci měli nejdříve strach a obavy ze selhání klientů, strach z toho, že nebude cesty zpět, ale tyto pocity poté vystřídal pocit radosti, to samé se dá říci i o zaměstnancích – nejdříve pociťovali strach o práci, lpěli na zaběhlých věcech a poté radost z práce a pokroku klientů. Veřejnost nejdříve nechápala smysl transformace („*je lepší, když se na ně nemusíme dívat*“). Tento názor se částečně změnil a to díky článkům v novinách, televizním pořadům, spolupráci se soudy apod.

Během procesu transformace tak mohlo dojít v zařízení k přestěhování 16 uživatelů do služby chráněné bydlení a 11 se začlenilo na trh práce a dalších 10 klientů čeká na opuštění budovy a přestěhování se do jiných budov komunitnějšího typu. Aby se mohla transformace naplňovat, muselo postupně dojít k proškolení a přípravě zaměstnanců na změny, začala probíhat intenzivnější spolupráce s opatrovníky a hlavně se na změnu museli připravovat samotní klienti. Zařízení mělo vyčleněnu tzv. „aktivní skupinu“, která byla složena z řad klientů a pracovníků, která řídila transformaci v organizaci.

Zařízení bylo rovněž podporováno oddělením transformace na MPSV a na příslušném oddělení Krajského úřadu Středočeského kraje. Jako přínosné vidí paní ředitelka zorganizovat setkání, kde bylo možné sdílet zkušenosti z praxe.

Paní ředitelka hodnotí proces transformace ve svém zařízení pozitivně. Na otázku „Jak hodnotíte dosavadní průběh transformace ve Vašem zařízení?“ odpověděla následovně: „*Velmi dobře – mám z toho dobrý pocit, který nás všechny vede dál, mám radost z pokroku klientů.*“, zároveň se ale obává jediného problému, který by mohl nastat a to, kdyby se nepodařilo získat finanční prostředky na zakoupení nových nemovitostí, protože chce v procesu transformace pokračovat a chce se z budovy zámku odstěhovat definitivně a poskytovat služby pouze komunitního typu.

Paní ředitelka si do budoucna představuje, že klienti opustí budovu zámku a budou žít ve službách komunitního typu bez ústavních znaků.

Dle mého názoru respondentka přistupuje k transformaci jako k příležitosti jak pro zaměstnance, tak pro klienty. Veškeré aktivity, které zařízení uskutečnilo, v rámci transformace byly zvládnuty bez problémů. Jediné, co by mohl být problém je finanční stránka. Bez financí by nemohlo zařízení postupovat v transformaci a naplnit tak svoji vizi.

Zařízení 3

Toto zařízení nebudu ve své práci jmenovat a tím pádem nemohu jmenovat ani paní ředitelku, která je pověřená vedením. K rozhovoru došlo rovněž v zařízení v kanceláři paní ředitelky.

Tab. č. 4 Rozhovor s respondentkou ze zařízení 3

Proč jste začal/a s procesem transformace u Vás v zařízení? (Důvody k transformaci apod.) Odpověď: Chtěli jsme docílit minimálně humanizace zařízení, část klientů převést z pobytové služby do chráněného bydlení a zkvalitnit tak poskytované služby.
Pomáhal Vám někdo s procesem transformace? (např. nějaká organizace) Odpověď: Byli jsme zapojeni do Projektu transformace MPSV se souhlasem zřizovatele, teoretické znalosti a příklady dobré praxe jsme získávali od lektorů (DOZP Stod) zajištěných MPSV, praktické zkušenosti u organizací, které se změnou služeb už začaly a chráněné bydlení provozují (např.: Domov Na Hrádku, Domov Barbora, Rybka Neratovice)
Jak hodnotíte tuto spolupráci? Odpověď: Spolupráce s uvedenými organizacemi byla pro nás přínosná, čerpali jsme zkušenosti s tvorbou metodik pro chráněné bydlení, úhrad za služby, s nastavením služeb.
Jaké kroky jste museli udělat, aby se Vaše zařízení mohlo zapojit do procesu transformace? Odpověď: Museli jsme se přihlásit prostřednictvím zřizovatele do projektu
S jakými reakcemi jste se setkal/a v procesu transformace? (zřizovatel, opatrovníci, zaměstnanci, veřejnost apod.) Odpověď: Zřizovatel proces podporoval, hlavně metodicky, a dle možností i finančně, opatrovníci i zaměstnanci nejdříve k procesu přistupovali s nedůvěrou a obavami, ale po vyhodnocení fungování prvního bytu pro dvě klientky se začala nedůvěra a obavy snižovat. S veřejností jsme zatím žádný větší problém neměli.
Jak proces transformace ve Vašem zařízení probíhal/ probíhá? Odpověď: Seznámení zaměstnanců s tím, co transformace obnáší, posléze i rodičů a opatrovníků, školení zaměstnanců, práce s klienty – příprava na přechod do jiné služby, spolupráce s organizacemi Rytmus, Dítě a kůň, Oblastní charita, hledání vhodných bytů pro poskytování služby a pracovních příležitostí pro klienty, byl zpracován transformační plán v několika variantách.
V jaké fázi transformace se Vaše zařízení nachází? (z Vašeho hlediska, aktuální stav)

<p>Odpověď: Provozujeme 2 byty chráněného bydlení pro 6 klientů, další 2 byty pro 8 klientů se připravují – zahájení provozu duben 2016.</p>
<p>Jak hodnotíte dosavadní průběh transformace ve Vašem zařízení?</p> <p>Odpověď: Podařilo se nám realizovat alespoň část transformačního plánu – poskytování služby chráněného bydlení.</p>
<p>Jak bude Vaše zařízení v procesu transformace pokračovat?</p> <p>Odpověď: Naše zařízení nebude dále pokračovat, z rozhodnutí zřizovatele bude naše organizace sloučena s další organizací.</p>
<p>Setkal/a jste se během transformace s nějakým problémem?</p> <p>Odpověď: Sloučením naší organizace s Domovem XXX zřejmě dojde k zastavení dalšího rozvoje služby chráněného bydlení.</p>
<p>Jakou máte celkovou vizi do budoucna? Jak si Vaše zařízení představujete za 5, 10 ... let ?</p> <p>Odpověď: Budeme součástí Domova XXX.</p>

Důvodem, proč zařízení vstoupilo do procesu transformace, bylo zkvalitnění poskytovaných služeb a tím dosažení humanizace zařízení, kdy se část klientů z pobytové služby měla přestěhovat do chráněného bydlení. Zařízení se proto zapojilo do projektu transformace MPSV (se souhlasem zřizovatele). Podporu získávalo hlavně díky lektorům z jiného zařízení, které zajistilo MPSV a díky zkušenostem ze setkávání s organizacemi, které už měla zřízeny služby typu chráněného bydlení.³

Respondentka mi sdělila, že spolupráce s ostatními organizacemi pro ni byla přínosná v oblasti tvorby metodik pro chráněné bydlení, úhrad za služby a celkovém nastavení služeb. Což dle mého názoru jsou sice potřebné věci, ale čekala bych, že se zařízení spíše zaměří více na dění kolem klienta v komunitní službě.

Podpora transformace v zařízení probíhala s podporou zřizovatele – „Zřizovatel proces podporoval, hlavně metodicky, a dle možností i finančně,...“. Lze usoudit, že s finančními problémy se zařízení potýkalo.

Nejdůležitějšími kroky, které zařízení v průběhu transformace udělalo, bylo jednak seznámení zaměstnanců s tím, co transformace obnáší, a to rovněž samé i u příbuzných, opatrovníků. Bylo potřeba zaměstnance proškolit a klienty připravit na přechod do jiné služby, s tímto jim hodně pomáhalo zařízení, které jim zajistilo MPSV a také organizace z okolí zařízení. Důležitými kroky bylo najít vhodné byty pro poskytování služby a hledání

³ Mezi zařízení, které předávaly praktické zkušenosti z oblasti komunitních služeb, bylo již v této práci zmíněné zařízení Domov Na Hrádku, p. s. s.

pracovních příležitostí pro klienty. Rovněž také vypracování transformačního plánu, jako jedné z klíčových aktivit projektu a to v několika variantách.

V průběhu projektu se paní ředitelka setkala s reakcemi od opatrovníků i zaměstnanců, s veřejností žádný problém neměla – „*Opatrovníci i zaměstnanci nejdříve k procesu přistupovali s nedůvěrou a obavami, ale po vyhodnocení fungování prvního bytu pro dva klienty se začala nedůvěra a obavy snižovat. S veřejností jsme zatím žádný větší problém neměli.*“

V současné době zařízení provozuje 2 byty chráněného bydlení pro 6 klientů a další 2 byty pro 8 klientů se teprve připravují. Bohužel tento krok bude asi poslední, neboť zařízení v transformaci pokračovat již nebude. Zařízení se z rozhodnutí zřizovatele bude slučovat s dalším zařízením, které sídlí v tom samém městě, čímž dojde k zastavení dalšího rozvoje služby chráněného bydlení.

Samotné sloučení organizací vidí paní ředitelka jako problém v transformačním procesu. Od tohoto se i odvíjí celková vize zařízení do budoucna.

Přesto je paní ředitelka ráda, že se jí podařilo realizovat část transformačního plánu – vznik chráněného bydlení.

Respondentka byla nadšená ze změn, které dokázala se zařízením a kterých dosáhli sami klienti, bohužel zřizovatel má nad zařízením moc a veškeré plány, které si zařízení stanovilo ve svém transformačním plánu, budou buď pozastaveny, nebo zrušeny. V celém rozhovoru bylo patrné, jak se zařízení omezuje pouze na „co na to zřizovatel“.

Zařízení 4

Toto zařízení rovněž nechtělo být uváděno v diplomové práci. Řízením je opět pověřena žena, jako v předchozích zařízeních. Paní ředitelka do své funkce nastoupila teprve nedávno a převzala práci po panu řediteli, který vedl zařízení necelých deset let před ní. Vzhledem k tomu, že transformaci zařízení měla možnost sledovat a pokračovat v ní, bylo možné se o transformaci s paní ředitelkou pobavit.

Tab. č. 5 Rozhovor s respondentkou ze zařízení 4

Proč jste začal/a s procesem transformace u Vás v zařízení? (Důvody k transformaci apod.)

Odpověď: Protože bydlet v ústavu není normální – pro nikoho! Téměř 100 lidí pod jednou

<p>střechou, pokoje i pro 8 spolubydlících, jedna jídelna, stejné jídlo pro všechny ve stejný čas, organizovaný volný čas, režim atd.</p>
<p>Pomáhal Vám někdo s procesem transformace? (např. nějaká organizace)</p> <p>Odpověď: MPSV ČR (zadavatel projektu Transformace sociálních služeb) Národní centrum podpory transformace sociálních služeb (konzultant uvedeného projektu), Středočeský kraj.</p>
<p>Jak hodnotíte tuto spolupráci?</p> <p>Odpověď: Spolupráce probíhala přes konkrétní odpovědné osoby v rámci emailového a telefonického kontaktu nebo pracovních skupin; spolupráce hodnocena jako partnerské jednání.</p>
<p>Jaké kroky jste museli udělat, aby se Vaše zařízení mohlo zapojit do procesu transformace?</p> <p>Odpověď: Zpracovat transformační plán – mít ho schválen MPSV ČR a KÚ Středočeského kraje.</p>
<p>S jakými reakcemi jste se setkal/a v procesu transformace? (zřizovatel, opatrovníci, zaměstnanci, veřejnost apod.)</p> <p>Odpověď: MPSV ČR – neoptimální nastavení kritérií pro přijatelnost objektů – počty osob a složení lidí podle míry potřebné podpory; nedostatečné finanční prostředky vyčleněné na rekonstrukční práce; zřizovatel – některá jednání časově zdlouhavá (administrativní proces); v řadě aktivit jsme uvítali možnost a důvěru zřizovatele být při vyjednávání se staviteli a dodavateli; opatrovníci – s některými náročná vyjednávání (nedokázali si představit, co proces transformace lidem přinese, převažovaly obavy ze změny); zaměstnanci – museli změnit náhled na svoji profesi – někdo odešel, někdo se rozhodl vytrvat a v této oblasti se vzdělávat (interní vzdělávání, workshopy pro pracovníky, přijetí osobní zodpovědnosti); veřejnost – záleží na konkrétní lokalitě a skupině obyvatel v přijetí transformace; probíhala jednání s veřejností (např. kulaté stoly) i informace v regionálním tisku (konkrétní sousedé v daných lokalitách seznamování s přistěhováním lidí s postižením nebyli – není to přirozené).</p>
<p>Jak proces transformace ve Vašem zařízení probíhal/ probíhá?</p> <p>Odpověď: Postupně v souladu se schváleným Transformačním plánem (schválen v červenci 2011).</p>
<p>V jaké fázi transformace se Vaše zařízení nachází? (z Vašeho hlediska, aktuální stav)</p> <p>Odpověď: 30. 9. 2014 byla uzavřena ústavní budova a sociální služby poskytujeme v domácnostech v přirozeném prostředí - rodinné a bytové domy.</p>
<p>Jak hodnotíte dosavadní průběh transformace ve Vašem zařízení?</p>

<p>Odpořď: Organizace je transformována (pokud transformaci vnímáme jen jako přestěhování z ústavního do přirozeného prostředí).</p>
<p>Jak bude Vaše zařízení v procesu transformace pokračovat?</p> <p>Odpořď: Zaměřujeme se na podporu pracovníků – dáváme pozor na přenos ústavních prvků do jednotlivých domácností, podporujeme aktivity v přirozeném začleňování lidí do společnosti, organizace se snaží postupovat dle Strategického plánu (zpracován do roku 2017).</p>
<p>Setkal/a jste se během transformace s nějakým problémem?</p> <p>Odpořď: Ano - viz výše</p>
<p>Jakou máte celkovou vizi do budoucna? Jak si Vaše zařízení představujete za 5, 10 ... let ?</p> <p>Odpořď: Lidé s mentálním postižením žijí v běžných domácnostech a využívají podporu asistenta tak, jak potřebují.</p>

Důvodem, proč bývalý pan ředitel začal s procesem transformace, byl ten, že pod jednou střechou žilo 100 klientů, pokoje byli po osmi klientech, jedna společná jídelna, stejné jídlo pro všechny ve stejný čas, ústavní režim. Respondentka se k tomuto vyjádřila slovy: „Protože bydlet v ústavu není normální – pro nikoho!“

Zařízení se zapojilo do projektu Transformace sociálních služeb a společně s podporou MPSV ČR, který byl zadavatel projektu, Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, které bylo konzultantem projektu a Středočeský kraj za zřizovatele, začaly s naplňováním transformace. Spolupráce s těmito složkami probíhala formou emailů, telefonického kontaktu nebo pracovních skupin, které pořádal Krajský úřad Středočeského kraje (zřizovatel). Spolupráce byla hodnocena jako partnerská. Hlavní cíl projektu byl transformační plán a jeho následné schválení MPSV a KÚ Středočeského kraje.

Reakce na proces transformace u opatrovníků byly nedůvěřivé – opatrovníci si nedokázali představit, co proces transformace přináší a jednání s nimi byla náročná. U zaměstnanců tomu bylo jinak: „Zaměstnanci museli změnit náhled na svou profesi – někdo odešel, někdo se rozhodl vytrvat a v této oblasti se vzdělávat.“ U veřejnosti záleželo na konkrétní lokalitě a skupině obyvatel v názoru na transformaci, probíhala jednání s veřejností a dále se veřejnost informovala v regionálním tisku. Jako jeden z kroků, které zařízení nepodstoupilo, bylo seznámit klienty s novými sousedy – „není to přirozené“.

Transformace v zařízení probíhala hladce – zařízení postupovalo tak, jak si naplánovalo v TP. Zařízení v roce 2014 uzavřelo ústavní budovu a sociální služby poskytuje v domácnostech v přirozeném prostředí.

Několik problémů však zařízení s procesem transformace mělo. Problémem v procesu transformace bylo neoptimální nastavení kritérií pro přijatelnost objektů⁴, dále pak nedostatek finančních prostředků vyčleněných na rekonstrukční práce, zdlouhavá jednání se zřizovatelem v administrativním procesu.

Přesto, že byla ústavní budova uzavřena, na otázku jak bude Vaše zařízení v transformaci pokračovat nadále, odpověděla respondentka následovně: *„Zaměřujeme se na podporu pracovníků – dáváme pozor na přenos ústavních prvků do jednotlivých domácností, podporujeme aktivity v přirozeném začleňování lidí do společnosti, organizace se snaží postupovat dle Strategického plánu.“*

Představa zařízení v budoucnu – *„Lidé s mentálním postižením žijí v běžných domácnostech a využívají podporu asistenta tak, jak potřebují.“*

Ač přesto, že sama respondentka nebyla u celého procesu transformace, znala jeho historii naprosto přesně. Je vidět, že myšlenku transformace podporuje a dál půjde v krocích předchozího pana ředitele, který za dobu svého působení odvedl mnoho práce na procesu transformace.

⁴ Tyto kritéria jsou k nahlédnutí na webových stránkách MPSV ČR v sekci dokumenty pod názvem Manuál transformace ústavů.

Celková interpretace

Na základě kódování rozhovorů vznikly jednotlivé kategorie, které byly následně interpretovány u každého zařízení zvlášť. V této kapitole je shrnutí všech čtyř zařízení.

Z rozhovorů vyplynulo celkem deset kategorií a to: budova, finance, klienti, opatrovníci, ostatní organizace – spolupráce, projekt, transformační plán, veřejnost, zaměstnanci a zřizovatel. Už z názvů kategorií je patrné, co je pro respondentky (ředitelky) klíčové v procesu transformace.

Všechny respondentky se v rozhovorech odkazovaly na kategorii budova. Důvodem proč začaly s procesem transformace, je právě stav budovy (budova je nevyhovující, není možné v ní dodržovat soukromí klienta apod.). Znakem ústavnosti je právě budova, protože je většinou velká a soustředí se v ní větší počet klientů.

Kategorie finance byla zmiňována u třech respondentek, pouze zařízení 3 finance nezmiňovalo v rozhovoru vůbec. S transformačními procesy souvisí i právě zvýšení finančních nákladů. Jedná se o přestavbu nebo koupi nových budov nebo navyšování platů zaměstnanců, protože jejich počet s rozšiřováním komunitních služeb bude stoupat, zároveň tedy bude potřeba vynaložit více finančních nákladů nejen na jejich platy, ale i na jejich vzdělávání. Na druhou stranu by se mělo brát v úvahu návratnost nákladů, protože udržování starých budov je finančně náročnější než udržování nových objektů.

Klienti byli asi nejdůležitější kategorií, o které respondentky mluvily. Na prvním místě vždy stálo blaho klienta a možnost vybudovat pro něj lepší domov, který by se podobal běžnému domovu a neměl znaky ústavu, kde by klient zažíval to, co v ústavu nemohl. Byla zmiňována i možnost začleňování klientů do pracovního procesu, což je dalším velkým krokem, který klienti mohou zvládnout a přiblížit se tak běžnému životu. Tato kategorie souvisí i s kategorií budovy, kde je právě zmiňováno, že některé budovy jsou, tak nevhodné pro klienty, že v nich nemůžou zajistit dostatečné soukromí pro klienta.

Kategorií, která byla zmiňována, ale ne v zase tak velkém rozsahu jsou opatrovníci. Mezi opatrovníky se počítají nejen veřejní opatrovníci (obecní nebo městské úřady) ale i opatrovníci z řad rodinných příslušníků a přátel, ale také i rodiny, kde není opatrovnictví z různých důvodů vykonáváno. Je velmi důležitá spolupráce právě s opatrovníky, protože jsou nedílnou součástí života klienta a klient často na jejich názor pohlíží jako na stěžejní. Je dobré je informovat o procesu transformace a do procesu je také začlenit. Dokáží pak změnit svůj názor.

Zařízení 3 se hodně zmiňovalo o spolupráci s ostatními organizacemi v procesu transformace. Respondentka ze zařízení 3 ve svém rozhovoru hodně zmiňovala organizace, které jí pomáhaly s procesem transformace, mimo jiné poukazovala i na pomoc zařízení Domova Na Hrádku, p. s. s.

Je vidět, že pro respondentky je spolupráce s dalšími subjekty začleněnými do procesu transformace velmi důležitá. Kde jinde by mohly čerpat zkušenosti a příklady dobré praxe než od ostatních zařízení, která prochází procesem transformace.

Kategorie projekt byla také zmiňována u všech čtyř respondentek. Jedná se o to, že všechna zařízení se do procesu transformace zapojila právě díky projektům. Nejčastěji se jednalo o projekty zaměřené na transformaci sociálních služeb od evropského sociálního fondu.

Transformační plán jako další kategorie souvisí s předchozí kategorií projekt. Transformační plán vznikl jako jedna z klíčových aktivit právě v projektech transformace. Všechna zařízení měla transformační plán vypracován a některá zařízení podle něj začala s procesem transformace. Některá zařízení musela dokonce vypracovat i několik variant tohoto transformačního plánu na žádost zřizovatele, aby v případě problému se mohla vybrat jiná varianta plánu, podle kterého se zařízení bude do budoucna řídit.

Další kategorií byla kategorie veřejnost. Stejně jako u kategorie opatrovníci se musí pracovat i s veřejností. Veřejnost se musí připravit na přesun klientů do běžného života, musí být předem informována o tom, co je vůbec proces transformace a co sebou tento proces přináší. Jak popisují respondentky, veřejnost ze začátku klienty přijímala velmi negativně, ale postupem s větší medializací začíná veřejnost měnit svůj názor v přístupu k lidem s mentálním postižením.

Zaměstnanci patří do další a předposlední kategorie, která vyplynula z rozhovorů. Zaměstnanci spadají do podobné kategorie jako veřejnost a opatrovníci. Je potřeba s nimi pracovat, vysvětlovat jim pojem transformace a učit je novým způsobům práce s klientem mimo ústavní zařízení. Respondentka ze zařízení 4 se zmiňovala o tom, že někteří pracovníci kvůli procesu službu opustili. Někteří zaměstnanci opravdu nemusí ustát tak zásadní změnu jako je transformace zařízení, avšak dále popisuje, že ti, co vytrvali, na sobě dále pracovali a rozvíjeli se, co je pozitivní přístup k transformaci.

Poslední kategorií, která vyplynula z rozhovorů je kategorie zřizovatel. Všechny respondentky se o zřizovateli zmiňovaly v různých souvislostech. Respondentka ze zařízení 3 uváděla zřizovatele ve většině svých odpovědí. Je patrné, že transformační procesy, finance a celkový vývoj organizace, souvisí se zřizovatelem. Není se čemu divit, když zřizovatel má

nad zařízeními takovou moc jako je přidělování financí, obsazování míst, slučování jednotlivých zařízení apod.

Všechny respondentky byly z transformačních procesů v zařízení spokojené a hodnotily je kladně. Zařízení Domov Na Hrádku ovšem, dle slov respondentky není příliš nadšené v pokračování transformačních procesů, zařízení 3 bylo rovněž s procesem transformace spokojeno, ale vzhledem k nastalé situaci, nemůže dál pokračovat v transformaci, neboť bylo sloučeno s dalším zařízením.

Z rozhovorů bylo také patrné, že ač zařízení jsou od sebe vzdálená i několik set kilometrů, sdílejí stejné nebo podobné názory, co se týká transformačních procesů.

7.7 Kazuistiky

V praktické části diplomové byla rovněž použita metoda zúčastněného pozorování. Vzhledem k tomu, že v zařízení pracuji, mohu sledovat, vše co se v zařízení děje, mohla jsem pozorovat jednotlivé klienty a jejich chování. Za dobu mé práce v zařízení jsem mapovala život několika klientů. V následující kazustice je popsán život dvou klientů (Paní Z, pan B) v zařízení jako příklad pozitivního procesu transformace. V druhé kazuistice (Paní A) je popsán i negativní dopad procesu transformace.

Paní Z a pan B

Paní Z zahájila sociální službu v ústavu sociální péče ve službě domov pro osoby se zdravotním postižením na vlastní žádost v roce 1994. Paní Z má lehkou mentální retardaci, problémy s řečí (zhoršené vyjadřování, při nervozitě koktavost).

Otec byl alkoholik, paní Z často bil a sexuálně zneužíval – za tento trestný čin byl odsouzen, o matce žádné informace nejsou známy.

V roce 1994 po nástupu do zařízení byla paní Z zbavena způsobilosti k právním úkonům. V domově začala pracovat v prádelně jako pomocná síla. Paní Z sdílela pokoj s několika dalšími klientkami, stravovala se společně s ostatními klienty na společné jídelně, na výlety jezdila spolu s ostatními uživateli. Měla naplánovaný denní režim, tak jak to v zařízení bývalo zvykem.

V roce 2007 se v zařízení seznámila s panem B.

Pan B je vyléčený alkoholik, do zařízení nastoupil v roce 2006. Pracoval zde jako pomocná síla v údržbářské dílně. Byl již jednou ženatý, ale rozvedl se. Pan B má rovněž lehkou mentální retardaci a je těžký epileptik. Pan B sdílel svůj pokoj s dalšími klienty a jeho denní režim vypadal stejně jako u ostatních klientů.

V roce 2008 spolu přešli do služby chráněné bydlení, které se nacházelo v areálu zařízení. Ve službě chráněné bydlení, měli sice stále 24 hodinovou podporu pracovníka v sociálních službách, ale jejich režim už nebyl takový jako ve službě domov pro osoby se zdravotním postižením. Mohli si vybírat, co si dají k jídlu a s pomocí pracovnice si jídlo mohli sami uvařit, začali jezdit na nákupy pro potraviny, na výlety už nejezdili hromadně, ale mohli vyrazit jen sami dva v doprovodu pracovnice, kadeřnice a pedikérka už nejezdila za nimi, ale

oni sami si jezdili do 8 km vzdáleného města autobusem. Postupem času začal pan B a paní Z ovládat veškeré úkony v péči o sebe a o domácnost zcela sami bez pomoci pracovnice.

V roce 2010 přešli do služby chráněného bydlení v městě Kolín, kde byla pouze osmi hodinová podpora pracovníka. Bydleli v bytě 3+1 spolu s dalšími dvěma klientkami. Měli vlastní pokoj. Ve městě začali chodit sami na nákupy, na výlety, za kulturou – divadelní představení, kino apod., navštěvovali služby kadeřníka, pedikérky, masérky, které si vybrali sami ve svém okolí. Pracovnice docházela za panem B a paní Z a dalšími dvěma klientkami jen přes den a dopomáhala jim pouze ve vaření jídla a plánováním výletů a dalšími úkony, které jsou spojené s životem ve městě, a které dosud neznali.

V roce 2014 ukončili službu chráněného bydlení a přešli do služby Podpora samostatného bydlení, kde jim je poskytována pouze minimální podpora ze strany pracovníků. Žijí samostatně v malém bytě 1+kk, který si sami vybrali. S pomocí pracovnice si do bytu nakoupili a nastěhovali vybavení a zařídili si ho, sociální pracovnice jim pomohla vyřídít trvalé bydliště.

Pracovnice k panu B a paní Z nyní dochází pouze v případě, že si o to sami požádají. Postupem času pracovnice dochází do jejich bytu stále méně.

V roce 2015 se pan B rozhodl, že požádá paní Z o ruku. Rozhodovalo se o navrácení způsobilosti k právním úkonům u obou z páru z důvodu naplánované svatby. U pana B došlo k navrácení způsobilosti, u paní Z soud rozhodl v nevrácení celkové způsobilosti k právním úkonům a svatba se tedy nemohla konat. Vzhledem k tomu, že pár už měl nakoupené prstýnky, šaty a pozvané hosty, rozhodl se personál domova, že jim uspořádá svatbu, která bude mít všechny náležitosti. Pár se tedy v roce 2015 „jako“ vzal. Paní Z měla krásný kostýmek, pan B měl nový oblek, svatba se konala na radnici, kde si pár vyměnil prstýnky a následně se pořádala malá hostina, kde byli pozvaní příbuzní paní Z a pana B a vybraný personál domova. Svatba byla sice jen „jako“ čehož si paní Z a pan B byli vědomi, ale i tak měli velkou radost, že nosí na ruce prstýnky, které si vzájemně vyměnili a které značí jejich pouto.

V současné době pan B i paní Z už nepracují v zařízení jako pomocné síly. Pan B je v invalidním důchodu a paní Z si hledá novou práci. Jezdí spolu každý rok do Chorvatska k moři, užívají si výlety po městě Kolíně, nenechají si ujít žádnou kulturní akci a do domova se sem tam přijedou podívat, aby mohli svým přátelům a personálu vyprávět o výletech a samostatném životě ve svém bytě. Personál s domova je nadšený z toho, jaký kus cesty ušel pár od svého nástupu do zařízení až do současné doby.

Transformace nemusí mít jen dobré výsledky, může se stát, že klient přesun nezvládne. V této kazuistice je tedy popsán negativní dopad procesu transformace.

Paní A

Paní A nastoupila do sociální služby chráněné bydlení v únoru 2013, na žádost města Kolína. Paní A bydlela u své dcery v Kolíně. Dcera péči o svou maminku již nezvládala a měla s ní časté konflikty. Rodina žila ve velmi špatných podmínkách v malém bytě. V bytě současně žila paní A, její dcera s přítelem a třemi dětmi a ještě jedna podnájemnice. Rodina se vyznačovala nízkou sociokulturní úrovní. Paní A nastoupila do zařízení zavšivená, bez známek pravidelné hygieny.

Paní A má lehkou mentální retardaci, je diabetička, je omezena ve svéprávnosti vyjma práva jednat v situacích běžného života.

Po měsíci ve službě chráněné bydlení, kde byla podpora 24 hodin se paní A jevila jako velmi schopná, vzhledem k tomu, že žila s dcerou a pomáhala jí s péčí o děti, předpokládalo se, že zvládne žít ve službě, kde není potřeba, tak vysoká hodinová podpora. Z tohoto důvodu byla přesunuta do chráněného bydlení s osmi hodinovou podporou pracovníka v sociálních službách do města Kolína.

Zde žila tři měsíce a poté musela službu opustit. Paní A nebyla schopná zvládnout nízkou hodinovou podporu. Začala se dopouštět nezvladatelného jednání, které ohrožovalo jak ji, tak ostatní klienty v bytě, kde žila. Např. se na ulici začala bavit s „podivnými existencemi“ (bezdomovci, drogově závislý, apod.) a zvala je domů. Vzhledem k tomu, že je diabetička, vyjídala ostaním spolubydlícím v noci ledničku, což ji ohrožovalo na zdraví. Na vysvětlování, že ji to nejen ohrožuje na životě, ale že je to neslušné někomu jíst jeho jídlo, nereagovala; pracovnice jí učila, jak se má správně stravovat a jak je důležité dodržovat dietu, ale vše bylo marné. Paní A přestala zvládat běžný úklid svého pokoje a celého bytu, po určité době už nezvládala ani péči o vlastní tělo. Paní A vše zvládla, pokud byla přítomna pracovnice, která jí ke všemu vedla a radila jí, ale jakmile pracovnice odešla a paní A zůstala sama, vše se vrátilo do starých kolejí. Vrcholem všeho bylo, když si paní A způsobila vážný úraz páteře, který byl zjištěn až s nástupem do služby domov pro osoby se zdravotním postižením. Paní A nebyla schopná popsat, jak k úrazu došlo, ani kde se jí stal. Několik měsíců musela chodit se speciální pomůckou, která jí pomáhala v hojení úrazu.

Nyní žije ve službě domov pro osoby se zdravotním postižením již třetím rokem a její soběstačnost stále klesá. Paní A není schopna si na postel navléknout prostěradlo, není

schopná sama umýt, znečišťovala chodby domova stolicí, začala užívat inkontinentní pomůcky (pleny). Vzhledem k tomu, že veškeré sladkosti, které dostávala, jsou zamčené a měla k nim přístup jen na požádání, byla schopna vyjít jídlo i želvě z terária (oschlá rajčata, rozmočené piškoty apod.) a tvrdit pracovnícím, že to nedělá nebo to svádět na ostatní klientky. Pracovníci se snažili s paní A pracovat tak, aby byla zachována její soběstačnost, ale klientka na toto nereaguje a nesnaží se na svém životě něco zlepšit.

Její dcera jí často navštěvovala a brala si jí domů. Dcera se přestěhovala do města Velim do většího bytu a začala chodit do práce, sociokulturní úroveň rodiny je však stále nízká. Několikrát se stalo, že se paní A z návštěvy dcery vrátila opět zavšivená, dokonce i s oholenou hlavou, také bylo i patrné, že paní A nedbá doma u dcery o svou hygienu.

S dcerou paní A neměl personál dobré zkušenosti. Dcera paní A byla velmi náladová, několikrát se dostala do konfliktu s pracovníci, bezdůvodně na ně křičela a nadávala jim. Sociální pracovníce musela vydat opatření ohledně návštěv dcery v zařízení. Po návštěvě dcery nebo po pobytech doma byla paní A často několik dní rozhozená a neklidná. Dcera paní A měla pocit, že se o ni v zařízení nedokáží dobře postarat.

V současné době paní A není schopna se postarat sama o sebe, její soběstačnost stále klesá. To, co zvládala ještě před půl rokem je pro ni velký problém. Klíčová pracovníce s paní A naplánovali několik cílů v individuálním plánu, které by měly vést k udržení její soběstačnosti, ale paní A veškerou pomoc odmítá, nechce se nic učit, má pocit, že všechno zvládá.

7.8 Shrnutí praktické části

V praktické části jsem se nejdříve věnovala popisu výběru výzkumných metod. Pro vypracování praktické části jsem si zvolila metodu kvalitativní, kterou jsem následně definovala.

Dále jsem si stanovila výzkumnou otázku a výzkumné cíle (hlavní a dílčí cíle), které jsem si zpracovala do přehledného grafu, stanovila jsem si výzkumný vzorek, kterým byly v mém případě ředitelky zařízení, které prochází nebo prošla transformací.

Následně jsem se věnovala realizaci samotného výzkumu a sběru dat.

Na základě analýzy dokumentů bylo popsáno každé zařízení, kde respondentka souhlasila s rozhovorem. Popsány byly druhy poskytovaných služeb, stručná historie, projekty, do kterých byla zařízení zapojena a u dvou zařízení byly použity k lepšímu popisu objektu obrázky, u zbylých dvou zařízení tak učiněno nemohlo být, protože nechtěly být v diplomové práci jmenovány. U zařízení Domov Na Hrádku byl podrobněji popsán projekt, do kterého bylo zařízení zapojeno, blíže byl popsán transformační plán, jehož tvorba byla z jednou klíčových aktivit projektu. V transformačním plánu jsou popsány důležité informace, podle kterých zařízení bude uskutečňovat transformaci. Je to jakýsi „návod“ na proces transformace v daném zařízení. Vybrala jsem důležité kapitoly, pro upřesnění toho jak transformace probíhá v praxi.

V neposlední řadě byly vytvořeny tabulky, které ukazují zvolené kategorie, tak jak bylo zjištěno zpracováním dat.

Poslední kapitole se věnuje celkovému zhodnocení kategorií. Nejčastěji se opakovaly kategorie finance, klienti, zřizovatel, budova, opatrovníci, spolupráce s ostatními organizacemi, projekt, transformační plán, veřejnost a zaměstnanci. Tyto kategorie se vzájemně ovlivňovaly a dle nich lze soudit, na co se ředitelky nejvíce zaměřovaly nebo zaměřují v procesu transformace.

Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jaký je názor ředitelů/ředitelky na proces transformace. Paní ředitelka z Domova Na Hrádku hodnotí transformaci spíše negativně, paní ředitelka z Domova Nalžovice hodnotí transformaci pozitivně, stejně tak jako paní ředitelka ze zařízení 4, paní ředitelka ze zařízení 3 hodnotila transformaci pozitivně, dokud její zřizovatel nezačal se slučování zařízení pod jiné zařízení a tím změnil veškeré plány na další pokračování v procesu transformace.

DISKUZE

Proces transformace je v dostupných dokumentech, informací z tisku, vzdělávacích kurzů apod. zmiňován pouze z pozitivního hlediska. Je dobré zmínit se o transformaci z druhého pohledu. Jak je uvedeno v jedné z kazuistik, transformace nemusí být pro všechny pozitivní. Někteří klienti nesou změnu prostředí velmi špatně a často to na nich může zanechat následky. Po třiceti letech v ústavní péči v pokročilém věku klient nechce měnit svůj život, na který byl doposud zvyklý, často je přestěhován do jiného objektu bez možnosti vrátit se do původního. Vzhledem k tomu, že transformace není krátkodobá záležitost, ale dlouhodobá, přesun klientů a změna prostředí probíhá velmi pomalu, může se právě stát, že klient opustí ústavní zařízení a na jeho místo v ústavu přijde jiný klient. Z důvodu obsazení kapacity se klient již nemůže vrátit. Na život přestěhovaného klienta to může mít velký dopad, co se týká jeho zdravotního a psychického stavu, klient nemusí umět slovně vyjádřit, že se mu tam nelíbí a může se např. začít sebepoškozovat a pracovník nemusí tyto projevy vyhodnotit jako projev negativního důsledku transformace.

Jak bylo také zmíněno v jednom z rozhovorů, transformace znamená opuštění ústavní budovy. V minulosti byly ústavy sociální péče zřizovány v nepotřebných budovách (např. staré zámky, rekreační budovy). Do těchto budov kvůli zkvalitňování péče bylo v posledních letech kvůli zvyšování kvality péče o klienty hodně investováno – přestavba pokojů, rekonstrukce prostor, vybavení, zateplení budov, výměna oken, bezbariérové úpravy apod. Samotní zřizovatelé si jsou tohoto dobře vědomi a právě proto se někdy úplné transformaci brání.

Finance jsou důležitou součástí v procesu transformace. Ministerstvo práce a sociálních věcí vydalo několik doporučených postupů, podle kterých se mají zařízení řídit, ale jejich provedení je v praxi často neproveditelné bez finančních prostředků, které zařízení nedostanou. Vzhledem k tomu, že transformace obnáší vysoké finanční náklady a do procesu transformace je zapojena většina zařízení, nemá zřizovatel dostatek finančních prostředků, které by mohl zařízením poskytnout.

Největší finanční položkou hned po budově jsou mzdové náklady. Bylo běžné, že o velký počet klientů pečovalo málo pracovníků. Vzhledem ke stavebním úpravám a rozdělení klientů na menší počet a kvůli individuálnímu přístupu k nim, se začal počet pracovníků navyšovat. V jednom ze zmiňovaných zařízení bylo běžné, že o 16 klientů pečoval jeden pracovník, v současné době na stejný počet klientů jsou vyčleněni tři

pracovníci. Ředitelé navýšení mzdových nákladů řešili tím, že do svých zařízení začali přednostně přijímat klienty, kteří měli vyšší příspěvek na péči. A to z důvodu, že příspěvek na péči klienta je převáděn na platy zaměstnanců. Dále bylo zaměstnancům odebráno několik příplatků a byly sníženy jednorázové odměny, aby zaměstnavatelé měly více finančních prostředků. Dále byly zaměstnanci zařazeni do nižších platových tříd, které nedopovídali jejich dosaženému vzdělání, s odůvodněním, že pro výkon povolání nepotřebují mít tak vysoké vzdělání a tudíž nemohou být zařazeni do vyšší třídy.

Zaměstnavatelům, v tomto případě ředitelům zařízení, se nemůže takovéto počínání vyčítat, protože v jejich případě jsou tato opatření potřebná pro to, aby mohli zaměstnat více pracovníků a tím zároveň zajistit individuální péči o klienta.

ZÁVĚR

V teoretické části diplomové práce bylo cílem popsat teoretické hledisko transformace se všemi jeho aspekty. Byla popsána historie ústavních zařízení od středověku až po současnost, byla rovněž popsána historie zákonů a hlavně současného zákona o sociálních službách. Společně s tímto zákonem byly zmíněny standardy kvality poskytování péče, které jsou povinné pro všechny zařízení. Rovněž bylo popsáno, kdo je klientem ústavního zařízení. Ve dvou kapitolách byla popsána transformace a samotný proces transformace v praxi z teoretického hlediska.

V praktické části diplomové práce se pomocí kvalitativního výzkumu a to metody rozhovoru zjišťovaly názory ředitelek zařízení na proces transformace. Jako doplňující metody byla zvolena analýza dokumentů a pozorování. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit názory ředitelek zařízení na proces transformace, což se i podařilo. Ředitelky ve svých rozhovorech často zmiňovaly finance jako alfu a omegu celého procesu transformace a spolu s financemi byl zmiňován i zřizovatel, jako podporovatel, ale zároveň „znemožňovatel“ procesu transformace. Zřizovatel má pod kontrolou veškeré pro zařízení přidělované peníze a záleží pouze na něm, kam se zařízení bude ubírat.

Zařízení si vytvářela tzv. Transformační plány, kde byla podrobně popsána vize zařízení do budoucna. Jeden z těchto transformačních plánů byl v praktické části diplomové práce zpracován a jeho nejdůležitější body vypsány.

V praktické části diplomové práce byly zpracovány dvě kazuistiky, které ukazují proces transformace jak z pozitivního, tak z negativního hlediska. Někteří klienti nemusí transformační proces zvládnout, proto je důležité s klientem pracovat na zvyšování jeho soběstačnosti a samostatnosti, aby měl větší šance přesun do jiného typu služby zvládnout.

Transformace v kontextu sociálních služeb je v současné době často zmiňována hlavně v souvislosti s porušování práv klienta a s kvalitou poskytované péče. Mnoho zařízení se zapojilo do procesu transformace právě pomocí projektů financovaných z prostředků evropského sociálního fondu, protože bez těchto finančních prostředků by se transformace mohla uskutečňovat jen velmi těžko. Z těchto finančních prostředků se mohou zakoupit další objekty, které nebudou vykazovat znaky ústavnosti (velký počet klientů soustředěných na jednom místě), dále můžou být zaměstnanci vzděláváni. V tom jak změnit názor na proces transformace u zaměstnanců je právě vzdělávání velmi důležité. Zaměstnanci musí ročně

projít 24 hodinami akreditovaného vzdělávání. Proto je důležité zvolit takové vzdělávání pro zaměstnance, které pro ně bude užitečné a zároveň zajímavé. Nejlépe, aby si sami zaměstnanci vybrali takové vzdělávání, které sami budou chtít.

V procesu transformace jde především o samotného klienta. Osoba s různým druhem mentálního postižení v pobytové sociální službě. V minulosti vznikaly domovy o velkém počtu klientů, velké pokoje až pro dvacet osob, denní režim stejný pro všechny, plánované aktivity bez možnosti výběru, byla potlačována individualita klienta a o soukromí, které je pro každého z nás tak důležité, se nedalo ani hovořit. Tato zařízení vznikala v objektech zámků, velkých objektů, mimo ostatní společnost, často za městem nebo v lese apod. V posledních letech se vše mění. Zařízení snižují svou kapacitu, pokoje jsou maximálně pro čtyři až pět osob, mohou si vybrat svého spolubydlícího, klienti mají volný denní režim a mohou se pohybovat po celém zařízení a jeho přilehlých místech, mohou si k jídlu vybírat ze dvou teplých pokrmů, dokonce sladkého nebo slaneého. Pracovnice je učí jak dbát o svou hygienu, jak dbát o svůj pokoj – jak ho správně uklidit nebo je učí přípravu jednoduchých pokrmů, jezdí s nimi na výlety... Takový je život v současném zařízení. Aby zařízení dosáhlo takových to výsledků, musí na sobě hodně pracovat. Nejde o to změnit prostředí, ale změnit i názor lidí (zaměstnanci, rodinný příslušníci, opatrovníci ale i samostní klienti). Pro klienty jsou tyto změny zcela zásadní nejvíce, 20 – 30 i více let žili úplně jinak, než se to po nich vyžaduje nyní, po tolika letech se musí změnit, je to velká změna pro „normálního“ člověka natož pro klienta s mentálním postižením.

POUŽITÉ ZDROJE

BEDNÁŘ, Martin. *Manuál zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. [2. vyd.]. Olomouc: Caritas - Vyšší odborná škola sociální Olomouc, 2014, 104 s. ISBN 978-80-87623-10-7.

COHEN, W. I. NADEL, L. MADNICK, M. E. *Down syndrome: visions for the 21st century*. John Wiley and Sons, 2002. ISBN 0471418153, 970471418153.

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2., rozš. české vyd. Překlad Vladimír Jůva, Vendula Hlavatá. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.

HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. *Psychologický slovník*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

CHALOUPKOVÁ, Soňa. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4678-4.

JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000, s. 275. ISBN: 80-7041-196-1.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

LUDVÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, s. 79. ISBN 802-4411-54-7.

MAŇÁK, Josef a Vlastimil ŠVEC (eds.). *Cesty pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2004. Pedagogický výzkum v teorii a praxi, sv. 1. ISBN 80-7315-078-6.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Vyd 1. Praha: Portál, 2007, 183 s. ISBN 978-80-7367-310-9. s. 18 – 19

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-7178-473-7.

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

MONATOVÁ, Lili. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. rozš. vyd. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-60-5.

MÜHLPACHR, P. *Vývoj ústavní péče: Filosoficko-historický pohled*. 1. vyd. Brno: Masarykova universita, 2001. 49 s. ISBN 80-210-2512-3

OPATŘILOVÁ, D.;PROCHÁZKOVÁ, L. *Předprofesní a profesní příprava jedinců se zdravotním postižením*. Vydání 1. Brno : Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5536-0.

PIPEKOVÁ, J. et al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozšířené vydání. Brno : Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007., s. 160, ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 3., přeprac. Praha: Portál, 2006, 198 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-736-7060-7.

Transformační plán Domova Na Hrádku, p. s. s. Červený Hrádek, 2014.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokoly. Vyd. 1. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011, 73 s. ISBN 978-80-7421-037-2.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*, 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu.* Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. Psyhé (Grada). ISBN 978-80-247-3829-1.

WILDEMUTH, Barbara M. *Applications of social research methods to questions in information and library science.* Westport, Conn.: Libraries Unlimited, 2009. ISBN 978-1-59158-503-9.

Elektronické zdroje:

Domov Na Hrádku [online]. [cit. 2016-06-19]. Dostupné z: www.usphradek.cz

Domov Nalžovice [online]. [cit. 2016-06-19]. Dostupné z: www.domov-nalzovice.cz

Metodika pro účastníky vzdělávacího programu Řízení transformace pobytových sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/15576/MethodikaRTT.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče* [online]. 2009 [cit. 2016-06-19]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. *Bílá kniha v sociálních službách* [online]. Praha, únor 2003 [cit. 2015-08-12]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf.

Ministerstvo práce a sociálních věcí: Transformace sociálních služeb [online]. [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>.

Národní centrum podpory transformace [online]. [cit. 2016-06-19]. Dostupné z: www.trass.cz

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb: O transformaci [online]. [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/o-transformaci/>

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb: Projekty Podpora a transformace sociálních služeb (2007-2013) [online]. [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: http://www.trass.cz/archive_2015/1-trass6a.html.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, in: *Sbírka zákonů České republiky* [online], 2006, dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-505>

Webové stránky zařízení 3

Webové stránky zařízení 4

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů, in: *Sbírka zákonů České republiky* [online], 2006, dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, in: *Sbírka zákonů České republiky*[online], 2004, dostupné z: https://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/ZOZ_PLATNE_ZNENI_OD_1.1.2016.PDF.

Seznam příloh

Příloha č. 1 – graf, který znázorňuje hlavní výzkumný cíl s dílčími výzkumnými cíly

Příloha č. 1



