

Univerzita Karlova v Praze
Právnická fakulta

Táňa Vlčková

**Sociální služby a úloha nestátních organizací
v sociálním zabezpečení**

Diplomová práce

Vedoucí diplomové práce: JUDr. Kristina Koldinská, Ph.D.

Katedra: pracovního práva a práva sociálního zabezpečení

Datum vypracování práce (uzavření rukopisu): duben 2011

Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem předkládanou diplomovou práci vypracovala samostatně, všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány a práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.“

V Praze dne

.....

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala JUDr. Kristině Koldinské, Ph.D. za cenné připomínky a odborné rady, kterými přispěla k vypracování této diplomové práce. Dále pak mé rodině za podporu a pomoc, kterou mi poskytovala v průběhu celého mého studia.

Obsah

Úvod.....	10
I. Srovnání právní úpravy před účinností zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a po něm.....	13
Analýza stávajícího stavu.....	13
Další fakta týkající se zavedení zákona č. 108/2006 Sb.	14
Nepojistné systémy v České republice.....	16
II. Exkurz do historie.....	19
Období před vznikem samostatného Československa	19
Období po roce 1918.....	20
Období po 2. světové válce	21
Období po roce 1989.....	21
Rok 2011 a vize do budoucnosti	22
Transformace sociálních služeb v ČR – přehled.....	22
III. Stárnutí jako fenomén moderní doby.....	26
Pojem stárnutí.....	26
Právo na důstojné stáří	28
Ageismus.....	29
Týrání a zneužívání seniorů	31
IV. Příspěvek na péči	34
Definice příspěvku na péči, stupně závislosti	34
Výše příspěvku na péči	41

Nárok na příspěvek na péči a povinnosti žadatele o příspěvek.....	45
Sociální šetření	47
Postavení pečujících v rodině.....	48
Kontrola využívání příspěvku	49
V. Sociální služby.....	52
Sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.....	53
Formy poskytování sociálních služeb	55
VI. Nutnost dalších změn ve financování sociálních služeb.....	59
Financování služeb obecně	59
Financování sociálních služeb v grafech.....	62
Plánované změny ve financování sociálních služeb	63
Základní principy změny ve financování sociálních služeb	65
a) klíčová role příspěvku na péči.....	65
b) mikroekonomické aspekty	66
c) makroekonomické aspekty	67
VII. Poskytovatelé sociálních služeb.....	68
Registrace sociálních služeb	68
Otázka kontroly neregistrovaných zařízení.....	69
Smlouva o poskytování sociálních služeb.....	69
Střet zájmů: klient/ uživatel vs. poskytovatel sociální služby.....	72
Standardy kvality sociálních služeb	73
Procedurální standardy kvality sociálních služeb (stručný popis).....	73
Personální standardy kvality sociálních služeb (stručný popis)	75
Provozní standardy kvality sociálních služeb (stručný popis).....	76
Inspekce kvality sociálních služeb	76

VIII.	Restriktivní opatření.....	79
	Historický vývoj.....	79
	Dodržování lidských práv v sociálních službách.....	81
	Z nálezů Ústavního soudu.....	82
	Jaká práva jsou ohrožena?	83
	Právo na osobní svobodu	83
	Postraní - jiný úhel pohledu	85
	Aktivní naslouchání	87
	Svoboda volby	88
	Právo na soukromí	88
	Právo na důstojné zacházení	90
	Právo na osobní a rodinný život	91
	Právo podávat stížnosti	92
	Šetrná sebeobrana.....	92
	Restriktivní opatření v mezinárodních dokumentech	102
IX.	Úloha sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách.....	106
	Syndrom vyhoření/ burnout syndrom	108
X.	Úloha nestátních organizací.....	111
XI.	Transformace sociálních služeb.....	117
	Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011 - 2016.....	117
	Nečekaný obrat.....	118
	Předpokládané organizační a kvalitativní změny.....	119
	Závěr	120
	Použitá literatura	122
	Internetové zdroje.....	124

Abstract v ČJ.....	126
Abstract.....	127
Přílohy.....	129

Seznam použitých zkratk:

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

NNO – Nestátní neziskové organizace

PP – Příspěvek na péči

Úvod

„Sociální stát je stát, v němž se v zákonech, ve vědomí a postojích lidí, v aktivitách institucí a v praktické politice prosazuje myšlenka, že sociální podmínky, v nichž lidé žijí, nejsou jen věcí jedinců či rodin, nýbrž i věcí veřejnou.“

Martin Potůček

Právní úprava sociálních služeb doznala v posledních letech radikálních změn. Cílem bylo nabídnout lidem, respektive potencionálním uživatelům sociálních služeb, co nejširší nabídku služeb k zajištění důstojného života. Jejich úkolem je poskytovat pomoc a podporu těm, kteří se dostali do nepříznivé sociální situace

K uživateli sociálních služeb bychom měli přistupovat jako k zákazníkovi, který si kupuje určitý produkt a může si vybírat z široké nabídky různých poskytovatelů sociálních služeb dle svého výběru. To mělo vyústit ve zvyšování kvality nabízených služeb a rozpoutat zdravý „boj“ o zákazníka. Současně měla nová koncepce zajistit návratnost peněz do systému sociálního zabezpečení a následně jejich opětovné využití v sociální oblasti. Právní úprava související se zákonem 108/2006 Sb. bohužel nezajistila návratnost peněz do systému sociálního zabezpečení a neumožňuje jejich opětovné využití v sociální oblasti.

Věc by měl vyřešit nový projekt „Individuální projekt MPSV - Podpora procesů v sociálních službách“ (2010 – 2015), respektive „Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011 - 2016“.

Cílem těchto navrhovaných úprav zákona o sociálních službách je především zvýšení efektivity a hospodárnosti systému sociálních služeb a dalších způsobů zajištění péče, tj. péče poskytované především fyzickými osobami, které nejsou registrovanými poskytovateli sociálních služeb.

Základním východiskem pro dosažení uvedeného cíle je jednoznačné posílení účelovosti finančních prostředků z veřejných rozpočtů (především státního rozpočtu)

určených k zajištění péče. Jedná se hlavně o příspěvek na péči a dále pak o opatření, která směřují ke zvýšení a stabilizaci participace dalších zdrojů nezbytných k zajištění péče.¹

Národní plán vzniká v souladu s § 96 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který ministerstvu ukládá povinnost zpracovávat střednědobý národní plán rozvoje sociálních služeb za účasti krajů, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou poskytovány sociální služby.

Při každé takto komplexní změně právní úpravy se určité problémy a nedokonalosti projevují až v praxi. Nejinak tomu bylo i u sociálních služeb, kdy, jak bylo již řečeno výše, návratnost finančních prostředků nedosáhla očekávané výše a došlo k odhalení výrazných nedostatků. A vyvstávají další a další otázky spojené s uváděním zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v život, které bych chtěla probrat v následujících kapitolách.

Ve své analýze se nebudu zabývat jen samotnými sociálními službami, zajímají mne i zvyšující se nároky na zaměstnance v sociálních službách, příspěvek na péči, zavedení povinného celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách, povinná registrace poskytovatelů sociálních služeb a obecně individuálnější přístup k člověku. Právě ten v dnešní přetechizované společnosti chybí snad nejvíce a je třeba podat pomocnou ruku, nikoliv jen tu virtuální, těm potřebným.

Je proto nutné, co nejlépe přizpůsobit nabízené produkty potřebám lidí, a tím zvýšit kvalitu života nejen jejich, ale i celé společnosti. Tu musíme chápat jako spojený řetěz. A ten je tak silný, jako jeho nejslabší článek.

V této práci se chci také zaměřit nejen na sociální služby obecně, ale zvláště na sociální služby z pohledu seniorů ve spojení s fenoménem moderní doby – stárnutím. Zvyšující se kvalita zdravotních služeb ve spojení s mnoha dalšími faktory způsobuje, že stoupá

¹ *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2010 [cit. 2011-01-15]. Podpora transformace sociálních služeb. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>

věk dožití a dramaticky se zvyšuje počet starých lidí. S tím souvisí právě nutnost změny systému sociálních služeb a jejich financování, které se pro stát stává neúnosným. Tyto změny se v našem post-komunistickém státě i po více než 20-ti letech od revoluce prosazují těžko. Lidé nebyli zvyklí nést sami odpovědnost za své zdraví a budoucnost. A právě samotnou podstatu tohoto smýšlení je nutné změnit. U mladé generace se setkáme s větším pochopením pro tato leckdy nepopulární opatření, ale pro občany, kteří prožili většinu života za minulého režimu, je to mnohdy zcela nepochopitelné.

Problémem souvisejícím se sociálním systémem a sociálními službami, mimo jiné, je i definice chudoby, což je kontroverzní téma. Ta může být buď absolutní - pod hranicí základních potřeb nebo relativní, vzhledem k průměru ve společnosti – např. méně než polovina průměrného příjmu. Strukturální změny, které doprovázejí sociálně ekonomický vývoj každé společnosti, vytvářejí ve společnosti vždy nové příležitosti, ale také nová rizika.

Zdravotní postižení, špatný zdravotní stav a stáří je identifikováno jako jedna z nejvýznamnějších příčin chudoby a sociálního vyloučení, stejně jako je doloženo, že lidé žijící v nižších sociálních vrstvách mají horší zdravotní stav.

Další rozvoj začleňujících opatření proto vyžaduje, aby v centru pozornosti byly převážně potřeby uživatelů.

I. Srovnání právní úpravy před účinností zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a po něm

Analýza stávajícího stavu

Právní úprava před účinností zákona č. 108/2006 Sb., která nastala 1.1.2007, byla oblast sociálních služeb upravena zákony, které byly přijaty na sklonku osmdesátých let minulého století, a to zákonem č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, zákonem č. 114/1988 Sb., o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení a jejich prováděcími vyhláškami. Vzhledem ke zcela odlišnému politickému prostředí, které zde vládlo v druhé půlce 20. Století, zde byl samozřejmě i rozdílný pohled na právní úpravu a systematiku sociálních služeb.

Nebyl zajištěn jednotný systém objektivního hodnocení potřeb osob, ty nebyly chráněny před tím, aby jejich individuální zájmy nebyly poškozovány ať již nesprávným postupem orgánů veřejné správy, nebo neodborným poskytováním sociálních služeb. Nebyly vyřešeny vzájemné vztahy a kompetence jednotlivých úrovní veřejné správy, které nesly odpovědnost za vytváření podmínek pro uspokojování potřeb osob, nebyl zakotven jednotný rozsah práv a povinností pro poskytovatele sociálních služeb, nebyly vytvořeny systémy dohledu nad kvalitou poskytovaných sociálních služeb a nebyly vůbec upraveny druhy služeb, které by se zaměřovaly na prevenci sociálního vyloučení osob nebo skupin osob.

Přijetí nového zákona o sociálních službách zásadním způsobem změnilo postavení klienta - uživatele služby, přístup k sociálním službám, jakožto i úlohu poskytovatele služby.

Došlo ke zrušení zvýšení důchodu pro bezmocnost, které se udělovalo ve třech stupních- částečná bezmocnost, převážná bezmocnost a úplná bezmocnost. Nový zákon toto řeší v Hlavě II, Přejídných ustanoveních. Aby nikdo nebyl v souvislosti s účinností nového zákona krácen na svých právech, a aby nedošlo k prodlevě s vyplácením finančních prostředků (nového příspěvku na péči) z důvodu nového

posuzování podmínek pro přidělení příspěvku na péči, bylo zvýšení důchodu pro bezmocnost tzv. překlopeno do nároku na příspěvek na péči a osoby mající nárok před 1. lednem 2006 na částečnou bezmocnost dostaly automaticky příspěvek na péči v I. stupni, osoby kterým náleželo zvýšení důchodu pro převážnou bezmocnost dostaly příspěvek na péči v II. stupni a osoby s důchodem zvýšeným o úplnou bezmocnost dostaly příspěvek na péči v III. stupni.

Další fakta týkající se zavedení zákona č. 108/2006 Sb.

Dítě, které ke dni 1.1.2007 bylo považováno za dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči, se od účinnosti zákona o sociálních službách považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni III (těžká závislost).

Dále byl od 1.1.2007 zrušen příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu, poskytovaný stejně jako zvýšení důchodu o bezmocnost, podle zákona č. 100/1988 Sb. o sociálním zabezpečení. Tento příspěvek byl přidělován osobám pečujícím o bezmocnou osobu nebo o dítě dlouhodobě těžce zdravotně postižené vyžadující mimořádnou péči. Výplata této dávky, která byla osobě přiznána před 1.1.2007 byla zastavena v kalendářním měsíci, od kterého náležel osobě příspěvek na péči.

Obě tyto dávky, tedy zvýšení důchodu o bezmocnost a příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu byly transformovány do příspěvku na péči.

Kromě příspěvku na péči jsou podstatným zdrojem dávek pro osoby se zdravotním postižením ty, které jsou obsaženy ve vyhlášce č. 182/1991 Sb. Jedná se o:

- příspěvek na individuální dopravu
- příspěvek na provoz motorového vozidla
- příspěvek na zakoupení / celkovou opravu motorového vozidla
- příspěvek na zvláštní úpravu motorového vozidla
- příspěvek osobám nevidomým (na krmivo pro vodícího psa)
- příspěvek na užívání bezbariérového bytu a garáže

- příspěvek na úpravu bytu
- příspěvek na opatření zvláštních pomůcek

Vyhláška je dnes na pokraji ústavnosti, zastaralá jak obsahově tak i morálně, bez možnosti dalšího rozvoje. Řešením je agregace dávek a náhrada vyhlášky zákonem.

Zásadní změnou, kterou přinesl zákon o sociálních službách, je změna charakteru právního úkonu, na základě kterého je poskytována sociální služba. Podle dříve platné právní úpravy bylo o poskytování sociální služby vedeno správní řízení příslušným správním úřadem a v jeho závěru vydáno správní rozhodnutí.

Zákon o sociálních službách nově upravil poskytování sociálních služeb na základě smluvního principu mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb. Smlouva o poskytnutí sociálních služeb podle §91 zákona o sociálních službách je občanskoprávní smlouvou podle §51 Občanského zákoníku. Jde o tzv. nepojmenovanou smlouvu.

Právě nutnost uzavírání smlouvy se zpočátku potýkala s problémy. Pro některé, jak příjemce, tak poskytovatele sociálních služeb, bylo (a pro některé stále je) obtížně pochopitelné, že je nutno si každou službu zakoupit, že nelze již s příspěvkem na péči zacházet jako se zvýšením důchodu, ale že je opravdu určen na zakoupení sociálních služeb a co si klienti nezaplatí, to jim nebude poskytnuto.

Kupodivu i někteří poskytovatelé sociálních služeb, kteří by o nové právní úpravě měli být nejlépe informováni, se dlouho potýkali s výkladovými problémy. Mohli jsme se setkat s nabídkami poskytovatelů sociálních služeb nabízející „zvýhodněné balíčky služeb“, které ovšem někdy obsahovaly například i slevu na elektřinu. Což je samozřejmě nepřijatelné, protože úhradu těchto služeb (elektřina, plyn) nelze platit z příspěvku na péči už ze samé jeho podstaty.

Pro poskytovatele sociálních služeb byl zaveden systém registrace u krajských úřadů, bez které není možné sociální služby provozovat. Na rozhodnutí o registraci je právní nárok. Pokud jsou splněny stanovené podmínky, musí být rozhodnutí o registraci vydáno.

Kontrolu plnění podmínek stanovených pro registraci provádí registrující orgán, který poskytovatelům sociálních služeb vydal rozhodnutí o registraci. Do 1. srpna 2009 byla kontrola registračních podmínek předmětem inspekce poskytování sociálních služeb, ale dosavadní praxe ukázala, že je vhodnější, aby kontrolu aktuálnosti dokumentace sociální služby prováděl registrující orgán, kterému jsou údaje a doklady předkládány pro rozhodování o registraci a který je včetně všech změn uchovává a elektronicky spravuje.

Před účinností zákona č. 108/2006 Sb. nebyly vytvořeny podmínky k zavedení transparentní informační základny o síti sociálních služeb a činnostech, které nabízejí, což se se zavedením registračního principu výrazně zlepšilo.

Registr poskytovatelů sociálních služeb tvoří aktuální seznam všech poskytovatelů sociálních služeb na území České republiky. Díky němu lze nyní získat ucelené informace o jednotlivých poskytovatelích, o druzích sociálních služeb, jejich územní dostupnosti a o výsledku Inspekci kvality v sociálních službách (IQSS).

Hlavním cílem nové právní úpravy bylo tedy vytvoření podmínek pro uspokojování oprávněných potřeb osob, které jsou oslabeny v jejich prosazování. Zákon vychází z obecného principu solidarity ve společnosti a současně podporuje princip rovných příležitostí pro všechny členy společnosti.

Nepojistné systémy v České republice

Nepojistné sociální systémy v České republice usilují o přiměřené vyrovnání rozdílů v sociální situaci a postavení jednotlivců i skupin, které vznikají v důsledku rozdílné úspěšnosti lidí na trhu práce, v důsledku rozdílných schopností lidí, jako důsledek různých handicapů. Kriteériem přiměřenosti vyrovnání těchto rozdílů je zabezpečení takových minimálních podmínek života, které jsou v konkrétním civilizačním prostředí považovány ještě za přijatelné, a které umožní trvale udržitelnou sociální soudržnost, tj. nebudou vést k sociálnímu napětí a konfliktům. V rámci České republiky jsou za nepojistné sociální systémy považovány:

- pasivní politika zaměstnanosti

- státní sociální podpora
- příspěvek na péči
- dávky sociální péče z titulu zdravotního postižení
- pomoc v hmotné nouzi

System pasivní politiky zaměstnanosti, státní sociální podpory, příspěvku na péči a dávek sociální péče z titulu zdravotního postižení spolu se sociální prací tvoří stupeň prevence před propadem velkých skupin občanů do chudoby. System pomoci v hmotné nouzi je poslední stupeň sociální ochrany, který tento propad přímo řeší. Dávky pomoci v hmotné nouzi mají zavedeny přísnější podmínky nároku a testování než dávky státní sociální podpory nebo podpora v nezaměstnanosti. V systému dávek pomoci v hmotné nouzi jsou vedle výše příjmu a sociální situace zkoumány i majetkové poměry a snaha řešit situaci vlastním přičiněním žadatele a jeho širší rodiny.

Navrhují se určitá zpřísnění při posuzování situace hmotné nouze osoby na straně jedné a zjednodušení řízení o dávkách pomoci v hmotné nouzi na straně druhé včetně přenesení rozhodovacích kompetencí pod jeden správní orgán. Stále komplikovanější situace osob, které se ocitají ve stavu hmotné nouze, vyžaduje profesionální sociální práci s využitím všech vhodných a osobou v hmotné nouzi akceptovatelných metod a postupů, a proto se v návrhu novely zákona o pomoci v hmotné nouzi klade důraz na sociální práci.

System pomoci v hmotné nouzi navazuje na jednotlivé sociální dávkové systémy (zaměstnanost, pojištění, podpora) a tvoří poslední záchrannou sociální síť osobám, které se ocitají bez prostředků k zabezpečení svých základních životních potřeb. Do uvedené situace se dostávají z objektivních důvodů (např. ztrátou zaměstnání, změnou zdravotního stavu) i z důvodů subjektivních (volbou nevhodného životního stylu, závislostí na návykových látkách apod.). Po počátečním značném poklesu příjemců dávek pomoci v hmotné nouzi oproti příjemcům předchozího systému dávek vázaných na sociální potřebnost, dochází opět k jejich postupnému nárůstu, a to nejenom z důvodu dopadů ekonomické krize, ale i proto, že se řada občanů naučila určité výhody zákona o pomoci v hmotné nouzi využívat.

Stále komplikovanější situace osob, které se ocitají ve stavu hmotné nouze, vyžaduje profesionální sociální práci s využitím všech vhodných a osobou v hmotné nouzi akceptovatelných metod a postupů. Sociální pracovníci na tomto úseku však v současné době potřebnou odbornou pomoc nemohou v plném rozsahu zabezpečovat, popřípadě se jejich pomoc soustřeďuje jen na sociální šetření a zjišťování příčin jejich nepříznivé sociální situace.

II. Exkurz do historie

Období před vznikem samostatného Československa

Až do vzniku samostatného Československa byl pro vývoj právních systémů sociální ochrany určujícím faktorem právní vývoj v Rakousku-Uhersku. Právě na rakousko-uherském území za vlády Marie Terezie a Josefa II. došlo ke vzniku moderního sociálního zákonodárství. Císařskými dekrety byly vydány tzv. penzijní normály, které upravovaly státní zaopatření poskytované především vojákům a státním úředníkům. Celý vývoj, jakožto reakce na vznikající tržní vztahy, začal v oblasti chudinské péče. Hlavní zásadou, která byla uplatněna v právní úpravě veřejné chudinské péče byla ta, že o své příslušníky je povinna pečovat domovská obec. Obecní zákon č. 18/1849 ř.z. zakotvující tuto povinnost byl proveden zvláštním zákonem o chudinské péči č. 105/1883 ř. z.

Zákoník zemský království Českého, ročník 1882, výňatek:

Vyhlášení c. kr. místodržitele pro Čechy ze dne 31. Května 1882, číslo 34484,

....., z nichž choromyslní přikazují se do zemského ústavu pro choromyslné v Praze a že přidělen byl k obvodu okresův těch, z nichž choromyslní běrou se do zemského ústavu pro choromyslné v Dobřanech.....

Vyhlášení c. kr. místodržitele pro Čechy ze dne 12. září 1882, číslo 58975,

O tom, že tajné oddělení při české porodnici zemské přeměněno bylo v oddělení platebné.....

.....aneb před projitím šestileté normální doby ošetřování dítěte v nalezinci nepřevzala, budiž dítě, jakmile v péči ústavu nalezenců dokoná šestý rok věku svého, neprodleně odevzdáno domovské obci matčině.....²

² Zákoník zemský království Českého, 1882

Moderní systém sociálního pojištění zavedl v Rakousku-Uhersku svými reformami E. Taafe. Po vzoru Německa chtěl zavést povinný systém sociálního pojištění pro nejvíce sociálně ohrožené skupiny obyvatelstva, které představovaly hrozbu pro společenskou stabilitu. Roku 1888 bylo z důvodu častých vážných pracovních úrazů zavedeno úrazové pojištění. Současně s ním vzniklo i pojištění nemocenské. Nemocenské a úrazové pojištění pro dělníky bylo upraveno zvláštním zákonem č. 127/1889 ř.z., o bratrských pokladnách. Jinak tomu bylo u penzijního pojištění, které bylo určeno jen pro nedělnické profese a jen pro ty zvláště zákonem určené. V této nelehké době byl důraz v oblasti sociálního pojištění položen na řešení nemocí a úrazů kvůli již výše zmiňovaným pracovním úrazům, které souvisely se zaváděním strojů do výroby. Došlo také k zakotvení ochrany některých pracovních podmínek a k rozvoji koaličních svobod (např. byly povoleny za určitých podmínek stávky).³

Období po roce 1918

Vznik samostatného Československa v roce 1918 přinesl mimo jiné nutnost sjednocení dosud roztržštěných samostatně stojících systému sociálního pojištění a rozšíření jeho osobního rozsahu tak, aby byla pojištěním pokryta větší část obyvatelstva. Tuto očekávanou reformu s sebou přinesl zákon č. 221/1924 Sb. z. a n., o pojištění zaměstnanců pro případ nemoci, invalidity a stáří. Hlavním jeho přínosem bylo spojení nemocenského a důchodového pojištění do jednoho právního předpisu a zpřístupnění tohoto systému široké veřejnosti. Mimo tento zákon zůstala stát úprava zvláštního pojištění pro veřejné zaměstnance a nemocenské pojištění pro státní zaměstnance zavedené zákonem č. 221/1925 Sb. z. a n., o nemocenském pojištění veřejných zaměstnanců. Dalším zvláštním předpisem byl zákon č. 26/1929 Sb. z. a n., o pensijním pojištění soukromých zaměstnanců ve vyšších službách. Naproti tomu úprava chudinské péče byla v podstatě beze zbytku převzata z rakouského právního systému.⁴

³ KOLDINSKÁ, Kristina . *Sociální právo*. první vydání. Praha : C.H.Beck, 2007. 191 s

⁴ KOLDINSKÁ, Kristina . *Sociální právo*. první vydání. Praha : C.H.Beck, 2007. 191 s

Období po 2. světové válce

Po druhé světové válce, 20 let po přijetí přelomového zákona č. 221/1924 Sb. z. a n. se začalo pracovat na novém dokonalejším systému, který by byl lépe použitelný v poválečných podmínkách. Největší inspirací se nám stala Anglie, kde za války pobývala část českého exilu a mohla tak zblízka vidět zavádění britského Národního pojištění, navrženého Sirem Beveridgem. Z této snahy české inteligence vznikl na tehdejší dobu velmi pokrokový zákon č. 99/1948 Sb. z. a n., jehož hlavním přínosem bylo úplné sjednocení právní úpravy sociálního pojištění. Bohužel se ale tento zákon stal na dlouhou řadu let i posledním demokratickým zákonem v Československu v oblasti sociální ochrany. Po únoru 1948 se ve všech odvětvích práva odrazil vliv Sovětského svazu.

Podle sovětského vzoru došlo k oddělení sociálního zabezpečení od nemocenského pojištění a sociální zabezpečení bylo upraveno zákonem č. 55/1956 Sb., o sociálním zabezpečení. Přijetím tohoto zákona došlo fakticky ke zrušení systému sociálního pojištění a veškeré dávky byly financovány ze státního rozpočtu. Tento zákon zároveň zrušil dosavadní chudinskou péči a nahradil ji sociální péčí, kterou převedl na stát a jeho orgány. Nemocenské pojištění upravoval zákon č. 54/1956 Sb., o nemocenském pojištění zaměstnanců, na základě kterého byla povinně poskytována všeobecná bezplatná zdravotní péče. Pravidla pro poskytování zdravotní péče byla upravena zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, který byl základní právní normou až do konce 90. let minulého století a je dodnes v platnosti.⁵

Období po roce 1989

S pádem režimu v roce 1989 došlo k celospolečenským změnám. Ty s sebou přinesly i nutnost sociální reformy, na které se okamžitě začalo pracovat a měla přinést transformaci sociální ochrany v moderní, pružný a fungující sociální systém. Na začátku 90. let byla prostřednictvím několika zákonů vytvořena tzv. záchranná sociální síť, která měla zmírnit dopady nutných ekonomických změn na sociální situaci obyvatelstva a

⁵ KOLDINSKÁ, Kristina . *Sociální právo*. první vydání. Praha : C.H.Beck, 2007. 191 s

zabránit masovému propadu populace do chudoby. Zcela nově byl vytvořen systém Všeobecného zdravotního pojištění. K další vlně změn došlo v polovině 90. let přijetím zákona č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, který upravil nový systém důchodového pojištění a nahradil tím stávající systém důchodového zabezpečení. Ten byl doplněn ještě doplňkovým důchodovým systémem upraveným zákonem č. 47/1994 Sb., o penzijním připojištění se státním příspěvkem. V roce 1995 byl rovněž zaveden systém státní sociální podpory.

K další významnější vlně reforem v oblasti sociální ochrany došlo až v roce 2006, kdy byl přijat zákon o sociálních službách, zákon o pomoci v hmotné nouzi, zákon o úrazovém pojištění, zákon o nemocenském pojištění a zákoník práce.⁶

Rok 2011 a vize do budoucnosti

Je třeba vytvořit podmínky pro odpovídající participaci státního rozpočtu, územních rozpočtů a soukromých zdrojů fyzických osob na financování poskytované péče prostřednictvím registrovaných sociálních služeb. Proto se navrhuje

- zavést princip možnosti poskytnutí státní účelové dotace za podmínky povinné spoluúčasti územních rozpočtů.
- změna podmínek úhrady za poskytnuté „hotelové služby“ v pobytových zařízeních služeb a sociální péče.
- rozvolnění podmínek, aby klientům residenčních zařízení zůstal 15% podíl z jeho příjmů
- problém nemajetných klientů residenčních služeb řešit ve vazbě na systém hmotné nouze.

Transformace sociálních služeb v ČR – přehled

1989

Proces deinstitucionalizace sociálních služeb pro lidi se zdravotním postižením začal postupně jako reakce na celospolečenské dění. Jeho nositeli byly zejména nově

⁶ KOLDINSKÁ, Kristina . *Sociální právo*. první vydání. Praha : C.H.Beck, 2007. 191 s

vznikající nestátní neziskové organizace, které často zakládali rodiče postižených dětí, kteří si neuměli představit, že by svoje dítě umístili za zdi některého ústavního zařízení. Průkopníkem bylo zařízení Horní Poustevna, které začalo prosazovat jiný pohled na člověka v ústavní péči a jako jediná příspěvková organizace v této době se přeměnilo z ústavu na služby poskytované v přirozeném prostředí klienta.

2007

Procesu dala na celostátní úrovni rámeček Koncepte podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb poskytované v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti.

2009

Záměry koncepce uvedl do praxe projekt Podpora transformace sociálních služeb, který je financovaný z Evropského sociálního fondu, Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a je na něj alokováno 136 250 000 Kč.

Projekt zahrnuje řadu aktivit, do jejichž realizace jsou zapojeny resorty státní správy, samosprávy a další aktéři. Při jeho podpoře MPSV dlouhodobě koncepčně spolupracuje s organizací Lumos (dříve Children's High Level Group), která má praktické zkušenosti s deinstitucionalizací z mnoha zemí Evropy. V oblasti právního postavení uživatelů sociálních služeb MPSV spolupracuje s Ligou lidských práv a se zástupci kanceláře Veřejného ochránce práv.

V září byla vyhlášena veřejná zakázka Zajištění přípravné fáze pilotního ověřování transformace. Jejím cílem bylo zajištění podpory ve vybraných zařízeních sociálních služeb prostřednictvím pracovníků dodavatele, kteří působili přímo ve čtyřech zařízeních – Domov pod Kuňkou Ráby, Ústav sociální péče Jinošov, Domov sociálních služeb Slatiňany, Bellevue, poskytovatel sociálních služeb. Přípravná fáze pilotního ověřování byla zaměřena na nastartování některých aktivit procesu transformace ve výše uvedených zařízeních ještě před započítím činnosti Národního centra podpory transformace sociálních služeb.

V listopadu byl zveřejněn dokument Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče, jehož cílem je nastavení jasného rámce transformace vybraných zařízení služeb sociální péče na základě individuálně

určených potřeb uživatelů. Tento doporučený postup je pro zařízení, která jsou zapojena do projektu a čerpání investičních prostředků z Integrovaného operačního programu, závazný.

2009 – 2010

V jednotlivých krajích vznikly regionální transformační týmy zodpovědné za proces transformace v regionu. Ve vybraných zařízeních sociálních služeb byly vytvořeny tzv. multidisciplinární transformační týmy zodpovědné za proces transformace vybraného zařízení. V některých zařízeních započal proces hodnocení potřeb uživatelů a příprava tvorby transformačního plánu, na jehož základě budou poskytnuty investiční prostředky a realizován proces deinstitutionalizace vybraného zařízení.

2010

Vznikl resortní tým MPSV, který se napříč jednotlivými odbory a oblastmi sociálních věcí (kvalita sociálních služeb, jejich dostupnost, oblast sociálních dávek, ucelená rehabilitace, rodinná politika apod.) věnuje problematice transformace a deinstitutionalizace sociálních služeb. Vznikla také monitorovací skupina projektu Podpora transformace sociálních služeb a zároveň byla započata její činnost za účasti zástupců státní správy, samosprávy a vybraných odborníků z oblasti sociálních služeb.

Současnost

Do této chvíle bylo zpracováno šest transformačních plánů vybraných zařízení – ÚSP Jinošov, DOZP Slatiňany, DOZP Stod, DOZP Hliňany, ÚSP Lobendava, ÚSP Marianum, které budou následně investičně podpořeny v rámci čerpání IOP.

K problematice podpory procesu transformace sociálních služeb probíhá příprava globálního grantu z Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost.

Dne 1. 11. 2010 zahájilo činnost Národní centrum podpory transformace, které je dodavatelsky zajištěno na základě smlouvy uzavřené mezi MPSV a společností 3P Consulting, s. r. o. Subdodavateli a realizátory dílčích aktivit budou Hestia, o. s., pro oblast supervize, Vzdělávací centrum pro veřejnou správu ČR, o. p. s., pro oblast

vzdělávání, Quip – Společnost pro změnu pro oblast dílčích analýz a API – Akademie produktivity a inovací, s. r. o., pro tvorbu systémových nástrojů procesu transformace.⁷

⁷ *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. 2010 [cit. 2011-02-03]. Transformace sociálních služeb v ČR má za sebou dlouhý vývoj. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9858>

III. Stárnutí jako fenomén moderní doby

"To, co způsobuje stárnutí, není věk, ale opuštění ideálů."

Světlá

Pojem stárnutí

Stáří, stárnutí, zvyšující se průměrný věk - pojmy, které jsou v dnešní době skloňovány snad ve všech pádech. Příčina je jednoduchá. Díky stále se zlepšující zdravotní péči, čistějšímu životnímu prostředí a obecně odpovědnějšímu přístupu ke zdraví a lidskému životu dochází k jevu, který v historii nemá obdoby. Zvyšuje se počet starých lidí a v kombinaci s nižší porodností se demografický vývoj znázorněný například v grafu již nebude podobat pyramidě, kdy největší zastoupení v populaci a základnu této pyramidy tvoří děti a mladí lidé a se zvyšujícím se věkem se počet lidí v populaci snižuje, ale dochází k vyrovnání. Podle nynějších předpokladů, by v roce 2050 demografický vývoj měl vypadat spíše jako obdélník s malou špičkou na vrcholu. S tím souvisí nutnost změn, abychom tento trend ustáli nejen finančně, ale abychom byli schopni zajistit dostatečnou péči všem, kteří to budou potřebovat.

Je nutné si uvědomit, že vyšší věk není sám o sobě důvodem zvýšené potřeby péče. Potřeba této péče se objevuje až v mimořádných situacích způsobených sociálními či zdravotními faktory.⁸ Stáří s sebou přináší řadu změn tělesných, psychických i sociálních. Tělesné změny se projevují změnou vzhledu, úbytkem svalové hmoty, změnami termoregulace, změnami činností smyslů, degenerativními změnami kloubů či změnami trávicího systému. Mezi psychické změny/ kognitivní poruchy lze zařadit zhoršení paměti, obtížnější osvojování nového, nedůvěřivost, sníženou sebedůvěru, emoční labilitu, změny vnímání a zhoršení úsudku. Sociálními změnami spojenými se

⁸ MATOUŠEK, Oldřich ; KOLÁČKOVÁ, Jana; KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. první vydání. Praha : Portál, 2005. 352 s.

stáří jsou odchod do důchodu, změna životního stylu, stěhování, ztráta blízkých lidí, osamělost či finanční potíže.⁹

Stáří je sice obdobím života, kdy dochází k úbytku fyzických sil a duševních schopností z důvodu opotřebování organismu během života, ale není nevyhnutelným důvodem k čerpání například příspěvku na péči. Jeho prožívání je velmi individuální záležitost a nelze pominout, že k úbytku pracovní schopnosti a ke zvýšené potřebě služeb a zdravotní péče dochází u každého člověka ve zcela odlišném věku. Nelze generalizovat, od kdy nastupuje takzvané opravdové stáří a je nutné brát každého jedince jako individualitu se specifickými potřebami.

Stáří není nemoc, kterou lze vyléčit. Je nutné ho přijmout, už jen z toho důvodu, že postihne každého a jak již bylo zmíněno výše, budeme se s ním v běžné realitě setkávat stále více. V dnešní době může být totiž stáří jako životní období velmi dlouhé.¹⁰

Práce se staršími lidmi přináší určité problémy a kritické momenty. Za prvé nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací, k jejich průniku by mělo docházet jak ve zdravotnických zařízeních, tak v sociálních službách. Proto je žádoucí, aby oba typy služeb byly poskytovány souběžně. Za druhé sociální změny představují pro seniora zvýšenou zátěž a riziko z hlediska jeho zdraví. Náročné jsou především změny přinášející zprerhání sociálních vztahů- odchod do důchodu, změna bydliště, odchod do ústavní péče nebo smrt blízkého člověka. Zde proto hraje zásadní roli sociální pracovník, který pomáhá klientovi adaptovat se na změnu, případně se integrovat do nové sociální sítě. Za třetí sociální práce se seniory musí být prováděna kvalitně i v případě, že klient má závažný problém s komunikací v důsledku svého zdravotního postižení. Sociální pracovník musí mít proto dobře rozvinuté dovednosti potřebné k navázání kontaktu a k rozpoznání potřeb těchto lidí.¹¹

⁹ VENGLÁŘOVÁ, M.: *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 96 s

¹⁰ DÖRNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha : Grada Publishing a. s., 1999. 356 s.

¹¹ MATOUŠEK, Oldřich ; KOLÁČKOVÁ, Jana; KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. první vydání. Praha : Portál, 2005. 352 s.

Například výběr vhodných aktivit pro seniory má nemalý význam. Obzvláště pokud je senior umístěn v některém ze zařízení sociálních služeb. Je třeba dbát na to, aby se nestal jen pasivním uživatelem služby, ale podporovat ho a umožnit mu žít i nadále způsobem života, na který byl zvyklý, věnoval se svým koníčkům, pokračoval v aktivitách, které mu přinášely radost a uspokojení. Péče o seniory neznamena jen ošetrovatelství, které se zaměřuje především na péči o vlastní osobu a soběstačnost, ale je třeba péči zaměřit i na stránku duševní, protože podobně jako fyzická stránka se mění i tato stránka osobnosti. Aktivity a smysluplné trávení volného času pozitivně ovlivňují kvalitu života a měly by navazovat na dřívější návyky, posilovat sociální kontakty a podporovat pocit vlastní hodnoty. Cílem je zbavit je úzkosti, osamělosti, strachu a posilovat sebevědomí.

Mít nějaké zájmy, to je pro staršího člověka zásadní, stejně jako pocit, že může někde pomoci, že může být užitečný.

V současné době se problematikou stárnutí a stáří zabývá řada oborů a vědních disciplín jako jsou geriatric, gerontologie či gerontopedagogika.

Právo na důstojné stáří

Realizace základních lidských práv je základní podmínkou správné aplikace předpisů sociálního práva. A vlastně celý koncept sociálních práv, který byl vytvářen v druhé polovině 20. století, vychází z práva na důstojnost. Požadavek na zachování lidské důstojnosti lze vnímat jako určující faktor sociálního práva. Listina základních lidských práv a svobod České republiky zakotvuje důstojnost a právo na ni hned v článku 1., kde říká, že lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i právech. Dále je otázka důstojnosti zakotvena v článku 10 Listiny, který říká, že každý má právo, aby byla zachována jeho důstojnost.¹²

Zachování důstojnosti člověka je základní podmínkou efektivního řešení každého problému, a to nejen v sociální oblasti. Její respektování je jednou z nejdůležitějších součástí péče o seniory. V současné moderní společnosti, kde hlavní devizou je mládí,

¹² KOLDINSKÁ, Kristina . *Sociální právo*. první vydání. Praha : C.H.Beck, 2007. 191 s

je význam úcty k člověku, k moudrosti stáří značně snižován a potlačován. V praxi, zejména v ústavní péči, se můžeme setkat s případy, kdy dochází k odosobnění a s člověkem je zacházeno jako s věcí a stává se jen anonymním číslem statistiky. Proti tomuto musíme bojovat neustálým vzděláváním všech pracovníků v sociálních službách a zdůrazňováním úcty člověka k člověku.

Ageismus

Pojem ageismus byl poprvé použit americkým psychiatrem Robertem Butlerem roku 1968 v článku Washington Post v souvislosti se segregací bytovou politikou. V roce 1975 Butler ve své knize „Why Survive? Being Old in America“ pojem rozpracovává a v roce 1979 byl „ageism“ poprvé zahrnut do slovníku „The American Heritage Dictionary of the English Language“.

Původní a pravděpodobně nejrozšířenější definice ageismu říká, že se jedná o stereotypizování a diskriminaci lidí pro jejich stáří. Pojem bývá někdy opisován synonymem „věková diskriminace“ nebo „diskriminace na základě věku“.¹³ Jeho první česká sociologická definice zní: „Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“¹⁴

Jak již bylo vysvětleno, je ageismus zjednodušeně řečeno diskriminace z důvodu věku. Pro samotné stáří existuje na 300 definic, víme však, že ho nelze definovat chronologicky, protože rozdíly ve fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedinců stejného chronologického stáří jsou značné. V předchozích kapitolách bylo několikrát zdůrazněno, že počet starých lidí se bude neustále zvyšovat. Paradoxem ovšem je, že navzdory přibývání jejich počtu neroste jejich vliv na společnost, ale naopak pomyslné

¹³ *Ageismus* [online]. 2010 [cit. 2011-02-22]. O ageismu. Dostupné z WWW: <http://www.ageismus.cz>

¹⁴ Vidovičová, L. 2005 *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, str. 5

žezlo přebral kult mládí a narůstá nesnášenlivost a odmítání starších lidí. Pokud jsou staří lidé v médiích zobrazováni, bývají upravováni, aby vypadali mladší a sympatie mají ti senioři, kteří žijí mladistvým stylem života. Lidé již kolem 50 let věku mají problém získat zaměstnání, a nebo se v něm udržet. Přibývá sociálně vyčleněných a diskriminovaných seniorů, jsou porušována jejich lidská práva a důstojnost.

Koluje celá řada mýtů, že starý člověk je starý, pomalý a je cítit potem a močí. Takto ale nelze generalizovat a tyto samé jevy se mohou vyskytovat i u mladých lidí, byť pravděpodobně v omezenější míře. Životní styl a způsob života totiž závisí více na zcela jiných okolnostech, než je biologický věk. Pokles podílu mladých lidí a celkový pokles obyvatelstva je viděn jako nežádoucí a nezanedbatelná část lidí vidí seniory jako překážku vývoje, společenskou přítěž a nevýkonného absorbenta ekonomických zdrojů.

Zdroje ageismu mohou být

- individuální
- sociálně podmíněné
- kulturně podmíněné

Mezi individuální zdroje můžeme zařadit strach ze smrti, gerontofobii, neinformovanost, frustraci či agresi. Za zdroje sociálně podmíněné považujeme modernizační teorie, dominantní hodnoty, urbanizaci či demografickou paniku. Kulturně podmíněnými zdroji ageismu jsou hodnotové systémy, jazyk (pohrdavá oslovení pro osoby vyššího věku), mediální kultura (otázka kvantity a kvality reprezentace seniorů v médiích), humor, umění i literatura.

Na zákaz diskriminace z důvodu věku je kladen důraz i v mezinárodních dokumentech. Charta základních práv EU ve svém článku 21 říká, že jakákoliv diskriminace na základě jako je pohlaví, rasa, barva pleti, etnický nebo sociální původ, genetické

predispozice, jazyk, náboženství nebo víra, politický nebo jakýkoliv jiný názor, členství v národní minoritě, majetek, narození, věk nebo sexuální orientace musí být zakázána.¹⁵

Je nutné si uvědomit, že ageismus je nelegální!

Týrání a zneužívání seniorů

První zprávy o týrání seniorů se objevují již v 70. letech minulého století ve Velké Británii. Systematicky sledovaným a studovaným tématem se násilí vůči seniorům stalo však teprve v posledních cca 20 letech, přičemž první zásadnější práce vyšly z anglosaského prostředí, zejména ze Spojených států a Velké Británie. V roce 1980 proběhlo slyšení o tomto problému v USA ve Sněmovně reprezentantů pod názvem *Elder Abuse: An Examination of a Hidden Problem* a tato problematika se počátkem 90. let promítla do veřejné a sociální politiky Spojených států.

Tento jev představuje závažný sociální problém. Můžeme se ptát, proč byl tak dlouho tabu či procházel bez povšimnutí odbornou veřejností.

Dle autorů souhrnné monografie o elder abuse se tento koncept mohl objevit až ve chvíli, kdy společnost začala nahlížet na dodržení jistých standardů péče pro seniory jako na důležité a kdy se začal rozvíjet koncept práv seniorů. Dalšími faktory byly přijetí problému s tím, jak se oslabovala úloha tradičních rodinných sítí a jak se změnila charakteristika samotných seniorů a podmínky jejich života (samostatné bydlení, rozvoj služeb domácí péče). Tyto podmínky začala západní společnost splňovat zhruba od poloviny 60. let minulého století, u nás se tento vývoj poněkud opožďoval.

Není snadné dospět k všezahrnující definici EAN (elder abuse and neglect). Jedna definice definuje elder abuse jako „stav utrpení, které si způsobuje osoba sama či které jí způsobuje jiná osoba, které není nutné pro zachování kvality života seniora“. Dle další často užívané pracovní definice je týrání a zneužívání starých lidí „jednotlivý nebo opakovaný čin nebo chybění přiměřené činnosti, který poškozují seniory, nebo jim

¹⁵ HABART, Pavel. *Týrání a zanedbávání seniorů v zařízeních ústavní péče v České republice* [online]. 2007 [cit. 2008-09-27]. Dostupné z WWW: <<http://www.cspv.cz/dokumenty/kongres2006/HP%2013/Pavel%20Habart.pdf>>.

způsobuje utrpení, a k němuž dochází v jakémkoli vztahu, v němž se předpokládá důvěra“.

Pokud jde o institucionální zařízení, můžeme rozlišit tři kategorie týrání v těchto zařízeních:

- abusivní chování (např. bití, strkání apod.)
- abusivní praktiky (násilné krmení, omezování, nadměrná medikace, zanedbávání) a abusivní postoje (ponižování, přehlížení a zanedbávání, neposkytování soukromí atd.).

V minulosti bylo možno vysledovat v českých ústavních zařízeních abusivní akty a praktiky jako je fyzické týrání (bránění seniorům ve volném pohybu- zamykání, přivazování na klozetové židle, omezování), hmotné zneužívání (krádeže finančních prostředků, ztráty prádla a oblečení seniorů při praní), hmotné zneužívání příbuznými (odevzdávání důchodu), psychické týrání (bránění vstupu dobrovolníků s dlouholetými vazbami na konkrétní seniory do zařízení a z toho vyplývající psychické utrpení seniorů či omezování vycházek).

Častým jevem byl výskyt proleženin, dehydratace a podvýživa obyvatel domova důchodců, nekvalitní strava, nedostatečné a nesprávné podávání potravy a tekutin u nepohyblivých uživatelů služeb. V některých případech bylo nesnadné rozlišit mezi aktivním a pasivním zanedbáváním.

Mezi faktory zvyšující pravděpodobnost špatného chování vůči seniorům patří špatný zdravotní stav, poruchy kognitivních a komunikačních funkcí. Rizikovým faktorem je tady chronická choroba, která ovlivňuje intelekt, hybnost a další fungování organismu seniora, může vyvolat problematické chování, postižení smyslů, řeči, výrazné změny osobnosti. Vše výše vyjmenované vede k obtížnějšímu dorozumívání se seniorem a ke zvyšování hrozby zneužívání, zanedbávání a týrání. Senioři se často brání pomoci, jelikož si nechtějí připustit svou vlastní nesoběstačnost. Péči o seniory komplikuje i

příliš vysoká nebo příliš nízká očekávání seniorů od svých blízkých, dětí, komunity, od společnosti, v níž žijí.¹⁶

Pomoc mohou senioři nalézt jak u odborníků jako jsou lékaři, zdravotníci, pracovníci v sociálních službách, výzkumní pracovníci či právníci, ale i u novinářů nebo politiků. Nejzásadnější je být vnímavý ke svému okolí, nepodléhat lhostejnosti ke které svádí moderní styl života.

¹⁶ SÝKOROVÁ, K. *Syndrom EAN. Jeho koncepce; formy, rizikové faktory a sociální kontext problému týrání seniorů.*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 89 - 100 s.

IV. Příspěvek na péči

Definice příspěvku na péči, stupně závislosti

Příspěvek na péči je státní dávkou poskytovanou fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci, které jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby. Jeho pojetí odpovídá koncepci „dotace na hlavu“, jejíž hlavním cílem je poskytnout osobě, která potřebuje pomoci při zvládnání běžných životních úkonů, finanční příspěvek z veřejného rozpočtu a bude pak na volbě příjemce sociální služby, jak tento příspěvek použije, a které sociální služby si za něj zakoupí.¹⁷

Jak již bylo řečeno výše, je příspěvek na péči koncipován jako tzv. „dotace na hlavu“. Proto bude na místě zmínit zde srovnání s dřívější dotací na lůžko. Dotace na lůžko byla stanovená určitá suma peněz, kterou obdržel ústav sociální péče či domov důchodců, jejichž zřizovatelem a provozovatelem byla obec, na zajištění služeb a veškerých potřeb klienta umístěného v zařízení. Výše dotace na jedno lůžko byla každoročně stanovena v zákoně o státním rozpočtu a byla určena rozdílně podle typu zařízení.

Po zavedení příspěvku na péči došlo ke zrušení této dotace a zařízení přišla o jistotu výše finančních prostředků, s kterými mohou hospodařit. Nyní jsou zařízení z velké části závislá na proměnlivé výši příspěvku na péči, protože jeho výše se může měnit a také se mění v závislosti na zdravotním stavu uživatele sociální služby a jeho schopnostech se o sebe sám postarat (nelze ale opomíjet další příjmy, které přicházejí od zdravotních pojišťoven a i nadále příjmy od uživatelů za úhradu péče a ubytování).

Myslím, že v této souvislosti může docházet ke střetu zájmů. V zájmu zřizovatele i poskytovatele je, aby služba byla ekonomicky zajištěna a současně zvyšování kvality života uživatelů/seniorů a posilování jejich stávající soběstačnosti. To ale může vést k upřednostňování uživatelů, kteří trvale pobírají příspěvek na péči a k nepodporování zlepšování jejich soběstačnosti a nezávislosti na druhé osobě, neboť ztrátou příspěvku na péči ztrácí současně jistý příjem. Ale uživatel rezidenční služby zůstává, protože se

¹⁷ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha : Portál, s.r.o., 2007. 184 s.

nemá kam vrátit a často se ani vrátit nechce. Následně může dojít k propuštění pracovníků v sociálních službách a ke snížení kvality sociální péče.

Příspěvek na péči je podrobně upraven v části druhé zákona o sociálních službách, Hlavě I, §7 a následující.¹⁸

Nárok na příspěvek na péči má fyzická osoba, která kvůli svému dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu potřebuje pomoc při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v takovém rozsahu, který odůvodňuje její zařazení do některého ze stupňů závislosti. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost. Vyžadování roční lhůty je však u některých diagnóz sporné a např. u amputací se toto jeví jako naprosto nevhodné.

Tato základní podmínka nároku byla s účinností od 1.8.2009 doplněna o další podmínku. Osoba, která je zařazena do některého ze čtyř stupňů závislosti má nárok na příspěvek jen za předpokladu, že jí potřebnou pomoc poskytuje buď osoba blízká, nebo jiná osoba než osoba blízká, pokud tuto činnost nevykonává jako podnikatel, poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1 či speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.

Na tomto místě si dovoluji pro lepší představu vložit tabulku, která znázorňuje počty příjemců příspěvku na péči z hlediska rozlišení podle pohlaví a podle krajů v březnu 2010.

¹⁸ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 7, s. 152 – 201

(1) Příspěvek na péči (dále jen "příspěvek") se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci. Náklady na příspěvek se hradí ze státního rozpočtu.

(2) Nárok na příspěvek má osoba uvedená v § 4 odst. 1, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti podle § 8, pokud jí tuto pomoc poskytuje osoba blízká nebo jiná fyzická osoba uvedená v § 83 nebo poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb podle § 85 odst. 1, anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu 7a); nárok na příspěvek má tato osoba i po dobu, po kterou je jí podle zvláštního právního předpisu 7b) poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu.

(3) Nárok na příspěvek nemá osoba mladší jednoho roku.

(4) O příspěvku rozhoduje obecní úřad obce s rozšířenou působností.

V tabulce jsou vidět zajímavé výsledky. Z hlediska pohlaví převažují u příjemců příspěvku na péči u dospělých ženy, které reprezentují téměř 67% příjemců příspěvku. Podle struktury příjemců příspěvku na péči podle stupně závislosti je v I. stupni 38%, ve II. stupni 31%, ve III. stupni 20% a ve IV. stupni 11% příjemců. Z hlediska regionálního rozložení je nejvyšší absolutní výskyt příspěvku na péči u dospělých v Moravskoslezském kraji. V indexovaném počtu na 10 000 obyvatel v dané věkové kategorii je pak výskyt příspěvku na péči u dospělých nejvyšší ve Zlínském kraji, tj. 405 kraji a nejnižší v Praze, tj. 201. Indexovaný počet příjemců příspěvku na péči za celou ČR je pak 312.

	PnP 1		PnP 2		PnP 3		PnP 4		Celkem
	Dospělí		Dospělí		Dospělí		Dospělí		
	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	Muži	Ženy	
ČR	30 867	75 269	30 236	54 301	19 859	34 038	10 878	20 887	276 335
Praha	2 578	6 956	2 368	4 404	1 208	2 189	623	1 277	21 603
Jihočeský	1 915	4 921	1 931	3 751	1 288	2 490	832	1 606	18 734
Jihomoravský	3 560	8 739	3 474	6 572	2 575	4 425	1 397	2 734	33 476
Karlovarský	646	1 428	652	1 127	440	806	231	511	5 841
Královéhradecký	1 985	4 779	1 644	3 095	1 048	1 885	530	1 038	16 004
Liberecký	1 439	3 443	1 290	2 435	824	1 437	432	827	12 127
Moravskoslezský	3 845	9 185	3 770	6 354	2 489	4 260	1 543	3 182	34 628
Olomoucký	2 175	5 162	2 070	3 346	1 317	2 270	757	1 419	18 516
Pardubický	1 626	3 866	1 529	2 975	1 164	1 890	686	1 094	14 830
Plzeňský	1 506	3 616	1 630	2 852	1 086	1 874	582	1 008	14 154
Středočeský	3 170	8 140	3 091	5 744	1 948	3 119	923	1 713	27 848
Ústecký	2 466	5 369	2 815	4 433	1 748	2 731	816	1 448	21 826
Vysočina	1 763	4 294	1 864	3 170	1 228	2 061	683	1 364	16 427
Zlínský	2 193	5 371	2 108	4 043	1 496	2 601	843	1 666	20 321

19

¹⁹ Ministerstvo práce a sociálních věcí - *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*(dokument), 2010

Závislost osoby na pomoci druhé osoby a od ní se odvíjející výše příspěvku na péči se posuzuje na základě schopnosti zvládat zákonem definované úkony. Rozdělení stupňů závislosti nalezneme v § 8 zákona o sociálních službách.²⁰ Rozlišujeme celkem 4 stupně závislosti, a to lehkou závislost, středně těžkou závislost, těžkou závislost a úplnou závislost. Jedná se celkem o 36 stanovených úkonů, a to 18 úkonů péče o vlastní osobu a 18 úkonů soběstačnosti, jejichž zvládnutí popřípadě nezvládnutí je určující pro zařazení do stupně závislosti.

Úkony péče o vlastní osobu jsou každodenně se opakující úkony a činnosti související s osobní hygienou, zajištěním stravy a její přijímání, oblékáním a pohybem. Tyto úkony najdeme taxativně vyjmenované v příloze č. 1 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, pro účely hodnocení schopnosti zvládat specifikované úkony. U každého úkonu nalezneme věkovou hranici, do které se pro účely hodnocení zvládat konkrétní úkon nepřihlíží k potřebě dohledu a pomoci při provádění úkonu.

Na rozdíl od úkonů péče o vlastní osobu se u úkonů soběstačnosti hodnotí schopnost člověka účastnit se sociálního života. Tyto úkony jsou vyjmenovány v § 9 zákona o sociálních službách a blíže specifikovány jsou, stejně jako úkony péče o vlastní osobu, v příloze č. 1 prováděcí vyhlášky a i zde vyhláška stanovuje věkové limity²¹.

²⁰ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 8, s. 152 – 201

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 12 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 4 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 18 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 10 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 24 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 15 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti,
- d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje každodenní pomoc nebo dohled při více než 30 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti nebo u osoby do 18 let věku při více než 20 úkonech péče o vlastní osobu a soběstačnosti.

²¹ KRÁLOVÁ, Jarmila; RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči – Komentář, Právní předpisy*. 3.aktualizované vydání. Olomouc : ANAG, 2009. 19 s

Oba druhy úkonů jsou z hlediska posuzování stupně závislosti považovány za rovnocenné a nezáleží na tom, kolik úkonů není zvládnuto v každé z obou skupin, ale jejich součet.

U osob do 18 let je nutné, při posuzování schopnosti zvládnout jednotlivé úkony, porovnat výkon těchto úkonů se zdravou osobou téhož věku. Proto při hodnocení není možné přihlížet k potřebě pomoci či dohledu u úkonů a činností, které tyto osoby nejsou schopny zvládat z důvodu jejich nízkého věku a tomu odpovídajícímu stavu duševních a tělesných funkcí a jejich praktických zkušeností. Pokud tu konkrétní činnost nezvládne ani zdravé dítě, nelze ji hodnotit jako nezvládnutou u dítěte s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem.

U úkonů přípravy stravy, provedení si jednoduchého ošetření a dodržování léčebného režimu se od 1. srpna 2009 posuzuje, zda dítě do 18 let věku potřebuje kvůli zdravotnímu postižení mimořádnou pomoc při úkonu²². Touto mimořádnou pomocí pak rozumíme pomoc, která je podstatně větší, než by k provedení stejného úkonu potřebovalo zdravé dítě. Toto nové kritérium spolu se snížením rozhodného počtu úkonů pro zařazení do I. Stupně tak rozšířilo možnost dětí se zdravotním postižením k uznání stupně závislosti.

Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu. Funkční schopnosti se hodnotí s využíváním zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využíváním běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení v domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku.

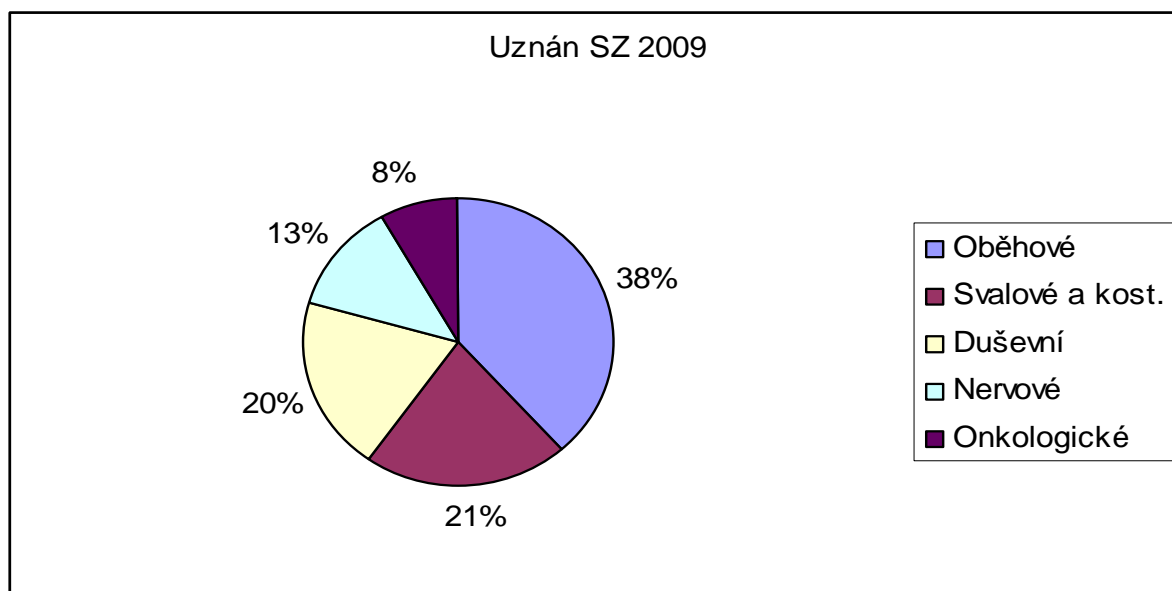
²² ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 10 odst.2, s. 152 - 201

(2) Osoba do 18 let věku se považuje za neschopnou zvládat úkony uvedené v § 9 odst. 1 písm. a), q) a r), jestliže z důvodu zdravotního postižení potřebuje při těchto úkonech mimořádnou pomoc, a to i v případech, kdy se u těchto úkonů nepřihlíží k pomoci a dohledu z důvodu věku osoby a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje. Mimořádnou pomocí se rozumí pomoc, která rozsahem, intenzitou nebo náročností podstatně přesahuje pomoc poskytovanou osobě téhož věku.

Příspěvek na péči z hlediska způsobu využití příspěvku na péči, tak jak jej uvádějí oprávněné osoby, jsou uváděny následující způsoby využití:

- péče zajištěna blízkou nebo jinou osobou – cca 72%
- péče zajištěna sociální službou – cca 18%
- péče je zajištěna formou sdílené péče, tj. sociálními službami v kombinaci s osobou blízkou nebo jinou – cca 10%.²³

Zdravotní příčiny uznání stupně závislosti v roce 2009



24

Cílem současných úprav (projekt „Individuální projekt MPSV - Podpora procesů v sociálních službách“ 2010 – 2015, respektive „Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011 - 2016“) bude komplex opatření v nakládání a přiznávání této dávky.

Negativním důsledkem aplikace stávajícího znění zákona o sociálních službách jsou především těžké ekonomické dopady na veřejné rozpočty, respektive na státní rozpočet,

²³ Unie zaměstnavatelských svazů ČR, MPSV ČR

²⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí - *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*(dokument), 2010

proto navrhované změny mají za cíl efektivně regulovat použití veřejných prostředků v systému.

- v současném schématu finančního zajištění pomoci a péče dominují zdroje veřejné. Výdaje osob ze soukromých zdrojů nejsou fakticky dle současných indikátorů definovatelné. Ve finanční bilanci systému tak zaznamenáváme pouze výdaje, které jsou souhrnem úhrad za poskytnuté sociální služby
- využití příspěvku na péči, není současnou právní úpravou bohužel dostatečně regulováno tak, aby vynaložené prostředky byly příjemci dávek použity výhradně k zajištění péče a pomoci
- pokud o svého rodinného příslušníka nebo jinou blízkou osobu, která je závislá na pomoci jiných (tj. obvykle je přiznán příspěvek na péči), pečují lidé samostatně nebo s dílčí dopomocí sociálních služeb, jsou jim ze zákona přiznány mnohé prvky sociální ochrany jako statut státního pojištěnce, zápočet doby péče jako náhradní doby pro důchod²⁵

Lidé, kteří objektivně vyžadují v péči o vlastní osobu a v soběstačnosti pomoc jiné osoby dávku získají, ale její využití je častokrát nesprávné a veřejné prostředky takto vyplacené se míjejí účinkem.

Příklad plánovaných změn v hodnocení závislé osoby pro příspěvku na péči, týkající se i seniorů:

Osoba starší 18 let věku se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve

- a) stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat tři až čtyři základní životní potřeby,*
- b) stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat pět až šest základních životních potřeb,*

²⁵ MPSV, Unie zaměstnavatelských svazů ČR, Svaz měst a obcí České republiky

c) stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat sedm až osm základních životních potřeb,

d) stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu není schopna zvládat devět až deset základních životních potřeb,

a vyžaduje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné fyzické osoby.

Stupeň závislosti oprávněné osoby bude osvědčovat tzv. sociální karta.²⁶

Výše příspěvku na péči

Výše příspěvku na péči je definována v zákoně v § 11 zákona o sociálních službách. Je rozdílný pro osoby do 18 let věku a nad tuto věkovou hranici. Dále se vyplácená částka liší dle stupně závislosti.

Výše příspěvku na péči u osob do 18 let je 3 000 Kč v I. stupni závislosti, 5 000 Kč v II. stupni závislosti, 9 000 Kč v III. stupni závislosti a 12 000 Kč ve IV. stupni závislosti.

U osob nad 18 let je výše příspěvku na péči nově od 1. ledna 2011 v I. stupni jen 800 Kč, v II. stupni 4 000 Kč, ve III. stupni 8 000 Kč a ve IV. stupni 12 000 Kč.

A právě o částku v I. stupni u osob nad 18 let se v roce 2010 svedl velký boj. Jeho původní hodnota činila až do 31.12.2010 2 000 Kč.

System sociálních služeb je rozsáhlým ekonomickým systémem, který velkou měrou zatěžuje státní rozpočet. I proto zákonodárci právě zde hledali způsob jak ušetřit a snížit

²⁶ MPSV, Unie zaměstnavatelských svazů ČR, Svaz měst a obcí České republiky

již tak dost vysoký schodek státního rozpočtu. Dle důvodové zprávy k novele²⁷ zákona č. 108/2006 Sb., vykazují celkové měsíční výdaje na výplatu příspěvku na péči stabilní objem v intervalu 1,5 až 1,6 mld. Kč, což v predikci celkového ročního čerpání znamená cca 18 až 19,2 mld. Kč. Celkový počet uznaných nároků na dávku se pohybuje mezi 295 až 299 tisíci osob měsíčně a největší počet dávek podle rozvrstvení do stupňů vykazuje I. stupeň, tj. cca 113 271 dávek, což představuje 38 % z celkového počtu dávek, II. stupeň 89 244 (30%), III. stupeň 59 629 (20%) a IV. stupeň 37 627 (13%).

Snížením příspěvku na péči v I. stupni se má zajistit jeho správné využití s ohledem na odpovídající náročnost a intenzitu péče. Příjemci příspěvku v I. stupni žijí většinou samostatně a z hlediska kritérií posuzování potřebují především pomoc v oblasti soběstačnosti, a to nikoliv nepřetržitou, tj. potřebují především pomoc se zvládnutím domácnosti a obstaráváním si osobních záležitostí. Tyto potřeby nejlépe zabezpečuje pečovatelská služba. Průměrné měsíční náklady na zajištění pečovatelské služby u jednoho klienta jsou ve výši cca 1 500 Kč a průměrná měsíční úhrada za pečovatelskou službu činí cca 400 Kč. S ohledem na tyto údaje a charakter dávky jako příspěvku je navrhovaná výše odpovídající.

Současně vyrovnání hodnoty dávky v porovnání s vyššími stupni příspěvku na péči, a to jak na straně oprávněných osob, tak na straně prostředí které o něj pečuje a současně dosáhnout celkové úspory ve výdajích státního rozpočtu ve výši 1,5 mld. Kč.

Jako hlavní problémy starého systému můžeme vytyčit to, že výše příspěvku v hodnotě 2 000 Kč vyvolávala až extrémně vysoký zájem o tuto dávku a příjemci příspěvku v mnoha případech zcela chybně vnímaly jeho účel a považovali ho spíše za zvýšení svého příjmu. Déle podle provedených analýz směřovalo z vyplacených dávek do rozpočtů poskytovatelů sociálních služeb mnohem méně, než se původně očekávalo.

²⁷ *Parlament České republiky Poslanecká sněmovna* [online]. 2010 [cit. 2011-02-04]. Dokumenty. Dostupné z WWW: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=155&CT1=0FirefoxHTML\Shell\Open\Command>

Došlo tedy ke všeobecnému konsenzu, že hodnota 800 Kč plně odpovídá obvyklým nákladům péče v těchto případech a sníží se tím počet případů nesprávného využití příspěvku.

Snížení příspěvku v I. stupni o 60 % s sebou samozřejmě přinese určité problémy a změny v chování subjektů. Můžeme očekávat nárůst žádostí o zvýšení příspěvku na péči ve vyšším stupni a s tím spojené i zvýšení administrativních nákladů na příjem a zpracování žádostí. Negativní dopad bude mít snížení hlavně na seniorské domácnosti, které si špatně vyložily účel příspěvku a peníze z něho měly za zvýšení svého příjmu, který jim teď bude jistě chybět. Předpokládá se i nemálo významný dopad na poskytovatele sociálních služeb (týká se hlavně domovů pro osoby se zdravotním postižením, domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem, sociálních služby poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, týdenních stacionářů, odlehčovacích služeb), u kterých dojde k částečnému výpadku finančních prostředků. Tento výpadek bude činit asi 205 mil. Kč.

Ve hře o úpravu příspěvku na péči byla i varianta úpravy způsobu výplaty dávek, a to formou věcného plnění (poukazů). To by sice umožnilo zvýšení efektivity kontroly využívání příspěvku, ale takovýto systém s sebou přináší značnou administrativní, logistickou a finanční zátěž, a to nejen pro správní orgány, poskytovatele služeb, ale především pro samotné oprávněné osoby. Dále zde hrozilo nebezpečí, že by se poukázky staly předmětem černého trhu, kde by byly proměňovány za peníze, ale nikoliv na zajištění péče. I vzhledem k počtu příjemců příspěvku, jak již bylo zmíněno výše, by bylo potřeba vybudovat a provozovat rozsáhlý systém kontroly a distribuce poukazů, který by v dnešní době pravděpodobně nebylo možné ufinancovat a výsledná úspora by pravděpodobně ani nepokryla náklady. Vzhledem k výše vyjmenovaným problémům této varianty bylo od poukazového systému již v teoretické rovině ustoupeno.

Současné rozvrstvení příspěvku na péči (2011)²⁸

²⁸ Ministerstvo práce a sociálních věcí - Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči(dokument)

	Počet dávek	podíl
Stupeň I	112 000	38%
Stupeň II	90 000	30%
Stupeň III	60 000	20%
Stupeň IV	38 000	15%

	Vyplacené objemy za měsíc	podíl
Stupeň I	237 000 000 -- 120 000 000	16%
Stupeň II	361 000 000	24%
Stupeň III	480 000 000	31%
Stupeň IV	451 000 000	29%

	podíl
do 18 let	7%
19 až 65 let	24%
66 až 75	14%
75+	55%

	podíl
Blízká osoba	72%
Registrovaná služba	18%

Sdílená péče	10%
--------------	-----

Počet dávek na 10.000 obyvatel ²⁹

	I. stupeň	II. stupeň	III. stupeň	IV. stupeň	celkem
do 18 let	40	25	33	33	131
19 až 65	31	32	22	12	86
66 až 75	201	149	84	42	476
75+	1 033	738	462	277	2 510

Nárok na příspěvek na péči a povinnosti žadatele o příspěvek

Zákonnou úpravu nároku na příspěvek na péči nalezneme v Hlavě IV. zákona o sociálních službách, v § 13 a následujících. Podle zákona nárok na příspěvek vzniká splněním podmínek v zákoně uvedených a nárok na výplatu příspěvku vzniká spolu se splněním zákonných podmínek, podáním žádosti o přiznání příspěvku, není-li řízení o jeho přiznání zahájeno z moci úřední. Příspěvek může být přiznán nejdříve od začátku měsíce, ve kterém byla podána žádost, či bylo zahájeno řízení z moci úřední o přiznání příspěvku. Toto neplatí, pokud byl příspěvek přiznán nebo vyplácen v nižší částce, než v jaké náleží, nebo byl neprávem odepřen anebo byl přiznán od pozdějšího data, než od jakého náleží. Příspěvek se zvýší nebo přizná, a to ode dne, od něhož příspěvek nebo jeho zvýšení náleží, nejvýše však tři roky nazpět ode dne zjištění nebo uplatnění nároku na příspěvek nebo jeho zvýšení.³⁰

Změna nároku na příspěvek vzniká na základě změny skutečností rozhodných pro jeho nárok či výplatu nebo kvůli nápravě chybných rozhodnutí. Takovou rozhodnou

²⁹ Ministerstvo práce a sociálních věcí - *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*(dokument), 2010

³⁰ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 14, s. 152 - 201

skutečností je například vždy dosažení věkové hranice 18 let věku. Pro dospělé osoby je stanoven jiný počet úkonů, jejichž nezvládnutí umožňuje získání příspěvku na péči než u osob do 18 let a odlišně je stanovena i výše příspěvku (viz. výše). Další rozhodnou skutečností, která může ovlivnit nárok popřípadě výši příspěvku, je dosažení určitého věku u dětí, jak je stanoveno v Příloze č. 1 prováděcí vyhlášky k zákonu o sociálních službách.³¹ Mezi další rozhodné skutečnosti lze zařadit změnu zdravotního stavu oprávněné osoby a časové omezení platnosti posudku vyhotoveného okresní správou sociálního zabezpečení³².

Příjemcem příspěvku zpravidla bývá osoba, která potřebuje péči jiné fyzické osoby. Ten jí vyplácí každý měsíc obecní úřad s rozšířenou působností. V případě, že nárok vznikne osobě, která má zákonného zástupce, nebo byla svěřena do péče jiné osobě, bude se příspěvek vyplácet těmto osobám, zpravidla do doby, než oprávněný nabude zletilosti.³³

Nárok na příspěvek nezaniká uplynutím času a nárok na výplatu příspěvku zaniká uplynutím jednoho roku ode dne, od kterého příspěvek náleží. Tato jednorozhodná prekluzivní lhůta se počítá vždy od každé jednotlivé splátky příspěvku (příspěvek je splatný každý měsíc)³⁴.

Příspěvek vyplácí obecní úřad obce s rozšířenou působností, který je příslušný k rozhodování o příspěvku a je vyplácen měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží.³⁵

³¹ ČR. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. s. 203 - 231

³² KRÁLOVÁ, Jarmila; RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči – Komentář, Právní předpisy*. 3. aktualizované vydání. Olomouc : ANAG, 2009. 30 - 32 s

³³ TRÖSTER P. a kol., *Právo sociálního zabezpečení*, 4. přepracované a doplněné vydání, Praha : C.H.Beck, 2008, 294s.

³⁴ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 15, s. 152 – 201

³⁵ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 18, s. 152 – 201

Sociální šetření

Jednou z hlavních podmínek, které musí žadatel o příspěvek na péči splnit, je podrobit se sociálnímu šetření. Sociální šetření v systému příspěvku na péči slouží ke zjištění sociální situace žadatele a příjemce dávky s ohledem na jeho soběstačnost a schopnost péče o vlastní osobu v přirozeném sociálním prostředí. V jeho rámci zjišťuje sociální pracovník schopnost samostatného života člověka prostřednictvím hodnocení jednotlivých úkonů definovaných zákonem o sociálních službách³⁶, a jejichž přesnější vymezení upravuje provádějící vyhláška v Příloze č. 1.³⁷

Na místě je do předepsaného tiskopisu proveden záznam o hodnocení označením jedné ze čtyř variant intenzity schopnosti či neschopnosti zvládnout daný úkon (zvládá, zvládá s dohledem, zvládá s dopomocí a nezvládá) a pod každé zhodnocení sociální pracovník připojuje odůvodnění a upřesňující komentář. Právě komentář je důležitý pro následné posouzení posudkovým lékařem, kterému pomáhá komplexně zhodnotit stav žadatele. V komentáři je dále uvedeno tvrzení žadatele o jeho schopnosti zvládat předmětné úkony i tvrzení dalších přítomných osob v době sociálního šetření. Sociální šetření je uzavřeno shrnutím, ve kterém jsou zdůrazněny základní charakteristické body, doplňující informaci o sociálním rozměru nepříznivé situace žadatele či příjemce příspěvku na péči.³⁸

V praxi se velmi často sociální šetření a jeho výsledky jeví jako rozporuplné a založené na zkreslených informacích. Můžeme se setkat s tvrzením, že sociální pracovník se zdržel na místě jen několik málo minut a není tedy možné, aby objektivně zhodnotil stav a schopnosti žadatele. Na druhou stranu není administrativně možné, aby sociální pracovník strávil s žadatelem celý den a mohl tak skutečně objektivně posoudit, zda žadatel posuzované úkony běžně zvládá.

³⁶ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 9, s. 152 – 201

³⁷ ČR. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. s. 203 - 231

³⁸ KRÁLOVÁ, Jarmila; RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči – Komentář, Právní předpisy*. 3.aktualizované vydání. Olomouc : ANAG, 2009. 423 s

Další problémy vyvstávají přímo z dikce zákona, kdy obecní úřad obce s rozšířenou působností je povinen přerušit řízení o příspěvku na dobu, po kterou je osobě poskytována zdravotní péče formou ústavní péče v nemocnici nebo odborném léčebném ústavu, pokud nebylo do dne přijetí osoby do tohoto zařízení provedeno sociální šetření³⁹. Jak řešit situaci, kdy žadatele, u kterého již není nutná hospitalizace v nemocnici, by příbuzní chtěli umístit do Domova pro seniory či jiného obdobného zařízení, kde podmínkou pro přijetí je závislost na druhé osobě, respektive její prokázání. Kde provést sociální šetření? Jako jedním z řešení může být dočasné převedení žadatele, na dobu než bude provedeno sociální šetření, do nějakého jiného sociálního zařízení, což však může být pro seniora stresující. Nebo lze na dobu sociálního šetření zajistit vycházku do místa bydliště, což se ale k častému zhoršenému zdravotnímu stavu seniorů, opět nejeví jako ideální řešení. Pochybnosti by pak mohly nastat i s objektivitou hodnocení schopností zvládnout jednotlivé úkony u žadatele, pokud se jedná jen o vycházku, tzn. změnu prostředí a nikoliv již o přirozené prostředí.

V tuto chvíli už se ovšem pohybujeme na hraně zákona.

Postavení pečujících v rodině

Pokud o svého rodinného příslušníka nebo jinou blízkou osobu, která je závislá na pomoci jiných (tj. obvykle je přiznán příspěvek na péči), pečují lidé samostatně nebo s dílčí dopomocí sociálních služeb, jsou jim ze zákona přiznány tyto další prvky sociální ochrany:

- příspěvek na péči se nezapočítává do příjmů pečujících pro účely dávkových systémů ani daňových systémů,
- příspěvek na péči je vyplácen i v částečném souběhu s rodičovským příspěvkem, pokud je pečováno o dítě do 7 let věku,
- doba péče je hlavní pečující osobě obvykle započítána jako náhradní doba pro účely důchodového zabezpečení,

³⁹ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 26, s. 152 – 201

- hlavní pečující osoba je tzv. „státním pojištěncem“ v oblasti veřejného zdravotního pojištění,
- pečující osoby nejsou nijak limitovány při pracovním uplatnění,
- není testována příjmová situace oprávněné osoby ani počet osob v domácnosti pro přiznání dávky.

Kontrola využívání příspěvku

Kontrolu využívání příspěvku provádí obecní úřad obce s rozšířenou působností, který rozhodl o přiznání příspěvku. Na postup při kontrole se nevztahuje zákon o státní kontrole.⁴⁰ Zaměstnanci obce zařazení do obecního úřadu obce s rozšířenou působností jsou podle zákona⁴¹ na základě souhlasu osoby oprávněni vstupovat do obydlí, v němž osoba žije, za účelem provedení sociálního šetření a kontroly využívání příspěvku. Ten dává podle § 21 odst. 1 písm. c) zákona⁴².

Kontroluje se především, jak bylo s příspěvkem naloženo (tj. zda byl opravdu využit k zajištění pomoci), zda je pomoc poskytována osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou, která pomoc neposkytuje jako podnikatel, nebo zda pomoc poskytuje poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb, anebo zařízení hospicového typu či zda je pomoc poskytována skutečně tím, kdo je uveden v žádosti o příspěvek, popřípadě při pozdější změně ohlášen obecnímu úřadu

⁴⁰ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 29 odst.3, s. 152 – 201

⁴¹ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 29 odst.2, s. 152 – 201

⁴² ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 21, s. 152 – 201

(1) Žadatel o příspěvek a oprávněná osoba, jejichž zdravotní stav

je třeba posoudit pro stanovení stupně závislosti, jsou povinni

- c) osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek, jeho výši nebo výplatu a dát písemný souhlas k ověření těchto skutečností,

obce s rozšířenou působností jako osoba poskytující pomoc. Dalším z bodů uvedených v zákoně je způsob a rozsah poskytované pomoci. Hodnotí se, jestli odpovídá stanovenému stupni závislosti a zda je pomoc zaměřena na úkony, které podle výsledku posouzení stupně závislosti není příjemce příspěvku schopen zvládnout.

Osoba poskytující pomoc, která nevykonává tuto činnost jako podnikatel, musí být zdravotně způsobilá. Za zdravotně způsobilou se považuje, pokud sama nemá nárok na příspěvek. To neplatí, pokud doloží lékařským posudkem od ošetřujícího lékaře, že je schopna pomoc poskytovat (Otázkou zůstává aplikace tohoto zákonného ustanovení v praxi, protože u těchto lidí se to prakticky vylučuje. Osoba závislá na pomoci druhého nemůže sama - není schopna péči poskytovat. Pokud by se to stalo, měl by jí být příspěvek na péči odejmut.)⁴³. V případě, že pomoc poskytuje poskytovatel sociálních služeb, je povinností mít uzavřenou smlouvu o poskytování sociálních služeb. Kontrolováno je i to, zda byly skutečně poskytnuty sociální služby, za něž byla zaplácena úhrada

O výsledku kontroly provede obecní úřad obce s rozšířenou působností záznam do spisu, který obsahuje zejména popis zjištěných skutečností s uvedením nedostatků a označení ustanovení právních předpisů, které byly porušeny⁴⁴

Pokud při kontrole dojde ke zjištění, že příspěvek není užíván v souladu se zákonem či byly porušeny jiné zákonem stanovené podmínky, závisí další postup obecního úřadu obce s rozšířenou působností na konkrétních okolnostech případu. Může být ustanoven zvláštní příjemce příspěvku⁴⁵, nebo může být výplata příspěvku pozastavena a v nejzávažnějších případech lze příspěvek odebrat. V případě pochybností o zdravotním stavu příjemce příspěvku může být zahájeno řízení z moci úřední za účelem nového posouzení stupně závislosti.

⁴³ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 29 odst. 1 písm. e), s. 152 – 201

⁴⁴ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 29 odst. 4, s. 152 – 201

⁴⁵ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. § 20, s. 152 – 201

Problémem je, že na provádění pravidelných a dostatečných kontrol nemají úřady dostatek kompetentních úředníků/ sociálních pracovníků.

V. Sociální služby

"Važ si starce i tehdy, kdyby ze stařecké slabosti pozapomněl svých vědomostí."

Talmud

Sociální službou je činnost, kterou zabezpečují poskytovatelé sociálních služeb na základě oprávnění dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti života lidí. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie a pomoc při prosazování práv a zájmů.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Výčet základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb je stanoven zákonem č.108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1.2007, obsah je uveden ve vyhlášce č.505/2006 Sb., části druhé.

V moderně pojatých sociálních službách převládá model sociálního začlenění. Uživatel sociální služby přestává být pasivním příjemcem péče. Stává se aktivním partnerem v procesu plánování a poskytování služby. Důraz je kladen na začlenění do běžného prostředí, na vytvoření životních podmínek, které jsou srovnatelné s životními podmínkami lidí bez zdravotního nebo sociálního znevýhodnění. Sociální služba musí

uživateli umožnit žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Uživatel je v rámci moderních sociálních služeb respektován především jako občan a jako dospělá osoba. Tento přístup vede i ke zvýšené pozornosti k dodržování práv uživatelů, dětí i dospělých. Celkově lze říci, že v rámci moderních sociálních služeb je naplňování práv uživatelů jedním z hlavních ukazatelů kvality služby.⁴⁶

Sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence

Sociální služby lze podle cíle a zaměření rozdělit do 3 základních skupin. Jsou to:

- sociální poradenství
- služby sociální péče
- služby sociální prevence.

Za stěžejní z těchto tří skupin lze považovat prvně zmiňované sociální poradenství, které je jako základní zásada zmíněno v § 2 odst. 1 zákona o sociálních službách⁴⁷. Toto ustanovení zákona nám zdůrazňuje, že každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního poradenství. Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace a základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Naproti tomu odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory.

Služby sociální péče zahrnují takové druhy sociálních služeb, které zajišťují fyzickou a psychickou soběstačnost osob, kterým jsou poskytovány. Jsou určeny osobám, které již

⁴⁶ *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 188 s.

⁴⁷ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*, § 2 odst. 1, s. 152 – 201

(1) Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37

odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení.

nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale nejsou natolik soběstačné, aby bez pomoci zvládli běžné každodenní úkony. Cílem je umožnit osobám zapojit se v co nejvyšší možné míře do běžného života nebo zajistit důstojné prostředí a zacházení v případě, kdy to jejich nepříznivá situace vyžaduje⁴⁸.

Služby sociální prevence tvoří takové druhy sociálních služeb, jejichž cílem je napomáhat osobám ohroženým sociálním vyloučením překonat tuto nepříznivou sociální situaci. Zákon doslovně říká: “Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.”⁴⁹

Protože pole sociálních služeb je velmi široké, chtěla bych se podrobněji zabývat, jak jsem již v úvodu zmínila, jen problematikou seniorské populace, která se stává často cílovou skupinou sociálních služeb.

Protože si stále více intenzivně uvědomujeme problém stárnutí populace a s tím související zvyšující se finanční náročnost zajištění těchto osob ve stáří. I proto je nutné zajistit co nejefektivnější fungování celého sociálního systému.

Pro lepší představu připojuji tabulku vypracovanou Českým statistickým úřadem, která ukazuje budoucí vývoj složení obyvatelstva podle hlavních věkových skupin v ČR, 2002-2050 v procentech.

⁴⁸ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2010 [cit. 2011-02-01]. Sociální služby. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

⁴⁹ ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. 2010, § 53, s. 152 – 201

	0-14	15-64	65+
2002	15,6	70,5	13,9
2005	14,5	71,3	14,1
2010	13,6	70,9	15,5
2015	13,8	68,1	18,1
2020	13,7	66,0	20,3
2025	13,2	65,3	21,5
2030	12,6	64,5	22,8
2035	12,2	63,6	24,1
2040	12,2	60,9	26,9
2045	12,4	57,9	29,7
2050	12,4	56,3	31,3

Formy poskytování sociálních služeb

Zákon o sociálních službách rozlišuje tři formy, ve kterých mohou být sociální služby poskytovány. Jsou to služby

- pobytové
- ambulantní
- terénní

Pojmovým znakem pobytových sociálních služeb je poskytnutí ubytování v zařízeních sociálních služeb. Ambulantními sociálními službami se rozumí takové druhy služeb, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena nebo dopravována do zařízení sociálních služeb, jejich součástí však není ubytování. Terénní sociální služby jsou poskytovány v přirozeném sociálním prostředí osob, například v domácnostech nebo v místech, kde osoby pracují nebo se vzdělávají.⁵⁰

Sociální služby jsou poskytovány podle § 34 zákona o sociálních službách v centrech denních služeb, denních stacionářích, týdenních stacionářích, domovech pro osoby se

⁵⁰ KRÁLOVÁ, Jarmila; RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči – Komentář, Právní předpisy*. 3.aktualizované vydání. Olomouc : ANAG, 2009. 68-69 s

zdravotním postižením, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, chráněném bydlení, azylových domech, domech na půl cesty, zařízeních pro krizovou pomoc, nízkoprahových denních centrech, nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež, noclehárnách, terapeutických komunitách, sociálních poradnách, sociálně terapeutických dílnách, centrech sociálně terapeutických služeb, pracovištích rané péče, intervenčních centrech a zařízeních následné péče.

Všeobecný trend směřuje k rozšiřování spektra terénních a ambulantních sociálních služeb. Cílem je oddálit institucionální formu pomoci klientům, k níž často dochází k v důsledku nedostatku alternativních sociálních služeb neústavního charakteru.

Na tomto místě bych se chtěla zmínit o domech s pečovatelskou službou, které jsou mnohdy předmětem diskuzí. Problémů s nimi spojených je hned několik. Jsou to domy s obecními byty a zaregistrovanou službou je pečovatelská služba, která tam je buď docházející, nebo „usazená“, kopírující vlastně domov pro seniory, ale s nedostatečným zabezpečením. (dříve tomu bylo jinak, Domy s pečovatelskou byly rezidenční sociální službou). Někdy z důvodu pohodlnosti, aby nemuseli vyjíždět jako pečovatelská služba do terénu, dochází ze strany poskytovatelů domů s pečovatelskou službou k nežádoucímu tlaku na soběstačné klienty, aby využívali, pro ně zbytečné, služby sociální péče. To ale ve výsledku znamená, že se chovají zcela proti smyslu zákona o sociálních službách a může docházet až k tzv. přepečování.

Pokud by se sociální situace klienta zlepšila natolik, že by sociální službu vůbec nepotřeboval, odpadá v tuto chvíli důvod jeho pobytu v domě s pečovatelskou službou a znamená to nutnost řešit jeho bytovou situaci jinak. Spatřuji v tom jasný morální problém mezi dodržováním smyslu zákona a cílem zvyšovat soběstačnost uživatele sociální služby, na druhou stranu snahu poskytovatelů pečovatelské služby v domě s pečovatelskou službou o určitou stálost příjmů a tím možnosti jejich faktické existence.⁵¹ Problémem možná větším však je, že většina pečovatelských služeb rozváží jen obědy.

⁵¹ Terénní a ambulantní služby: alternativa pobytových zařízení. časopis *Sociální služby*. č. 5/2010, s. 27 - 28.

Očekávaná změna týkající se Pečovatelské služby:

Zruší se bezplatné poskytování pečovatelské služby u určitého okruhu osob. Jedná se o účastníky odboje, osoby, které jsou nebo byly účastny rehabilitace, osoby, které byly zařazeny v tábore nucených prací nebo v pracovním útvaru a pozůstalé manželky/manželé po těchto osobách. Bezplatné poskytování pečovatelské služby je výjimkou, pečovatelská služba je jinak vždy službou za úhradu od uživatelů této služby. Zvýhodnění bezplatné pečovatelské služby uvedené osoby podle platné právní úpravy mají, i když jsou příjemci příspěvku na péči. Změna právní úpravy je odůvodněna důsledným účelovým využitím příspěvku na péči výlučně na zajištění potřebné pomoci. Prostředky příspěvku na péči musí být podle navrhované právní úpravy vyplaceny pouze formou úhrady na zajištění potřebné pomoci poskytovatelům sociálních služeb nebo jiným pečujícím fyzickým nebo právnickým osobám a nemohou být použity k jinému účelu.⁵²

V dnešní době zůstávají příjemci příspěvku na péči častěji doma za pomoci terénních sociálních služeb a rodinných pečovatelů a někdy si bohužel příspěvkem na péči stále ještě vylepšují svůj domácí rozpočet. Další senioři zůstávají, ač nesoběstační, ve vlastních domech a bytech, protože nezvládají prodej a starosti se stěhováním. Na druhou stranu příspěvky na péči svou výší nestačí těm osobám, které jsou na péči druhého opravdu závislí a vzhledem k tomu, že se chtějí aktivně zapojit do pracovního procesu, společensky a rodinně žít, příspěvek na péči nepokryje potřeby těchto aktivních, ale na druhé osobě značně či zcela závislých lidí, kteří by si zasloužili lepší podporu státu.

Pořadníky žadatelů o rezidenční sociální službu např. pro seniory, plní nejen žádosti nesoběstačných seniorů, ale i žádosti z důvodů prevence, aby až budou potřebovat, se do zařízení dostali a nemuseli složitě nic vyřizovat, až toho nebudou schopní. Udávaná statistická čísla o neuspokojených žadatelích o sociální službu jsou tedy značně zkreslená a nepravdivá.

Je pravdou, že u uživatelů terénních sociálních služeb téměř vždy přijde čas, že neformálně pečující vyhledá rezidenční sociální službu pro pečovaného, protože je

⁵² MPSV, Unie zaměstnavatelských svazů ČR, Svaz měst a obcí České republiky

psychicky a fyzicky vyčerpán, nikdo ho nestřídá, nemůže chodit do práce a pokud jí nemá, nemá čas jí shánět, nemůže se účastnit společenského a někdy i rodinného života a ztrácí přátele, na které nemá čas.

V určitém stupni závislosti na druhé osobě, je tedy rezidenční sociální služba vyhledávána téměř vždy.

VI. Nutnost dalších změn ve financování sociálních služeb

Financování služeb obecně

Sociální služby jsou financovány z celé řady zdrojů, přičemž dotace ze státního rozpočtu představují jeden z těch nejvýznamnějších. Podíl jednotlivých zdrojů financování se liší dle skupiny sociální služby, přičemž státní dotace je v současné době zásadním zdrojem financování především u služeb odborného sociálního poradenství, v nichž představuje téměř více než 56% podíl všech zdrojů financování. Nejpodstatnějším zdrojem financí je státní dotace také i u služeb sociální prevence, u služeb sociální péče jsou nejpodstatnějším finančním zdrojem úhrady od uživatelů služeb.

V následující tabulce je vidět, odkud plynou jednotlivé finanční prostředky. Největším dílem se podílejí sami uživatelé sociálních služeb prostřednictvím příspěvku na péči a druhým největším zdrojem finančních prostředků jsou dotace Ministerstva práce a sociálních věcí.

Zdroje financování	Celkový součet	Celkem v %	služby sociální péče	služby sociální prevence	služby sociálního poradenství
Dotace MPSV 2010	6 657 714 000	29,27%	27,50%	43,49%	56,03%
Příspěvky od úřadů práce	78 026 989	0,34%	0,25%	1,26%	1,11%
Dotace od obcí	589 966 448	2,59%	1,90%	9,37%	8,86%
Příspěvek zřizovatele - obce	1 647 673 022	7,24%	7,77%	1,70%	3,95%
Příspěvek zřizovatele - kraje	1 019 892 383	4,48%	4,71%	1,47%	5,51%

Úhrady od uživatelů (včetně PnP)	10192 162 329	44,81%	49,13%	4,27%	0,67%
Fondy zdravotních pojišťoven	1 023 975 222	4,50%	4,95%	0,26%	0,14%
Resorty státní správy celkem	156 635 999	0,69%	0,06%	7,35%	4,41%
Dotace od krajů	407 849 291	1,79%	0,93%	10,53%	8,31%
Strukturální fondy	112 772 843	0,50%	0,09%	4,73%	2,82%
Jiné zdroje	860 652 008	3,78%	2,71%	15,57%	8,18%
Celkem	22747 320 534	100%	100%	100%	100%

53

Vzhledem k potřebným změnám ve financování sociálních služeb je nutné zajistit účelovost použití příspěvku na péči pouze ve vztahu k nákladům na zajištění péče a současně aplikovat takový způsob výplaty, který princip účelovosti umožní. K naplnění stanoveného cíle se navrhuje provést několik vzájemně provázaných opatření.

Jedná se o následující okruhy opatření:

- Vymezuje se v souvislosti s novým modelem posouzení potřeb osob, přesněji účel příspěvku na péči tak, že dávka je určena výhradně k zajištění péče, která napomáhá naplňovat zjištěné životní potřeby.
- Jednoznačně musí být oprávněnou osobou stanoveno, kdo a v jakém rozsahu poskytuje péči s tím, že je současně stanoveno, jaký podíl z příspěvku na péči je určen pro stanovené poskytovatele péče, a to bez ohledu na to, jaký statut mají.

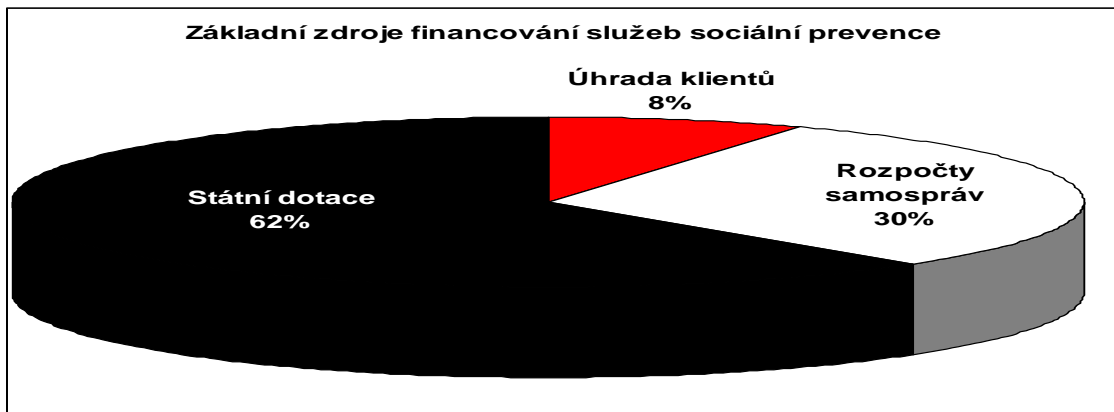
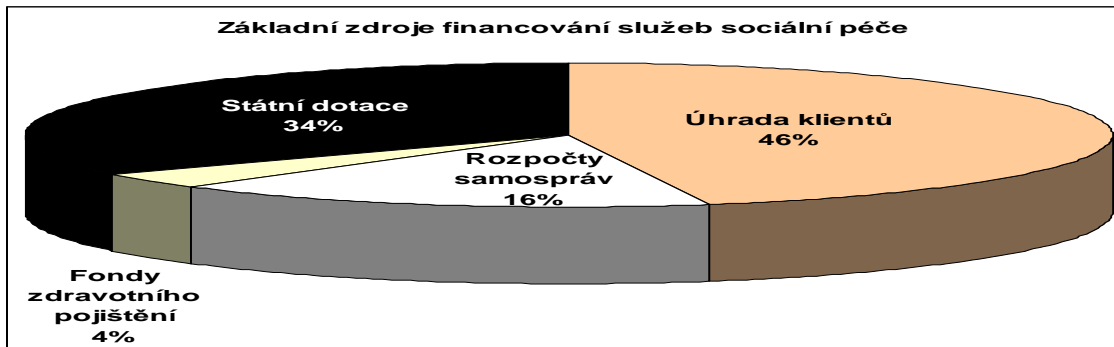
⁵³ Ministerstvo práce a sociálních věcí - *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*(dokument), 2010

- Příspěvek na péči již nebude vyplácen peněžní formou oprávněné osobě, ale bude dle určení poskytovatelů péče transferován přímo jim. Vypořádání a vyúčtování rozsahu péče mezi poskytovatelem péče a oprávněnou osobou bude provedeno měsíčně v individuálním režimu. Bude tak zajištěno, že úhrada za péči a rozsah péče je srovnatelný a současně jsou transparentně identifikovány vztahy mezi poskytovateli péče a oprávněnými osobami. Kompetence oprávněné osoby spočívá v určení poskytovatele péče a objemu úhrady za péči, která mu přináleží. Pokud se není oprávněná osoba schopna z objektivních důvodů této kompetence zhostit, upravuje se systém zmocnění jiné osoby.
- Navrhuje se institut asistenta sociální péče, tj. jiné, než blízké osoby, která není registrovaným poskytovatelem sociálních služeb. Tato pečující osoba poskytuje legitimním způsobem potřebnou péči a současně je možné rozsah a kvalitu péče kontrolovat.

V následujících třech přehledných grafech je znázorněn podíl spoluúčasti na financování služeb sociální péče, služeb sociální prevence a sociálního poradenství.

Jak již bylo řečeno výše, na financování služeb sociální péče se nejvíce podílejí, a jak bylo i zákonem předpokládáno, sami klienti/ uživatelé sociálních služeb. Nemalou část dále pokrývají státní dotace a rozpočty samospráv. Pro zdroje peněžních prostředků sociálního poradenství je charakteristická minimální spoluúčast klientů, ba naopak, sociální poradenství je finančně závislé z velké části pouze na státních dotacích. U služeb sociální prevence je poměr obdobný jako u sociálního poradenství, jen procentuální podíl spoluúčasti na financování je u klientů o něco vyšší.

Financování sociálních služeb v grafech



54

⁵⁴ Ministerstvo práce a sociálních věcí - *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči*(dokument), 2010

Plánované změny ve financování sociálních služeb

Úkolem budoucích úprav stávajícího právního stavu je zajistit zpřehlednění posuzování stupně závislosti na bázi transformace stávajících 36 úkonů do 10 ucelených a věcně souvisejících oblastí každodenního života - základních životních potřeb. Tím se posudkový systém, založený nyní na hodnocení 36 úkonů a 129 činností podstatně zjednoduší. Přitom se zachovává ucelený pohled na každodenní běžné životní aktivity, nutné pro sociální začlenění.

Posuzováním dle nového systému lze předpokládat zkrácení doby potřebné k posouzení jednoho případu o cca 30 minut.

Členové Vědecké lékařské rady ministra práce a sociálních věcí vyslovili souhlas s principy předkládaného řešení - hodnocení základních životních potřeb. Přístupy k hodnocení jsou v souladu s užívaným hodnocením dle ADL. Z hlediska osob s duševními poruchami byla zdůrazněna potřeba hodnocení potřeb nikoliv pouze prostřednictvím nezvládnání, ale nezvládnání standardním způsobem.

Původní dávky by se měly z menší části zrušit a z větší části agregovat do dvou nových dávek. Vzniknout by měly dvě nové kompenzační dávky:

- příspěvek na mobilitu
- příspěvek na zvláštní pomůcky

Příspěvek na mobilitu se předpokládá vyplácet měsíčně ve dvou úrovních, vyšší – pro častou dopravu ve frekvenci aspoň 3x týdně tam a zpátky domů a nižší pro ostatní případy. Dávka bude testována na příjem ve výši 6 násobku životního minima.

Příspěvek na zvláštní pomůcky bude jednorázová dávka, která bude sloužit k úpravě bytu, řízení auta a na nákup pomůcek např. pro mobilitu, mimo těch, které jsou předmětem zdravotního pojištění. Pomůcky by neměly mít kompenzační, ale socializační účinek. Na pomůcky se předpokládá spoluúčast žadatele.

Záměrem je sjednocení procesu výplaty nepojistných dávek sociální ochrany, tak aby o těchto dávkách rozhodoval jediný orgán, jako jednotné místo kontaktu žadatelů o dávky, nikoliv celá řada různých orgánů státní správy a samosprávy, tak jako tomu je doposud.

Tímto jediným orgánem by měl být Úřad práce ČR a očekávaný výsledek bude hlavně v:

- zavedení jednotného výplatního a rozhodovacího místa dávek
- snížení počtu vyplácených dávek jejich agregací do větších celků
- zavedení efektivního hodnocení příjmů žadatelů o dávky; na druhou stranu bude v hodnocení příjmové situace žadatele brán zřetel nejen na jeho osobní příjmy, ale také na příjmové poměry osob, které mají k žadateli vyživovací povinnost nebo bydlí ve společné domácnosti
- dávky budou vypláceny striktně podle jejich účelu prostřednictvím elektronického platebního prostředku, přičemž příjemce dávky bude rozhodovat o úhradě určité služby či zboží přímo poskytovatelům těchto služeb či zboží; (úhrada za péči, dovoz jídla, pobytové zařízení)
- využití synergií kombinovaného systému
- snížení nároků systému nepojistných dávek na posuzování zdravotního stavu.⁵⁵

Další změnou v zákoně patrně bude že, bude zrušena podmínka minimálního zůstatku příjmu (15%) při stanovení úhrady za stravu a ubytování při poskytování pobytových sociálních služeb. Tato podmínka je vázána na okruh rozhodných příjmů podle zákona o životním a existenčním minimu. Navrhovaným opatřením bude umožněno využít k platbě úhrady za stravu a ubytování nejen dosud takto vymezený okruh příjmů, ale veškeré další finanční prostředky uživatelů zařízení s pobytovými službami, včetně například úspor na vkladech u finančních ústavů nebo jednorázových příjmů. Vzhledem

⁵⁵ Individuální projekt MPSV - Podpora procesů v sociálních službách“ (2010 – 2015)

k tomu, že výše úhrady za stravu a ubytování je stanovena poskytovatelem pobytové sociální služby ve smlouvě o poskytnutí sociální služby, může být dohodou sjednána výše této úhrady tak, aby uživateli pobytové sociální služby byl ponechán určitý zůstatek jeho příjmů k osobní potřebě.

Následně by měli všichni uživatelé pobytových sociálních služeb uzavřít nové smlouvy o poskytnutí sociální služby.

Povinnost uživatele zařízení s pobytovými sociálními službami dokládat výši svých příjmů by se měla zrušit. Tato povinnost byla upravena v souvislosti s podmínkou zachování minimálního zůstatku příjmu při stanovení úhrady za stravu a ubytování.

Základní principy změny ve financování sociálních služeb

Z celé této kapitoly o financování sociálních služeb jasně vyplývá nutnost dalších změn, s kterými se již delší dobu počítá i na nejvyšších místech. Jak nyní z Ministerstva sociálních věcí prosakuje na povrch, chystá se celá další řada zásadních změn. Lze je shrnout do následujících několika bodů.

a) klíčová role příspěvku na péči

- nový způsob posuzování zdravotního stavu podle MKF
- konec souběhu příspěvku na péči a rodičovských dávek
- dvě úrovně příspěvku na péči pro děti, pro dospělé jedna.
- k rozhodnutí o stupni závislosti se bude vázat sociální karta, která bude jak platebním prostředkem, tak i průkazkou tzv. mimořádných výhod
- sociální karta se váže na virtuální konto, žádné hotovostní operace, ale převody peněz poskytovatelům na účet

Jeden z návrhů výše příspěvku na péči:

Výše příspěvku pro osoby do 7 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 6 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 7 500 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 12 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 15 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby od 7 do 18 let věku činí za kalendářní měsíc

- a) 4 000 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 6 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 10 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 13 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc

- a) 800 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost),
- b) 4 000 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost),
- c) 8 000 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost),
- d) 12 000 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost).⁵⁶

b) mikroekonomické aspekty

- zrušení některých limitů v zákoně 108/2006 Sb.
- služba vždy na písemném smluvním základě
- nové smlouvy i se současnými klienty do konce ledna 2012
- kdo pečuje za příspěvek na péči, bere odměnu za práci

⁵⁶ MPSV, Unie zaměstnavatelských svazů ČR, Svaz měst a obcí České republiky

c) makroekonomické aspekty

- spoluúčasť miestnych a krajských rozpočtov ako podmienka kofinancovania ze štátneho rozpočtu tzn. zajišteni vícezdrojovosti
- presun časti dotačných prostriedkov do príspevku na péči a tým do nepriameho financovania
- redistribuciu prostriedkov na služby terénnej, ambulantnej, poradenskej a preventívnej budú mať na starosť kraje
- Ministerstvo práce a sociálnych vecí k tomu vydá tzv. väzacie pravidla formou NV
- nutná príprava krajů na Altmarkskej kritéria.⁵⁷

Pokud budú všetky tieto body opravdu realizované, dojde k významnej preštavbe systému sociálnych služieb, jehož novodobé základy byly postaveny v roce 2006.

⁵⁷ MPSV - „Principy zmeny ve financování sociálních služeb v současných novelizacích“(dokument), 2011

VII. Poskytovatelé sociálních služeb

Registrace sociálních služeb

Sociální služby lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování sociálních služeb. Toto oprávnění vzniká na základě rozhodnutí o registraci při splnění stanovených podmínek. Na rozhodnutí o registraci je právní nárok.

Poskytovateli sociálních služeb mohou být obce a kraje a jimi zřizované právnické osoby na základě §23 zákona č. 250/2000 Sb., o rozpočtových pravidlech územních rozpočtů, další právnické osoby bez ohledu na jejich právní formu, fyzické osoby a Ministerstvo práce a sociálních věcí a jím zřízené organizační složky státu. Podmínky registrace nalezneme v §79 zákona o sociálních službách. Pokud žadatel prokáže, že splňuje tyto podmínky, je mu rozhodnutí o registraci vydáno. Z této registrační povinnosti ovšem existují výjimky. Registraci nepotřebuje osoba blízká, která poskytuje pomoc, jiná fyzická osoba než osoba blízká, která poskytuje osobě pomoc, pokud tuto činnost neposkytuje jako podnikatel, fyzická nebo právnická osoba, která je usazena v jiném členském státě EU a zdravotnická zařízení ústavní péče, pokud poskytují sociální služby na základě §52 zákona o sociálních službách.

Všechny poskytovatele sociálních služeb na území České republiky nalezneme v Registru poskytovatelů sociálních služeb.⁵⁸ Jeho účelem je mít na jednom místě ucelené informace o jednotlivých poskytovatelích, o druzích sociálních služeb a jejich dostupnosti. Registr vede krajský úřad, který je správcem listinné podoby registru a zpracovatelem jeho elektronické podoby. Naopak správcem elektronické podoby registru je Ministerstvo práce a sociálních věcí. Plnění podmínek stanovených pro registraci kontroluje registrující orgán, který poskytovateli sociálních služeb vydal rozhodnutí o registraci.⁵⁹

⁵⁸ nalezneme: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1298840665361_10

⁵⁹ KRÁLOVÁ, Jarmila; RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči – Komentář, Právní předpisy*. 3.aktualizované vydání. Olomouc : ANAG, 2009. 149-161 s

Otázka kontroly neregistrovaných zařízení

Poskytování sociálních služeb bez oprávnění je správním deliktem, za který lze uložit pokutu až do výše 250 000 Kč.

Je nutné ale upozornit na fakt, že poměrně často dochází k tomuto jevu a fyzická nebo právnická osoba poskytuje nezaregistrované sociální služby takzvaně „načerno“. Provozuje například ubytovnu a tam poskytuje nekontrolovatelnou „péči“ a protože Inspekce kvality v sociálních službách kontrolují pouze služby zaregistrované dle zákona, nelegální služba je dále provozována. Někdy i s názvem Domov pro seniory, kdy osoba zákona neznalá, např. senior, netuší, že se jedná o nelegální službu. Vzhledem k tomu, že se příspěvek na péči vyplácí na „hlavu“ obdrží takovýto provozovatel beze studu státní příspěvek – příspěvek na péči. Někteří prozívatelně nežadají o státní dotace, protože při obdržení této dotace již hrozí kontrola od Ministerstva práce a sociálních věcí. Vyjdou tedy s příspěvkem na péči, úhradami od zdravotních pojišťoven a s tím, co za „služby“ vyberou od ubytovaných seniorů. Práva seniorů jsou zde jednoznačně ohrožena.

Smlouva o poskytování sociálních služeb

Sociální služby jsou poskytovány na smluvním principu. Osoba, která potřebuje sociální služby, a poskytovatel jsou podle zákona povinni uzavřít o poskytnutí sociální služby smlouvu. V některých případech, zvláště u poskytování služeb sociální péče je požadována písemná forma.

Poskytovatel, který požadovanou službu provozuje a má dostatečnou kapacitu pro její zajištění, je povinen smlouvu s osobou, která o poskytnutí služby požádala, uzavřít.⁶⁰

Zákon především přináší rovnost subjektů, které v procesu poskytování sociálních služeb vstupují do vzájemných interakcí, tedy těch, kteří sociální služby provádějí – poskytují (poskytovatelé), a těch, kterým jsou tyto služby určeny (uživatelé). Ti se

⁶⁰ TRÖSTER P. a kol., *Právo sociálního zabezpečení*, 4. přepracované a doplněné vydání, Praha : C.H.Beck, 2008, 294s.

stávají rovnocennými partnery organizacím i jednotlivcům, kteří jsou podle tohoto zákona oprávněni, ale pak i povinni, sociální služby v příslušné kvalitě a rozsahu poskytovat. Smlouva o poskytnutí sociálních služeb je tak výrazem rovného vztahu. Rovnost účastníků smlouvy je dále navíc podtrhována ustanovením § 91 odst. 5 zákona o sociálních službách, podle kterého se pro uzavírání smlouvy a právní vztahy z ní vzniklé použijí ustanovení Občanského zákoníku. Nejde tu zdaleka jen o to, že tam, kde vzniknou jakékoli pochybnosti, pokud jde o práva a povinnosti i další vztahy upravené smlouvou, se subsidiárně použije Občanský zákoník, ale o okolnost, že právě podle této právní normy se postupuje. Právě Občanský zákoník je totiž typickou normou vycházející ve všem ze zásady rovného postavení všech subjektů před zákonem.

Důležitým znakem této smlouvy by měla být též její transparentnost, jasnost a srozumitelnost přiměřená oblasti úpravy vzájemných vztahů i schopnostem a poměrům účastníků, zejména uživatele, protože podmínkou platnosti smlouvy je, že je srozumitelná těm, kteří ji sjednávají.

Kromě výše popsaných náležitostí stanoví zákon některé další. Jsou to druh sociální služby, rozsah jejího poskytování, místo a čas jejího poskytování, výše úhrady stanovená podle dalších zákonných podmínek a způsob jejího placení, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty a doba platnosti smlouvy. V § 91 zákona jsou uvedeny i některé další, speciální podmínky, které účastníky smlouvy zavazují, aniž by bylo nutno něco takového výslovně ve smlouvě uvádět. Zákon totiž do jisté míry omezuje smluvní volnost poskytovatelů, pokud jde o možnost odmítnout uzavření smlouvy na některé, taxativně stanovené případy, a naopak zase stanoví povinnost uživatele předložit poskytovateli posudek registrujícího praktického lékaře o zdravotním stavu uživatele.⁶¹

Předmět smlouvy je esenciální náležitost každé uzavírané smlouvy. Musí být jasné, proč je smlouva uzavírána a jakou oblast vztahů mezi poskytovatelem a uživatelem upravuje. V praxi se tak bude jednat o označení druhu sociální služby, kterou poskytovatel s uživatelem sjednává. Ve smyslu Standardů kvality pak právě sem pojmově náleží též

⁶¹ Smlouvy o poskytování sociálních služeb. *časopis Sociální služby*. č. 2/2009, s. 30-31.

stanovení osobního cíle uživatele, protože právě proto de facto smlouvu sjednává, aby některé své osobní cíle dosáhl. Jejich naplňování má být smlouvou zabezpečováno. Standardy kvality tento požadavek obsahují, a proto by nebylo vhodné při sjednávání smlouvy takové ujednání opominout. Ze smlouvy by tak mělo být patrné, že je její realizací sledováno naplnění konkrétního osobního cíle uživatele.

Obsah je dán zákonem a zejména prováděcí vyhláškou. Ta taxativně stanoví služby, které musí být v rámci jednoho typu sociálních služeb poskytovány.

Pokud jde o možnost výpovědi smlouvy, ze zákona vyplývá, že smlouvu může uživatel vypovědět i bez udání důvodů, naopak poskytovatel musí výpověď smlouvy kvalifikovaně zdůvodnit. Takovým kvalifikovaným důvodem je nepochybně okolnost, že uživatel hrubě porušuje své povinnosti, které mu ze smlouvy vyplývají, zejména že neplatí úhradu, k níž se zavázal a to i přes upozornění. Totéž platí i při opakovaném hrubém porušování dalších povinností a případně i tehdy, jedná-li a vystupuje-li vůči zaměstnancům uživatele způsobem, kterým jsou hrubě porušována jejich lidská a občanská práva, oprávněné zájmy a v neposlední řadě jejich důstojnost. Součástí ustanovení o možnosti smlouvu vypovědět je nezbytně i stanovení výpovědních lhůt. Tyto lhůty by měly být stanoveny s ohledem jak k možnostem poskytovatele, tak i uživatele, aby například příliš krátkou výpovědní lhůtou nedošlo ke škodě žádné ze stran smlouvy.⁶²

Z navrhované změny týkající se smlouvy o poskytnutí sociální služby:

Podmínkou poskytování sociálních služeb je uzavření smlouvy o poskytnutí sociální služby mezi osobou (uživatel) a poskytovatelem sociální služby. V případech, kdy osoba není schopna podle lékařského posudku ošetřujícího lékaře sama jednat a nemá zákonného zástupce, zastupuje ji při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností. Účelem této platné právní úpravy je především umožnit takové osobě, aby jí mohla být poskytována potřebná sociální služba na základě smlouvy v co nejkratší době. Dosavadní poznatky praxe ukazují nedostatky v zastupování zájmů osob ze strany obecních úřadů z důvodů vysoké administrativní zatíženosti těchto úřadů. Proto se v zájmu ochrany práv uvedených osob navrhuje, aby byl po uzavření smlouvy v

⁶² Smlouvy o poskytování sociálních služeb. *časopis Sociální služby*. č. 3/2009, s. 30-32

zastoupení obecního úřadu na základě návrhu tohoto úřadu ustanoven opatrovník soudem.⁶³

Střet zájmů: klient/ uživatel vs. poskytovatel sociální služby

Zde bych se chtěla zmínit o etickém problému, který se se zavedením zákona č.108/2006 Sb. objevil. Týká se dotací od Ministerstva práce a sociálních věcí, které se poskytují na základě „OK systému“.⁶⁴ Neuspokojivost tohoto systému lze spatřovat v tom, že výše zmíněná dotace je přímo úměrná počtu klientů s příspěvkem na péči. Přirozená reakce zařízení poskytujících sociální služby je tedy sdružovat klienty s co nejvyšším příspěvkem na péči a fakticky je na této úrovni udržet. Toto jde ale přímo proti smyslu zákona o sociálních službách, jehož cílem je zvyšovat samostatnost klienta pomocí využití služeb sociální péče a zlepšovat schopnost samostatného života. Zlepšení stavu příjemce příspěvku, který může vést ke snížení či až úplnému odebrání příspěvku, není v tuto chvíli pro zařízení výhodné. Nejen, že ztratí finanční prostředky, ale v důsledku by mělo dojít i k přemístění klienta, protože již služby poskytované zařízením nevyužívá (pokud si je zvlášť nezaplatí) a zajištění jiného ubytování.

Nejvhodnějším řešením by podle mého názoru bylo zavedení paušální platby jako tomu bylo dříve. Tím by byl odstraněn základ problému, tedy to, že by zařízení přestaly mít strach z uzdravení svých klientů.

Pozitivní změny v tomto směru očekávám od nového, již zmiňovaného projektu Transformace sociálních služeb.

⁶³ MPSV, Unie zaměstnavatelských svazů ČR, Svaz měst a obcí České republiky

⁶⁴ *OK system* [online]. 2009 [cit. 2011-02-2]. OK system. Dostupné z WWW: http://www.oksystem.cz/onas/servis-pro-novinare/tiskove-zpravy/2009/200909_mpsv

Standardy kvality sociálních služeb

SQSS jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována nezbytná úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personální, procedurální a provozní.

Procedurální standardy kvality sociálních služeb (stručný popis)

1. Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb

Cílem sociálních služeb je umožnit lidem v nepříznivé sociální situaci využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti i přirozené vztahové sítě, zůstat součástí přirozeného místního společenství a žít běžným způsobem. Poskytované sociální služby zachovávají a rozvíjejí důstojný život těch, kteří je využívají, jsou bezpečné a odborné. Cílem sociálních služeb je vytvářet příležitosti, které umožní lidem v nepříznivé sociální situaci přístup ke všem službám poskytovaným veřejnosti, možnost žít ve vlastním domácím prostředí, mít smysluplné vztahy s rodinou a dalšími lidmi, chodit do práce a do školy. Současně jsou služby poskytovány podle jasných postupů, které má zařízení formulovány v metodice. Postupy jsou formulovány tak, aby byl minimalizován vznik předsudků společnosti vůči uživatelům sociálních služeb.

2. Ochrana práv osob

Zařízení/služba ve své činnosti respektuje základní lidská práva uživatelů služeb, jejich nároky vyplývající z dalších platných obecně závazných norem a pravidla občanského soužití. Zařízení shromažďuje a vede takové údaje o uživatelích, které umožňují poskytovat bezpečné, odborné a kvalitní sociální služby. Zařízení vytváří podmínky k tomu, aby zpracování osobních údajů odpovídalo platným obecně závazným normám.

3. Jednání se zájemcem o sociální službu

Zájemce o službu je před uzavřením dohody seznámen se všemi podmínkami poskytování služby. Pracovník zařízení zjišťuje, co zájemce od služby očekává, a společně pak formulují, jakým způsobem bude poskytovaná služba dohodnuté cíle naplňovat. Zařízení/služba přitom dbá na to, aby zájemce o službu věděl o všech

podmínkách, které se k poskytování služby vztahují a aby jim rozuměl. Je důležité, aby své potřeby a zájmy určil zájemce o službu, nikoli zařízení.

4. Smlouva o poskytování sociální služby

Sociální služby jsou uživateli poskytovány na základě uzavřené dohody o poskytování služby. Dohoda stanoví všechny důležité aspekty poskytování služby včetně osobního cíle, který má služba naplňovat. Dohoda by měla být uzavírána písemně, v odůvodněných případech (v závislosti na charakteru služby) ústně. Všechny dohody musí být evidovány.

5. Individuální plánování průběhu sociální služby

Poskytování služeb vychází z osobních cílů a potřeb uživatele a je postaveno především na jeho schopnostech. Průběh služby je přiměřeně plánován. Sociální služby jsou individuálně přizpůsobeny potřebám jednotlivých uživatelů, uživatelé musí mít možnost ovlivňovat jejich průběh a měnit osobní cíle, kterých chtějí prostřednictvím služeb dosáhnout. Zařízení se zajímá o osobní přání, zájmy a cíle uživatelů služeb, je schopno poskytovat služby cíleně a efektivně s využitím potenciálu jednotlivých uživatelů. Postup, na kterém se zařízení s uživatelem služeb dohodne, musí být v závislosti na charakteru a rozsahu služby zachycen v dokumentaci.

6. Dokumentace o poskytování sociální služby

Poskytovatel/služba má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Poskytovatel/služba vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby.

Poskytovatel/služba má stanovenou dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

7. Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby

Kritéria upřesňují postup pro přijímání a vyřizování stížností na kvalitu a způsob poskytování sociálních služeb včetně možnosti prošetření vyřizené stížnosti.

8. Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje

Služba/pobytové zařízení aktivně podporuje uživatele ve využívání běžných služeb, které jsou v daném místě veřejné. Dále zařízení podporuje uživatele ve využívání vlastních přirozených sítí, jako je rodina, přátelé a snaží se předejít jeho návyku na sociální službu. V případě potřeby umožňuje využívání dalších sociálních služeb.

Personální standardy kvality sociálních služeb (stručný popis)

9. Personální a organizační zajištění sociální služby

Management služby/zařízení stanoví potřebnou strukturu a odpovídající počet pracovníků, kteří zajišťují jak samotné služby, tak technické a administrativní zázemí, a tomu přizpůsobí pravidla pro výběr nových pracovníků, požadavky na jejich kvalifikaci a zaškolení. Stejně podmínky platí i pro dobrovolné pracovníky či studenty na praxi. Struktura, počet pracovníků i jejich vzdělání a dovednosti odpovídají potřebám uživatelů služeb a umožňují naplňování standardů kvality sociální služby. Noví pracovníci jsou zaškoleni.

10. Profesní rozvoj zaměstnanců

Zařízení/služba zajišťuje profesní rozvoj pracovních týmů a jednotlivých pracovníků, jejich dovedností a schopností potřebných pro splnění veřejných závazků zařízení i osobních cílů uživatelů služeb. Ve službách dochází k těsné vazbě mezi uživateli a pracovníky, kteří jsou s uživateli v přímém kontaktu. Na těchto pracovnících přímo závisí kvalita služby, a je proto potřeba jim věnovat velkou pozornost.

Provozní standardy kvality sociálních služeb (stručný popis)

11. Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby

Kritéria upřesňují požadavky na místní a časovou dostupnost služeb pro uživatele. Denní doba, kdy jsou služby poskytovány, musí odpovídat možnostem osob, které je využívají. Současně se sleduje, zda závazky, které v tomto ohledu zařízení/služba učiní, odpovídají skutečnosti. Místo a denní doba poskytování služby odpovídají cílům a charakteru služby a potřebám cílové skupiny uživatelů.

12. Informovanost o poskytované sociální službě

Zařízení/služba zpřístupňuje veřejnosti informace o poslání, cílech, principech a cílové skupině uživatelů služeb a další informace, které usnadní orientaci pro zájemce o služby a jiné subjekty, čímž přispívá k dostupnosti služeb.

13. Prostředí a podmínky

Prostředí a podmínky v zařízení odpovídají kapacitě, charakteru služeb a potřebám uživatelů. Zařízení/služba dbá na to, aby byly plněny všechny platné obecně závazné normy související s poskytováním sociálních služeb.

14. Nouzové a havarijní situace

Zařízení/služba, pracovníci i uživatelé jsou připraveni na řešení havarijních a nouzových situací.

15. Zvyšování kvality sociální služby

Vedení služby/zařízení dbá o to, aby se kvalita poskytovaných služeb zvyšovala. Do hodnocení kvality služeb zapojuje uživatele služeb i pracovníky.

Inspekce kvality sociálních služeb

Inspekce kvality sociálních služeb, tedy kontrola poskytování služeb, je prováděna formou státní kontroly podle zákona č. 552/1991 Sb., o státní kontrole. Její postup se řídí zákonem o státní kontrole s určitým specifickými odchylkami, které upravuje zákon o sociálních službách. Inspekci provádějí krajské úřady a Ministerstvo práce a

sociálních věcí České republiky. Inspekci podléhají všichni poskytovatelé sociálních služeb, kterým bylo vydáno rozhodnutí o registraci, a dále poskytovatelé sociálních služeb uvedení v §84 zákona o sociálních službách, u nichž se registrace nepožaduje (paradoxem ovšem je, jak již bylo rozebráno v předchozí kapitole, že nelegální služby nikdo oficiálně nekontroluje).

Inspektor kvality sociálních služeb se zasazuje o zvyšování a rozvoj kvality sociálních služeb tak, aby tyto služby dodržovaly práva těch, kteří je užívají a účinně jim pomáhaly posilovat jejich nezávislost, naplňovat osobní aspirace, využívat běžných životních příležitostí a přispívaly k jejich sociálnímu začleňování.

Inspektor kvality sociálních služeb se také snaží zvyšovat povědomí poskytovatelů sociálních služeb, jejich zřizovatelů, orgánů veřejné správy, politické reprezentace naší země i veřejnosti o tom, co je míněno kvalitní sociální službou a přispívá k tomu, aby tyto subjekty považovaly zajištění takových služeb občanům za svoji prioritu. Toto poslání naplňuje jak prováděním inspekci na všech úrovních, tak svojí další činností, zejména zobecňováním zkušeností z inspekci a jejich předáváním odpovědným institucím.

Dále respektuje lidská práva při všech činnostech souvisejících s výkonem inspekce, prosazuje a hájí respekt k lidským právům obecně ve společnosti.

S informacemi získanými v souvislosti s výkonem inspekce nakládá inspektor s potřebnou důvěrností a poskytuje jim příslušnou ochranu. Přihlíží přitom k právu na ochranu osobních údajů a k platné metodice inspekci.

Nejčastějšími důvody, pro které poskytovatelé nesplňují podmínky inspekce, bývá například špatná formulace veřejného závazku, tedy poslání a cílů sociální služby, okruhu osob, kterým je služba určena a zásad poskytované sociální služby. Stává se, že z jejich poslání není zřejmé, o jakou službu jde nebo je formulováno příliš obecně. Někdy má poskytovatel více verzí poslání, které jsou uváděny v různých materiálech.

U velkých pobytových zařízení nastávají někdy problémy se zajišťováním práv osob, kterým se sociální služba poskytuje. V praxi se setkáváme spíše s přístupem pečujícím a vycházejícím ze zdravotnického modelu než s přístupem partnerským, který respektuje jedince se všemi jeho právy. Problémy nastávají také při naplňování požadavků

jednotlivých kritérií k individuálnímu plánování služby. Poskytovatelé nemají zpracované metodiky nebo nedostatečně zpracované metodiky/manuály, ze kterých by bylo zřejmé, jak službu s uživatelem plánují a jak ji průběžně hodnotí. Při inspekci se zvláště posuzují kritéria, zda uživatel s poskytovatelem plánuje a zda a jak společně hodnotí naplňování osobních cílů. Bývá také nejasně formulována role klíčového pracovníka a někteří uživatelé ani nevědí, kdo je jejich klíčovým pracovníkem a jaký má pro ně význam.

U smlouvy, kterou poskytovatel sociální služby uzavírá s uživatelem, zase někdy nebývá uveden osobní cíl uživatele a ze smlouvy nevyplývá její individualita. Problémem je, pokud má poskytovatel všechny smlouvy stejné a není z nich patrné, jak vycházejí z individuálních potřeb uživatele.

Častým zdrojem obtíží bývá také získávání a uchovávání osobních a citlivých údajů. Poskytovatelé je někdy získávají zbytečně a pro tvorbu kvalitní smlouvy je nepotřebují. S tím souvisí i nedostatečná ochrana získaných údajů, má k nim přístup více osob, které s uživatelem ani nepracují a nemají tedy právo s daty nijak nakládat a mít k nim přístup.

Pokud jde o zajištění možnosti klientů/uživatelů služeb podávat stížnosti, bývají schránky či jiná místa, kam se dají ukládat nevhodně umístěna. Naprosto nevhodná jsou například místa, která jsou naproti dveřím ředitelny či na vrátnici. Je nutné polohu schránky přizpůsobit i lidem na vozíku a umístit ji do vhodné výšky, aby ani tito lidé nebyli nijak diskriminováni.⁶⁵

⁶⁵ KRUTILOVÁ, Dagmar; ČÁMSKÝ, Pavel; SEMBDNER, Jan. *Sociální služby : Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných služeb*, 2008. 223 s.

VIII. Restriktivní opatření

Historický vývoj

Dnes je již samozřejmostí, že každá lidská bytost, tedy i mentálně postižení či senioři s poruchami kognitivních funkcí, jsou plnohodnotnými členy naší společnosti. Ne vždy tomu tak ale bylo a v průběhu historie se přístup k těmto lidem a péče o ně výrazně proměňovala.

S příchodem křesťanství dochází v 10. století k zakládání filantropické hospitální soustavy při kláštorech jednotlivých církevních řádů. Jen ojediněle zde však byli přijímáni duševně chorí, kteří zde byli ponecháni svému osudu a pobytem ve špitále byli pouze chráněni před ústrky a posměchem, kterému byli vystaveni na veřejnosti.

V době renesance pak přešla organizační a administrativní iniciativa z klášterních špitálů do správy městské, ve Znojmě byl v roce 1458 zřízen dům „Hospitale hominum rationem non habentium“, který byl určen výhradně pro zaopatření 5 – 15 duševně chorých. Tento dům byl dotován z městských prostředků. Šlo o první samostatný azyl pro duševně choré na území tehdejšího Království českého. V Evropě vznikaly první azyly pro duševně nemocné v Anglii a Španělsku v 15. století. V ostatních částech Evropy až ve století 16. V tom samém období se setkáváme rovněž s prvními pravidly pro zacházení s duševně chorými. Byli opatrováni příbuznými, kteří za ně nesli veškerou zodpovědnost. V městských zařízeních bývali připoutáni nebo vyvázeni v dřevěných či železných klecích a vystavováni k pobavení a obveselení ostatních spoluobčanů. Například v Brně byli takto vystavováni až do roku 1770.

Počátek systematické péče o duševně choré začíná v Čechách až ve druhé polovině 18. století. Řád milosrdných bratří začal zřizovat při svých nemocnicích samostatná oddělení nebo pokoje pro ošetřování duševně chorých, zejména v Brně a v Praze roku 1783. V roce 1821 bylo na Pražské lékařské fakultě zavedeno „vyučování o choromyslnictví“ jako povinný předmět pro posluchače lékařství.

Velkou zásluhu o rozvoj psychiatrie v Praze získal Jan Theobald Held, který dokonale ovládal teoreticky i prakticky soudobé znalosti psychiatrie a problematiku duševních chorob. V ústavu pro choromyslné u sv. Kateřiny zřídil knihovnu, čítárnu, hudební

místnost, zavedl léčbu prací, tělesná cvičení apod. Při ošetřování zdůrazňoval trpělivost, vlídnost a lásku k duševně nemocným.

Období 19. století se pak nese ve znamení budování velkých ústavních zařízení pro psychicky nemocné. Tato zařízení mívala kapacitu několik set lůžek. Ve druhé polovině 19. století byly po celé republice budovány pobočky pražského ústavu pro duševně nemocné v Čechách a brněnského ústavu na Moravě.

Neméně intenzivní byl také rozvoj ambulantní psychiatrické péče..

Po druhé světové válce je možno vymezit druhou fázi vývoje, charakterizovanou narůstajícím zapojováním psychiatrické péče do systému „sociálního státu“. V 50. a 60. letech s výjimkou Velké Británie a Irska v Evropě počet psychiatrických lůžek rychle narůstal. V roce 1971 měla čtvrtina psychiatrických léčeben v evropské oblasti Světové zdravotnické organizace více než 1000 lůžek.⁶⁶

Na problematiku restriktivních opatření je intenzivněji upozorňováno již někdy od roku 1989, kdy Česká republika čelila kritice ostatních evropských států za používání restriktivních opatření v sociálních, zdravotnických a psychiatrických zařízeních. V roce 2002 navštívil české ústavy sociální péče a psychiatrické ústavy zástupce Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestání. Výsledkem byla kritika používání a někdy až zneužívání restriktivních opatření, obzvláště používání klecových a síťových lůžek. Toto vyvolalo širokou diskusi nejen ve vědeckých kruzích a strhla se lavina článků a reportáží o poměrech v českých ústavech, čím se otevřela česká Pandořina skříňka. Na základě těchto událostí vydalo Ministerstvo práce a sociálních věcí metodický pokyn, který zavedl možnost použití klecových lůžek jen v mimořádných situacích.

V praxi je možné sledovat nahrazování jednoho restriktivního opatření jiným povoleným typem, u kterého však bude stále sporné, jestli je vůči klientovi/ uživateli služby humánnější. Jedná se například o zvýšenou medikaci.⁶⁷

⁶⁶ DODKOVÁ, M.: Historie psychiatrie v Čechách, k dispozici na http://www.psychiatrikasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-historie-psychiatrie/historie-psychiatrie-v-cechach

⁶⁷ KULICHOVÁ, R. Příloha VI – Problematika restriktivních opatření v České republice.

V současné době naštěstí trend směřuje k omezování pobytu v ústavní péči a demedikaci.

Dodržování lidských práv v sociálních službách

Ustanovení § 2 zákona o sociálních službách mimo jiné stanoví, že sociální služby musí být poskytovány tak, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. Pojem lidská práva je značně široký. Jsou pro občany České republiky garantována mnoha právními předpisy a nejedná se pouze o Listinu základních práv a svobod, ale i o řadu mezinárodních úmluv, které Česká republika ratifikovala, tudíž jsou pro ni závazné. Obdobná práva jako v Listině nalezneme např. v Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, Úmluvě o ochraně lidských práv a základních svobod a Úmluvě o právech dítěte. Zákaz mučení a jiného krutého, nelidského či ponižujícího zacházení stanovuje Úmluva proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání a Evropská úmluva o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení. Všechny tyto úmluvy jsou součástí právního řádu, stejně jako jiné právní předpisy, například zákon o sociálních službách, zákon o rodině a občanský zákoník.⁶⁸

Základní lidská práva náleží každému bez rozdílu. Ukazuje se ale, že některé skupiny osob jako jsou například senioři, přestože tato práva mají, jsou schopny je realizovat pouze s pomocí ostatních lidí. Jde většinou o práva, která my považujeme za samozřejmou součást, že si v běžných situacích jejich existenci většinou ani neuvědomujeme. Problém začneme cítit teprve ve chvíli, kdy někdo druhý naše práva začne porušovat.⁶⁹

In HAICL, M. a kol. *Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek*. Praha, 2006, s. 50-52.

⁶⁸ *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 188 s.

⁶⁹ *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 188 s.

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.

Již článek 1 Listiny⁷⁰ nám říká, že: „Lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech. Základní práva a svobody jsou nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné“. Lidská důstojnost, která přísluší každému člověku, je zcela nezávislá na rase, pohlaví, barvě pleti či jazyka, ale její uznání a ochrana je právě u potřebných členů naší společnosti leckdy problematická. Přestože může být lidská důstojnost znevažována či respektována, nikdy jí nemůžeme druhému odebrat. I proto důraz na její zachovávání zařazuje zákon o sociálních službách mezi základní zásady.

Z nálezu Ústavního soudu

Podle nálezu Ústavního soudu je těžištěm ústavního pořádku České republiky jednotlivec a jeho práva garantovaná ústavním pořádkem ČR. Jednotlivec je východiskem státu a stát a všechny jeho orgány jsou ústavně zavázány k ochraně a šetření práv jednotlivce. Pojetí naší ústavnosti se přitom neomezuje na ochranu základních práv jednotlivců (kupř. právo na život, zaručení právní subjektivity), ale v souladu s poválečnou změnou v chápání lidských práv (jež našla vyjádření např. v Chartě OSN či ve Všeobecné deklaraci lidských práv) se stala základní bází, z níž vychází interpretace všech základních práv, lidská důstojnost, která mj. vylučuje, aby s člověkem bylo zacházeno jako s předmětem. Otázky lidské důstojnosti jsou v tomto pojetí chápány jako součást kvality člověka, součást jeho lidství. Garantování nedotknutelnosti lidské důstojnosti člověku umožňuje plně užívat své osobnosti. Tyto úvahy stvrzuje preambule Ústavy ČR, která deklaruje lidskou důstojnost za nedotknutelnou hodnotu, stojící v základu ústavního pořádku ČR. Stejně tak Listina základních práv a svobod garantuje rovnost lidí v důstojnosti a garantuje subjektivní právo na zachování lidské důstojnosti.⁷¹

⁷⁰ Zákon č.2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

⁷¹ Nález Ústavního soudu ÚS 412/04, ASPI

Jaká práva jsou ohrožena?

V zařízeních poskytujících sociální služby a zdravotních zařízeních jsou v ohrožení převážně právo na osobní svobodu, právo na důstojné zacházení, na ochranu soukromí, na rodinný a partnerský život, právo svobodně se rozhodnout, právo na lékařskou péči a kvalitní a kvalifikovanou pomoc a právo na společenský život.⁷²

Právo na osobní svobodu

Právo na osobní svobodu je mimo jiné zaručeno v Listině základních práv a svobod, kde je v článku 8 odst.1 uvedeno, že osobní svoboda je zaručena. Respektování osobní svobody nám umožňuje uskutečňovat svá přání, naplňovat své potřeby a určovat, co je pro nás důležité. Úkolem pracovníků je, aby dokázali předcházet restrikcím a restriktivním opatřením, jejichž použití není nevyhnutelné, a které by znamenaly zbytečné omezení osobní svobody a omezení pohybu uživatelů. Zásah do osobní svobody je možný pouze na základě vymezení zákona. Ten stanovuje, kdy, jak a po jakou dobu může trvat zásah do výše vyjmenovaných práv. Zároveň je zákonem upraveno, kdo o zásahu rozhoduje a možnosti následného přezkumu tohoto zásahu. I Zákon o sociálních službách se ve svých ustanoveních zabývá omezením svobody pohybu, a to konkrétně v § 89, který se týká opatření omezujících pohyb osob.

K omezování práva na volný pohyb může docházet jak uvnitř budovy, tak i mimo její prostory. Uvnitř budovy se tak děje dveřmi uzamykatelnými pouze zvenku pokoje, uzamykatelnými dveřmi mezi jednotlivými odděleními či používáním zakázaných postranic u postelí klientů/uživatelů služby. Povolené jsou jen postranice, které si může uživatel služby sám odejmout nebo pokud k jejich užití dá souhlas. Jako alternativní postup pro tyto uživatele je třeba vzít úvahu možnost velmi nízkého lůžka či matrace umístěné přímo na podlaze (jen velmi výjimečně a v odůvodněném případě) v prostředí, které však musí být útulné a důstojné, dostatečně teplé. Mimo prostory areálu zase dochází k tomu, že není umožněn volný bezbariérový přístup z budovy či jsou zamykány vstupní dveře do budovy.

⁷² *Veřejný ochránce práv* [online]. 2009 [cit. 2011-02-19]. Souhrnná zpráva z návštěv soukromých zařízení sociálních služeb pro seniory. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/?id=101686>>.

Klient/uživatel služby má právo rozhodovat o svém pohybu. Nemělo by mu být bráněno v rozhodování a jeho seberealizaci, tedy v tom, kam chce jít a co tam chce dělat. Dilema nastává ve chvíli, kdy klient/uživatel služby trpí duševní chorobou nebo například poruchou kognitivních funkcí nebo Alzheimerovou nemocí, chce opustit prostory zařízení, ale bez dohledu mu hrozí újma na zdraví či na životě. V tomto případě by mohlo být řešením, ke kterému ve své zprávě dospěl i ombudsman⁷³, zajištění dostatečného počtu personálu, aby pokud bude chtít jít klient/uživatel služby ven, nebylo nutné mu v tom fyzicky bránit, ale doprovodit ho a uspokojit tím jeho potřebu. Je známo, že zvláště u nemocných s Alzheimerovou chorobou, se mohou dostávat záchvaty agrese, kterou mimo jiné může vyvolat i bránění tomuto člověku v pohybu.

Dalším způsobem řešení je možno se inspirovat v zahraničí, kde je tato potřeba uživatele služby pohybovat se, řešena již v samém počátku stavby zařízení. Stačí areál zařízení architektonicky přizpůsobit a postavit obytnou část spolu s kanceláři pracovníků do tvaru obdélníku se zahradou uvnitř a vně, do které bude ústít většina dveří a uživatel služby tak bude moci neustále procházet a vycházet, aniž by měl pocit omezení, ale současně se nedostával do nebezpečných situací a byl stále pod dohledem pověřených pracovníků. Jak již bylo osvědčeno v USA, není ani problém, aby byly průchozí i kanceláře zaměstnanců a v objektu se tak nacházelo co nejméně zavřených či zamčených dveří. Senior není malé dítě a je tedy minimální hrozba, že by v kanceláři způsobil nějakou újmu a shozený papír se dá jistě snadno sebrat.

Pokud je již poskytovatel nucen omezit volnost pohybu uživatele, lze tak podle §89 zákona o sociálních službách učinit pouze z důvodu přímého ohrožení zdraví a života uživatele či zdraví a života jiných osob. Toto omezení lze však použít pouze na nezbytně nutnou dobu, pokud selhala jiná opatření, která by zabránila ohrožení zdraví uživatelů.

Omezování pohybu je však třeba předcházet, aby nebylo nutné k němu přistupovat. Jak nám říká zákon v odstavci druhém výše zmíněného paragrafu, je třeba dříve než dojde

⁷³ *Veřejný ochránce práv* [online]. 2009 [cit. 2011-02-19]. Souhrnná zpráva z návštěv soukromých zařízení sociálních služeb pro seniory. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/?id=101686>>.

k nejkrajnějšímu řešení situace - k opatřením omezující pohyb, využít pro zklidnění situace například odvrácení pozornosti, rozptýlení či aktivního naslouchání (více v podkapitole „Šetrná sebeobrana“). Pro tyto situace má mít zařízení zpracován metodický pokyn, jak v takové situaci postupovat. Tuto povinnost nalezneme v Standardu QSS č.2.⁷⁴

Postup při omezení pohybu zásahem jiné osoby s využitím moci/fyzické síly jako reakce na agresivní chování uživatele, je jediný postup, který má oporu v § 89 zákona o sociálních službách.

Toto ustanovení se vztahuje na situace, kdy uživatel přímo ohrožuje svoje zdraví nebo život dalších osob tím, že fyzicky napadne jiné osoby nebo ubližuje sobě. Zákon o sociálních službách v § 89 primárně vychází z požadavku rizikového chování předcházet v rámci prevence (risk management) a terapie. Pokud již rizikové chování u uživatele nastane, zákon stanoví přesný postup, který musí poskytovatel použít.⁷⁵

Nicméně zásah do lidských práv klienta/uživatele služby, byť má podporu v již několikrát zmíněném §89, nelze považovat za legitimní, pokud nerespektuje důstojnost uživatele. Vzhledem k stále trvajícím vývoji úpravy sociálních služeb a směru, kterým se ubírají lze předpokládat, že tento výrazný zásah do lidské svobody bude v budoucnosti úplně nebo částečně odstraněn.

Postranice - jiný úhel pohledu

Musíme si připustit, že všechny mechanické pomůcky můžeme využívat i zneužívat. Pro seniora s Alzheimerovou chorobou můžeme polohovací vak dobře využít pro pohodlné sezení při dívání se na televizi, současně jej však můžeme zneužít jako restrikcii, která nám zajistí, že z vaku se senior sám nedokáže zvednout.

Je důležité si uvědomit, že omezení pohybu nepřináší pouze chybné použití mechanických pomůcek, ale i absence těchto mechanických pomůcek. Člověk s

⁷⁴ Příloha č.2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

⁷⁵ *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 188 s.

tělesným handicapem je bez holí, bez vozíku, bez chodítka nebo bez hrazdičky nad postelí také velmi nebo zcela omezen ve svém pohybu. Tato možná pochybení personálu jsou, na rozdíl od mechanických pomůcek typu klecového lůžka se sítí nebo postranic, supervizí nebo kontrolou kvality služeb daleko hůře dohledatelná.

Kdy je tedy použití postranic restrikcí a kdy ochranou? Při tomto rozhodování se musíme držet fyzického věku uživatele, nikoliv věku mentálního a současně jeho motorických dovedností. Použití postranic by mohlo být u některých uživatelů plně přípustné, u některých uživatelů plně zakázané a u některých uživatelů by mělo být přípustné pouze po určitý čas ve dne nebo v noci a vždy odůvodněné.

V naší kultuře je normální využívat dětských postýlek u zdravých dětí přibližně do tří let věku. Do tohoto věku se tedy u dětí s jakýmkoliv handicapem při použití dětské postýlky nejedná o zneužití restriktivního opatření, zvláště pak pokud je používána pouze na spaní nebo na krátký odpočinek v průběhu dne. Jakmile je uživateli více let, musíme zdůvodnit použití postranic nebo jiných bariér kolem postelí. Takovýmto důvodem může být fakt, že uživatel může v noci spadnout a zranit se.

Toto je také nejčastější argument pro používání postranic. Zde velmi záleží na individuálních motorických dovednostech uživatele. Nejjednodušší řešení se nabízí u uživatelů z důvodu handicapu motoricky značně nezdatných. Pokud se jedná o uživatele s tak těžkým kombinovaným handicapem, že kvůli němu není schopen lézt, chodit nebo se plazit, ale současně se může převalit přes bok a tak z postele spadnout, je použití postranice správné. Postranice není v tomto případě restrikcí, ale ochranou, která zkvalitňuje jeho živo. Postranice totiž neomezuje uživatele v pohybu, protože uživatel pohybu po místnosti není sám z důvodu svého motorického handicapu prostě schopen.

U uživatelů s lehčím zdravotním postižením je nutné zajistit možnost otevření postranice uživatelem samotným. Postranice jsou upraveny tak, že se nedají při pohybech ve spánku otevřít, ale odstrčením zástrčky uživatelem po probuzení se postranice sama bez pomoci personálu otevře. U seniorů nemusí být postranice po celé délce postele, může být pouze z jedné nebo ze dvou třetin tak, aby uživatel v noci mohl sám bez asistence personálu postel opustit a současně z ní při spánku nespádl. Můžeme také pod postel dát ještě jednu matraci. Nejvhodnější řešení nalezneme na základě

rozhovoru s klientem/uživatelé služby a vyhodnocením jeho zdravotního stavu v relaci finančních možností daného zařízení.

Další variantou je informovaný souhlas uživatele služby k použití postranice. Zde se plně respektuje rozhodnutí uživatele i v případě, že by chtěl postranici bez možnosti otevření.

Větší dilema je u uživatelů, u kterých je z důvodu handicapu přiměřené riziko pádu zvýšené a současně motoricky nezvládnou samostatné otevření postranice. Zde si můžeme pomoci již výše zmíněnou dvoutřetinovou postranicí nebo další matrací před postelí. Lze také zjednodušit zavírání a přizpůsobit ho schopnostem uživatele (existuje i elektrický ovladač postranic).

Občas se lze setkat s argumentací, že se uživatel v posteli s postranicí cítí dobře a vyhledává ji i přes den (např. u Autistů). Pravou pohnutkou však spíše bývá nezvládnutí chování uživatele než jeho aktivní vyhledávání soukromí.⁷⁶

Aktivní naslouchání

Aktivní naslouchání znamená, že projevujeme úctu k partnerovi, snažíme se získat potřebné informace a můžeme tím předejít mnoha zbytečným nedorozuměním, která mohou vyústit v nepříjemný konflikt. Základem aktivního naslouchání je otevřená komunikace a je nutné hlídat si soulad mezi svými slovy, svou neverbální komunikací a svými činy. Během rozhovoru je nutné se zcela soustředit na to, co nám druhý sděluje a jak nám to sděluje. Na partnera (může jím být uživatel služby či jeho rodinný příslušník klienta) se díváme a udržujeme s ním oční kontakt, pokud možno ve stejné rovině očí. Pro partnera je důležité poznat, že ho opravdu posloucháte, a proto je vhodné přitakávat či pokývat hlavou. Podpoříme ho v tom i povzbuzováním k dalšímu sdělení a vyvarováním se častému používání slova „já“. Snažíme se nedávat sugestivní či uzavřené otázky typu „ano-ne“. Musíme se totiž snažit nejprve pochopit toho druhého, abychom pak byli sami pochopeni.

⁷⁶ *Asociace průvodců v problematice rizikového chování* [online]. 2009 [cit. 2009-04-15]. Aktuality. Dostupné z WWW: <<http://www.restrikce.cz/index.htm>>.

Svoboda volby

Dále má klient/uživatel služby samozřejmě právo svobodně se rozhodnout, toto se týká například možnosti zvolit si čas, kdy bude vstávat a co bude jíst. V minulosti bylo ustálenou praxí, že díky danému režimu byl uživatel buzen v určitou hodinu hromadně spolu s ostatními ubytovanými kvůli provádění hygieny a ostatních činností či byl nucen jíst dietní nebo mixovaná jídla. Přestože může být dietní strava předepsána lékařem, není možné uživatele nutit k jeho konzumaci. Jen on sám má právo svobodně se rozhodovat o věcech působících na jeho zdraví, pokud je o důsledcích svého jednání dostatečně informován a poučen. Poskytovatel sociálních služeb či zaměstnanec sociálně-zdravotního zařízení, by měl umožnit nemocnému možnost volby. Naštěstí se již toto v dnešní době příliš nevyskytuje a péče o uživatele služby je individualizována. Stále se však můžeme setkat s tím, že obyvatel rezidenčního zařízení nemá možnost výběru z více jídel nebo tuto volbu provádí za obyvatele/uživatele služby personál. K tomuto problému se vyjadřoval i ombudsman ve své zprávě z návštěv v soukromých zařízeních pro seniory.

Právo na soukromí

Právo na ochranu soukromí vychází z článku 7 odst.1 Listiny⁷⁷. To, že uživatel sociálních služeb pobývá v pobytovém zařízení sociálních služeb či obdobném zařízení ho nezbavuje práva na soukromí, které mu je ústavně zaručeno a není přitom relevantní, zda bydlí sám či pokoj nebo pokojovou jednotku obývá s dalšími uživateli. Stále mu přísluší právo na ochranu soukromí a na kontrolu nad svým teritoriem⁷⁸.

Nešvary vyskytujícími se v českém prostředí jsou nepoužívání zástěn při provádění osobní hygieny (například výměna inkontinentní pomůcky) na vícelůžkových pokojích, nemožnost zamknutí pokoje nebo skříňky s osobními věcmi, vstupování do pokoje bez

⁷⁷ Zákon č.2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

⁷⁸ KOŘÍNKOVÁ, D.; MATYÁŠOVÁ, P.; JŮN, H.; SOBEK, J; ŠLOSÁREK, J. Ochrana práv a uplatnění vlastní vůle uživatele sociální služby, opatření omezující pohyb, způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví. 2008, s. 30.

zaklepání, prohledávání věcí uživatele či používání neodůvodněného kamerového systému.⁷⁹

Je nepřijatelné, aby personál vstupoval do obydlí uživatele služby bez jeho souhlasu, pokud nejde o plánovanou návštěvu nebo o mimořádný stav. Je nutné za každých okolností respektovat soukromí uživatele služby. Přestože nemůžeme vždy očekávat vyzvání ke vstupu do pokoje z důvodu například duševního či tělesného handicapu, je třeba zaklepat či jinak dát vědět, že vstupujeme na „území“ obyvatele klienta. Vše výše zmíněné by mělo být zpracováno ve formě vnitřních metodických pokynů a manuálů.

Za naprosto skandální považuji používání kamerového systému na chodbách či dokonce na pokojích samotných uživatelů služby. V tomto případě dochází k porušování ne jen článku 7, ale i článku 10 Listiny⁸⁰. Je jasným příkladem porušení nejen práva na soukromí, ale i již několikrát zmiňovaného a zásadního práva na lidskou důstojnost. Nikdo by dobrovolně, pokud vynecháme reality show za peníze typu Vyvolení, nechtěl být 24 hodin denně monitorován a pozorován. Obhajobou pro takovéto jednání nemůže být ani tvrzení, že jde o ochranu uživatelů či zvýšení jejich bezpečnosti. Je náplní práce personálu starat se o klienty a nikoliv sedět v kanceláři u monitoru. Došlo by tím až k jakémusi odlidštění péče a obyvatel zařízení by se s personálem setkal jen v případech podle kamerového systému posouzených jako nutných. Takovéto chování nelze v humánní společnosti akceptovat. Naštěstí můžeme říci, že se tento problém v současné době vyskytuje jen ve velmi výjimečných případech.

Veřejný ochránce práv při návštěvě některých převážně soukromých zařízeních sociálních služeb pro seniory zjistil, že společná sociální zařízení (WC a koupelny) jsou umístěna na chodbách a nelze na první pohled rozeznat, zda jsou v určitý okamžik zařízení obsazeny či ne. Nejvhodnějším řešením by bylo na dveře toalet nainstalovat

⁷⁹ *Veřejný ochránce práv* [online]. 2009 [cit. 2011-02-19]. Souhrnná zpráva z návštěv soukromých zařízení sociálních služeb pro seniory. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/?id=101686>>.

⁸⁰ Zákon č.2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

zámky odemykatelné zvenčí klíčem i v případě uzamknutí dveří kličkou uvnitř, případně na ně alespoň připevnit otočné cedule volno/obsazeno.⁸¹

Právo na důstojné zacházení

Právo na důstojné zacházení je zaručeno již mnohokrát v této práci zmíněným článkem 10 Listiny.⁸² Mezi situace, které mohou negativně zasahovat do důstojnosti uživatele služby lze zařadit nesprávné oslovování, stavění dospělého člověka do role dítěte, nerespektování intimity uživatele a neadekvátní oblečení.

V nedávné minulosti jsme se mohli hojně setkat s nesprávným oslovováním klientů/obyvatel rezidenčních zařízení sociálních služeb. Výjimkou nebylo oslovení „babi“, „dědo“, zdvořilou křestního jména či jednostranné tykání. Každý má nárok, aby byl oslovován tak, jak je mu to příjemné. Pokud personál přání uživatele nerespektuje, dochází k porušování jeho práv. Častou špatnou praxí je také hovořit o uživateli jako o třetí osobě v jeho přítomnosti. Pokud se jedná o člověka, který nekomunikuje, je třeba volit adekvátní oslovení vzhledem k jeho věku, pohlaví či vzdělání. Způsob oslovování lze dohodnout již při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby nebo následně v rámci individuálního plánu péče, je-li to potřebné.

Zásahem do práv uživatele je jeho stylizace do role dítěte, například výzdobou pokoje či nazváním denního stacionáře školkou.

Problémem je nerespektování intimity a studu uživatele při osobní hygieně. Poskytovatel by měl všemi dostupnými prostředky zajistit intimitu uživatelů při provádění hygieny. V zařízení musí být možnost zajistit mobilní zástěny, umožnit uzamykání dveří nebo umožnit volbu pohlaví asistenta/pracovníka v sociálních službách při vykonávání hygieny. Uživatel služby se sám rozhoduje, jakým způsobem chce zajistit intimitu při hygieně.

Nedotknutelnost osoby dále zaručuje uživateli právo rozhodovat o svém vzhledu, to znamená možnost volby stylu oblečení, délky vlasů, úpravy účesu nebo délky vousů.

⁸¹ *Veřejný ochránce práv* [online]. 2009 [cit. 2011-02-19]. Souhrnná zpráva z návštěv soukromých zařízení sociálních služeb pro seniory. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/?id=101686>>.

⁸² Zákon č.2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

Je nepřipustné, aby se ubytovaný uživatel služby v zařízení pohyboval v nevhodném oblečení, např. pyžamu. Je povinností zaměstnanců zařízení, aby uživateli umožnili a pomohli mu převléknout se do civilního oblečení podle jeho přání.

Právo na osobní a rodinný život

Právo na osobní a rodinný život neznamena pouze nezasahování do tohoto práva, ale rovněž podpora a pomoc při jeho naplňování. Je zaručeno článkem 10 Listiny.⁸³ Klient/uživatel má, jako každý jiný člověk, právo na kontakt s lidmi, s kterými to uzná za vhodné. Má právo se svobodně rozhodnout, s jakou skupinou lidí se chce stýkat a nikdo mu v tom nemůže bránit. Samozřejmostí je umožnění a podpora partnerského života uživatele služby. Zabránění kontaktu s rodinou, přáteli, kamarády či upření práva na partnerský a sexuální život lze považovat za restrikcí. Při osobním či telefonickém kontaktu s rodinou či svými blízkými by měl mít uživatel služby zaručeno rovněž soukromí.

Soukromí by mělo být zaručeno také partnerským dvojicím či manželům. Prvním předpokladem je pochopitelně umožnit, aby partneři mohli bydlet společně. Toto se ale poslední dobou může jevit jako problém, kdy jeden z partnerů či manželů pobírá příspěvek na péči a druhý nikoliv, ale už nemá dost síly, aby se o partnera postaral. Může se stát, že zařízení je ochotné přijmout jen toho z partnerů, který má příspěvek na péči (blíže viz. kapitola Financování sociálních služeb). Poskytovatel by se měl tohoto vyvarovat a snažit se zajistit společné bydlení manželů. Projednání možnosti společného bydlení manželů by mělo být ošetřeno již v rámci jednání se zájemcem o sociální službu.⁸⁴

Jednou ze základních činností, které poskytovatel sociálních služeb musí zajišťovat a za něž dostává příspěvek na péči, je i zprostředkování kontaktu se společenským prostředím či pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím (podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb). Pokud se

⁸³ Zákon č.2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

⁸⁴ *Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 188 s.

zařízení nachází v situaci, že nemůže provádění těchto činností zajistit v dostatečné míře, musí hledat jiná řešení, např. ve formě spolupráce s nevládními organizacemi, s dobrovolníky, popř. více apelovat na rodinné příslušníky uživatelů služeb.⁸⁵

Právo podávat stížnosti

Právo podávat stížnosti a náměty k provedení změn je nezanedbatelným právem seniorů v domovech. Stížnosti mohou vedení zařízení pomoci získat cenné informace a náměty ke změnám, týkající se života v domově.

Podávání stížností a podnětů je v některých domovech prováděno výhradně ústní formou. Pravidla pro podávání a vyřizování stížností nebyla v některých zařízeních stále písemně vytvořena. Je povinností poskytovatele zpracovat písemná vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností a zveřejnit tato pravidla ve formě srozumitelné seniorům. Stížnosti musí být možné podávat písemně i ústně, uživatelem i jinou osobou a rovněž anonymně. Musí být stanoven způsob jejich vyřizování včetně lhůt, pravidla mlčenlivosti a evidence.

Stížnosti by rovněž měly být centrálně evidovány, součástí evidence by mělo být např. datum podání, jméno osoby, která stížnost vyřizuje, jméno stěžovatele, popis procesu vyřízení stížnosti, a datum a způsob vyřízení stížnosti.⁸⁶

Šetrná sebeobrana

V této podkapitole se budu zabývat restriktivními opatřeními, pokud vše ostatní selhalo a je třeba fyzicky zakročit. Jedná se o kombinaci sebeobranu a aikida přizpůsobené potřebám uživatelů služeb i zaměstnanců poskytovatelů sociálních služeb. Nazvala jsem to šetrnou sebeobranou.

⁸⁵ *Veřejný ochránce práv* [online]. 2009 [cit. 2011-02-19]. Souhrnná zpráva z návštěv soukromých zařízení sociálních služeb pro seniory. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/?id=101686>>.

⁸⁶ *Veřejný ochránce práv* [online]. 2009 [cit. 2011-02-19]. Souhrnná zpráva z návštěv soukromých zařízení sociálních služeb pro seniory. Dostupné z WWW: <<http://www.ochrance.cz/?id=101686>>.

Zásadním a zároveň jediným paragrafem zabývající se restriktivními opatřeními je §89 zákona o sociálních službách, který si zde dovoluji doslovně ocitovat, protože je pro tuto podkapitolu klíčový.

§ 89

Opatření omezující pohyb osob

(1) Při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob.

(2) Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob. Poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání. Osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb.

(3) Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě lze na základě ordinace přivolaného lékaře a za jeho přítomnosti podat léčivé přípravky.

(4) Poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytovat sociální služby tak, aby metody poskytování těchto služeb předcházely situacím, ve kterých je nezbytné použít opatření omezující pohyb osob.

(5) Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob

informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, které jsou poskytovány sociální služby, nebo jde-li o nezletilou osobu, která byla svěřena na základě rozhodnutí příslušného orgánu do péče jiné osoby, tuto osobu, anebo fyzickou osobu, kterou osoba, které jsou poskytovány sociální služby, s jejím předchozím souhlasem určí.

(6) Poskytovatel sociálních služeb je povinen vést evidenci případů použití opatření omezujících pohyb osob v rozsahu

a) jméno, popřípadě jména, příjmení a datum narození osoby,

b) datum, čas počátku a místo použití opatření omezujícího pohyb osob a druh tohoto opatření,

c) důvod použití opatření omezujícího pohyb osob,

d) jméno, popřípadě jména, a příjmení osoby, která opatření omezujícího pohyb osob použila,

e) podání léčivé přípravku jako opatření omezujícího pohyb osoby,

- f) datum a čas ukončení použití opatření omezujícího pohyb osob,
- g) popis bezprostředně předcházející situace před použitím opatření omezujícího pohyb osob, popis průběhu situace při použití tohoto opatření a její zhodnocení a popis bezprostředně následující situace,
- h) záznam o splnění povinnosti stanovené v odstavci 5,
- i) popis případných poranění osob, ke kterým došlo při použití opatření omezujícího pohyb osob,
- j) popis způsobu informování osoby podle odstavce 2, a umožnit nahlížení do této evidence osobě, u níž bylo použito opatření omezující pohyb osob, fyzické osobě, kterou osoba s jejím předchozím souhlasem určí, zákonnému zástupci osoby nebo osobě jí blízké nebo fyzické osobě, které byla nezletilá osoba svěřena rozhodnutím příslušného orgánu do péče, zřizovateli zařízení, lékaři, členům inspekčního týmu při provádění inspekce poskytování sociálních služeb a Veřejnému ochránci práv.
- (7) Poskytovatel sociálních služeb, který v průběhu kalendářního pololetí použil opatření omezující pohyb osob, je povinen písemně sdělit registrujícímu orgánu ve lhůtě do 15 dnů po skončení kalendářního pololetí počet osob, u kterých byla tato opatření použita, a četnost jejich použití podle druhů těchto opatření.

Problematika omezování pohybu uživatele sociálních služeb začala být řešena v srpnu 2003 v souvislosti se zprávou CPT (evropský výbor pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání) o stavu lidských práv v ČR. Tato zpráva mimo jiné poukazovala na zneužívání klecových lůžek s mříží či sítí v zařízeních sociální péče v ČR a upozorňovala na absenci kontroly vycházející z neexistence nastavených pravidel.

Jak již bylo mnohokrát v textu zdůrazněno, musí rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb zachovávat lidskou důstojnost osob. 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. Práva osob, jež vůči nimž by mohla být použita restriktivní opatření, jsou v českém právním řádu zakotvena především v Ústavním zákoně č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod.

Z Listiny vyplývá nejen zákaz mučení a krutého či nelidského zacházení, ale jsou zde zakotvena i další práva, jako nedotknutelnost osoby, právo na důstojnost a právo na ochranu zdraví. Zároveň se v Listině stanoví pravidla, která již na této úrovni do určité míry omezují používání restriktivních opatření. Jedná se o pravidlo, že meze základních

práv mohou být stanoveny pouze zákonem a dále o pravidlo, že pouze zákon stanoví, za jakých podmínek lze někoho držet v ústavní zdravotnické péči bez svého souhlasu. Tato práva jsou pak provedena v zákonných předpisech, konkrétně v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu a zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

V oblasti sociálních služeb jsou upraveny povinnosti poskytovatelů a rovněž se jedná o jediný zákonný předpis, kde jsou upravena opatření omezující pohyb osob.

V § 88 se mezi povinnostmi poskytovatelů sociálních služeb objevuje povinnosti vytvářet při poskytování sociálních služeb takové podmínky, které umožní osobám, kterým poskytují sociální služby, naplňovat jejich lidská i občanská práva, zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované sociální služby, včetně stanovení pravidel pro uplatnění oprávněných zájmů osob, a to ve formě srozumitelné pro všechny osoby, 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, jakož i dodržovat standardy kvality sociálních služeb.⁸⁷ Následující §89 (viz.výše) již definuje restriktivní opatření a možnosti a podmínky jejich použití.

V souladu se zákonem lze činit opatření dočasně omezující osobní svobodu uživatele pouze ve čtyřech případech

- uživatel k takovému zákroku dal svobodný souhlas (na základě informací o povaze tohoto opatření),
- lze předpokládat, že by uživatel s takovým opatřením souhlasil a neprojevuje nesouhlas,
- uživatel jeví známky duševní choroby či intoxikace (nemusí trpět duševní chorobou či být intoxikován, pouze jeví známky takového stavu) a zároveň ohrožuje sebe a své okolí,

⁸⁷ KOLDINSKÁ, Kristina. *Problematika restriktivních opatření v sociálních službách ve světle mezinárodních závazků ČR*. Praha : Právnická fakulta UK, 2009. 39 s.

- z důvodu zdravotního stavu uživatele od něj nelze vyžádat souhlas a jde o neodkladný výkon, který je nutný k záchraně života či zdraví.

Poskytovatel je povinen mít písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde. Podle těchto pravidel následně poskytovatel postupuje.

Po výskytu situace, při které dojde k užití opatření omezujícího pohyb uživatele, musí být dána jak personálu, tak uživatelům služby zvláštní příležitost, aby si v klidném a bezpečném prostředí promluvili o tom, co se stalo. Cílem a smyslem rozhovoru je zjistit, co se stalo a jaké jsou účinky na účastníky. Jejich smyslem není v žádném případě rozdělení viny nebo potrestání osob.

Zařízení musí mít písemně zpracována pravidla používání restrikcí. S těmito pravidly musí být klient seznámen před příchodem do zařízení. Uživatel by měl tyto postupy chápat a souhlasit s nimi.

V souvislosti s užitím prostředků, které mohou uživatelům sociálních služeb omezit volný pohyb, je vždy nutné vyhodnotit, zda je daný nástroj užíván jako prostředek omezující pohyb osob, či zda je nástrojem ochrany uživatele. Pokud je opatření užíváno jako ochrana či je potřebnou pomůckou pro podporu uživatele a zároveň v některých případech může bránit pohybu, mělo by být použito pouze v případě, že je to nezbytné.

Poskytovatel sociální služby je povinen písemně vymezit situace, kdy při užití ochranných prostředků může dojít k porušení svobody pohybu uživatele včetně pravidel pro řešení těchto situací a podle těchto pravidel také postupovat.

V případě, že uživatel služby není z důvodu nepříznivého zdravotního stavu schopen vyjádřit informovaný souhlas s použitím ochranných opatření, posuzuje toto opatření odborný tým. Tento tým tvoří zejména ošetřující lékař, sociální pracovník, pracovník určený pro individuální plánování s uživatelem, pracovník v sociálních službách a zákonný zástupce uživatele.

Pokud přejdeme k příčinám rizikového chování, které bývá v konečné fázi důvodem užití restriktivních opatření, nejsou bohužel vždy zřejmé. S některými rizikovými

faktory a symptomy je však spojena větší pravděpodobnost výskytu a při jejich průběžném vyhodnocování lze rizikovému chování často předejít.

Výskyt problémového chování (negativismus, agrese, autoagrese) přímo závisí na naplňování základních životních potřeb. Pravděpodobnost výskytu se u jakéhokoliv člověka zvyšuje, pokud nejsou naplněny jeho základní potřeby. Každému člověku jako příslušníku lidského rodu jsou vrozeny určité potřeby. Mezi ty základní patří fyziologické potřeby (hlad, žízeň, sex), potřeba bezpečí a řádu, potřeba sounáležitosti a řádu (příslušnosti ke skupině, potřeba lásky), potřeba uznání a potřeba seberealizace. V průběhu života mají tyto potřeby různý význam a často vyžadují, ve vazbě na aktuální vývojovou úroveň, i různý způsob uspokojování. Jednotlivé potřeby jsou ve vzájemné interakci. Uspokojení jedné z nich může tlumit druhou a opačně.

Období stáří je charakteristické poklesem potřeby změny a vzestupem potřeby jistoty a stability. Prožívání změn daných stářím a adaptace na toto období je spojena s větší koncentrací na vlastní potřeby. V této etapě života se mění zaměření těchto potřeb a jejich subjektivní význam. Potřeba stimulace je snížena, starý člověk dává přednost stereotypu, nové informace jej zatěžují a vyvolávají pocit ohrožení. Změny u něj mohou navozovat pocit dezorientace a uvědomění si, že mladším nerozumí a nestačí jejich tempu. Také potřeba citové jistoty a bezpečí se zvyšuje, protože starý člověk se cítí mnohem více ohrožen a někdy nejde jen o přecitlivělost, ale i o reálné riziko onemocnění či ovdovění. Jistota a bezpečí se stávají významnější hodnotou, než byla dřív. Potřeba seberealizace může být frustrována odchodem do důchodu. Starý člověk se může tomuto pocitu bránit aktivním způsobem života, popřípadě zdůrazňováním své minulé činnosti. Potřeba seberealizace je tak uspokojována alespoň symbolicky, v rámci vzpomínek člověka. Přijatelná představa vlastní budoucnosti bývá založena na kompromisu, který klade důraz na zachování sebeúcty.⁸⁸

Při poskytování sociálních služeb je nutné, aby si pracovníci byli těchto skutečností vědomi. Pro prevenci užití opatření omezujících pohyb či jiných restriktivních opatření je nejspolehlivější cestou rozpoznání příznaků úzkosti a hněvu, které pak mohou vyústit v nežádoucí chování. Mezi tyto příznaky lze zařadit popocházení, nepřátelství,

⁸⁸ JANIŠOVÁ, Ivana . *Práce s klientem s rizikem v chování*, 2008. 29 s.

vzdychání, negace, stáhnutí se, křik a nadávky či vyhýbání se doteku a očnímu kontaktu.

Pokud již nastane riziková situace lze provést potřebné opatření pomocí fyzických úchopů (pravidla šetrné sebeobrany), ve kterých je personál proškolen, za přítomnosti odpovídajícího množství pracovníků. V zařízení by měla být zajištěna možnost přivolání posily, tj. dalších pracovníků, aby došlo k co nerychlejšímu a nejbezpečnějšímu uklidnění situace. Trvá-li situace ohrožení, připouští se umístění uživatele do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, kde je klient pod dohledem personálu. Místnost zřízená k bezpečnému pobytu musí svojí dispozicí a vybavením opět zajistit důstojnost zde umístěné osoby. Situace omezení smí trvat jen po dobu nezbytně nutnou, tedy dokud trvá ohrožení chováním uživatele. Nikdy nesmí být jejím smyslem trestání či vyvolání pocitu viny uživatele, stejně jako nedostatek pracovníků.

Při fyzické intervenci se předpokládá, že osoba, vůči které je použita, klade odpor a s tím souvisí i případná hrozba obvinění z napadení, ublížení na zdraví nebo omezování osobní svobody. Toto je důležité si uvědomovat.

Fyzická intervence může mít formu kladnou i zápornou. Pokud například zabráním člověku v chůzi za použití ruky a zamezím tak vstupu do vozovky, jde o intervenci kladnou. Naopak pokud mu úmyslně postavím do cesty překážku (židli nebo cokoliv jiného), jde o intervenci zápornou.

Restriktivní opatření v praxi dělíme na:

- fyzické
- mechanické
- chemické

Fyzická restriktivní opatření nesmí být zneužita k prevenci ani k trestu, ani k úlevě v práci personálu. Musí být profesionální a šetrné. Řadíme mezi ně různé úchopy a držení rukama. Mechanickým restriktivním opatřením jsou kurty, řemeny, svěrací kazajky, klecová lůžka, izolační místnosti, zamčené dveře a všechny další mechanické zábrany

volného pohybu člověka. Jako chemické restriktivní opatření jsou užívána neuroleptika a hypnotika.

Poskytovatel sociální služby pracující s uživateli s rizikovým chováním by měl mít vypracován systém vzdělávání pracovníků v problematice zvládnání rizikového chování a pracovníci přímé péče by měli absolvovat výcvik v postupech prevence, snížení eskalace a pravidlech šetrné sebeobrany při práci s uživatelem sociální služby s rizikovým chováním. Opatření omezující pohyb osob lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob.

Uživateli sociální služby, který je vystaven situaci použití opatření omezujícího pohyb osob, je nutné poskytnout zvýšenou odbornou péči, revidovat způsob poskytované péče a hledat možnosti a způsoby zkvalitnění péče v souladu s jeho potřebami. O použití tohoto restriktivního opatření je podle zákona nutné co nejdříve provést zápis, který obsahuje identifikaci osoby, proti které bylo užito opatření, datum, čas a místo použití opatření, důvod jeho použití, jméno osoby, která ho použila, čas ukončení použití opatření omezující pohyb a samozřejmě popis situace, která bezprostředně konfliktu předcházela. Pokud došlo k poranění osob, je popis případných poranění součástí zápisu.

Nyní již přistoupím přímo k šetrné sebeobraně.⁸⁹ Jejími hlavními zásadami jsou:

- při poskytování sociálních služeb nelze používat opatření omezující pohyb osob, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných osob, a to pouze po dobu nezbytně nutnou.
- uživatelé sociálních služeb mají právo na důstojné zacházení, péči a úctu i při nezbytnosti omezení jejich pohybu.
- k omezení pohybu uživatele lze přistoupit pouze tehdy, když byly bez úspěšného výsledku použity všechny ostatní možné strategie pro zabránění takovému jednání uživatele, kterým ohrožuje zdraví či život svůj nebo jiné osoby a rizika

⁸⁹ Podrobněji v mé přednášce „Šetrná sebeobrana“ – viz. Přílohy

vyplývající z neomezení pohybu uživatele jsou větší než rizika vyplývající z jeho omezení.

- rozsah a povaha omezení musí být přiměřená míře aktuálního ohrožení a individualitě uživatele. Omezení je ukončeno ihned, jak pomine situace ohrožení.⁹⁰

Těmito zásadami je bezpodmínečně nutné se vždy řídit.

Pokud již nastane krizová situace, snažíme se nejdříve s uživatelem služby navázat verbální kontakt. Během kontaktu s agitovaným nemocným dodržovat určitá pravidla. Prvním pravidlem je nikdy nebýt sám s nemocným v uzavřené místnosti, pokud je to samozřejmě reálně možné. Dále sednout si vždy blíže ke dveřím s možností úniku, odstranit z dosahu nebezpečné předměty jako popelníky, těžítka a vždy dodržovat bezpečnou vzdálenost, což je vzdálenost delší než délka natažené paže.

Naše slovní sdělení směřované k uživateli služby by mělo být maximálně jednoduché, srozumitelné a jednoznačné. Hovoříme nižším, tichým, klidným hlasem. Pokusíme se klientovi vysvětlit, co a proč děláme, nabízíme možné změny a alternativní řešení. Nenutíme uživatele k zásadním rozhodnutím, která by ho mohla dostat pod tlak a zvýšit tak jeho podráždění a agresi. Nevyvracíme mu přímo poruchy myšlení a vnímání, spíše než to, poskytneme neklidnému uživateli dostatečný prostor k vyjádření představ, myšlenek a pocitů. Kontrolujeme své vlastní neverbální signály a vyvarujeme se prudkých gest a pohybů, které by v uživateli mohly vzbudit pocit, že je nutné se bránit. Vyhýbáme se naléhavosti a konfrontačnímu přístupu, ale citlivým způsobem se snažíme demonstrovat naši fyzickou převahu. Použití omezovacích restriktivních prostředků nebo aplikace lékařem předepsaného léku proti vůli nemocného je možné jen pokud ohrožuje zjevně a aktuálně sebe nebo své okolí. Při fyzickém zásahu platí mimo jiné pravidlo jedna osoba, jedna končetina a jedna osoba navíc.

Poskytovatel sociálních služeb je povinen v případě použití opatření omezujících pohyb osob zvolit nejprve vždy nejmírnější opatření. Zasáhnout lze nejdříve pomocí fyzických úchopů, poté umístěním osoby do místnosti zřízené k bezpečnému pobytu, popřípadě na základě ordinace lékaře lze použít léky.

⁹⁰ ČR. *Doporučený postup MPSV pro použití opatření omezující pohyb osob*. 2008, s. 11.

Jediným důvodem pro umístění uživatele v místnosti zřízené k bezpečnému pobytu je zvládnutí uživatelského chování, kterým ohrožuje svoje zdraví a život nebo zdraví a život jiných osob.

Místnost zřízenou k bezpečnému pobytu lze tedy použít v rizikové situaci pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření k zabránění rizikového chování a zklidnění nedošlo ani po užití fyzických úchopů. Pobyt v místnosti zřízené k bezpečnému pobytu osob musí být přerušen ihned, pokud již nehrozí ohrožení zdraví a života uživatele nebo jiné osoby. Ukazatelem je mimo jiné verbální i neverbální klid uživatele služby. Ten v místnosti zřízené k bezpečnému pobytu musí být pod dohledem určeného pracovníka zařízení. Tento pracovník nejméně každých 15 minut je povinen provést zápis, co uživatel během pobytu v místnosti zřízené k bezpečnému pobytu dělá.⁹¹

Fyzický zásah je omezen na co nejkratší nutnou dobu s cílem dosáhnout maximální bezpečnosti pro všechny zúčastněné. Žádný fyzický zásah není proveden se záměrem způsobit bolest a tyto fyzické úchopy může použít pouze odborně vyškolený personál. Jakmile je to možné, vysvětlíme uživateli sociální služby přiměřeným a srozumitelným způsobem důvod použití opatření omezujících pohyb osob. Pokud je u zásahu více osob, je vhodné vybrat jednu osobu jako vyjednaváče, které uživatel služby důvěřuje. Kvalitní zajištění zásahu vyžaduje potřebný počet pracovníků. Bez potřebného počtu pracovníků nemůže být zásah kvalitně a bezpečně proveden v souladu s metodikou. Při zásahu je nezbytné vzít v úvahu fyzický a zdravotní stav uživatele.

V průběhu zásahu se nesnažíme za každou cenu zamezit pohybu uživatele, bez důvodu neznehýbnujeme. Pohybujeme se spolu s agresivním uživatelem. Při zásahu si stále musíme uvědomovat, zda chráníme citlivá a pro zranění riziková místa těla uživatele (hrudník, prsa – nesmíme zabránit volnému dýchání, smysly – oči, uši, ústa, nos, vnitřní strana ruky – možnost vzniku podlitin, ledviny, vnitřní strana kolena, prostor pod kotníky – možnost protlačení). Při zásahu také zpravidla nezakrýváme uživateli oči a uši, protože hrozí riziko, že propadne panice a jeho stav agrese se ještě zhorší.

Je velmi vhodné, aby u zásahu byla přítomna osoba stejného pohlaví, jako je agresivní uživatel služby, protože se tím většinou zvýší pocit bezpečí a důstojnosti uživatele

⁹¹ JANIŠOVÁ, Ivana . *Práce s klientem s rizikem v chování*, 2008. 29 s

služby. Doba fyzického zásahu by neměla přesáhnout 7 až 8 minut. Při zásahu využíváme vlastní kinetické energie, kinetické energie agresivního uživatele (převzato z bojového umění Aikido) a momentu překvapení. Jeho užití musí být přiměřené velikosti, věku a pohlaví uživatele služby. Rychlost a přesnost provedení zásahu zvyšuje efektivitu, důstojnost a bezpečí uživatele sociální služby. Při práci s uživatelem s rizikem v chování je vždy nutné zachovávat individuální přístup. Jak jen to okolnosti dovolí, měly by být důvody pro omezení uživateli vysvětleny.

Je nutné zachovávat individuální přístup vycházející z potřeb uživatele. Zjistit příčiny rizikového chování a následně upravit podmínky, které mohou být spouštěčem nebezpečného chování u uživatele nebo odstranit jinou příčinu, která vede k takovému chování například uspokojením potřeb uživatele. U uživatelů služby, u kterých existuje zvýšené riziko agresivního jednání, má mít zařízení zpracován individuální plán prevence a krizový plán jednání v krizových situacích. Poskytovatel sociálních služeb je povinen o použití opatření omezujícího pohyb osob informovat bez zbytečného odkladu zákonného zástupce osoby, které jsou poskytovány sociální služby.

Fyzické zásahy jsou tedy jedním z krajních opatření. Snižování napětí uživatelů je třeba dosahovat především prevencí, přístupem, komunikací, úpravou prostředí, prevencí rizik a individuálním plánováním. Nejsilnější „zbraní“ je náš klid, který má moc uklidnit rozčileného člověka, protože agrese způsobuje jen další agresi.

Restriktivní opatření v mezinárodních dokumentech

Mezinárodní právo ani právo ES nestanoví zvláštní ani konkrétní pravidla pro jednotlivé státy, jak mají postupovat v oblasti restriktivních opatření. Z mezinárodního práva lze vyvodit pouze některé základní imperativy k respektu lidských práv jedinců, kteří jsou nebo budou restriktivním opatřením podrobeni. Mezi ně řadíme:

- ochranu důstojnosti a právo na důstojnost jako lidské právo
- ochranu zdraví, včetně zdraví mentálního
- zákaz mučení, nelidského zacházení a týrání

- zákaz diskriminace, ať už základě zdravotního postižení, nebo na základě věku
- v poslední době zvláště definovaná a chráněná práva seniorů a práva osob s postižením

Více, než zakotvení, zaručení a jistou ochranu výše uvedených práv však v mezinárodním právu, ani v právu ES nenalezneme.⁹²

Mezi mezinárodní dokumenty ošetřující aspoň z části restriktivní opatření, respektive ochranu lidských práv, můžeme zařadit některé úmluvy a deklarace Organizace spojených národů (OSN). Jedním z nejdůležitějších pramenů mezinárodního práva v oblasti lidských práv je Všeobecná deklarace lidských práv OSN, na významnosti jí neubírá ani fakt, že je jen politickým dokumentem a tudíž nevynutitelná. Navazuje na ni totiž řada podnětů, úmluv a dokumentů o lidských právech, které jsou pak, na rozdíl od Všeobecné deklarace, právně závaznými dokumenty. Z jejího obsahu je pro naše téma významný čl. 5, ve kterém se uvádí, že: *„Nikdo nesmí být vystaven týrání, krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení ani trestu.“*

V roce 1966 došlo na půdě OSN k přijetí dvou paktů o lidských právech, které jsou ratifikovatelné a mají tudíž podobu závazného mezinárodního dokumentu. Článek 7 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech stanoví, že: *„Nikdo nesmí být mučen nebo podrobován krutému, nelidskému nebo ponižujícímu zacházení nebo trestu. Zvláště nebude nikdo bez svého svobodného souhlasu podrobován lékařským nebo vědeckým pokusům.“* Čl. 17 pak doplňuje: *„Nikdo nesmí být vystaven svévolnému zasahování do soukromého života, do rodiny, domova nebo korespondence ani útokům na svou čest a pověst.“* Pro kontrolu dodržování těchto práv byl zřízen Výbor pro lidská práva. Znění článku 7 je však poměrně obecné a nedefinuje konkrétní formy zakázaného jednání a navíc se vztahuje především na podmínky vazebních věznic, vězení či jiných detenčních zařízení s působností v rámci trestního řízení.

Mezinárodní pakt o hospodářských, sociálních a kulturních právech upravuje ve svém čl. 12 právo každého na dosažení nejvýše dosažitelné úrovně fyzického a

⁹² KOLDINSKÁ, Kristina. *Problematika restriktivních opatření v sociálních službách ve světle mezinárodních závazků ČR*. Praha : Právnická fakulta UK, 2009. 39 s.

duševního zdraví. Žádná další práva, která by se mohla týkat osob se zdravotním postižením a souviset s restriktivními opatřeními, v paktu obsažena nejsou.

OSN přijala rovněž Úmluvu proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání.⁹³ V rámci této úmluvy byl založen Výbor proti mučení, který má dohlížet nad jejím dodržováním. Ale i tato úmluva byla přijata primárně za účelem ochrany osob, které byly zbaveny osobní svobody z důvodu, že byly obviněné ze spáchání trestného činu, nebo byly již za takový čin odsouzeny.

Na osoby s mentálním postižením se vztahuje Deklarace OSN o právech lidí s mentálním postižením, která byla vyhlášena na Valném shromáždění OSN v roce 1971. Deklarace zakotvila princip, že mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti a má jako každý jiný právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením.

Následovala ji Úmluva o právech lidí s mentálním postižením přijatá v prosinci 2006. V platnost vstoupila tato úmluva dne 3.5.2008. Jedná se o dosud nejrozsáhlejší lidskoprávní dokument zabývající se na mezinárodní úrovni speciálně právy osob s postižením a dosahuje dosud nejvyššího stupně závaznosti, který představuje katalog lidských práv osob s postižením.

Mezi důležité, leč nezávazné dokumenty OSN, lze zařadit Principy OSN na ochranu osob s mentálním postižením a zlepšení zdravotní péče pro ně.⁹⁴ V principu 11 nalezneme, že je nepřípustné použití fyzického omezování nebo nucené izolace, s výjimkou případů, kdy je to v souladu s oficiálně schválenými postupy ústavů, ale i za těchto okolností jen tehdy, je-li to jediná použitelná metoda na zažehnutí akutního nebo hrozícího nebezpečí, jímž jsou ohroženi pacienti nebo jiné osoby. Nelze je prodloužit na delší dobu, než jaká je bezprostředně nutná k dosažení uvedeného účelu. V každém případě fyzického omezení nebo nucené izolace je třeba v lékařské evidenci pacienta zaznamenat jejich důvody, charakter a délku trvání. Fyzicky omezovaný pacient nebo izolovaný jedinec musí být umístěn v prostředí odpovídajícím zásadám lidskosti, musí mít zajištěnu péči poskytovanou kvalifikovaným personálem a přímý, pravidelný

⁹³ sdělení MZV č. 143/1988 Sb.

⁹⁴ rezoluce OSN č. 46/119

dohled. O jakémkoli případě fyzického omezování nebo nucené izolace je nutno okamžitě vyzoomět pacientova osobního zástupce, pokud takového má.

I Rada Evropy přijala jeden ze stěžejních dokumentů v oblasti ochrany lidských práv. Je jím Evropská úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod.⁹⁵ Tato úmluva ve svém čl. 3 stanovuje, že nikdo nesmí být mučen nebo podrobován nelidskému či ponižujícímu zacházení anebo trestu. V článku 8 se pak upravuje právo na respektování rodinného a soukromého života. Co je zásadní, že tato úmluva zřídila Evropský soud pro lidská práva, který je nadán takovými kompetencemi, že může účinně vymáhat aplikaci lidských práv.

Roku 1961 byla Radou Evropy přijata Evropská sociální charta, kterou přijala i přijala i Česká republika, ratifikovala ji a vyhlásila ve Sbírce mezinárodních smluv v roce 2000. Charta se ale týká převážně sociálních práv spojených s výkonem práce a nic bližšího k restriktivním opatřením v ní nenalezneme.⁹⁶

Jak již bylo řečeno na začátku, dokumenty mezinárodního práva nezakotvují dostatečně problematiku a pravidla pro aplikaci restriktivních opatření. Je proto nutné vycházet z obecných vyjádření vztahující se k dodržování lidských práv.

⁹⁵ sdělení FMZV č. 209/1992 Sb.

⁹⁶ KOLDINSKÁ, Kristina. *Problematika restriktivních opatření v sociálních službách ve světle mezinárodních závazků ČR*. Praha : Právnická fakulta UK, 2009. 39 s.

IX. Úloha sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách

Jak můžeme nalézt v § 115 zákona o sociálních službách, vykonávají odbornou činnost v oblasti sociálních služeb sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby.

Problémem je poměrně nové označení pro pracovníka v sociálních službách (dříve pečovatel) a jeho odlišení od sociálního pracovníka. Tato podobná označení nepovažují za vhodné a v praxi se setkávám s tím, že to laici ani profesionálové nerozlišují. Důvody pro odlišení těchto dvou profesí spočívají jak ve zcela rozdílné náplni práce, tak v požadavcích na dosažené vzdělání.

Náplň práce sociálního pracovníka tvoří zabezpečování sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytická, metodická a koncepční činnost v sociální oblasti, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství, sociální rehabilitace a sociální šetření. Je požadováno minimálně vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost či charitní a sociální činnost. Dále je požadováno absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů v oblastech výše uvedených v rozsahu podle zákona o sociálních službách.

V souvislosti se zpracováváním tohoto tématu jsem se setkala se zajímavým problémem v souvislosti s kvalifikačním vzděláním pro sociální pracovníky.

PERSONA GRATA v.o.s. pořádá ve spolupráci s Úřadem práce, rekvalifikační kurz (206 hodin), předpokládám s akreditací MPSV ČR - vzdělávací program „Sociální pracovník“. Přestože kvalifikační kurz Sociální pracovník je určen pouze profesionálům, kteří pracují na této pozici dle vzdělání víc než 5 nebo víc než 10 let (Zákon 108/2006 Sb.) účastníci tohoto kurzu jsou v lepším případě maturanti SŠ nebo i maturanti z učilišť bez jakékoli zkušenosti v pozici sociálního pracovníka. Pokud tito lidé kurz dokončí, získají certifikát a mohou se ucházet o práci sociálního pracovníka. Certifikát bude pravý, ale povinnost, že účastníci kurzu splňují vstupní požadavky

akreditovaného vzdělávacího programu, nebyla splněna. Pak bude jen na zaměstnavatelích a případných personalistech, zda odhalí, že takový sociální pracovník sociálním pracovníkem dle zákona není. Myslím si, že takoví lidé nejspíš opět skončí v registru Úřadu práce. Další pozoruhodnost je, že tento kurz z 85% financuje Evropský sociální fond a 15% financuje státní rozpočet ČR. Nejistila jsem, zda tento kurz má opravdu akreditaci MPSV ČR. Pokud ne, o to hůře. Registrující orgán – Krajský úřad, kde se sociální pracovník musí jako zaměstnanec sociálních služeb zaevidovat, patrně nic nezjistí, neb tam se dokládá pouze doklad o kvalifikaci a trestní bezúhonnost.

Naproti tomu náplň práce pracovníka v sociálních službách tvoří převážně přímá obslužná péče a základní výchovná nepedagogická činnost. Je požadováno základní nebo středoškolské vzdělání (záleží na konkrétní náplni práce zaměstnance) a absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu.⁹⁷

Pracovník v sociálních službách by měl mít specifické schopnosti a vlastnosti, které jemu i uživateli sociální služby usnadní vzájemnou komunikaci a spolupráci. Měl by si umět získat důvěru uživatele služby, který je v obtížné situaci, být empatický, vřelý, tvořivý a flexibilní. Důležité je dodržování základních hodnot pečovatelské práce, základních lidských práv a svobod. Pracovník je povinen respektovat svobodné rozhodování uživatelů služby a tím i jejich lidskou důstojnost. Měl by být schopen zachovat profesionální objektivitu a respektovat rozdíly mezi lidmi.⁹⁸

Základem práce všech pracovníků v sociálních službách je dodržovat etické kodexy, které formulují pravidla chování vůči uživatelům služeb, definují problémové etické okruhy a navrhuje postupy řešení. Pracovník dále může poskytovat informace a rady, pokud toto spadá do jeho kompetencí, ale zásadní životní rozhodnutí je třeba nechat na klientovi samotném.⁹⁹

Sociální pracovník, ale i pracovník v sociálních službách by měli umět rozpoznat hranice v praxi přímé práce s uživatelem služby, rigiditu oproti propustnosti, soucit versus empatii, měl by využívat supervizi, a tak předcházet syndromu vyhoření.

⁹⁷ MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha : Portál, s.r.o., 2007. 184 s.

⁹⁸ KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 1997. 286 s.

⁹⁹ MATOUŠEK Oldřich A Kol., *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2001. 351 s

Je zásadou dobré praxe jak pro sociálního pracovníka, tak pro pracovníka v sociálních službách uznávat, že uživatelé mají právo podstoupit riziko a pomáhat jim rozeznat a zvládnout možná nebo aktuální nebezpečí pro ně nebo ostatní.

Syndrom vyhoření/ burnout syndrom

“ Burnout je psychologický syndrom emočního vyčerpání, citového stažení (tzv. depersonalizace) a ztráta důvěry v osobní výkonnost, který se může objevit u osob, jejichž profesí je práce s lidmi”.

C. Maslachová a S. Jacksonová (1981)

Burnout syndrom vzniká tak, že postupně dochází ke ztrátě pocitu uspokojení z pracovní činnosti, protože nesouhlasí tzv. “emocionální bilance”. To znamená, že úsilí a pracovní nasazení, tedy čas, který je věnován práci a pocit spoluzodpovědnosti za spolehlivé a co nejlepší zvládnutí povinností na jedné straně a výsledky nebo uspokojení na straně druhé, nejsou ve vyváženém poměru. Aby ale člověk mohl vyhořet, musí nejdříve hořet. Lidé bez počáteční vysoké motivace mohou zažívat stres, odcizení, depresivní stavy, únavu nebo existenciální krizi, ale nemohou vyhořet. Motivovaní lidé nastupují své vybrané povolání s vysokými cíly a vysokým očekáváním.

Mezi psychické symptomy burnout syndromu řadíme ztrátu schopnosti se pro něco nadchnout, pokles pracovního nasazení, ztráta schopnosti vcítění se a pocitu zodpovědnosti, nechut' a lhostejnost ve vztahu k práci, pochybnosti o sobě, negativní postoj k sobě samému, práci, institucím, společnosti a životu, emocionální problémy, únava, vyčerpání, chybění zájmů a zálib až projevy těžké deprese.

Projevují se i tělesné symptomy jako jsou porucha spánku, ztráta chuti k jídlu, zvýšená nemocnost a psychosomatické obtíže.

Rizikovými faktory pro vznik syndromu vyhoření jsou přílišné počáteční nadšení, nereálné očekávání a idealismus (elán, nadšení, naděje vkládané do povolání, práce je

prioritou, neefektivní vydávání energie, dobrovolné přepracování), po kterém následuje období stagnace, kdy dochází ke kontaktu s tvrdou realitou, objevují se nenaplněná očekávání, jedinec z nich slevuje a zaměřuje se na naplnění vlastních potřeb. Po čase se dostaví frustrace a u takto postiženého člověka dochází k dehumanizaci druhých lidí jako obrana před vyhořením, k pochybnostem o smyslu a efektivnosti práce a objevují se první výraznější psychosomatické potíže spolu s problémy ve vztazích a sociálních kontaktech. V pokročilejší fázi se můžeme setkat až s apatií, totálním vyčerpáním, lhostejností, negativismem, ztrátou úcty k lidem, objevuje se necitlivé chování, cynismus, ironie, sarkasmus a ztráta respektu a to nejen k ostatním, ale i k sobě.

Pro tento syndrom je typické, že při něm netrpí jen postižení, ale také kvalita jejich práce. Postižení vyhořením jsou častěji nemocní a za určitých okolností se stanou i trvale neschopní práce. Jako při mnoha duševních poruchách hlavní problém spočívá v tom, že ani postižení ani okolí, nerozpoznají za těmito obtížemi svébytnou poruchu nebo ji rozpoznají až příliš pozdě. Zvláště často jsou syndromem vyhoření postiženy tzv. pečující profese - sociální pracovníci, zdravotní sestry, dále ošetřovatelé, ale také lékaři, psychoterapeuti, učitelé, právníci a policisté.

Je důležité od syndromu vyhoření odlišit depresi. Deprese je často provázena smutkem, skleslostí a nereálnými nebo nepřiměřenými pocity viny, naopak burnout spíše zlostí a hněvem. Deprese prostoupí celou osobnost a je přítomná ve všech situacích. V počátečních stádiích vyhoření jsou symptomy přítomny pouze v práci a v určitých situacích spojených často se zaměstnáním.

Pro prevenci je nejdůležitější upozorňování na problematiku syndromu vyhoření nejen pro potenciálně postižené, ale také pro nadřízené pracovníky, kteří mohou na provozní úrovni přispět k odbourávání stresu pomocí organizačních opatření a zlepšení komunikace a spolupráce.

Podle některých autorů patří syndrom vyhoření mezi poruchy spojené s nedostatkem serotoninu. Nedostatek serotoninu souvisí s depresivním laděním, s úzkostí, poruchami spánku, poruchami příjmu potravy, bolestivými stavy, s psychosomatickými projevy,

ale také s nízkou kontrolou impulzů, tedy s jevem, které je pro burnout syndrom také významný.¹⁰⁰

¹⁰⁰ KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva . Syndrom vyhoření. *Státní zdravotní ústav* [online]. 2003, 1 [cit. 2011-02-26]. Dostupný z

WWW: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyhoreni.pdf

X. Úloha nestátních organizací

Nestátní neziskové organizace (NNO/NGO) jsou významnými poskytovateli sociálních služeb a nabízejí široké spektrum služeb. Charakteristickým rysem všech neziskových organizací je skutečnost, že hlavním předmětem jejich činnosti není podnikání. Nepřipouští se u nich žádné přerozdělování zisků vzniklých z činnosti organizace mezi vlastníky nebo vedení organizace. Neziskové organizace mohou svou činností vytvářet zisk, ovšem ten musí být použit na cíle dané posláním organizace.

Forma nestátních neziskových organizací je:

- občanské sdružení
- obecně prospěšná společnost
- nadace a nadační fond
- registrovaná církev nebo náboženská společnost nebo jimi zřízená tzv. církevní právnická osoba¹⁰¹

Občanské sdružení je nejstarší a nejrozšířenější právní formou nevládní neziskové organizace a její činnost je upravena zákonem o sdružování občanů č. 83/1990 Sb.

Obecně prospěšná společnost je upravena zákonem o obecně prospěšných společnostech č. 248/1995 Sb. Jejím účelem je poskytování obecně prospěšných služeb uvedených v zakládací listině.

Nadace je účelové sdružení majetku zřízené zakladatelem nebo zakladateli k dosahování obecně prospěšných cílů a podrobnější úprava je dána zákonem č. 227/1997 Sb., o nadacích a nadačních fondech.

Úpravu církve a náboženské společnosti nalezneme v § 3 písm. a) zákona č. 3/2002 Sb., o církvích a náboženských společnostech.

¹⁰¹ *Portál veřejné správy ČR* [online]. 2010 [cit. 2011-02-27]. Neziskový sektor. Dostupné z WWW: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/17214?ks=1582>

K tématu nestátních neziskových organizací připojuji tabulku, která jasně znázorňuje význam NNO pro sektor sociálních služeb. Jejich převaha je vidět především u center denních služeb, denních stacionářů, chráněného bydlení, odlehčovacích služeb, osobní asistence, pečovatelské služby, průvodcovských a předčitatelských služeb a tísňové péče.

Počet služeb sociální péče vedených v registru poskytovatelů sociálních služeb dle právní formy poskytovatele sociální služby

Druh služby	NNO	obchodní společnosti	fyzické osoby	města/obce	příspěvkové organizace	ostatní
centra denních služeb	77	0	0	5	25	0
denní stacionáře	144	2	3	5	117	3
domovy pro osoby se zdravotním postižením	23	1	0	0	204	4
domovy pro seniory	102	14	4	5	360	0
domovy se zvláštním režimem	33	10	2	0	134	0
chráněné bydlení	82	0	2	6	60	3
odlehčovací služby	143	9	3	12	94	3
osobní asistence	189	5	9	2	14	0

pečovatelská služba	279	20	30	301	179	7
podpora samostatného bydlení	25	0	0	0	11	0
průvodcovské a předčitatelské služby	37	1	1	0	2	0
sociální služby poskytované ve zdravot. zařízeních ústavní péče	11	71	0	0	53	0
tísňová péče	9	1	2	1	5	0
týdenní stacionáře	29	1	0	0	50	1
Celkem	1 183	135	56	337	1 308	21

102

NNO – nestátní nezisková organizace (především se jedná o občanská sdružení, obecně prospěšné společnosti, církevní právnické osoby),

Obchodní společnosti – především se jedná o společnosti s ručením omezeným, akciové společnosti, družstva,

Příspěvkové organizace – především se jedná o příspěvkové organizace zřizované městy a kraji,

Města/obce – případy, kdy služby poskytuje přímo obec či město vlastní organizační složkou bez právní subjektivity

Ostatní – např. organizační složky státu, školské právnické osoby.

¹⁰² Ministerstvo práce a sociálních věcí - *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči* (dokument), 2010

S postupným stárnutím populace a zvyšujícím se počtu seniorů bude nutné i postupně přizpůsobovat počet nabízených sociálních služeb.

Jsou však i další významné body, které ovlivňují a budou ovlivňovat další rozvoj sociálních služeb. Je nutno tyto limity a determinanty vidět i v řadě dalších oblastí. Jsou jimi především tyto skutečnosti:

- závislost rozvoje sociálních služeb na poskytování dotací
- nedostatečné financování ošetrovatelské a rehabilitační péče poskytované v pobytových zařízeních sociálních služeb ze zdrojů veřejného zdravotního pojištění
- "cenová" regulace výše úhrad za poskytované sociální služby
- kritéria pro stanovení míry závislosti a způsob jejich hodnocení ze strany sociálních pracovníků a lékařů posudkové služby
- zavedení nepeněžní nebo kombinované formy výplaty příspěvku na péči, popř. změna hodnocení míry závislosti a její vyjádření např. v rozsahu podpory stanoveném v hodinách obdobně jako je tomu v Rakousku
- naplňování standardů kvality sociálních služeb a jejich následné subjektivní hodnocení v rámci inspekcí
- postavení a role jednotlivých klíčových hráčů na poli poskytování sociálních služeb (poskytovatelé sociálních služeb, Asociace poskytovatelů sociálních služeb, MPSV, Asociace krajů, Svaz měst a obcí, ministerstvo zdravotnictví, Všeobecná zdravotní pojišťovna, Unie zaměstnavatelských svazů, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče, neziskové organizace, Národní rada zdravotně postižených) a jejich vzájemné vazby (zejména v případě změn politické orientace na centrální a krajské úrovni),
- změny v organizaci sociálních a souvisejících zdravotních služeb (např. propojování různých typů terénních a ambulantních služeb do jednoho organizačního celku, propojování sociálních a zdravotních služeb a jejich koordinace, podpora rozvoje služeb v malých obcích, podpora tísňové péče a poradenství, individualizace péče, architektonické bariéry především v domácím

prostředí uživatelů služeb, rozvoj dobrovolnických center a rozšíření dobrovolnické práce, dostatečný počet vzdělaných sociálních pracovníků),

- změna myšlení společnosti.¹⁰³

V následující tabulce je jasně vidět odraz nárůstu počtu seniorů v následujících letech. Je tedy nutné přizpůsobovat celkový objem poskytovaných služeb postupně podle zvyšujících se počtů lidí, kteří budou sociální služby potřebovat a požadovat.

	Počet osob, které potřebují pomoc při sebeobsluze				
	celkem	Podle míry závislosti			
		minimální	lehká	střední	těžká
2008	157 437	59 996	46 535	39 428	11 478
2010	164 447	62 767	49 023	40 956	11 701
2015	199 883	74 538	59 347	49 264	16 734
2020	240 080	88 098	70 385	60 139	21 459
2025	282 633	102 808	81 285	71 979	26 560

104

V demokraticky uspořádaném státě plní nestátní subjekty důležité role, posilují povědomí občanské odpovědnosti při řešení sociálních problémů svých či jiných lidí a zefektivňují sociální činnosti zvýšením jejich adresnosti a snižováním jejich náklad.

¹⁰³ *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, Závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, VÚPSV, v.v.i. Praha, 2009*

¹⁰⁴ *Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, Závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, VÚPSV, v.v.i. Praha, 2009*

Vzniká tak síť zařízení/služeb, která poskytují sociální služby podle finančních možností klienta jeho rodiny, podle potřeby klienta a podle jeho vlastního úsilí.

XI. Transformace sociálních služeb

Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011 - 2016

Národní plán rozvoje sociálních služeb pro období 2011 - 2016 je strategický dokument, který vymezuje hlavní východiska a cíle v oblasti sociálních služeb na celostátní úrovni.

Národní plán vzniká v souladu s § 96 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, který ministerstvu ukládá povinnost zpracovávat střednědobý národní plán rozvoje sociálních služeb za účasti krajů, zástupců poskytovatelů sociálních služeb a zástupců osob, kterým jsou poskytovány sociální služby.

Za účelem zpracování Národního plánu byla sestavena pracovní skupina složená právě ze zástupců výše zmíněných skupin. Činnosti pracovní skupiny se mimo zástupců Ministerstva práce a sociálních věcí účastnili představitelé Asociace krajů ČR, Svazu měst a obcí ČR, Národní rady osob se zdravotním postižením, Spolek oborové konference nestátních neziskových organizací, Unie zaměstnavatelských svazů, EURAG (česká sekce Evropské federace seniorů EURAG), Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR, Ministerstva financí ČR a Ministerstva zdravotnictví ČR.

Národní plán navazuje na předchozí obdobný koncepční materiál „Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009 – 2012“¹⁰⁵, který byl za účelem plnění plánu nelegislativních úkolů vlády (usnesení vlády ČR č. 728/2009) předložen vládě ČR pro informaci v září roku 2009. Při tvorbě Národního plánu je rovněž přihlíženo k dalším důležitým podkladovým materiálům jakými jsou střednědobé plány rozvoje sociálních služeb jednotlivých krajů, „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a

¹⁰⁵ Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2009 [cit. 2011-02-10]. Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009-2012. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf

podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ a „Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 – 2012“.¹⁰⁶

Nečekaný obrat

V březnu 2011 ale bylo svoláno jednání Pracovní skupiny MPSV pro tvorbu Národního plánu rozvoje sociálních služeb na léta 2011 – 2016 jako reakce na připomínky, které k němu MPSV obdrželo. Při konkrétním rozboru jednotlivých připomínek se však ukázalo, že vypořádání velké části z nich není možné, protože v mezidobí zpracovalo MPSV návrhy čtyř klíčových zákonů (tzv. sociální reformu I), které předjímají některé skutečnosti, s nimiž návrh národního plánu nepočítal.

Po rozsáhlé diskusi se přítomní shodli na tom, že do doby přijetí či nepřijetí sociální reformy I. je další práce na Národním plánu rozvoje sociálních služeb nemožná. Národní plán by měl být provázán s klíčovými zákony v oblasti sociálních služeb a vzhledem k tomu, že reforma řeší zejména oblast financování sociálních služeb a centralizaci některých agend, není v současné době možné nastavit rozvojové aktivity v národním plánu tak, aby byly v souladu s novými zákony.¹⁰⁷

Nemohu si v této situaci odpustit poznámku, jak je možné, že výše zmíněné pracovní skupině nebylo známo, že se na MPSV zpracovávají návrhy čtyř zákonů, které se tohoto tématu bezprostředně týkají. Na tomto, stejně jako i na ostatních ministerstvech, se projevuje problém špatné komunikace, který však ve výsledku stojí daňové poplatníky nemalé peníze.

¹⁰⁶ Národní plán rozvoje služeb pro období 2011 - 2016

¹⁰⁷ Práce na přípravě Národního plánu rozvoje sociálních služeb byly zastaveny. *Unie zaměstnavatelských svazů* [online]. březen 2011, [cit. 2011-04-03]. Dostupný z WWW: <http://www.uzs.cz/index.php?action=aktualita&aktualitaID=7305>

Předpokládané organizační a kvalitativní změny

Transformace ústavní sociální péče pro osoby se zdravotním postižením směřuje k vytvoření koordinované sítě služeb pro uživatele umožňující život v přirozeném prostředí a k minimalizování dosud preferovaného způsobu poskytování sociální služby prostřednictvím ústavní sociální péče.

Principy transformace lze použít i při plánování a poskytování sociálních služeb pro seniory, kdy je také nutné přihlížet k jejich individuálním potřebám a stanovit nezbytnou míru péče a podpory ve chvíli, kdy to tito lidé potřebují. Jedná se o provedení takových systémových změn, které povedou k humanizaci pobytových/rezidenčních zařízení sociálních služeb nebo jejich transformaci ve služby umožňující uživateli setrvání v jeho přirozeném prostředí a aktivní zapojení se na trh práce a do společnosti.

Hlavním cílem je zlepšení kvality života uživatelů sociálních služeb v zařízeních i mimo ně prostřednictvím nastavení sítě služeb podle jejich individuálních potřeb a přijetí principů vytvořených v rámci procesu transformace jako základních východisek pro budování a obnovování systému sociálních služeb.

Mělo by se tak stát změnou nyní existujících služeb a pobytových zařízení sociálních služeb ve služby umožňující uživateli co nejdéle setrvání v jeho přirozeném prostředí a aktivní zapojení se na trh práce a do společnosti. Dále by mělo dojít k lepšímu propojení dalšími veřejnými službami, jako jsou zaměstnanost, zdraví, doprava, bydlení, vzdělávání a kultura, reagujícími na potřeby obyvatel v daném regionu.¹⁰⁸

¹⁰⁸ Národní plán rozvoje služeb pro období 2011 - 2016

Závěr

V této diplomové práci jsem vytyčila nejpalčivější problémy a kontroverzní témata týkajících se sociálních služeb a zavádění zákona o sociálních službách v život v kontextu lidských práv. Zaměřila jsem se na sociální služby z pohledu seniorů, protože již od 16 let jsem pracovala jako dobrovolník v dobrovolnickém centru v Ústí nad Labem a poté docházela do Denního centra pro seniory zaměřeného na seniory s Alzheimerovou chorobou.

V minulém roce jsem uplatnila i svou vášeň pro bojová umění a skloubila je s problematikou restriktivních opatření. Tak vznikla přednáška určená převážně pracovníkům v sociálních službách „Šetná sebeobrana“. Právě kolem restriktivních opatření koluje mnoho mýtů a samotná legislativa je v této oblasti nedostatečná. Cílem kurzu bylo naučit personál zařízení zvládat krizové situace, a pokud je již nutný i fyzický zásah, provést ho co nejšetrněji a nejúčinněji zároveň. Mnohdy je práce s klienty v zařízeních sociálních služeb náročná a cílem kurzu a proto jsem se snažila mimo jiné i to, aby si pracovníci určité postupy plně zautomatizovali a do podvědomí se jim dostaly základní etické zásady, kterými se musí řídit všichni pracovníci sociálních služeb.

Právní úprava je v oblasti sociálních služeb velmi proměnlivá a Česká republika neustále hledá nejvhodnější model fungování sociálních služeb. Přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, je jen začátek proměny systému sociálních služeb a jak je i v textu mnohokrát zmíněno, v blízké budoucnosti můžeme očekávat celou řadu změn.

Senioři jsou spolu s dětmi nejohroženější skupinou uživatelů sociálních služeb a i proto jim v práci věnuji zvláštní pozornost. Lidí v důchodovém věku bude stále přibývat a my se musíme naučit spolu vycházet a nedívat se na seniory jen jako na poživatele starobního důchodu ochuzujícího státní kasu. Základní lidská práva jsou zaručena všem bez rozdílu a sociální služby musí respektovat důstojnost člověka. Je nutné brát ohled na každý detail, protože to, co je pro zdravého člověka samozřejmostí, může být pro jiného nepřekonatelnou překážkou. A právě i postupné odstraňování těchto ne na první pohled nápadných překážek je úkolem neustálého přetváření a zlepšování úrovně sociálních služeb.

Nelze v jedné práci postihnout všechna úskalí sociálních služeb. Doufám však, že co se týká této problematiky v souvislosti se seniory, dává dostatečný přehled a nazírá na celou oblast úpravy z několika úhlů pohledu.

Použitá literatura

- KOLDINSKÁ, Kristina . *Sociální právo*. 1. vydání. Praha : C.H.Beck, 2007. 191 s
- MATOUŠEK, Oldřich ; KOLÁČKOVÁ, Jana; KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi*. první vydání. Praha : Portál, 2005. 352 s.
- VENGLÁŘOVÁ, M.: *Problematické situace v péči o seniory*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2007. 96 s
- DÖRNER, K.; PLOG, U. *Bláznit je lidské*. Praha : Grada Publishing a. s., 1999. 356 s
- VIDOVIČOVÁ, L. 2005 *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh*. Praha, Brno: VÚPSV, str. 5
- SÝKOROVÁ, K. *Syndrom EAN. Jeho koncepce; formy, rizikové faktory a sociální kontext problému týrání seniorů..* Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. 89 - 100 s.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. 1. vydání. Praha : Portál, s.r.o., 2007. 184 s.
- Ministerstvo práce a sociálních věcí - *Vybrané statistické údaje o financování sociálních služeb a příspěvku na péči* (dokument), 2010
- KRÁLOVÁ, Jarmila; RÁŽOVÁ, Eva. *Sociální služby a příspěvek na péči – Komentář, Právní předpisy*. 3.aktualizované vydání. Olomouc : ANAG, 2009. 19 s
- TRÖSTER P. a kol., *Právo sociálního zabezpečení*, 4. přepracované a doplněné vydání, Praha : C.H.Beck, 2008, 294 s.
- Standardy kvality sociálních služeb - výkladový sborník pro poskytovatele*. Praha : Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2008. 188 s.
- Terénní a ambulantní služby:alternativa pobytových zařízení. časopis *Sociální služby*. č. 5/2010, s. 27 - 28.
- Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením, Závěrečná zpráva o řešení projektu Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením*, VÚPSV, v.v.i. Praha, 2009
- Individuální projekt MPSV - Podpora procesů v sociálních službách“ (2010 – 2015)

MPSV - „Principy změny ve financování sociálních služeb v současných novelizacích“ (dokument), 2011

Smlouvy o poskytování sociálních služeb. *časopis Sociální služby*. č. 2/2009, s. 30-31.

KRUTILOVÁ, Dagmar; ČÁMSKÝ, Pavel; SEMBDNER, Jan. *Sociální služby : Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných služeb*, 2008. 223 s.

KULICHOVÁ, R. Příloha VI – Problematika restriktivních opatření v České republice. In HAICL, M. a kol. *Osobní asistence jako alternativa klecových a síťových lůžek*. Praha, 2006, s. 50-52.

Nález Ústavního soudu ÚS 412/04, ASPI

KOŘÍNKOVÁ, D.; MATYÁŠOVÁ, P.; JŮN, H.; SOBEK, J.; ŠLOSÁREK, J. Ochrana práv a uplatnění vlastní vůle uživatele sociální služby, opatření omezující pohyb, způsobilost k právním úkonům a opatrovnictví. 2008, s. 30.

KOLDINSKÁ, Kristina. *Problematika restriktivních opatření v sociálních službách ve světle mezinárodních závazků ČR*. Praha : Právnická fakulta UK, 2009. 39 s.

JANIŠOVÁ, Ivana . *Práce s klientem s rizikem v chování*, 2008. 29 s.

ČR. *Doporučený postup MPSV pro použití opatření omezující pohyb osob*. 2008, s. 11.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha : Portál, 1997. 286 s.

MATOUŠEK Oldřich A Kol., *Základy sociální práce*. Praha : Portál, 2001. 351 s

Národní plán rozvoje služeb pro období 2011 – 2016

ČR. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*, s. 152 – 201

ČR. Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In *Sociální zabezpečení 2010*. s. 203 – 231

Zákon č.2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod

Příloha č.2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách

Sdělení MZV č. 143/1988 Sb.

Rezoluce OSN č. 46/119

Sdělení FMZV č. 209/1992 Sb.

Internetové zdroje

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2010 [cit. 2011-01-15]. Podpora transformace sociálních služeb. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>

Ageismus [online]. 2010 [cit. 2011-02-22]. O ageismu. Dostupné z WWW: <http://www.ageismus.cz>

HABART, Pavel. *Týrání a zanedbávání seniorů v zařízeních ústavní péče v České republice* [online]. 2007 [cit. 2008-09-27]. Dostupné z WWW: <http://www.cspv.cz/dokumenty/kongres2006/HP%2013/Pavel%20Habart.pdf>

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2010 [cit. 2011-02-01]. Sociální služby. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Parlament České republiky Poslanecká sněmovna [online]. 2010 [cit. 2011-02-04]. Dokumenty. Dostupné z WWW: <http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=6&CT=155&CT1=0FirefoxHTML\Shell\Open\Command>

OK system [online]. 2009 [cit. 2011-02-2]. OK system. Dostupné z WWW: http://www.oksystem.cz/o-nas/servis-pro-novinare/tiskove-zpravy/2009/200909_mpsv

DODKOVÁ, M.: *Historie psychiatrie v Čechách*, k dispozici na http://www.psychiatickasekcecas.estranky.cz/clanky/odborne-texty_-historie-psychiatrie/historie-psychiatrie-v-cechach

Veřejný ochránce práv [online]. 2009 [cit. 2011-02-19]. Souhrnná zpráva z návštěv soukromých zařízení sociálních služeb pro seniory. Dostupné z WWW: <http://www.ochrance.cz/?id=101686>

Asociace průvodců v problematice rizikového chování [online]. 2009 [cit. 2009-04-15]. Aktuality. Dostupné z WWW: <http://www.restrikce.cz/index.htm>

KEBZA, Vladimír; ŠOLCOVÁ, Iva . *Syndrom vyhoření. Státní zdravotní ústav* [online]. 2003, 1[cit. 2011-02-26].Dostupný z

WWW:http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/edice/plne_znani/brozury/syndrom_20vyhoreni.pdf

Portál veřejné správy ČR [online]. 2010 [cit. 2011-02-27]. Neziskový sektor. Dostupné z WWW: http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/17214?ks=1582

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. 2009 [cit. 2011-02-10]. Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009-2012. Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf

Abstract v ČJ

Diplomová práce je zaměřena na aktuální problémy, které vyvstaly po nabytí účinnosti zákona o sociálních službách a jeho následných novelizacích, z pohledu jedné skupiny uživatelů sociálních služeb, a to seniorů.

V práci je blíže rozebrána problematika restriktivních opatření, které jsou často diskutovaným tématem. Česká legislativa je v tomto směru nedostatečná a to i ve srovnání s mezinárodní úpravou, která se zabývá hlavně ochranou lidských práv. Naštěstí se situace stále zlepšuje a se vzrůstajícími nároky na zařízení poskytující sociální služby se úroveň péče rychle zlepšuje.

V práci nalezneme kapitolu o šetrné sebeobraně, která používá techniky bojového umění Aikidó ve spojení s restriktivními opatřeními a sebeobranou, a to tak, aby byl zásah vůči klientovi co nejšetrnější, ale zároveň i co nejefektivnější. Základem je ovšem snaha předejít jakékoliv fyzické intervenci mírnějšími prostředky, jako jsou odvrácení pozornosti či aktivní naslouchání. Tomuto tématu jsem se věnovala více a v příloze připojuji mou přednášku na toto téma, která byla určena pracovníkům v sociálních službách.

Protože se již od středoškolských let věnuji dobrovolnictví se zaměřením na staré lidi, je tato práce věnována převážně jim a jejich pohledu jako uživatele sociálních služeb na sociální služby samotné. Je všeobecně zakázána jakákoliv diskriminace z důvodu věku, ale přestože osob v důchodovém věku rapidně narůstá, je jejich vliv na dění ve společnosti stále malý. Je spousta překážek, se kterými se senior denně setkává, technický vývoj jde kupředu mílovými kroky a senioři v dnešním přetechnizovaném světě ztrácejí přehled a potřebnou jistotu. Je proto vhodné věnovat právě jim zvláštní pozornost a přizpůsobovat škálu sociálních služeb jejich specifickým potřebám.

V sociálních službách je nezbytné vždy zachovávat důstojnost uživatele služby a předcházet porušování jeho základních práv. Ta jsou vymezena nejen v Listině základních práv a svobod a v zákoně o sociálních službách, ale i v mezinárodních dokumentech. Je před námi ještě dlouhá cesta, ale věřme, že na jejím konci nalezneme zemi, která se bude schopná postarat o všechny občany bez rozdílu a poskytne jim možnost žít plnohodnotný a smysluplný život.

Abstract

This study is focused on actual problems, which came up after the new Social Services Act came into force on January 1, 2007 and its updating, from the view of one group of the user of social services- seniors.

In the thesis is important charter, which described restrictive measures issues. Legislation is inadequate in this direction and even in comparison with international rules, which deals mainly with the protection of human rights. Fortunately, the situation is improving and with increasing demands on social service facility level of care is improving rapidly.

In this work we find an important chapter focused on the gentle self-defense, which uses techniques of Aikido martial arts in conjunction with the restrictive measures and self-defense, so that the intervention was friendly to the client, but also the most effective. The basis, however, is the desire to avoid any physical intervention of moderate means, such as distraction, and active listening are. I attend to this topic more in in recent years and I add my lecture on this subject in Annex I, which was intended for workers in social services.

Because I attend to volunteering focused on the old people till my high school years, is this study mainly about them and their view of social services. It is generally prohibited any discrimination on grounds of age, their influence on events in the society is still small, in spite of their rapidly increasing number. There are lots of obstructions senior must deal with every day, technological development goes forward by leaps and bounds and seniors lose visibility and security in this modern world. It is therefore appropriate to devote special attention to them and adapted range of social services to their specific needs.

The Social Services must always maintain the dignity of the people and prevent violations of their fundamental rights. Rights are defined not only in the Charter of Fundamental Rights and Freedoms and the Act on Social Services, but also in the international documents.

It is still a long way in front of us, but we must believe that in the end of this way we find a country, which will be able to take care of all citizens without exception and give them the opportunity to live full and meaningful life.

Název práce v českém jazyce: **“Sociální služby a úloha nestátních organizací v sociálním zabezpečení”**

Název práce v anglickém jazyce: **“Social services and the role of non-governmental organizations in social security“**

Klíčová slova- Key concepts:

Sociální služby - **Social services**

Restriktivní opatření - **Restrictive measure**

Příspěvek na péči – **Care allowance**

Přílohy

Seznam příloh:

Příloha č.1 : „Restriktivní opatření a „ šetrná sebeobrana“ “ – přednáška určená pracovníkům v sociálních službách, autor - Táňa Vlčková