

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Bc. Michaela Mansfeldová

**Koncept kontinua péče pro osoby
s mentálním postižením v oblasti chráněného
bydlení**

Diplomová práce

Praha 2015

Autor práce: **Bc. Michaela Mansfeldová**

Vedoucí práce: **Mgr. Ing. Olga Angelovská**

Rok obhajoby: **2015**

Bibliografický záznam

MANSFELDOVÁ, Michaela. *Koncept kontinua péče pro osoby s mentálním postižením v oblasti chráněného bydlení*. Praha, 2015. 82 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce Mgr., Ing. Olga Angelovská.

Abstrakt

Diplomová práce „Koncept kontinua péče pro osoby s mentálním postižením v oblasti chráněného bydlení“ se zaměřuje na problematiku návaznosti a dostupnosti sociálních služeb pro uživatele služby chráněného bydlení z pohledu poskytovatelů sociálních služeb. Hlavním výzkumným cílem je zjistit, jakým způsobem je zajištěna návaznost a dostupnost sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu ve městě Ústí nad Labem. Pomocí dílčích výzkumných otázek bude dále zjišťováno, jakým způsobem jsou uživatelé zapojováni do formálních sítí v oblasti sociálních služeb, jakým způsobem jsou tyto sítě vytvářeny a jak probíhá spolupráce mezi poskytovateli sociálních služeb. Práce byla pojata jako případová studie města Ústí nad Labem. Hlavními teoreticko-hodnotovými východisky byly zvoleny dva koncepty, a to koncept kontinua péče a koncept kvality života. Dále práce vychází ze současných trendů v sociálních službách jako je deinstitutionalizace a transformace sociálních služeb, či využití case managementu jako nástroje pro řízení kontinua péče. V neposlední řadě je v práci věnována pozornost metodě komunitního plánování jako nástroji využívaného městem Ústí nad Labem pro efektivní plánování a rozvíjení sociálních služeb za účasti všech aktérů zapojených do tohoto procesu. Práce se pokouší pomocí zvoleného cíle a výzkumných otázek objasnit dopady výše zmíněných trendů na uživatele služby chráněného bydlení a jejich roli na cestě ke kvalitnějšímu a samostatnějšímu životu v kontextu kontinua péče sociálních služeb.

Abstract

The diploma thesis concentrates on the issues linked to continuity and availability of social services for the users of sheltered housing from the perspective of social service providers. The main objective of the thesis is to determine the ways in which the continuity and availability of the social services are ensured for this target group in the city of Usti nad Labem. Using of specific research questions will show how the social users are involved in formal networks in the area of social services, how these networks are created and how the collaboration between individual social service providers functions. The thesis can be labeled a case study of the city of Usti nad Labem. Two concepts were chosen as the main theoretical and value bases – the concept of continuum of care, and the concept of quality of life. The thesis is based on current trends in social services, such as deinstitutionalization and transformation of social services, or the use of case management as a tool for managing the continuum of care. Furthermore, the thesis focuses on community planning as a tool used by the city of Usti nad Labem in order to achieve effective planning and development of social services with the attendance of all participants involved in this process. Based on the chosen objectives and research questions, the thesis attempts to clarify the effects of the aforementioned trends on the users of sheltered housing, as well as its role in improving life and gaining more independence with regard to the continuum of care of social services.

Klíčová slova

kontinuum péče, koncept kvality života, osoby s mentálním postižením, transformace sociálních služeb, chráněné bydlení, sociální služby v Ústí nad Labem

Keywords

continuum of care, the concept of quality of life, people with intellectual disabilities, the transformation of social services, sheltered housing, social services in Usti nad Labem

Rozsah práce: 148 728 znaků

1 Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne

Bc. Michaela Mansfeldová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Ing. Olze Angelovské za věcné připomínky a vedení diplomové práce.

Děkuji své rodině za psychickou podporu po dobu její realizace.

Poděkování také patří ochotným respondentům, bez nichž bych tuto práci nemohla zrealizovat.

**Institut sociologických studií
Teze diplomové práce**



TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta sociálních věd
Institut sociologických studií
Katedra veřejné a sociální politiky

**PŘEDPOKLÁDANÝ NÁZEV DIPLOMOVÉ PRÁCE: DOPADY
CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM
NA DOSTUPNOST DALŠÍCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB**

DIPLOMANT: Bc. Michaela Mansfeldová

KONZULTANT: Mgr. Olga Angelovská

1. Vymezení předmětu zkoumání a strukturace výzkumného tématu

Pro svou diplomovou práci jsem si zvolila problematiku osob s mentálním postižením žijících v chráněném bydlení a dopad jejich osamostatnění na využívání dalších sociálních služeb jim určených. Současným trendem je snaha o zmenšování ústavních zařízení a v ideálním případě vytvoření maximálně přirozeného prostředí, v kterém by měly osoby s mentálním postižením v budoucnosti žít. Cestou k tomuto ideálu je forma chráněného bydlení. Dle definice MPSV je chráněné bydlení dlouhodobou pobytovou službou, kterou využívají klienti vyžadující podporu asistenta. Ten jim má poskytnout nejen podporu při každodenních činnostech v domácnosti, ale také zajistit kontakt se společenským prostředím nebo dostupnost jiných sociálních či terapeutických služeb.

Službu chráněného bydlení z pravidla využívají klienti ústavních zařízení, kteří dosáhli určitého stupně samostatnosti a dostanou se tak v hierarchii osamostatňování na další stupeň. Ideálem potom je, co možná nejvíce nezávislý a samostatný život ve vlastním bydlení. S přesuny klientů do chráněného bydlení je spojeno mimo jiné také to, aby byla zajištěna možnost využívat jiné sociální služby pro jejich další rozvoj a prohlubování dosud nabytých dovedností. Klienti si sami nezmění, kam budou přestěhováni, je tedy potom na domově pro osoby se zdravotním postižením, kterému chráněné byty patří, aby zajistil dostupnost těchto služeb a jejich spojení se společenským děním ve městě obecně. Cílem mé diplomové práce bude zjistit, jaký vliv má lokalizace chráněných bytů na dostupnost a využívání sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením ve městě Ústí nad Labem. Toto téma je velmi úzce spojeno s trendem deinstitucionalizace a přístupem jednotlivých aktérů k této problematice. Jak samotné domovy pro osoby se zdravotním postižením, tak klienti těchto zařízení a sociální služby jim určené musejí na tento trend reagovat a flexibilně mu přizpůsobit své dosavadní fungování. Jak už jsem zmiňovala, cílem je dosáhnout u klientů z ústavních zařízení samostatnosti a nezávislosti na co nejvyšším stupni. Službu chráněného bydlení využívají především klienti s lehčím a středně těžkým stupněm mentálního postižení, proto se ve své práci zaměřím především na tuto cílovou skupinu. Přesto, že tuto službu využívají klienti s různým postižením, abych cílovou skupinu ještě více specifikovala, rozhodla jsem se zaměřit na osoby s mentálním postižením. Ve své práci budu vycházet především

z principu kvality života a deinstitucionalizace, který v propojení s touto problematikou představím v následujících řádcích.

2. Teoretická východiska

Koncept kvality života je multidimenzinálním konceptem, který není snadné vymezit. Zasahuje do nejrůznějších oblastí lidského života a v současné době se jím zabývají nejrůznější vědy jako např. psychologie, ekologie, ekonomie, politologie. Zkoumání kvality života a obecné zvýšení zájmu o tuto problematiku vyvolalo materiální bohatství nejvyspělejších států, tedy především USA (Heřmanová 2012). Co je pro koncept kvality života typické, že neexistuje jasná definice tohoto pojmu a stejně tak se setkáváme s mnoha výrazy, jakým je ve světě označován. Nejčastěji se setkáváme s označením „quality of life“ a „well-being“. Koncept kvality života jak je vnímán dnes, si prošel již řadou podob, podle toho, z pohledu jakých věd byl zrovna zkoumán. Nejnovější pojetí toho pojmu je založeno na hodnocení čtyř dimenzí v životě člověka: kontext a zázemí, faktory prostředí, osobnostní charakteristiky a zpracování informací (Heřmanová 2012). Dle definice WHO jde především o individuální vnímání situace samotným jedincem, s ohledem na jeho subjektivní hodnocení vycházející z hodnot, sociálního prostředí a jeho celkového psychického a fyzického stavu. Pokud bych tento koncept měla propojit s tématem mé diplomové práce, v problematice chráněného bydlení nejde tedy jenom o uspokojení materiálních potřeb, kdy klienti budou mít zajištěné bydlení se záměrem naplňování vize jejich samostatnosti, ale také o naplňování jejich sociálních potřeb. U klientů chráněného bydlení by měli být zachovány sociální vazby s jejich nejbližším okolím a mělo by jim být umožněno žít v prostředí, které je jim blízké, a tím pádem je pro ně přirozené.

Samotný trend deinstitucionalizace, jehož cílem je zrušení ústavních zařízení v podobě, jaké je známe, hraje v rozvoji služby chráněného bydlení svou významnou roli. Primárním cílem je vytvořit lidem žijícím v takových zařízeních co nejvíce rodinné prostředí, které funguje na principech klasických domácností. V praxi by to mělo tedy vypadat tak, že velká pobytová zařízení budou „transformována“ na malé rodinné jednotky, kde klienti budou mít přímý kontakt s každodenními činnostmi. S tím ale také

souvisí to, že budou přestěhováni do cizího prostředí a nastane pro ně období velkých změn. Jak s těmito změnami bojují, bude mimo jiné také výzkumným cílem mé práce. Cílovým stavem integrace do společnosti je respektování práva občana – právo uživatele sociálních služeb na rovné příležitosti a možnost svobodného rozhodování o otázkách běžného života.

3. Cíle diplomové práce

Cílem mé diplomové práce bude: Zjistit, jaké dopady má vliv má chráněné bydlení na dostupnost dalších sociálních služeb určených pro osoby s mentálním postižením a jakým způsobem se poskytovatelé sociálních služeb přizpůsobili trendu chráněného bydlení, jako jednomu z kroků transformace sociálních služeb.

4. Výzkumné otázky a hypotézy

Hlavní výzkumná otázka: Jaké dopady má rozvoj chráněného bydlení na dostupnost a využívání dalších sociálních služeb určených pro osoby s mentálním postižením ve městě Ústí nad Labem?

Dílní výzkumné otázky:

- Zjistit, jakým způsobem jsou vybírány chráněné byty ve městě Ústí nad Labem.
- Zjistit, jaký dopad má rozvoj chráněného bydlení na poskytovatele sociálních služeb.
- Zmapovat, jak je zajištěna dostupnost dalších sociálních služeb určených pro osoby s mentálním postižením ve městě Ústí nad Labem.
- Zjistit míru participace jednotlivých aktérů na dostupnosti sociálních služeb určených osobám s mentálním postižením ve městě Ústí nad Labem.

5. Metody a prameny

Vzhledem k tomu, že bych ráda získala velice podrobný vhled do dané problematiky a zaměřuji se na velmi specifickou skupinu osob žijících v jednom městě, využiji pro svou práci metody kvalitativního výzkumu. Primárním zdrojem dat pro mě budou

polostrukturované rozhovory s jednotlivými aktéry. Zapojené strany do zkoumané problematiky jsem předběžně identifikovala následovně: klienti s mentálním postižením žijících ve chráněném bydlení, domovy pro osoby se zdravotním postižením (pobytová služba) a další poskytovatelé sociálních služeb (ambulantní, terénní služby). Jako zdroje sekundárních dat využiji především analýzu legislativních dokumentů určujících, jaká práva a povinnosti mají jednotlivé sociální služby, práva osob se zdravotním postižením. Dále ve své práci budu vycházet z dokumentů Evropské unie, které informují o nejnovějších trendech v práci s mentálně postiženými a dávají tak doporučení České republice, jak by se k této problematice měla stavět. Současně budou využívány vládní dokumenty vypracovaných na základě těchto doporučení a trendů v EU, zpracovávajících princip deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb. Tyto dokumenty jsou vypracovávány MPSV. Samotná zařízení, která jsou v tomto procesu zapojena, vydávají své vlastní dokumenty a zprávy s příklady dobré praxe.

6. Předpokládaná struktura diplomové práce

- 1) Úvod
- 2) Teoretická východiska
- 3) Metody
- 4) Deskriptivní část
- 5) Analytická část
- 6) Závěry

7. Základní literatura k tématu

ČERMÁKOVÁ, Kristýna, K.HOLEČKOVÁ, Markéta et al.. *Standardy kvality sociálních služeb, Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vydání. Praha: TIGIS PRINT spol. s. r. o., 2002.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum, 1993.

HEŘMANOVÁ, Eva. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Sociológia 44 [online]. 2012 [cit. 2014-06-02]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdfv>

JOHNOVÁ, Milena, ČERMÁKOVÁ, Kristýna. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002.

MAKOVCOVÁ, Stanislava. 2011. *Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením*. [online]. Dostupné z : < http://www.mpsv.cz/files/clanky/10775/umluva_info_160511.pdf>.

MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. Praha: SLON, 1999. 160 s. ISBN 80-85850-76-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.

MACH, Petr. BRATHOVÁ, Jana. 2012, *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení* [online]. Národní centrum podpory transformace sociálních služeb

MPSV. *Manuál transformace ústavů: Deinstitucionalizace sociálních služeb*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.

MPSV. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. 2007. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>.

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. 2013. Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů, Doporučený postup MPSV č. 1/2012, revize.

VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin (Ed.) 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe*. Praha: SLON. 978-80-86429-75-5.

Obsah

ÚVOD	2
1 UVEDENÍ DO PROBLÉMU	4
1.1 <i>Veřejněpolitický kontext</i>	5
2 FORMULACE CÍLŮ A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	9
3 METODY ANALÝZY A ZPRACOVÁNÍ DAT	11
4 TEORETICKO-HODNOTOVÁ VÝCHODISKA	14
4.1 KONTINUUM PÉČE.....	14
4.2 KVALITA ŽIVOTA.....	16
4.2.1 <i>Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto</i>	17
5 SOCIÁLNÍ SLUŽBY PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	20
5.1 OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	25
5.2 SLUŽBA CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ.....	27
5.3 KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH.....	30
6 DEINSTITUCIONALIZACE	34
7 TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB	36
8 SÍŤOVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	38
9 CASE MANAGEMENT	41
10 PŘÍPADOVÁ STUDIE NA ÚZEMÍ ÚSTÍ NAD LABEM	43
10.1 SITUACE V ÚSTÍ NAD LABEM VE VZTAHU KE ZVOLENÉMU TÉMATU.....	43
10.2 DOSTUPNOST SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM V ÚSTÍ NAD LABEM Z POHLEDU POSKYTOVATELŮ.....	47
10.2.1 <i>Informační dostupnost</i>	48
10.2.2 <i>Místní dostupnost</i>	49
10.2.3 <i>Ekonomická dostupnost</i>	50
10.2.4 <i>Kapacitní dostupnost</i>	51
10.2.5 <i>Vliv financování sociálních služeb na poskytovatele</i>	52
10.3 KONTINUUM PÉČE PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM S DŮRAZEM NA SLUŽBU CHRÁNĚNÉHO BYDLENÍ.....	54
10.3.1 <i>Formální sítě a uživatelé služby chráněného bydlení</i>	57
10.3.2 <i>Vliv chráněného bydlení na kvalitu života uživatelů</i>	61
10.4 SPOLUPRÁCE POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB PRO OSOBY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	62
ZÁVĚR	66
SHRNUTÍ	69
SUMMARY	71
POUŽITÁ LITERATURA	73
SEZNAM PŘÍLOH	77
PŘÍLOHY	78

Úvod

V České republice byl v roce 2007 vládou schválen projekt Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb. Do projektu se zapojilo 32 zařízení z celé České republiky. Pobytové služby poskytované v Ústeckém kraji jsou z 81% definovány jako ústavní. Uživatelé jsou často bráni jako pasivní příjemci bez ohledu na fakt, že u nich není nutná větší míra podpory, a je jim tak bráněno v osobním rozvoji. (Doporučení Ústeckému kraji 2013: 8)

Z Ústeckého kraje se do projektu zapojil Domov pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) Hlíňany, který je zároveň součástí příspěvkové organizace Domovy pro osoby se zdravotním postižením v Ústí nad Labem. Ostatní domovy v rámci této příspěvkové organizace jsou zapojeny do Podpory transformace Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV). Celý koncept spočívá v transformování institucionální péče v péči komunitního typu. To znamená změny nejen pro transformovaná zařízení, ale také pro organizace poskytující návazné sociální služby. Svou formu a typ služeb by měly tomuto procesu přizpůsobovat a v rámci konceptu kontinua péče dbát o jejich dostupnost, efektivnost a zajistit jejich kvalitu.

Ústí nad Labem bylo jedno z prvních měst v České republice, které začalo využívat metodu na zkvalitnění a provázanost sociálních služeb, a to komunitní plánování. Komunitní plánování by tedy mělo být hlavním formálním prostředkem k zaručení kontinua péče a uspokojování potřeb obyvatel města. Mezi hlavní cíle posledního komunitního plánu patří mimo jiné obecná podpora a rozvoj stávajících služeb, jejichž dílčím opatřením je také podpora služeb bydlení. V oblasti bydlení je potřeba zaměřit se na rozvoj alternativních forem bydlení a vytvoření bezpečného prostředí, kde si mohou uživatelé osvojovat dovednosti vedoucí k samostatnému životu a soběstačnosti. Toto opatření by ve svém důsledku mělo mít dopady na zlepšení kvality života osob s mentálním postižením. (5.KPSS 2013: 84-85)

Aby uživatelé služeb chráněného bydlení mohli své dovednosti rozvíjet, je potřeba nejprve identifikovat jejich individuální potřeby a následně jim doporučit sociální služby, které povedou k jejich uspokojení. Mělo by tedy dojít k jejich tzv. zasíťování, které leží na bedrech poskytovatelů.

Tato práce se zaměřuje na kontinuum péče pro osoby s mentálním postižením v oblasti chráněného bydlení na území města Ústí nad Labem, kde v posledních letech dochází ke změně struktury sociálních služeb v rámci procesu transformace. Zároveň je na tuto problematiku nahlíženo z pohledu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou hlavními tvůrci sítí, do nichž jsou uživatelé zapojováni.

1 Uvedení do problému

V České republice v současné době můžeme z celkového počtu 5 749 registrovaných sociálních služeb přes 50 % definovat jako pobytových, tedy služeb, které poskytují komplexní péči zahrnující ubytování i stravování. Dvě pětiny služeb jsou služby terénní a přibližně jednu třetinu tvoří služby ambulantní. Pobytové služby označované jako ústavní jsou tyto: domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a týdenní stacionáře. Nejvyšší počet těchto zařízení můžeme nalézt ve Středočeském, Ústeckém a Moravskoslezském kraji. Toto jsou také kraje, které mají nejvyšší kapacity pobytových služeb definovaných jako ústavních. Dle dostupných informací takovéto služby využívá v České republice celkem 20 275 občanů. (Bareš 2013)

Trend deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb, který je pro současnou společnost výsledkem přirozeného vývoje, kdy by měl mít každý s jakýmkoliv duševním, mentálním či fyzickým postižením nárok na život v přirozeném prostředí, hýbe významným způsobem světem poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovatelé služeb musí nejen dodržovat Standardy kvality sociálních služeb, které zásadním způsobem přispívají ke zvyšování jejich úrovně a jsou součástí zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, ale také musí dbát na aktuální potřeby občanů v nepříznivé životní situaci a přizpůsobovat jim formu a náplň poskytovaných sociálních služeb.

Jak je již v úvodu zmíněno, příspěvková organizace Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem je do procesu transformace sociálních služeb zapojena. Tato příspěvková organizace zastřešuje Denní stacionář Úsměv, DOZP Severní Terasa, Hliňany, Všebořice a Trmice. Existují dva způsoby, jak se lze zapojit do tohoto procesu. První možností bylo zapojit se do vládou schváleného konceptu transformace sociálních služeb v roce 2007 s plánem dokončení transformace v roce 2013. Druhou možností bylo zapojit se do projektu Ministerstva práce a sociálních věcí (dále jen MPSV) Podpora transformace sociálních služeb, jehož cílem není úplná transformace, ale její podpora přeměnou formy a způsobu poskytování stávajících sociálních služeb. V rámci příspěvkové organizace se do úplné transformace zapojit DOZP Hliňany, který je již v současné době plně transformován. Další domovy jsou zapojeny do podpory transformace a své stávající služby přizpůsobují trendům přeměny institucionální péče v péči komunitní.

Ústavní zařízení mají možnost se dobrovolně zapojit do transformace, jejímž cílem je právě přestavba ústavních zařízení na menší bytové jednotky, kde bude možné péči poskytovat v komunitním duchu, či pořídit samostatné bytové jednotky, kam se uživatelé ústavních zařízení přestěhují a s menší či větší podporou budou moci vést téměř samostatný život v přirozeném prostředí. Takový druh bydlení je nazýván chráněným bydlením. Dle MPSV (2015) je „chráněné bydlení dlouhodobou pobytovou službou, kterou využívají klienti vyžadující podporu asistenta. Ten jim má poskytnout nejen podporu při každodenních činnostech v domácnosti, ale také zajistit kontakt se společenským prostředím nebo dostupnost jiných sociálních či terapeutických služeb“.

(Sociální služby 2015)

Službu chráněného bydlení zpravidla využívají klienti ústavních zařízení, kteří dosáhli určitého stupně samostatnosti a dostanou se tak v hierarchii osamostatňování na další stupeň. Ideálem potom je co možná nejvíce nezávislý a samostatný život ve vlastním bydlení. S přesuny klientů do chráněného bydlení je spojeno mimo jiné také to, aby byla zajištěna možnost využívat jiné sociální služby pro jejich další rozvoj a prohlubování dosud získaných dovedností. V souvislosti s touto potřebou hovoříme o tzv. síťování a tvorbě formálních a neformálních sítí, do kterých jsou uživatelé služeb zapojováni. V souvislosti s tímto krokem je potřeba uvažovat o faktorech, které mohou další vývoj zásadním způsobem ovlivnit. Svou roli může hrát nabídka sociálních služeb v dané oblasti, dostupnost sociálních služeb, míra samostatnosti uživatelů služby chráněného bydlení, asistence v chráněném bydlení, či koordinace spolupráce mezi poskytovateli služeb. Všechny tyto faktory jsou zároveň předmětem zájmu této diplomové práce.

1.1 Veřejněpolitický kontext

Uzavírání a přeměna (transformace) institucionální formy péče na péči komunitní je také veřejněpolitickým zájmem. Ve vyspělých zemích západní Evropy se začalo již před několika lety diskutovat o roli státu v tomto procesu a do jaké míry by se měl veřejný sektor podílet na samotné transformaci. I když nelze zkušenosti jednotlivých států generalizovat, můžeme pozorovat společné jmenovatele v této diskuzi a trendy, jež jsou v budoucím vývoji společné.

Čím dál častější jsou také debaty o roli veřejného sektoru ve vztahu k poskytování sociálních služeb a o jejich budoucí reformě. Vzhledem k rostoucímu počtu uživatelů

sociálních služeb je potřeba hledat alternativní přístupy jak jejich poptávku uspokojit a zároveň být efektivní. Na hledání východiska můžeme pohlížet ve dvou rovinách (Analýza podmínek 2005: 9):

1. V zajištění dlouhodobého financování.
2. Nabídnout kromě služeb poskytovaných veřejným sektorem také služby soukromého ziskového i neziskového sektoru, jež budou efektivně reagovat na nabídku a poptávku po těchto službách.

V první variantě se jedná o otázku financování dlouhodobé péče, jež je pro stát velmi nákladnou položkou v rozpočtu. Je potřeba najít takové řešení, které umožní efektivní kombinování zdravotnických a sociálních služeb, jež nebudou pro rozpočty zemí tak zatěžující jako dosud. Obzvláště v době, kdy se hledají nejrůznější způsoby, kde a jak ušetřit. V Rakousku a Německu přistoupili k řešení v podobě povinného pojištění pro případy, kdy bude občan tyto služby sociální péče potřebovat. Vznikl tak nový fond finančních prostředků, který umožňuje ulehčit rozpočtu samosprávních celků. V druhé variantě je poukazováno především na důležitost efektivity a kvality poskytování služeb. Tyto podstatné parametry by měly být podpořeny efektivním rozdělováním financí veřejného rozpočtu a monitoringem stávajících služeb. „Skandinávské a anglosaské země přijaly systém blokových grantů vzhledem k lokálním autoritám, které se staly zodpovědné za identifikaci sociálních potřeb lokální populace a management poskytovaných služeb, ke krytí většiny rezidenční i domácí péče.“ (Analýza podmínek 2005: 10)

V kontextu možných východisek můžeme uvažovat o tzv. kvazi-trhu, jenž zahrnuje kombinaci veřejného a soukromého sektoru a jejich vzájemného vztahu. „Úlohou kvazi-trhu koordinovaného lokální veřejnou autoritou je naplnit lokálně definovanou potřebu. Organizačně tak vzniká mix ziskových, veřejných a neziskových poskytovatelů, kteří se svojí nabídkou vzájemně vhodně doplňují ve prospěch optimálního naplnění lokální autoritou identifikovaných potřeb lokální populace a jednotlivců jako konečného uživatele konkrétních služeb.“ (Analýza podmínek 2005: 11)

Koncept kvazi-trhu, k jehož naplnění současné trendy směřují, spočívá v uplatnění veřejné autority (státu, kraje, města) jako aktéra, který vstupuje mezi poskytovatele a uživatele těchto služeb. Jeho role je především v ochraně veřejného zájmu a dohledu

nad naplňováním aktuálních potřeb konkrétní službou. (Le Grant, Bartlett 1998 In.: Analýza podmínek 2005: 11)

Stejně jako v zemích západní Evropy i v České republice začaly vznikat transformační plány a přípravy na změny, jež povedou k zániku velkokapacitních ústavních zařízení. Tyto plány jsou především v režii MPSV, které potřebné podklady a manuály připravuje.

Zavedení transformačních plánů si žádá ze strany veřejné politiky přípravu dlouhodobé strategie, dle které budou instituce postupovat. Dobré transformační plány na přeměnu institucionální péče na péči komunitní si žádají velmi kvalitní přípravu a některé oblasti by rozhodně neměly být opomenuty. Důležitým bodem je dobrý časový harmonogram. V rámci deinstitucionalizace je nezbytné na přeměnu připravit nejen zřizovatele (kraj, město), poskytovatele, ale také uživatele transformovaného zařízení. Oblasti, kterých se přípravy týkají, jsou především rozpočtová politika zařízení, zaškolení personálu a personální „přeorientování“ zaměstnanců na poskytování komunitně založených služeb. V neposlední řadě je nezbytné důkladně připravit uživatele na změnu prostředí. (Mansell, Cnapp, Beandle-Brown, Beecham 2007) Ta může zabrat nejdelší časový úsek. Odvíjí se totiž od míry postižení, kterým jsou jednotlivé osoby zasaženy. Důležité je také zaměřit se na podporu komunitně orientovaných služeb, které poskytují potřebnou pomoc, a podporu na cestě uživatelů institucionálních zařízení k samostatnosti a soběstačnosti.

Na základě této myšlenky je založen proces transformace sociálních služeb, do kterého se dobrovolně v České republice zapojilo již 32 zařízení. O tomto procesu se budu zmiňovat ještě podrobněji v kapitole Transformace sociálních služeb. Tato koncepce je v souladu s Národním akčním plánem sociálního začleňování, na léta 2006 – 2008 na léta 2008 – 2010, Bílou knihou o sociálních službách, zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a v neposlední řadě také Základní listinou lidských práv a svobod. (Transformace sociálních služeb 2015)

Aby mohla být transformace úspěšně realizována, je nutné, aby proběhly nejen náležitě přípravy ze strany velkokapacitních ústavních zařízení, ale aby na tuto změnu reagovaly i ostatní sociální služby, které by svou činností měly transformaci podporovat a připravovat jedince přecházející do služeb komunitního typu na jiný (komunitní)

způsob života. V zájmu krajů a obcí, jichž se transformace dotýká, by mělo být poskytovat svým občanům takové sociální služby, jež dokážou uspokojit jejich aktuální potřeby, a zároveň služby odpovídají na kvalitu a dostupnost.

Na krajské úrovni je vypracováván **střednědobý plán rozvoje sociálních služeb**. Poslední plán byl vypracován na období 2015 - 2017. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách ukládá na rozdíl od komunitního plánování v městech a obcích krajům povinnost střednědobě plánovat. Toto plánování má probíhat za spolupráce jak poskytovatelů, tak uživatelů sociálních služeb na příslušném území. Dle vyjádření manažerky koordinační skupiny má na spolupráci vliv aktuální zastupitelstvo a zástupci, kteří mají agendu sociálních služeb na starost.

„Teď nová garnitura na městě má snahu a chtějí znát, jak to bude. Jinak velmi dobře spolupracuje sociálně zdravotní komise a před tím, za pana primátora Mandíka nemohu říct, že by to město bylo nějak více nakloněno.“ (R2)

2 Formulace cílů a výzkumných otázek

Na následujících řádcích bude představen hlavní a dílčí cíl mé diplomové práce. Také představím výzkumné otázky, s jejichž pomocí plánuji cíle naplnit.

Cílem mé diplomové práce bude analyzovat, jakým způsobem jsou uživatelům služby chráněného bydlení s mentálním postižením zprostředkovány návazné sociální služby v Ústí nad Labem. Dílčím cílem bude zjistit, jak poskytovatelé služby chráněného bydlení zapojují uživatele do formálních sítí.

Jako hlavní výzkumná otázka byla zvolena: „Zjistit, jak je zajištěna propojenost a návaznost služby chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením s dalšími sociálními službami v Ústí nad Labem.“

Dílčími výzkumnými otázkami, které dopomohou k zodpovězení hlavní výzkumné otázky, jsou tyto:

- Zmapovat, jak je zajištěna dostupnost návazných sociálních služeb určených pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem ze strany poskytovatele služby chráněného bydlení.
- Zjistit, jak jsou uživatelé této služby napojováni na formální síť.
- Zjistit, jakým způsobem jsou vytvářeny formální sítě pro uživatele této služby.
- Zjistit, jak je koordinována spolupráce mezi aktéry zapojených do formálních sítí.

Tabulka č.1: Přehled metod výzkumných otázek a metod sběru a analýzy dat

Dílčí výzkumné otázky	Metody sběru a analýzy dat
Jakým způsobem je zajištěna dostupnost návazných sociálních služeb určených pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem ze strany poskytovatele služby chráněného bydlení?	Desk research Polostrukturované rozhovory a tematická analýza
Jakým způsobem jsou vytvářeny formální sítě pro uživatele této služby?	Polostrukturované rozhovory a tematická analýza
Do jakých formálních sítí jsou uživatelé sociálních služeb zapojováni?	Analýza sociálních služeb v Ústí nad Labem Polostrukturované rozhovory a tematická analýza
Jak je koordinována spolupráce mezi aktéry zapojených do formálních sítí?	Analýza komunitních plánů města Ústí nad Labem Polostrukturované rozhovory a tematická analýza

3 Metody analýzy a zpracování dat

Tato práce se pokouší objasnit, jakým způsobem je zajištěno kontinuum péče pro osoby s mentálním postižením v oblasti chráněného bydlení na území města Ústí nad Labem. Pro účely této práce byl zvolen kvalitativní výzkum a to z toho důvodu, že díky své povaze poskytne potřebný vhled do dané problematiky. Kvalitativní výzkum umožňuje několik přístupů k řešení zvoleného problému. Jedním z nich je subjektivní pohled zúčastněných stran a zaměření na ty roviny problému, které nám zůstaly do tohoto okamžiku skryty. Méně vhodný je potom v případě, že bychom chtěli problematiku popsat komplexně a v obecnější rovině. (Flick 2011: 12)

Výzkumným design, který byl zvolen pro tuto práci, je případová studie. Případová studie je vhodná v případech, kdy se výzkumník ptá na otázky „Jak?“ a „Proč?“, má malou nebo žádnou kontrolu nad chodem událostí a v okamžiku, kdy se studie zaměřuje na aktuální fenomén. (Yin 2014: 2) Tento fenomén či konkrétní událost se tak stává předmětem výzkumného bádání. „Předmětem zájmu případové studie (case study design) je studium konkrétního případu, jedince, události, instituce, procesu apod. v určitém časovém úseku.“ (Nekola, Veselý 2007: 152) Tento výzkumný design nám umožňuje studium úzce vymezeného problému a jeho hlubší analýzu. V tomto případě se jedná o proces kontinua péče v oblasti chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením.

Jak je již výše zmíněno, tento výzkumný design je vhodný zejména v případech, kdy se jedná o nová, neprozkoumaná témata, do kterých výzkumník zatím nemá potřebný vhled. Můžeme hovořit o dvou druzích případové studie, a to jednopřípadové a vícepřípadové. (Nekola, Veselý 2007: 152) Co je pro tento design také charakteristické, je to, že výzkumník bádá v přirozeném prostředí a pokouší se získat informace z nejrůznějších zdrojů. To si také žádá kombinaci nejrůznějších metod sběrů dat. Pro takový sběr jsou nejvhodnější kvalitativní metody jako např. rozhovory, analýza dokumentů apod. Výsledkem je potom souhrnná interpretace sebraných dat a jejich výsledků. (Švaříček, Šedová a kol. 2007: 98)

V práci bude využíváno jak dat sekundárních, tak dat primárních, jejichž zdrojem budou polostrukturované rozhovory. Je zde rozlišováno několik druhů otázek, dle toho, jakou budou mít funkci v rámci dotazování. (Reichel 2009: 102)

Polostrukturovaný rozhovor výzkumníkovi umožňuje, aby do rozhovoru vnesl své znalosti a tím ovlivnil jeho průběh. Tím pádem se zde otevírá možnost dialogu, kterou nám strukturovaný rozhovor neumožňuje. Výzkumník se tak stává pro respondenta partnerem spíše než pouze tím, kdo rozhovor vede. Na rozdíl od volného rozhovoru potom výzkumníkovi umožňuje zaměřovat se na témata, která mu připadají důležitá ve vztahu ke zkoumanému problému. (Brinkmann 2013: 21)

Vzhledem k povaze výzkumného cíle diplomové práce, kdy budou záměrně oslovováni zástupce jednotlivých organizací a případně jiných zapojených subjektů, nebude se jednat o náhodný výběr respondentů, ale o výběr dle úsudku. Účelový výběr je tedy založen na uvážení výzkumníka a jeho znalosti problematiky. Od toho se potom odvíjí, jaké respondenty osloví. (Disman 2000: 112) Vzhledem k tomu, že bude podstatný především postoj poskytovatelů a jejich přístup k řešení zvoleného tématu, polostrukturované rozhovory budou provedeny s vedoucími pracovníky domovů pro osoby se zdravotním postižením v Ústí nad Labem, jež poskytují službu chráněného bydlení a s vedoucími pracovníky s neziskovými organizacemi, jež poskytují služby uživatelům s mentálním postižením na území města Ústí nad Labem.

Pracovníci, kteří byli nakonec osloveni, byli částečně vybráni dle složení koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením podílející se na tvorbě komunitních plánů pro Ústí nad Labem a částečně na základě kontaktů, jež byly získány během absolvované praxe v neziskové organizaci Jurta o.p.s., která poskytuje služby osobám s mentálním postižením a zároveň úzce spolupracuje s domovy pro osoby s mentálním postižením.

Celkem byly připraveny tři scénáře rozhovorů. Jako první byly osloveny dva domovy pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem, které poskytují službu chráněného bydlení – Domov pro osoby s mentálním postižením Severní Terasa a Domov pro osoby s mentálním postižením Všebořice. Pro tyto respondenty byl připraven první scénář rozhovorů, které byly provedeny se sociálními pracovníky. Tito pracovníci díky svému přehledu o chodu zařízení a dlouholetému působení na této pracovní pozici byli schopni zodpovědět připravené otázky. Na jejich vyžádání jim byl scénář rozhovorů zaslán předem.

Další scénář rozhovorů byl připraven pro vedoucí pracovníky neziskových organizací, jež poskytují služby pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem. Jedná se zároveň o organizace, které mají své zástupce v již zmíněné koordinační skupině a aktivně se podílejí na tvorbě komunitního plánu. Dle předpokladů byly rozhovory skutečně zrealizovány s vedoucími pracovníky.

Poslední scénář rozhovorů byl připraven pro manažerku koordinační skupiny, jež byla oslovena jako expert na koordinaci spolupráce poskytovatelů sociálních služeb v Ústí nad Labem.

Respondenti byli nejprve osloveni e-mailem a byla jim nabídnuta možnost zaslat scénář rozhovoru předem, aby měli představu, jakým směrem se budou otázky ubírat. Tuto možnost využili všichni oslovení respondenti. Dále byla domluvena osobní schůzka v místě jejich působení. Až na jednu organizaci se všechny nacházely na území Ústí nad Labem. Všichni respondenti byli předem srozuměni s účelem rozhovorů a byl nahrán informativní souhlas se zpracováním sebraných informací. Bylo také dohodnuto, že nebudu uvádět jejich jména, pouze pracovní pozice a název organizace, v které působí.

Tabulka č.2: Přehled respondentů

	Organizace	Respondent	Délka rozhovoru
R1	Domov pro osoby se zdravotním postižením Severní Terasa	Sociální pracovnice	56 min.
R2	Komunitní plánování	Manažerka koordinační skupiny pro osoby s mentálních postižením	1h 10 min.
R3	Domov pro osoby se zdravotním postižením Všebořice	Sociální pracovnice	51 min.
R4	Denní stacionář Úsměv	Vedoucí sociálních služeb	59 min.
R5	Slunečnice o.s.	Vedoucí sociálních služeb	47 min.
R6	Jurta, o.p.s, Agentura Osmý den, o.p.s.	Vedoucí sociálních služeb	52 min.

K analýze rozhovorů bylo využito metody tematického kódování (concept-driven), které spočívá v tom, že si výzkumník určí společná témata, která vyhledává v sebraných rozhovorech, či na základě provedeného desk research. (Brinkmann 2013: 62) Obecným cílem kódování je rozdělit sebraná data do jednotlivých témat, díky kterým výzkumník dokáže zodpovědět stanovené výzkumné otázky.

4 Teoreticko-hodnotová východiska

Teoreticko-hodnotovými východisky jsou pro tuto diplomovou práci dva koncepty. Koncept kontinua péče zaměřující se na důležitost návaznosti služeb a koncept kvality života, konkrétně jeden zvolený model kvality života. Oba koncepty budou níže podrobně charakterizovány.

4.1 Kontinuum péče

Kontinuum, nebo-li návaznost péče je koncept, na jehož základech stojí dlouhodobá péče. Tento koncept je využíván především ve službách určených pro seniory a osoby s duševním onemocněním. Koncept zde nachází své uplatnění především díky propojení sociálních a zdravotnických služeb. Tento termín byl poprvé použit autory Liebowitzem a Brodym v roce 1970 v souvislosti se snahou popsat provázanost praxe a výzkumu v oblasti péče o osoby staršího věku. (Allan, McBryde-foster 2004: 624)

Zdravotnické služby jsou u těchto cílových skupin více využívány vzhledem k nestabilnímu stavu a proto je na toto propojení dbán větší důraz než u osob s mentálním postižením.

Přesto se tento koncept dá přenést i do prostředí, v kterém fungují osoby s mentálním postižením. Zde hraje důležitou roli jejich integrace a pomoc na cestě k samostatnému životu. Jak rychle budou tyto cíle naplněny, záleží na kooperaci a spolupráci aktérů, kteří jsou v tomto procesu zapojeni.

Koncept kontinua péče je orientován na klienty. Služby by tak měly být organizovány dle klientských potřeb, nikoli podle toho, co je pro tyto služby cesta nejmenšího odporu. Kontinuum péče vychází z holistického přístupu propojujícího zdravotní, sociální a finanční aspekty. Tyto aspekty zároveň odrážejí osobní potřeby jedince. Cílem je umožnit klientům přístup k takovým službám, které dokážou tyto aspekty a potřeby naplnit. Tento koncept s sebou zároveň nenese předpoklad, že klienti musí být nemocní, aby mohli být zapojeni do kontinua, které propojuje služby jak akutní, tak dlouhodobé péče. (Evashwick 2005: 4) Které z těchto služeb (akutních či dlouhodobých) budou klienti využívat, záleží na původu jejich znevýhodnění a na míře jejich závislosti dle stupně postižení. U osob s mentálním postižením se předpokládá dlouhodobý charakter péče, která bude zahrnovat služby zaměřené na jejich postupné osamostatnění.

Kontinuum péče by mělo mít také komplexní a, jak je již v úvodu zmíněno, integrační charakter. Služby zapojené do kontinua péče mohou zasahovat do oblasti podpory zdraví, ambulantní péče, akutní péče, pobytové dlouhodobé péče a péče komunitně orientované. (Patt 2010: 23) Díky široké škále možností, do jakých služeb a oblastí může kontinuum péče zasahovat, zajišťuje vyšší míru integrace. Služby, které jsou do kontinua péče zahrnuty, mohou zároveň dosahovat rozdílné úrovně a intenzitu péče: od služeb zaměřených na akutní péči po služby podpůrné. Ideálně kontinuum péče přináší (Evashwick 2005: 4-5):

- doporučení služeb, které jsou v souladu s požadavky klienta a zároveň se nepřekrývají
- služby odrážející situaci klienta a jeho rodiny
- monitoruje podmínky klienta a zprostředkovává služby, které jsou nutné ke změně
- koordinuje péči mnoha odborníků
- integraci poskytovatelů péče, kteří spadají do požadavků klienta
- komplexní databázi o klinických, finančních a jiných využívaných dat
- vyjednávání o komplexním financování

Nejvíce efektivní kontinua jsou taková, která se zaměřují na specifickou skupinu klientů. Některá kontinua péče mohou také existovat současně, dokonce v rámci jedné organizace. (Evashwick 2005: 5) Je tedy možné, že jedna organizace může osobám s mentálním postižením poskytovat více služeb uspokojující různé úrovně klientových potřeb.

Kontinuum péče nemůže zabránit tomu, aby si klienti či jejich rodina vybrali jiného poskytovatele s alternativními nabídkami služeb, ale může tak eliminovat potřebu vyhledávat další služby mimo kontinuum. Varianty toho, jakým způsobem klienti služby využívají, mohou být různé. Může se jednat jak o dlouhodobé využívání, tak o využití s časovým omezením, a to ve vztahu k aktuálnímu zdravotnímu stavu uživatele. (Evashwick 2005: 6)

4.2 Kvalita života

Koncept kvality života je multidimenzionálním konceptem, který není snadné vymezit. Zasahuje do nejrůznějších oblastí lidského života a v současné době se jím zabývají nejrůznější vědy jako např. psychologie, ekologie, ekonomie, politologie. Zkoumání kvality života a obecné zvýšení zájmu o tuto problematiku vyvolalo materiální bohatství nejvyspělejších států, tedy především USA (Heřmanová 2012). Co je pro koncept kvality života typické je, že neexistuje jasná definice tohoto pojmu. Stejně tak se setkáváme s mnoha výrazy, jakým je ve světě označován. Nejčastěji se setkáváme s označením „quality of life“ a „well-being“.

Koncept kvality života jak je vnímán dnes, prošel již řadou změn, podle toho, z pohledu jakých věd byl zrovna zkoumán. Nejnovější pojetí tohoto pojmu je založeno na hodnocení čtyř dimenzí v životě člověka: kontext a zázemí, faktory prostředí, osobnostní charakteristiky a zpracování informací (Heřmanová 2012). Dle definice World Health Organization (WHO) jde především o individuální vnímání situace samotným jedincem, s ohledem na jeho subjektivní hodnocení vycházející z hodnot, sociálního prostředí a jeho celkového psychického a fyzického stavu.

Ve vztahu k osobám s postižením se v 80. letech minulého století začalo hovořit o individuální kvalitě života a její roli v sociálních službách. Zde debatu o kvalitě života vyvolala deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb a zkoumání dopadů těchto procesů na jejich uživatele. Šetření v této oblasti měla potvrdit, že transformování sociálních služeb má na uživatele pozitivní vliv. Zájem o individuální kvalitu života kladl důraz také na vliv prostředí, kam se uživatelé transformovaných služeb dostanou, a odklání se tak od čistě medicínského modelu a důrazu pouze na roli diagnózy a fyzického zdraví. (Kocman 2011: 6) Zkoumání individuální kvality života uživatelů se tak stalo nejen ukazatelem pro úspěšnost transformace sociálních služeb, ale také měřítkem pro jejich efektivnost ve vztahu ke klientům a jejich učení. Tato práce není zaměřena na měření kvality života u uživatelů služby chráněného bydlení, přesto je tento koncept úzce spojen s ukazateli kvality poskytovaných sociálních služeb v kontextu kontinua péče. Dle Kocmana (2011) není v souvislosti se zkoumáním dopadů sociálních služeb na kvalitu života jejich uživatelů vhodné kvalitu měřit, ale zaměřit se spíše na to, jak jednotliví aktéři, kteří jsou do procesu zapojeni, naplňují jednotlivá kritéria stanovená konceptem kvality života.

Na následujících řádcích si představíme model, jenž je uplatňován právě v kontextu se zkoumáním kvality osob se zdravotním postižením.

4.2.1 Model kvality života Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto

Centrum pro podporu zdraví chtělo vyvinout takový model, který je dobře uplatnitelný na všechny osoby, tedy na osoby se zdravotním, i bez zdravotního postižení. Tento model vznikl na základě rozsáhlého výzkumu od roku 1991, který zahrnoval analýzu dat nashromážděných během pořádání fokusních skupin a na základě hloubkových rozhovorů. (The quality of life model, University Toronto 2015)

Základem toho modelu jsou tři navzájem prolínající se oblasti našich životů, které mají významný dopad na celkovou kvalitu života. Mezi tyto oblasti patří být (being), patřit někam (belonging) a realizovat se (becoming). (Heřmanová 2012: 88) Součástí těchto oblastí jsou ještě tři podoblasti, které si níže vysvětlíme v tabulce. Tento model se zaměřuje především na determinanty zdraví a osobní pohody. Vychází z koncepčního modelu, který je v souladu s definicemi zdraví dle WHO. Model tak vychází z duševního, psychického a duchovního fungování jedince. Dále se zaměřuje na spojení jedince s okolním prostředím a dostatek, či nedostatek příležitostí pro rozvoj jejich dovedností. (The quality of life model, University Toronto 2015)

Tabulka č.3: Přehled podmínek kvality života

Být	Co tvoří člověka
Fyzické bytí	Zdraví, hygiena, výživa, pohyb, oblékání, celkový vzhled
Psychologické bytí	Psychické zdraví, vnímání, cítění, sebeúcta, sebekontrola
Spirituální bytí	Osobní hodnoty, přesvědčení, víra
Patřit někam	Propojení člověka s prostředím
Fyzicky	Domov, škola, sousedství, komunita
Sociálně	Rodina, přátelé, spolupracovníci, sousedé
Komunitně	Pracovní příležitosti, odpovídající finanční příjmy, zdravotní a sociální služby, vzdělávací, rekreační možnosti a příležitosti, společenské aktivity

Stát se někým	Dosahování osobních cílů, naděje, aspirace
Z pohledu praktického	Domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví, sociální začleňování
Z pohledu volnočasového	Relaxační aktivity podporující redukci stresu
Z pohledu osobního růstu	Aktivity podporující zachování a rozvoj znalostí a dovedností, adaptace na změny

Zdroj: The quality of life model, University Toronto 2015

To, jakého rozsahu bude kvalita života v těchto oblastech a podoblastech dosahovat, závisí dle autorů tohoto modelu na dalších dvou faktorech: důležitost oblasti pro jedince a schopnost jedince svých možností využít. Díky těmto faktorům je kvalita života přizpůsobována v různých perspektivách vlastnímu životu jedince. (The quality of life model, University Toronto 2015)

Rozhodující roli hraje specifická životní situace jedince. Lidé tak mohou být spokojeni se svými možnostmi a příležitostmi, které se jim nabízejí i v případě, že žijí v chudém prostředí. Nevědí totiž o možnostech, o které přicházejí a jsou o ně ochuzeni. Například lidé žijící v ústavních zařízeních mohou považovat svou životní situaci za dobrou, protože nemají srovnání s jinými možnostmi a způsoby života.

Na základě tohoto zjištění by mělo mít kvalitní prostředí dle **Centra pro podporu zdraví Univerzity Toronto** tyto vlastnosti (The quality of life model, University Toronto 2015):

1. Nabízet možnosti pro uspokojení základních potřeb (jídlo, bydlení, bezpečí, sociální kontakt)
2. Možnosti k rozvoji lidského potenciálu
3. Zajistit kontrolu a možnost volby

Tento model je založen na subjektivní perspektivě jedince. Vychází z toho, že jedinec si sám určuje důležitost jednotlivých oblastí a na základě vlastního uvážení hodnotí, do jaké míry jsou tyto oblasti naplňovány a uspokojovány. Dle tohoto modelu je tedy

nejdůležitější osobní pocit pohody či nepohody. Záměrně v tomto modelu nejsou uváděny objektivní environmentální podmínky jako např. existující pracovní či vzdělávací příležitosti. Vzhledem k tomu, že je jedinec využívat nechce, neví o nich nebo je nemůže využívat, nemohou tak dle modelu ovlivňovat kvalitu jeho života. (Heřmanová 2012: 413)

V kontextu práce je tedy chápán tento model tak, že pokud uživatelé služby chráněného bydlení nebudou vědět o nabídce služeb, které mohou využívat, nemusí se to odrážet na pocitu jejich pohody či nepohody, ale to také neznamená, že by tyto služby nemohly kvalitu života těchto osob zvýšit. Proto je důležité, aby poskytovatelé služby chráněného bydlení svým uživatelům aktivně zajišťovali zprostředkování návazných služeb a byli v tomto ohledu jakýmsi prostředníkem mezi nimi samotnými a vnějším světem. Tato iniciativa je vzhledem k omezeným možnostem a omezenému přístupu k vlastním informačním zdrojům uživatelů služby pro jejich osamostatňování a úspěšné zapojení do běžné společnosti stěžejní.

5 Sociální služby pro osoby s mentálním postižením

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou sociální služby určeny osobám, které se nacházejí v nepříznivé životní situaci, ať už krátkodobé či dlouhodobé. Měly by je aktivně motivovat k pozitivní změně nebo ke stabilizaci jejich současného nepříznivého stavu. Zákon rozlišuje různé druhy a formy sociálních služeb.

Sociální služby od přijetí zákona procházejí postupnými reformami, které jsou cílené především na tyto oblasti (Vasková 2006 In.: Zatloukal, 2008: 21):

- **Dostupnost** – územní, informační, ekonomická
- **Efektivnost** – služby se řídí dle potřeb jejich uživatelů
- **Kvalita** – naplňování kvality odpovídající současnému nastavení a trendům
- **Bezpečnost** – dodržování práv a zájmů uživatelů
- **Hospodárnost** – veřejné i osobní výdaje korespondují s rozsahem poskytovaných služeb

Nejvýznamnějšími body, které jsou pro další vývoj služeb stěžejní (nebo by alespoň měly být), jsou **kvalita** a **dostupnost**. Kvalita a dostupnost by měly tvořit stavební kameny sociálních služeb, přičemž kvalitu by měly zajišťovat standardy kvality sociálních služeb a dostupnost by měla být zajištěna komunitním plánováním sociálních služeb. (Zatloukal 2008: 21)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách definuje tři druhy sociálních služeb, které lze poskytovat:

- a) **sociální poradenství** – základní a odborné sociální poradenství
- b) **služby sociální péče** – osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské činnosti, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní stacionáře, týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení, sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče
- c) **služby sociální prevence** – raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, nízkoprahová denní centra, domovy na půl cesty, kontaktní centra, azylové domy, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež,

noclehárny, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace

Hlavním cílem **základního sociálního poradenství** je poskytnout občanům v nepříznivé životní situaci základní informace o službách, které mohou jejich situaci změnit k lepšímu, či minimálně stabilizovat (dávky hmotné nouze, dávky sociální péče). Dále poskytnout informace o jejich právech, a to především ve vztahu využívání sociálních služeb a možnostech využívat další veřejně dostupné zdroje zabraňující sociálnímu vyloučení. Sociální poradenství může být také **odborné**, které se zaměřuje kromě doporučování návazných služeb na sociálně terapeutickou činnost. A to především na oblast psychologie, vzdělávání a orientace v systému sociální pomoci a péče. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Služby sociální péče jsou zaměřeny na podporu fyzické a psychické soběstačnosti. Cílem je zapojit osoby do běžného života. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Služby sociální prevence jsou zaměřeny především na pomoc osobám před sociálním vyloučením a vznikem a šířením negativních vlivů ve společnosti. Tyto osoby mohou být ohroženy z důvodu krizové situace, rizikového způsobu života, sociálního znevýhodnění či porušování práv. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Dále můžeme o sociálních službách uvažovat jako o službách **pobytových, terénních** a **ambulantních**. V tomto případě se jedná o rozdělení založeném na formě poskytování sociální služby. Pro pobytovou sociální službu je charakteristické, že klientům je poskytována komplexní péče zahrnující ubytování, zajištění stravování a dalších základních životních potřeb. Službou terénní již dle samotného názvu chápeme službu, která probíhá v přirozeném prostředí klienta, kam pracovníci zajišťující tuto službu za klienty docházejí. Ambulantní služba funguje opačným způsobem. Klienti dochází za sociální službou mimo svůj domov. (Zákon č. 108/2006 Sb.)

Ne všechny služby jsou vhodné pro osoby se zdravotním postižením. Na následujících řádcích si představíme ty, které jsou nejvíce využívány a svým charakterem odpovídají naplňování jejich potřeb. Služby pro osoby s postižením, jež jsou svým charakterem ústavní zařízení, jsou **domovy pro osoby se zdravotním postižením** a **domovy se**

zvláštním režimem. Dále jsou osobami se zdravotním postižením využívány **denní a týdenní stacionáře**, kde je uživatelům poskytována asistence při běžných úkonech formou celodenní péče se zaměřením na nácvik běžných životních situací. S touto službou mohou být zároveň poskytovány další služby jako např. **služba sociálně terapeutické dílny**. Jejím účelem je osvojovat každodenní dovednosti osobám, které nenajdou uplatnění na otevřeném trhu práce. **Pečovatelská služba** je potom službou svým charakterem terénní a po pobytových službách nejvíce využívaná. Pečovatel či pečovatelka docházejí za klienty do jejich domovů a zde jim poskytují základní péči (umývání, péče o domácnost, stravování). **Odlehčovací služby** jsou potom určené v první řadě rodinným příslušníkům a jejich účelem je především dopřát odpočinek pečujícím osobám buď v podobě asistenta v domácnosti, nebo poskytnutím možnosti ubytování na určitý časový úsek v domově pro osoby se zdravotním postižením. Další využívanou službou je **osobní asistence**, kdy osobní asistenti poskytují potřebnou individuální podporu většinou v rámci jiné sociální služby, např. podporovaného bydlení. Služba **podpora samostatného bydlení** je poskytována v přirozeném prostředí klienta, kdy asistent dochází do jeho domácnosti. (Matoušek 2007: 97-98) Službě chráněného bydlení bude věnována samostatná kapitola.

Službou, která je z pohledu poskytovatelů návazných sociálních služeb také využívaná, je služba **sociální rehabilitace**. Tato služba je definována zaměřením na praktický trénink činností, jež uživatelům umožní cestu k samostatnému a soběstačnému životu. Jejím cílem je mimo jiné umístění uživatelů na trhu práce. (Sociální služby 2015)

Ve vztahu k sociálním službám jsou používány termíny: uživatel, poskytovatel a zadavatel. Každý z nich má své specifické postavení a zaujímá roli, z které plynou práva i povinnosti.

Uživatelem (klientem) sociálních služeb se stává osoba, která má s poskytovatelem uzavřenou smlouvu o poskytování sociálních služeb a je evidována v určitém období (měsíc, rok). Tato smlouva se uzavírá se záměrem poskytnutí určité služby, v rámci které je uživatel řádně evidován v databázi a vykazován poskytovatelem sociálních služeb. Uživatele můžeme chápat jako příjemce sociálních služeb.

Poskytovatelem sociálních služeb chápeme organizaci či fyzickou osobu, která poskytuje sociální služby. Poskytovatelem může být veřejnoprávní i soukromý subjekt.

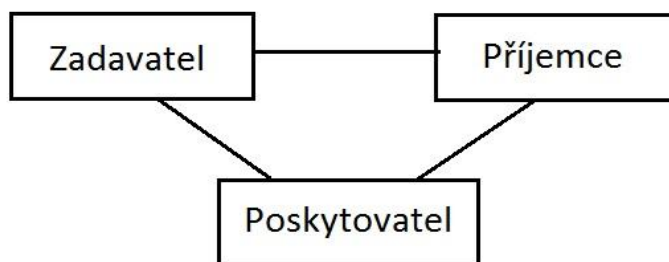
V smyslu, v jakém je v tomto textu používán, jím rozumíme neziskové organizace či ústavní zařízení. (Holasová 2014: 15) Nestátní neziskové organizace začaly vznikat až s plným rozvojem občanské společnosti po roce 1990. Před tímto rokem nic podobného v podstatě neexistovalo. S první vlnou nestátních neziskových organizací vznikala hlavně občanská sdružení. V současné době můžeme hovořit i o jiných právních formách, jako jsou obecně prospěšné společnosti či církevní právnické osoby. (Matoušek 2007: 12)

Poskytovatelé mohou mít významnou úlohu ve vztahu ke klientovi zejména v případech, kdy jsou možnosti klienta z nejrůznějších důvodů omezeny. Omezením může být jejich zdravotní stav či jejich sociální postavení ve společnosti. Úloha poskytovatele v těchto případech může být (Úlehla 2007 In. Zatloukal: 15):

- **Prostředník**, který nepreferuje žádnou stranu a snaží se být ve své pozici neutrální (jak k nastavení společenského vnímání, tak ve vztahu ke klientovi a jeho problémům)
- **Obhájce klienta**, jenž je výrazně více na straně klienta a snaží se jednat za něj, v jeho zájmu.
- **Agent sociálních norem**, který je blíže k postoji současného společenského vnímání a snaží se klienta „přesvědčit“ o správnosti tohoto nastavení.

Zadavatelem sociálních služeb je odpovědný za pokrytí sociálních služeb na daném území. Zadavatel služby financuje a zřizuje. Může jim být obec, kraj či stát. (Holasová, 2014: 15) Kraj, stejně jako obec, může být zřizovatelem sociálních služeb, a to buď ve formě příspěvkové organizace či vlastních organizačních složek. Změna nastala v roce 2002, kdy se zřizovací povinnost přenesla místo okresů na kraje. Ty tak zřizují většinu zařízení sociální péče. Stejně tak může být zřizovatelem MPSV, které zřizuje především ústavy se specializací. Sociální služby mohou být také zřizovány nestátními neziskovými organizacemi, které jsou financovány z rozpočtů obcí, krajů a měst, ale nemohou si tyto finance ze zákona nárokovat. (Matoušek 2007:12)

Spolupráci mezi poskytovatelem, zadavatelem a uživatelem sociálních služeb můžeme v současnosti chápat jako tzv. triádu. Bez tohoto předpokladu fungování kooperace mezi aktéry sociálních služeb se neobejde komunitní plánování, které je na tomto modelu založeno.



Zdroj: Holasová 2014 (upraveno autorkou)

Spolupráce nekončí jenom tímto uzavřeným spojením, kde je evidentní, že jeden článek bez druhého by nemohl fungovat. Je potřeba také navázat vazby s dalšími odborníky a představiteli institucí, které se sociálními službami spolupracují. Kromě zdravotnických služeb, policie či úřadů se jedná také o blízké rodinné příslušníky uživatelů a širokou veřejnost. (Zatloukal 2008: 28)

V Ústí nad Labem je celkem 12 zařízení poskytující služby osobám s mentálním postižením.

Tabulka č.4: Přehled poskytovatelů a registrovaných sociálních služeb

Poskytovaná služba	Název organizace (počet unicitních klientů za rok 2013)
Odborné sociální poradenství	Agentura Osmý den, o.p.s. (5), Centrum pro zdravotně postižené Ústeckého kraje, o.s. (427)
Domov pro osoby se zdravotním postižením (DOZP)	DOZP Hliňany (33), DOZP Všebořice (27), DOZP Severní Terasa (23), DOZP Trmice (16)
Denní stacionář	Denní stacionář Úsměv (14), DOZP Severní Terasa (3)
Týdenní stacionář	DOZP Severní Terasa (2), DOZP Všebořice (3)
Chráněné bydlení	DOZP Severní Terasa (7), DOZP Všebořice (14)
Osobní asistence	HELIAS Ústí nad Labem, o.p.s. (5)

Volnočasové aktivity	Centrum podpory zdraví, o.s. (42), HELIAS Ústí nad Labem, o.p.s. (21)
Sociálně terapeutické dílny	Denní stacionář Úsměv (88), Jurta, o.p.s. (15)
Sociální rehabilitace	Agentura Osmý den, o.p.s. (13), Jurta, o.p.s. (9)
Odlehčovací služby	Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice o.s. (125)
Podpora samostatného bydlení	DOZP Trmice (16), Jurta, o.p.s. (7)

Zdroj: 5. KPSS (upraveno autorkou)

V přehledové tabulce jsou uvedeny všechny organizace, které poskytují služby osobám s mentálním postižením a jakou službu či služby, má tato organizace registrované. Služba chráněného bydlení, na kterou je v návaznosti na další sociální služby v této práci zaměřena pozornost, byla v roce 2013 poskytována dvěma zařízeními, a to DOZP Všebořice a DOZP Severní Terasa. Situace se od té doby změnila. DOZP Hlíňany dokončil transformaci a klienti byli přestěhováni do jiných zařízení. Služba jako taková ale nezankla, pouze forma, jakou je poskytována.

Jak už je zmíněno výše v přehledu služeb vhodných pro osoby s mentálním postižením, ne všechny služby v tabulce jsou také využívány klienty chráněného bydlení. Hlavním důvodem je charakter a zaměření těchto služeb. Klienti chráněného bydlení dle zjištěných informací od poskytovatelů nejčastěji využívají služby terapeutické dílny a sociální rehabilitace. Jedná se o služby ambulantního typu, kam klienti mohou sami docházet. Tyto dvě služby také poskytuje organizace Slunečnice o.s., která má své formální sídlo v Děčíně, přesto z výpovědí poskytovatelů vyplynulo, že je pro ně spolupráce s touto organizací významná. Organizace Slunečnice o.s. je současně členem koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem a podílí se na tvorbě komunitního plánu.

5.1 Osoby s mentálním postižením

Definice osob s mentálním postižením není jednotná a existuje více způsobů, jak tuto heterogenní skupinu třídit. Co je pro ni však specifické, je ovlivnění určitého vývojového stupně jedince mírou jejich mentálního postižení. To zasahuje nejen jejich

rozumové schopnosti, ale zasahuje také emocionální a kognitivní stránku osobnosti. Ve světové populaci se vyskytuje okolo 3,5 % osob s mentálním postižením. (Pipeková 2006: 80)

Na diagnóze mentální retardace se podílejí pracovníci Pedagogicko-psychologických poraden (PPP) či Speciálně-pedagogických center (SPC), kteří vycházejí ze škály inteligenčního kvocientu a zkoumající míru rozumových schopností. Závěrečná klasifikace je tedy provedena na základě inteligenčních testů. (Pekárková 2011: 12)

Klasickým rozdělením osob s mentálním postižením dle inteligenčních testů je na lehkou mentální retardaci, střední mentální retardaci, středně těžkou mentální retardaci, těžkou mentální retardaci a hlubokou mentální retardaci. (Pipeková 2006: 64-65) Každá z těchto skupin má své specifické rysy a je charakteristická rozdílnou mírou schopnosti žít přiměřeně samostatným, nezávislým životem úměrným jejich postižení.

U osob s **lehkou mentální retardací (F70 IQ 50 – 69)** se viditelné problémy začínají projevovat mezi třetím a šestým věkem a s nástupem do školy. Zde se projevuje opožděný vývoj a delší interval osvojování si dovedností oproti vrstevníkům. Nápadité jsou také odlišnosti v jemné a hrubé motorice. Osoby s lehkou mentální retardací mají dále problémy v oblastech jako je udržení pozornosti, učících se schopnostech či v oblasti emocionálního vývoje. Sníženým intelektem jsou také postiženy myšlení, paměť a vývoj řeči. V komunikaci mohou mít potíže s chápáním významů sdělení, ale také ve vyjadřovacích schopnostech. V socializaci osob s lehkou mentální retardací hraje velkou roli jejich výchova a sociokulturní prostředí, v kterém vyrůstají. Hůře se vyrovnávají s běžnými nároky na plnohodnotný společenský život, jako je chápání významu rodiny, zaměstnání, samostatného bydlení či dodržování určitých norem a uznávání platných norem a zákonů. Někteří nejsou schopni ani tyto nároky naplnit. V populaci mentálně postižených osob je výskyt okolo 2,5%. (Pipeková 2006: 65) Přesto pokud se pohybují ve „zdravém prostředí“ a mají potřebnou míru podpory, jsou schopni žít téměř běžným životem bez větších problémů.

U osob se **středně těžkou mentální retardací (F71 IQ 35 – 49)** pozorujeme podobné rozdíly ve vývoji jako u lehké mentální retardace, ovšem jejich projevy jsou intenzivnější a nápadnější. Samotný opožděný vývoj řeči, schopnosti učit se a chápat souvislosti je doprovázený nemocemi, jako je epilepsie či dalším tělesným postižením.

Také je pravděpodobné, že bude potřeba celoživotní pomoci při každodenních činnostech a péči o vlastní osobu. I přes limitované možnosti je vzdělávání velká šance, že si díky individuálnímu a specifickému vzdělávání tito jedinci osvojí základy psaní, čtení a jiných základních školních dovedností. V populaci mentálně postižených tvoří největší podíl okolo 12%. (Pipeková 2006: 66)

Těžká (F72 IQ 20 – 34) a hluboká (F73 IQ pod 20) retardace jsou formy mentální retardace, kde je socializace a osvojování si běžných dovedností nutných pro samostatné fungování ve společnosti nejkomplicovanější a ve škále míry mentální retardace dosahují nejnižší úrovně. U těžké mentální retardace lze dlouhodobým učením naučit jedince určité míry samostatnosti v oblasti hygieny a péči o vlastní osobu. Řeč a komunikační schopnosti zůstávají rozvinuté na základní úrovni s velmi omezenou slovní zásobou. Emocionálně jsou tito jedinci velmi nestálí a je pro ně typické afektované a výbušné chování. Bývají celoživotně závislí na svém blízkém okolí. Z celkového počtu osob s mentálním postižením tvoří přibližně 7%. Osoby s hlubokou retardací nejsou schopny navázat běžnou komunikaci s okolím a jsou ve většině případů připoutáni na lůžko. Vyžadují celoživotní podporu v péči o svou osobu se základními denními úkony. Typickým doprovodným onemocněním je specifická forma autismu. Tvoří okolo 1% z populace mentálně postižených. (Pipeková 2006: 67)

Je důležité si uvědomit, že nelze na osoby s mentálním postižením nahlížet pouze z pohledu strohých definic a zde popsané možné nejvyšší míry jejich socializace. V současné době již víme, že i jedinci s velmi těžkým postižením jsou schopni žít život, ve kterém jsou schopni projevit svůj názor, dát najevo, co se jim líbí a co se jim nelíbí. Je potřeba se odpoutat od předsudků a umožnit těmto osobám žít v podnětném a inspirativním prostředí. (Lečbých 2015)

5.2 Služba chráněné bydlení

Chráněné bydlení je pobytovou sociální službou, jejíž definice není jednotná. Záleží na tom, komu je chráněné bydlení určeno a kdo je jeho poskytovatelem. Z jistého úhlu pohledu může být služba chráněné bydlení vnímána jistý typ sociálního bydlení, tedy bydlení určeného pro osoby ohrožené sociálním vyloučením. Mezi takové osoby patří i osoby s mentálním postižením.

MPSV definuje chráněné bydlení takto: „Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta.“ (Sociální služby 2015)

Dle dodatku č. 505, v zákoně č.108/2006 Sb., o sociálních službách má chráněné bydlení jasně definované cíle, které by mělo naplňovat. Patří k nim poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně-terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí a pomoc při hygieně a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu. Jedná se o pobytovou sociální službu, která je zpoplatněná. Jednotlivé ceny jsou uvedeny taktéž v zákoně o sociálních službách.

Na rozdíl od domova pro osoby se zdravotním postižením by tato forma bydlení měla být „vyšší“ úrovní, kterou využívají klienti, kteří dosáhli jisté formy samostatnosti. Nejedná se tedy o službu, kde jsou klienti pod dozorem 24 hodin denně. Chráněné bydlení by mělo být poskytováno mimo samotná ústavní zařízení. Tuto službu mohou mít registrovanou jak domovy pro osoby se zdravotním postižením, tak neziskové organizace. (Matoušek 2007: 97)

S transformací sociálních služeb se však tyto rozdíly postupně stírají a také v samotných domovech vznikají samostatné bytové jednotky a tzv. domácnosti, které jsou specifické omezeným počtem klientů. Vyplývá to ze slov vedoucí DOZP Všebořice a zároveň manažerky koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením:

„I když u nás byla inspekce, tak to vidí, že my se opravdu snažíme, že když klienti přecházejí z jedné služby do druhé, tak aby byli připravováni. My jsme přešli na DOZP na formu ubytování v podobě domácností, kde jsou 3-4 klienti. Snažíme se, aby klienti žili tak, jak chtějí, bydleli se svými kamarády. Tímto se služby otevřely a zároveň se tím stírá rozdíl mezi chráněným bydlením a DOZP. Když to srovnám s rokem 2009-2010, kdy jsme začínali se službou chráněného bydlení, tak tam opravdu byli jen ti nejschopnější klienti. Začínali jsme tím, že jsme měli jeden tzv. průchozí byt, kdy tam přišli, osvojili si činnosti a šli dál. Máme třeba 14 klientů, kteří žijí úplně mimo naše služby.“ (R2)

Stírání rozdílů mezi charakteristickými prvky ústavní formy péče a formy komunitní nemusí být vnímáno pouze z pozitivního hlediska. Co může být riziko, je fakt, že i chráněné bydlení může mít nakonec charakter ústavního zařízení jen s menší mírou podpory. Charakteristickým znakem pro tento negativní jev může být to, že klient je pořád konečným příjemcem, na jehož vůli nezáleží. (Johnová 2008: 6)

Chráněné bydlení může mít různé varianty, v jakých je zřizováno. Specifická je potom míra podpory, která je klientům poskytována. Můžeme rozlišovat tyto varianty chráněného bydlení (Bruthansová, Červenková 2004: 44):

- a) Komunitní typ
- b) Domácí typ
- c) Sociální typ

Chráněné bydlení, jak ho můžeme chápat pro účely této práce, je bydlením domácího typu, kdy jednotlivé bytové jednotky jsou mimo domov pro osoby se zdravotním postižením. Jednotlivé byty se nacházejí v různých částech města a jsou nájímány standardním způsobem od soukromých subjektů. DOZP je tedy v roli poskytovatele služby a zajišťuje podporu klientům v podobě pracovníků, kteří do bytových jednotek pravidelně docházejí a poskytují jim podporu dle jejich individuálních potřeb. K této podpoře také patří zajištění tzv. zasíťování klientů, tedy zprostředkování formálních i neformálních kontaktů v přirozeném prostředí.

Služba chráněného bydlení může být poskytována jak neziskovými organizacemi, tak organizace příspěvkovými. V Ústí nad Labem ji nabízejí dva domovy pro osoby se zdravotním postižením. Jedná se o DOZP Všebořice a DOZP Severní Terasa. K samotnému vývoji této služby se poskytovatelé vyjadřují takto:

„Chráněné bydlení je služba, kterou si kraj celkem žádal. Chybělo to tady. A myslím si, že ani v tuto chvíli tady není dost volné kapacity pro klienty z vnějšího prostředí. Bydlení řeší vždy DOZP a nabídka jiných organizací by mohla být větší. Nevím, jestli ta služba vychází levněji nebo draž, ale nemám pocit, že by nás nikdo nepodporoval.“ (R1)

„Pro nás je služba chráněného bydlení vyšší level DOZP. Takže klienti, kteří vyrostli ve službě DOZP, protože mají dovednosti osvojený na takový úrovni, že nepotřebujou nepřetržitou asistenci, tak přecházejí do toho chráněného bydlení.“ (R1)

Z těchto výpovědí můžeme službu chráněného bydlení vnímat v dvojitěm světle. Jednak jako službu, jejíž dostupnost je závislá na přímých vazbách s DOZP, odkud do ní uživatelé přímo vstupují na základě dosažené míry samostatnosti. Zároveň už není pravidlem, že je služba chráněného bydlení vnímána jako krok k úplnému osamostatnění se a cesta k úplné nezávislosti na pomoci druhých.

„Pokud klienti přecházejí z DOZP do chráněného bydlení, tak se naučí nové věci, ale zároveň se tam klienti učí dá se říci základy. Zvláště tam, kde jsou klienti z transformovaného zařízení, tak tam nemůžeme říct, že chráněné bydlení je o stupeň výš.“ (R3)

Přestup uživatele ústavního zařízení do služby chráněného bydlení neznamena větší dostupnost návazných sociálních služeb vzhledem k jejich větší míře osvojených dovedností.

„Nemyslím si, že klienti z chráněného bydlení mají větší přístup ke službám, je to individuálně o klientovi. I na chráněném bydlení může být klient, který potřebuje větší míru podpory, než potřebuje klient, který bydlí na DOZP. Je pravdou, že v současné době máme na chráněném bydlení více klientů, kteří jsou více samostatní, ale to se může změnit.“ (R3)

5.3 Komunitní plánování v sociálních službách

Komunitní plánování je jedním z modelů komunitní práce, jehož cílem je rozbor daného sociálního prostředí a zlepšení současného stavu. K takovému zlepšení komunitní práce v dané oblasti využívá komunitní plánování analýz místních služeb a zdrojů, z nichž vychází stanovené cíle vedoucí ke zlepšení. (Chrenková, Sobková, Vajdřáková 2007: 27)

„Komunitní plánování v ČR pomáhali zavádět britští experti od poloviny devadesátých let minulého století. V současnosti mají krajské úřady pracovníky pověřené touto agendou a do komunitního plánování jsou zapojeny desítky měst. Zákon o sociálních službách ukládá krajským úřadům povinnost zpracovávat plány rozvoje sociálních služeb, také obcím doporučuje tyto plány zpracovávat.“ (Matoušek 2007: 113)

Princip komunitního plánování je takový, že se snaží propojit všechny zapojené aktéry, tedy uživatele, zadavatele a poskytovatele sociálních služeb působících na daném

území. Tento princip je nazýván principem triády. Je postaven na tom, že žádný z aktérů by neměl být z komunitního plánování vyloučen. Je to především z toho důvodu, že potřeby kvalitní komunitní péče v dané oblasti budou dobře zajištěny pouze za předpokladu, že se na rozvoji sociálních služeb budou podílet všichni, kterých se to týká, především samotných uživatelů sociálních služeb. Princip triády je charakteristický postavením na základech dialogu a vyjednávání na úrovni kraje a obcí. (Návrh kapitol 2002: 25) Nemělo by tak dojít k situaci, kdy bude vypracován plán rozvoje sociálních služeb bez účasti jedné ze stran.

Přesto, že komunitní plánování nemá jasný postup a lze ho pojmout v rámci jednotlivých měst různorodě, můžeme hovořit o společných principech, na který je založený (Zatloukal 2005 In. Zatloukal 2008: 29):

- **Důraz na partnerství a spolupráci** – komunitního plánování se účastní všechny tři strany (poskytovatelé, zadavatelé, uživatelé) a všichni mají stejná práva se k problematice vyjadřovat, diskutovat a oponovat v případě, že s něčím nejsou spokojeni.
- **Zapojení místního společenství** – komunitní plány nelze zrealizovat tak, aby byly uspokojivé bez toho, aniž by byly zapojeny všechny tři strany, tedy zadavatelé, poskytovatelé a uživatelé. Pokud bude jedna strana vynechána, nebude se jednat o spravedlivé rozložení sil v rámci komunity.
- **Stanovení potřeb, priorit a směrů občany dané obce, města** – obce a města by měly vycházet z potřeb občanů, které jsou aktuální. Občané se tak podílejí na tvorbě komunitního plánu a samotném mapování potřeb.
- **Reálný kompromis** – výstupem komunitního plánování jsou komunitní plány, kde jsou stanoveny cíle a postupy, jak jich bude dosaženo. Také jsou rozděleny finanční prostředky a stanoveny časové plány plnění. To vše stojí na společné dohodě všech tří stran, tedy poskytovatelů, zadavatelů a uživatelů.
- **Cykličnost** – komunitní plánování je postaveno na neustálém opakování, v okamžiku, když skončí jeden komunitní plán, začíná se tvořit další. I když nebude vzhledem k neustálému vývoji postup vždy stejný, tato aktivita se pravidelně opakuje.

Výsledkem komunitního plánování je komunitní plán. Plány jsou obecně typem politických, strategických veřejněpolitických dokumentů, jejichž cílem je popsat směr

ubírání veřejné politiky v dané oblasti. „Měly by být nadresortní, střednědobé až dlouhodobé, obecně přijímané a uplatňované.“ (Veselý, Nekola 2007: 59) Veřejněpolitické dokumenty se dále dělí dle šíře jejich záběru a směřování cílů. Plán je potom velmi podrobným dokumentem, který popisuje, jak by měl vypadat ideální stav politiky ve zvolené oblasti. Ideálního stavu by mělo být dosaženo pomocí podrobných cílů. „Zvláštním případem je tzv. komunitní plán, který je výsledkem procesu odehrávajícího se na místní úrovni při zapojení zadavatelů, poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb a ústící v jejich vzájemnou dohodu o podobě služeb v regionu.“ (Veselý, Nekola 2007: 62)

V Ústí nad Labem vzniklo již pět komunitních plánů v průběhu posledních čtrnácti let. První komunitní plán se začal vytvářet v roce 1999. Byl sestaven na období 2000 – 2004. Druhý komunitní plán začal vznikat v roce 2003 a byl sestaven na léta 2004 – 2006. Dalšími v řadě byly komunitní plány na léta 2007 – 2009, 2010 – 2013 a posledním komunitním plánem je plán na období 2014 – 2017 (dále jen 1. KPSS, 2. KPSS, 3. KPSS, 4. KPSS, 5. KPSS). Jednotlivé plány na sebe volně navazují a jejich hlavním záměrem je rozvoj sociálních a souvisejících služeb.

Plány jsou vypracovávány na požadavky Statutárního města Ústí nad Labem a také jsou městem finančně podporovány. Jejich výsledná podoba je výsledkem spolupráce těchto aktérů (5. KPSS 2013):

- Manažerský tým Statutárního města Ústí nad Labem
- Magistrát města Ústí nad Labem
- Centrum komunitní práce, o.s. Ústí nad Labem
- jednotlivé koordinační skupiny (celkem deset koordinačních skupin zaměřených na jednotlivé cílové skupiny)
- Sociálně – zdravotnické komise Rady města Ústí nad Labem
- Úřadu práce města Ústí nad Labem
- spolupráce s odbory Magistrátu města Ústí nad Labem
- spolupráce se skupinami uživatelů

Hlavním stavebním kamenem komunitního plánování jsou **koordinační skupiny**, které se aktivně podílejí na vytváření komunitního plánu a na jeho uvedení do praxe. Koordinační skupina je schvalována radou města a je složena z poskytovatelů

a uživatelů sociálních a blízkých služeb. V Ústí nad Labem je celkem devět koordinačních skupin rozdělených dle cílových skupin. Koordinační skupina je složena z členů a manažera, přičemž členství v jednotlivých koordinačních skupinách je dobrovolné. Zároveň je však potřeba splnit určitý počet účastí na pravidelných setkáních, jež se konají každý měsíc. (Organizační řád koordinační skupiny 2013)

„Koordinační skupina je základní článek pro tvorbu komunitního plánování v městě Ústí nad Labem. Jelikož jsem manažerka koordinační skupiny, tak mým úkolem je koordinovat, a nikoliv řídit, činnost členů té skupiny a předkládat městu zpracované materiály nebo požadavky, které vzniknou při těch jednáních. Zároveň jsem styčným člověkem, který přináší informace z města, tedy od zadavatele jednotlivým subjektům, které jsou součástí té koordinační skupiny. Koordinační skupina je poradním orgánem pro město a je rozdělena do určitých oblastí, kterých je devět. V naší koordinační skupině jsou zástupci organizací, kteří poskytují služby lidem s mentálním postižením na území města Ústí nad Labem. Je zde zastoupení jak z příspěvkových, tak z neziskových organizací.“ (R2)

Přesto, že by členy koordinační skupiny měli být i samotní uživatelé, na příkladu koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem to funguje tak, že podněty od uživatelů do koordinační skupiny přinášejí samotní poskytovatelé sociálních služeb. Jsou tedy jakýmsi tlumočníky a spojovacími články. Dle slov manažerky skupiny funguje předávání informací v současné době takto:

„Existovala svépomocná skupina osob s mentálním postižením, ale tam jde o to, co se týká našich klientů, tak je potřeba, aby je někdo vedl. Ze začátku to byla naše sociální pracovnice (DOZP Všebořice), kdy to fungovalo velice dobře a přenášela informace do naší koordinační skupiny, teď už se tak neděje. Je to i z toho důvodu, že se klienti scházejí například v klubu samostatně bydlících a klienti mají možnost svoje problémy sami někde říct. Prostřednictvím zástupců v koordinační skupině my můžeme říct, že zástupci organizací mluví za své klienty, aspoň v naší koordinační skupině to tak cítím a vidím.“ (R2)

6 Deinstitutionalizace

Cílem deinstitutionalizace je přeměna institucionální péče v péči komunitní, tedy v takový druh péče, který bude nejlépe naplňovat individuální potřeby a představy uživatelů sociálních služeb. Forma komunitní péče zatím nejlépe naplňuje požadavky na osamostatnění uživatelů a to právě z toho důvodu, že je uplatňována v přirozeném prostředí klienta, čímž pádem hraje významnou roli v sociální inkluzi znevýhodněných osob. Deinstitutionalizace je dlouhodobý proces, během kterého by se současná ústavní zařízení měla přeměnit na formu bydlení a poskytování služeb v takové podobě, která bude nejvíce korespondovat s vlastní volbou uživatelů a umožní jim rozvíjet a navazovat přirozené vazby v socializovaném prostředí. (Manuál transformace ústavů 2013)

Mezi hlavní důvody deinstitutionalizace dle manuálu pro ústavní zařízení z roku 2013 vydaného MPSV patří především zlepšení ochrany práv uživatelů sociálních služeb. Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením přichází s konkrétními požadavky na začlenění osob se zdravotním postižením do komunitního života.

Hlavním iniciátorem procesu deinstitutionalizace jsou zadavatelé sociálních služeb. Poskyvatelé mají roli realizátora. „Pro zadavatele sociálních služeb je deinstitutionalizace úspěšně završena, když mají občané přístup ke službám, které reagují na jejich potřeby a jsou poskytovány za dostupnou cenu v místě a čase, kdy je občan potřebuje.“ (Doporučení Ústeckému kraji 2013: 12) Deinstitutionalizace je považována za úspěšnou, pokud poskytované sociální služby podporují rozvoj komunitního typu života a neomezují své uživatele v možnosti využívat jiné dostupné zdroje podpory. (Doporučení Ústeckému kraji 2013: 12)

Dobře nastavené, komunitně orientované služby by měly být založeny na určitých principech (Mansell, Cnapp, Beandle-Brown, Beecham 2007):

- měly by být orientované na člověka
- podporovat komunitní a rodinný život
- přejímat sociální model zapojení osob se zdravotním postižením do většinové společnosti
- směřovat vše k naplnění životních potřeb člověka

- zajistit, aby vše bylo zajištěno formou intenzivní asistencí směřující k individuální podpoře

Myšlenky deinstitucionalizace s cílem úplného zrušení ústavů a přeměny ústavní péče v péči komunitní by měly být realizovány tzv. procesem transformace sociálních služeb.

7 Transformace sociálních služeb

Vláda ČR v roce 2007 schválila Koncepti podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb. Tato koncepce vznikla pod záštitou MPSV, které tímto projektem podporuje deinstitucionalizaci a humanizaci sociálních služeb. Všeobecným cílem transformace je naplňovat práva osob se zdravotním postižením a jejich život co nejvíce přiblížit samostatnému a plnohodnotnému životu. S tím také souvisí co nejvyšší míra zapojení těchto osob do většinové společnosti. (Transformace sociálních služeb, 2015, In.: Mpsv.cz) Transformace je dlouhodobým procesem trvajícím několik let. Kromě toho, že je s transformací spojen přechod současných uživatelů do komunitní péče, je také podstatné, aby do ústavních zařízení nebyli přijímáni noví uživatelé. (Johnová 2008: 6)

K tomu, že domovy pro osoby se zdravotním postižením nové uživatele nepřijímá, však v reálu nedochází. Potvrzuje to i swot analýza projektu MPSV „Doporučení Ústeckému kraji k transformaci ústavní péče v péči komunitní“ (2012), která mezi slabými stránkami zmiňuje umožňování přijímání nových uživatelů do ústavní péče.

Ukončení Koncepce podpory transformace bylo naplánováno na rok 2013. Toto období je zároveň vymezením časového úseku, po který byl projekt financován ze zdrojů EU. (Transformace sociálních služeb 2013)

Do projektu **Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb** se zapojilo 32 zařízení z celé České republiky. Z Ústeckého kraje se do projektu zapojil Domov pro osoby se zdravotním postižením Hliňany. Za celou dobu trvání projektu odešlo z ústavního do přirozeného prostředí okolo 500 osob se zdravotním postižením. Z tohoto počtu potom 395 do komunitní služby. Původně se předpokládalo, že tento počet bude mnohem vyšší, a to přes 1000 osob. (Příloha časopisu Sociální práce 2013)

Součástí projektu Koncepce podpory transformace je i **Podpora transformace sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí**. Tento projekt je financován kombinovanou formou, a to ze státního rozpočtu a z Evropského sociálního fondu. Projekt byl zahájen v roce 2009 a byl ukončen také v roce 2013. Jeho hlavním cílem bylo podpořit probíhající deinstitucionalizaci sociálních služeb a umožnit tak

uživatelům ústavních zařízení přejít do komunitní péče (Transformace sociálních služeb 2013)

Aby mohla být ústavní zařízení transformována, je potřeba vytvořit návazné sociální služby, kterých mohou klienti využívat. Komunitní služby samy o sobě nevytvářejí nová místa, kam se klienti mohou přesouvat, ale je to forma péče. Je proto důležitý rozvoj sociálních služeb, kde lze uplatňovat komunitní typ péče. Ten spočívá v zabezpečení bydlení a denních aktivit jejich uživatelů. Ostatní služby by měly být poskytovány v podobě běžného vyžití, které může město nabídnout (lékaři, kultura...). (Johnová 2008: 7)

Největší obavy a rizika, jež byly vyzorovány, plynou ze strany příslušníků rodin a zaměstnanců transformovaných zařízení. Obecně můžeme v kontextu celé České republiky konstatovat obecné obavy ze změny a nedostatku financí na tento náročný proces. Jak bylo již zmiňováno, proces transformace je dlouholetou záležitostí a nekončí s termínem ukončení projektu. Kromě samotných ústavních zařízení je do procesu zapojeno více aktérů. Jedná se o Veřejného ochránce práv, Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, obce a kraje a neziskové organizace poskytující terénní a ambulantní služby. (Transformace sociálních služeb 2013)

8 Síťování v sociálních službách

I když bude mít město dostatečně pokrytou nabídku sociálních služeb vhodných pro podporu osob s mentálním postižením žijících v chráněném bydlení, bez spolupráce mezi poskytovateli, zřizovateli a uživateli těchto služeb nebudou dostatečně efektivní. Hlavním úkolem síťování je nabídnout alternativu řešení, které není schopna obsáhnout jedna organizace, a na základě spolupráce mezi jednotlivými subjekty dojít k uspokojivému cíli a naplnění potřeb klienta. (Šotola, Zatloukal 2010: 214)

Každý člověk ve svém životě potřebuje kontakt s okolním světem. Díky tomu, že komunikuje s okolím a pohybuje se v určité komunitě, má přátele, zaměstnání, zajištěné bydlení a může využívat dle vlastního uvážení nejrůznějších služeb, které mu společnost a jeho možnosti nabízí. Vytváříme si tak neformální síť, které jsou založené na osobních přátelských vztazích, které mohou být velmi proměnlivé. (Gojová 2007: 144)

Ne všichni však mají možnost plně využívat neformálních sítí, protože mají z nejrůznějších důvodů omezené možnosti. Proto se musejí spoléhat na zapojení do sítí ze strany osob, které jsou s nimi v nejbližším kontaktu. Pro osoby žijící v chráněném bydlení je to kontakt se sociálními pracovníky, dalšími pracovníky DOZP, spolubydlícími či se svou rodinou, pokud jsou ve spojení.

Nevýhodou neformálních sítí je tedy fakt, že si je jedinec vytváří sám na základě vlastních známostí. Osoby pocházející z ústavních zařízení mají takovýchto sítí omezené množství, proto je důležité, aby osoba, jež jim pomáhá se zapojením do běžného života, měla vlastní formální i neformální síť, za jejichž pomoci zprostředkovává návazné kontakty. Z pohledu formálních sítí se jedná o organizace, kde jim bude poskytnuta další potřebná podpora a pomoc. Klienta tak pracovník napojuje na síť.

Pracovník může využít následující postup, jak svým klientům s napojením na síť pomoci (Rothman, Sager 1998 In.: Gojová 2007):

- určení zdrojů (jaké vlastní cesty může klient využít)
- sledování zdrojů a získání informací
- vyhodnocení způsobu spolupráce

Ve spolupráci s klientem (Rothman, Sager 1998 In.: Gojová 2007):

- vyjasňuje potřeby klienta
- doporučuje vhodné služby
- napojuje klienta na tyto služby

Co je důležité, je způsob, jakým bude spolupráce mezi klientem a pracovníkem probíhat. Nestačí služby jenom doporučit, ale s klientem je formou aktivní podpory vyhledávat. Tedy že na spolupráci bude mít klient svůj podíl a jeho napojení na síť bude také jeho zásluhou.

Sítě lze také rozdělit dle určitých charakteristik do čtyř druhů dle Schuringa (2007). Dělení se zaměřuje především na účel sítě, její uspořádání a jestli se jedná spíše o síť formální, či neformální:

- problémové a tematické
- organizační síť
- sociální síť
- podpůrné síť

Síťování může být využito hned v několika úrovních spolupráce. Jak je z výše uvedeného textu patrné, síťování může být využito při přímé práci s klientem. V této rovině jde o velmi úzkou spolupráci a koordinaci poskytování pomoci především mezi pracovníkem a klientem. Na síťování můžeme také pohlížet z vyšší perspektivy, kdy jde o spolupráci mezi organizacemi poskytujícími sociální služby a dalšími subjekty. Síťování je právě z tohoto důvodu využíváno v komunitním plánování sociálních služeb a koordinaci služeb v jednotlivých městech. (Gojová 2007: 148) V tomto případě jde tedy o vytváření formálních sítí, které zastřešují zejména organizace s profesionálními pracovníky.

Z pohledu síťování se potom nezabýváme jednotlivými aktéry (organizace, osoby, skupiny), ale především vztahy mezi nimi a zaměřujeme se na charakter tohoto vztahu. U tohoto vztahu nás zajímá především intenzita, frekvence a kvalita. (Gojová 2007: 148) Na základě těchto vztahů můžeme vyzorovat, jaké organizace jsou v centru dění a jaké naopak mimo dění.

Bylo by však velmi zjednodušující síťování vnímat jenom jako navázání spolupráce mezi jednotlivými organizacemi. Celá spolupráce by měla sledovat vyšší cíl a být podnětem pro změnu, která se bude odehrávat nejenom ve vztahu ke klientovi, ale také ve vztahu k systému, jaký je nyní nastaven a jaký by měl být vylepšen. (Šotola 2010: 99)

K ujasnění, jak mohou vztahy mezi jednotlivými aktéry fungovat na lokální úrovni, můžeme použít teorii tří úrovní dle Šotoly (2010). Autor síťování tematicky zaměřuje na sociální vyloučení a osoby, které jsou vyloučením ohroženy. Do této skupiny patří také osoby s mentálním postižením, jejichž snaha o integraci do většinové společnosti přináší svá rizika. První úroveň, o které můžeme uvažovat, je oblast **Potřeby klientů – formulace a řešení jednotlivých zakázek**. Tuto úroveň si můžeme představit jako jasný cíl, vztahující se ke konkrétní potřebě jednotlivce. Jako příklad u osoby s mentálním postižením si můžeme uvést žádost o přezkoumání výše příspěvku na péči. Druhá úroveň je více komplexnější a zahrnuje práci neziskových organizací jako takových. Z čeho vycházejí a co je smyslem jejich fungování. Tato úroveň je pojmenována jako Tvorba analýz a koncepcí, alokace veřejných zdrojů. Třetí úroveň je nejvíce obecná a zaměřuje se na širokou veřejnost ve vztahu k veřejné politice – jedná se o úroveň **Rozvoj organizace nebo instituce, lidské zdroje**. (Šotola 2010: 99)

Jednotlivé úrovně se potom vyznačují různou mírou vzájemného propojení a složitostí vztahů. Šotola (2010) uvádí, že nejlépe fungují vazby na úrovni potřeb klienta a fungování neziskových organizací, tedy lépe řečeno jejich zaměření a obecné cíle. Autor tento fakt přisuzuje existenci standardů sociálních služeb, které ze zákona tyto vztahy upravují. Nejvíce problematický je potom moment, kdy má dojít k uvedení jednotlivých doporučení do praxe. (Šotola 2010: 100)

9 Case management

Case management může být definován jako soubor logických kroků a proces vzájemných interakcí se sociálními sítěmi, který zajistí, že klient obdrží služby, které jsou pro něj opravdu potřebné, účinné, efektivní a cenově dostupné. (Greene, Vourlekis 1992: 2) První zmínky o case managementu a jeho hlavní myšlenky pocházejí z 80. let 19. století. Původním cílem bylo koordinovat sociální služby pomocí centrálního registru, do kterého ale neměli přístup rodinní příslušníci s výjimkou těch, kteří měli svého patrona či donátora. V stejném období, kdy se objevily první myšlenky deinstitucionalizace v sektoru psychiatrické péče, začal být case management uvažován v kontextu práce s rizikovými skupinami obyvatel. (Unger, Cunningham 2002: 71)

Proces case managementu má několik na sebe navazujících fází. Zaměřuje se především na podporu klienta v kontextu celého systému jeho potřeb (především potom potřeb zdravotní, psychické, emocionální, finanční, psychosociální a další). Díky case managementu by mělo dojít k naplnění potřeb ve všech těchto oblastech. (CCMC 2012)

Někteří odborníci se domnívají, že je intenzivní case management efektivní pouze v USA. Tedy v zemích, které nemají štědré sociální zabezpečení, jako například ve Velké Británii. Case manageři v těchto zemích nemusejí pracovat jako jednotný tým, který prosazuje model komunitní péče. (Burns a kol. 2007)

Case management vychází z předpokladu, že nejbližší pracovníci klienta si uvědomují důležitost jejich zapojení do společenského života na základě profesionálních i neprofesionálních vztahů, které se mu snaží zprostředkovat a jejich pomocí integrovat do většinové společnosti. Důležité je, aby pracovník v pozici case managera tuto spolupráci koordinoval, a ta se tak stala co nejvíce efektivní. Case manager se tedy stává koordinátorem v oblasti spolupráce mezi klientem a organizací, či jiným subjektem. (Solařová 2013: 6) Tímto koordinátorem je většinou pracovník, který s klientem komunikuje nejvíce a má největší přehled o jeho možnostech a potřebách. V případě klientů žijících v chráněném bydlení se jedná o klíčového pracovníka, který s klientem intenzivně plánuje a spolupracuje. Koordinátor tedy spoluutváří síť, na které bude klient napojen. Nejedná však bez jeho vědomí, pouze se na tvorbě sítě podílí. Koordinátor je tedy spíše spoluautorem sítě než autorem. (Solařová 2013: 7)

Nemusí se však jednat pouze o jednoho pracovníka. Ve většině případů v navazujících, převážně pobytových, službách je uživatelům poskytována podpora v celých týmech. Podpůrný tým by měl mít přehled o tom, kde se klienti a profesionální pracovníci setkávají a jaké služby využívají. Vztahy mezi pracovníky přímé péče a systémem, v kterém se klienti pohybují, jsou potom centrem podpory. Z tohoto pohledu je důležité porozumět charakteristickým rysům a mechanismům fungujícím v podpůrném týmu, jež ovlivňují jejich výkon ve vztahu ke kvalitě podpory a schopnostem klienta. (Buntinx 2008: 589)

V dlouhodobé péči, zejména v péči o osoby s těžším postižením, je důležité navázat s klienty přátelský vztah z důvodu vstřícnosti, odhodlání a vzájemné důvěry. Potřeby klienta také nemusí být odhaleny okamžitě, je k tomu potřeba dostatek času, flexibilního a kreativního přístupu. Rutinní přístup využívající pevně dané plány, úkoly a protokoly nemusí odpovídat realitě a potřebám klienta a okolnostem, které mají vliv na jeho současnou situaci. Hledání a následné uspokojování potřeb klienta je často spojeno s nejistotou a nejednoznačností. Management péče pro osoby s mentálním postižením vyžaduje schopnost vypořádat se s těmito faktory, a proto vyžaduje použití vhodné nástroje a organizační kulturu, které na ně budou flexibilně reagovat. Proto je z tohoto hlediska týmový přístup nejlepší způsob jak se s aktuálními požadavky a potřebami klientů vypořádat. Členové týmu musí neustále hodnotit, interpretovat, komunikovat a rozhodovat se na základě vlastních kompetencí. (Buntinx 2008: 590) K závěrům a konečným rozhodnutím se tak tým pracovníků dostane rychleji, než kdyby měl případ na starost jeden pracovník.

10 Případová studie na území Ústí nad Labem

Tato práce je zaměřena na situaci ve městě Ústí nad Labem. Následující kapitola bude věnována podrobnému popsání současné situace v tomto městě a zpracování jednotlivých tematických okruhů jako výsledků tematického kódování v rámci analýzy sebraných dat.

10.1 Situace v Ústí nad Labem ve vztahu ke zvolenému tématu

Vzhledem k tomu, že je práce zaměřena na město Ústí nad Labem, je nutné představit situaci osob se zdravotním postižením (konkrétně osob s mentálním postižením, tam, kde budou data k dispozici). K tomuto účelu využiji data z posledního komunitního plánu - 5. KPSS Ústí nad Labem, který byl sestaven na období 2014 – 2017.

Ústí nad Labem je jedno z měst, kde je využívána metoda na zefektivnění spolupráce mezi jednotlivými účastníky v systému sociálních služeb (tedy poskytovateli, uživateli a zadavateli), která se nazývá komunitní plánování. Každá cílová skupina klientů sociálních služeb má svoji koordinační skupinu složenou ze zástupců jednotlivých stran, kteří se scházejí pravidelně každý měsíc a diskutují nad aktuálními tématy. Z těchto schůzek má potom vyjít plán cílů a opatření k jejich realizaci společně se seznamem organizací, které se na sestaveném plánu budou podílet. V této práci bude tato metoda rozebrána v samostatné kapitole.

Aby mohl být komunitní plán sestaven, město k tomuto účelu potřebuje základní statistické údaje. V rámci 5. KPSS byly použity mimo jiné informace z výstupu informačního systému sociálních služeb v regionu Ústí nad Labem (data pocházejí z roku 2013). Podle těchto údajů jsou zřizovateli jednotlivých zařízení především právnické osoby nebo skupiny právnických osob, potom fyzické osoby, Statutární město Ústí nad Labem, MV ČR a nejméně zařízení zřizuje Krajský úřad Ústeckého kraje. Celkem tito poskytovatelé provozují 12 zařízení, které se zaměřují na osoby se mentálním postižením. V Ústí nad Labem žije z celkového počtu obyvatel cca 3% osob s mentálním postižením (cca 2400 občanů). (5. KPSS 2013)

Jako jeden z hlavních cílů 5. Komunitního plánu zaměřeného na osoby s mentálním postižením je „*podpora a rozvoj stávajících sociálních služeb programů a aktivit*“. Mezi opatření, která mají naplnění tohoto cíle zajistit, patří „*podpora sociálně*

aktivizačním služeb, aktivit a programů“, „*podpora služeb a programů zaměstnávání“* a také „*podpora služeb bydlení“*. Koordinační skupina se pro následující období shodla na tom, že je potřeba se zaměřit na zvyšování kompetencí osob s mentálním postižením bez ohledu na míru jejich postižení. Pozornost by měla být věnována především na možnost využívat běžné sociální zdroje a fungovat v přirozeném prostředí v oblasti vzdělávání, bydlení a zaměstnávání. (5. KPSS 2013)

Pod opatřením „podpora služeb bydlení“ si můžeme představit poskytování takových služeb, které podporují život osob s mentálním postižením mimo velká rezidenční zařízení. Zároveň jim umožňují osvojit si dovednosti, které jsou nezbytné pro samostatné bydlení. Dopadem takového opatření by mělo být především zkvalitnění jejich života, umožnění žít nezávislým způsobem života, samostatně bydlet a snížit počet klientů velkých rezidenčních zařízení. (5. KPSS 2013)

V Ústí nad Labem jsou služby, které jsou zaměřeny přímo na sociální pomoc občanům s mentálním postižením. Mezi poskytovatele těchto služeb patří tyto organizace: Agentura Osmý den, o.s., Centrum pro zdravotně postižené Ústeckého kraje o.s. – Poradna pro zdravotně postižené a seniory, Denní stacionář Úsměv, p.o., DOZP Hliňany, DOZP Severní Terasa, DOZP Trmice, DOZP Všebořice, Helias Ústí nad Labem, o.p.s. , Jurta o.p.s., Slunečnice o.s. – Centrum cesta do světa, Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice o.s.. Některé ze zmíněných organizací se nevěnují pouze osobám s mentálním postižením, ale také i jiným cílovým skupinám, které mohou jejich služby využívat.

Výše zmíněné organizace jsou v rámci práce chápány jako návazné sociální služby (kromě DOZP) a v samostatné kapitole bude věnována pozornost formám a druhům těchto služeb. Domovy pro osoby se zdravotním postižením v Ústí nad Labem jsou samostatnou organizací, jež zastřešuje všechny poskytovatele této služby ve městě. Blíže to specifikovala ředitelka jednoho z domovů:

„Jsme jedna velká organizace Domovy pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem a máme několik středisek. Jedno ze středisek byly Hliňany a ty byly v transformaci. Tím, že proběhla transformace, tak Hliňany jako takové zanikly. Služba jako taková už nefunguje jenom jako DOZP, ale jsou tam služby chráněného bydlení. Stalo se to, že díky transformaci vlastně zanikl celý management Hliňan a klientky se

přesunuly do stávajících služeb, takže část klientek se přesunula do DOZP Všebořice, část do DOZP Severní Terasa a část do DOZP Trmice, kde funguje klasická služba DOZP a bydlení se zvýšenou mírou podpory.“ (R2)

Následující tabulka zobrazuje vývoj počtu poskytovatelů služeb pro osoby s mentálním postižením a uživatelů sociálních služeb v Ústí nad Labem v rozmezí let 1999 – 2013.

Tabulka č.5: Přehled počtu osob s mentálním postižením, uživatelů, poskytovatelů a zařízení

Komunitní plán	Počet osob s mentálním postižením	Počet uživatelů	Počet poskytovatelů	Počet zařízení
1. (data z roku 1999)	X	X	X	X
2. (data z roku 2003)	X	245	7	7
3. (data z roku 2006)	X	412	8	8
4. (data z roku 2009)	X	329	8	12
5. (data z roku 2013)	2400	474	7	12

Zdroj: 1. KPSS, 2. KPSS, 3. KPSS, 4. KPSS, 5. KPSS (vlastní úprava autorkou)

Jak je z tabulky zřejmé, celkový počet osob s mentálním postižením byl uveden až v roce 2013. V roce 1999 chybějí všechny údaje a to z toho důvodu, že neexistovala samostatná koordinační skupina pro osoby s mentálním postižením a tyto osoby byly započítávány mezi osoby se zdravotním postižením. S vznikem posledního komunitního plánu můžeme pozorovat, že počet uživatelů sociálních služeb je od doby začátku komunitního plánování nejvyšší. Stejně tak počet zařízení, která sociální služby pro tuto cílovou skupinu poskytují, se drží na nejvyšším čísle, a to na čísle 12.

Pro existenci sociálních služeb je nezbytné zajištění finančních toků. To, jak jsou jednotlivé organizace financovány, je závislé na jejich zřizovateli. Většinou se jedná o financování kombinované. To znamená, že organizace dostávají v rámci projektů finance od Ústeckého kraje, Statutárního města Ústí nad Labem, MPSV a nezbytnou součástí finančních zdrojů jsou v posledních letech evropské sociální fondy.

Tabulka č.6: Přehled zřizovatelů a zřizovaných zařízení

Zřizovatel	Počet zařízení
Krajský úřad Ústeckého kraje	6
Právnícká osoba nebo skupina právníckých osob	39
Statutární město Ústí nad Labem	9
Fyzická osoba nebo skupina osob	19
Ministerstvo vnitra ČR	3

Zdroj: 5. KPSS (2013)

Jaké bude rozložení finančních toků ze strany města, kraje či státu, rozhoduje právní forma, kterou dané zařízení má. V Ústí nad Labem se vyskytují následující právní formy zařízení:

Tabulka č.6: Přehled právních forem

Právní forma	Počet zařízení
Občanské sdružení	35
Nevybráno	1
Obecně prospěšná společnost	9
Spolek	6
Příspěvková organizace	15
Církevní organizace	10

Zdroj: 5. KPSS (2013)

Pro sociální služby je typické vícezdrojové financování. Finance plynou z těchto zdrojů (Molek 2009: 21):

- Dotace ze státního rozpočtu
- Dotace z rozpočtu obcí, měst a regionů
- Prostředky z EU
- Příspěvky zřizovatelů
- Úhrady od klientů
- Úhrady z veřejného zdravotního pojištění
- Dary
- Vedlejší hospodářská a mimořádná činnost

10.2 Dostupnost sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem z pohledu poskytovatelů

Dostupnost sociálních služeb je jedním z cílů, ke kterému je směřováno již od přijetí zákona o sociálních službách. Dostupností rozumíme dostupnost **informační, územní a ekonomickou**. (Vasková 2006 In. Zatloukal 2008: 21) Všechny osoby, které potřebují sociální pomoc, by měly mít stejný přístup k informacím, které by jim měly být poskytovány od jejich držitelů. V tomto případě od poskytovatelů služby chráněného bydlení, tedy Domovů pro osoby se zdravotním postižením a návazných sociálních služeb. Územní dostupnost se potom váže k místnímu rozložení sociálních služeb a jejich dostupnost z hlediska vzdálenosti od místa pobytu. Dále k tomu, zda požadovaná služba v blízkém okruhu osoby vůbec existuje. Ekonomickou dostupností je myšlena finanční náročnost služeb pro sledovanou cílovou skupinu.

Roli v dostupnosti také hraje samotné financování sociálních služeb. Pokud nebudou mít poskytovatelé dostatek finančních prostředků na provoz, budou postaveni před dilema, kdy se budou rozhodovat mezi snížením počtu zaměstnanců nebo snížením kvality poskytovaných služeb.

Se samotnou dostupností služeb také velmi úzce souvisí komunitní plánování, jehož cílem je mapovat potřeby uživatelů a reagovat na ně zefektivněním služeb stávajících, popřípadě zavedením nových služeb, jež nejsou na daném území dostupné.

10.2.1 Informační dostupnost

Z výpovědi manažerky koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením vyplynulo, že **nedostatečně informovaní si připadají rodiny osob s mentálním postižením**. Na informovanost byl zpracován dotazník, z jehož výsledků to vyplynulo.

„Do posledního komunitního plánu jsme zapojili rodiny uživatelů i samotné uživatele. Sešlo se nám zpátky cca 50 dotazníků, které jsme dávali dohromady s kolegy z koordinační skupiny. A co nám z toho vyšlo je, že nejsou informovaní. Potom z toho vyplynulo, že informace sice mají, jen je nechtějí využít. Od klientů toto ale nevyšlo. Tady si myslím, že mají na výběr z několika poskytovatelů.“ (R2)

V Ústí nad Labem funguje tzv. **informační systém komunitních služeb města RISK**. Tento systém by měl sloužit především k poskytování informací o sociálních službách široké veřejnosti a jako nástroj pro poskytovatele jak informace sdílet. Informační systém vznikl pod záštitou nevládní neziskové organizace Centra komunitní práce města Ústí nad Labem. „Svou pozornost zaměřuje zejména na rozvoj lidských zdrojů, integraci sociálně znevýhodněných skupin, všestrannou podporu neziskového sektoru a podporu místního a regionálního rozvoje.“ (Ckpu.cz, 2008) V rámci projektu RISK vzniklo na různých místech ve městě celkem dvacet tzv. informačních kiosků, jejichž cílem bylo prostřednictvím veřejného internetu zpřístupnit informace pro osoby, jež potřebují vyhledat odborníky a profesionální pomoc v oblasti sociálních služeb. Tento systém měl funkci nabídkovou a funkci poptávkou. Zároveň byl využíván k tvorbě výročních zpráv a mapování potřeb online. (RISK 2008) V současné době tyto kiosky již neexistují. Důvodem bylo nevhodné zacházení a vandalismus a také fakt, že na jejich renovaci a další provoz nebyly uvolněny další finance. Informační systém však slouží svým účelům nadále a na webových stránkách je možné najít sdílené informace od poskytovatelů sociálních služeb v daném regionu. Jako zdroj informací tento systém uvedli dva z dotázaných poskytovatelů – manažerka koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením a zároveň vedoucí DOZP Všebořice, a také vedoucí sociálních služeb Jurta, o.p.s. a organizace Agentura Osmý den, o.p.s.

„V Ústí nad Labem funguje RISK, což je informační systém. Tam poskytovatelé vkládají svoje data, svoje informace, každý subjekt má svojí prezentaci.“ (R2)

„Dříve fungovaly informační kiosky, ale ty bohužel zanikly. To byly kiosky, kde jste měla obrazovku a naklikala jste si, co jste potřebovala za službu, a ono vám to doporučilo, co jste potřebovala. Bylo to různě po městě, fungovalo to asi tři roky, ale ty kiosky byly hodně zničený. Bylo to v rámci projektu a potom už nebyly peníze na obnovu.“ (R2)

Jako nedostatek v oblasti informativní dostupnosti, který vnímá v současné době manažerka koordinační skupiny, je fakt, že se sociální služby neumí prezentovat navenek, a šířit tak o sobě povědomí mezi širokou veřejností. Také uvádí, že v minulosti byl kontakt jednodušší, protože pořádali sbírky na provoz a byli více na očích, což už dnes tak není.

„My se neumíme moc prezentovat. Je to o informovanosti a prezentaci navenek. Dřív o nás lidi věděli, protože jsme od nich třeba chtěli příspěvek finanční, dnes už to není tak, že musíme žebrot peníze, my chceme být partnery.“ (R2)

10.2.2 Místní dostupnost

Místní dostupností rozumíme dostupnost sociálních služeb z hlediska vzdálenosti poskytované služby od místa pobytu uživatele, náročnost cestování a také fakt, jestli požadovaná služba v blízkém okolí vůbec existuje. Další města, se kterými návazné sociální služby v Ústí nad Labem spolupracují, jsou Teplice a Děčín, kam uživatelé nejčastěji dojíždějí. Děje se tak především z důvodu individuálních projektů organizací, které jsou schopny uspokojit potřeby uživatelů, a zároveň tyto projekty nejsou realizovány na území města Ústí nad Labem. Dojíždění je však v této situaci vnímáno jako přirozená nutnost, bez které se to neobejde.

„Samozřejmě že není příjemné za službou, která není v Ústí nad Labem nebo za prací, dojíždět, ale je to přirozené, že lidi dojíždí za prací. Myslela jsem si, že to třeba někteří nebudou zvládat kvůli jejich zdravotnímu stavu, že třeba chodí špatně, je to pro ně o to namáhavější, ale zvládají to a je to kvůli lidem. A jak třeba neziskovky fungují super, zaměstnanci například na nádraží nejsou tak ochotní poradit, pani na informacích by klientům měla poradit.“ (R1)

Z důvodu zvýšení dostupnosti využívají organizace vlastních zdrojů, jak zajistit případnou dopravu klientů na místo poskytování služby v případě, kdy nejsou schopni

se dopravit sami. Většinou tak využívají možnosti asistence z řad pracovníků, v jednom případě je využíván vlastní svoz.

„My pro si pro klienty jezdíme. My jsme tu službu takhle vylepšili, aby se k nám dostal opravdu každý. Nás to samozřejmě stojí práci a peníze. Protože zaměstnanec, co by mohl dělat něco jiného, je na cestách. Takže zaměstnanci by měli být v práci od sedmi hodin a do osmi se připravovat na klienta. Oni ráno pracovníci zajedou na zařízení, přijedou s nimi sem a už jsou rovnou s nima, takže není ten čas přípravy. Ale máme i klienty, kteří se dopravují sami.“ (R4)

10.2.3 Ekonomická dostupnost

Sociální služby mohou být poskytovány jak zdarma, tak za poplatek, jehož výše je stanovena v Zákoně o sociálních službách. Služba chráněného bydlení patří mezi služby hrazené. Většinou dochází k úhradě těchto poplatků z příspěvků na péči, které klient dostává. Jak domovy pro osoby se zdravotním postižením, tak poskytovatelé návazných sociálních služeb se potýkají s neochotou platit extra výdaje, jež nejsou určeny na pokrytí základních potřeb uživatele, jako je strava, ubytování apod. V rámci procesu deinstitucionalizace je počítáno s tím, že služby budou hrazené také ze strany uživatele, měly by však být nabízeny za dostupnou cenu. (Doporučení k transformaci Ústeckého kraje 2013)

„Hrozně těžko se mi vysvětluje, že příspěvek na péči není určený na živobytí, ale že předpokládáme, že když jim nabízáme nějakou službu, že za ni dostaneme zapláceno, a jsme schopni jim vyčíslit, kolik ta naše služba stojí. Je spousta rodičů, co vybírá mezi službami a zjistí, že třeba tady by to bylo fajn, ale potom zjistí, že terapeutické dílny jsou zadarmo, tak raději půjdou tam a neposlouchají klienty.“ (R2)

Návazné sociální služby jsou nejčastěji poskytovány ambulantní formou, pro kterou je specifické dojíždění uživatelů za službou. Náklady na cestování jsou v tomto případě tématem nejen pro poskytovatele, ale i pro pečovatele a samotné uživatele.

„Může to být dané tím, že je to náročné pro DOZP, protože klienti nemají na to cestování finance, takže se tam musí hledat, že někdo s někým jezdí na průkazku ZTP. Je to třeba taky náročný, že i když by to mělo být povinností zprostředkovat kontakt s nějakou další službou, tak nejsou schopný vyslat asistenta, aby se ten člověk dostal do

tý dílny. Ale je to organizace od organizace, někdo je aktivní a pak to tam funguje, a někdo ani nemá snahu to nějak řešit.“ (R6)

Pro další poskytovatele sociálních služeb je důležité mít své klienty, aby naplnili potřebné počty. K tomuto problému přistupují po svém a řeší to například vlastním svozem klientů či asistencemi z řad vlastních zaměstnanců. Pokud je organizace poskytovatelem ambulantní služby, není její povinností asistence poskytovat, přesto k této situaci dochází.

10.2.4 Kapacitní dostupnost

Chráněné bydlení jako registrovaná služba DOZP Všebořice a Severní Terasa má omezenou kapacitu, která je navíc v přímé návaznosti na klienty pocházející právě z těchto zařízení. DOZP Všebořice má dle posledních údajů 14 uživatelů a DOZP Severní Terasa 7 uživatelů (5. KPP 2013). Jak se ke kapacitnímu stavu vyjádřila sociální pracovnice DOZP Severní Terasa, nepovažuje ji za dostatečnou a to především pro uživatele pocházející z rodinného prostředí.

„Já si myslím, že kapacita chráněného bydlení je malá. Měla by existovat nějaká nezisková organizace, která bude mít také pronajaté byty jako máme my, ale nebude zde návaznost na DOZP. Mělo by to být pro lidi z rodin. Často mi volají lidi z rodin a chtějí čerpat naši sociální službu, ale my tím, že máme tu kapacitu tak strašně malou a smlouvy jsou na dobu neurčitou, tak u nás není předpoklad, že by se uvolnilo místo. Víím, že například DOZP Všebořice nabízejí větší počet míst na chráněné bydlení, ale myslím si, že tam taky není takový pohyb lidí.“ (R1)

Ve stejném duchu mluví závěry Střednědobého plánu Ústeckého kraje pro období 2015-2017, který se mimo jiné vyjadřuje i k situaci v regionu Ústecko a situaci v oblasti chráněného bydlení. Kapacitu pro uživatele z rodinného prostředí považuje také za nedostatečnou. Prioritou v této oblasti se tak stává cíl navýšit v nadcházejícím období kapacitu chráněného bydlení pro osoby s mentálním postižením o 10 lůžek. Toto navýšení by mělo být zajištěno buď zvýšením kapacity ze strany stávajících poskytovatelů, či ze strany nového poskytovatele služby chráněného bydlení.

10.2.5 Vliv financování sociálních služeb na poskytovatele

Jako problematickou oblastí, kterou zmínili všichni oslovení poskytovatelé sociálních služeb a jež má přímé dopady na provoz, kvalitu a dostupnost služeb, je oblast financování. V Ústí nad Labem došlo k situaci, kdy všechny služby dostaly od města a kraje nejméně financí za dobu jejich existence. Každá organizace vnímá problematiku financování v jiném světle a k řešení této problematické situace přistupuje různě. Všichni se však shodují na možných dopadech v oblasti personální, kapacitní a v oblasti efektivity a kvality poskytovaných služeb.

„Financování sociálních služeb je dost neprůhledné a kontrolování vynaložených financí, jestli jsme udělali to, co jsme slíbili, protože já můžu naslibovat hory doly a může se to jevit velmi pěkně a získám za to hodně peněz, ale už to třeba nesplním. A ta zpětná kontrola už tam tolik neprobíhá. Stačilo by třeba říct, že vy jste to nesplnili, udělali jste půlku nebo čtvrtku a my už vám nedáme znova, takže tam není kontrola kvality a efektivity a ty peníze chyběj. I kdyby magistrát navýšil třikrát rozpočet a dotace, tak to pořád bude málo, ty sociální služby jsou velmi poddimenzované.“ (R6)

Další finanční prostředky nejčastěji plynou buďto z žádostí o dofinancování služeb, z evropských sociálních fondů, individuálních projektů či od donátorů v podobě velkých firem a jejich fondů určených na podporu sociálních služeb. Jak zmiňuje vedoucí sociálních služeb organizace Jurta, o.p.s., finanční podpora ze strany města není dostačující a tento rok dosáhla svého minima. V průběhu 4. KPSS se město Ústí nad Labem podílelo na financování jednotlivých opatření 11,75%. (5.KPSS 2013) Můžeme tedy očekávat, že v následujícím období bude tento podíl ještě menší.

„Jestliže se někdo nechce smířit s drobkama, tak si musí umět ty finance vytáhnout odjinud. Když budu brát v úvahu, že vám někdo dá pět tisíc na službu podpora samostatného bydlení nebo patnáct tisíc na službu sociálně-terapeutické dílny, to je možná spíš výsměch.“ (R6)

Další možností, jak doplnit nedostatečnou finanční podporu ze strany města, je zaslat žádost o dofinancování. Tato žádost se podává pouze v případech, kdy je ohrožena existence organizace a hrozí zánik poskytovaných služeb z důvodu sníženého rozpočtu. (Informace pro poskytovatele 2015)

„Letos jsme dostali o třetinu méně financí, což by pro nás bylo likvidační, ale s dofinancováním se nestalo, že bychom museli omezit službu. Leda, že by nebylo na výplaty a museli bychom omezit počty, ale to se nestalo, a vždycky se to financovalo a vždycky nám vyšli vstříc“ (R4)

„Nejvíce peněz získáváme z kraje, z MPSV, z prostředků státu a zde je neskutečný problém, protože všem vyplatili velmi malé částky než v předchozích letech, než bylo v žádostech a než bylo plánováno. Takže i příspěvkové organizace se potýkají s velkýma finančníma problémama, což se dřív nestávalo. Nám třeba chybí milion, abychom pokryli všechny plánované služby. Takže řešíme, že budeme muset propouštět, že se nějaké služby omezí. Máme podanou žádost o dofinancování a podávali jsme žádost, projekt na nadaci ČEZ, ale tam jsme bohužel neuspěli. Naše situace je nejvážnější za celou dobu fungování.“ (R5)

„Je to začarovaný kruh, jestliže snížíme kapacitu klientů, tak příště dostaneme ještě méně peněz. Může to dopadnout tak, že budeme služby zavírat, protože nemáme odkud ty peníze čerpat. Služby jsou zdarma, takže pak se jedná o sponzorské dary a finance zvenku.“ (R5)

Nedostatečné financování sociálních služeb potvrzuje také manažerka koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením. V koordinační skupině dochází mimo jiné ke schvalování žádostí o dotace, které se potom předkládají městu. Přesto, že poskytovatelé pracují s určitým finančním balíčkem a vzájemně se dohodnou, jakou částku by měli jednotliví poskytovatelé dostat, schválená částka městem je nakonec ještě mnohem menší.

„Já si myslím, že by bylo dobré, kdyby město podpořilo služby ještě většími financemi. Myslím si, že to je hodně podhodnocený. Již několik let je alokovaná částka na tento dotační titul pořád stejná, je to kolem osmi milionů a je to čtyři, pět let pořád stejné. Bez ohledu na to, jestli jsou individuální projekty kraje či nikoliv. Ted' to bylo dva tři roky v pohodě díky projektům, ale ted' je období bez projektů a bylo by fajn, kdyby město reagovalo na toto období a navýšilo částku třeba na dva, tři roky než se organizace zase budou moci zapojit do projektů. Myslím si, že větší nadšení organizací by bylo více vidět za větší finanční podpory. Služby se vyvíjejí a náklady jsou díky tomu vyšší.“ (R2)

Jako vedoucí DOZP také potvrzuje, že i v těchto právních formách zařízení jsou finanční zdroje značně omezeny oproti minulosti a musí tuto situaci aktivně řešit.

10.3 Kontinuum péče pro osoby s mentálním postižením s důrazem na službu chráněného bydlení

V pojetí této práce je kontinuum péče chápáno jako zajištění dostupnosti a návaznosti služeb potřebných pro klienty chráněného bydlení. V tomto ohledu je hlavním zprostředkovatelem těchto vazeb především domov pro osoby se zdravotním postižením, jenž službu chráněného bydlení poskytuje. Aby došlo k naplnění předpokladů konceptu kontinua péče, klientům by se mělo dostat potřebných informací o jejich možnostech, které by měly korespondovat s druhem potřeb, které je v rámci této služby potřeba uspokojit. Také by měla být koordinována péče jednotlivých odborníků, nemělo by docházet k dublování služeb, a také by měl být brán ohled na financování těchto služeb a zároveň finanční možnosti klientů. (Evashwick 2005) Dle Střednědobého plánu sociálních služeb Ústeckého kraje pro období 2015-2017 a swot analýzy, jež byla v jeho rámci provedena pro region Ústecko, patří mezi slabé stránky především přerozdělování finančních prostředků a nepropojenost sociálních a zdravotních služeb.

Z pohledu poskytovatelů je považováno za nezbytné, aby uživatelé služby chráněného bydlení měli pravidelný **denní režim a smysluplnou náplň volného času**, která povede k zlepšení jejich sociálních dovedností. Na základě toho doporučují svým uživatelům služby, kde by tyto potřeby mohly být naplněny.

„My bychom si tak představovali, že každý den budou klienti dělat něco, co by jim nahrazovalo zaměstnání, pokud ho nemají. Aby měli rozdělený den na práci a zábavu.“

(R1)

„Pro nás je důležité, aby ty klienti trávili svůj volný čas tak nějak normálně, takže nějaká práce, nějaký volný čas. Není uměním jim všechno poskytnout u nás. My je klidně můžeme tady u nás zaměstnat, ale my máme trošku jinou představu. Aby šli pracovat tam, kde pracují normální lidi, aby se šli bavit tam, kde se baví normální lidi... Klienti tedy pracují na normálním trhu práce. Nějakou práci jim našla Jurta a dvě klientky se účastnily projektu děčínský Slunečnice Chci mít práci a být jako ostatní a těm

se také podařilo najít práci. Občas se nám povede, že někdo ví, kde hledají nějakého zaměstnance, ve firmě, kde již nějaký klient pracuje. Z chráněného bydlení pracuje celkem 5 klientů (ze 7). Dvě klientky pracují u nás v prádelně. Mají to postavené tak, že bydlí mimo DOZP a chodí tam pracovat.“ (R1)

Nejenom samotné návazné sociální služby poskytují uživatelům možnost rozvíjet se. Dle poskytovatelů hraje významnou roli také samotné **dojíždění za službou** v rámci nácviku orientace po městě a samostatného cestování a také fakt, že se ve službě **setkávají s jinými zaměstnanci a s jiným přístupem.**

„Když by nedocházelo k využívání služeb dalších poskytovatelů, tak by ten člověk trávil celý den jenom s jedněma pracovníkama té jedné konkrétní služby jedné organizace a vlastně by nikam pořádně nechodil. Jo, oni chodí do města, na nákup, ale nedostává podněty v kontextu, že má jiné pracovníky, jiné lidi kolem sebe, je to spojené s nácvikem dovedností, cesty do té dílny nebo na to kontaktní místo a je to forma rozvoje. Přece není běžné a normální, že máme servis od jednoho člověka a nebo od skupiny lidí v jednom objektu, takhle to běžně nechodí.“ (R6)

Mezi služby, které jsou uživateli chráněného bydlení **nejčastěji využívány**, patří **služba sociálně terapeutické dílny, služba sociální rehabilitace, podporované zaměstnávání a služby aktivizační**, jež se váží ke smysluplnému trávení volného času a nácviku sociálních dovedností.

„S dalšími organizacemi spolupracuje například v rámci volnočasových aktivit. Klienti chodí cvičit nebo na kurzy celoživotního vzdělávání. Snažíme se, aby to bylo rozptýlení, aby to nebylo pořád jenom o tom, že jsou buď na bytě, nebo v ústavu.“ (R1)

„Co se týká služby sociální rehabilitace, tak si nás klienti vyhledávají sami a bohužel musíme některé klienty již odmítat, máme kapacitu naplněnou. V sociální rehabilitaci poskytujeme ty nezákladnější služby, to znamená učíme je pečovat o sebe, o finance, zvládání klasických potřeb, které jsou pro běžný život nepostradatelný. Nemáme zde pracovní dovednosti. Pořádáme spoustu akcí, jezdí na výlety, máme činnosti, jako je divadelní skupina, zahradnictví, vaření, turistický program. Cílem je naučit klienta činnost v rámci aktivit, které je baví.“ (R5)

V rámci příspěvkové organizace Domovy pro osoby se zdravotním postižením, jež zastřešuje čtyři domovy (Všebořice, Severní Terasa, Trmice a transformované zařízení Hlíňany) fungují sociálně terapeutické dílny Úsměv, které jsou na tyto domovy přímo napojeny. Ty jsou samotným poskytovatelem vnímány jako návazná sociální služba, bez které by samotná transformace nemohla probíhat, nebo alespoň ne úspěšně.

„Návaznost sociálních služeb je jednou z podmínek, ať už transformace pobytových služeb, což velká část chráněných bydlení v Ústí vzniká v rámci transformace, tak oni vědí a nechtějí, aby ti lidé byli izolováni na jednom místě a dává se do transformačních plánů právě i popis toho, jak budou spolupracovat s jinými organizacemi a dalšími službami a jak v tom klienty budou podporovat, takže je to jedna z hlavních podmínek transformace. Další věc, je to jeden ze standardů sociálních služeb. Služby by neměly akumulovat všechno od A až do Z.“ (R6)

„Na službě sociálně terapeutické dílny jsou pobytové služby přímo závislé. Ta zajišťuje, aby jejich klienti měli smysluplné naplnění volného času. My jsme například loni byli na školení organizace DUHA a všichni mají hrozné problémy s tím, že začali budovat byty v rámci transformace a jim se tam válejí klienti v postelích a nemají tu motivaci. My jsme šli úplně jinou cestou. Hned jak se rozběhla transformace, tak jsme založili sociálně terapeutickou dílnu a naši klienti mají vlastně morální povinnost do té dílny chodit a zapojovat se, nejde o nějakou výrobu, materiální hodnoty, ale jde nám o to, že oni jsou schopni ráno vstát, jít do té práce, být mezi lidma.“ (R4)

Náplň těchto dílen je potom **zaměřována dle vyzorovaných potřeb klientů**, které souvisí primárně s jejich přechodem do chráněného bydlení.

„Když jsme viděli, že je to potřeba, tak jsme otevřeli dílnu na domácí úklidy, učí se zde jak si vyžehlit, jak si vyprat, jak si vybrat věci ze skříně, jak si dát věci do skříně, protože to jsou lidi, co byli třicet let v zařízení a najednou jsou sami, už nemají 24 hodinovou péči.“ (R4)

Služby, které chybí nebo jsou jejich **kapacity nedostatečné**, jsou dle poskytovatelů služeb **služby volnočasové**, které by uživatelům nabízely alternativy, jak uspokojit jejich individuální přání a jak trávit svůj volný čas. Dále služba suplující **svépomocné skupiny uživatelů** chráněného bydlení, kde by měli možnost sdílet své problémy a zkušenosti se samostatným bydlením. Vedoucí sociálních služeb Slunečnice potom

vnímá jako problematickou nedostatečnou kapacitu **služby sociální rehabilitace**. Důležitost dostatečné nabídky služeb uspokojující rozdílné potřeby uživatelů zdůrazňuje také zástupce Jihočeského kraje. „Nezbytnou podmínkou pro spokojený život uživatelů je podpora duševní činnosti spojená s aktivizací, zapojením se do rozhodování, mít možnost volby, výběr z veřejných služeb v obci.“ (Hejduk 2014: 106)

„Rozhodně by bylo fajn, kdyby tady byla organizace, která se věnuje volnočasovým aktivitám, ať už formálně nebo neformálně. Aby to nebylo organizované jenom ze strany DOZP. Zájmové kroužky, kde se potkají lidi z různých organizací a nebylo by to vzdělávací jako sociálně terapeutické dílny.“ (R6)

„Uvítali bychom například nějaký neoficiální klub bez nějaké hlavní náplně, lidi by se tam pouze potkávali, občas by přišel například nějaký odborník, který by se s nima bavil na určité téma.“ (R1)

10.3.1 Formální sítě a uživatelé služby chráněného bydlení

Napojování uživatelů na formální sítě, které jsou v kontextu této práce chápány jako další sociální služby a veřejné služby, jež město Ústí nad Labem nabízí, mají v tzv. **zasítování** uživatelů služby chráněného bydlení svou nezastupitelnou roli. Formální sítě jsou prostředkem, díky kterému jsou **naplňovány základní potřeby uživatelů** a můžou pro ně být zároveň jedinou možností, jak setkávat s vnějším, do jisté míry přirozeným, prostředím.

„Ono to má několik důvodů a několik parametrů. Když je ten člověk v pobytové službě, ať ve službě DOZP nebo službě chráněného bydlení, tak je jasné, že má i jiné potřeby, které ta služba neumí pokrýt. Protože takhle není cíleně zaměřená, ať už jde o terapeutické aktivity, vzdělávací a rozvojové aktivity sice spadají do náplně těchto služeb, ale primárně se jim nevěnují. Proto je hodně důležité, aby ty lidi využívali služby dalších poskytovatelů sociálních služeb, ať už je to rehabilitace nebo dílny nebo sociálně-aktivizační činnosti.“ (R6)

Aby se uživatelé služby chráněného bydlení mohli plně zapojit do běžného života, samotnými poskytovateli je kladen důraz na jejich **zaměstnávání**. V tomto ohledu se poskytovatelé služeb vyjadřují různorodě, o důležitosti mít vlastní zaměstnání však nikdo nepochybuje.

„Klienti z chráněného bydlení nejčastěji využívají služby, které jim pomáhají najít zaměstnání. Dále využívají sociálně-terapeutické dílny, nejen od našeho DOZP, tak od jiných poskytovatelů. Také využívají běžné služby jako je kultura, kadeřník, manikúra...“ (R3)

Jako hlavní aktér v oblasti podpory hledání zaměstnání je kromě sociální služby podporovaného zaměstnávání také vnímán **Úřad práce**. Pobočky Úřadu práce v problematice zaměstnávání OZP vystupují zejména v roli podpory a kontroly potencionálních zaměstnavatelů, kteří mají ve vztahu k OZP závazek plnění povinného podílu.

„Snažili jsme se o spolupráci s Úřadem práce, ale tam nejsou úplně připravený, protože mi přišlo, že všechno byl problém. Jednou jsme i našli zaměstnavatele, který by nám přes UP klienta zaměstnal, ale nakonec to bylo tak strašně složitý, že zaměstnavatel řekl, že mu to za to nestojí. U neziskovek mám pocit, že to nezabali hned na začátku. Na UP pořád řešili, proč naši klienti potřebují pracovat, když mají invalidní důchod.“ (R1)

„Bohužel pro Úřad práce naši klienti nejsou partnery, takže jsme jeden čas bojovali s tím, že nám klienta nechtěli zaregistrovat.“ (R2)

Z výpovědí poskytovatelů služby chráněného bydlení je patrné, že spolupráce s Úřadem práce neprobíhá dle jejich představ. Mezi zmíněné faktory vedoucí k neuspokojivému stavu patří **nedostatečná snaha aktivně spolupracovat s osobami s mentálním postižením na hledání zaměstnání** a negativní postoj pracovníků k těmto osobám vycházející z předpokladu, že zaměstnávat osoby s větším stupněm postižením není prioritou.

V oblasti zaměstnávání je dle poskytovatelů komplikované zaměstnávat osoby s těžším mentálním postižením, jež mají omezené možnosti také ve volbě návazných sociálních služeb. Návaznou sociální službou, která je pro ně dostupná, jsou sociálně terapeutické dílny přidružené k DOZP. Ostatní poskytovatelé takové klienty často odmítají z důvodu větší míry jejich postižení.

„V čem vidíme nedostatek, tak to jsou pracovní příležitosti a pro klienty s těžším mentálním postižením, že mají možnost využívat pouze naše terapeutické dílny, protože do jiných terapeutických dílen je nezařadí.“ (R2)

Mezi formální sítě kromě návazných sociálních služeb a Úřadu práce, patří také **běžné veřejné služby města Ústí nad Labem**. Nejčastěji uživatelé chráněného bydlení přicházejí do kontaktu s **úřady, lékaři, soudy**. V některých případech také s policií z důvodů menších právních deliktů. Přístup zaměstnanců těchto veřejných služeb se dle vyjádření respondentů v průběhu let mění a s uživateli služeb se komunikace výrazně zlepšila. Nejvíce **problematická je vnímána spolupráce se soudy**, které v současné době přezkoumávají invalidní stupně, a proto jsou s nimi poskytovatelé služby chráněného bydlení v intenzivnějším kontaktu.

„Dřív bylo zvykem, že klienti vůbec nechodili k lékařům, ale chodil tam jenom zdravotní personál. Ted' se na úřady a k lékařům chodí vždy s klientem. S tím, že záleží na klientovi, zda vůbec chce, abych s ním šla. Někteří klienti si to vyřídí sami. Naše role tam může být například podpora při komunikaci, pomáháme spíš tlumočit a vysvětlovat.“ (R3)

Ze strany poskytovatele se uživatelům dostává podpory především v oblasti komunikace, kdy pracovníci fungují jako spojka mezi zaměstnancem veřejné služby a uživatelem. Tento přístup akceptují obě strany a nemělo by docházet k situaci, kdy bude jednáno bez vědomí uživatele.

„Myslím si, že by si klienti měli všechno vyřizovat sami, takže pokud je to komunikace s Úřadem práce, s kýmkoliv, tak musí klient. A na všech úřadech to je tak, že pokud nepřijde klient, tak už se s vámi ani nebaví. Kde to trošku škobrtá, tak to jsou okresní soudy, když se třeba přehodnocuje nebo vyřizuje omezení způsobilosti, tak pozvánka přišla opatrovníkovi, žadateli, ale klientovi nepřišla s větou, že by to mohlo zhoršit jeho zdravotní stav. I přesto jsem tuto záležitost šla řešit s klientem, ale stala se nám situace, kdy ho odmítli vyslechnout.“ (R3)

Na to, aby uživatelé nebyli z komunikace vyloučeni, dohlíží poskytovatelé služby, z které uživatel pochází. V tomto případě DOZP.

„Stalo se nám, že nám klienti kradli, a potom přišla policie za náma, že to s nima máme vyřídit my. My na to potom reagujeme tak, že my nic vyřizovat nebudeme, vyříd'te si to s klientem sami jako s běžným občanem. A proto se i stalo, že náš klient musel k přestupkové komisi.“ (R2)

Poskytovatelé sociálních služeb jsou pro uživatele prostředníkem, který uživatelům umožňuje zapojit se do formálních sítí na území města Ústí nad Labem. **Pracovníci** v tomto vztahu hrají **roli case managera**, který klientovi nabízí služby, jež by měly uspokojit jejich potřeby. Jedná se však stále o potřeby identifikované ze strany poskytovatele, jen zřídka kdy přicházejí impulsy od samotného uživatele. Dle vyjádření sociální pracovnice DOZP Všebořice mají uživatelé možnost si zvolit, zda budou doporučené služby využívat, či nikoliv.

„My jako pracovníci jim navrhneme možnosti, jaké mají a je na nich, jestli je využijí či nikoliv. Pokud se rozhodnou, že chtějí být dva dny v týdnu doma, tak zůstanou doma.“
(R3)

„Pro nás by bylo ideální, kdyby klienti mohli být v dílnách každý den. A to z toho důvodu, aby měli pocit, že chodí do práce. Je problém, že klienti nejsou finančně odměňováni, nevím, zda klienti, kteří chodili do práce za peníze, by byli ochotni chodit zadarmo každý den do dílen.“ (R1)

Velký význam je přikládán lidskému faktoru, kdy to, jaké služby jsou uživatelům nabízeny, a jak aktivně jsou návazné služby vyhledávány, stojí na pracovnících daného zařízení.

„Tu službu dělají ti pracovníci, jestli poskytují pomoc místo podpory, jestli nechávají ty lidi nabít si papulu, jestli vůbec mají tu možnost to takhle dělat, jestli se nebojí sankcí. Ve velké míře nezáleží na místě, kde jsem, ale na pracovnících.“ (R6)

„Ze strany DOZP by měla být větší snaha, aby uživatele vedli k tomu, aby využívali jiné poskytovatele.“ (R6)

Vzhledem k tomu, že na území Ústí nad Labem jsou poskytovatelé sociálních služeb, jež nabízejí stejné sociální služby jako nedostatek vnímaný ze strany poskytovatele návazných služeb je nedostatečná komunikace mezi organizacemi a předávání informací o klientovi. Dochází tak k **dublování služeb** a jejich náplně. Vedoucí sociálních služeb v organizaci Jurta, o.p.s. vidí původ problému v neschopnosti předávat si informace plynoucích z přímé práce s uživatelem.

„Na co narážíme, je předávání informací, o klientovi ve smyslu co mu jde, co nejde, jak si vede a také my bychom rádi věděli, na čem pracují, co je pálí, na co bychom se my

měli zaměřit. Ještě jsme nedospěli do fáze tý vzájemný provázanosti ve smyslu třeba individuálních plánů, přitom trénujeme podobný věci.“ (R6)

10.3.2 Vliv chráněného bydlení na kvalitu života uživatelů

Chráněné bydlení poskytuje svým uživatelům stále bezpečné prostředí s určitou mírou kontroly, kde pracují na zdokonalování svých dosud nabytých dovedností a zároveň žijí komunitním způsobem života, získají tak větší kompetence a kontrolu nad svým pracovním i osobním životem.

„Klienti chráněného bydlení mají větší cílevědomost. Mají větší motivaci se něco naučit. Je na ně převedeno více samostatnosti.“ (R5)

S většími kompetencemi je spojena větší míra osobní zodpovědnosti a možností svobodně se rozhodovat bez ohledu na zdravotní stav a míru postižení.

„Ať je klient svéprávný či nesvéprávný, tak si se svými financemi hospodaří sám za pomoci klíčového pracovníka, nebo úplně sám. Je tam ale vzájemná kontrola. Pokud nám klient řekne, že mu do toho nemám co mluvit, tak mu do toho mluvit nebudu.“ (R2)

Klienti chráněného bydlení mají dle vyjádření sociální pracovníce z DOZP Všebořice možnost rozhodovat o hospodaření se svými finančními prostředky. Klient je obeznámen s možnými riziky neuvážené investice či důsledcích jednotlivých investic, ale není mu bráněno nakonec učinit rozhodnutí dle svobodného uvážení. V tomto případě nehraje roli, zda je klient svéprávný, či nikoliv.

Situace, že klientům nebude tato služba vyhovovat, není vyloučena. V tomto případě jsou dvě možnosti, jak k problému přistoupit, a to buď poskytnout uživateli větší míru podpory v DOZP, nebo naopak najít službu, kde bude mít možnost ještě větší samostatnosti.

„Také se stává, že se klienti vrací zpátky z chráněného bydlení na DOZP. Je to pro ně velký skok. U jedné klientky jsme to velmi řešili. Pro ní je to teď hrozná samota, chybí jí kontakt s tou komunitou.“ (R5)

„Pokud u nás klient doroste a chráněné bydlení je mu malé, tak oslovujeme další služby. Protože například službu podporovaného bydlení neděláme.“ (R2)

„Nezbytnou podmínkou pro spokojený život uživatelů je podpora duševní činnosti spojená s aktivizací, zapojením se do rozhodování, mít možnost volby, výběr z veřejných služeb v obci.“ (Hejduk 2014: 106)

„Pro nás je hodně důležité, že se naši klienti setkávají s jinými zaměstnanci, než jsou ti naši. My ty klienty známe hrozně dlouho a zaměstnanci z jiných organizací se k nim chovají jinak. Nechci říkat, že lépe, ale prostě jinak. To je dle mého názoru jeden z hlavních důvodů, proč tam chtějí naši klienti jezdit. Také považuji za velmi dobré, že se naši klienti potkají s jinými lidmi. Pro nás je také dobré, že tím, že nemusíme suplovat další služby v rámci DOZP, tak se můžeme věnovat klientům s vyšším stupněm postižení. Je to pro nás úspora času, proč bychom dělali něco, co už někdo na tom trhu dělá a my v tom nejsme tak dobrý.“ (R1)

Zaměstnání na volném trhu práce je pro uživatele mnohdy jednou z mála možností, jak se zapojit také do neformálních sítí, najít si přátele a jak komunikovat s vnějším prostředím. Ne všichni klienti mají však o tuto možnost zájem.

„Starší klientky nehledají nikoho jiného mimo vazby DOZP. U těch, které se podařilo zaměstnat, tak si trochu dělají okruh dalších lidí právě v zaměstnání. S jedním klientem vůbec nemáme problémy v tomto ohledu, ten má svoje kamarády, ale to je mladý kluk.“ (R1)

10.4 Spolupráce poskytovatelů sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením

Tato práce je zaměřená na kontinuum péče pro osoby s mentálním postižením z pohledu poskytovatelů sociálních služeb, jež v tomto procesu hrají velmi významnou roli. Jejich vzájemná spolupráce a vztahy mezi organizacemi se odrážejí na dostupnosti návazných služeb a na tom, jaké služby bude uživatel nakonec využívat. Poskytovatelé využívají různých možností, kde se setkávají a předávají si informace o poskytovaných službách. Jedním ze základních stavebních kamenů vzájemné spolupráce dle většiny oslovených poskytovatelů, kde se potkávají je koordinační skupina pro osoby s mentálním postižením. Zde jednotliví poskytovatelé sdílejí informace ze svých služeb a snaží se pokrýt potřeby, které dle svých slov přinášejí od uživatelů jednotlivých služeb do koordinační skupiny. Manažerka koordinační skupiny považuje koordinační skupinu za

hlavní zdroj potřeb uživatelů a cestu k pestřejší nabídce služeb. Zároveň Ústí nad Labem zmiňuje jako jedno z prvních měst, kde se metoda komunitního plánování jako taková začala využívat a upozorňuje na fakt, že komunitní plánování není samozřejmostí.

„Hlavně si myslím, že každé město, pokud chce znát potřeby svých obyvatel, tak je to nutnost. Co já si pamatuji, od roku 1995 se v Ústí nad Labem komunitně plánuje. Jsou samozřejmě města jako například Teplice, kde se komunitně neplánuje. Já to беру jako samozřejmost. Dle mého názoru, kdybychom se nescházeli, tak by šly služby jenom jedním směrem.“ (R2)

„Veškeré akce, které se dělají, nejsou jenom o tom, že se scházíme na těch jednáních, ale je to i tom, že jsme informováni o tom, co se v jednotlivých organizacích děje. Je to hlavně o těch lidech, kteří na ta setkání chodí a jaké informace přináší. Víme o klientech a klient by neměl sítím propadnout.“ (R2)

Kromě komunikace v rámci koordinační skupiny probíhá také komunikace mezikoordinační. Někteří uživatelé mají kombinované postižení a spadají tak do více cílových skupin. Manažerka koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením považuje tento vývoj za příznivý a spolupráci s ostatními manažery si chválí.

„Začíná čím dál víc fungovat spolupráce mezi koordinačními skupinami navzájem. Máme například klienty, kteří jsou na hraně mezi duševním a mentálním a z toho důvodu třeba spolupracujeme i s tou druhou koordinační skupinou. Může se nám také stát, že budeme mít drogově závislého, takže to zase oslovíme manažera z příslušné koordinační skupiny, aby nám doporučil vhodnou službu. Vím, že pokud bude nějaký problém, tak manažer té skupiny velice rád přijde do další a zodpoví otázky, které se toho týkají.“ (R2)

Koordinační skupiny se setkávají jednou měsíčně. Setkání probíhají u poskytovatelů sociálních služeb. Mají tak možnost navštívit zařízení, ve kterých jsou sociální služby poskytovány.

„Setkáváme se na koordinačkách, kam chodí všichni, co se zaobírají sociální službou, my se jezdíme podívat jinam, jak to tam funguje, máme tu koordinačku i na jednotlivých

zařízeních. Skutečně to všechno projíždíme a všichni vědí, kam se naši klienti mohou dostat.“ (R4)

„Stojí to na lidech, kteří v tom zařízení pracují, znám DOZP, kde je zhruba 100 klientů ve dvou pobočkách ,a z těch sto klientů, i když jsou třeba šikovný a mohli by něco dělat, tak třeba tři někam jezdí. A bylo to třeba zařízení, který několik let zpátky, když to vezmu přes tu historii, tak třeba před deseti lety třeba vůbec nespolečovalo, nikam klienty neposílalo, ani do naší organizace, ani do dalších spolupracujících organizací, pak se tam změnila vedoucí služby, která má tyhle věci na starosti a spadá to pod ní a najednou byl velký nával, najednou z toho zařízení odcházelo třeba 20 lidí do jiných služeb. Pak tahle pani odešla a dostala se tam jiná pani, která má pocit, že musí ty všechny věci udělat sama.“ (R6)

Významným faktorem je dle slov manažerky koordinační skupiny a dle vyjádření vedoucí sociálních služeb jedné z oslovených organizací **lidský faktor**. Záleží nejen na tom, kdo je ředitelem či vedoucím v jednotlivých organizacích, ale také na jednotlivých členech koordinační skupiny. Z hlediska návaznosti sociálních služeb je tento faktor významný při udržování dobrých vztahů, kdy si poskytovatelé v rámci spolupráce vycházejí vstříc a jsou ochotni doporučovat návazné služby svým uživatelům.

Rozporující je postavení jednotlivých poskytovatelů ke spolupráci s Úřadem práce jako zástupcem veřejné služby zprostředkovávajícím zaměstnání. V předešlé kapitole se poskytovatelé vyjadřují o tomto vztahu jako o nefunkčním, protože pracovníci Úřadu práce nevnímají uživatele služby jako partnera a spolupráce dle předchozích vyjádření bývá často komplikovaná. Ve vztahu ke koordinační skupině se však k této službě vyjadřují v pozitivním slova smyslu.

„Začíná dobře fungovat spolupráce s úřadem práce, kdy do skupiny chodí zástupci, a když mi řekneme, že potřebujeme někoho zaměstnat, tak nám přímo nakontaktují člověka z té zaměstnanosti.“ (R2)

Koordinační skupina není jediným místem, kde se zástupci jednotlivých organizací potkávají. Zmiňovány jsou v tomto kontextu také další možnosti, kde se mohou poskytovatelé potkávat. K těmto možnostem patří veletrh sociálních služeb a individuální akce jednotlivých organizací při významných událostech (otevření nového chráněného bydlení, zahájení provozu chráněné dílny apod.).

„Účastníme se každý rok veletrhu sociálních služeb, v rámci kterého jsou pořádána různá setkání. Jinak se nijak nesetkáváme, spíš je to tak, že jednotlivé organizace pořádají svoje akce, kam se zvou i jiné organizace, ale žádná pravidelná setkání mimo tu koordinační skupinu nejsou. Pak je ještě náš domov členem asociace poskytovatelů sociálních služeb, takže tam se setkávají různé skupiny. Asi nejtěžnější je ta koordinační skupina, která se věnuje komunitnímu plánování.“ (R1)

Ne všichni poskytovatelé vidí význam koordinační skupiny stejně. Fakt, na který je upozorňováno ze strany jednoho poskytovatele návazné služby, je funkce této skupiny jako formální záležitosti, která se děje na žádost města a je spojována s nutností spíše než s užitekem. Také ve dvou rozhovorech byla vyzdvihnuta rivalita mezi organizacemi.

„Koordinační skupinu vnímám spíš jako formalitu, je to jednou za měsíc, sdělí se tam nějaké poznatky, které ve finále stejně přijdou emailem. Někdy cítím pasivitu od poskytovatelů a zároveň rivalitu mezi jednotlivými poskytovateli. Já rivalitu k nikomu necítím, ale cítím, že z nějaké strany přichází. Stává se, že nějaké poznatky nakonec narazí na politickou hranu a zbrousí se to, vypustí se to z komunitního plánu nebo se to zaonačí, protože všichni víme, že je to střelba do magistrátu, tak není snaha to tam prosadit.“ (R6)

Politické vlivy jsou zde také patrné, i když většinou poskytovatelů nejsou vnímány ve vztahu k prosazování určitých cílů v rámci cílové skupiny, ale v rámci financí, jež byly podrobně rozebrány v předchozí kapitole. Manažerka koordinační skupiny je se spoluprací na úrovni města v současné době spokojena. Velmi pozitivně vnímá povolební změnu v personálním obsazení sociálně-zdravotní komise i ve vedení města.

„Komise se mění vždy po volbách, je to politická záležitost. Nemohu zatím hodnotit, ale nyní je předsedkyní komise paní Mgr. Černá a ta se zajímá o sociální oblast, je to ředitelka dobrovolnického centra. Má zájem a nikoho lepšího jsme si asi nemohli přát. U projednávání projektů byl i pan současný primátor Zikmund, který měl věcné připomínky a směřovaly k problematice. Bylo vidět, že byl připravený. Zapojovali se i jednotliví manažeři skupin. Je vidět, že o svých oblastech něco víme, takže můžeme přispívat do debaty. Ptal se nás i na spolupráci.“ (R2)

Závěr

S platností zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách začalo docházet k významným změnám v sociálních službách. Kromě kvality byl také kladen důraz na efektivitu a dostupnost. Rok poté, co vstoupil v platnost zákon o sociálních službách, byla přijata koncepce Transformace institucionální péče v péči komunitní a to hned ve dvou podobách. Jedna forma byla založena na úplném zrušení institucionální péče a zapojilo se do ní dobrovolně celkem 32 zařízení z celé České republiky. V druhé variantě se jedná spíše o podporu transformace, kdy se zařízení na změnu připravují postupně přizpůsobením stávajících služeb. V Ústí nad Labem se do obou forem tohoto procesu zapojila příspěvková organizace Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem. Jeden z těchto domovů (DOZP Hliňany) v roce 2013 završil svou transformaci a domov jako takový již neexistuje. Změny se netýkají pouze transformovaných zařízení, ale také ostatních návazných služeb, jež by měly transformaci aktivně podporovat a tomuto trendu přizpůsobit služby, které poskytují. Mělo by tak docházet k plynulému kontinua péče, kdy by služby pro osoby z těchto zařízení měly fungovat v návaznosti a měly by na daném místě fungovat dle vyzpůsobených potřeb uživatelů.

Tato práce je zaměřena na problematiku kontinua péče pro osoby s mentálním postižením v oblasti chráněného bydlení. Cílem práce bylo analyzovat, jakým způsobem jsou uživatelům služby chráněného bydlení zprostředkovány návazné sociální služby v Ústí nad Labem. Dílčím cílem bylo potom zjistit, jak poskytovatelé služby chráněného bydlení zapojují uživatele do formálních sítí.

V Ústí nad Labem je celkem dvanáct poskytovatelů služeb pro osoby s mentálním postižením. Z celkového počtu osob obyvatel města Ústí nad Labem tvoří osoby s mentálním postižením 3 %. Službu chráněného bydlení poskytují dva domovy pro osoby s mentálním postižením, a to DOZP Všebořice a DOZP Severní Terasa. V rámci těchto ústavních zařízení mají tedy uživatelé možnost využívat formu komunitního typu bydlení, jímž chráněné bydlení je. Další návazné služby, které mohou osoby s mentálním postižením na území města Ústí nad Labem využívat, jsou služby: odborné sociální poradenství, denní stacionář, týdenní stacionář, osobní asistence, volnočasové aktivity, sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace, odlehčovací služby a podpora samostatného bydlení. Ne všechny služby jsou vhodné k uspokojení definovaných

potřeb u uživatelů chráněného bydlení. Nejčastěji využívané jsou služby sociálně terapeutické dílny, sociální rehabilitace a aktivizační služby.

Potřeby uživatelů služby chráněného bydlení jsou definovány ze strany poskytovatelů sociálních služeb. V současné době neexistuje žádný jiný způsob, jak jsou potřeby ze strany uživatelů identifikovány. V rámci komunitního plánování existuje koordinační skupina pro osoby s mentálním postižením, jejímž cílem je mimo jiné navrhování cílů a opatření vedoucích ke zlepšení současného stavu. V oblasti dostupnosti sociálních služeb poskytovatelé služby chráněného bydlení i návazných sociálních služeb považují za nedostatečně pokrytou službu podporovaného zaměstnání a služby zaměřené na volnočasové a zájmové aktivity, jež by uživatelům umožnily efektivně trávit volný čas. Tyto dva faktory, smysluplné trávení volného času a být zaměstnaný, zároveň poskytovatelé uvádějí jako hlavní cíle uživatele chráněného bydlení.

Návazné sociální služby uživatelům zprostředkovávají poskytovatelé. Učiní nabídku, která by z jejich pohledu byla pro uživatele nejvíce užitečná a na uživateli je, zda bude nabídku akceptovat, či nikoliv. Další veřejné služby, které město nabízí, jsou individuální dle situace klientů. Nejintenzivnější spolupráce zde probíhá s Úřadem práce, soudy, úřady a lékaři. Poskytovatelé tuto spolupráci popsali jako zlepšující se, kdy se stává samozřejmostí, že u všech setkání a jednání se počítá s přítomností klienta. Jako problematiku popsali poskytovatelé služby chráněného bydlení s Úřadem práce a se soudy, kdy pracovníci těchto veřejných služeb neumí s uživateli s mentálním postižením pracovat. Uživatel je tak ze spolupráce vyloučen nebo není brán jako partner.

V rámci kontinua péče a aspektů, které by mělo naplňovat, nepadá ze strany poskytovatelů shoda a každý se dopadům transformace a rozšiřování komunitních typů služeb přizpůsobuje po svém. Návaznost péče je vykládána specifickým způsobem v DOZP Všebořice, kde uživatelé navštěvují sociálně terapeutické dílny, jež jsou k této příspěvkové organizaci přidruženy. I když je naplněna funkce ambulantního typu služby, kam se musí uživatel přesunout, setkává se v rámci služby se stejnými uživateli a pracovníky DOZP. Ze strany poskytovatele návazných služeb organizací Jurta, o.p.s. a Agentura Osmý den, o.p.s. přišla také připomínka, že nedochází k dostatečnému předávání informací o uživatelích a nastává tak dublování služby, což může vést k neefektivnosti a zpomalení procesu osamostatnění.

Dostupnost sociálních služeb ve městě Ústí nad Labem je ohrožena z důvodu jejich podfinancování. Na tomto faktu se shodují všichni poskytovatelé sociálních služeb. Je tomu tak i u příspěvkových organizací, jimiž jsou právě domovy pro osoby se zdravotním postižením a zároveň poskytovatelé služby chráněného bydlení. Poskytovatelé jsou tak ohroženi omezením kapacity či snížením počtu zaměstnanců. Pokud nechtějí být závislí pouze na financích ze strany města a kraje, musí realizovat vlastní projekty financované evropskými sociálními fondy. Další možností jak deficit snížit je podání žádosti o dofinancování ze strany kraje či žádat o dary ze strany soukromých donátorů.

Pro kontinuum péče je stěžejní vzájemná spolupráce zapojených aktérů. Jak bylo již zmíněno, v Ústí nad Labem k tomuto účelu užívají nástroj komunitního plánování a osoby s mentálním postižením mají vlastní koordinační skupinu. Důležitost koordinační skupiny, ať už v aktivním slova smyslu, či v pasivním, zmínili všichni poskytovatelé jako významný spojovací prvek. Dle manažerky koordinační skupiny probíhá spolupráce bez problémů a ze strany zástupců organizací není cítit žádná rivalita či negativní vlivy. Jiný pohled má na věc vedoucí sociálních služeb Jurta, o.p.s. a Agentury Osmý den, o.p.s., která setkávání v koordinační skupině vnímá jako nutnost. Spolupráce a aktivita zástupců ze strany města je potom závislá na politickém zastoupení. Manažerka popsala současnou situaci jako velmi příznivou na rozdíl od zájmu minulého politického zastoupení, který byl minimální.

Shrnutí

Tato diplomová práce se zabývá kontinuem péče pro osoby s mentálním postižením v oblasti chráněného bydlení. Práce je pojata jako případová studie v Ústí nad Labem. Hlavním cílem práce bylo zjistit, jakým způsobem jsou zajištěny návazné sociální služby pro danou cílovou skupinu z pohledu poskytovatelů. Dílčím cílem bylo zjistit, jak poskytovatelé služby chráněného bydlení zapojují uživatele do formálních sítí.

Hlavními teoreticko-hodnotovými východisky práce jsou koncept kontinua péče a koncept kvality života. Koncept kontinua péče je v kontextu práce chápán jako koncept návaznosti a dostupnosti sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením. Na základě tohoto konceptu bylo z pohledu poskytovatelů zjišťováno, jak je zajištěno kontinuum péče v Ústí nad Labem. Mezi další použitá východiska patří trend deinstitucionalizace, transformace sociálních služeb, síťování v sociálních službách a case management.

Práce vychází z analýzy dokumentů a sebraných polostrukturovaných rozhovorů, které byly primárním zdrojem informací. Rozhovory byly provedeny se zástupci poskytovatelů služby chráněného bydlení a návazných služeb pro osoby s mentálním postižením. Důležitým zdrojem informací se stal také rozhovor s manažerkou koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením.

Na základě sebraných dat bylo zjištěno, že Ústí nad Labem již čtrnáct let využívá ke zlepšení návaznosti a dostupnosti sociálních služeb metodu komunitního plánování. Existenci koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením přikládá většina poskytovatelů zásadní význam. Poskytovatelé prostřednictvím koordinační skupiny sdílejí vyzorované potřeby uživatelů. Uživatelé nemají v současné době v koordinační skupině svého zástupce a poskytovatelé se tak stávají jejich zástupci. Díky vzájemné komunikaci a mapování potřeb uživatelů dochází v Ústí nad Labem k návaznosti sociálních služeb, ale sami poskytovatelé nepovažují pokrytí služeb za dostatečné. Také popisují jako problematickou spolupráci s veřejnými službami (např. lékaři, soudy, úřady) v Ústí nad Labem. I když je situace v porovnání s předchozími lety lepší, pracovníci těchto služeb stále nevnímají osoby s mentálním postižením jako partnery. Uživatelé tak mají omezenou možnost seberealizace a osobního růstu. Dostupnost sociálních služeb v Ústí nad Labem je aktuálně velmi ohrožena

nedostatečným financováním, kdy se poskytovatelé nemohou spoléhat na finanční podporu ze strany města či kraje, ale musí hledat alternativní zdroje skrze individuální projekty.

Summary

This thesis deals with the continuum of care for people with intellectual disabilities in sheltered housing. The work is conceived as a case study in Usti nad Labem. The main objective was to find out how continuity of social services is secured for the target group from the providers point of view. A secondary aim was to determine how providers of sheltered housing engage their clients in formal networks.

The main theoretical and value bases of the work are the concept of the continuum of care and the concept of quality of life. The concept of the continuum of care in the context of work is understood as a concept of continuity and availability of social services for people with intellectual disabilities. On the basis of this concept from the perspective of providers it was examined how the continuum of care in Usti nad Labem is ensured. Other used bases include trends of deinstitutionalization, transformation of social services, networking in social services and case management.

The work is based on the analysis of collected documents and interviews which were the primary source of information. Interviews were conducted with representatives of service providers of sheltered housing and representatives of related services for people with intellectual disabilities. An interview with the manager of the coordination group for people with intellectual disabilities has become an important source of information.

Based on collected data it was found out that Usti nad Labem has used the community planning method to improve continuity and availability of social services for 14 years. Most providers attach vital importance to the existence of a coordination group for people with intellectual disabilities. Providers share the observed clients needs through the coordination groups. Clients do not currently have their representative in the coordination group and their providers become their representatives. Thanks to mutual communication and mapping of user needs Usti nad Labem offers the continuity of social services but the providers themselves find the coverage of services insufficient. They also describe the cooperation with public services in Usti nad Labem as problematic. Although the situation is getting better in comparison with previous years, the staff of these public services still do not perceive people with intellectual disabilities as a partner. Clients have limited opportunity for self-fulfillment and personal growth. Availability of social services in Usti nad Labem is currently very threatened by

insufficient financing, the providers can not rely on financial support from the city or county, but they must look for alternative sources by way of individual projects.

Použitá literatura

- BAREŠ, Pavel. 2013. *Ústavní sociální služby v České republice: Přehled a charakteristika vybraných sociálních služeb*. 1. vydání, Praha. Dostupné také z: <http://www.citacepro.com/dokument/1FAKBS4jd2sApzTX>
- BRINKMANN, Svend. 2009. *Qualitative interviewing: design and methods*. Vyd. 1. Praha: Grada, ix, 177 pages. Sociologie (Grada), sv. 2. ISBN 978-019-9861-392.
- BRUTHANSOVÁ, Anna a Daniela ČERVENKOVÁ. 2004. *Náklady na ústavní sociální péči a služby podporovaného a chráněného bydlení*. Praha: VÚPSV.
- BUNTINX, W. 2008. The logic of relations and the logic of management. *Journal of Intellectual Disability Research*. 52, 7, 588-597. ISSN: 09642633.
- BURNS, Tom, Jocelyn CATTY, Michael DASH, Chris ROBERTS, Austin LOCKWOOD a Max MARSHALL. 2007. *Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression*. Dostupné z: <http://www.bmj.com/content/335/7615/336?etoc>
- CCMC. 2012. Case Management Knowledge. In: *Case management Body of Knowledge* [online]. Dostupné z: <http://www.cmbodyofknowledge.com/content/case-management-knowledge-2>
- CENTRUM KOMUNITNÍ PRÁCE MĚSTA ÚSTÍ NAD LABEM. 1999. *1. Komunitní plán péče města Ústí nad Labem na období 2000 - 2004*. Ústí nad Labem.
- CENTRUM KOMUNITNÍ PRÁCE MĚSTA ÚSTÍ NAD LABEM. 2003. *4. Komunitní plán péče města Ústí nad Labem na období 2004 - 2006*. Ústí nad Labem.
- CENTRUM KOMUNITNÍ PRÁCE MĚSTA ÚSTÍ NAD LABEM. 2007. *3. Komunitní plán péče města Ústí nad Labem na období 2007 - 2009*. Ústí nad Labem.
- CENTRUM KOMUNITNÍ PRÁCE MĚSTA ÚSTÍ NAD LABEM. 2010. *4. Komunitní plán péče města Ústí nad Labem na období 2010 - 2013*. Ústí nad Labem.
- CENTRUM KOMUNITNÍ PRÁCE MĚSTA ÚSTÍ NAD LABEM. 2013. *5. Komunitní plán péče města Ústí nad Labem na období 2014 - 2017*. Ústí nad Labem.
- Doporučení Ústeckému kraji k transformaci ústavní péče v péči komunitní*. 2013. Praha: Národní centrum sociálních služeb.
- ČERMÁKOVÁ, Kristýna, K.HOLEČKOVÁ, Markéta et al. 2002. *Standardy kvality sociálních služeb, Výkladový sborník pro poskytovatele*. 1. vydání. Praha: TIGIS PRINT spol. s r. o..
- DISMAN, Miroslav. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. 3.vyd. Praha: Karolinum, 374 s. Sociologie (Grada), sv. 2. ISBN 80-246-0139-7.
- EVASHWICK, Connie. c2005. *The continuum of long-term care*. 3rd ed. New York: Thomson/Delmar Learning, 459 p. ISBN 14-018-9637-5.

FLICK, Uwe. c2011. *Introducing research methodology: a beginner's guide to doing a research project*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 271 p. ISBN 978-184-9207-805.

GOJOVÁ, Alice. Síť a síťování. 2007. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 351 s. ISBN 978-807-3682-293.

GREENE, Roberta R. & VOURLEKIS, Betsy. 1992, *Social work case management / Betsy S. Vourlekis and Roberta R. Greene, editors* A. de Gruyter New York

HEJDUK, Zdeněk. 2004. Kvalita života a zdravotně-sociální péče. In: *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni, Kongresový sál hotelu Aurora*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 105 - 108. ISBN 8086625206.

HEŘMANOVÁ, Eva. 2012. *Kvalita života a její modely v současném sociálním výzkumu*. Sociológia 44 [online]. Dostupné z: <https://www.sav.sk/journals/uploads/09101219Hermanova%20-%20OK%20upravena%20studia.pdf>

HEŘMANOVÁ, Eva. 2012. Koncepty, teorie a měření kvality života. *Sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakladatelství, 239 s.

CHRENKOVÁ, Monika, SOBKOVÁ, Hana, VAJĎÁKOVÁ, Zuzana. *Metody sociální práce, sociální služby a standardy kvality v sociálních službách*. 2007. *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách: sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností*. Ostrava: Ostravská univerzita Ostrava, 351 s. ISBN 978-807-3682-293.

JOHNOVÁ, Milena. 2008. *Zkušenosti s transformací ústavní péče*. QUIP.

KOCMAN, David. 2011. *Využití kvantitativních a kvalitativních metodologií při hodnocení kvality života a hodnocení intervencí v sociálních službách: Diskusní zpráva*. QUIP. Dostupné také z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/data/017/002020.pdf> (25)

MALÍK HOLASOVÁ, Věra. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. 1. vyd. Praha: Grada, 151 s. ISBN 978-80-247-4315-8.

Manuál transformace ústavů: Deinstitutionalizace sociálních služeb. 2013. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-057-0.

MATOUŠEK, Oldřich. 2007. *Sociální služby: Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-7367-310-9.

MCBRYDE-FOSTER, M; ALLEN, T. 2005. The continuum of care: a concept development study. *Journal of Advanced Nursing*. 50, 6, 624-632, ISSN: 03092402.

MOLEK, Jan. 2009. *Marketing sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: VÚPSV, 163, 7 s. ISBN 978-807-4160-264.

Návrh kapitol pro komunitní plánování sociálních služeb v ČR. 2005. Komunitní plánování, o.p.s.

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb. 2013. Posuzování míry nezbytné podpory uživatelů, Doporučený postup MPSV č. 1/2012, revize.

Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti. 2007. Praha: MPSV [online]. Dostupné z www: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf>.

PEKÁRKOVÁ, Simona. 2011. *Nemoc bezmocných: lehká mentální retardace: analýza inteligenčního testu SON-R.* Praha: Člověk v tísni. ISBN 978-80-87456-05-7.

PIPEKOVÁ, Jarmila. 2006 *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů.* Vyd. 1. Brno: MSD, 208 s. ISBN 80-86633-40-3

PRATT, John R. 2010. *Long-term care: managing across the continuum.* 4. Sudbury, Mass.: Jones and Bartlett Publishers, p. ISBN 978-128-4054-590.

REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů.* Vyd. 1. Praha: Grada, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

RYLICHOVÁ, Jana. 2005. *Analýza podmínek účinné koordinace sítě poskytovatelů služeb sociálních péče ze strany veřejné správy: v kontextu reformy sociálních služeb.* Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 88 s. Zdravotní politika a ekonomika, sv. 2. ISBN 80-866-2542-7.

VESELÝ, Arnošt, NEKOLA, Martin (Ed.) 2007. *Analýza a tvorba veřejných politik. Přístupy, metody a praxe.* Praha: SLON. 978-80-86429-75-5.

SEDLÁKOVÁ, Jaroslava. 2009. Kvalita komunitního plánování sociálních služeb: případová studie. *Acta Oeconomica Pragensia*, 5: 36-52.

SOLAŘOVÁ, Hana. 2013. *CASE MANAGEMENT aneb Případové konference v praxi.* Benepal, a.s.. Dostupné z: <http://www.nevkladky.cz/data/news/000731/case-management.PDF>

ŠOTOLA, Jaroslav. 2010. Síťování jako nástroj lokálního rozvoje v oblasti sociální integrace.

ŠOTOLA, Jaroslav; ZATLOUKAL, Leoš. Využití síťování při práci se sociálně vyloučenou lokalitou. *Scientific papers of the University of Pardubice. Series D, Faculty of Economics and Administration.* 18 (3/2010), 2010.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách.* Vyd. 1. Praha: Portál, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

VOURLEKIS, Betsy S a Roberta R GREENE. c1992. *Social work case management.* Vyd. 1. New York: A. de Gruyter, xvi, 199 p.

Vyhláška 505/2006 Sb., o sociálních službách.

Více než 500 lidí přešlo z ústavního do běžného života. *Sociální práce*. 2013.

UNGER, JM; CUNNINGHAM, M. Case Management and the BSW Curriculum. *Journal of Baccalaureate Social Work*. 8, 1, 69-82, 2002. ISSN: 10847219.

YIN, Robert K. 2005. *Case study research: design and methods*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 88 s. Zdravotní politika a ekonomika, sv. 2. ISBN 978-1-4522-4256-9.

ZATLOUKAL, Leoš. 2008. *Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování*. Univerzita Palackého v Olomouci.

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

Internetové zdroje

Quality of life: The Quality of Life Model [online]. [cit. 2015-02-01]. Dostupné z: <http://sites.utoronto.ca/qol/>

Informace pro poskytovatele sociálních služeb v Ústeckém kraji. *Ústecký kraj* [online]. [cit. 2015-03-05]. Dostupné z: <http://www.kr-ustecky.cz/informace-pro-poskytovatele-socialnich-sluzeb-v-usteckem-kraji/d-1688570>

LEČBYCH, Martin. *O klasifikaci mentální retardace* [online]. [cit. 2015-03-22]. Dostupné z: <http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=774>

Registr poskytovatelů sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí*. [online]. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/vitejte.fw.do?SUBSESSION_ID=1431672759383_1

RISK - Regionální informační systém komunitních služeb města Ústí nad Labem. *RISK- Informační systém služeb* [online]. [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.ckpul.cz/risk-informacni-system-sluzeb/>

Transformace sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením. *EUROAKTIV* [online]. [cit. 2015-04-14]. Dostupné z: <http://www.euractiv.cz/socialni-politika/link-dossier/transformace-socialnich-sluzeb-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-000084>

Transformace sociálních služeb. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2015-01-01]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/7058>

Sociální služby. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. [cit. 2015-04-10]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/18661>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Scénáře rozhovorů s poskytovateli sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením a manažerkou koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem

Příloha č. 2: Informace o oslovených poskytovatelích dle registru sociálních služeb

Přílohy

Příloha č. 1:

Scénář rozhovoru pro poskytovatele služby chráněného bydlení

1. Jak byste charakterizovala službu chráněného bydlení (cíle, pro koho je určena...)?
2. Jak dlouho vaše zařízení službu chráněného bydlení poskytuje?
3. Co vedlo k tomu, že tuto službu nabízíte?
4. Jakým způsobem je ve vašem zařízení zajištěna služba chráněného bydlení?
5. Jaké zkušenosti máte jako poskytovatel služby chráněného bydlení s nastavením lokální politiky města vůči sociálním službám? (finanční pomoc, podpora zvyšování kvality, snahy o udržení a stálost služeb)
6. S jakými organizacemi v rámci návaznosti služeb spolupracujete? Zdůvodněte, z jakého důvodu (potřeby klientů, poptávka klientů, dobrá dostupnost služeb, vysoká kvalita, dobré vztahy)...
7. Jak byste zhodnotil/a nabídku služeb pro klienty chráněného bydlení v Ústí nad Labem?
8. Považujete další sociální služby pro uživatele služby chráněného bydlení za dostupnější a využívanější? Svou odpověď zdůvodněte.
9. Jak se vaše zařízení podílí na plánování a koordinaci meziorganizační spolupráce (koordinační skupina, komunitní plány, kulaté stoly, veletrhy...)?
10. V čem shledáváte silné či slabé stránky této spolupráce a způsobu, jakým probíhá?
11. Jaké kroky by dle vás vedly k zefektivnění meziorganizační spolupráce?

Scénář rozhovoru pro poskytovatele návazných sociálních služeb

1. Jaké služby vaše organizace poskytuje osobám s mentálním postižením?
2. Jak velký je podíl uživatelů služeb chráněného bydlení poskytovaných domovy pro OZP využívajících vaše služby?
3. V čem dle Vašeho názoru spočívá důležitost zapojení klientů do formálních sítí?
4. Jak byste popsal/a vaši spolupráci s domovy pro OZP?
5. Jaký druh služeb je z vašeho pohledu nejčastěji využíván klienty chráněného bydlení?

6. Jsou dle vašeho názoru tyto služby pro uživatele chráněného bydlení v Ústí nad Labem dobře dostupné? Svou odpověď zdůvodněte.
7. Jaké zkušenosti máte jako poskytovatel sociálních služeb s nastavením lokální politiky města vůči sociálním službám? (finanční pomoc, podpora zvyšování kvality, snahy o udržení a stálost služeb apod.)
8. Jak se vaše organizace podílí na plánování a koordinaci meziorganizační spolupráce (koordinační skupina, komunitní plány, kulaté stoly, veletrhy...)?
9. V čem shledáváte silné či slabé stránky této spolupráce a způsobu, jakým probíhá?
10. Jaké kroky by dle vás vedly k zefektivnění meziorganizační spolupráce?

Scénář rozhovoru pro manažerku koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením

1. Jaká je Vaše role jako manažerky koordinační skupiny pro osoby s mentálním postižením?
2. Považujete za dostatečné pokrytí služeb pro osoby s mentálním postižením v Ústí nad Labem? Svou odpověď zdůvodněte.
3. Jakým způsobem funguje spolupráce mezi městem a koordinační skupinou?
4. Jak byste popsala současné nastavení sociální politiky ve vztahu ke komunitnímu plánování a rozvoji služeb v Ústí nad Labem?
5. Z jakého důvodu je podle Vás důležité uživatele zapojovat do formálních sítí?
6. Jakých služeb z Vašeho pohledu nejčastěji využívají uživatelé služby chráněného bydlení?
7. Jak byste zhodnotila spolupráci zúčastněných aktérů?
8. Máte zkušenost ještě s dalšími nástroji využívaných ke koordinaci sociálních služeb?
9. V čem shledáváte silné či slabé stránky této spolupráce a způsobu, jakým probíhá?
10. Jaké kroky by dle vás vedly k zefektivnění meziorganizační spolupráce?

Příloha č. 2:

- **Název poskytovatele:**

Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: Domov pro osoby se zdravotním postižením Severní Terasa (Svojsíkova 2733/52, Severní Terasa, 400 11 Ústí nad Labem 11)

Formy poskytování sociálních služeb: pobytové

Poskytované sociální služby: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení

Cílová skupina klientů: osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů: Služba je poskytována osobám od 18 let věku. Osobám ve věkové kategorii „mladší senioři (65 – 80 let)“ a „starší senioři (nad 80 let)“ je služba poskytována pouze v případě, že smlouva o poskytování sociální služby s nimi byla uzavřena před dosažením věku 64 let (tj. že tyto osoby žily v zařízení ještě před dosažením této věkové hranice).

- **Název poskytovatele:** Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: Domov pro osoby se zdravotním postižením Všebořice (Pod Vodojemem 312/3c, Ústí nad Labem-město, Všebořice, 400 10 Ústí nad Labem 10)

Domov pro osoby se zdravotním postižením Všebořice (Na Výrovce 475/7, Ústí nad Labem-město, Klíše, 400 01 Ústí nad Labem 1)

Formy poskytování sociálních služeb: pobytové

Poskytované sociální služby: domov pro osoby se zdravotním postižením, chráněné bydlení

Cílová skupina klientů: osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů: Služba je poskytována osobám od 3 let věku. Osobám ve věkové kategorii „mladší senioři (65 – 80 let)“ a „starší senioři (nad 80 let)“ je služba poskytována pouze v případě, že smlouva o poskytování sociální služby s nimi byla uzavřena před dosažením věku 64 let (tj. že tyto osoby žily v zařízení ještě před dosažením této věkové hranice).

- Název poskytovatele:** Agentura Osmý den, o. p. s.

Zařízení poskytovatele: Agentura Osmý den, o. p. s. (Sládkova 394/8, Děčín I-Děčín, 405 02 Děčín 2), Agentura Osmý den, o. p. s. (Dvořákova 1527/6, Ústí nad Labem-centrum, 400 01 Ústí nad Labem 1)

Formy poskytování sociálních služeb: ambulantní, terénní

Poskytované sociální služby: sociální rehabilitace

Cílová skupina klientů: osoby do 26 let věku opouštějící školská zařízení pro výkon ústavní péče, osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením
osoby se zdravotním postižením

Věková kategorie klientů: dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let)
- Název poskytovatele:** Domovy pro osoby se zdravotním postižením Ústí nad Labem, příspěvková organizace

Zařízení poskytovatele: Denní stacionář Úsměv (Vrchlického 1242/19, Teplice, 415 01 Teplice 1), Denní stacionář Úsměv (Fügnerova 297/23, 400 04 Trmice), Denní stacionář Úsměv (Čajkovského 1908/82, Ústí nad Labem-centrum, 400 01 Ústí nad Labem 1), Denní stacionář Úsměv (Všebořická 181/35, Ústí nad Labem-město, Bukov, 400 01 Ústí nad Labem 1), Denní stacionář Úsměv (Gorkého 889/14, 400 04 Trmice)

Formy poskytování sociálních služeb: ambulantní

Poskytované sociální služby: denní stacionář, sociálně terapeutické dílny

Cílová skupina klientů: osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením

Věková kategorie klientů: dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let) dospělí (27 – 64 let)
- Název poskytovatele:** Jurta o.p.s.

Zařízení poskytovatele: Jurta o.p.s. (Pěší 9, Děčín XXXIII-Nebočady, 405 02 Děčín 2), Jurta, o.p.s. (Dvořákova 3134/2, Ústí nad Labem-centrum, 400 01 Ústí nad Labem 1)

Formy poskytování sociálních služeb: ambulantní

Poskytované sociální služby: sociální rehabilitace, sociálně terapeutické dílny, podpora samostatného bydlení

Cílová skupina klientů: osoby s chronickým duševním onemocněním, osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby se zdravotním postižením

Věková kategorie klientů: dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let), mladší senioři (65 – 80 let)

- **Název poskytovatele:** Cesta do světa - Slunečnice, o.s.

Zařízení poskytovatele: Centrum Cesta do světa (Hudečkova 664/1, Děčín I-Děčín, 405 02 Děčín 2)

Formy poskytování sociálních služeb: ambulantní

Registrované sociální služby: sociální rehabilitace

Cílová skupina klientů: osoby s kombinovaným postižením, osoby s mentálním postižením, osoby s tělesným postižením

Věková kategorie klientů: starší děti (11 – 15 let), dorost (16 – 18 let), mladí dospělí (19 – 26 let), dospělí (27 – 64 let)