

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA TĚLESNÉ VÝCHOVY A SPORTU

**Srovnání prostředků specializované péče o dospělé klienty s poruchami
autistického spektra v České republice a Anglii**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:

Mgr. Miroslava Plívová

Zpracovala:

Lucie Minařková

PRAHA, SRPEN 2008

ABSTRAKT

Název práce: Srovnání prostředků specializované péče o dospělé klienty s poruchami autistického spektra v České republice a Anglii

Cíl práce: Komparace pojetí specializované péče o dospělé klienty s poruchami autistického spektra v ČR a Anglii.

Metoda: Komparace dvou vybraných zařízení poskytujících péči výše zmiňované skupině uživatelů. Zkoumaná kritéria byla zhodnocena na základě informací zjištěných pomocí participačního pozorování, rozhovorů s uživateli služeb (klienty), jejich rodiči, zaměstnanci a vedením obou zařízení, s odborníky, kteří se v dané problematice orientují a studiem dostupné dokumentace.

Výsledky: Výsledkem studie je zjištění, že výchozí principy pojetí specializované péče o dospělé klienty s PAS jsou do značné míry srovnatelné s nastavením v Anglii. Tento stav je do jisté míry ovlivněn tím, že Česká republika se, díky mezinárodní spolupráci na některých projektech, v řadě kroků inspirovala právě modelem Velké Británie. Česká republika je však limitována některými legislativními opatřeními a finančním zázemím, která jsou jistou komplikací nově nastaveného systému sociální péče.

Klíčová slova: poruchy autistického spektra, sociální služby, komunitní bydlení, chráněné bydlení, standardy kvality sociálních služeb

ABSTRACT

Thesis title: Comparison of concepts of specific sorts of care for adults with autistic spectrum disorders in the Czech republic and England

Thesis aim: Comparison of concepts of social services for adults with autistic spectrum disorders (ASD) in two different institutions in the Czech republic and England

Method: Comparison of two selected institutions providing care to above mentioned group of service users. Examined criteria of the thesis were evaluated on the basis of information obtained by means of participated observation, interviews with service users and their parents, team members and managers of both institutions, specialists who have knowledge in this field and by studying relevant documents.

Results: The result of this thesis is discovery, that initial conception of social care of adults with ASD are partially comparable with settings in England. This result is partially affected by international cooperation of the Czech and British experts. The Czech republic was inspired by the example of Great Britain. Unfortunately the Czech republic is limited by some legislative precautions and the financial background, that complicate new settings of social care system.

Key words: autistic spectrum disorder, social services, community homes, sheltered housing, national minimum standards of social care

Poděkování

Děkuji Mgr. Miroslavě Plívové za cenné připomínky a trpělivé vedení mé bakalářské práce. Další dík patří všem zaměstnancům a klientům Vítej... a Appletrees, neboť bez jejich přičinění by tato práce nemohla vzniknout.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jsem pouze prameny uvedené v seznamu literatury.

.....
Lucie Minaříková

Lucie Minaříková

Svoluji k zapůjčení své diplomové práce ke studijním účelům.

Prosím, aby byla vedena přesná evidence vypůjčovatelů, kteří musejí pramen převzaté literatury citovat.

Jméno a příjmení: Číslo obč. průkazu: Datum vypůjčení: Poznámka:

OBSAH:

I	ÚVOD.....	10
II	CÍLE A ÚKOLY.....	12
III	VĚDECKÉ OTÁZKY	13
IV	TEORETICKÁ ČÁST.....	14
1	TEORIE PAS	14
1.1	Historický vývoj a pojetí autismu	14
1.2	Charakteristika poruch autistického spektra.....	17
2	SPECIALIZOVANÁ PÉČE O DOSPĚLÉ KLIENTY S PAS	25
2.1	Formy péče o osoby s PAS v ČR	26
2.2	Služby pro rodiny s osobami s PAS.....	31
2.3	Formy péče o dospělé s PAS v Anglii.....	33
3	LEGISLATIVA.....	36
3.1	Legislativní rámec sociálních služeb v České republice	37
3.2	Legislativní rámec sociálních služeb v Anglii	42
V	PRAKTICKÁ ČÁST	46
4	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU	46
4.1	Použité metody sběru dat	46
4.2	Časový harmonogram sběru dat.....	47
4.3	Rozsah platnosti.....	47
5	VÝSLEDKY	48
5.2	Chráněné bydlení pro osoby s autismem „Vítej...“	48
5.3	Komunitní dům rezidenčního typu „Appletrees“.....	55
VI	DISKUZE.....	63
VII	ZÁVĚR	71
VIII	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	72
IX	SEZNAM PŘÍLOH	74
X	PŘÍLOHY	75

SEZNAM ZKRATEK A SYMBOLŮ

APLA	Asociace pomáhající lidem s autismem
ASD	autism spectrum disorders
BOC	Behaviour Observation Chart
CSCI	Commission for Social Care Inspection
ESF	Evropský sociální fond
CHOICE	Community Homes of Intensive Care and Education
ČR	Česká republika
JAN	Jdeme autistům naproti
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
MR	mentální retardace
NMS	National Minimum Standards
NVQ	national vocational qualification
PAS	poruchy autistického spektra
PDD	pervasive developmental disorders
PVP	pervazivní vývojové poruchy
TEACCH	Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children
ZSS	Zákon o sociálních službách

I ÚVOD

Od roku 1943, kdy Leo Kanner jako první podrobně popsal autismus, vzniklo nepřehledné množství publikací, zabývajících se autismem a jeho příčinami, diagnostickými kritérii, oblastmi specifických deficitů i výchovně vzdělávacími strategiemi. Většina z těchto materiálů je však zaměřena na děti. O potřebách dospělých a jejich rodin, o tom co s sebou život v dospělém věku přináší, nebo jakým způsobem zlepšit kvalitu života dospělých, se diskutuje a píše velmi málo.

Je zcela zřejmé, že velmi důležitou roli v životě člověka postiženého některou z poruch autistického spektra, hraje včasná diagnóza a následná intervence. Výzkumy ukazují, že vhodně zvolená terapie, která nastoupí v raném věku dokáže postiženým v mnohém ulehčit následný život. Je však nutné pokračovat v započatém díle i v dospělém věku, jinak se nabyté schopnosti a dovednosti zcela logicky vytrácejí.

Mnoho dospělých, žijících v různých typech zařízení, nemá stanovenou správnou diagnózu. Personál si není vědom toho, že potíže, které jejich klienti mají, souvisí se symptomatikou PAS. Není schopen s nimi proto správně zacházet. Mnohé problémové chování může být následkem nesprávného přístupu. Lidé s autismem jsou pro okolí těžko pochopitelní, z toho plyne jejich stres až agresivita, pro kterou jsou pak nadměrně medikováni a často žijí v ústavech. Jsou pak tlumeni proto, že jim okolí nerozumí a chrání se před nimi. Při adekvátním zacházení ale nejsou nebezpeční. Jsou jen frustrováni z vlastní bezmoci a neschopnosti se dorozumět s okolím, sdělit svoje potřeby a pocity. Problém ale je i na naší straně.

O poruchy autistického spektra jsem se začala blíže zajímat díky tomu, že jsem déle než rok působila v Anglii jako pečovatelka (*support worker*) v komunitním domě rezidenčního typu pro lidi s poruchami učení a komplexními potřebami. Mezi klienty tohoto zařízení byli i dva muži a jedna žena s poruchami autistického spektra. Díky setkání s nimi jsem se této problematice začala více věnovat. Vzhledem k tomu, že se má zkušenost týkala pouze dospělých klientů, zaměřila jsem se právě na ně. Zjistila jsem, jak již bylo zmíněno, že převážná většina literatury se však týká především dětí.

Důvody jsou zcela zřejmé; k tomu, abychom člověku s autismem usnadnili jeho integraci do společnosti, je nutné začít s vhodným intervenčním programem co nejdříve, tedy v dětství.

Na prognózu mají velký vliv vrozené dispozice týkající se poruchy, raná péče a kvalita vzdělávacího programu, ve kterém bylo dítě umístěno. Celkovou míru samostatného života určuje míra adaptability.

Lidé s autismem a mentální retardací potřebují doživotně asistenci. Odborné vedení, specializovaný přístup a nácvik dovedností však většinou chybí nebo nerespektuje občany s autismem. Pomoc a podpora, kterou i nadále postižení potřebují je nulová.

A tak na povrch vyplouvá problém, který bývá označován jako „časovaná bomba“ a tím jsou omezené možnosti člověka s autismem po ukončení školní docházky. Toto je palčivá otázka současnosti, kterou je třeba řešit.

Cílem mé práce je shromáždit co největší možné množství materiálů pojednávajících o dospělých klientech s autismem a nastínit možnosti, které klienti mají po ukončení školní docházky a dosažení plnoletosti.

Vzhledem k tomu, že mám možnost srovnání přístupu k těmto klientům v Anglii, chtěla bych se zaměřit na to, jaké jsou rozdíly v pojetí péče o dospělé klienty s PAS v Anglii a v Čechách. Mým předpokladem je, že v obou těchto zemích vycházejí pečovatelé z obdobných standardů kvality sociálních služeb, ale rozdílné legislativní zakotvení a finanční zázemí nedává českému personálu takové podmínky, kterých by bylo třeba k zajištění odpovídající péče.

II CÍLE A ÚKOLY

Cíle

Cílem mé bakalářské práce je komparace možností specializované péče o dospělé klienty s poruchami autistického spektra (PAS) ve vybraných zařízeních České republiky a Anglie.

Úkoly

- Prostudovat doporučenou a dostupnou literaturu, která se zabývá problematikou poruch autistického spektra.
- Popsat a analyzovat formy specializované péče pro dospělé klienty s PAS v České republice.
- Vybrat dvě konkrétní zařízení, která budou srovnatelná vzhledem ke svému zaměření, kapacitě, cílové skupině.
- Navštívit vybraná zařízení a získat informace ohledně zkoumaných kritérií (cíle a záměry zařízení, filozofie péče, cílová skupina, metody práce s klientem, organizační struktura domu, práva a povinnosti zaměstnanců, ubytovací prostory, financování, individuální plán uživatele, monitoring, kontakt s rodinou, zdravotní péče, stížnosti, stravování)

III VĚDECKÉ OTÁZKY

- 1) Do jaké míry jsou výchozí principy pojetí specializované péče o klienty s PAS v ČR srovnatelné s principy v Anglii?
- 2) Jak se jeví z hlediska legislativy ČR výhodnost modelu specializovaného zařízení s menším počtem klientů?
- 3) Jaké jsou výhody a nevýhody zařízení s menším počtem klientů s rozdílnou diagnózou oproti podobným zařízením s klienty stejné diagnózy?

IV TEORETICKÁ ČÁST

1 TEORIE PAS

1.1 Historický vývoj a pojetí autismu

„Historie autismu je historií medicínských omylů“, řekl v rozhovoru pro Zdravotnické noviny přednosta dětské psychiatrické kliniky Fakultní nemocnice Motol, doc. Michal Hrdlička.

V celém svém vývoji, se pojetí autismu, zejména náhled na jeho příčiny a následnou terapii, ubírá mnoha rozdílnými směry. Vývoj koncepce autismu prošel řadou období, v nichž se odborníci přikláněli k různým, více či méně úspěšným interpretacím. Historie autismu byla zpracována řadou českých i zahraničních autorů a z obsahu jejich prací vyplývá, že celý výzkum byl značně komplikovaný a to zejména z několika důvodů, na než bych se chtěla zaměřit.

První, avšak nepříliš známou studií na téma pervazivní vývojové poruchy byla práce Rakušana Theodora Hellera, který v roce 1908 popsal u dětí zvláštní stav, kdy i po několikaletém období normálního vývoje následuje prudké zhoršení v oblasti intelektu, řeči a chování. Nazval jej *dementia infantilis*. Hellerův syndrom je v současné době řazen pod pojem *dezintegrační porucha*. Jedná se o vzácnou všepronikající vývojovou poruchou (Hrdlička, 2004).

Prvním člověkem na světě, který v padesátých letech dvacátého století podrobně popsal autismus, byl americký psycholog Leo Kanner. Všiml si podobnosti zvláštních projevů chování u skupinky několika dětí a považoval je za symptomy samostatné specifické poruchy, kterou nazval *časný dětský autismus* (Early Infantile Autism). Původ slova „autos“ je v řečtině a znamená „sám“. Názvem chtěl Kanner vyjádřit domněnku, že děti trpící autismem jsou osamělé, pohroužené do svého vnitřního světa, nezajímající se o svět kolem sebe (Thorová, 2006).

Michal Hrdlička upozorňuje, že použití slova autismus pro Kannerem popsanou poruchu se v dnešním měřítku jeví jako nepříliš šťastné, zavádějící a bylo jedním z faktorů, které nasměrovaly výzkum problému o několik desetiletí nesprávným směrem.

Pojem autismus totiž jako první použil v roce 1911 švýcarský psychiatr Eugen Bleuler. Bleulerův termín však pojmenovával jeden ze symptomů schizofrenie, charakterizovaný pohroužením se do vlastního, nesrozumitelného světa nemoci. Jednalo se spíše o výraz popisující zvláštní druh snění, které je obráceno do vlastního nitra. A zde je počátek zmiňovaného omylu. Použití stejného termínu ve dvou odlišných souvislostech, vedlo ke spojování výsledků Kannerova pozorování s Bleulerovým popisem psychopatologie schizofrenie a autismus byl tak až do začátku devadesátých let chybně zařazován mezi schizofrenii v dětství (Hrdlička, 2004).

Kateřina Thorová zdůrazňuje, že termín autismus by měl být používán pouze ve smyslu Kannerem popsaného vrozeného syndromu. Je matoucí, že v řadě odborných materiálů najdeme pouze definici související se schizofrenií. Nelze se potom divit, že informovanost o problematice autismu je i mezi současnými odborníky nedostačující (Thorová, 2006).

Většina pramenů se shoduje, že rok 1943 byl pro vývoj autismu klíčovým. Právě tehdy uveřejnil Leo Kanner v časopise *Nervous Child* výsledky svého pětiletého pozorování. Článek pod názvem „*Autistic Disturbances of Affective Contact*“ (Autistická porucha afektivního kontaktu) pojednával o jedenácti dětech, jejichž chování vykazovalo množství společných znaků, ale nesplňovalo diagnostická kritéria žádné do té doby známé kategorie psychických onemocnění. Prvotní pojímání autismu tedy vychází z několika případových studií (Thorová, 2006).

O pouhý rok později, tedy v roce 1944, publikoval vídeňský pediatr Hans Asperger kazuistiky čtyř podobných pacientů v práci „*Autistische psychopathen im Kindersalter*“ (Autističtí psychopati v dětství). Asperger u dětí popisoval těžkou poruchu sociální interakce a komunikace (přestože řeč byla vyvinutá normálně), vysokou míru intelektu, motorickou neobratnost a ulpívavé omezené zájmy (Hrdlička, 2004). Pojem autistická psychopatie byl později nahrazen termínem *Aspergerův syndrom*.

Zajímavé je, že oba vědci použili shodně označení „autismus“, aniž by měli možnost své výzkumy vzájemně ovlivnit. V kontrastu s Bleulerovou schizofrenií, se narušení pozorované Kannerem a Aspergerem zdálo být přítomné od narození. Kannerova práce se stala velmi často citovanou, zatímco Aspergerova studie, napsaná v Německu během druhé světové války, byla opomíjena. Vznikla tak myšlenka, že Asperger popsal zcela odlišný typ dítěte, jehož projevy by neměly být zaměňovány s výsledky Kannerova pozorování (Williams Jr., 2000).

Michal Hrdlička zmiňuje, že problematice pervazivních vývojových poruch značně uškodilo, že až do počátku 80.let pokračovaly dva ideově příbuzné koncepty nezávisle na sobě. Kateřina Thorová upozorňuje, že dodnes trvají diskuze o tom, zda je Aspergerův syndrom samostatnou nozologickou jednotkou, či pouze typem vysocefunkčního autismu. Řada nedorozumění a omylů byla završena hypotézou některých psychologicky orientovaných směrů, že dětský autismus je důsledkem chybné, citově chladné výchovy. Tato teorie byla založena na Kannerově poznámce o odtažitých, intelektuálně zaměřených rodičích autistických dětí, která nikdy nebyla potvrzena, avšak traumatizovala celou jednu generaci rodičů, kteří byli přesvědčováni o své vině. Americký psychiatr Bruno Bettelheim, zastánce teorie rodičovské viny, autoritativně prosazoval myšlenku, aby děti byly rodičům odebrány a vychovávány odděleně v terapeutickém zařízení. Mnohé děti byly tedy v rámci této „terapie“ umístěny do ústavní péče, aby tak byly vytrženy ze „zhooubného“ rodinného prostředí. Výchova a vzdělání dítěte, a tudíž zlepšení jeho stavu bylo odsunuto na vedlejší kolej (Thorová, 2006).

Autismus vzbudil svou výjimečností okamžitý zájem odborníků po celém světě a díky odlišnosti jejich názorů prošel vývojem od obviňování rodičů v 50.letech, přes rozhodující biologizaci problému v letech 70., až po současné pojetí autismu jako neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě, jejíž projevy se dají upravit díky vhodně zvolené terapii.

1.2 Charakteristika poruch autistického spektra

„...autismus je stav, kdy určitý druh mechanismu řídící emoce, nefunguje tak, jak by měl a zanechává jinak relativně normální tělo a mysl neschopné sebevyjádření...“

Takto popsala svůj vlastní handicap Donna Williams v knize *Nobody Nowhere* (1992, česky Nikdo Nikde, 1994).

Nozologická jednotka *porucha autistického spektra* (PAS), zahrnuje, jakožto velmi heterogenní syndrom, širší fenotyp autistického chování. Thorová předkládá výsledek Gillbergova výzkumu z roku 1999: „Vědci došli k zjištění, že poruchy autistického spektra (anglicky ASD - Autism Spectrum Disorders) jsou velmi rozšířené a postihují až jednoho člověka z dvou set narozených“. To znamená, že v České republice žije 15-20 000 osob trpících autismem. (Thorová, 2007). Pro srovnání uvádím, že podle údajů *National autistic Society* je v současné době v Anglii přibližně 500 000 lidí s PAS (<http://www.nas.org.uk/nas/jsp/polopoly.jsp?d=239&a=2397>).

Celá řada odborníků pojednávajících o poruchách autistického spektra vyjadřuje to, co bylo Lornou Wingovou zahrnuto pod pojem „*triáda autismu*“. Všechny současné uznávané diagnostické systémy se shodnou v tom, že pro diagnózu autismu je nutné postižení ve třech oblastech: omezení recipročních sociálních interakcí, omezení reciproční komunikace (verbální i neverbální) a omezení imaginace, které se projeví omezeným repertoirem chování (Wing, 1989). Takto vymezila britská psychiatrička Lorna Wingová v 70. letech styčné problémové oblasti, které jsou klíčové pro diagnózu a nazvala je *triádou poškození* (*Triad of impairment*).

Dále bych se chtěla zaměřit na dvě diagnózy, které mají bližší vztah k obsahu práce. Jedná se o dětský autismus a Aspergerův syndrom.

Dětský autismus

Dětský autismus tvoří jádro poruch autistického spektra (zejména z historického pohledu). Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá (Thorová, 2007). Narušeny jsou rozličné oblasti vývoje v rozdílné míře. Stupeň závažnosti poruchy bývá různý, od mírné formy až po těžkou.

Kromě poruch v klíčových oblastech diagnostické triády mohou lidé s autismem trpět mnoha dalšími dysfunkcemi, které se projevují navenek odlišným, abnormálním až bizarním chováním. Typická je značná variabilita symptomů, jedná se zejména o hyperaktivitu, hypoaktivitu, sluchovou hyper- nebo hypo- senzitivitu a různé reakce na zvuky a hluk, přecitlivělost na dotek, bizarní stravovací návyky (včetně požívání nejedlých předmětů), sebezraňování, snížená citlivost vnímání bolesti, výbuchy agrese a kolísání nálad (Gillberg, Peeters, 1995).

Hrdlička zdůrazňuje pro praxi důležité dělení autismu na vysocefunkční, středněfunkční a nízkofunkční. Jako nejužívanější hodnotí termín *vysocefunkční autismus* (high functioning autism, HFA), který charakterizuje jedince bez přítomnosti mentální retardace (MR) a s existencí komunikativní řeči, tedy osoby s lehčí formou postižení. *Středně funkční autismus* zahrnuje jedince s lehkou nebo středně těžkou MR, u něhož je patrnější narušení komunikativní řeči a v klinickém obraze přibývá stereotypií. *Nízkofunkční autismus* (low functioning autism LFA) je popisován u nejvíce mentálně retardovaných jedinců (těžká a hluboká MR), které nemají rozvinutou funkční řeč, velmi málo navazují jakýkoli kontakt a v symptomatice převládají stereotypní, repetitivní příznaky (Hrdlička, 2004).

K nástupu dětského autismu dochází před dovršením třetího roku věku, ale odlišnosti se většinou projeví již do 12 měsíců věku dítěte. Projevuje se buď od dětství nebo v raném věku (do 36 měsíců). Lidé s autismem potřebují ve velké většině doživotní asistenci nebo vyšší míru pomoci, pouze malé procento lidí s vysocefunkčním autismem je schopno fungovat samostatně. Na prognózu má, mimo vrozených dispozic týkajících se poruchy, velký vliv raná péče a kvalita vzdělávacího programu, ve kterém bylo dítě umístěno (Thorová 2006).

Aspergerův syndrom

Základním znakem Aspergerova syndromu je těžké a urputné postižení v oblasti sociální interakce a rozvinutí omezených repetitivních vzorců chování, zájmů a aktivit. Porucha musí klinicky vykazovat závažné postižení v oblasti sociální, pracovní a dalších důležitých funkčních oblastech (www.autism-society.org, 2008). Děti s Aspergerovým syndromem mívají obdobné problémy jako děti s autismem. Intelektově jsou dobře vybavené, některé jsou i výrazně nadané (naučí se samy číst, rozeznávají brzy číslice či písmena, umí citovat z encyklopedií, hrají šachy, ovládají počítač, mají vynikající mechanickou paměť).

Řeč bývá formální, mechanická, škrobená a lidé s touto poruchou mívají problémy s pragmatickým používáním řeči. Největší potíže jsou však v oblasti sociálních vztahů, někdy se v souvislosti s Aspergerovým syndromem používá termín sociální dyslexie. Tito lidé obtížně chápou sociální pravidla, chybí jim empatie, nechápou potřeby druhých lidí, působí egocentricky, snadno podléhají stresu, těžko vyjadřují své pocity, mívají rigidní myšlení a mnohdy šokující poznámky, díky nimž jsou často považováni za nevychované a provokující.

V komunikaci jsou jednostranně zaměřené, mají potíže chápat humor, ironii, metafory, nadsázku. Většinou mají určité zvláštní zájmy, kterým věnují spoustu času a úsilí. Často mají v dané oblasti skutečně vynikající znalosti, které ale většinou v praxi nedokáží dobře využít. Předmět jejich zájmu také bývá častým tématem rozhovorů s druhými lidmi, přestože daná problematika není pro druhého příliš atraktivním tématem. Jejich rozhovory pak připomínají spíše monology (Attwood 2005).

Do kolektivu vrstevníků se zapojují s obtížemi, patří mezi samotáře nebo se chovají natolik odlišně, že nejsou ostatními dětmi přijímány. Často bývají velmi neobratné, mívají potíže s psaním a tělocvikem. Výchova dítěte s Aspergerovým syndromem je velmi obtížná, frekventovaně se vyskytují vývojové poruchy chování, hyperaktivita, poruchy pozornosti a nedostatečná kontrola emocí. Jelikož si lidé s Aspergerovým syndromem většinou uvědomují svou odlišnost, touží po navazování přátelských i partnerských vztahů, v čemž ale často díky svým nedostatkům v sociální oblasti selhávají, trpí mnoho z nich depresemi (Attwood 2005). Stejně jako dětský autismus můžeme i Aspergerův syndrom posuzovat podle schopnosti adaptability. Rozlišujeme nízkofunkční a vysokofunkční Aspergerův syndrom (Thorová 2006).

Diagnostika

Poslední dobou se můžeme často setkat s názorem, že znalost poruchy je v péči o klienta druhořadá. „*Diagnóza bývá označována za nepodstatnou nálepku, která klienta degraduje,*“ vysvětluje Thorová, 2007. V rozporu s tímto tvrzením, je Thorová toho názoru, že znalost diagnózy umožňuje personálu lépe porozumět problémovému chování klienta, které je pro danou diagnózu typické. Získané informace také umožňují lépe volit následné terapeutické intervence.

Kritéria autismu ve standardních klasifikačních příručkách jsou založena na chování. Nebyl nalezen žádný biologický indikátor autismu, a proto dokud nejsme schopni popsat autismus strohými lékařskými termíny, musíme se vracet k „diagnostice chování“ (Vermeulen, 2006).

Jedním z faktorů, které brání zlepšení kvality života dospělých s autismem je fakt, že valná většina klientů domovů pro zdravotně postižené není správně diagnostikována, ať už z důvodu věku nebo nedostupnosti diagnostických služeb (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007). Moderní diagnostika dětského autismu je mezioborová (Thorová, 2007). Ideální by bylo, kdyby dítě s podezřením na některou z PAS vyšetřoval multidisciplinární tým odborníků. Tým by se měl skládat z psychologa nebo psychiatra, logopeda a dalších odborníků z řad lékařů, včetně vývojového pediatra a neurologa. Dále by měli být zapojeni rodiče a učitelé, vzhledem k tomu, že mají možnost zprostředkovat důležité informace pro určení správné diagnózy. Rodiče by se však měli více zajímat o to, aby se jejich dítěti dostalo vzdělání formou, která vyhovuje jejich potřebám, než aby vynakládali příliš mnoho námahy k nalezení dokonalé diagnostické „nálepky“. Nejčastěji právě programy uzpůsobené dětem s autismem přinesou větší benefit, zatímco použití všeobecné diagnostické nálepky může zabránit tomu, aby děti dostávali služby příslušné jejich potřebám (www.autism-society.org, 2008). Nevýhodou českých občanů s autismem oproti jiným zemím je fakt, že jejich diagnózu umí v naší zemi jen málokdo stanovit. Je to problém v oblasti zdravotnictví, na který se nabalují další a další problémy, například v oblasti vzdělávání (neexistuje státní vzdělávací program) a v oblasti sociálních služeb (www.autismus.cz).

Intervence u lidí s PAS

Pro lidi s poruchami autistického spektra byla navržena a vyzkoušena celá řada terapeutických postupů, které však vedly jenom k částečným úspěchům nebo dokonce k rozčarování (Schreibmanová, 1994). Vzhledem ke komplikovanosti metodologické situace je složité ověřit účinnost jednotlivých terapií. Nicméně bylo zjištěno, že účinnost mnohých terapií nepřevyšuje míru *placebo efektu* (přechodné zlepšení díky víře a sugesci), upozorňuje Thorová, 2006.

Během uplynulých let se vyvinuly tři hlavní přístupy k léčbě autismu: psychodynamický, lékařský a behaviorální. Psychodynamicky orientované terapie převládaly v počátcích, kdy byl autismus považován za emoční poruchu.

Biologické intervence zahrnují terapie pomocí vitamínů a léků. Behaviorální přístupy sledují principy učení vhodným a eliminaci nevhodných způsobů chování (<http://www.autismuk.com/index3.htm>).

Jako hlavní metodu zmírňování *jádrovým příznaků autismu* (narušení řeči a komunikace, sociální izolace, abnormální zájmy apod.) udává Hrdlička *speciálně pedagogickou a behaviorální intervenci*, přičemž nebyla nalezena žádná účinná farmakologická léčba proti těmto příznakům (Hrdlička, Komárek, 2004). Thorová uvádí, že nejlepší výsledky přináší *strukturované vzdělávací programy*, kombinace různých behaviorálních technik a využívání vizualizovaných informací (spíše než verbálních instrukcí). Nejlepší základ pro kvalitní pomoc tvoří spolupráce s rodinou, dobrá znalost vývojové psychologie a specifík PAS, uplatňování teorie učení a pedagogická a terapeutická empatie (Thorová, 2006).

Včasný, intenzivní, vhodný terapeutický program účinně zlepšuje perspektivu velkého množství dětí s autismem. Většina programů se soustředí na upevnění zájmů dítěte formou vysoce strukturovaném plánu (harmonogramu) konstruktivních aktivit. Vizualizované pomůcky jsou často nápomocné. Terapie je ve velké míře úspěšná, je-li vedena směrem ke konkrétním potřebám dítěte. Zkušený specialista nebo tým by měl navrhnout individuální program.

Fungující intervenční opatření

- *úprava prostředí a obecné intervenční strategie přizpůsobené specifiku poruchy (vizualizované instrukce, sukturovaný čas, zajištění předvídatelnosti)*
- *modifikace životního stylu (trávení volného času, bydlení)*
- *rozvoj dovedností (nácvik komunikace, nácvik volné činnosti, rozvoj a posilování sociální interakce, nácviky praktických sociálních dovedností, nácvik pracovního chování, možnost volby, příprava na zaměstnání)*
- *přiměřená motivace*
- *nácvik relaxačních technik*
- *modelové nácviky zvládnání situace (obrázky, fotografie, nákrasy situace, procesuální schémata)*. Takto shrnuje Thorová, 2006 osvědčená intervenční opatření.

Behaviorální psychoterapie a speciálněpedagogické působení

Cílem tohoto typu intervence je úprava emočního, jazykového a sociálního chování, kompenzace chybějících kompetencí, odstranění nepřijatelného chování a vytvoření žádoucích projevů. Dítěti je třeba pomoci strukturovat jeho prostředí a upravit denní program, abychom eliminovali zbytečné negativní reakce. K ovlivnění chování a systematickému posilování žádoucích projevů se využívá metody podmiňování, pozitivního (odměny) a negativního posilování (důrazné „ne“ nebo ignorance) (Thorová, 2006).

Behaviorální terapie má v práci s lidmi s PAS své nezastupitelné místo. Osvědčila se při zvládnání problémového chování u lidí s autismem a mentální retardací, ale i při různých nácvicích. Základním předpokladem je to, že žádné chování se nevyskytuje náhodně. Každé chování je vyvoláno faktory, které mu předcházejí (spouštěč – antecedent), a udržováno faktory, které po něm následují (zpevňovač, následek – consequence) (Čadilová, Jůn, Thorová 2007).

Strukturované učení

Ve většině zemí tvoří základní intervenci vzdělávací programy. Strukturované učení je považováno za jeden z úspěšných modelů, přičemž prioritami strukturovaného učení jsou nácvik samostatnosti a sebeobsluhy, komunikace, sociálních dovedností a pracovního chování (Hrdlička, Komárek, 2004). Strukturalizace znamená vnesení jasných pravidel, zprůhlednění posloupnosti činností a jednoznačné uspořádání prostředí, ve kterém se člověk s PAS pohybuje. K zajištění motivace se používají odměny, které mohou mít různou formu (materiální, činnostní nebo sociální). Velmi významnou roli hraje vizualizace, jelikož lidé s PAS jsou citliví k vizuálním podnětům a u nemluvicích jedinců umožňuje komunikaci. Musíme ale zjistit úroveň abstraktního myšlení a pak stanovit vhodný typ vizuální podpory, což může být konkrétní předmět, fotografie (bez zbytečných detailů), obrázky, piktogramy, piktogramy s nápisy, nápisy nebo psaný rozvrh (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

TEACCH program

TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children – léčení, výchova a vzdělávání dětí s autismem i jiným komunikačním handicapem*), je nejpoužívanější metodou práce s autistickými jedinci.

Základem programu TEACCH je individuální přístup, aktivní generalizace dovedností, úzká spolupráce s rodinou, kognitivní a behaviorální terapie, strukturovaná výuka, integrace lidí s autismem do společnosti, přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí, pozitivní přístup k osobám s problematickým chováním a těžkým mentálním handicapem, optimistický pohled na efektivitu a možnosti vzdělávání těchto osob a aktivní snaha o pedagogickou intervenci, řešení problematického chování (Thorová 2006). Gary Mesibov vysvětluje, že organizování okolního prostředí, vytváření plánů a pracovních systémů, jasné stanovení posloupnosti činností a používání vizuálních materiálů je efektivní způsob, jak rozvíjet schopnosti a umožnit lidem s autismem tyto schopnosti používat nezávisle na přímém pobízení a udílení pokynů. Další důležitou prioritou je kultivace silných stránek a zájmů na úkor výhradního zaměření se na deficity. Program TEACCH zohledňuje všechny aspekty života lidí s autismem a jejich rodin. Ačkoli jsou zdůrazňovány nezávislé pracovní schopnosti, stejně tak je bráno na zřetel, že život není pouze práce, a proto je důležitou součástí jakýchkoli osnov TEACCH také vývoj komunikačních schopností, pěstování sociálních a volnočasových aktivit a povzbuzování lidí s autismem k tomu, aby o tyto příležitosti více usilovali (<http://www.autismuk.com/index4asub.htm>)

Farmakoterapie

Neexistuje žádná účinná farmakologická léčba proti tzv. jádrovým příznakům autismu.

Farmakoterapie se využívá jako doplňkové intervence pro ovlivnění některých problémových symptomů, jako je hyperaktivita, impulsivita, poruchy pozornosti, výkyvy nálad, agrese, sebepoškozování, kompulzivní tendence, poruchy spánku, neklid apod. (<http://health.nytimes.com/health/guides/disease/autism/overview.html>).

Před zahájením podávání psychofarmak by měly být pečlivě zváženy přednosti a rizika tohoto postupu u každého konkrétního jedince. Nežádoucím jevem podávání psychofarmak bývá především nežádoucí útlum (Čadilová, Jůn, Thorová 2007).

Terapeutická práce s rodinou

Je velice důležité pomoci rodičům porozumět svému dítěti, vytvořit si realistická očekávání a klást na dítě přiměřené požadavky. Dalším důležitým úkolem je podpora při vyrovnávání se zátěží, kterou představuje závažné postižení dítěte, to je důležitým předpokladem jeho přijetí i adekvátního fungování rodiny.

Rodiče jsou rovněž důležitými spolupracovníky v různých terapeutických a výchovných programech.

Kromě pomoci odborníků jsou užitečná i svépomocná sdružení rodičů autistických dětí, mohou si zde poskytnout vzájemnou podporu, mají možnost sdílet své prožitky a vyměňovat si zkušenosti (Vágnerová, 2008).

Poruchy autistického spektra v dospělosti

Někteří dospělí s PAS, zejména ti s vysocefunkční formou autismu nebo Aspergerovým syndromem jsou schopni úspěšného zařazení do pracovního procesu. Nicméně, komunikace a sociální problémy často způsobují potíže v mnoha oblastech života. Budou nadále potřebovat povzbuzení a morální podporu v boji za nezávislý život. Mnoho dalších lidí s PAS je schopno práce v chráněných dílnách pod dohledem odborníků, zaškolených v práci s handicapovanými lidmi. Pečující prostředí doma, ve škole a později během pracovního tréninku a následně v práci, pomáhá člověku s PAS pokračovat v učení a ve vývoji i během následného života.

Zodpověnost veřejného školství v poskytování služeb končí v době, kdy jedinec s PAS dosáhne plnoletosti. Poté rodina čelí výzvě v podobě hledání vhodného ubytování a zaměstnání, které by vyhovovalo specifickým potřebám jejich dospělého dítěte, stejně tak jako programy a zařízení, která mohou zajistit podpůrné služby k dosažení těchto cílů.

2 SPECIALIZOVANÁ PÉČE O DOSPĚLÉ KLIENTY S PAS

Jen málo rodičů dítěte s některou z poruch autistického spektra, si dovede představit, co přesně je čeká až jejich děti vyrostou. Howlin tvrdí, že se rodiče děsí dospívání svých dětí, jsou si jisti, že budoucnost přinese nové a nové problémy. Téměř všichni rodiče mají obavy, zda jejich dítě dosáhne takového stupně nezávislosti a získá takové dovednosti, že bude schopné zvládnout všechny problémy, až se o ně rodiče nebudou moci starat. Stávající situaci komplikuje fakt, že péče o dospívající a dospělé nemá oficiální podporu. Dokonce i rodiny, které měly odpovídající podporu v dobách, kdy jejich dítě bylo malé, ji v době dospívání ztratí. Pediatrické, psychologické a psychiatrické služby najednou zmizí. Často není nikdo, koho by rodina oslovila v případě potíží, nikdo, kdo dobře zná jejich syna či dceru, nikdo, kdo by nabídl pomoc či radu. Přesto však existují informace, které mohou alespoň částečně zmírnit úzkost a umožnit rodinám plánování budoucnosti svých dětí (Howlin, 2006).

Jelínková konstatuje, že specializovaná péče o klienty postižené autismem v České republice se zlepšila po roce 1989 a stejně jako ve světě zde byla nejprve rozvíjena péče o postižené děti. V tomto období vznikly první autitřídy, překlady odborné literatury, přijížděli známí zahraniční odborníci. Podle Hynka Jůna došlo v České republice k výraznému posunu ve službách pro zdravotně postižené žijící v zařízeních rezidenčního typu v posledních pěti letech. V tomto období došlo k plynulému přechodu od „restriktivního náhledu“ na problémové chování uživatele služeb (klienta) k „náhledu podpůrnému“ (Jún, 2007). V péči o dospělé klienty s autismem má naše společnost stále velký dluh. Problematice se věnuje jen malé množství odborníků, návaznost ve vzdělávání prakticky neexistuje, chybí specializovaná zařízení.

Zlepšení kvality života dospělých s autismem brání množství zásadních nedostatků:

- Mnoho dospívajících a dospělých nemá správnou diagnózu
- V legislativě přežívají administrativní tabulky kategorií postižení, podle nichž většina klientů s autismem není vůbec zdravotně postižená, což vede k potížím například při přiznávání důchodů
- V pobytových zařízeních pro dospívající a dospělé chybí peníze na nezbytné úpravy prostorů
- Chybí kvalifikovaný personál

Všechna zařízení, poskytující služby klientům s autismem, by měla mít akreditaci v oblasti autismu. Akreditace pro klienty s mentální retardací není dostatečná. Kvalifikovaná péče o autistické klienty je od péče o klienty s mentální retardací diametrálně odlišná. Miroslava Jelínková dále uvádí, že chceme-li posoudit míru nezávislosti v dospělém věku, je dle profesora Ruttera důležité znát následující faktory: *hloubku autistického postižení, IQ, úroveň komunikace (verbální i neverbální), dosažené vzdělání, problémy v chování, zdravotní stav a rodinné zázemí.*

Oblasti specializované péče lze rozdělit na čtyři celky, které se vzájemně prolínají: *chráněné zaměstnání, chráněné bydlení, celoživotní vzdělávání, aktivity pro volný čas.* Ve všech těchto oblastech je nutné respektovat potřeby občanů s autismem. Aby byla péče úspěšná, je třeba zajistit následující podmínky:

- Všichni, kteří s takto postiženými pracují musí mít základní znalosti o problematice autismu
- Musí dojít k adaptaci prostředí pro potřeby postižených klientů (míra strukturalizace a vizualizace, ale i schopnost tolerovat ostatní klienty, tolerance hluku aj.)
- Individuální hodnocení schopností a dovedností klienta podle psychoedukačních materiálů. Výsledky psychoedukačních profilů je třeba periodicky přehodnocovat.
- Zvolená péče musí být funkční, tedy uskutečňovat snahu být praktickou přípravou na samostatný a uspokojivý život

2.1 Formy péče o osoby s PAS v ČR

Jen velmi malá část lidí s poruchou autistického spektra je schopna zařadit se do běžného života a žít bez dopomoci někoho jiného, přesto ale po ukončení povinné školní docházky péče o lidi s autismem většinou končí. Většina osob s poruchami autistického spektra vyžaduje speciální přístup po celý život, který bývá stejně dlouhý jako život zdravých jedinců. Zařízení, která by vyhovovala jejich potřebám, je však stále velmi málo.

V současnosti mají dospívající a dospělí s PAS v České republice tyto možnosti:

- zůstat v rodině,
- domovy pro osoby se zdravotním postižením,
- chráněné bydlení.

Tyto možnosti jsou však spíše teoretické, neboť jak vyplývá z bližšího rozebrání jednotlivých možností, velmi záleží na tom, kde daná rodina bydlí. Kapacita služeb je navíc často velmi omezena.

2.1.1 Péče v rodině

Ať už zůstává člověk s PAS v rodině proto, že je to přání rodiny nebo z toho důvodu, že se ho nepodařilo umístit do vhodného zařízení; klade péče o něj na celou rodinu mimořádné nároky. Údaje o počtu osob s PAS žijících v rodinách v současné době v naší republice neexistují. Jako každá varianta, má i péče v rodině své výhody a nevýhody.

Výhody

Největší výhodou je bezesporu to, že člověk zůstává ve svém přirozeném prostředí, ve své rodině, kde fungují citové vazby a rodinné vztahy (přestože lidé s PAS projevují své city mnohdy velmi nestandardním způsobem a někdy se zdá, že pro ně ani jejich nejbližší nic neznamenají, opak bývá pravdou). Rodiče samozřejmě většinou znají své děti nejlépe, proto vědí, jak se v určitých situacích zachovat, jak člověka s PAS nejlépe motivovat, dávají mu pocit bezpečí a jistoty apod. Také zdraví sourozenci bývají pro život jedince s PAS velkým přínosem, jelikož se od nich mnohé mohou naučit a vztah se sourozenci pro ně bývá velmi důležitý. Toto vše samozřejmě ale platí v případě fungujících rodin.

Nevýhody

Péče o člověka s PAS je velmi náročná a vždy poznamenává rodinné vztahy. Často se stává, že je zátěž pro některé členy rodiny tak velká, že vede k rozpadu rodin – většinou odchází otec od rodiny, někdy chování člověka s PAS vede i k nenávisti ze strany sourozenců. Celý život i prostředí domova musí být přizpůsobeno potřebám člověka s PAS.

Velkou komplikací může být problémové chování, které se u některých jedinců projevuje destruktivní činností nebo agresivitou. S dospíváním se může toto chování stupňovat, jedinec s autismem se zároveň stává fyzicky silnějším a zvládat ho je často nad síly rodičů. Problémem je také to, že rodiče samozřejmě stárnou, ubývají jim síly a lidé s poruchami autistického spektra se dožívají většinou stejného věku jako zdraví jedinci. Umístění těchto jedinců po smrti rodičů do nějakého zařízení může být nesmírným problémem a pokud se zdaří, mívají tito lidé velké potíže s adaptací.

Rodiny a především matky, se také poměrně často dostávají do izolace. Jednak je péče o člověka s PAS náročná časově, psychicky i fyzicky, ale také je nemožné se s ním účastnit řady běžných věcí (od nákupů po dovolené). Přátelé a známí se ze života většiny rodin postupně vytrácejí, jelikož jsou pro ně projevy člověka s PAS často nepříjemné a těžko pochopitelné nebo prostě nevědí, jak se k rodičům chovat. Další nepříjemnou stránkou je vysoká ekonomická zátěž. Matky většinou nemohou chodit do běžného zaměstnání a přiznání příspěvku na péči a invalidních důchodů bývá u lidí s PAS vzhledem k jejich časté zdánlivé „normálnosti“ na první pohled a nedostatkům v legislativě velmi komplikován.

2.1.2 Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, poskytnutí stravy a ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>). Právě v domovech pro osoby se zdravotním postižením končí v dospělosti většina lidí s autismem v naší republice.

Výhody

Výhodou domovů pro osoby se zdravotním postižením pro osoby s PAS je samotná jejich existence, díky níž je možné člověka s PAS vůbec někde umístit, pokud není možné nebo žádoucí, aby zůstal v rodině. Další výhodou těchto zařízení je pevně daná struktura dne, která lidem s PAS zajišťuje předvídatelnost činností během dne, což jim dává pocit jistoty a bezpečí. Uživatelé domovů pro osoby se zdravotním postižením také často mají možnost docházet do chráněných dílen, čehož podle možností mohou využít i uživatelé s PAS.

Nevýhody

Mnoho domovů pro osoby se zdravotním postižením se uživatelům s PAS brání a odmítá je přijímat vzhledem ke specifickým projevům jejich postižení a náročnosti péče o ně. Díky tomu se často stává, že se nepodaří člověka s PAS umístit do zařízení v okolí bydliště rodiny, což potom omezuje vzájemný kontakt a spolupráci zařízení s rodinou. Ve většině z těchto zařízení není zcela možné vytvořit vhodné podmínky pro spokojený život a rozvoj autistických osob, především z důvodu velkého počtu uživatelů v těchto zařízeních, nedostatku personálu a neznalosti personálu v oblasti problematiky PAS.

Velkým problémem domovů jsou také nesprávné diagnózy u řady uživatelů, což znemožňuje zvolit vhodný způsob intervence (Čadilová, Jůn, Thorová 2007).

S autistickými uživateli se v domovech pro osoby se zdravotním postižením zpravidla příliš neworkuje (většinou z důvodů již výše uvedených – nesprávné diagnózy, nedostatek personálu, neznalost PAS), proto se přestávají dále rozvíjet a naopak ztrácejí některé již nabyté dovednosti. Dalším problémem je, že prostředí těchto zařízení pro osoby s PAS bývá často matoucí a pokyny díky jejich deficitům v komunikaci mohou být nesrozumitelné. Komunikace jako taková, neschopnost dorozumět se, bývá velmi častou příčinou frustrace. Další nevýhodou je vysoce kolektivní systém domovů pro osoby se zdravotním postižením (Čadilová, Jůn, Thorová 2007). Většina osob s tímto postižením nemá ráda větší počet osob, ale zde bývají obyčejně nuceni zapojit se do kolektivních činností.

To vše může u lidí s PAS vyvolávat velký stres, který vede k problémovému chování, které může mít nejrůznější podoby, například záchvaty vzteku, agrese, sebepoškozování nebo nespokojenosti. Pak se z těchto osob stávají problémoví uživatelé, se kterými si často personál neví rady a v mnohých případech z nich má strach. Nejjednodušším řešením pro dané zařízení často bývá zvýšení medikace, takže mnoho uživatelů s autismem končí utlumením psychofarmaky. Řada lidí s autismem končí v psychiatrických léčebnách, přestože v mnoha případech by to nebylo nutné, kdyby byla brána při péči o ně v úvahu jejich diagnóza. Jelikož v psychiatrické léčebně nemůže být osoba natrvalo, vrací se později opět zpátky do zařízení, kde se problémy většinou opět objeví. V psychiatrických léčebnách se totiž léčí pouze symptomy, ale ne příčiny problémového chování uživatele (Čadilová, Jůn, Thorová 2007). Stává se tak, že tento člověk s autismem končí opakovaně v psychiatrické léčebně, odkud se vrací zase zpátky do zařízení a dávky psychofarmak se zvyšují.

Přestože z výše uvedeného výčtu výhod a nevýhod domovů pro osoby se zdravotním postižením je patrné, že podmínky ve většině těchto zařízení nejsou vyhovující pro většinu osob s PAS, existují samozřejmě i zařízení, kde se snaží brát ohledy na specifika PAS, poskytují uživatelům s PAS vhodnou péči a snaží se v této oblasti dále vzdělávat. Krásným příkladem je Domov Arkénie v Brumovicích u Brna, který patří mezi zařízení sociální péče Diakonie ČCE – Střediska Betlém. Je to zařízení rodinného typu, kde žijí i čtyři uživatelé s PAS. Práce s nimi vychází z TEACCH programu a pracují s nimi lidé, kteří mají zkušenosti s lidmi s PAS (<http://betlem.org/arkenie>).

Také Diakonie ČCE – Středisko Radost v Merklíně poskytuje lidem s autismem specializovanou péči v tzv. Domečcích, které jsou určeny dětem a dospělým lidem s autismem. Přestože svým fungováním připomínají spíše chráněné bydlení, mají statut domova pro osoby se zdravotním postižením. I zde práce s uživateli vychází z programu TEACCH (<http://radost.diakoniecce.cz/>).

Při řadě domovů pro osoby se zdravotním postižením fungují i denní a týdenní stacionáře, jejichž služeb využívá mnoho rodin s osobami s PAS. Také v rámci těchto služeb se ale zařízení uživatelům s autismem díky jejich problematičnosti velmi často brání.

Denní stacionář, který se specializuje na uživatele s PAS, je v Soběkurech v rámci Diakonie ČCE – Střediska Radost, kde vycházejí z TEACCH programu (<http://radost.diakoniecce.cz/sluzby/ds/index.htm>).

2.1.3 Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy a ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu (<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>).

V poslední době se i v naší republice začínají objevovat chráněná bydlení pro osoby s různými formami postižení. Chráněná bydlení určená přímo pro osoby s autismem jsou v současnosti na území celé České republiky pouze tři. Další chráněná bydlení se plánují, jedná se o nich, ale překážkou v jejich realizaci jsou samozřejmě ve většině případů především potřebné finance.

Výhody

Výhodou chráněného bydlení je bezesporu klid, prostředí uzpůsobené lidem s PAS, personál orientující se v problematice PAS a metodách práce s jedinci s tímto postižením. Další velkou výhodou je nízký počet uživatelů, díky kterému je možný tolik potřebný individuální přístup ke každému z nich a možnost úzké spolupráce s jejich rodinami. Tyto podmínky dodávají uživatelům s PAS pocit bezpečí a jistoty.

V podmínkách chráněného bydlení je možné udržovat a rozvíjet již nabyté schopnosti a dovednosti jedinců a napomáhat získávání nových, což vede k jejich větší samostatnosti, soběstačnosti a spokojenosti. Chráněné bydlení také napomáhá začlenění lidí s PAS do společnosti prostřednictvím běžného setkávání se se sousedy, nákupů v místních obchodech, návštěv místních podniků a zařízení apod. Člověk s PAS se učí zvládat tyto situace běžného života a lidé v okolí, společnost, zároveň zjišťuje, že tito lidé také žijí mezi námi a poznávají je, což může přispívat k lepšímu přijetí lidí s PAS společností i větší toleranci při případných nedorozuměních.

Chráněné bydlení je zároveň velkým přínosem pro rodiny uživatelů. Přináší jim úlevu od náročné péče o člověka s PAS a zároveň mají jistotu, že je o něj postaráno v podmínkách vyhovujících specifikům jeho postižení. Člověk s PAS se díky chráněnému bydlení může podle svých možností osamostatnit, což bývá pro mnoho postižených významné stejně jako u zdravých jedinců.

Nevýhody

Největší nevýhodou chráněného bydlení pro osoby s autismem je bezesporu velká finanční a personální náročnost zajištění této služby. Další potíží je především nedostatek těchto zařízení v České republice, díky čemuž je tedy v současné době tato služba dostupná jen velmi malému počtu lidí s PAS.

Další nevýhodou by mohlo být sdružení lidí se stejným postižením. Podle Patricie Howlin se lidé s autismem nejspíše nejsou schopni vzájemně podporovat v rozvíjení sociálních vztahů, sama ale namítá, že nebylo dokázáno, že ve smíšených skupinách lidí s autismem a lidí s mentálním postižením dochází k posilování sociálních kontaktů (Howlin 2005).

V současnosti u nás fungují pouze tři chráněná bydlení pro osoby s autismem. Je to Modrý Klíč v Praze, v Soběkurech chráněný byt Střediska Radost v Merklíně u Plzně a Vítej ve Hřebči u Kladna.

2.2 Služby pro rodiny s osobami s PAS

2.2.1 Odborné poradenství

V současnosti působí v každém kraji při speciálně pedagogickém centru pracovník, tzv. krajský koordinátor, který by měl zajišťovat kvalitní, specializované, odborné, státem garantované a místně dostupné služby pro osoby s PAS, jejich rodiny a pedagogy.

Krajští koordinátoři poskytují rodinám s osobami s PAS poradenské služby a konzultace. Dále poskytují odborné poradenství těmto rodinám občanská sdružení, především jednotlivé pobočky Asociace pomáhající lidem s autismem (APLA), Autistik a Máme otevřeno? v Praze, občanské sdružení Volno v Kolíně, občanské sdružení Rain Man v Moravskoslezském kraji, občanské sdružení JAN – Jdeme autistům naproti v Olomouci.

2.2.2 Odlehčovací služby

Cílem odlehčovacích služeb je především umožnit pečujícím osobám nezbytný odpočinek od namáhavé péče o člověka s PAS. Rozlišujeme odlehčovací služby:

- ambulantní – poskytované v nějakém zařízení,
- pobytové – různé víkendové akce, tábory,
- terénní – v přirozeném prostředí uživatele prostřednictvím osobní asistence.

Odelehčovacích služeb pro rodiny s dospívajícími a dospělými osobami s PAS je v naší republice nedostatek. Nejdostupnější jsou terénní odlehčovací služby uskutečňované osobní asistencí. Osobní asistent tráví s uživatelem volný čas v místě jeho bydliště i mimo domov, může ho doprovázet do různých zařízení, napomáhat rozvoji určitých dovedností a schopností a přispívat k jeho začlenění do společnosti. Člověku s PAS je zároveň často blízkou osobou, proto je velmi důležité, aby si uživatel a osobní asistent navzájem vyhovovali, rozuměli a dokázali spolu pracovat. Na asistenční služby pro danou cílovou skupinu se zaměřuje především APLA, ale lze využít i služeb jiných organizací, např. Volno, Máme otevřeno?, Mirabilis, Sdružení pro pomoc mentálně postiženým.

Ambulantní a pobytové odlehčovací služby poskytují občanská sdružení APLA, Rain Man, Volno a Vítej, o. p. s.. APLA Praha a Střední Čechy zajišťuje víkendové pobyty v Dětském rehabilitačním stacionáři DAR v Praze 6, dále provozuje respitní byt v Praze – Krči v budově Diakonie českobratrské církve evangelické. APLA Praha a Střední Čechy, APLA Jižní Morava, APLA Královéhradecký kraj, APLA Severní Čechy a Rain Man organizují letní tábory pro děti s PAS. Občanské sdružení Volno zajišťuje denní pobyty a jednou měsíčně víkendové pobyty ve svém Středisku respitní péče v Kolíně. Vítej, o. p. s. poskytuje nově víkendové pobyty v Chráněném bydlení pro osoby s autismem ve Hřebči a v době letních prázdnin budou zajištěny dvou až sedmidenní pobyty podle aktuální nabídky. (Součástí Příloh je výčet míst a poskytovatelů pobytových odlehčovacích služeb).

2.2.3 Chráněné dílny

Další možností pro klienty s PAS jsou chráněné dílny. Chráněných dílen, kam by mohli docházet lidé s autismem z rodin, je ale velký nedostatek, jelikož lidé s PAS potřebují skutečně speciální přístup. Chráněné dílny, které může využívat tato cílová skupina provozuje například Modrý Klíč v Praze nebo Diakonie ČCE – Středisko Radost v Merklíně, kde se při práci s lidmi s PAS využívá vizuální podpora.

2.2.4 Rodičovské podpůrné skupiny

Rodičovské skupiny fungují při občanských sdružení APLA, Autistik, Rain Man, JAN. Umožňují rodičům především kontakt s lidmi, kteří se potýkají se stejnými problémy, což je pro tyto rodiny velmi důležité. Okolí totiž jejich problémy často nechápe a nedokáže jim porozumět, což jejich náročnou situaci ještě zhoršuje. Vzájemně si mohou předat své zkušenosti nebo si jen popovídat s někým, kdo na rozdíl od jejich okolí i řady odborníků jejich problémy zná a dokáže jim porozumět. Tyto skupiny se setkávají na pravidelných setkáních a většina z nich pořádá různé společné výlety a pobyty pro rodiny s osobami s PAS.

2.3 Formy péče o dospělé s PAS v Anglii

V Anglii se výrazně prosadil systém komunitní péče. Komunitní péče je široký soubor služeb, programů a zařízení, jehož cílem je pomoci lidem s duševní poruchou co nejvíce se přiblížit životu v běžných podmínkách. Jde o to co nejspokojivějším způsobem tak, aby mohly být co nejvíce uspokojeny jejich zdravotní, psychologické a sociální potřeby. Mezi priority komunitní péče patří kromě uspokojení zdravotních, psychologických a sociálních potřeb i podpora sociálních rolí, zejména v oblasti práce, bydlení, sociálních kontaktů a podpora vztahů s rodinou, přáteli a dalšími lidmi. Cílovou skupinou komunitní péče jsou jak pacienti s duševní poruchou, tak i další členové komunity, kteří jsou podporováni, aby pomoc mohli poskytovat. Do této skupiny jsou řazeni i lidé s PAS. Komunitní péče v oblasti zdravotních služeb zahrnuje všechny články péče (Pěč, 2005).

Komunitní péče je upřednostňována v řada vyspělých zemí od poloviny dvacátého století a je spojena s tzv. deinstitucionalizací nebo-li redukcí velkých psychiatrických nemocnic a jejich náhradou službami komunitními. Jejich další specializací vznikají týmy a služby změřené na péči co nejbližší přirozenému prostředí pacientů nebo sloužící jako alternativa hospitalizace.

V novějším konceptu tzv. vyvážené péče (balanced care) jde o integrativní pojetí, ve kterém jsou do systému péče zapojeni praktičtí lékaři, specializované ambulantní psychiatrické služby a týmy, akutní lůžková psychiatrická péče na odděleních všeobecných nemocnic včetně jejich alternativ (krizové služby a denní stacionáře), dlouhodobá rezidenční péče v komunitě a služby psychiatrické rehabilitace. Je zdůrazňována mobilita služeb, jejich propojenost, péče ve vlastním prostředí pacientů, orientace na lidská práva a potřeby pacientů.

Přesun těžiště poskytování péče ve velkých psychiatrických institucích na péči převážně komunitního typu je trendem Evropského společenství a je vyjádřen v dokumentech, ke kterým se připojila i Česká republika: Deklarace o duševním zdraví a Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005) a Zelená kniha Komise evropských společenství (2005).

Pokud má osoba PAS nedostatek schopností pro samostatný život, rodina mu musí pomoci najít vhodnou formu bydlení, zaměstnání a podpůrné služby:

2.3.1 Samostatné bydlení

Někteří dospělí s PAS jsou schopni žít zcela samostatně. Ostatní mohou vyžadovat určitý stupeň podpory za účelem naplňování samostatného života. Tato péče často přichází prostřednictvím rodiny, ale v některých zemích bývají vládní dotace a specializované služby pro jejich podporu..

2.3.2 Péče v rodině

V některých případech může rodina zvolit možnost kontinuální péče o svého syna či dceru až do dospělosti. Jsou k dispozici fondy, které pečovatele finančně podporují a také respitní služby, které umožňují pečujícím osobám odpočinek.

2.3.3 Skupinové domovy

Ve skupinových domovech pracují profesionálové, kteří pomáhají klientů se základními potřebami jako je příprava jídla, úklid a osobní potřeby. V některých případech může být tato péče poskytována pouze několik hodin denně, záleží na potřebách klienta.

2.3.4 Ústavní péče

Trendem několika uplynulých desetiletí je pomáhat lidem s postižením žít v komunitě namísto v ústavu. Avšak ústavy nadále existují, slouží zejména klientům s velmi vysokými potřebami podpory a pomoci. Ačkoli mají dnes ústavy špatnou pověst, vzrůstající respekt pro lidská práva ve většině z nich, dal vzniknout mnohem etičtějšímu přístupu k péči poskytované v moderních ústavních zařízeních (<http://www.autism-help.org/autism-adults.htm>)

3 LEGISLATIVA

Česká republika je v současnosti plnoprávným členem Evropské unie (EU). Sociální politika Evropské unie je součástí jednoho z pilířů EU. Systémy sociálního zabezpečení jsou v členských zemích značně různorodé (např. Velká Británie je zastáncem liberálního modelu založeného na osobní odpovědnosti občanů).

Právní úprava sociálních služeb v jednotlivých zemích EU se liší, neboť odpovídá různým modelům sociálního státu a rovněž historickému vývoji v příslušné zemi (Koldinská, 2007). Kromě rozdílů existují určité tendence ve vývoji sociálních služeb společně všem zemím EU.

- odklon od příliš štědré zaopatřovací státní sociální politiky a tendence k redukci zbytečných dávek i služeb
- financování sociálních služeb se posouvá od státního rozpočtu k vícezdrojovému financování
- akcetuje se osobní odpovědnost klienta či jeho rodiny
- vůči klientům se uplatňuje tzv. zákaznický (partnerský) model poskytování sociálních služeb, pokud je to možné, uzavírá se o poskytování služeb smlouva mezi poskytovatelem a klientem (nebo jeho zástupcem)
- se změnou formy poskytovaných sociálních služeb souvisí rovněž jejich rostoucí „individualizace“, tedy snaha poskytnout klientovi takový subor, který mu bude šitý na míru, bude co nejlépe odpovídat jeho aktuálním potřebám
- služby jsou standardizovány - důraz na jejich konzistentní poskytování a další znaky kvality
- zjišťuje se efektivita služeb

Popsané tendence společně evropským zemím a jejich systémům sociální péče neznamenaají, že lze zkonstruovat ideální systém sociální péče, případně vytvořit jeden model přijatelný pro všechny země EU, přesto lze upozornit na snahu EU nastartovat společné směřování v oblasti sociálních služeb prostřednictvím tzv. otevřené metody koordinace, která spočívá ve stanovení společných cílů a časového horizontu, kdy má být těchto cílů dosaženo.

Přesun těžiště poskytování péče ve velkých psychiatrických institucích na péči převážně komunitního typu je trendem Evropského společenství a je vyjádřen v dokumentech, ke kterým se Česká republika připojila: *Deklarace o duševním zdraví* a *Akční plán duševního zdraví pro Evropu (2005)* a *Zelená kniha Komise evropských společenství (2005)*.

3.1 Legislativní rámec sociálních služeb v České republice

Tato kapitola by měla sloužit k nastínění legislativního rámce, z něhož musí personál ve své každodenní práci vycházet. V nástinu některých otázek týkajících se práv a povinností klientů v zařízeních sociální péče je třeba vycházet z *Důvodové zprávy k novému zákonu o sociálních službách č.108/2006 Sb., ze Standardů kvality sociálních služeb, zákona č.108/2006 Sb., a z Listiny základních práv a svobod České republiky* (Jirků, 2007).

Občané se zdravotním postižením mají nárok na stejná práva jako všichni občané. Mají také stejná práva na naplnění všech základních životních potřeb jako ostatní občané ČR. Mezi základní lidské potřeby patří:

- fyziologické potřeby
- potřeba bezpečí, jistoty a soukromí
- potřeba někam patřit a být milován
- potřeba úcty a respektu
- potřeba seberealizace

V České republice jsou systémy zdravotní a sociální péče resortně odděleny, přestože ve skutečnosti existuje těsná návaznost a provázanost této péče. Velmi často se péče zdravotní i sociální poskytuje souběžně, takovou péči potřebují lidé, kteří se neobejdou bez dopomoci druhé osoby, v našem případě kvalifikovaného personálu. Péče zdravotní a sociální je poskytována v různých typech zařízení a ve vlastním sociálním prostředí. Některé typy zařízení a typy péče jsou vymezeny právním rámcem, jiné nikoliv (http://osz.cmkos.cz/CZ/Z_tisku/Bulletin/11_2002/pece.html).

Zákon o sociálních službách

Sociální služby v České republice prošly od roku 1989 řadou významných změn. Jako jedna z prvních změn v rámci sociální transformace bylo umožněno obcím a nestátním neziskovým organizacím zapojit se od roku 1990 do poskytování sociálních služeb.

Míru zapojení nestátních neziskových organizací respektive orgánů státní správy a samosprávy do realizace sociální služby, je třeba vnímat jako důležitý předpoklad určující celkový kontext jednotlivých sociálních služeb. Klíčovým předpokladem je přirozeně výše finančních prostředků dostupných na realizaci sociální služby (Bareš, 2006). Všeobecně lze jednotlivé

podmínky pro úspěšnou realizaci sociálních služeb rozdělit do tří skupin: finanční a personální, legislativní a systémové (jiné než legislativní).

Díky rozsáhlému restitučnímu programu byla nahrazena řada nevyhovujících objektů novými moderními zařízeními a dále byly zavedeny nové moderní formy sociálních služeb (Ladislav Průša, 2006). Do vztahu mezi poskytovatelem a příjemcem sociálních služeb byl zaveden smluvní princip. Pro poskytovatele sociálních služeb byl zaveden systém registrace krajských úřadů, bez nichž by nebylo možné služby provozovat. Tento tzv. registrující orgán, má rovněž pravomoc provádět inspekci, při níž se hodnotí kvalita poskytovaných služeb.

V roce 2006 byl přijat nový zákon o sociálních službách, který spolu s dalšími právními předpisy přinesl dlouho očekávanou změnu systému sociální péče (Koldinská, 2007). Jednou z nejvýznamnějších změn, které zákon přinesl, je nový způsob financování sociálních služeb. V rámci vícezdrojového financování hraje významnou roli příspěvek na péči (obdobně jako je tomu i v některých zahraničních systémech) (Průša, 2006).

Příspěvek na péči

Příspěvek na péči byl do sociálního systému začleněn s účinností od 1.1.2007, na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Příspěvek, který se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby za účelem zajištění potřebné pomoci, nahradil dříve vyplacené dávky – příspěvek při péči o blízkou nebo jinou osobu a zvýšení důchodu pro bezmocnost (http://www.kr-vysocina.cz/vismo5/dokumenty2.asp?id_org=450008&id=4000018&p1=1044).

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při péči o vlastní osobu a při zajištění soběstačnosti v rozsahu stanoveném stupněm závislosti:

- I. stupeň (lehká závislost)
- II. stupeň (středně těžká závislost)
- III. stupeň (těžká závislost)
- IV. stupeň (úplná závislost)

Při posuzování péče o vlastní osobu a soběstačnosti se hodnotí schopnost zvládat následující úkony: péče o vlastní osobu: příprava, podávání a porcování stravy; přijímání stravy a dodržování pitného režimu; mytí těla; koupání nebo sprchování; péče o ústa, vlasy, nehty, holení; výkon fyziologické potřeby včetně hygieny; vstávání z lůžka, ulehání, změna poloh; sezení, schopnost vydržet v poloze v sedě; stání, schopnost vydržet stát; přemísťování předmětů denní potřeby. Soběstačnost: komunikace slovní, písemná, neverbální; orientace vůči jiným fyzickým osobám, v čase a mimo přirozené prostředí; nakládání s penězi nebo jinými cennostmi; obstarávání osobních záležitostí; uspořádání času, plánování života. Výše příspěvku se pohybuje v rozmezí od 3 000 do 11 000 Kč za kalendářní měsíc (pro osoby do 18 let věku) dle stupně závislosti. Pro osoby starší 18 let věku, činí výše příspěvku za kalendářní měsíc 2 000 - 11 000 Kč.

3.1.1 Standardy kvality sociálních služeb v ČR

Standardy kvality sociálních služeb obecně shrnují to, co se očekává od dobré sociální služby. Standardy byly vytvořeny v uplynulých devíti letech Ministerstvem práce a sociálních věcí (MPSV) ve spolupráci s uživateli i poskytovateli sociálních služeb. Standardy se týkají všech sociálních služeb, a proto jsou formulovány obecně. Standardy jsou rozloženy na kritéria a to především ze dvou důvodů. Jedním důvodem je *srozumitelnost* a dalším *měřitelnost*, neboť na kritéria si lze jednoznačně odpovědět a tak posoudit, zda služby požadavek standardu splňují (Johnová, Čermáková, 2002). Standardy však nejsou vytesány do kamene a neustále se mění. Byly vytvořeny z různých důvodů a na základě různých úhlů pohledů. V zásadě jsou zejména nové standardy navrhovány tak, aby se zvýšila svoboda uživatelů služeb a posílilo se jejich postavení. Současně však existují i standardy vztahující se k bezpečnosti práce, ochraně zdraví při práci, požární bezpečnosti a další, které jsou nutné pro ochranu lidí. Může se zdát, že některé standardy jsou příliš byrokratické, avšak různé standardy slouží různým účelům a všechny jsou zapotřebí (<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1459/pruvodce.pdf>).

Proces vypracovávání standardů sociálních služeb zahájený v roce 1999 Ministerstvem práce a sociálních věcí vyžadoval neprodleně zahájit práce na vytvoření nástrojů, jejichž pomocí by bylo možné zjistit či ověřit, jak jsou tyto standardy jednotlivými poskytovateli naplňovány.

V následujících letech tak bylo realizováno několik důležitých projektů MPSV ve spolupráci s Národním vzdělávacím fondem, např.: Česko-britský projekt Podpora MPSV při reformě sociálních služeb (2000—2003) (<http://www.cekas.cz/php/standardy.php?page=1>).

Inspekce kvality provádějí krajské úřady a MPSV. Postupy, metody a jejich výsledky jsou při inspekci srovnávány se standardy kvality sociálních služeb jako obecně uznávanými postupy a metodami při poskytování sociálních služeb s přihlédnutím k ekonomickým možnostem. Inspekci provádějí právnické a fyzické osoby na základě akreditace udělené ministerstvem. Inspekce probíhá na poskytovatelovu žádost, podanou prostřednictvím ministerstva (<http://socialnirevue.cz/item/zakon-o-socialnich-sluzbach-2005-uplny-pruvodce>).

Standardy kvality sociálních služeb

Standard č. 1	Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb
Standard č. 2	Ochrana práv osob
Standard č. 3	Jednání se zájemcem o sociální službu
Standard č. 4	Smlouva o poskytování sociální služby
Standard č. 5	Individuální plánování průběhu sociální služby
Standard č. 6	Dokumentace o poskytování sociální služby
Standard č. 7	Stížnost na kvalitu nebo způsob poskytování sociálních služeb
Standard č. 8	Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje
Standard č. 9	Personální a organizační zajištění služby
Standard č. 10	Profesní rozvoj
Standard č. 11	Místní a časová dostupnost poskytované služby
Standard č. 12	Informovanost o poskytované sociální službě
Standard č. 13	Prostředí a podmínky
Standard č. 14	Nouzové a havarijní situace
Standard č. 15	Zvyšování kvality sociální služby

3.1.2 Financování sociálních služeb v ČR

Financování sociálních služeb je v České republice založeno na tzv. principu vícezdrojového financování. Poskytovatelé sociálních služeb získávají finanční prostředky na provozování sociální služby z několika zdrojů. Mezi nejvýznamější zdroje finančních prostředků patří

- veřejné rozpočty
- úhrady od uživatelů

Veřejné rozpočty

Do oblasti veřejných rozpočtů patří zejména státní rozpočet České republiky, ale rovněž i rozpočty krajů, měst a obcí. Největší objem finančních prostředků z této oblasti financování sociálních služeb plyne poskytovatelům sociálních služeb ze státního rozpočtu a to na základě každoročně vyhlašovaných dotačních řízení. Nejvýznamnějším vyhlašovatelem dotačního řízení ze státního rozpočtu pro poskytovatele sociálních služeb je Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR. Finanční prostředky získané z dotačního řízení jsou určeny na úhradu běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociální služby. Příjemci dotací ze státního rozpočtu mohou být jen poskytovatelé sociálních služeb registrovaní podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Úhrada od uživatelů

Podle zákona o sociálních službách se poskytují sociální služby osobám bez úhrady nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Úhradami od uživatelů jsou myšleny úhrady od osob, kterým je poskytována sociální služba podle zákona o sociálních službách. Pro posílení finanční soběstačnosti uživatelů sociálních služeb byl zaveden nový finanční nástroj, kterým je příspěvek na péči. Použití příspěvku na péči umožní uživateli hradit většinou část nákladů poskytované služby.

Kromě výše uvedených zdrojů financování sociálních služeb, vstupují do systému financování rovněž finanční prostředky ze strukturálních fondů EU, sbírek, fondů a nadací, ale rovněž i platby od zdravotních pojišťoven za vykázané zdravotní výkony u některých druhů poskytovaných služeb (http://www.krvysocina.cz/vismo5/dokumenty2.asp?id_org=450008&id=4000471&p1=1960).

3.2 Legislativní rámec sociálních služeb v Anglii

Velká Británie (jakožto země představující anglosaský model sociálního systému) je tradičně považována za průkopníka v oblasti sociální péče a sociálních služeb. Disponuje rozsáhlým a rozvinutým systémem sociální péče, má dobře fungující legislativu a síť nezávislých sociálních služeb. Územně je rozčleněna na Anglii a Wales, Skotsko a Severní Irsko, které mají podobné formy poskytovaných služeb, ale liší se legislativní úpravou a organizační formou (Bjalkovski, Frühbauer, 2000).

Ve Velké Británii došlo v osmdesátých letech k reformě sociálních služeb, přičemž důraz byl kladen především na změnu financování a privatizaci v této oblasti. Velká Británie se pokusila řešit problém financování sociálních služeb a rostoucích nároků na jejich efektivitu, kvalitu a potřebný rozsah prostřednictvím zavedení *systému kvazi-trhů (quasi - markets)*. Tento systém spočívá v zavedení tržních mechanismů do systému poskytování sociálních služeb s cílem zvýšit jejich kvalitu prostřednictvím zavedení určité podoby konkurenčního prostředí do oblasti sociálních služeb. Spolu s touto teorií jsou zaváděny určité druhy příspěvků na sociální služby přímo těm, kdo je potřebují a kdo si je volí.

V roce 1990 vstoupily v platnost *zákon o národní zdravotní službě a zákon o komunitní péči (National Health Service and Community Care Act 1989)*, které mění tradiční roli oddělení sociálních služeb místní správy od převážně přímého poskytovatele k „úřadu umožňujícího služby“. Dochází tedy ke směřování ke smíšené ekonomice sociální péče. Regulátory kvality péče poskytované různými subjekty jsou tzv. statutární organizace (Bjalkovski, Frühbauer, 2000). V rámci této reformy došlo k oddělení státu a poskytovatelů sociálních služeb. Stát začal figurovat jako subjekt, který služby od poskytovatelů „nakupuje“ a přenesl tak svou roli provozovatele sociálních služeb na nestátní organizace. Řízení systému sociálních služeb se ujali *manažeři péče (care managers)*, což jsou zpravidla sociální pracovníci, kteří zprostředkovávají sociální služby osobám, jež si je pro sebe nemohou dovolit.

Tento pokus o změnu přístupu přinesl určité pozitivní výsledky. Nedostatkem tohoto systému však je, že redukuje nabídku „nelukrativních“ služeb a naopak může vytvořit přebytek takových služeb, jejichž poskytování se vyplácí (Koldinská, 2007).

Pro účely této bakalářské práce bych se dále chtěla zaměřit na právní úpravu sociálních služeb v Anglii. Na úrovni centrální vlády odpovídá za systém sociálních služeb Ministerstvo zdravotnictví a státní tajemník, který řídí Inspektorát sociálních služeb. K poskytování sociálních služeb v regionech jsou kompetentní tři typy místní správy: rady hrabství, metropolitní oblast a Správní obvod Londýna.

Ministerstvo zdravotnictví upravuje služby sociální péče pro dospělé prostřednictvím vedení, strategie a dozoru. Rada hrabství mající ve své kompetenci sociální služby zmocňuje poskytovatele služeb veřejného, soukromého a neziskového sektoru k zajištění služeb potřebných k uspokojení potřeb místní populace. Ředitelství zajišťuje profesionální vedení a poradenství ve všech aspektech strategie sociální péče za účelem záruky efektivních, spravedlivých služeb a jisté vize do budoucnosti sociální péče. Místní rada s působností v oblasti sociálních služeb, ve spolupráci se svými partnery jsou zodpovědní za identifikaci potřeb místní populace a zajištění služeb k tomu, aby tyto potřeby uspokojily. Hlavní zodpovědnost za sociální služby pro dospělé leží na řediteli sociálních služeb pro dospělé, což je statutární post v rámci místních úřadů.

Sociální péče pro dospělé je zajišťována více než 25 000 poskytovateli, z nichž většina jsou menší instituce. Deset největších poskytovatelů vlastní pouze čtvrtinu soukromého rezidenčního trhu. Stále ještě je zde malá část služeb, které řídí přímo rada. Většina poskytovatelů péče o dospělé patří do soukromém sektoru. Dvě třetiny pečovatelských domů a 70 procent domácích agentur jsou spravovány soukromým poskytovatelem. Řada těchto poskytovatelů prodávají své služby stejně tak místní radě jako soukromým subjektům.

Klíčovým poskytovatelem sociálních služeb je také neziskový sektor (<http://www.dh.gov.uk/en/SocialCare/Aboutthedirectorate/Howsocialcareisdelivered/index.htm>).

3.2.1 Standardy kvality sociálních služeb v Anglii

Standardy kvality sociálních služeb (National Minimum Standards (NMS), vydané Ministerstvem zdravotnictví, jsou vytvořeny k zajištění toho, aby poskytovaná péče byla uzpůsobena svému účelu a naplňovala dané potřeby uživatelů služeb. Komise pro inspekci sociální péče (Commission for Social Care Inspection (CSCI) musí brát NMS v potaz při zjišťování, zda hodnocení poskytovatelé služeb dodržují stanovené předpisy. Avšak dodržování NMS není samo o sobě vynutitelné.

CSCI může zvážit také další faktory, které považuje za relevantní při zkoumání, zda poskytovatel dodržuje předpisy. Tak jako u specifických předpisů pro určité typy služeb, má také každý typ služby své vlastní standardy. Předpisy a standardy byly zveřejněny v souladu se zákonem o standardech péče *Care Standards Act 2000* a byly vydány pro celou řadu poskytovatelů zdravotních služeb. Regulace a inspekce služeb sociální péče je realizována skrze framework, jehož cílem je zajistit, aby všichni poskytovatelé plnili sadu definovaných Standardů národního minima.

The Care Standards Act 2000

Zákon o standardech péče *Care Standards Act 2000* vydala Komise pro národní standardy péče *National Care Standards Commission (NCSC)*, k tomu, aby regulovala všechny pečovatelské domy a pečovatelské a ošetrovatelské agentury v Anglii. Komise je nezávislá, nevládní veřejná složka.

Komise pro inspekci sociální péče (The Commission for Social Care Inspection (CSCI))

Zákon o zdravotní a sociální péči (The Health and Social Care Act 2003) sloučil funkci NCSC s inšpektorátem sociální péče a založil *Commission for Social Care Inspection (CSCI)* jakožto samostatnou složku regulující od dubna 2004 všechny druhy sociální péče. CSCI dostává grant z ministerstva zdravotnictví a pokrývá část z provozních nákladů díky účtování poplatků, které jsou reulovány vládou. CSCI je také zodpovědná za hodnocení činnosti každého úřadu s kompetencí v oblasti sociálních služeb.

Specifické předpisy pro jednotlivé sociální služby

Každý typ poskytovatele sociální péče musí dodržovat svůj vlastní set specifických pravidel pro poskytování služeb. Pokud poskytovatel nedodržuje některý z předpisů vztahující se na poskytované služby, CSCI může sáhnout k opatření potenciálně vedoucímu ke zrušení poskytovatelovy registrace. Stejně jako předpisy pro specifické služby, má každý typ služby své vlastní *Standardy národního minima - National Minimal Standards (NMS)*. Kromě domů poskytující péči dospělým (18-65) a doplňkové standardy pro domy ubytovávající mladé lidi ve věku 16 a 17 let sem patří ještě například Standardy a předpisy pro pečovatelské domy pro seniory či Standardy a předpisy pro domácí péči.

Standardy péče pro pečovatelské domy zajišťující péči pro dospělé (18 - 65)

“Standardy národního minima” jsou formulovány v prohlášení vydaném ministerstvem zdravotnictví v sekci 23 (1) zákona o standardech péče *Care Standards Act 2000*. Tyto standardy jsou určeny pro *pečovatelské domy (care homes)*, které poskytují ubytování, ošetrovatelskou a osobní péči dospělým uživatelům ve věku 18 až 65 let. Prohlášení obsahuje dodatkový standard pro dospívající od 16 do 17ti let, kteří jsou uživateli péče v těchto zařízeních. Každý jednotlivý standard má své číslo a skládá se z číselné hlavičky a očíslovaných odstavců.

- 1 Možnost výběru pobytového zařízení (Standardy 1-5)**
- 2 Individuální potřeby a možnost volby (Standardy 6-10)**
- 3 Životní styl (Standardy 11-17)**
- 4 Pomoc při zajištění osobní péče zdraví (Standardy 18-21)**
- 5 Obavy, stížnosti a ochrana (Standardy 22-23)**
- 6 Prostředí (Standardy 24-30)**
- 7 Zaměstnanci (Standardy 31-36)**
- 8 Vedení a management (Standardy 37-43)**

(http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4007189)

3.2.2 Financování sociálních služeb v Anglii

Sociální služby jsou financovány *kombinovaným systémem*, složeným ze státních financí (daňové poplatky), financí místní správy a zvyšujícího se podílu plateb uživatelů služeb. Systém zdravotní péče je bezplatný, v rámci komunitní sociální péče dochází k testování příjmu (tento prvek je kontroverzní a často předmětem kritiky), preventivní péče a zařízení první krizové pomoci jsou spíše na okraji pozornosti statutárních vládních organizací a preventivní služby zajišťuje především nezávislý sektor (Bjalkovski, Frühbauer, 2000).

V Británii platí princip pomoci podmíněný ověřením výše majetku, stát přijímá odpovědnost za poskytnutí služby, avšak zároveň se snaží navrátit odpovědnost příjemci a zmenšit rozsah sociálních služeb. Veřejné sociální služby jsou zaměřeny výlučně na příjemce s limitovanými prostředky.

V PRAKTICKÁ ČÁST

4 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMU

Jedná se o deskriptivně-komparativní výzkum kvalitativního charakteru. Pomocí rozhovorů, participativního pozorování a studia dostupné dokumentace porovnával specializované formy péče o dospělé klienty s poruchami autistického spektra v České republice a Anglii. Předmětem komparace byla dvě vybraná zařízení poskytující sociální služby výše zmiňované skupině uživatelů. Jedno ze zkoumaných zařízení, komunitní bydlení rezidenčního typu s názvem „Appletrees“, se nachází v Anglii a druhé popisované zařízení, chráněné bydlení „Vítej...“, sídlí v České republice. Hlavním kritériem pro výběr zařízení byla jejich kapacita. Výzkum probíhal po dobu 10 měsíců na území Anglie a dalších 5 měsíců v České republice.

4.1 Použité metody sběru dat

4.1.1 Rozhovor

Jednou ze stěžejních metod sběru dat byl rozhovor, sloužící jako významný zdroj informací, podnětů a postojů k dané problematice. Rozhovory se uskutečnily s uživateli služeb (klienty), jejich rodiči, zaměstnanci a vedením obou zařízení a dále s odborníky, kteří se v dané problematice orientují. Rozhovory probíhaly tvář v tvář.

Rozhovory s vedoucími pracovníky obou zařízení, odborníky v oblasti sociální péče, speciální pedagogiky a terapeuty probíhaly formou *rozhovoru na základě návodu*, kdy témata dotazování byla připravena, tazatel měl k dispozici jejich seznam. Pořadí i forma otázek byla volena až v okamžiku rozhovoru.

Rozhovory s uživateli, rodiči a pracovníky chráněného bydlení Vítej v České republice i komunitního bydlení v Anglii probíhaly formou *neformální konverzace*, kdy otázky vznikaly jako reakce na kontext a byly kladeny v přirozeně probíhající interakci.

4.1.2 Pozorování

Další významnou metodou sběru dat bylo *kvalitativní pozorování*. Kvalitativní pozorování znamená sledování všech relevantních fenoménů, jejich popis pomocí terénních poznámek, aniž by se specifikovalo předem, co se bude pozorovat. Pozorování bylo uskutečněno v přirozených podmínkách formou *naturalistického pozorování*, které se provádí v reálném světě.

4.1.3 Sekundární data

Významný datový podklad studie, doplňující informace získané pozorováním a rozhovory, tvoří sekundární data, tedy *současné dokumenty*.

- dostupná dokumentace (o klientech, o zařízení, formuláře, individuální plány a uživatelů)
- virtuální data (internetové stránky obou zařízení)

4.2 Časový harmonogram sběru dat

Sběr dat probíhal od ledna 2007 do října 2008 v Anglii a od dubna do srpna 2008 v České republice.

4.3 Rozsah platnosti

4.3.1 Vymezení

Výzkum je zaměřen pouze na dospělé jedince s poruchami autistického spektra. Nelze tedy považovat za ucelený přehled o problematice PAS.

4.3.2 Omezení

Pro účely komparace byla na základě předem daných kritérií vybrána pouze dvě zařízení poskytující služby dospělým klientům s PAS. Vzhledem k tomuto faktu neposkytují dále předkládaná zjištění dostatečně ucelenou informaci o situaci v ČR a výsledky nelze považovat za vyčerpávající popis současné situace.

5 VÝSLEDKY

5.2 Chráněné bydlení pro osoby s autismem „Vítej...“

Obecně prospěšná společnost „Vítej...“ byla založena rodiči autistických dětí a svou činnost zahájila v lednu roku 2006. Jejím cílem bylo poskytovat péči a služby lidem s poruchami autistického spektra ve Středočeském kraji, vybudovat a zahájit provoz chráněného bydlení pro dospívající a dospělé osoby s tímto postižením. V září 2006 se podařilo ve spolupráci se Zahradou, poskytovatelem sociálních služeb Kladno, otevřít denní stacionář pro dospívající a dospělé osoby s autismem ve Hřebči. V roce 2007 se zde potom podařilo zahájit provoz chráněného bydlení pro osoby s autismem, které je odloučeným pracovištěm kladenské Zahrady. Dále zde byla zřízena odlehčovací služba, která má umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Odlehčovací služba znamená možnost, že bude o dítě postaráno na přechodnou dobu (dle konkrétní domluvy). Tato doba slouží pečujícím k nabrání sil potřebných k další péči o dítě se zdravotním postižením (<http://www.eliada.cz/odlehcovaci-pece>).

5.2.1 Cíle a záměry

Poslání chráněného bydlení pro osoby s autismem:

- pomoc rodičům, kteří potřebují řešit současnou situaci a budoucnost svých dospívajících a dospělých dětí
- zlepšení kvality života osob s autismem ve společnosti
- nabídka nového typu sociální služby rodinám pečujícím o osoby s autismem, která jim umožní vést život bez každodenního velkého zatížení a stresu

Hlavním cílem je zlepšení kvality života osob s autismem a jejich individuální možná míra zapojení do života ve společnosti. Důraz je kladen na:

- individuální přístup ke každému člověku
- pomoc při uspokojení potřeb každého klienta, z čehož vyplývá zajištění jistoty a bezpečí
- podporu nezávislosti a soběstačnosti, vytváření struktury v každodenním životě
- úctu k soukromí a intimitě
- prohlubování mezilidských vztahů
- spolupráci s rodinou a nejbližším okolím

Další přínosy vzorového projektu:

- Poradenská činnost pro rodiny pečující o autistické osoby.
- Půjčovna kompenzačních a edukačních pomůcek, didaktických hraček a odborné literatury.
- Volnočasové a vzdělávací aktivity pro rodiny s obdobně postiženými členy.
- Budování vztahů s obdobnými zařízeními v České republice a v EU, výměna informací a zkušeností za účelem trvalého zkvalitňování vzdělávacích programů

5.2.2 Filozofie péče a způsob jakým je naplňována

Základem při poskytování služeb je respektování a dodržování Všeobecné deklarace lidských práv a svobod, Deklarace práv mentálně postižených osob. Projekt chráněného bydlení Vítej... nabízí dospívajícím autistům perspektivu pro další život. Dává jim domov se stálou péčí a poskytuje jim kvalitní individuální program tak, aby získali smysl života. Tyto aktivity vedou k samostatnosti a ke schopnosti žít podobně jako lidé bez postižení. Projekt dokazuje, že je možné i nevyčísitelně postižené klienty a autismem integrovat a zvýšit kvalitu jejich života.

Do autistických dětí je ve speciálních třídách vkládáno velké úsilí a ty potom dosahují viditelných pokroků a zlepšení. Pokud nemají v dospělosti možnost pokračovat ve svém vzdělávání, přestane se rozvíjet jejich schopnost přibližovat se našemu světu. Vzorové centrum chráněného bydlení Vítej... poskytuje dospělým autistům 24 hodinovou péči. Klienti mají individuální denní program – zaměstnání tak, aby získali smysl života.

Aktivity je vedou k samostatnosti a ke schopnosti žít podobně jako lidé bez postižení. Obyvatelé domu žijí v malé komunitě a s pomocí asistentů využívají veškerou vybavenost obce tak, aby se předcházelo jejich izolovanosti a samotě.

Služby jsou poskytovány na principu vzájemné spolupráce a partnerství. Rodiny klientů a klienti sami mají možnost svobodné volby, mají právo rozhodovat o množství a intenzitě poskytovaných služeb. Je respektována a podporována individualita každého jedince. Při plánování a realizaci služby se vychází z potřeb a zájmů klienta. Je uplatňována týmová spolupráce a pracovníci sdílejí společné hodnoty a cíle.

5.2.3 Cílová skupina

Služba je poskytována osobám s PAS ve věku:

- dorost (15-18 let)

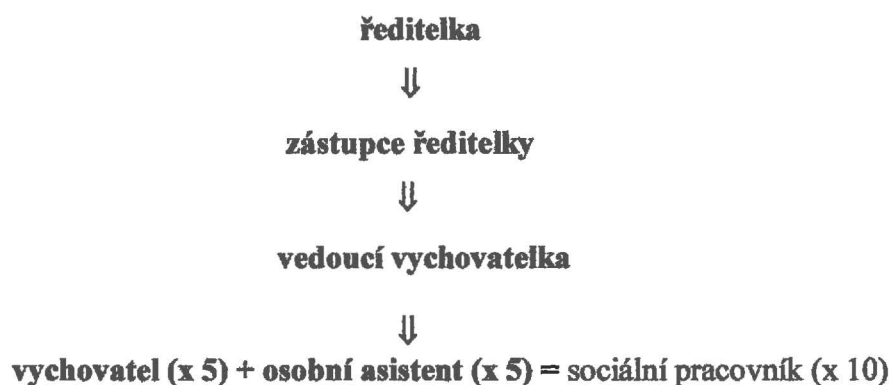
•mladí dospělí (19-26 let)

•dospělí (od 27 let)

Služby nejsou poskytovány lidem s těžkým tělesným, smyslovým a psychiatrickým onemocněním a lidem závislým na návykových látkách.

V současné době je v tomto chráněném bydlení pět uživatelů, čímž je kapacita zařízení plně využita. Jedná se o tři ženy ve věku 16, 19 a 27 let a dva muže (24 a 27 let). Všichni s nízkofunkční formou dětského autismu. Dvě uživatelky jsou nemluvící, třetí uživatelka a oba uživatelé řeč používají, ale ne vždy jde o funkční komunikaci.

5.2.4 Organizační struktura domu



Vhledem k tomu, že chráněné bydlení Vítej... funguje jako odloučené pracoviště ve spolupráci s poskytovatelem sociálních služeb Zahrada, vztahuje se na něj organizační struktura Zahrady. Struktura samotného Vítej... je následující: editelka a její zástupkyně je společná pro Vítej i pro Zahradu, vedoucí vychovatelka a 5 dalších vychovatelů jsou financováni ze Zahrady a zbylých 5 osobních asistentů jsou financováni díky vlastnímu projektu Vítej o.p.s.

Personál

Provoz zařízení je nepřetržitý, denní službu zajišťují dva pracovníci, noční jeden pracovník. Během denní směny je vždy určen jeden člen jako vedoucí, který je toho dne zodpovědný za průběh směny. V současnosti je zde zaměstnáno 8 pracovníků v přímé péči a 2 další pracovníci (administrativa, údržba apod.), což je v obou případech přepočteno na plné i částečné úvazky.

Personál a vzdělávání

Zákon o sociálních službách stanovuje předpoklady pro výkon povolání *sociálního pracovníka* a tzv. *pracovníka v sociálních službách*, což Koldinská považuje za velmi vhodné z důvodu zajištění určité úrovně kvality poskytovaných služeb (Koldinská, 2007).

Zásadními předpoklady pro výkon těchto povolání je způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní a odborná způsobilost. Odbornou způsobilost sociálního pracovníka zajišťuje minimálně vyšší odborné vzdělání specializované na sociální práce. Způsobilost pracovníka v sociálních službách zajišťuje akreditovaný *Kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách*, který je nový pracovník povinen absolvovat do 1,5 roku od nástupu. Zaměstnanec má ze zákona povinnost dalšího vzdělávání.

Další vzdělávání zajišťuje Vítej formou odborných kurzů a seminářů ve spolupráci s APLA Praha, které APLA pravidelně pořádá (např.: Agrese u lidí s mentální retardací a autismem, Autismus apod.). Důležitou součástí personálu sociálních služeb jsou a také zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci.

Supervize APLA

Supervize v chráněném bydlení Vítej... vykonává jedenkrát ročně APLA Praha. Jedná se o placenou službu, která slouží ke zkvalitnění a udržení standardů kvality péče. Supervizoři jsou přímo účastní běžných interakcí v domě, aby dokázali zhodnotit přístup zaměstnanců k řešení situací během dne a navrhnout případný další postup či směr, jakým by se následná intervence měla ubírat. Výsledek supervize je prodiskutován s pracovníky zařízení. Závěrem je jasně formulován cíl, kterého by mělo být v dalším období dosaženo. Jeho naplnění je hodnoceno při následné supervizi.

5.2.5 Uspořádání ubytovacích prostor

Chráněné bydlení Vítej... funguje od února 2007 v obci Hřebeč nedaleko Kladna. Nachází se ve dvoupodlažním domě, který má Vítej...o. p. s. v dlouhodobém pronájmu od obce. V přízemí domku se nachází vybavená kuchyň s jídelnou (využívána též pro nácvik komunikace), místnost pro individuální pracovní aktivity uživatelů (kde jsou k dispozici některé didaktické pomůcky dle zájmů a zaměření uživatele), kancelář (vybavená PC, telefonem, tiskárnou a kopírkou) a WC. V patře jsou dvě dvoulůžkové a jedna jednolůžková ložnice, WC, sprchový kout a místnost pro volnočasové a terapeutické aktivity. K domu patří malý dvorek využívaný v letních měsících k volnočasovým aktivitám apod.

Pro odlehčovací službu je k dispozici v prvním patře samostatná ložnice se základním vybavením (lůžko, vestavěné skříně, bezpečnostní folie na okně, CD přehrávač), společné WC, sprcha, místnost pro volnočasové aktivity (k dispozici jsou žíněnky, míče a jiné sportovní pomůcky).Dům není bezbariérový

5.2.6 Finanční uspořádání a poplatky

Náklady na roční provoz (nájem, spotřeba energií, potravin, oděvů, vybavení, školení apod.) jsou přibližně 350 000 Kč. Náklady na mzdy všech pracovníků, včetně odvodů, jsou 2 100 000 Kč. Zdroje financování provozu jsou z Ministerstva práce a sociálních věcí, dotací Středočeského kraje, od Města Kladna, nadací (např. Dětský mozek), sponzorů a dárců (malé i velké firmy i jednotlivci). Příspěvky uživatelů služeb ročně činí 600 000 Kč.

Projekt je největší měrou podporován z veřejných prostředků. Rodiny postižených přispívají pravidelnou měsíční částkou. Nicméně pro počáteční investici a ke zdárnému odstartování projektu tyto prostředky nestačí. Proto Vítež...nadále hledá další sponzory a dárcce.

5.2.7 Metody práce s klienty

Práce s uživateli služby vychází z jejich individuálních potřeb, zájmů a požadavků s ohledem na možnosti zařízení, je uplatňován požadavek 1 uživatel – 1 asistent. Jsou respektována specifika autistického postižení. Metody práce vycházejí z kognitivně behaviorálního programu TEACCH, metody strukturovaného učení, vizualizace apod. I toto chráněné bydlení samozřejmě poskytuje služby dané Zákonem o sociálních službách.

Práce s uživateli vychází z TEACCH programu. Komunikace probíhá verbální formou, prostřednictvím piktogramů, některých znaků Makatonu a gesty. Důraz je kladen na sebeobslužné činnosti, vedení domácnosti, osvojení pracovních návyků, rozvoj sociálních dovedností a volnočasové aktivity. Každý z uživatelů má vypracovaný individuální plán.

Denní program v zařízení zahrnuje ranní hygienu (s dopomocí dle schopností jednotlivých uživatelů), snídani (uživatelé mají možnost výběru, podílí se na její přípravě a následném úklidu svého místa a nádobí), ranní komunikaci (během níž se nacvičují sociální dovednosti, spolupráce apod.), individuální práci na pracovních místech (jsou respektovány schopnosti a dovednosti jednotlivých klientů, je hodně zaměřena na nácvik sebeobslužných dovedností a

získání pracovních návyků), svačinu (uživatelé se opět podílí na výběru a přípravě), dopolední vycházku (např. s vynesemím tříděného odpadu, nácvikem nákupu s jednotlivcem), oběd (při kterém se klade důraz na nácvik stolování, používání příborů, nalévání nápojů, úklid místa a poté mytí a úklid nádobí), odpolední odpočinek (zahrnující volnočasové aktivity dle zaměření jednotlivců), svačinu, odpolední vycházku s programem, cílem (výlety, sportovní aktivity apod.), večeři (stejně činnosti jako u ostatních jídel), úklid po večeři (mytí a úklid nádobí, luxování), osobní hygienu s asistencí, volnočasové aktivity dle zaměření uživatelů a spánek.

Vzhledem ke specifické postizi vychází práce s klienty z behaviorálně-modifikačního programu TEACCH (Léčení a výchova dětí s autismem a přidruženými poruchami komunikace), který je v současné době nejúčinnějším programem výchovy autistických osob.

Používané metody práce:

- strukturovaná činnost
- nezávislé pracovní systémy
- vizualizace
- prostorové a časové uspořádání
- zadávání instrukcí pomocí výsledku aj.

Individuální plán uživatele

Každý uživatel má vypracovaný individuální plán, který je zaměřen na činnosti, ve kterých je třeba, aby se dále rozvíjel.

Na konci každého měsíce je individuální plán jedním z témat pravidelných porad, kdy je zhodnoceno, jakým způsobem se klient s plánem ztotožnil, zda by bylo vhodné některé aktivity nahradit jinými, jakým způsobem pokračovat v rozvíjení těch původních apod. Na přípravě individuálních měsíčních plánů se mají možnost podílet všichni zaměstnanci Vítej. Příklad individuálního plánu jedné z klientek pro měsíc červen je k nahlédnutí v Přílohách.

Monitoring

Každý den se vedou záznamy o všech klientech. Zápisy sledují zejména jejich náladu, účast na denních aktivitách, zdravotní stav a čeho bylo v průběhu dne dosaženo. Následuje záznam z noční směny.

V případě incidentu (agresivní chování vůči zaměstnancům, krádeže jídla apod.) se píše zápis o příčinách, průběhu a následcích klientova problémového chování. V tomto směru má Vítej

značné rezervy, zápis není přehledný a konzistentní. Zaměstnanci však pracují na změně, neboť forma zápisu problémového chování byla i předmětem kritiky poslední supervize vykonané členy APLA Praha.

5.2.8 Smlouva o poskytnutí sociální služby

S pravidly o poskytnutí sociální služby jsou seznámeni všichni klienti, jejich opatrovníci nebo zákonní zástupci při uzavírání Smlouvy o poskytnutí sociální služby.

Základní poskytované služby

- ubytování, stravování
- pomoc při sebeobsluze, při zajištění chodu domácnosti
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- sociálně terapeutické činnosti
- poskytnutí informace rodinám a klientům
- pomoc při prosazování práv a zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

5.2.9 Kontakt s rodinou a přáteli

Spolupráce s rodinou a nejbližším okolím patří mezi hlavní cíle chráněného bydlení Vítej. Kromě neomezené možnosti návštěv, může klient kontaktovat své blízké telefonicky anebo písemnou formou. Rodiče klientů tuto možnost vítají a často si berou své děti domů na víkend či delší pobyt.

Rodiče zastávají v životě klienta podstatné role: kromě poskytnutí citového zázemí, opatřují také pro uživatele oblečení, kosmetické a hygienické pomůcky, zajišťují odbornou lékařskou péči a vyjadřují se ke způsobu práce s nimi apod. V případě, že by rodiče tuto funkci nemohli zastávat, bude určen *klíčový pracovník*, který tyto úkoly převezme.

5.2.10 Strava

Stravování je zajištěno v rozsahu 3 hlavních jídel a dvou svačín. Snídaně, svačiny a večeře jsou zajišťovány v chráněném bydlení, klienti se za pomoci a podpory pracovníků podílejí na přípravě jednoduchých jídel. Obědy jsou zajišťovány dovozem ze Zahrady, poskytovatele sociálních služeb. V sobotu, neděli a během svátků je zajištěn oběd přímo v chráněném bydlení. Kuchyň je vybavena lednicí, elektrickým sporákem (zabezpečeným proti

samostatnému použití klientem), mikrovlnou troubou, elektrickým grilem. Klienti se podle svých možností podílejí na výběru jídel, jejich přípravě a na úklidu kuchyně za pomoci pracovníků. Zapojují si do nákupu potravin v místní samoobsluze.

Strava odpovídá požadavkům racionální výživy. Pitný režim je zajištěn tak, aby vyhovoval potřebám klientů. Přístup klientů do kuchyně je neomezený.

5.2.11 Zdravotní péče

Preventivní prohlídky provádí lékařka ze Zahrady, poskytovatele sociálních služeb. Ošetrovatelskou péči zajišťují přímo zaměstnanci chráněného bydlení ve spolupráci s lékařkou a vedoucí všeobecnou sestrou Zahrady. Péči u odborných lékařů si zajišťují vzhledem ke specifické postizi zástupci klientů sami. Na základě oboustranného souhlasu (ze strany rodiny klienta a pracovníků chráněného bydlení) je možné sjednat jinou formu.

5.3 Komunitní dům rezidenčního typu „Appletrees“

Appletrees je jedním z osmnácti komunitních domů, vlastněných společností CHOICE Ltd., lišících se svou velikostí, od malých domků pro tři klienty, až po velké domy s počtem deseti lůžek. Každý z těchto domů zajišťuje domácí péči pro skupinu dospělých klientů různého věku a schopností, a proto je každý dům osobitý. Tyto rozdíly jsou vítány a každý jedinec je podporován tak, aby přispěl ke společenské atmosféře domu. Appletrees je velký venkovský dům, který nabízí podporu dospělým jedincům s mírnou až těžkou poruchou učení (*learning disability*) a přidruženými komplexními potřebami (*complex needs*).

CHOICE

Společnost CHOICE (*Community Homes Of Intensive Care & Education, Komunitní domy intenzivní péče a vzdělávání*) byla založena v roce 1992 za účelem uspokojení individuálních potřeb osob, vyžadujících bezpečné, stimulační a terapeutické prostředí, ve kterém mohou žít s možností vzdělávání a dalšího vývoje. CHOICE zajišťuje celkovou péči pro klienty s poruchami učení a komplexními potřebami, zahrnujícími epilepsii, smyslová postižení, autismus, Aspergerův syndrom. V současné době je v rámci CHOICE umístěno 118 klientů.

To vše je prováděno ve shodě s Národními standardy kvality sociálních služeb (*National Care Standards*), kontrolovanými Komisí pro inspekci sociální péče (*Commission for Social Care Inspection*). Tímto je zajištěno, že každý uživatel dostává kvalitní službu, která je pravidelně přezkoumána, aby držela krok se standardy a zároveň s potřebami a osobním rozvojem klienta.

5.3.1 Cíle a záměry Appletrees

Klienti žijící v Appletrees, jsou individuálně povzbuzováni a podporováni profesionálním týmem zaměstnanců k tomu, aby rozvinuli svůj potenciál. Každému člověku žijícímu v Appletrees by měla být poskytnuta stejná práva jako všem ostatním lidem. Celý tým pracuje na tom, aby každý klient dostával vysoce kvalitní služby, které respektují jeho individualitu, silné stránky a potřeby.

Appletrees usiluje o prosazování práv uživatelů v bezpečném, podporujícím, stimulačním a útulném prostředí s využitím celostního přístupu, kde péče, zdraví a komfort každého uživatele hraje primární roli.

5.3.2 Filozofie péče a způsob jakým je naplňována

Společnost nabízí ucelené služby, přičemž úsilí je kladeno na „pojmenování“ komplexních potřeb každého klienta a podporu jejich individuality. Umožňují jim žít plnohodnotný život v útulném prostředí komunity. Dále nabízí podporující a stimulační prostředí, v němž prosazuje sebeobsluhu, integraci, nezávislost a rozvoj schopností. Je zde citlivá snaha o uspokojení fyzických a emocionálních potřeb každého jedince za stálého dodržování soukromí, důstojnosti, individuality práva volby. Skrze individuální podporu je stimulován osobní rozvoj a sebeúcta. Zaměstnanci poskytují klientům 24 hodinovou péči a podporu za účelem zajištění příležitosti učit se a zažít příjemné aktivity v útulném a bezpečném prostředí. Programy aktivit jsou nástrojem ke zlepšení zručnosti, rovnocennosti, sebevědomí a sociální interakce s ostatními klienty. Jsou vytvořeny k uznávání následujících jádrových hodnot péče, které jsou základem filozofie Appletrees: soukromí, důstojnost, lidská práva, nezávislost, právo volby, začlenění, bezpečí.

5.3.3 Cílová skupina

Appletrees zajišťuje celkovou péči pro dospělé uživatele (klienty) s poruchami učení a komplexními potřebami, zahrnujícími poruchy autistického spektra; Aspergerův syndrom; Downův syndrom; smyslová postižení; duševní onemocnění; schizofrenii; poruchy učení; problémové chování; emoční potíže; epilepsii; deprese; pohotovostní umístění; sebepoškozování, lehká fyzická postižení. V Appletrees žije v současné době 8 klientů; 3 ženy a 5 mužů ve věku 25 až 51 let. V této skupině jsou dva muži s diagnózou nízkofunkční autismus (25 a 40 let), jedna žena s Aspergerovým syndromem a epilepsií (45 let) a dále žena (30 let) Downův syndrom, žena (33 let) poruchy učení a pravděpodobná maniodepresivní psychóza, muž (50) poruchy učení a schizofrenie, muž (41) poruchy učení a spasticita, muž (42) poruchy učení, epilepsie.

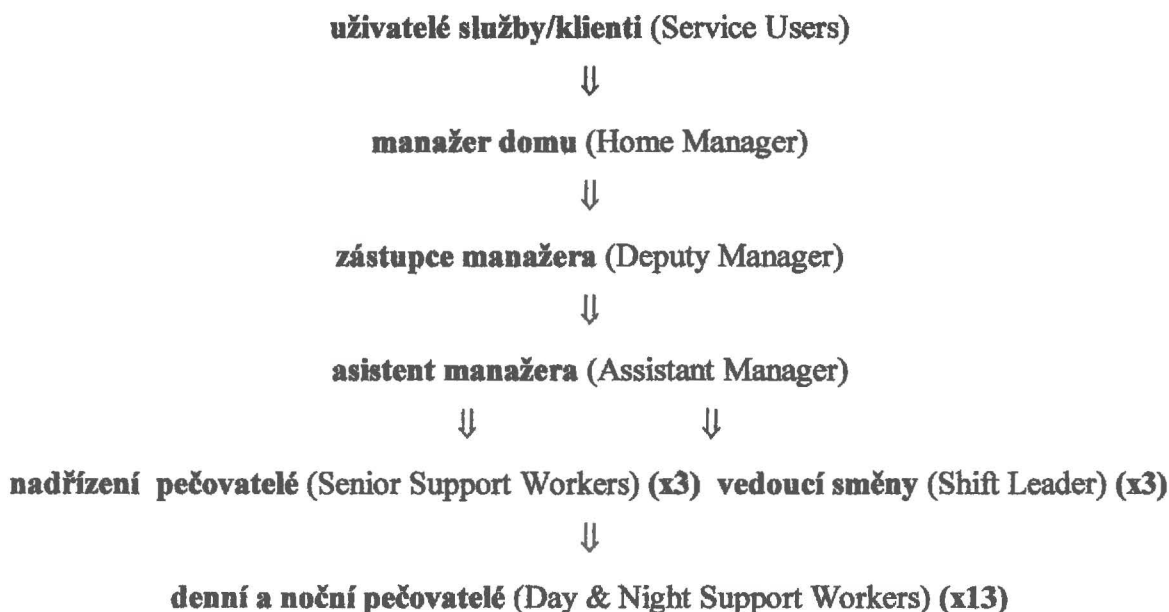
5.3.4 Organizační struktura domu

Níže uvedená struktura znázorňuje zaměstnance, kteří pracují v Appletrees v trvalém pracovním poměru na každodenní bázi. Všechny domy CHOICE mají vedoucí tým sestávající z registrovaného manažera (*Registered Manager*), jeho zástupce (*Deputy*), případně asistenta (*Assistant Manager*), kteří dohlíží a podporují členy týmu pečovateli. Zaměstnanci se primárně zaměřují na aktivity, které odpovídají zájmům jednotlivým klientům, aby podporovali komunikaci a sociální dovednosti.

Jeden konkrétní pracovník přebírá v roli klíčového pracovníka (*keyworker*) odpovědnost za určitého klienta. Keyworker je někdo, koho si uživatel sám vybere nebo s kým dobře vychází. Takový pracovník zajišťuje, že nabízené služby jsou pravidelně kontrolovány a může s klientem diskutovat o různých záležitostech.

Supervize zaměstnanců jsou prováděny manažery Appletrees, manažer domu (*home manager*) je kontrolován manažerem provozu (*Operations Manager*) a ten se zodpovídá výkonnému řediteli (*Chief Executive*) společnosti CHOICE.

V rámci Appletrees funguje ještě jedna pozice a tou je *Daycare Organizer*, což je člen týmu, který vytváří plán aktivit pro všechny klienty. Vychází při tom zejména ze zájmů a schopností klienta. Dalším členem týmu je psycholog, který rezidenci navštěvuje každý týden a analyzuje zejména příčiny incidentů, na jejichž základě vytváří intervenční program.



Personál

Tým zaměstnanců Appletrees pracuje v duchu soudržnosti. Vždy podporuje a respektuje své kolegy a cení si jejich názorů. Personál prosazuje a dodržuje antidiskriminační praxi a za žádných okolností nikoho nediskriminuje na základě pohlaví, věku, náboženství, kulturní orientace nebo postižení. Zaměstnanci respektují hierarchii domu; uznávají, že těmi nejdůležitějšími lidmi v domě jsou samotní klienti.

Spolupracují s ostatními profesionály (psychiatr, psycholog, logoped, ergoterapeut), kteří se společně účastní na poskytování „balíčku služeb“ všem klientům. Zaměstnanci mají otevřený přístup k vedení, což jim zajišťuje potřebnou podporu. Každému zaměstnanci se dostává zpětné vazby díky velmi dobře fungujícímu systému supervizí, pravidelně organizovaných manažerem domu. Pracovník má tak každý měsíc možnost hovořit tváří v tvář svému nadřízenému o všem, co ho v souvislosti s fungováním domu zajímá. Supervize má svou pevnou strukturu. O tom, co bylo řečeno se vede zázpis a sdělené informace by měly být tajné.

Appletrees udržuje vysoký poměr personálu vůči klientům tak, aby bylo zajištěno uspokojení rozličných potřeb klientů. Během dne je ve službě minimálně 5 pečovatelů, během noci 2. Ve všední dny jsou dále přítomni manažeri, kteří jsou nápomocní v případě náročnějších situací, kdy některý z klientů projevuje známky agrese a problémového chování. Dále je na každé směně od pondělí do pátku přítomen již zmiňovaný daycare organiser, který pomáhá uskutečnit naplánované aktivity (například doprovod klienta na plavání, na kurz vaření, zahradničení či lekce hudby, zprostředkování návštěvy kina, restaurace apod.). Pečovatelé jsou dále podporováni multidisciplinárním týmem specialistů.

Personál a vzdělávání

Všichni zaměstnanci jsou nejprve seznámeni s provozem zařízení (v procesu zvaném *induction*), poté pracují nějakou dobu pod dohledem zkušenějšího člena týmu. V době „induction“ jsou zaměstnanci interně i externě školeni svými nadřízenými a kvalifikovanými školiteli v následujících předmětech: Pečovatelský kodex praxe; Diskrétnost; Práva uživatelů; Zdraví a bezpečnost; Hygiena a bezpečnost stravování; Úkoly osobní péče; Nebezpečí zneužívání/týrání; Nebezpečí požáru; První pomoc; Hodnoty; Antidiskriminační praxe; Sebeovládání; Epilepsie; Autismus. Dále jsou povinnováni absolvovat řadu kurzů, a podporováni ve snaze získali NVQ (*National Vocational Qualification*), kvalifikaci v oboru péče. Zaměstnanci Appletrees jsou vybíráni na základě vlastností jako je spolehlivost, bezúhonnost, schopnosti, přátelskost, profesionalita. Vždy jsou pečlivě prošetřeni (na základě výpisu z rejstříku trestů a vstupního pohovoru) a následně jsou vždy ověřována jejich doporučení.

5.3.5 Uspořádání ubytovacích prostor

Appletrees je velký venkovský dům, umístěný na překrásném otevřeném prostranství luk v blízkosti vesnice Bucklebury v hrabství Berkshire.

Dům nabízí na dvou podlažích samostatné ubytování pro 8 obyvatel. Ubytování zahrnuje prostorný obývací pokoj, jídelnu, dvě koupelny a oddělené WC. Rozlehlá zahrada je ideální pro letní aktivity a skýtá uživatelům relaxační a bezpečné prostředí. Na pozemku stojí oddělená budova denního centra, kde se konají vzdělávací a relaxační setkání. Dům není bezbariérový.

5.3.6 Finanční uspořádání a poplatky

Závazkem je zajištění nejlepší kvality komplexní péče, přičemž účtované poplatky závisí na:

- typu zařízení
- typu „balíčku služeb“ a individuálních potřebách uživatele

Většina poplatků za umístění klienta je plně či částečně hrazena sociálními službami (*Social Services*), některé poplatky jsou částečně pokryty ze zdravotnictví či školství (*Health or Education*). Poplatky jsou založeny na potřebách a schopnostech každého klienta a pohybují se v rozmezí 1 794–2 105 liber na týden (aktuální přepočten přibližně 53 660 – 62 960 Kč).

5.3.7 Metody práce s klienty, činnosti

Práce s uživateli vychází z jejich individuálních potřeb, zájmů a požadavků. V Appletrees je kladen velký důraz na možnost volby, respekt a zachování důstojnosti. Toto pravidlo se promítá do všech činností. S ohledem na možnosti je uplatňován požadavek 1 uživatel – 1 asistent. Při práci s klienty jsou respektována specifika autistického postižení. Komunikace probíhá verbální formou, prostřednictvím piktogramů, některých znaků Makatonu a gesty. Důraz je kladen na sebeobslužné činnosti, vedení domácnosti, rozvoj sociálních dovedností a volnočasové aktivity. Appletrees se snaží zajistit klientům širokou škálu činností tak, aby si mohli vybrat dle svého zájmu. Aktivity se odehrávají přímo v Appletrees nebo v budově denního centra, které je od hlavní budovy odděleno. Další možností jsou výlety (všem klientům je k dispozici automobil, takže mohou v doprovodu personálu podnikat vyjížďky, výlety, návštěvy restauračních zařízení, kina apod.). Důraz je kladen na zapojení klientů do aktivního života v komunitě.

Individuální plán uživatele

Individuální plán je důležitým dokumentem, který je vytvořen pro každého uživatele. Jedná se o shrnutí cílů, na kterých by měl pracovat celý tým za účelem zkvalitění života uživatele. Plán zahrnuje všechny složky péče, aktivizační a intervenční činnost apod.

Monitoring

Každý klient má svou osobní složku, ve které najdeme informace o jeho historii, diagnóze, zdravotním stavu, rodinném zázemí, vzdělání, zaměstnání a konečně detailní informace o jeho schopnostech, potřebách, zájmech, o tom, co má a nemá rád, jakým způsobem s ním efektivně komunikovat apod.

O každém uživateli se vede velmi podrobná dokumentace. Pro každého klienta je vypracován tzv. *plán péče (care plan)*, v němž je přesně popsáno jaké úkony osobní péče zvládá sám, s čím potřebuje pomoci a jakým způsobem. Je-li dostačující instruovat jej pomocí slovních pokynů anebo potřebuje aktivní dopomoc (např. formou ruka přes ruku *hand over hand*).

Dále jsou na každých 6 měsících stanoveny body - tzv. *Action points*, kterých by měl klient s mocí personálu dosáhnout. Plnění je následně hodnoceno klientovým klíčovým pracovníkem.

Další záznam se týká incidentů. Je nutno vést přesný protokol o typu problémového chování, pravděpodobných příčinách a následné intervenci.

5.3.8 Smlouva o pobytu

Smlouva o pobytu je sepsána s každým uživatelem na individuální bázi zmocněnou osobou a pokrývá následující:

- Celkové a zevrubné vyšetření klientových potřeb ještě před klientovým umístěním
- 24 - hodinová péče a podpora zajištěná školeným personálem s minimálním počtem 3 osob na denní službě (2 na noční)
- Všechna jídla jsou přizpůsobena k uspokojení klientových kulturních a dietních nároků
- Samostatná ložnice dobře udržovaném, bezpečném a útulném prostředí
- Zajištění programu denních aktivit
- Vstupní psychologické vyšetření
- Přístup k psychiatrovi
- Registrace u místního lékaře a možnost přístupu ke všem ostatním lékařským specialistům
- Přístup k veřejné i soukromé dopravě
- Podpora návštěv komunitních zařízení
- Podpora udržování vztahů s rodinou a přáteli
- Zajištění podpory každého jedince v jeho fyzických, citových a sociálních potřebách

5.3.9 Kontakt s rodinou a přáteli

Rodina, příbuzní a přátelé jsou vybízeni k tomu, aby klienty pravidelně navštěvovali a udržovali kontakt formou dopisů, telefonátů a emailu, pokud návštěvy nejsou možné. V těchto situacích zaměstnanci v případě potřeby navrhnou klientům asistenci např. při odpovědi na dopis či email. Návštěvy jsou vítány v každou rozumnou hodinu. Zaměstnanci musí respektovat, pokud klient odmítne návštěvu přijmout a je jeho povinností oznámit tuto skutečnost i návštěvě.

5.3.10 Strava

Menu je pestré a oblíbená jídla, kulturní zvláštnosti a speciální dietní opatření jsou zajištěna. Klienti jsou podporováni v tom, aby jedli v jídelně, ale pokud je to jejich volba, mohou jíst v jiných prostorách.

Káva, čaj a další nápoje jsou k dispozici 24 hodin denně. Kuchyň je z důvodu ochrany klientů uzamčena. V případě potřeby může klient samozřejmě vstoupit do kuchyně v doprovodu personálu. Klienti se sami účastní přípravy jídel a prostor pro stolování.

5.3.11 Zdravotní péče

V rámci úsilí o nejlepší možnou péči, dělají zaměstnanci appletrees následující:

- vytvářejí, na základě konzultace s klientem, pravidelně obnovovaný plán péče založený na vstupním a poté následném vyšetření
- zajistit odpovídající profesionály, aby vyhověli potřebám zdravotní péče každého klienta
- vytvořit a dodržovat obezřetné procedury k dodržení soukromí a důstojnosti ve všech aspektech zajištění zdravotní a osobní péče

VI DISKUZE

Ve své bakalářské práci jsem se snažila rozkrýt problematiku specializované péče o dospělé s poruchami autistického spektra (PAS). Cílem mé práce byla komparace dvou rozdílných typů zařízení, poskytující péči výše zmiňované skupině uživatelů. Prvním zkoumaným subjektem bylo chráněné bydlení „*Vítej...*“ ve Hřebči (ČR), druhým komunitní dům rezidenčního typu „*Appletrees*“ v hrabství Berkshire (Anglie).

Je velmi obtížné sestavit z nesourodé mozaiky různých dílčích informací celistvý obraz umožňující komparativní analýzu typu a rozsahu sociálních služeb v rámci určitého jednotného systému. Každá komparativní studie v rámci sociální péče řeší základní problém - nejednotnost terminologie a definic základních pojmů, které mají často odlišný význam v různých zemích, které vycházejí z odlišného pojetí sociální péče (Bjalkovski, Fruhbauer, 2000). V různých modelech sociálního státu se postoj k sociálním službám liší. Na poli mezinárodní diskuse stále neexistuje obecně přijatá definice, o vše lze zahrnout pod pojem „sociální služba“. Tento problém vytváří určité rozpory v používání termínů „sociální služby“ a sociální péče“, kterými se v této práci zabývám. Ve většině zemí je pojem „sociální služby“ vnímán velice široce a často splývá s pojmem „sociální péče“. Britský úzus vychází z užšího pojetí tzv. „osobní sociální služby“ jako služby poskytované místním úřadem a neziskovými organizacemi. Další pojmová „schizofrenie“ se objevuje u pojmenování samotných příjemců služeb. Označení „klient“ ustupuje termínu „uživatel sociálních služeb“, neboť klient naznačuje pasivitu, závislost a nerovnost. Termíny mentálně postižení, duševně nemocní jsou z důvodu přílišné stigmatizace nahrazovány pojmy lidé s poruchami učení (anglický výraz *learning disabilities*), s problémy v oblasti duševního zdraví apod. Ve své práci se nevyhýbám žádnému z uvedených termínů.

Deskripcí a komparací dvou zařízení poskytující ucelenou péči o dospělé klienty s PAS v obou porovnávaných zemích jsem našla následující rozdíly:

Cílová skupina

Vzhledem k tomu, že hlavním kritériem volby obou zařízení určených ke komparaci, byla kapacita zařízení, v mnoha dalších aspektech se popisovaná zařízení liší. Jedním z nich je i cílová skupina.

Chráněné bydlení Vítej...je zařízení určené pro 5 klientů s diagnózou autismus.. Klienty mohou být muži i ženy od 15 let některou z forem všichni s nízkofunkční formou autismu. Služby nejsou poskytovány lidem s těžkým tělesným, smyslovým a psychiatrickým onemocněním a lidem závislým na návykových látkách.

Komunitní dům Appletrees je zařízení rezidenčního typu pro 8 klientů s PAS, poruchami učení, smyslovými a psychiatrickými onemocněními, lehkým tělesným postižením. Klienty zařízení jsou muži i ženy ve věku 18 - 67 let.

Cíle a záměry

Cíle a záměry obou zařízení se dle mého názoru v zásadě shodují. Cílem obou je zajistit kvalitní celodenní péči o klienty, kteří potřebují pomoc a podporu v uspokojení svých potřeb. Hlavním cílem obou zařízení je zlepšení kvality života svých uživatelů a jejich individuální možná míra zapojení do života ve společnosti. Důraz je kladen na individuální přístup ke každému člověku, pomoc při uspokojení potřeb každého klienta, z čehož vyplývá zajištění jistoty a bezpečí, podporu nezávislosti a soběstačnosti, vytváření struktury v každodenním životě, úctu k soukromí a intimitě, prohlubování mezilidských vztahů, spolupráci s rodinou a nejbližším okolím.

Posláním chráněného bydlení Vítej je pomoc rodičům, kteří potřebují řešit současnou situaci a budoucnost svých dospívajících a dospělých dětí, zlepšení kvality života osob s autismem ve společnosti, nabídka nového typu sociální služby rodinám pečujícím o osoby s autismem, která jim umožní vést život bez každodenního velkého zatížení a stresu

Appletrees usiluje o prosazování práv uživatelů v bezpečném, stimulujícím a útulném prostředí s využitím celostního přístupu, kde péče, zdraví a komfort každého uživatele hraje primární roli.

Filozofie péče a způsob jakým je naplňována

V obou zařízeních je kladen důraz na dodržování lidských práv a důstojnosti, zajištění individuálního přístupu ke všem klientům s ohledem na jejich schopnosti, potřeby a zájmy. Výraznou roli hraje respekt, možnost volby a zajištění stimulujícího prostředí vedoucí ke zkvalitnění života uživatelů.

Uspořádání bytových prostor

Bytové prostory jsou uspořádány tak, aby měl každý klient dostatek soukromí a volnost pohybu. V Appletrees kapacita dovoluje, aby měl každý klient svou vlastní ložnici. Sociální zařízení jsou v obou případech na každém patře (obě zařízení mají přízemí a první patro). Ve Vítej je uživatelům umožněn neomezený přístup do kuchyně, v Appletrees je kuchyň uzamčena a klienti mají možnost využít jejich prostor pouze s doprovodem personálu.

Klientům obou zařízení je k dispozici zahrada, na kterou mají neomezený přístup. Appletrees má na svém pozemku navíc budovu, kterou využívá jako centrum denních aktivit, kde mají uživatelé možnost trávit čas s ohledem na své zájmy.

Smlouva o pobytu

Obě zařízení uzavírají s uživateli služeb písemnou smlouvu, kde je uvedeno, o které konkrétní služby služby se jedná. (Smlouva je součástí Příloh).

Kontakt s rodinou a přáteli

V obou zařízeních je kladen důraz na kontakt uživatele s rodinou a přáteli. Návštěvy jsou možné v téměř každou rozumnou denní dobu a klient je dále podporován k udržování kontaktu pomocí telefonických hovorů, dopisování či formou emailu. Pomoc personálu při zprostředkování jakékoli uvedené formy kontaktu je samozřejmostí.

Strava

V obou zařízeních je zajištěna celodenní strava, která splňuje dietní opatření a možnost volby. Jediný malý rozdíl tkví v tom, že v Appletrees je příprava pokrmů jedním z úkolů zaměstnanců, zatímco Vítej využívá možnosti dovážky obědů ze Zahrady.

Zdravotní péče

Zdravotní péče v Appletrees je zajištěna bez jakýchkoli omezení, klientovi je nabízena možnost návštěvy všech dostupných specialistů. Vítej má jinou koncepci zdravotní péče. Preventivní prohlídky provádí lékařka ze Zahrady, poskytovatele sociálních služeb. Ošetřovatelskou péči zajišťují přímo zaměstnanci chráněného bydlení ve spolupráci s lékařkou a vedoucí všeobecnou sestrou Zahrady. Péči u odborných lékařů si zajišťují vzhledem ke specifické postižení zástupci klientů sami. Na základě oboustranného souhlasu (ze strany rodiny klienta a pracovníků chráněného bydlení) je možné sjednat jinou formu.

Finanční uspořádání a poplatky

Většina poplatků za umístění klienta v Appletrees je plně či částečně hrazena sociálními službami (*Social Services*), některé poplatky jsou částečně pokryty ze zdravotnictví či školství (*Health or Education*). Poplatky jsou založeny na potřebách a schopnostech každého klienta a pohybují se v rozmezí 1 794-2 105 liber na týden (aktuální přepočet přibližně 53 660 – 62 960 Kč).

Zdroje financování provozu chráněného bydlení „Vítej...“ jsou z Ministerstva práce a sociálních věcí, dotací Středočeského kraje, od Města Kladna, nadací (např. Dětský mozek), sponzorů a dárců (malé, velké firmy i jednotlivci) a z příspěvků uživatelů služeb. Projekt je největší měrou podporován z veřejných prostředků. Rodiny postižených přispívají pravidelnou měsíční částkou. Náklady na roční provoz (nájem, spotřeba energií, potravin,

oděvů, vybavení, školení apod.) jsou přibližně 350 000 Kč. Náklady na mzdy všech pracovníků, včetně odvodů, jsou 2 100 000 Kč. Zdroje financování provozu jsou z Ministerstva práce a sociálních věcí, dotací Středočeského kraje, od Města Kladna, nadací (např. Dětský mozek), sponzorů a dárců (malé i velké firmy i jednotlivci). Příspěvky uživatelů služeb ročně činí 600 000 Kč.

Organizační struktura domu

Organizační struktura má shodné prvky. Obě zařízení spadají pod vyšší správní organizaci, ale mají vlastní organizační strukturu v rámci svého zařízení. V tomto ohledu hraje jistou roli rozdílnost terminologie. Appletrees klade důraz na klienta jakožto nejvyšší článek. Na dalších stupních jsou manažeři a pečovatelé. Ve Vítej je to ředitelka, vychovatelé a asistenti. Dohled nad kvalitou služeb a zajištění zpětné vazby je předmětem pravidelné supervize.

Zaměstnanci

V obou zařízeních se snaží o vysoký poměr zaměstnanců vůči klientům. Zaměstnanci vycházejí z podobných práv a povinností. Jednou z jejich povinností je další vzdělávání. V kapitole Zaměstnanci jsou rozebrány kvalifikační požadavky pro výkon příslušného povolání.

Metody práce s klienty, činnosti

Práce s uživateli v obou zařízeních vychází z podobných principů: respekt individuálních potřeb, zájmů, požadavků a specifik autistického postižení, uplatňování požadavku 1 uživatel – 1 asistent. Komunikace probíhá verbální formou, prostřednictvím piktogramů, některých znaků Makatonu a gesty. Důraz je kladen na sebeobslužné činnosti, vedení domácnosti, rozvoj sociálních dovedností a volnočasové aktivity.

Domnívám se, že ve Vítej...je díky jeho zaměření výhradně na klienty s PAS dán větší prostor specifickým technikám, vzdělávacím programům a potřebám klientů s PAS. V Appletrees jsou zase klienti vedeni k aktivnímu způsobu života a je jim předložena pestrá nabídka aktivit (muzikoterapie, plavání, trampolining, jízda na koni, návštěva kina, restaurace, výlety, návštěva kurzů např. vaření apod.). Programy aktivit jsou nástrojem ke zlepšení zručnosti, rovnocennosti, sebevědomí a sociální interakce s ostatními klienty.

Individuální plán uživatele

V obou zařízeních je vytvořen individuální plán uživatele se zřetelem na jeho schopnosti a zájmy. Cílem plánu je pracovat na rozvoji klientových schopností a dovedností směrem k nezávislosti a co nejvyšší kvalitě života.

Monitoring

V tomto směru má dle mého názoru Vítej značné rezervy. Dokumentace je vedena formou deníkových záznamů a chybí jí jistá forma. V Appletrees je dokumentace vedena velmi důsledně, monitorující téměř všechny činnosti a aspekty klientova denního režimu.

V odpovědi na první vědeckou otázku: „**Do jaké míry jsou výchozí principy pojetí specializované péče o klienty s PAS v ČR srovnatelné s principy v Anglii?**“, bych se chtěla zaměřit na Standardy kvality sociálních služeb. Domnívám se, že standardy lze chápat jako hlavní principy, které udávají směr, kterým by se kvalitní sociální služby měly ubírat. Pojetí standardů je v České republice a v Anglii odlišné. V čem spočívá základní rozdíl?! V Anglii má každý typ služby své vlastní standardy. V České republice se standardy týkají všech sociálních služeb, a proto jsou formulovány obecně. Zdůvodnění vyplývající z materiálů MPSV ČR je takové, že stanovením pevných a detailních kritérií pro omezenou skupinu sociálních služeb, by mohla být do značné míry omezena jejich rozmanitost.

Svůj hlavní úkol spatřuje MPSV ČR ve vytvoření systému ochrany práv uživatelů, nikoli stanovení odborných postupů v jednotlivých typech sociálních služeb. Proto vytvořilo MPSV ČR soubor základních požadavků, které musí naplnit každá sociální služba. Specifičnost jednotlivých služeb bude zohledněna v procesu hodnocení naplňování standardů při inspekci. Toto je dle mého názoru základní rozdíl v koncepci standardů. Samotná náplň standardů je obdobná, lze tedy říci, že vycházejí ze stejných principů. Jsou zde patrné stopy ovlivnění, neboť v procesu vytváření a zavádění standardů do praxe spolupracovala Česká republika právě s Velkou Británií.

Druhá vědecká otázka: „**Jak se jeví z hlediska legislativy ČR výhodnost modelu specializovaného zařízení s menším počtem klientů?**“.

Právní úprava sociálních služeb spadajících do rezortu MPSV ČR se (spolu s celým systémem sociální péče) do nedávné doby právem označovala za popelku českého práva sociálního zabezpečení. Pracovníci sociálních služeb i klienti byli posledních sedmnáct let nuceni přizpůsobovat se zastaralému a nevyhovujícímu systému sociální péče, který byl právně upraven ještě před rokem 1989 (Koldinská, 2007). Vzhledem k tomu, že v nedávné době došlo ke změně v podobě nového zákona o sociálních službách, zabývá se tato vědecká otázka problematikou, která je dle mého názoru velmi aktuální. Jednou z nejvýznamnějších změn, které zákon přinesl, je nový způsob financování sociálních služeb. V rámci vícezdrojového

financování hraje významnou roli příspěvek na péči (obdobně jako je tomu i v některých zahraničních systémech) (Průša, 2006). Všeobecně lze jednotlivé podmínky pro úspěšnou realizaci sociálních služeb rozdělit do tří skupin: finanční a personální, legislativní a systémové (Bareš, 2006).

Mnozí odborníci se shodují v tom, že sociální oblast značně zaostává za situací ve školství a zdravotnictví. Jůn ze sdružení APLA vyjadřuje názor, že se sociální služby dostávají v oblasti služeb pro klienty s mentálním handicapem a problémovým chováním do pozice, která je nejhorší ze všech tří resortů, poskytujícím své služby těmto klientům. Jůn vidí problém v následujících oblastech: sociální služby mají často špatný poměr personálu vůči klientům (samozřejmě existují výjimky), personál je často méně kvalifikovaný, protože platy v sociálních službách nejsou nejvyšší. Dále neexistuje jediné specializované poradenské středisko, které by se systematicky zabývalo problémovým chováním uživatelů služeb, Domovy zůstávají se svými problémy často osamoceny, a proto vidí Jůn řešení v založení poradenského střediska, na které by se mohlo každé zařízení obrátit ve chvíli, kdy poskytuje služby uživateli s problémovým chováním. (Jůn 2007)

Fakt, že sociální služby stagnují potvrzuje i Zuzana Žampachová z APLA jižní Morava. Dodává, že sice vznikla nestátní zařízení, výběr je pestřejší, je více možností, ale rok od roku je financování obtížnější, chybí odpovídající legislativa. Pozitivně hodnotí zlepšení situace především v oblasti diagnostiky a vzdělávání dětí s autismem, avšak upozorňuje na nedořešené problémy například v oblasti sociálních dávek, asistenčních služeb a jejich financování. Dále vyzdvihuje palčivou otázku dnešní doby: „Postižené dítě skončí povinnou školní docházkou, už školství nepatří a pak přijde ten mnohem delší časový úsek a tam pro něj není nic, tam je vakuum, tvrdí Zuzana Žampachová.

Bílá místa v právních normách, na která poukázala Dagmar Zápotočná z APLA-Vysočina, brání občanům s autismem ve využívání výhod běžně poskytovaných těžce zdravotně postiženým občanům a ztěžují jim také přiznávání invalidních důchodů.

O tom, zda budou či nebudou občanovi přiznány mimořádné výhody prvního, drahého až třetího stupně rozhodují posudkoví lékaři na základě seznamu diagnóz, který je další přílohou uvedené vyhlášky. Klíčový problém spočívá v tom, že diagnóza autismus není v seznamu uvedena. Řešením by samozřejmě bylo zařazení autismu do seznamu diagnóz, na základě

kterých se těžce zdravotně postiženým občanům přiznávají mimořádné výhody, uvažuje Dagmar Zápotočná.

V posudkově medicínských hlediscích pro oblast sociální péče, státní sociální podpory a důchodového pojištění není tedy diagnóza autismu taxativně uvedena. V každém z uvedených systémů je však ustanovení, že u neuvedených zdravotních postižení se zdravotní postižení porovnává s takovým, které je v právním předpisu uvedeno a které je s ním funkčním dopadem srovnatelné. Každý případ dítěte i dospělého je třeba posoudit zcela individuálně, neboť i když jsou u tohoto postižení mnohé projevy a symptomatologie společné, existuje přibližně třetina případů, kde jsou důsledky postižení méně závažné. Od toho se odvíjejí také různé výsledky posouzení zdravotního stavu a to, že ne všechny děti a dospělí s autismem musejí mít všechny služby a dávky sociálního zabezpečení identické. Cílem sociálního zabezpečení by nemělo být poskytnutí všech jeho služeb nebo dávek, ale poskytnutí uceleného sociálně-pedagogicko-pracovního programu, který povede k tomu, že lidé s autismem budou moci žít obdobným způsobem života jako jejich zdraví vrstevníci, shrnuje problematiku dávek Lenka Šírllová ze Společnosti pro posudkové lékařství.

Domnívám se, že nový zákon představuje po mnoha letech legislativního vakua nesporný pokrok. Posiluje úlohu klienta jako objednavatele služby, zvyšuje nároky na poskytovatele služeb, všem poskytovatelům stanovuje stejné podmínky pro činnost, definuje kvalifikační předpoklady pro práci v sociálních službách a vytváří předpoklady pro kontrolu kvality služeb. Neřeší však otázku dostupnosti služeb ani potřebné kapacity služeb. Nemůže tedy garantovat, že budou služby v nezbytné kvalitě a v dostupném místě poskytovány všem, kteří je budou potřebovat. Dotace na služby nejsou zaručeny ani státem ani kraji. Fungování systému bude tedy záviset na rozhodování odpovědných úředníků a na tom, kolik prostředků do systému bude stát celkem uvolňovat.

Přibližně dvě třetiny postižených zůstanou i v dospělém věku závažně handicapovány a zůstanou trvale závislé na péči rodiny nebo institucí.

Jen zbývající třetina dospělých s autismem (především skupina vysoce funkčních autistů) má předpoklady alespoň částečné samostatnosti. Budou-li tyto předpoklady rozvinuty, záleží zásadně na nabídce speciálních programů: programů časně diagnostiky a časně intervence, následovaných dlouhodobými edukačními, tréninkovými a rehabilitačními programy. Zařazení do speciálních podpůrných programů zaměřených na chráněné bydlení a chráněné

pracovní prostředí významně zlepšuje sociální prognózu klientů s autismem (Hrdlička, Komárek, 2004).

Zodpovědět tuto vědeckou otázku není jednoduché, neboť teprve praxu ukáže budou-li zamýšlené motivační prvky fungovat i při aplikaci zákona. Mým názorem je, že specializovaná péče poskytovaná klientům s PAS v menším zařízení typu chráněného bydlení, je pro klienty samotné velkým přínosem, neboť prostředí je možno plně přizpůsobit jejich potřebám. Největší nevýhodou chráněného bydlení pro osoby s autismem je bezesporu velká finanční a personální náročnost potřebná k zajištění této služby. Další potíží je především nedostatek těchto zařízení v České republice, díky čemuž je tedy v současné době tato služba dostupná jen velmi malému počtu lidí s PAS.

Třetí vědecká otázka zní: „Jaké jsou výhody a nevýhody zařízení s menším počtem klientů s rozdílnou diagnózou oproti podobným zařízením s klienty stejné diagnózy?“

Můj názor na tuto vědeckou otázku není zcela vyhraněný. Na jedné straně stojí zařízení, které je téměř dokonale přizpůsobeno klientům s PAS. Struktura, vizualizace, TEACCH program a další intervenční techniky, které jsou ve Vítěji využívány usnadňují lidem s PAS orientaci v prostředí a činnostech. Sdružení lidí se stejným postižením by však mohlo být považováno za nevýhodu z důvodu nedostatečné integrace až segregace. Podle Howlin se lidé s autismem nejspíše nejsou schopni vzájemně podporovat v rozvíjení sociálních vztahů, sama ale namítá, že nebylo dokázáno, že ve smíšených skupinách lidí s autismem a lidí s mentálním postižením dochází k posilování sociálních kontaktů (Howlin 2005). Ve smíšené komunitě jakou je Appletrees jsem ovšem nezaznamenala výrazné známky znevýhodnění klientů s PAS. Pokud jsou zaměstnanci zařízení seznámeni se specifiky diagnózy, domnívám se, že je i tento způsob života vhodný pro klienty s PAS. Domnívám se, že důležitou roli hraje personál, který může svým profesionálním přístupem zaručit kvalitu poskytovaných služeb v zařízeních obojího typu.

VII ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývala otázkou komparace dvou vybraných zařízení poskytujících specializované služby dospělým klientům s poruchami autistického spektra. Prvním zkoumaným zařízením bylo chráněné bydlení „Vítej“, které sídlí v Kladně, druhým popisovaným zařízením bylo komunitní bydlení rezidenčního typu „Appletrees“ v Anglii. Hlavním kritériem pro výběr zařízení byla jejich kapacita. Další kritéria byla předmětem studie. Bylo zjištěno, že koncepce péče o klienty s PAS jsou založeny na velmi podobných principech v Anglii i v České republice. Obě zkoumaná zařízení poskytují svým uživatelům plnohodnotnou péči, ač je každé svým zaměřením odlišné.

Výsledkem studie je zjištění, že výchozí principy pojetí specializované péče o dospělé klienty s PAS jsou do značné míry srovnatelné s nastavením v Anglii. Tento stav je ovlivněn tím, že Česká republika se, díky mezinárodní spolupráci na některých projektech, v řadě kroků inspirovala právě modelem Velké Británie. Česká republika je však limitována některými legislativními opatřeními a finančním zázemím, která jsou jistou komplikací nově nastaveného systému sociální péče.

VIII SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BAREŠ, P. (2006). *Přiměřenost sociálních služeb aktuálním potřebám*. Vyd.1., Praha: VÚPSV 2006. ISBN 80-87007-24-7
- BEYER, J., GAMMELTOFT, L. (1998). *Autism & Play*. London: Jessica Kingsley Publishers Ltd., 1998.
- BJALKOVSKI, CH., FRÜHBAUER, O. (2000). *Sociální služby v Evropské unii*. Výzkumná zpráva VÚPSV Praha dostupná na <http://www.vupsv.cz/Bjalk.pdf>
- BONDY, A., FROST, L. (2002). *A Picture's Worth: PECS and Other Visual Communication Strategies in Autism*. USA: Woodbine House, 2002. ISBN 13: 978-0-933149-96-0.
- ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. (2007). *Agrese u lidí s mentální retardací a autismem*. Vyd.1., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.
- GILLBERG, Ch., PEETERS, T. (1998). *Autismus- zdravotní a výchovné aspekty*. Praha, Portál, 1998. ISBN 80-7178-856-2.
- HOWLIN, P. (1997). *Autism. Preparing for adulthood*. Routledge, 1998.
- HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. (2004). *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Vyd.1., Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9.
- KOZLOVÁ, L. (2005). *Sociální služby*. Vyd.1., Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-662-7.
- JELÍNKOVÁ, M. (2001). *Autismus IV. Péče o dospělé klienty s autismem*. Praha: IPPP ČR, 2001.
- JELÍNKOVÁ, M. (2002). *Autismus VI. Diagnostika a možnosti korekce chování u klientů s autismem*. Praha: IPPP ČR, 2002.
- JOHNOVÁ, M., ČERMÁKOVÁ, K. (2002) *Zavádění standardů kvality sociální péče do praxe. Průvodce poskytovatele*. Praha: MPSV ČR, 2002. ISBN 80-86552-45-4.
- MATOUŠEK, O. a kol. (2007). *Sociální služby*. Vyd.1., Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- NESNÍDALOVÁ, R. (1995). *Extrémní osamělost*. Vyd. 2., Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-024-3.
- PRŮŠA, L. (2006). *Model optimálního uspořádání sociálních a zdravotních služeb na regionální úrovni*. Vyd.1., Praha: VÚPSV, 2006. ISBN 80-87007-36-0
- RICHMAN, S. (2006). *Výchova dětí s autismem- aplikovaná behaviorální analýza*. Vyd.1., Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-102-6.

- SCHOPLER, E., MESIBOV, G. (1997). *Autistické chování*. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-133-9.
- THOROVÁ, K. (2006). *Poruchy autistického spektra*. Vyd.1., Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-091-7.
- VÁGNEROVÁ, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. (2003). *Psychopedie*. Vyd.2., Praha: PARTA, 2003. ISBN 80-7320-063-5.
- VERMEULEN, P. (2006). *Autistické myšlení*. Vyd.1., Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1600-3

Internetové zdroje

www.autism.org.uk

<http://autismdiva.blogspot.com/>

<http://www.autismuk.com/index4asub.htm>

<http://www.bbc.co.uk/radio4/youandyours/features/autism.shtml>

<http://betlem.org/arkenie>

www.bio-medicine.org

<http://www.cekas.cz/php/standardy.php?page=1>

www.choiceltd.co.uk

www.dh.gov.uk

www.medscape.com

www.mencap.or.uk/default.asp

www.mpsv.cz

<http://www.mpsv.cz/cs/9#sszp>

<http://www.mpsv.cz/files/clanky/1459/pruvodce.pdf>

<http://www.psychiatry.unc.edu/teacch/>

<http://www.psychiatry.unc.edu/teacch/aboutautism.html>

<http://radost.diakoniecce.cz/>

www.vitej.com

IX SEZNAM PŘÍLOH

- Obrázek č.1 Rezidenční dům Appletrees, Anglie
- Obrázek č.2 Chráněné bydlení Vítej..., ČR
- Obrázek č.3 Jeden z pokojů klienta ve Vítej...
- Obrázek č.4 Jeden z pokojů klienta v Appletrees
- Obrázek č.5 Tabule usnadňující uživatelům Vítej... orientaci v čase, činnostech a přítomných osobách
- Obrázek č.6 Procesuální schéma čištění zubů v koupelně ve Vítej...
- Příloha I Klasifikace pervazivních vývojových chorob
- Příloha II Behaviour Observation Chart - BOC (anglická verze)
- Příloha III. Záznam pozorovaného chování (česká verze BOC)
- Příloha IV Chráněné bydlení a základní činnosti této služby
- Příloha V Odlehčovací služby
- Příloha V Odlehčovací služby a základní činnosti této služby
- Příloha VI Financování sociálních služeb
- Příloha VII Smlouva o poskytování sociální služby v chráněném bydlení
- Příloha VIII Příklad nácviku komunikace v měsíci červnu 2008
- Příloha IX Příklad individuálního plánu jedné z uživatelék pro měsíc červen 2008
- Příloha X Místa a poskytovatelé pobytových odlehčovacích služeb během roku

X PŘÍLOHY

Obrázek I: Appletrees...rezidenční dům v Bucklebury, Berkshire, Anglie



Obrázek II: Vítej... Chráněné bydlení pro osoby s autismem ve Hřebči



Obrázek III: Jeden z pokojů klienta ve Vítěj...



Obr. 3. Pokoj (zdroj: Petra Syslová: Bakalářská práce)

Obrázek IV: Jeden z pokojů klienta v Appletrees



Příloha I: Klasifikace pervazivních vývojových poruch

Podle klasifikačního systému MKN-10 Světové zdravotnické organizace (WHO), který platí od roku 1992 patří mezi pervazivní vývojové poruchy:

- F840 Dětský autismus
- F841 Atypický autismus
- F842 Rettův syndrom
- F843 Jiná dětská desintegrační porucha
- F844 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F845 Aspergerův syndrom
- F848 Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F849 Pervazivní vývojová porucha, NS

Příloha II: Behaviour Observation Chart

BEHAVIOUR OBSERVATION REPORT - PROACT-SCIPr-UK®			
A. Initials of resident:		Date:	Day of Week:
		Time:	Place:
B. Tick or List any significant events, which have occurred within the last 24 hours / week / month			
<input type="checkbox"/> Contact with family <input type="checkbox"/> Seizure <input type="checkbox"/> Menstruation <input type="checkbox"/> Medication given late <input type="checkbox"/> Change in medication <input type="checkbox"/> Other potentially stressful events (please specify) <input type="checkbox"/> Other physical health problems (please specify) <input type="checkbox"/> No known significant event			
C. Initials of staff and any visitors who were in the vicinity when the incident occurred.		D. Initials of other residents who were in the vicinity when the incident occurred.	
E. At the time the behaviour occurred, tick or describe (in one word) the person's mood state:			
<input type="checkbox"/> happy <input type="checkbox"/> excited <input type="checkbox"/> anxious <input type="checkbox"/> good humoured <input type="checkbox"/> tearful <input type="checkbox"/> lethargic <input type="checkbox"/> sad <input type="checkbox"/> frustrated <input type="checkbox"/> agitated <input type="checkbox"/> other - please specify.....			
F. Give details of the activity that was in progress at the time the behaviour started.		G. Previous activity.	
H. What happened immediately before the behaviour occurred (i.e. any obvious trigger) and tick the appropriate boxes to describe how the environment was at the time.		Quiet <input type="checkbox"/> Slightly noisy <input type="checkbox"/> Noisy <input type="checkbox"/> Cold <input type="checkbox"/> Comfortable <input type="checkbox"/> Hot <input type="checkbox"/> 0-people <input type="checkbox"/> 1-4 <input type="checkbox"/> 4+ <input type="checkbox"/> Relaxed <input type="checkbox"/> Tense <input type="checkbox"/> Hostile <input type="checkbox"/>	
I. Intensity Scale	Please specify the behaviours observed and provide an intensity score using the scale opposite.		
	CATEGORY	SPECIFY BEHAVIOUR	INTENSITY
1 Attempts/Threats	Anti-Social Beh		
2 Mild	Physical Aggression		
3 Moderate	Self Injurious Beh		
4 Severe	Verbal Aggression		
5 Extreme	Damage to Property		
	Other		
J. Please use this space to briefly describe how the behaviour escalated and how you reacted. (Please do not write followed guidelines).			
			PRN Administered? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Circle) Time:
K. Duration of Incident (excluding calming period)		L. Length of time taken for resident to fully calm.	
M. How did any other residents react to the behaviour, e.g. was it necessary to remove other residents from the area?			
N. Was it necessary to fill in a body chart? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Circle)		O. Was it necessary to make an entry in the accident book? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Circle)	
P. Have you completed a Critical Analysis Form for your supervision purposes? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Circle)			
Q. Was a PROACT-SCIPr-UK® intervention used at any time? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Circle) Was a C.H.O.I.C.E. fully restrictive physical intervention used at any time? <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (Circle) If 'yes' - then you must complete extra information on the PROACT-SCIPr-UK® and C.H.O.I.C.E. monitoring form.			
Chart completed by (Print Name):		Time of completion:	
		Nurse's Sign:	

Příloha III. Záznam pozorovaného chování

Záznam pozorovaného chování

A. Iniciály klienta	Datum	Den v týdnu	Čas	Místo
B. Zaškrtněte nebo uveďte podstatné/související události, které se odehrály v uplynulých 24hodinách/týdnu/měsíci: <input type="checkbox"/> kontakt s rodinou <input type="checkbox"/> záchvat <input type="checkbox"/> menstruace <input type="checkbox"/> pozdě podané léky <input type="checkbox"/> změna medikace <input type="checkbox"/> jiné potencionálně stresující události (upřesněte) <input type="checkbox"/> jiné zdravotní problémy (upřesněte) <input type="checkbox"/> Žádná podstatná událost není známa				
C. Iniciály zaměstnanců a návštěvníků přítomných v době incidentu		D. Iniciály ostatních rezidentů přítomných v době incidentu		
E. Zaškrtněte nebo popište (jedním slovem) náladu klienta v době incidentu <input type="checkbox"/> šťastný <input type="checkbox"/> vzrušený <input type="checkbox"/> neklidný <input type="checkbox"/> dobře naladěný <input type="checkbox"/> plačící <input type="checkbox"/> apatický <input type="checkbox"/> smutný <input type="checkbox"/> frustrovaný <input type="checkbox"/> rozčilený <input type="checkbox"/> jiný (upřesněte).....				
F Uveďte detaily aktivity, která probíhala v momentě, kdy incident propukl			G. Předěšlá aktivita	
H. Popište, co se stalo bezprostředně předtím než incident vznikl (přímý spouštěč/zjevná příčina)			Zaškrtněte vhodný čtvereček popisující okolí v době události <input type="checkbox"/> tiché <input type="checkbox"/> lehce hlučné <input type="checkbox"/> hlučné <input type="checkbox"/> chladno <input type="checkbox"/> příjemně <input type="checkbox"/> horko <input type="checkbox"/> nikdo <input type="checkbox"/> 1-4 lidé <input type="checkbox"/> 4 lidé a více <input type="checkbox"/> uvolněné <input type="checkbox"/> napjaté <input type="checkbox"/> nepřátelské	
I. Škála intenzity	Specifikujte pozorovaný incident a uveďte jeho intenzitu za použití škály vlevo			
	KATEGORIE	POPIS INCIDENTU		INTENZITA
	1	Antisociální chování		
	2 mírná	Fyzická agrese		
		Sebepoškozování		
	3 střední	Verbální agrese		
4 závažná	Ničení zařízení			
5 extrémní	Jiné			
J. Využijte tento prostor ke stručnému popisu toho, jak se projevy chování stupňovaly a jaká byla vaše reakce (nepopisujte, prosím, vzorový postup podle směrnice)				
K. Doba trvání incidentu			L. Čas potřebný ke zklidnění klienta	
M. Jak na incident reagovali ostatní klienti (bylo například nutné odvézt ostatní z dosahu)?				
N. Bylo nutné vyplnit „body chart“¹⁾ ? ano × ne			O. Byl nutný zápis do „Knihy úrazů“? ano × ne	
P. Vyplnili jste „Formulář kritické analýzy“ pro účely vaší zpětné kontroly?				ano × ne
Q. Byla použita restriktivní fyzická intervence?				ano × ne
R. Byla podána PRN medikace?				ano × ne

1) Schéma lidského těla, na kterém se označí, která část těla byla poraněna

Příloha V: Odlehčovací služby a základní činnosti této služby

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

§ 44

(1) Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek.

(2) Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- c) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- d) poskytnutí ubytování v případě pobytové služby,
- e) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- f) sociálně terapeutické činnosti,
- g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- h) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb: Zákon o sociálních službách

Příloha VI: Zákon o sociálních službách

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

§ 101

(1) Dotace ze státního rozpočtu se poskytuje na zajištění poskytování sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru.

(2) Dotace se poskytuje k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb v souladu se zpracovaným střednědobým plánem rozvoje sociálních služeb.

(3) Dotace ze státního rozpočtu podle odstavců 1 a 2 je poskytována prostřednictvím rozpočtu kraje. Činnost krajů podle věty první je činností vykonávanou v přenesené působnosti.

(4) Žádost o poskytnutí dotace na příslušné následující rozpočtové období předkládá krajský úřad ministerstvu.

Žádost obsahuje zejména

a) název kraje, jeho sídlo, identifikační číslo a číslo účtu,

b) zpracovaný střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, který obsahuje ekonomickou analýzu v plánu identifikovaných potřeb a způsob jejich finančního zajištění,

c) výši požadavku na dotaci

(5) Výše dotace v úhrnu za jednotlivé kraje se stanoví na základě

a) celkového ročního objemu finančních prostředků rozpočtovaných v závazném ukazateli pro příslušný rozpočtový rok,

b) zpracovaného střednědobého plánu rozvoje služeb kraje,

c) počtu vyplácených příspěvků a jejich finančního objemu,

d) počtu poskytovatelů sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru, a jejich kapacit,

e) kapacit sociálních služeb poskytovaných ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

(6) Dotace do rozpočtu kraje se poskytuje na základě rozhodnutí³⁶⁾.

(7) Prováděcí právní předpis stanoví bližší podmínky pro stanovení výše dotace, účelu dotace, členění dotace a způsobu poskytování dotace.

§ 102

Na zajištění povinnosti uvedené v § 93 písm. a) se krajům poskytuje dotace. Dotaci poskytuje ministerstvo podle zvláštního právního předpisu³⁷⁾.

§ 103

Na zajištění povinnosti uvedené v § 92 písm. a) se obcím s rozšířenou působností poskytuje dotace. Dotaci poskytuje ministerstvo podle zvláštního právního předpisu³⁷⁾. Dotace ze státního rozpočtu je obcím s rozšířenou působností poskytována prostřednictvím rozpočtu kraje; tato činnost krajů je činností vykonávanou v přenesené působnosti.

§ 104

(1) Ze státního rozpočtu mohou být podle zvláštního právního předpisu³⁸⁾ poskytovány účelové dotace k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru.

(2) Dotace podle odstavce 1 poskytuje ministerstvo.

(3) Dotaci lze poskytnout

- a) na podporu sociálních služeb, které mají celostátní či nadregionální charakter,
- b) na činnosti, které mají rozvojovou povahu, zejména na vzdělávání pracovníků v sociálních službách, na podporu kvality sociálních služeb a na zpracování střednědobých plánů krajů a plánů obcí v oblasti sociálních služeb,
- c) v případě mimořádných situací; mimořádnou situací se rozumí zejména živelní pohroma, požár, ekologická nebo průmyslová havárie.

(4) Na financování činností podle odstavce 3 v oblasti poskytování sociálních služeb se mohou podílet také programy financované v rámci Strukturálních fondů Evropských společenství a dalších programů Evropských společenství.

(5) Na poskytnutí dotace není právní nárok³⁶⁾.

§ 105

Obec nebo kraj může poskytnout ze svého rozpočtu účelové dotace podle zvláštního zákona³⁹⁾ k financování běžných výdajů souvisejících s poskytováním sociálních služeb poskytovatelům sociálních služeb, kteří jsou zapsáni v registru.

Zdroj: Zákon č. 108/2006 Sb: Zákon o sociálních službách

Příloha VII: Smlouva o poskytnutí sociální služby v chráněném bydlení

Dne

1. pan /paní

zastoupený

a

2. **Zahrada, poskytovatel sociálních služeb**, se sídlem Heleny Malířové 1802, 272 01 Kladno

v textu této smlouvy jen "poskytovatel"

v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tuto

smlouvu o poskytnutí sociální služby v chráněném bydlení
podle § 51cit. zák.

(v textu této smlouvy dále jen "smlouva")

I.

Rozsah poskytování sociální služby

1. Poskytovatel se zavazuje poskytovat klientovi v týdenním stacionáři

- a) ubytování
- b) stravování
- c) úkony péče

2. Klientovi mohou být poskytovány jako fakultativní další činnosti..

II.

Ubytování

1. Klientovi se poskytuje ubytování

2. Objekt je vybaven následujícím zařízením:

- kuchyň kuchyňská linka, sporák, mikrovlnná trouba, varná konvice, lednice, stůl, židle, sedací souprava, křesla
- ložnice lůžko, skříň, noční stolek
- hala sedací souprava, křesla, skříň, televize

3. Mimo pokoj klient používá způsobem obvyklým společně s ostatními klienty také: tělocvičnu, zahradu, pracovní dílny v celém objektu Zahrady, poskytovatele sociálních služeb.

4. Ubytování zahrnuje také topení, teplou a studenou vodu, odběr elektrického proudu dle standardního vybavení pokoje dle bodu II/2, úklid, praní, drobné opravy ložního a osobního prádla, ošacení a žehlení.

5. Poskytovatel je povinen udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a užívání a zajistit nerušený výkon práv klienta spojených s užíváním těchto prostor.

6. Klient je povinen užívat prostory vyhrazené mu k ubytování a k užívání řádně (v souladu s Pravidli Domácího řádu), změny v prostorách může klient provádět se souhlasem poskytovatele.

7. Poskytovatel si vyhrazuje právo, v odůvodněných případech a po předchozím projednání s klientem, přestěhovat klienta z chráněného bydlení do domova pro osoby se zdravotním postižením.

8. Klient má právo požádat o přestěhování do domova pro osoby se zdravotním postižením dle provozních možností poskytovatele.

III. Stravování

1. Poskytovatel poskytuje klientovi celodenní stravování.

2. Stravování probíhá na základě předem zveřejněného jídelního lístku. Klient má možnost výběru ze dvou obědů. Poskytovatel zajišťuje stravování v souladu s vnitřní Směrnicí o zajišťování stravy.

3. Poskytovatel mimo běžné stravy zajišťuje v případě potřeby:

- dietní
- diabetickou
- bezlepkovou dietu.

4. Klient má možnost odhlášení jednotlivého druhu jídla (oběd, večeře, atd.), v tomto případě je povinen informovat jeden den předem vedoucí stravovacího úseku.

IV. Péče

1. Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat klientovi, který je příjemcem příspěvku na péči, tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- d) sociálně terapeutické činnosti
- e) pomoc při uplatňování práv

2. Péče dle bodu IV/1 je poskytována v rozsahu potřebných úkonů podle individuálních potřeb klienta. Podrobný rozsah úkonů bude součástí individuálního plánu.

V. Fakultativní činnosti

1. Poskytovatel nabízí klientovi fakultativní činnosti nad rámec základních činností uvedených v čl. č. II, III, IV, jejichž výčet, včetně ceny, je uveden ve vnitřním předpisu poskytovatele. Poskytování bude uvedeno individuálně (dodatkem smlouvy).

VI. Místo a čas poskytování sociální služby

1. Služba sjednaná v článku I Smlouvy se poskytuje v

2. Služba sjednaná v článku I Smlouvy se poskytuje celoročně.

VII.

Výše úhrady a způsob jejího placení

1. Klient je povinen zaplatit úhradu za ubytování v částce Kč denně, úhradu za stravu v částce,-Kč denně a za sjednané úkony péče ve výši 75% přiznaného příspěvku na péči. Úhrada je splatná do 10. pracovního dne následujícího měsíce. Úhrada za kalendářní měsíc se stanoví tak, že denní úhrada se násobí skutečným počtem dnů v aktuálním měsíci. (viz výměr úhrady , příloha č. 1 Smlouvy)

2. Pokud by klientovi po zaplacení úhrady za ubytování a stravu podle odst. 1 tohoto článku za kalendářní měsíc nezůstala částka ve výši alespoň 15 % jeho měsíčního příjmu, částky úhrady za ubytování a stravu (režii) se rovnoměrně sníží.

3. Fakultativní činnosti se poskytují za úhradu nákladů těchto činností podle vnitřních pravidel chráněného bydlení.

4. Poskytovatel je povinen předložit klientovi vyúčtování úhrady podle odstavců 1 až 3 za kalendářní měsíc v rámci vyúčtování měsíčních úhrad, a to nejpozději do 10. pracovního dne v kalendářním měsíci, který následuje po kalendářním měsíci, za nějž poskytovatel vyúčtování předkládá.

5. Úhrada za ubytování se při nepřítomnosti klienta v zařízení nevrací.

6. Úhrada za stravu se při nepřítomnosti klienta vrací v hodnotě stravovací jednotky, tj.-Kč/den v souladu s vnitřními pravidly. Pokud klient odhlásí jeden druh jídla (čl. III, odst. 4), bude mu vrácena částka v hodnotě odpovídající ceně neodebraného jídla.

7. Příspěvek na péči se vrací v plné výši za každý celý den (tj. od 00 hodin do 24.00 hodin) za dny pobytu hospitalizace a ve výši 100 %, za každý celý den při pobytu mimo zřízení 75% přiznaného příspěvku. Úhrada za jeden celý den se rozumí 1/aktuální počet dnů v měsíci.

8. Klient se zavazuje a je povinen platit úhrady za veškeré fakultativní služby zpětně, a to do 10. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který má být úhrada zaplacená.

9. Klient je povinen doložit poskytovateli výši svého příjmu ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Výši příjmu je klient povinen doložit při nástupu do týdenního stacionáře a dále při každé změně příjmu. Oznámení o změně ve výši příjmu musí poskytovatel obdržet nejpozději do 8 pracovních dnů po posledním dni kalendářního měsíce, za který se platí úhrada.

10. Zamlčel-li klient skutečnou výši svého příjmu při jeho doložení podle odst. 9 tohoto článku, je povinen doplatit úhradu do částky stanovené podle skutečné výše jeho příjmu zpětně od data přiznání vyššího příjmu.

11. Poskytovatel může jednostranně zvýšit cenu za ubytování a stravu, a to v případě navýšení ceny pouze do výše 15 % k 1. lednu každého roku, a to v závislosti na navýšení přímých a nepřímých provozních výdajů spojených s ubytováním a stravováním. Stanovená cena musí být v souladu s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 v platném znění.

VIII.

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb

Klient prohlašuje, že byl seznámen s vnitřními pravidly týdenního stacionáře, v němž se poskytuje sociální služba podle této Smlouvy. Klient prohlašuje, že vnitřní pravidla mu byla předána v písemné (srozumitelné) podobě, že tato pravidla přečetl a že jim plně porozuměl. Klient se zavazuje a je povinen tato pravidla dodržovat.

IX.

Výpovědní důvody a výpovědní lhůta

1. Klient může Smlouvu písemně vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď klientem činí 30 dní, nedohodnou - li se smluvní strany jinak.

2. Poskytovatel může Smlouvu vypovědět pouze písemně a pouze z těchto důvodů:

a) jestliže klient hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze Smlouvy. Za hrubé porušení Smlouvy se

považuje zejména:

- zamlčení výše příjmu nebo jeho změn, pokud byla úhrada za ubytování a stravu stanovena podle čl. VII odst. 2. Smlouvy nebo pokud klient úhradu za ubytování a stravu neplatil podle čl. VII. odst. 3 Smlouvy,

- neplacení úhrady, byl-li klient povinen platit úhradu podle čl. VII. Smlouvy.

b) jestliže klient i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti, které mu vyplývají z vnitřních pravidel týdenního stacionáře

c) pokud došlo ke změně poměrů klienta, zejména zdravotního stavu, a poskytovatel není oprávněn poskytovat sociální služby, které v důsledku této změny uživatel potřebuje a požaduje (nesplňuje již podmínky cílové skupiny zařízení)

d) v případě opakovaného porušování vnitřních předpisů poskytovatele klientem za podmínky předchozího písemného upozornění na porušování pravidel vč. uvedení následků dalšího takového porušení (výpověď); opakovaným porušením vnitřních předpisů poskytovatele se rozumí, pokud byl uživatel na porušení vnitřních předpisů nejméně 1x písemně upozorněn v průběhu třech měsíců předcházejících tomuto porušení vč. výstrahy na možnost ukončení smluvního vztahu výpovědí ze strany poskytovatele

e) pokud se klient bude zdržovat mimo zařízení poskytovatele ve smyslu čl. VI této smlouvy po dobu více jak 120 kalendářních dnů v průběhu jednoho roku, přičemž se do celkové doby pobytu mimo zařízení nezapočítávají dny, kdy se jednalo o pobyt mimo zařízení z důvodu pobytu ve zdravotnickém zařízení a nezapočítávají se také dny pobytu mimo zařízení při akcích pořádaných Zahradou, poskytovatelem sociálních služeb.

3. Výpovědní lhůta pro výpověď danou poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 písm.

a) až e) tohoto článku činí 30 dní a počíná běžet prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž byla tato výpověď klientovi doručena.

X.

Doba platnosti smlouvy

1) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.

2) Doba platnosti a účinnosti smlouvy je sjednána od okamžiku jejího podpisu oběma smluvními stranami na dobu neurčitou. Klient nemůže práva z této Smlouvy postoupit na jiného.

XI.

Závěrečná ustanovení

1) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.

2) Smlouva může být měněna pouze písemně dodatky k této smlouvě číslovanými vzestupně od č.1. Odstoupení od smlouvy je možné písemnou dohodou smluvních stran.

3) Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli, a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.

4) Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumějí s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V Kladně dne

Bc. Eva Bartošová

.....
podpis klienta podpis poskytovatele

Smlouva o poskytnutí sociální služby v chráněném bydlení

Dne

1. pan /paní

zastoupený

a

2. **Zahrada, poskytovatel sociálních služeb**, se sídlem Heleny Malířové 1802, 272 01 Kladno

v textu této smlouvy jen "poskytovatel"

v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, tuto

smlouvu o poskytnutí sociální služby v chráněném bydlení
podle § 51cit. zák.

(v textu této smlouvy dále jen "smlouva")

I.

Rozsah poskytování sociální služby

1. Poskytovatel se zavazuje poskytovat klientovi v týdenním stacionáři

- a) ubytování
- b) stravování
- c) úkony péče

2. Klientovi mohou být poskytovány jako fakultativní další činnosti..

II. Ubytování

1. Klientovi se poskytuje ubytování

2. Objekt je vybaven následujícím zařízením:

- kuchyň kuchyňská linka, sporák, mikrovlnná trouba, varná konvice, lednice, stůl, židle, sedací souprava, křesla
- ložnice lůžko, skříň, noční stolek
- hala sedací souprava, křesla, skříň, televize

3. Mimo pokoj klient používá způsobem obvyklým společně s ostatními klienty také: tělocvičnu, zahradu, pracovní dílny v celém objektu Zahrady, poskytovatele sociálních služeb.

4. Ubytování zahrnuje také topení, teplou a studenou vodu, odběr elektrického proudu dle standardního vybavení pokoje dle bodu II/2, úklid, praní, drobné opravy ložního a osobního prádla, ošacení a žehlení.

5. Poskytovatel je povinen udržovat prostory k ubytování a k užívání ve stavu způsobilém pro řádné ubytování a užívání a zajistit nerušený výkon práv klienta spojených s užíváním těchto prostor.

6. Klient je povinen užívat prostory vyhrazené mu k ubytování a k užívání řádně (v souladu s Pravidli Domácího řádu), změny v prostorách může klient provádět se souhlasem poskytovatele.

7. Poskytovatel si vyhrazuje právo, v odůvodněných případech a po předchozím projednání s klientem, přestěhovat klienta z chráněného bydlení do domova pro osoby se zdravotním postižením.

8. Klient má právo požádat o přestěhování do domova pro osoby se zdravotním postižením dle provozních možností poskytovatele.

III. Stravování

1. Poskytovatel poskytuje klientovi celodenní stravování.

2. Stravování probíhá na základě předem zveřejněného jídelního lístku. Klient má možnost výběru ze dvou obědů. Poskytovatel zajišťuje stravování v souladu s vnitřní Směrnicí o zajišťování stravy.

3. Poskytovatel mimo běžné stravy zajišťuje v případě potřeby:

- dietní
- diabetickou
- bezlepkovou dietu.

4. Klient má možnost odhlášení jednotlivého druhu jídla (oběd, večeře, atd.), v tomto případě je povinen informovat jeden den předem vedoucí stravovacího úseku.

IV. Péče

1. Poskytovatel se zavazuje a je povinen poskytovat klientovi, který je příjemcem příspěvku na péči, tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zajištění chodu domácnosti
- b) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- c) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
- d) sociálně terapeutické činnosti
- e) pomoc při uplatňování práv

2. Péče dle bodu IV/1 je poskytována v rozsahu potřebných úkonů podle individuálních potřeb klienta. Podrobný rozsah úkonů bude součástí individuálního plánu.

V. Fakultativní činnosti

1. Poskytovatel nabízí klientovi fakultativní činnosti nad rámec základních činností uvedených v čl. č. II, III, IV, jejichž výčet, včetně ceny, je uveden ve vnitřním předpisu poskytovatele. Poskytování bude uvedeno individuálně (dodatkem smlouvy).

VI. Místo a čas poskytování sociální služby

1. Služba sjednaná v článku I Smlouvy se poskytuje v
2. Služba sjednaná v článku I Smlouvy se poskytuje celoročně.

VII. Výše úhrady a způsob jejího placení

1. Klient je povinen zaplatit úhradu za ubytování v částce Kč denně, úhradu za stravu v částce, -Kč denně a za sjednané úkony péče ve výši 75% přiznaného příspěvku na péči. Úhrada je splatná do 10. pracovního dne následujícího měsíce. Úhrada za kalendářní měsíc se stanoví tak, že denní úhrada se násobí skutečným počtem dnů v aktuálním měsíci. (viz výměr úhrady, příloha č. 1 Smlouvy)

2. Pokud by klientovi po zaplacení úhrady za ubytování a stravu podle odst. 1 tohoto článku za kalendářní měsíc nezůstala částka ve výši alespoň 15 % jeho měsíčního příjmu, částky úhrady za ubytování a stravu (režii) se rovnoměrně sníží.

3. Fakultativní činnosti se poskytují za úhradu nákladů těchto činností podle vnitřních pravidel chráněného bydlení.

4. Poskytovatel je povinen předložit klientovi vyúčtování úhrady podle odstavců 1 až 3 za kalendářní měsíc v rámci vyúčtování měsíčních úhrad, a to nejpozději do 10. pracovního dne v kalendářním měsíci, který následuje po kalendářním měsíci, za nějž poskytovatel vyúčtování předkládá.

5. Úhrada za ubytování se při nepřítomnosti klienta v zařízení nevrací.

6. Úhrada za stravu se při nepřítomnosti klienta vrací v hodnotě stravovací jednotky, tj.- Kč/den v souladu s vnitřními pravidly. Pokud klient odhlásí jeden druh jídla (čl. III, odst. 4), bude mu vrácena částka v hodnotě odpovídající ceně neodebraného jídla.

7. Příspěvek na péči se vrací v plné výši za každý celý den (tj. od 00 hodin do 24.00 hodin) za dny pobytu hospitalizace a ve výši 100 %, za každý celý den při pobytu mimo zřízení 75% přiznaného příspěvku. Úhrada za jeden celý den se rozumí 1/aktuální počet dnů v měsíci.

8. Klient se zavazuje a je povinen platit úhrady za veškeré fakultativní služby zpětně, a to do 10. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který má být úhrada zaplacená.

9. Klient je povinen doložit poskytovateli výši svého příjmu ve smyslu § 7 zákona č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. Výši příjmu je klient povinen doložit při nástupu do týdenního stacionáře a dále při každé změně příjmu. Oznamení o změně ve výši příjmu musí poskytovatel obdržet nejpozději do 8 pracovních dnů po posledním dni kalendářního měsíce, za který se platí úhrada.

10. Zamlčel-li klient skutečnou výši svého příjmu při jeho doložení podle odst. 9 tohoto článku, je povinen doplatit úhradu do částky stanovené podle skutečné výše jeho příjmu zpětně od data přiznání vyššího příjmu.

11. Poskytovatel může jednostranně zvýšit cenu za ubytování a stravu, a to v případě navýšení ceny pouze do výše 15 % k 1. lednu každého roku, a to v závislosti na navýšení přímých a nepřímých provozních výdajů spojených s ubytováním a stravováním. Stanovená cena musí být v souladu s prováděcí vyhláškou č. 505/2006 v platném znění.

VIII.

Ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb

Klient prohlašuje, že byl seznámen s vnitřními pravidly týdenního stacionáře, v němž se poskytuje sociální služba podle této Smlouvy. Klient prohlašuje, že vnitřní pravidla mu byla předána v písemné (srozumitelné) podobě, že tato pravidla přečetl a že jim plně porozuměl. Klient se zavazuje a je povinen tato pravidla dodržovat.

IX.

Výpovědní důvody a výpovědní lhůty

1. Klient může Smlouvu písemně vypovědět bez udání důvodu. Výpovědní lhůta pro výpověď klientem činí 30 dní, nedohodnou - li se smluvní strany jinak.

2. Poskytovatel může Smlouvu vypovědět pouze písemně a pouze z těchto důvodů:

a) jestliže klient hrubě porušuje své povinnosti vyplývající ze Smlouvy. Za hrubé porušení Smlouvy se považuje zejména:

- zamlčení výše příjmu nebo jeho změn, pokud byla úhrada za ubytování a stravu stanovena podle čl. VII odst. 2. Smlouvy nebo pokud klient úhradu za ubytování a stravu neplatil podle čl. VII. odst. 3 Smlouvy,
- neplacení úhrady, byl-li klient povinen platit úhradu podle čl. VII. Smlouvy.

- b) jestliže klient i po opětovném napomenutí hrubě poruší povinnosti, které mu vyplývají z vnitřních pravidel týdenního stacionáře
- c) pokud došlo ke změně poměrů klienta, zejména zdravotního stavu, a poskytovatel není oprávněn poskytovat sociální služby, které v důsledku této změny uživatel potřebuje a požaduje (nesplňuje již podmínky cílové skupiny zařízení)
- d) v případě opakovaného porušování vnitřních předpisů poskytovatele klientem za podmínky předchozího písemného upozornění na porušování pravidel vč. uvedení následků dalšího takového porušení (výpověď); opakovaným porušením vnitřních předpisů poskytovatele se rozumí, pokud byl uživatel na porušení vnitřních předpisů nejméně 1x písemně upozorněn v průběhu třech měsíců předcházejících tomuto porušení vč. výstrahy na možnost ukončení smluvního vztahu výpovědí ze strany poskytovatele
- e) pokud se klient bude zdržovat mimo zařízení poskytovatele ve smyslu čl. VI této smlouvy po dobu více jak 120 kalendářních dnů v průběhu jednoho roku, přičemž se do celkové doby pobytu mimo zařízení nezapočítávají dny, kdy se jednalo o pobyt mimo zařízení z důvodu pobytu ve zdravotnickém zařízení a nezapočítávají se také dny pobytu mimo zařízení při akcích pořádaných Zahradou, poskytovatelem sociálních služeb.

3. Výpovědní lhůta pro výpověď danou poskytovatelem z důvodů uvedených v odst. 2 písm. a) až e) tohoto článku činí 30 dní a počíná běžet prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž byla tato výpověď klientovi doručena.

X.

Doba platnosti smlouvy

- 1) Smlouva nabývá platnosti a účinnosti okamžikem jejího podpisu oběma smluvními stranami.
- 2) Doba platnosti a účinnosti smlouvy je sjednána od okamžiku jejího podpisu oběma smluvními stranami na dobu neurčitou. Klient nemůže práva z této Smlouvy postoupit na jiného.

XI.

Závěrečná ustanovení

- 1) Smlouva je vyhotovena ve dvou exemplářích s platností originálu. Každá smluvní strana obdrží jedno vyhotovení.
- 2) Smlouva může být měněna pouze písemně dodatky k této smlouvě číslovanými vzestupně od č.1. Odstoupení od smlouvy je možné písemnou dohodou smluvních stran.
- 3) Smluvní strany prohlašují, že Smlouva vyjadřuje jejich pravou a svobodnou vůli, a že Smlouvu neuzavřely v tísní za nápadně nevýhodných podmínek.
- 4) Smluvní strany prohlašují, že smlouvu přečetly, jejímu obsahu rozumějí s jejím obsahem úplně a bezvýhradně souhlasí, což stvrzují svými vlastnoručními podpisy.

V Kladně dne

Bc. Eva Bartošová

.....
podpis klienta podpis poskytovatele

Příloha VIII: Příklad nácviku komunikace v měsíci červnu 2008 v rámci práce s klienty

1) Nástěnka

Dnes je.....(dny v týdnu)

Dnes jsou v „domečku“.....(fotky, jména)

Je den nebo noc?.....(obrázek)

V staň a pozdrav, podej ruku, podívej se na.....(jméno)

Možné modifikace dle vlastního uvážení.

2) Lidské tělo

1. Opakovat hlavu - oči , pusa, nos, tváře, čelo, brada, uši

2. Navázat ukazování - krk, ramena, prsa, ruce (pokud zvládneme levá, pravá), břicho

Znalosti aplikovat při sprchování

3) Orientace v kuchyni

Asistent položí na stůl lžíci, kelímek, prostírání, utěrku, talířek, krabičku čaje, pomazánkové máslo apod. Na vyzvání jsou předměty uklíženy na určené místo - polička, šuplík, dřež, lednice, věšák apod.

4) Hra s odměnou

Asistent naplní krabičky odměnou a položí je doprostřed stolu. Na vyzvání si jeden účastník vezme obal správné barvy, otevře, vyndá odměnu a dá ji dalšímu účastníkovi hry, kterého označil asistent. Splní-li všechny úkoly, může být odměněn vlastní odměnou.

5) Zpívání

Příloha IX: Příklad individuálního plánu jedné z uživatelk pro měsíc červen 2008

Individuální práce - změny

- skládání puzzle
- zavazování bot s básničkou - stále základní uzel a aplikovat vždy u obouvání
zkusit pokračovat: „*Jedna smyčka, druhá smyčka - podvléknu je - už je klička!*“
- dopis: AHOJ MAMINKO - PODPIS - obtáhnout zvolenou pastelkou, složit stejně na desku se suchým zipem
- hříbečky podle barev
- kreslení (zbyde-li čas): omalovánka - zkusit vybarvování ploch předem určenými barvami
- obkreslit panáčka na papír a vybarvit ho, možno používat i předtištěné náměty (je třeba s klientkou kontrolovat stav pastelek, popř. společně ořezávat)
- ořezávání pastelek

Práce v kanceláři (příležitostně)

- kopírování

Domácí práce

- pomoc s luxováním a utíráním nádobí
- pomoc se skládáním usušeného prádla
- pomoc s utíráním prachu

Stolování a příprava jídla

- prostření stolu a úklid místa po jídle
- nalévání nápojů
- pomoc při přípravě jídla - krájení měkkých potravin, míchání, mazání chleba a pečiva
- jídlo podávat odděleně (příloha v misce, maso na talíři), jíst vidličkou

Sebeobsluha a hygiena

- samostatné sprchování namydleného těla
- samostatné ranní oblékání (výběr oblečení z komody ve správném pořadí - v případě potřeby se slovní dopomocí)
- odnášení špinavého oblečení k pračce
- uklízení špinavého oblečení po příchodu z vycházky
- zavazování bot (s básničkami)

Příloha X: Místa a poskytovatelé pobytových odlehčovacích služeb během roku

•Praha – APLA Praha a Střední Čechy

víkendový pobyt v Dětské rehabilitačním stacionáři DAR (1 – 2x měsíčně, kapacita 3 – 5 uživatelů)

respitní byt (pracovní týden od 12 do 8 hodin ráno, kapacita 1 uživatel)

•Hřebeč u Kladna – Vítej, o. p. s.

víkendový pobyt v Chráněném bydlení pro osoby s autismem (2 – 3x měsíčně, kapacita 1 uživatel)

•Kolín – Volno, o. s.

víkendový pobyt ve Středisku respitní péče (1x měsíčně, kapacita neupřesněna)